

**URGENCES  
INGUINO-SCROTALES  
CHEZ L'ENFANT**

F.Varlet

# Introduction

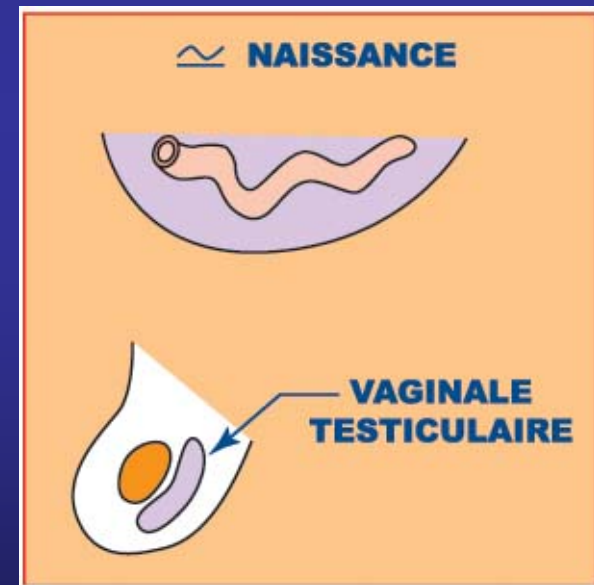
- Motif très fréquent de consultation
- Dominé par
  - Hernies compliquées
  - Torsions du pédicule spermatique
- **URGENCES**
  - Ischémie
  - Pronostic vital intestinal et gonadique

# Hernie inguinale

- **Pathologie fréquente :**
  - 1 - 4% des enfants (50% avant 1 an)
  - 85% = garçons
- **Terrains particuliers :**
  - prématuré +++
    - 30% des préma < 1000g font une HI
    - 15% des préma 1000g - 1500g
  - terrain familial ( 20%)
  - dérivation ventriculo-péritonéale (15%)

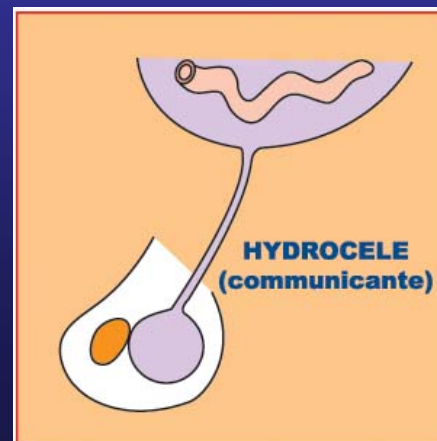
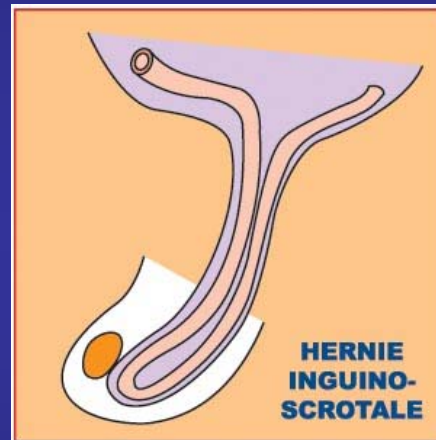
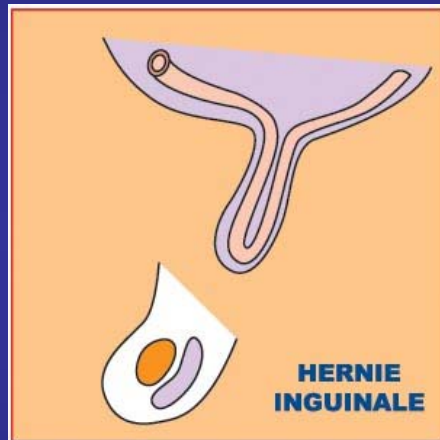
# Hernie inguinale

- Persistance du canal péritonéo-vaginal chez le garçon



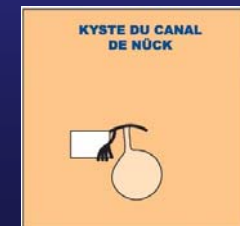
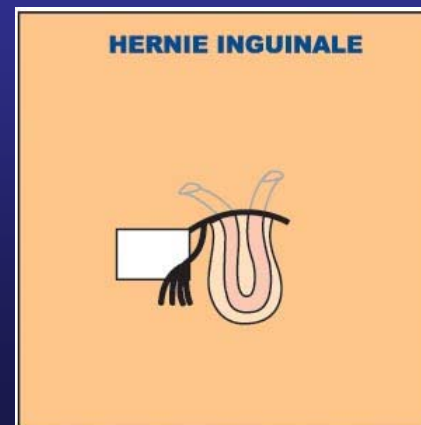
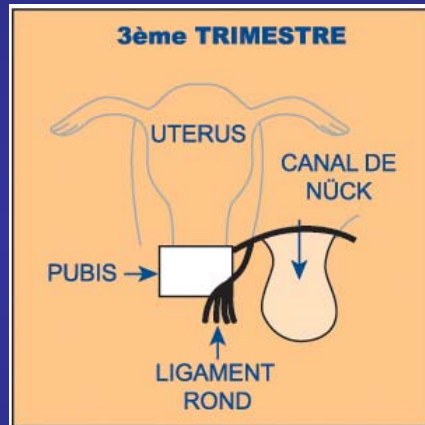
# Hernie inguinale

- **Persistance du CPV**



# Hernie inguinale

- Persistance du canal de Nüeck chez la fille



# Hernie inguinale

- **Non compliquée**
  - Tuméfaction inguinale ou inguino-scrotale
  - Pleurs ou efforts de poussée
  - réductible



# Hernie inguinale

- **Complicquée**

- 10-15% des HI  
30% avant 1 an
- Pleurs ++  
Douleurs (grand enfant)
- Tuméfaction  
douloureuse
- Irréductibilité

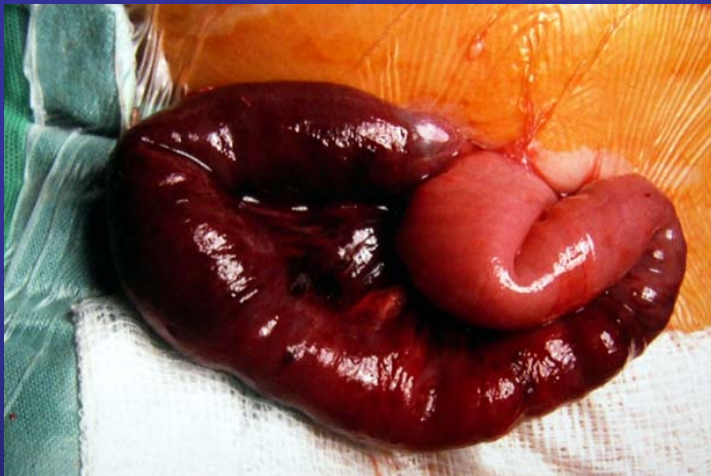




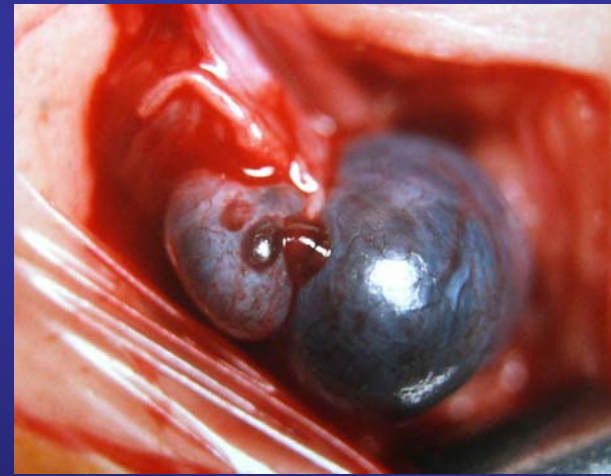
# Hernie inguinale

- **Complicquée**

- Risque intestinal et gonadique +++ (enfant)



**Souffrance  
intestinale**



**Souffrance  
testiculaire**

**Hernie ovaire**

# Hernie inguinale

- **Diagnostic différentiel**
  - Hydrocèle et kyste du cordon
    - quelques formes aiguës

hydrocèle

**TRANSILLUMINATION**

Kyste du cordon

# Hernie inguinale

- **Diagnostic différentiel**

- Œdème idiopathique du scrotum
  - étiologie inconnue
  - Extension vers la région inguinale et le périnée
  - Guérison spontanée



# Hernie inguinale

- Examens complémentaires

- Le diagnostic est clinique !

- ASP : occlusion ?

- Exceptionnellement : échographie

- Hernie inguinale compliquée ou kyste du cordon de forme aiguë ?

# Hernie inguinale

- **Traitement de la hernie compliquée**

**Vue tardivement**

- Déshydratation
- Syndrome occlusif

**Hernie de l'ovaire**

**Chirurgie  
en urgence**

**Après réanimation  
si déshydratation**

**< 6-12h** : tentative de réduction

= TAXIS THERAPEUTIQUE

- (valium\* IR 0,5mg/kg)
- Repos au calme 20-30 minutes

# Hernie inguinale

- **Taxis thérapeutique**

- Pression pouvant durer 3-5 minutes
- Parfois, relâcher et reprendre la pression dans le bon axe
- Tout d'un coup, on sent que la hernie commence à se réintégrer, puis tout rentre dans la cavité abdominale

Pouce et index main G



# Hernie inguinale

Taxis thérapeutique

Réduction  
Hernie engouée

Cure chirurgicale  
différée

Irréductible  
Hernie étranglée

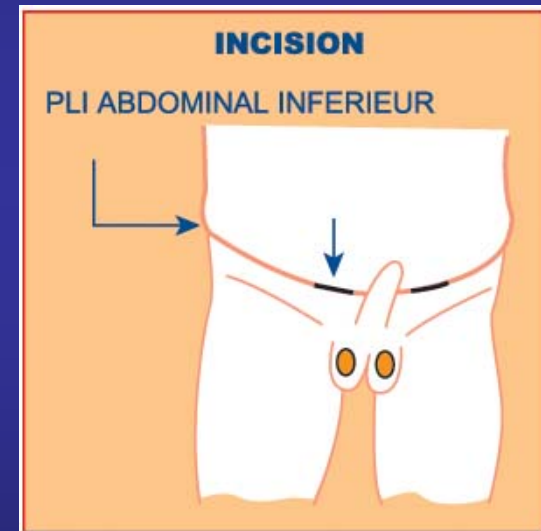
Urgence chirurgicale

# Hernie inguinale

- **Traitement**

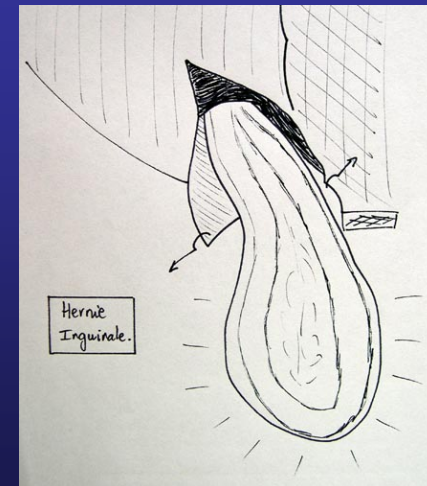
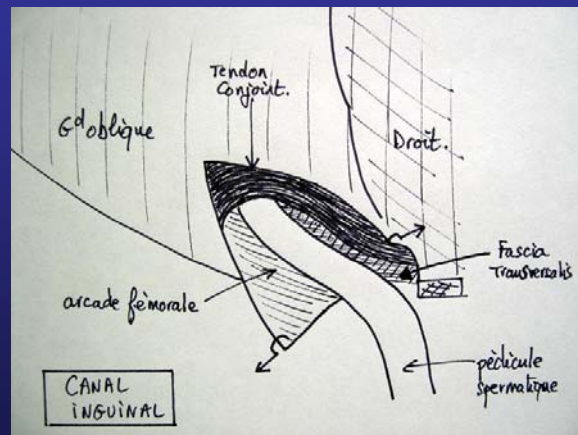
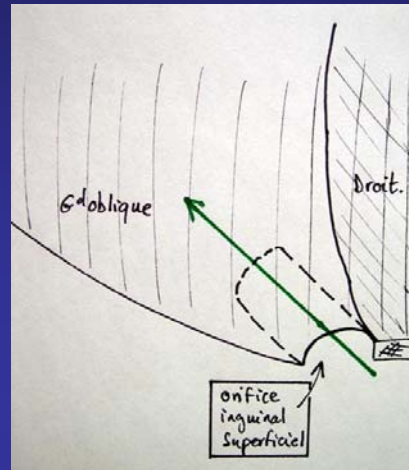
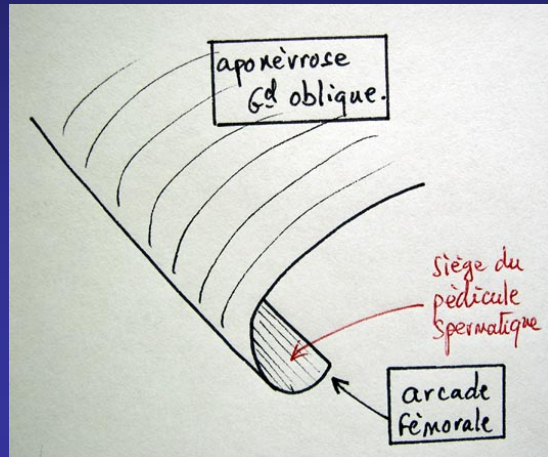
- Voie d'abord

- Pli abdominal inférieur
    - Horizontale
    - Dissection région inguinale
    - Ouverture de l'orifice inguinal
      - Ce qui est le plus difficile
      - Œdème +++
      - Tissus tendus, fragiles





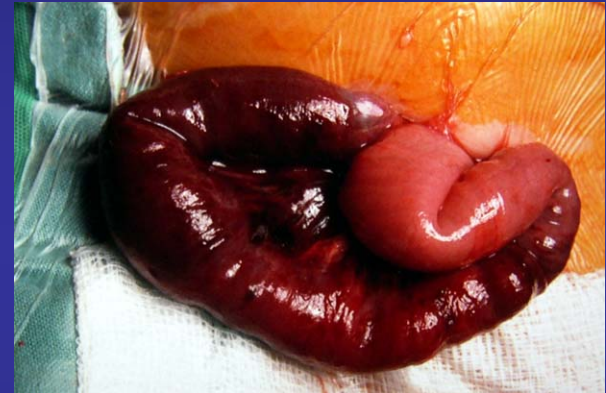
# Hernie inguinale



# Hernie inguinale

- **Traitement**

- Ouverture du CPV
- Exploration du contenu
- Attitude conservatrice +++
- Résection intestinale  
si nécrose certaine
- Jamais de castration



# Hernie inguinale

- **Traitement**

- Fermeture du CPV

- Réfection pariétale

- Soigneuse ++ (↑ risque de récurrence)
    - Abaissement du conjoint à l'arcade
    - Suture de l'aponévrose du grand oblique
    - Tissu sous-cutané et peau

# Hernie inguinale

- **Complications** après HI étranglée
  - 10 - 30%
  - ↑↑↑ atrophies testiculaires (10%)  
abcès de paroi  
récidives

# Torsion pédicule spermaticque

- **Urgence** : 6h pour éviter la nécrose !
- **2 grandes périodes** : Nouveau-né et > 10-11 ans

*F.Sauvat et al. Arch Pediatr 2002;9:1226-9*

- 86 enfants suspects de torsion sur 10 ans
- 26 entre 1 mois et 11 ans = **12 torsions de testicule**

2 ans



4 ans



# Épidémiologie

- **Tous âges confondus** : 919 patients (*J1 – 18 ans*)

– Torsion d'hydatide pédiculée	307	(33,4%)
– Épididymite	290	(31,5%)
– Torsion cordon spermatique	208	(22,6%)
– Traumatisme	68	( 7,4%)
– Torsion – détorsion testicule	14	( 1,5%)
– Œdème idiopathique	9	( 1% )
– Hernie, hydrocèle	7	( 0,8%)
– Hématomes, kyste, vaginalite	16	( 1,7%)

*(Kalfa N et al J Urol 2007;177:297-301)*

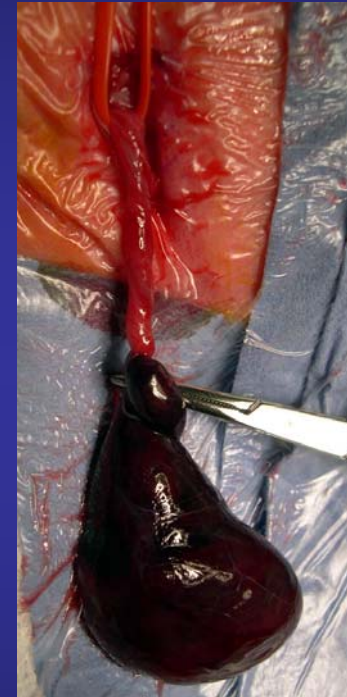
# Torsion pédicule spermatique

- Moyen de fixité
- Vascularisation
- Annexes

# Torsion pédicule spermatique

- **Nouveau-né**

- Supravaginale  
(tissu conjonctif lâche du fœtus)
- NN à terme
- In utero +++  
post-natal immédiat (5-10%)





# Nouveau-né

- Grosse bourse non douloureuse
- Grosse bourse aiguë douloureuse

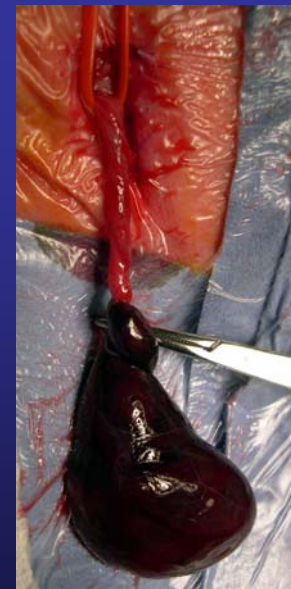


Testicule nécrosé  
Exploration systématique ?

Espoir de conservation  
**Exploration en urgence**

# Nouveau-né

- **Torsion *in utero***
  - Testis très dur, non douloureux, un peu ascensionné
  - Bourse  $\pm$  inflammatoire, souvent violacée
  - Testicule nécrosé 100%
  - Intervention ? Intérêt ?  
AG risquée chez le NN



# Nouveau-né

- **Torsion *in utero***

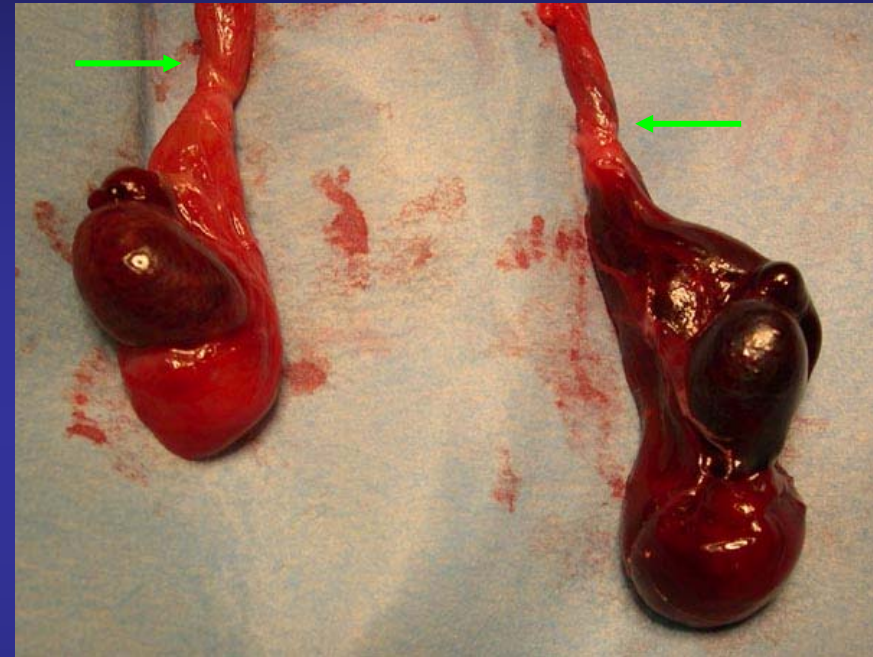
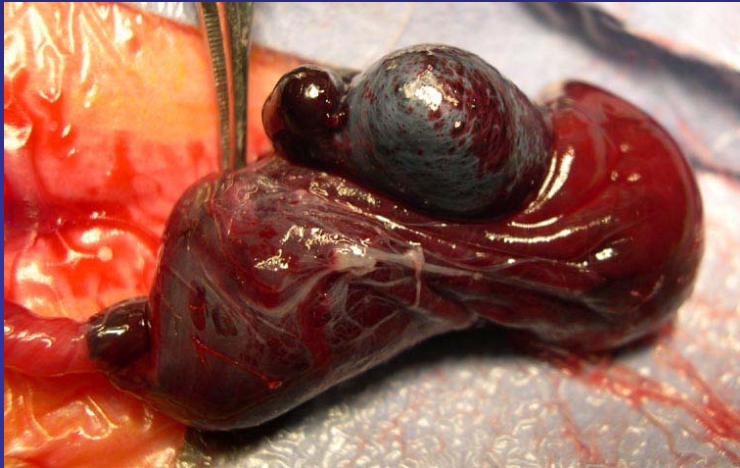
- Yerkes E et al. *J Urol* 2005,174:1579-83

- 18 torsions de testicule
    - 18 n'ont des signes cliniques **que d'un côté**

- **Tous ont eu 1 exploration controlatérale**

- 4 torsions asymptomatiques avec nécrose irrécupérable
    - 1 petit testicule atrophique, mais vascularisé
    - 1 avec défaut de fixation +++
      - orchidopexie

# Nouveau-né



- Intérêt +++ d'une exploration systématique, à mon sens : bilan exact, fixation préventive controlatérale (torsion asynchrone)
- AG : risque théorique

# Nouveau-né

- **Autres causes**

- Traumatisme obstétrical

- Accouchement dystocique (50%) - siège
- Hématome du cordon ou des enveloppes (hématocèle)

- Vaginalite – Hydrocèle

- > J 10
- Contexte infectieux

- Autres : hernie, tumeur



tératome

# Enfant - Adolescent

- Douleur

- Début brutal ou progressif
- Attention aux garçons pudiques, timides qui peuvent minimiser leurs symptômes :
  - « il n'était pas comme d'habitude » disent les parents
  - Douleur abdominale ou inguinale → toujours examiner les OGE +++
- ATCD d'épisodes identiques spontanément résolutifs (sub-torsion ?)

# Enfant - Adolescent

- **Autres signes**

- Nausées, vomissements
- Dysurie, pollakiurie
- Fièvre
- Traumatisme : révélateur ou cause ?
  - Délai entre trauma et début des signes
  - Durée des douleurs : < 1h ou > 1h ?

↓  
torsion ou trauma sévère

# Enfant - Adolescent

- **Clinique**

- Tableau typique

- Douleurs +++, souvent matinales
    - Grosse bourse ± inflammatoire selon la durée d'évolution
    - 37°5 – 38°5 C
    - Ascension du testicule
    - Gonade « intouchable »





# Enfant - Adolescent

- **Échographie Doppler couleur**
  - Seule = faux négatifs +++
  - **+ Haute Résolution**
    - Sonde 7,5 MHz ou 10 MHz
    - Analyse du cordon spermatique lui-même à la recherche de la **spire de torsion** +++
      - Sensibilité = 96%
      - Spécificité = 99% (*Kalfa N et al J Urol 2007;177:297-301*)
  - Vascularisation du testicule, épидидyme

# Enfant - Adolescent

- Kalfa N et al. J Urol 2007;177:297-301
  - 208 torsions testicule / 919 patients
  - Clinique
    - Évidente = 78,5%
    - Possible = 10,2%
    - Improbable = 11,3%
  - Écho-Doppler couleur seule = 76%
  - Écho-Doppler couleur + HR = 96%

= AUCUN FAUX-NEGATIF !

# Enfant - Adolescent

- **Torsion de testicule**
  - Écho-Doppler couleur + HR en urgence
  - Sinon intervention en urgence



# Enfant - Adolescent

- **Clinique**

- Tableau atypique

- Douleurs moins importantes
- Forme vue tardivement  
(symptômes cachés par l'enfant)

- Testicule toujours  
± douloureux



# Enfant - Adolescent

- **Clinique**
  - Tableau atypique
    - Situation ectopique



# Diagnostic différentiel

- **Torsion d'hydatide pédiculée**

- Plus fréquente, parfois bilatérale asynchrone
- Au cours des 1ères heures d'évolution
  - Scrotum non inflammatoire
  - Petite tuméfaction bleutée juste sous la peau
  - Très sensible à la palpation
  - Située à la jonction épидидymo-testiculaire



# Diagnostic différentiel

- **Torsion d'hydatide pédiculée**

- Au-delà de 6-12h

- Scrotum inflammatoire, épais

- Palpation plus difficile  
à interpréter : douleur diffuse

- Épидidyme et testicule ?

- Écho-Doppler + HR



# Diagnostic différentiel

- Torsion d'hydatide pédiculée



Hydatide pédiculée  
non compliquée



Hydatide tordue



Hydatide tordue  
nécrosée



# Diagnostic différentiel

- **Épididymite aiguë**

- Grosse bourse inflammatoire
- Fièvre 38° - 38°5 C
- Palpation +++ de l'épididyme
- Rarement orchite associée
  
- Écho-Doppler couleur + HR
  - ↑ épидидyme ± hydrocèle
  - Pédicule normal



# Diagnostic différentiel

- **Épididymite aiguë**

- Bilan biologique

- ↑ leucocytes, CRP

- ECBU +++

- (E.Coli, Streptocoque, Pseudomonas )

- Traitement antibiotique IV 48h,  
puis relais per-os

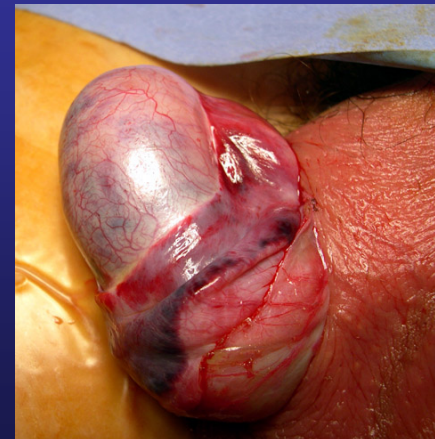
- Chirurgie en cas de doute !



# Diagnostic différentiel

- **Traumatisme**

- Facile si connu
- Difficile si méconnu ou inavoué
  
- Écho-Doppler couleur + HR
  - Hématome simple
  - Épanchement vaginal
  - Hématome intra testiculaire
  - Fracture du testicule



# Diagnostic différentiel

- Œdème aigu idiopathique du scrotum
  - Peau scrotale très épaisse
  - Inflammation s'étendant vers la région inguinale et le périnée +++
  - Testicule palpable si on agit doucement : normal +++



# Diagnostic différentiel

## • Œdème aigu idiopathique du scrotum

– Cause inconnue

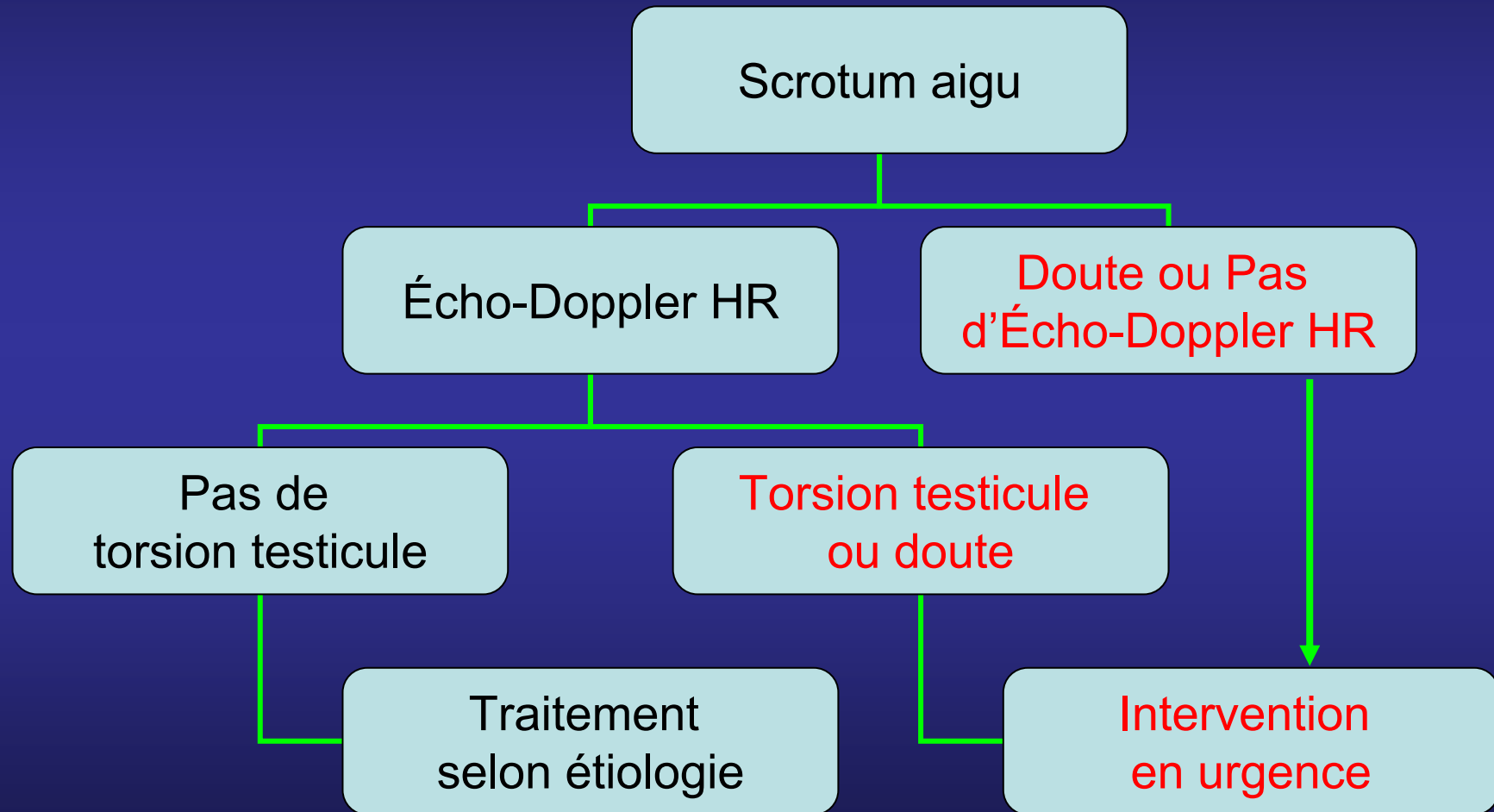
- cellulite infectieuse ?
- réaction allergique ?

– Traitement

- Repos au lit
- Anti-inflammatoires

– Possibilité de récurrences

# Conduite à tenir



# Conduite à tenir

- Prudence +++

- Il est très facile de se tromper
- L'Écho-Doppler couleur + HR semble être très prometteuse, mais **opérateur dépendant**

**ATTENTION +++**

- Ne pas prendre de décisions seul(e) **avant le clinicat !**



Enfant renvoyé à la maison  
par l'interne et opéré  
seulement le  
lendemain trop tard !

# Conduite à tenir

- **Intervention chirurgicale**

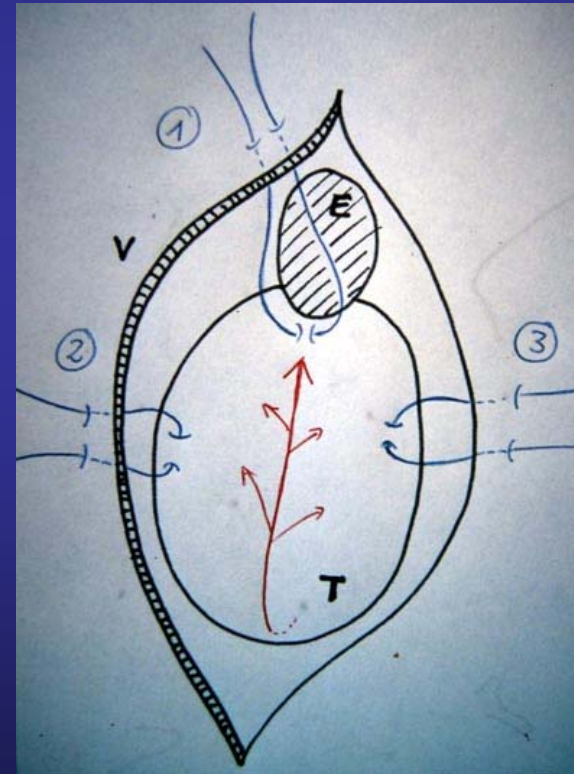
- Torsion

- Détorsion (horaire, antihoraire, nombre de tours)
    - Réchauffement au sérum à 37°C (les compresses refroidissent très vite : les changer souvent)
    - Injection du pédicule à la xylocaïne à 1% (vaso-dilatation)
    - En attendant l'éventuelle récupération, orchidopexie controlatérale :
      - Incision identique
      - fixation



# Conduite à tenir

- **Orchidopexie (enfant – adolescent)**
  - 3 fils non résorbables
  - En évitant le trajet des branches artérielles
  - Entre vaginale et albuginée



# Conduite à tenir

- **Intervention chirurgicale**
  - Retour au testicule tordu
    - Nécrose complète = castration
      - Ligature séparée vaisseaux et canal déférent
    - Aspect cyanosé persistant ou récupération = orchidopexie selon la même technique
  - Fermeture
  - Suspensoir
  
  - Éventuelle réserve sur la vitalité du testicule

# Conclusion

- S'adapter au contexte local
- Opérer au moindre doute reste indispensable !

**"Ouvrir un scrotum inutilement pour une épididymite est une mince erreur de diagnostic sans conséquence .**

**Laisser évoluer une torsion du cordon spermatique est une faute grave".**

- Prudence +++ avant d'être senior