

CAT devant UNE GROSSE BOURSE

I- Définition :

C'est l'augmentation du volume de la bourse au dépend de l'un des composantes normales de la bourse (le scrotum, la vaginale, le testicule, l'épididyme et le cordon spermatique) ou anormale (l'intestin, epiploon..).

Il peut être le résultat de diverses affections

II- Intérêt de la question :

- ♦ La grosse bourse est un motif fréquent de consultation en urologie.
- ♦ Le diagnostic est clinique, la grosse bourse et la douleur scrotale sont le maître symptôme.
- ♦ Le cancer du testicule et la torsion du cordon spermatique sont les diagnostics à ne pas méconnaître.
- ♦ Le traitement est en fonction de l'étiologie, l'exploration chirurgicale est indiquée au moindre doute.
- ♦ Le pronostic est fonctionnel en cas de torsion du cordon spermatique et vital si cancer du testicule.

III- Rappel anatomique :

- ▣ **La bourse :** La bourse est un sac qui se localise sous la verge et le périnée antérieur, elle est divisée en 2 loges séparées par une crête médiane (le Raphé).

De l'extérieur vers l'intérieur, les tuniques qui constituent la bourse sont :

- **La peau ou le scrotum :** extensible, fine, pigmentée, et couverte de poils clairsemés.
- **Le dartos :** est une couche de fibres musculaires lisses, conjonctives et élastiques.
- **Tunique celluleuse sous cutanée :** contient les vaisseaux, nerfs superficiels.
- **Tunique celluleuse superficielle :** fascia spermatique externe.
- **Le crémaster :** des fibres qui proviennent des muscles petits oblique et transverse.
- **Tunique celluleuse profonde :** fascia spermatique interne.
- **La tunique vaginale :** au contact de testicule sécrétant un liquide qui permet au testicule une mobilité plus facile.

- ▣ **Contenu de la bourse :**

- ✓ Le testicule
- ✓ L'épididyme
- ✓ Le canal déférent et le cordon spermatique.

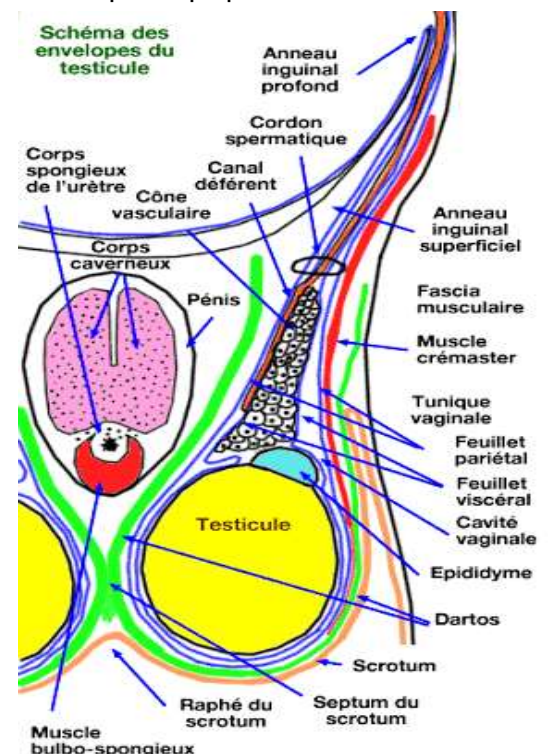
- ▣ **Vascularisation et innervation :**

▶ **Les artères :** 3 artères :

- L'artère testiculaire ou spermatique.
- L'artère du canal déférent : branche de l'artère génito-vésicale.
- L'artère crémasterienne : branche de l'artère épigastrique.

▶ **Les veines :** il existe 2 plexus :

- Ant : plexus pampiniforme qui se draine à droite dans la VCI et à gauche dans la veine rénale gauche.
- Post : qui se draine dans la veine épigastrique inf





► **Les nerfs :**

- Testicules et épидидymes : le plexus solaire et le plexus hypogastrique inférieur.
- Enveloppes : le nerf génito-fémoral (crémaster) et le nerf ilio-inguinal (scrotum).

IV- Diagnostic :

◆ **Circonstances de découverte :**

- Soit l'apparition d'une douleur aiguë d'installation brutale, soit douleur plus sourde d'installation progressive.
- Découverte par le malade d'une augmentation du volume d'une bourse par rapport à l'autre.
- Fortuite lors d'un examen clinique chez un malade consultant pour une autre pathologie.

◆ **Interrogatoire :**

- Age.
- Antécédents médicaux : notion de vaccination, infection récente, parotidite, hémopathie, tuberculose, constipation.
- Antécédents chirurgicaux : cure d'hernie inguino-scrotale, chirurgie endoscopique, sondage vésical,
- Le mode de survenue : il peut être aigu ou chronique.
- La chronologie des symptômes.
- Rechercher la notion de traumatisme récent ou une urétrite.

◆ **Signes généraux :**

- ✓ Fièvre, frissons,
- ✓ AEG, asthénie, anorexie et amaigrissement.

◆ **Examen physique :**

L'examen des bourses se fait en position debout puis couchée, il doit être bilatéral, on commence par le côté sain (pour le prendre comme référence).

- ♦ **Inspection :** On note l'aspect de la bourse à la recherche d'une augmentation de volume, rougeur, œdème, dilatation variqueuse, fistule ou nécrose.
- ♦ **Palpation :** Elle doit être douce et bimannuelle, en position debout et couchée, en comparant les 2 côtés :
 - Épaisseur de la peau
 - Palpation de testicule et de l'épididyme séparés par un sillon, un nodule testiculaire dur est à priori un cancer.
 - Palpation du cordon spermatique, le canal déférent est facilement senti, ferme en le faisant rouler entre 2 doigts.
 - Examen de méat urétral à la recherche d'un écoulement urétrale ou méatite.
 - On termine par la palpation des ganglions inguinaux, les toucher rectal et un examen somatique complet à la recherche d'autres anomalies.
- ♦ **Trans-illumination de la grosse bourse:** une lampe puissante est placée sous la grosse bourse dans une pièce sombre. Une hydrocèle se laissera traverser par le rayon lumineux, une hernie ou cancer du testicule resteront opaque.

On fait uriner le patient afin d'apprécier la qualité du jet et l'aspect des urines.

Au terme de cet examen clinique nous serons devant 2 situations :

- **Grosse bourse aiguë douloureuse** dont le diagnostic étiologique est souvent clinique et qui est dominé par l'orchi-épididymite aiguë et la torsion du cordon spermatique.
- **Grosse bourse chronique non douloureuse** pour lesquelles le diagnostic étiologique nécessite des explorations biologiques et morphologiques.



A- GROSSE BOURSE AIGUE ET DOULOUREUSE :

I. Torsion du cordon spermatique :

Première étiologie à évoquer devant un tableau clinique de grosse bourse aigue douloureuse. C'est une urgence chirurgicale qui doit être prise en charge et opérée avant la 6^{ème} heure, fréquente chez l'enfant et l'adolescent, mais qui peut se voir chez l'adulte, due à une hypermobilité du testicule (laxité de gubernaculum testis) ou malformation (testicule en cloche).

1- Clinique :

♦ Signes fonctionnelles :

- Il s'agit d'une douleur brutale, unilatérale, vive, continue voire syncopale d'emblée intense sans facteur déclenchant, irradiant le long du cordon vers la région inguinale,
- Peut être accompagnée des troubles digestifs (nausées, vomissements...).

♦ L'inspection :

- Une bourse augmentée de volume avec un scrotum rouge, chaud et oedématié
- Un testicule ascensionné et horizontalisé (signe du gouverneur)
- Trans-illumination négative

♦ Palpation :

- Signe de PREHN négatif (Le soulèvement du testicule par 2 doigts en position debout ne soulage pas patient).
- Disparition du reflexe crémastérien
- Parfois on arrive à palper les tours des spires du cordon spermatique

Le reste de l'examen est sans anomalie (pas de fièvre ou syndrome infectieux et pas de symptômes urinaires).

La simple suspicion de torsion du cordon spermatique à l'examen clinique suffit pour poser l'indication opératoire en urgence (il faut mieux une scrototomie blanche qu'un testicule noir).

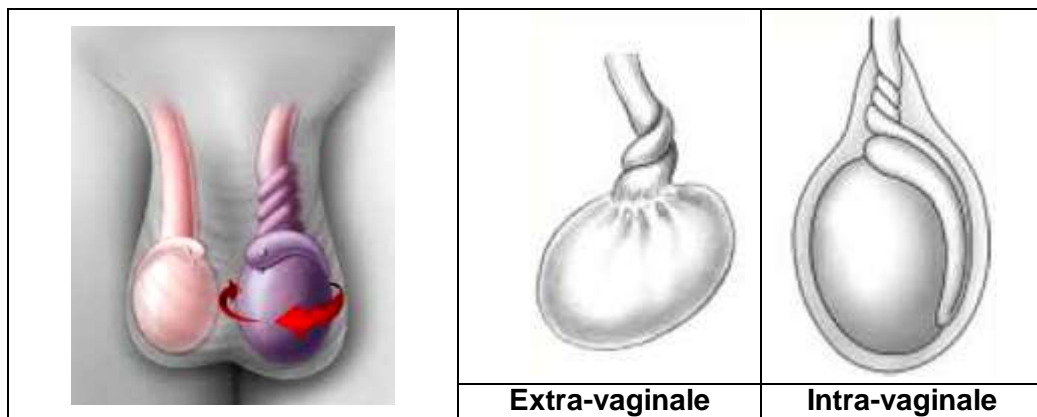
Il existe 02 types de torsion :

- **Intra-vaginale** : (95%) surviennent surtout entre trois et vingt ans.
- **Extra-vaginale** : (5%) surviennent surtout in utero et chez le nouveau-né.

Il existe aussi un sens de torsion:

- **A gauche** : vers le raphé, contre le sens des aiguilles d'une montre.
- **A droite** : vers le raphé, suivant le sens des aiguilles d'une montre.

Donc la détorsion va se faire dans le sens contraire (comme ouvrir un livre).



2- L'échographie doppler scrotale :

Objectiver un arrêt net du flux circulatoire.



3- Le traitement :

- Il est chirurgical et doit se faire avant la 6^{ème} heure
- La détersion externe a pour seul objectif de réduire la durée de l'ischémie aigue, elle ne doit pas retarder l'acte chirurgical
- Avant la chirurgie, il est primordial de prendre le temps d'expliquer au patient et aux parents d'un mineur qu'une orchidectomie peut s'avérer nécessaire
- L'intervention consiste en une incision scrotale, réduction de la torsion du cordon ; Si le testicule est viable, on procède à une fixation indartos de ce testicule (Orchidopexie) mais si le testicule est totalement nécrosé, une orchidectomie (ablation du testicule) est nécessaire
- L'orchidopexie du testicule controlatéral est systématique mais peut être différée dans un 2^{ème} temps opératoire s'il existe des signes inflammatoires importants.

4- Le pronostic : est fonctionnel et dépend de la précocité du diagnostic et de la PEC

II. Orchi-épididymite aiguë :

C'est l'inflammation aiguë de l'épididyme et du testicule souvent d'origine infectieuse.

1- Interrogatoire :

- Retrouve des antécédents urologiques, manoeuvres endo-urétrales ou une prostatite aiguë
- Le tableau clinique est celui d'une grosse bourse aiguë, douloureuse et fébrile, il associe :
 - ✓ Une douleur intense scrotale d'apparition rapide, irradiant le long du cordon spermatique vers la région inguinale
 - ✓ Accompagné d'un syndrome infectieux fait de fièvre (38,5° à 39°), des brûlures mictionnelles et parfois un écoulement urétral.

2- Clinique :

- La bourse est augmentée en volume, oedématiée et inflammatoire (rouge, chaude et dépliée) et la peau scrotale est épaisse
- Epididyme augmenté de volume et douloureux
- Cordon spermatique tendu, augmenté de volume et douloureux
- Testicule normale au début puis devient inflammatoire
- Manoeuvre de PREHN positive (le soulèvement du testicule soulage le patient).
- Le Toucher rectal peut montrer une prostate de volume augmenté et sensible.

3- Biologie :

FNS, ECBU systématique et hémoculture si la fièvre > 38,5° et en cas de frissons

4- L'échodoppler scrotale :

Montre une augmentation de flux sanguin.

5- Le traitement :

Doit être débuté sans attendre les résultats de l'ECBU :

- ✓ Repos au lit,
- ✓ Suspensoir,
- ✓ Antalgiques, antibiotiques pendant 3 semaines

6- Evolution :

- ⇒ Sous traitement rapide et adapté : guérison totale.
- ⇒ Sous traitement tardif ou insuffisant : abcédation et évolution vers la chronicité.



III. Traumatisme scrotal :

1- Interrogatoire :

L'anamnèse est évocatrice, la notion de traumatisme fermé ou ouvert.

Il peut être soit:

- Un hématome cutané,
- Une hématocele (Épanchement sanguin à l'intérieur de la tunique vaginale),
- Une contusion ou une fracture testiculaire avec rupture de l'albuginée.



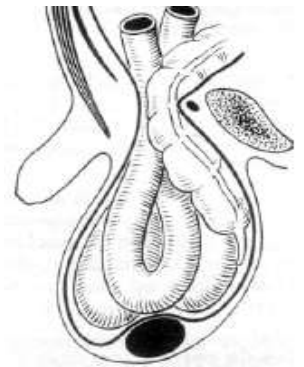
2- Clinique : douleur vive, post traumatique, syncopale, associée éventuellement à des nausées, vomissements.

3- Echographie scrotale : permet de mettre en évidence un épanchement sanguin intravaginal, une fracture testiculaire ou un testicule multifracturaire.

4- Traitement : L'exploration chirurgicale est indiquée en urgence chaque fois qu'une rupture de l'albuginée ou qu'une rupture épидидymaire est suspecté à l'échographie.

IV. Hernie inguino-scrotale étranglée :

- C'est une tuméfaction inguino-scrotale, irréductible, douloureuse, dure, non impulsive à la toux, éventuellement associée à des signes d'occlusion intestinale aiguë.
- L'anamnèse retrouve les antécédents d'une hernie simple non compliquée.
- ASP : niveaux hydro-aériques en position pelvienne ou se projetant sur la région scrotale
- Le traitement est chirurgical en urgence.



V. Œdème allergique scrotal :

- Il peut être dû à une allergie (ex : notion de piqure d'insecte récente), purpura Rhumatoïde ou idiopathiques.
- **Clinique :** œdème scrotale bilatérale, indolore, pas de fièvre. Testicule et épидидyme normaux.
- **Traitement :** anti-inflammatoires, antihistaminiques

VI. Torsion des annexes testiculaires (l'hydatide de MORGANI) :

- La torsion des annexes testiculaires est à l'origine de **8%** des tableaux cliniques de « grosse bourse aiguë douloureuse » et ne présente pas de conséquence fonctionnelle
- Il se présente comme une douleur unilatérale au niveau de pole supérieure de testicule et brutale, gênant la marche
- Le diagnostic est souvent peropératoire.
- **Traitement :** ligature section de l'hydatide (ligature du pédicule de l'annexe intéressée)

B- GROSSE BOURSE CHRONIQUE FROIDE :

I) Tumeur maligne du testicule :

- ✕ L'apanage de l'adulte jeune de 18 à 35 ans en activité génitale
- ✕ Il s'agit d'une tumeur germinale dans 95% : séminomateuses (40%) et non séminomateuses (60%).
- ✕ **Les facteurs favorisants :**
L'atrophie testiculaire, le traumatisme et la cryptorchidie.



⌘ **Examen clinique :**

- Retrouve une augmentation de volume de testicule, indolore dure et irrégulier,
- Opaque à la trans-illumination (test négatif)
- Surmonter d'un épидидyme d'aspect normal (la tête de l'épididyme est facilement palpable coiffant la tumeur) : signe de CHEVASSU
- Parfois on retrouve des adénopathies inguinales ou le ganglion de TROISIÈRE.

⌘ **Biologie :** Dosage sanguin des marqueurs tumoraux (B-HCG, alpha FP, LDH).

⌘ **Echographie scrotale :** nodule hypo-échogène au sein de la glande.

⌘ **Traitement :** orchidectomie radicale par voie inguinale avec curage ganglionnaire associée selon le stade et le type anatomopathologique à un traitement adjuvant (radiothérapie ou chimiothérapie).

II) Gros testicule syphilitique :

Δ Notion de comptage ou notion de syphilis primitive.

Δ **Biologie :** sérologie VDRL, TPHA.

Δ **Traitement :** pénicilline G.

III) Epididymite chronique (noyaux épидидymaires froids tuberculeux) :

- Soit séquellaire d'une infection aiguë mal traitée ou d'origine primitive devant laquelle il faut évoquer la tuberculose urogénitale
- C'est un nodule au niveau de la tête ou de la queue épидидymaire, très dure irrégulier et indolore ; elle peut être associée à une fistule scrotale.
- L'étiologie tuberculeuse est suspectée en cas :
 - ✓ notion de contagion, antécédent de tuberculose uro-génitale, pulmonaire, osseuse.
 - ✓ signes de cystite qui ne répond pas à une antibiothérapie habituelle
- **Biologie :** recherche de BK dans les urines.
- **Traitement :** une chimiothérapie anti tuberculeuse associée ou non à une épидидymectomie.

IV) Kyste épидидymaire :

⌘ Fréquent au niveau de la tête de l'épididyme ; parfois douloureux

⌘ A l'examen on retrouve une grosse masse lisse indolore bien limitée avec un testicule palpable.

⌘ **L'échographie scrotale :** Image liquidienne sus testiculaire anéchogène.

⌘ **Traitement :**

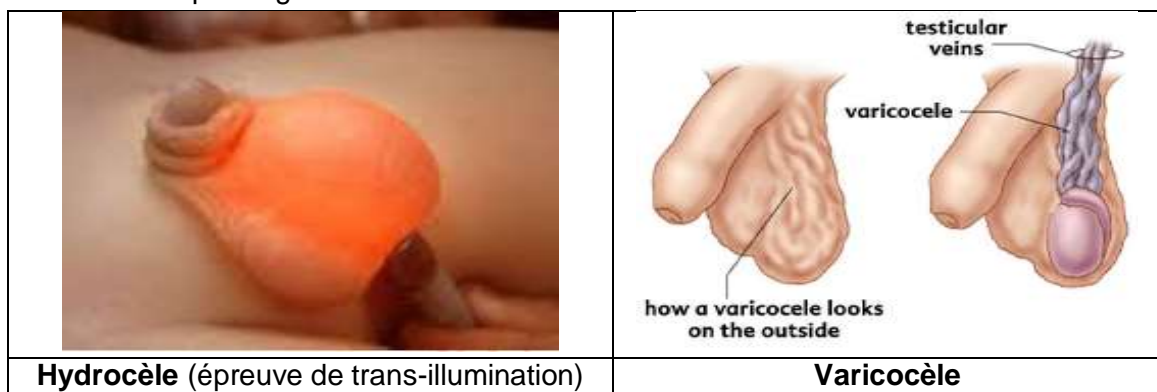
- Excision chirurgicale en cas de signes douloureux et généraux
- Si kyste asymptomatique: abstention.

V) Hydrocèle :

- Présence d'épanchement liquidien clair entre les 2 feuillets de la séreuse vaginale
- Chez l'enfant, elle est due à la persistance du canal péritonéo-vaginal mais chez l'adulte elle est due à une hypersécrétion de la vaginale. C'est la cause la plus fréquente des grosses bourses froides chez l'adulte.
- Le diagnostic est facile devant une grosse bourse rénitente indolore non inflammatoire, non impulsive à la toux, testicule non palpable. Trans-illumination positive
- L'échographie scrotale confirme le diagnostic en montrant un épanchement intra vaginal anéchogène avec testicule d'aspect normal
- **Traitement :** Il est chirurgical :
 - ⇒ **Adulte :** Consiste en une résection de la vaginale ou simple retournement de celle-ci.
 - ⇒ **Enfant :** Ligature du canal péritonéo-vaginal.

VI) Varicocèle :

- ✘ C'est une dilatation du plexus veineux pampiniforme qui chemine dans le cordon spermatique due le plus souvent à une insuffisance veineuse ou une obstruction de la veine génitale (tumeur ou thrombus).
- ✘ **Cliniquement** : C'est une sensation de lourdeur ou de pesanteur scrotale plus ou moins associée à des douleurs inguinales, siégeant le plus souvent à gauche.
- ✘ **Biologie** : Elle peut être associée à une altération du spermogramme.
- ✘ **Echodoppler scrotale** : Retrouve des images hypoéchogènes rétro testiculaire associée ou non à un reflux.
- ✘ **Traitement** : Il est chirurgical sauf grade I : Ligature de la veine spermatique ou bien embolisation de la veine spermatique. Il est indiqué en cas de douleurs très gênantes ou altération du spermogramme.



VII) Kyste du cordon :

- Correspond à un reliquat du canal péritonéo-vaginale.
- C'est une tuméfaction liquidiennne, rénitente aux dépens de cordon, Trans-illumination positive et anéchogène à l'échographie.
- Traitement : consiste en la fermeture du canal par voie inguinale avec exérèse du kyste.

VIII) Hernie inguino-scrotale non compliquée :

- ✘ Le contenu scrotal est inhomogène, gargouillant, impulsif à la toux, réductible et indolore.
- ✘ Le traitement est chirurgical.

Points forts

- ★ L'augmentation du volume d'une bourse reste un motif fréquent de consultation en urologie.
- ★ Deux modes de survenue sont possibles : une grosse bourse aiguë ou chronique.
- ★ Toute grosse bourse aiguë douloureuse est une urgence diagnostique et thérapeutique.
- ★ Le dg est clinique, la grosse bourse et la douleur scrotale sont les maitres symptômes.
- ★ La grosse bourse aiguë nécessite une prise en charge et traitement dans l'immédiat et la grosse bourse froide nécessite une exploration.
- ★ Le cancer du testicule et la torsion du cordon spermatique sont les diagnostics à ne pas méconnaître.
- ★ Devant une grosse bourse, il faut reconnaître les affections à traiter en urgence : torsion de cordon spermatique et HIS étranglé.
- ★ Devant toute grosse bourse chronique, il faut demander une échographie scrotale pour ne pas passer à côté d'un cancer du testicule.
- ★ Le TRT est en fonction de l'étiologie, l'exploration chirurgicale est indiquée au moindre doute.
- ★ Le pronostic est fonctionnel (si torsion du cordon spermatique) et vital (si cancer du testicule).