

TORSION DU CORDON SPERMATIQUE ET DES ANNEXES TESTICULAIRES CHEZ LE SUJET ADULTE AU CHU DE BRAZZAVILLE

SPERMATIC CORD TORSION AND TESTICULAR APPENDICES IN ADULT SUBJECTS AT CHU BRAZZAVILLE.

ODZÉBÉ AWS, BANGA MOUSS RB, ONDZIEL OPARA AS, ATIPO ONDONGO AM, DAMBA, J.J, LÉRÉ
WAPI LOUZOLO K, BOUYA PA

Service d'urologie CHU Brazzaville

Auteur correspondant : Dr ODZEBE Anani W. S, Chirurgien Urologue, CHU de Brazzaville, BP/ 2522 Brazzaville, Congo, Email : odzebe_s@yahoo.fr

RESUME :

Objectif : rapporter les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des cas de torsion du cordon spermatique et des annexes testiculaires chez les sujets adultes pris en charge dans notre service.

Patients et méthodes : Il s'est agi d'une étude rétrospective portant sur les dossiers de torsion du cordon spermatique ou des annexes testiculaires des patients adultes reçus dans le service d'Urologie - Andrologie du CHU de Brazzaville dans la période allant du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2016. Ont été inclus dans cette étude tous les patients âgés de 18 ans et plus, admis pour torsion du cordon spermatique ou des annexes testiculaires, ayant un dossier complet. Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le délai de consultation et de prise en charge chirurgicale, l'aspect clinique et per opératoire du testicule concerné, le nombre de tours de spires, le geste chirurgical réalisé et le suivi après le traitement.

Résultats : Trente et huit patients d'âge égal ou supérieur à 18 ans ont été colligés durant la période d'étude. Parmi eux 37 cas de torsion du cordon spermatique et une torsion de l'hydatide pédiculée de Morgani. L'âge moyen des patients était de 20,19 ans (18 et 46 ans). Vingt et un patients, soit 55,26%, étaient dans la tranche de 18 et 20 ans. Le délai moyen de consultation était de 71,43 heures, extrêmes de 2 heures et 32 jours. Ce délai moyen était de 112 heures chez les patients qui provenaient d'un autre centre de santé. Le patient qui avait une torsion de l'hydatide pédiculée de Morgani avait un délai de prise en charge chirurgicale de 32 jours. Un patient avait un antécédent d'orchidectomie pour torsion du testicule controlatéral survenue 3 ans avant. Un autre patient avait une atrophie du testicule controlatéral survenue depuis 8 ans. La torsion était intra vaginale dans tous les cas. Le testicule droit était concerné dans 52,63% de cas. Le nombre moyen de tours de spire était de 2 tours (extrême entre 1 et 5). Dix sept patients (44,74%) avaient un testicule nécrosé et avaient subi une orchidectomie. L'orchidopexie controlatérale était réalisée dans le même temps opératoire chez 30 patients (78,95%). Cinq patients ont présenté une atrophie du testicule concerné par la torsion.

Conclusion : la torsion du cordon spermatique constitue une urgence. Le pronostic dépend de la rapidité de la prise en charge chirurgicale

Mots clés : Torsion, Cordon spermatique, chirurgie

SUMMARY

Objective : to report the clinical, therapeutic and evolutionary aspects of spermatic cord torsion and testicular appendages in adult subjects treated in our department.

Patients and methods: This was a retrospective study of the medical records of patients presenting a torsion of the spermatic cord or testicular appendages of adult patients and referred to the Urology-Andrology department of the Brazzaville University Hospital in the period from 1 January 2004 to December 31, 2016. This study included all patients aged 18 years and older, admitted for torsion of the spermatic cord or testicular appendages, with a complete record. The parameters studied were: age, time to consultation and surgical management, the clinical and perioperative aspect of the testis concerned, the number of turns of the turns, the surgical procedure performed and the follow-up after treatment.

Results: Thirty-eight patients of 18 years of age and over were collected during the study period. Among them were 37 cases of twisting of the spermatic cord and a torsion of the pediculate hydatid of Morgani. The mean age of patients was 20.19 years (18 and 46 years). Twenty-one patients, or 55.26%, were in the 18 and 20 year age bracket. The average time to consultation was 71.43 hours, ranges of 2 hours and 32 days. This average time was 112 hours for patients from another health center. The patient who had a torsion of Morgani's hydatid had a surgical management time of 32 days. One patient had a history of orchidectomy for twisting of the contralateral testis occurring 3 years before. Another patient had an atrophy of the contralateral testis that occurred for 8 years. The torsion was intra vaginal in all cases. The right testis was involved in 52.63% of cases. The average number of turns of turn was 2 turns (extreme between 1 and 5). Seventeen patients (44.74%) had necrotic testis and had orchidectomy. Contralateral orchidopexy was performed at the same time in 30 patients (78.95%). Five patients presented atrophy of the testis affected by torsion.

Conclusion: the torsion of the spermatic cord is an emergency. The prognosis depends on the speed of surgical management.

Keywords : torsion, spermatic cord, surgery

INTRODUCTION

La torsion du cordon spermatique (TCS) est une urgence chirurgicale dont le délai de prise en charge détermine le pronostic fonctionnel du testicule [1-3]. C'est une pathologie typique chez l'enfant mais qui se présente également chez l'adulte dans près de 39% des cas [4]. Le délai de consultation est souvent retardé en Afrique à cause de la méconnaissance de cette pathologie et de ses complications par les patients et certains personnels de la santé. Le diagnostic de la TCS est clinique, aucun examen ne doit retarder l'exploration chirurgicale [1]. Devant un tableau clinique évident de torsion testiculaire associant un temps d'ischémie se rapprochant des six heures, attendre la confirmation radiologique du diagnostic risque fort de mettre en péril la sauvegarde du testicule. Dans cette situation, la prise en charge a lieu sans plus attendre sous la forme d'une exploration chirurgicale en urgence, détorsion et fixation (orchidopexie) du testicule atteint (si ce dernier est toujours viable). Par mesure de prévention, le testicule controlatéral bénéficie également d'une orchidopexie [5, 6]. Le pronostic trophique du testicule concerné par la torsion est conditionné par la sévérité de l'ischémie aiguë. Cependant, deux tiers des testicules conservés évoluent vers une hypotrophie de plus de 50 % [7].

L'objectif de notre étude était de rapporter les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des cas de torsion du cordon spermatique et des annexes testiculaires chez les sujets adultes pris en charge dans notre service.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les dossiers de torsion du cordon spermatique ou des annexes testiculaires des patients adultes reçus dans le service d'Urologie - Andrologie du CHU de Brazzaville dans la période allant du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2016. Le diagnostic de torsion du cordon spermatique était évoqué devant, sur le plan clinique, une grosse bourse douloureuse aiguë avec un testicule ascensionné, horizontalisé et rétracté à l'anneau inguinal. L'échographie couplée au doppler, quand elle était réalisée, permettait de mettre en évidence un épaississement et raccourcissement du cordon spermatique avec un arrêt total ou partiel de la vascularisation testiculaire. Le diagnostic de torsion du cordon spermatique était confirmé en per opératoire devant la présence de tours de spire avec ou sans nécrose testiculaire. L'exploration chirurgicale a été réalisée par voie scrotale. L'orchidectomie était réalisée lorsque le testicule n'était pas viable (testicule noirâtre ne se recolorant pas après détorsion et parfois après avoir été enveloppé pendant 15 à 30 minutes dans une compresse imbibée de sérum

physiologique tiédi). Dans le cas contraire, une orchidopexie était réalisée. L'orchidopexie était bilatérale lorsque l'opérateur jugeait que les conditions locales étaient non risquées pour le testicule controlatéral. Les patients ont été revus au contrôle un mois après la chirurgie pour apprécier la cicatrisation de la plaie opératoire, la taille et la consistance du testicule et aussi pour une éventuelle orchidopexie controlatérale lorsqu'elle n'était pas réalisée immédiatement. Tous les patients ont été pris en charge aux urgences chirurgicales puis hospitalisés dans le service d'urologie pour la poursuite de prise en charge post opératoire.

Ont été inclus dans cette étude tous les patients âgés de 18 ans et plus, admis pour torsion du cordon spermatique ou des annexes testiculaires, confirmée en per opératoire, ayant un dossier complet.

Les paramètres suivants ont été étudiés : l'âge, le délai de consultation, le délai de prise en charge chirurgicale, l'existence d'épisodes similaires avec résolution Spontanée, l'aspect clinique, les lésions per opératoires du testicule concerné, le nombre de tours de spires, la voie d'abord chirurgicale, le geste chirurgical réalisé et le suivi après le traitement.

RÉSULTATS

Trente et huit patients d'âge égal ou supérieur à 18 ans ont été colligés durant la période d'étude. La torsion du cordon spermatique représentait 0,65% des hospitalisations dans notre service. Elle était observée chez 37 patients. Un patient avait la torsion de l'hydride pédiculée de Morgani. L'âge moyen des patients était de 20,19 ans. Le patient le plus âgé avait 46 ans. Vingt et un patients, soit 55,26%, avaient un âge compris entre 18 et 20 ans (tableau I).

Tableau I : répartition des patients selon l'âge.

Tranches d'âge	Nombre	Pourcentage
18 à 25 ans	28	73,70
26 à 35 ans	4	10,50
36 à 46 ans	6	15,80
Total	38	100,00

Le délai moyen de consultation était de 71,43 heures avec des extrêmes de 2 heures et 32 jours. Vingt et trois patients (60,53%) provenaient de leur domicile et 15 patients d'un autre centre de santé. Les patients qui provenaient des autres centres de santé avaient un délai moyen de consultation de 112 heures soit 3 jours et 16 heures (extrêmes de 14 heures et 15 jours). Sept patients étaient traités à base d'antibiotiques, antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens avant de consulter dans notre centre. Trois patients n'acceptaient pas la chirurgie proposée dans le premier centre où ils avaient d'abord

consulté. Un patient avait un antécédent d'orchidectomie pour torsion du testicule controlatéral survenue 3 ans avant. Un autre patient avait une atrophie du testicule controlatéral secondaire à une symptomatologie similaire survenue 8 ans plus tôt. Chez ce dernier patient, les parents avaient refusé la chirurgie proposée à cette époque.

La torsion était intra vaginale dans tous les cas. Le testicule droit était concerné chez 20 patients soit 52,63%. A l'examen clinique, les tours de spires étaient mises en évidence par la palpation chez 11 patients (28,95%). L'échographie avec doppler était réalisée chez 27 patients (71,05%) parmi eux 14 patients avaient plus de 20 ans. Tous les patients d'âge supérieur ou égal à 25 ans avaient réalisé une échographie. Elle avait permis d'évoquer le diagnostic de torsion du cordon spermatique chez 23 patients. Par contre elle évoquait une orchépididymite aiguë chez trois patients. Chez le patient ayant une torsion de l'hydatide, l'échographie évoquait un kyste de la tête épидидymaire. Aucune détorsion manuelle avant la prise en charge chirurgicale n'avait été réalisée. L'abord chirurgical était fait par une incision médiane sur le raphé médian du scrotum chez 13 patients (34,21%). Chez les autres il s'agissait d'une scrotoomie transversale. L'exploration per opératoire permettait de mettre en évidence une torsion du cordon spermatique chez 37 patients (figure 1) et une torsion de l'hydatide pédiculée de Morgani (figure 2).



Figure 1: Aspect après détorsion chez le patient ayant un testicule unique



Figure 2 : Torsion de l'hydatide.

Le nombre moyen de tours de spire était de 2 tours (extrême entre 1 et 5). Le patient qui avait une torsion de l'hydatide pédiculée de Morgani avait un dé-

lai de prise en charge chirurgicale de 32 jours. Dix sept patients (44,74%) avaient un testicule nécrosé et avaient subi une orchidectomie. Deux patients avaient une détorsion spontanée avec à l'exploration un testicule violacé, viable et une hématocele. L'orchidopexie controlatérale était réalisée dans le même temps opératoire chez 30 patients (78,95%). Chez tous les patients qui avaient un testicule viable (n=21 ; 55,26%), une orchidopexie bilatérale avait été réalisée dans le même temps opératoire. Parmi les patients ayant une nécrose testiculaire (n=17), l'orchidopexie controlatérale avait été réalisée dans le même temps opératoire chez 09 patients. Sur le plan évolutif, nous avons observé un cas d'orchite sur testicule controlatéral survenue 48 heures après une pexie réalisée dans le même temps qu'une orchidectomie pour testicule nécrosé. L'évolution était favorable sous ofloxacine et anti inflammatoire non stéroïdien. Cinq patients ont présenté une atrophie du testicule concerné par la torsion au bout de 6 mois de suivi.

DISCUSSION

La torsion du cordon spermatique est l'une des urgences chirurgicales les plus fréquentes chez l'adolescent [5, 8]. Elle n'est pas exceptionnelle chez l'adulte [4, 9, 10]. Son incidence est estimée à un cas pour 4000 hommes âgés de moins de 25 ans [8]. Environ 65% des cas surviennent à la puberté, de façon concomitante à l'augmentation rapide du volume testiculaire [11]. Dix pour cent des torsions surviennent chez l'adulte de plus de 30 ans [8]. La torsion des annexes testiculaires (hydatide) est à l'origine de 8% des tableaux de grosse bourse aiguë douloureuse [1]. Le choix de la limite d'âge, dans notre série, a été réalisé pour éviter les biais de sélection car la majorité des enfants admis pour torsion du cordon spermatique, était pris en charge dans le service de chirurgie pédiatrique.

Le pronostic de la TCS est corrélé à la précocité du délai entre le début de la maladie et la prise en charge chirurgicale [4]. Ce délai était long dans notre série, il était presque doublé quand le malade provenait d'un autre centre de santé. Sarr et al, au Sénégal, avaient rapporté un délai moyen de consultation plus long que celui rapporté dans notre série (102 heures ; extrêmes de 2 et de 480 heures) [9]. Pour Sarr, cet allongement du délai de consultation serait lié à l'insuffisance des structures spécialisées et au manque de moyens financiers [9]. Dans notre contexte, à cause du tabou sur la sexualité, les patients s'expriment difficilement sur les pathologies des organes génitaux. Chez certains patients il se posait un problème de l'acceptabilité de la chirurgie. Car la peur de la chirurgie faisait que ces derniers changent de structure sanitaire dans l'espoir d'avoir une autre proposition thérapeutique à la place de la chirurgie.

C'est aussi le cas quand une orchidopexie était indiquée en second temps mettant ainsi en danger la gonade controlatérale.

Chez le patient ayant une torsion de l'hydatide pédiculée de Morgani, le long délai entre le début de la maladie et la prise en charge chirurgicale (32 jours) était en rapport avec des difficultés rencontrées pour faire ce diagnostic qui n'a été possible qu'en per opératoire. La douleur, dans la torsion de l'hydatide pédiculée de Morgani, est souvent moins vive. Elle est localisée au pôle supérieur du testicule où l'on peut palper une petite masse douloureuse. L'exploration scrotale permet le diagnostic de certitude et l'exérèse de l'hydatide [1].

Si chez l'enfant et l'adolescent, toute grosse bourse aigue douloureuse est une TCS jusqu'à preuve chirurgicale du contraire [1], dans notre série cette réalité semblait être difficile à respecter chez l'adulte. La demande excessive de l'échographie doppler testiculaire chez les adultes admis pour douleur testiculaire, dans notre série, peut être justifiée par la fréquence élevée des infections épididymo-testiculaires à cet âge. Or la réalisation de cet examen est également incriminée comme facteur favorisant le retard à la prise en charge. Son intérêt est très limité quand le testicule est vu au stade de la subtorsion [13]. L'échographie scrotale avec examen doppler du cordon ne remplacera jamais l'exploration chirurgicale mais peut, néanmoins, s'avérer utile lorsque le patient est vu tardivement ou dans l'exploration des douleurs testiculaires douteuses pour conforter le diagnostic [12].

Notre série, comme dans plusieurs séries africaines [6, 9], rapporte un taux élevé d'orchidectomie pour testicule nécrosé. Cela se justifie par le délai de consultation qui est long. Dans la littérature, le taux global de conservation testiculaire après torsion est de 100 % avant trois heures, 90 % avant six heures et moins d'un sur deux après dix heures [4].

Lors d'une torsion du cordon, l'interruption brutale du flux sanguin à destinée testiculaire entraîne une ischémie aiguë puis une nécrose testiculaire en quelques heures (six heures), si aucun traitement n'est entrepris. Ce risque est variable, selon le nombre de tours de spire, le caractère serré ou non et la durée de la torsion [1]. La détorsion est le seul geste qui permet de sauver la gonade [13]. L'orchidopexie bilatérale réalise un traitement préventif d'une nouvelle torsion homo- ou controlatérale [5, 13]. Elle présente certaines limites quand elle doit être réalisée dans le même temps opératoire car ce geste de fixation doit être réalisé avec le plus grand soin en tenant compte des conditions locales. La survenue d'une orchite iatrogène sur testicule unique comme l'a été le cas rapporté dans notre série doit être prévenue avec beaucoup de rigueurs. Devant le risque septique pour le testicule controlatéral, il est logique de différer l'orchidopexie devant un testicule nécrosé. Par

contre, l'orchidopexie controlatérale dans le même temps est largement réalisée lorsque le testicule est viable d'emblée [9].

Dans notre série l'atrophie testiculaire était observée dans 24% des cas. Ce taux est très variable d'une série à une autre mais il reste élevé dans plusieurs séries, surtout en Afrique [7, 9].

CONCLUSION

La TCS est une pathologie qui est plus fréquente chez les jeunes, mais ne doit pas être sous estimée quand elle est suspectée chez un adulte. Le délai de consultation est long. L'exploration chirurgicale est de rigueur car d'elle dépend l'avenir du testicule. L'orchidopexie controlatérale dans le même temps opératoire reste la meilleure alternative en absence des risques infectieux.

RÉFÉRENCES

1. Audenet F, Rouprêt. M. Les torsions du cordon spermatique : aspects du diagnostic clinique et principes thérapeutiques. *Prog. Urol* 2010; 20: 810-814.
2. Nason GJ, Tareen F, Mc Loughlin D et al. Scrotal exploration for acute scrotal pain: a 10-year experience in two tertiary referral paediatric units. *Scand J Urol*. 2013; 47: 418-22.
3. Fabiani A, Calabrese M, Filosa A, et al. Explorative surgery for acute scrotal pain: The importance of patient age, side affected, time to surgery and surgeon. *Arch Ital Urol Androl*. 2016 ; 88(3):189-194.
4. Cummings JM, Boullier JA, Sekhon D. Adult testicular torsion. *J Urol* 2002; 167: 2109-10.
5. N. Douaihy, D. A. Benamran, A. de Gorski et al. Torsion testiculaire : une urgence piège. *Rev Med Suisse* 2011 ; 7 : 2404-8.
6. Ibrahima Diabaté, Bouréima Ouédraogo, et Mbaye Thiam. Les grosses bourses aiguës au centre hospitalier de Louga, Sénégal: aspects épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques. *Pan Afr Med J*. 2016; 24: 214.
7. Tryfonas G, Violaki A, Tsikopoulos G, et al. Late postoperative results in males treated for testicular torsion during childhood. *J Pediatr Surg* 1994; 29: 553-6.
8. Anderson JB, Williamson RC. Testicular torsion in Bristol: a 25-year review. *Br J Surg* 1988;75: 988-92.
9. A. Sarr, B. Fall, B. Mouss, Y. Sow, A. Thiam, B. Diao, P.A. Fall, B.A. Diagne. Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la torsion du cordon spermatique au CHU Aristide-Le-Dantec de Dakar. *Androl*. 2010 ; 20: 203-208.
10. Della Negra E, Martin M, Bernardini S, Bittard H. Les torsions du cordon spermatique chez l'adulte. *Prog Urol* 2000; 10:265-70.
11. Cuckow PM, Frank JD. Torsion of the testis. *BJU Int* 2000; 86: 349-53.

12. Waldert M, Klatter T, Schmidbauer J, Remzi M, Lackner J, Marberger M. Color Doppler sonography reliably identifies testicular torsion in boys. *Urology* 2010; 75: 1170 - 4.
13. E. Van Glabeke, K. Ferhi, C. Maloum. Torsion du cordon spermatique : faut-il faire confiance à un antécédent d'orchidopexie ? À propos d'un cas ayant entraîné la perte d'un testicule unique avec conséquences médico-légales. *Prog Urol* 2010; 20:657-659.
14. Von Zastrow C, Sotelino JA. Recurrent testicular torsion: is retorsion of a fixed testis possible? A case report and literature review. *Urologie A* 2005; 44 (11): 1337-40.