

PRISE EN CHARGE DU TESTICULE NON DESCENDU CHEZ L'ENFANT A YAOUNDE: A PROPOS DE 71 CAS.

Management Of Undescended Testis In Children In Yaounde. A Report On 71 Cases.

Mouafo Tambo¹ FF, Salihou¹ AS, Fossi¹ KG, Kouana¹ TIN, Lyhmi¹ NS, Ndongo² R, Ze Minkandé³ J, Andze¹ OG, Sosso⁴ MA

1. Service de Chirurgie Pédiatrique, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) ; 2. Service de Chirurgie Pédiatrique, Hôpital Central de Yaoundé (HCY) ; 3. Service d'Anesthésie-Réanimation, HGOPY ; 4. Département de Chirurgie et Spécialités FMSB-UYI

Correspondant : Pr Mouafo Tambo Faustin Service de Chirurgie Pédiatrique, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY), BP: 4362 Yaoundé, Cameroun. E-mail: faustintambo@yahoo.fr Tél: 00237 696098325

RESUME

But : Le but de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques du testicule non descendu dans le Service de Chirurgie Pédiatrique de l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé (HGOPY). **Patients et méthode :** Notre étude a été rétrospective et descriptive de Juin 2008 à Décembre 2016 ; soit une période de 8 ans et 6 mois dans le Service de Chirurgie Pédiatrique de l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé. Ont été inclus dans cette étude, les dossiers des patients pédiatriques d'âge J0 - 15 ans ayant présenté un testicule non descendu pris en charge à HGOPY et revus en consultation. Les paramètres étudiés étaient : âge, terme, délai de consultation, motif de consultation, tableau clinique, topographie du testicule, voie d'abord, geste réalisé, morbidité, recul. L'abaissement testiculaire selon Surraco avait été de mise chez tous nos patients, une échographie doppler scrotale était systématique à J 30 post opératoire et l'enfant était revu en consultation de contrôle à 3 mois, 6 mois, 9 mois et 12 mois. **Résultats :** Soixante-onze patients ont été colligés et traités pendant la période d'étude, soit une fréquence annuelle de 10 cas. L'âge moyen de nos patients était de 5,8 ans [1 jour et 15 ans]. Le délai moyen de consultation était de 4,5 ans [1 jour et 15 ans]. L'absence de testicule était le principal motif de consultation (n=62). Tous les patients étaient nés à terme. Les tableaux cliniques étaient les suivants : testicule cryptorchide (n=45), testicule ectopique (n=2), testicule intra-abdominal (n=24), testicule oscillant (n=7), testicule évanescent ou « vanishing testis » (n=4). La topographie du testicule non descendu a été : inguinale (n=64), pelvienne (n=2), abdominal (n=5). La voie d'abord a été inguinale dans un pli abdominal inférieur dans 66 cas (93%) et coelioscopique dans 7% des cas. Les gestes réalisés ont été dominés par l'abaissement testiculaire avec orchidopexie. Avec un recul moyen de 3 mois l'atrophie testiculaire a représenté 5,6% de notre série. **Mots-clés :** testicule non descendu - prise en charge - enfant-Yaoundé.

SUMMARY

Objective: The aim of this work was to describe the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of undescended testicle in the of Pediatric Surgery service of the Yaoundé gynecologic and pediatric hospital, **Method:** Our study was retrospective, descriptive and analytical from June 2008 to December 2016; a period of 8 years and 6 months. Included in this study were records of pediatric patients aged 0 - 15 years who had been managed for an undescended testis in the Pediatric Surgery service of the Yaoundé gynecologic and pediatric hospital and followed up at our outpatient clinic. Data recorded included age, term of pregnancy at birth, time to presentation, presenting complaint, symptoms, location of the testis, surgical approach and procedure, complications and follow up. Open orchidopexy according to Surraco was the standard operation carried out for all our patients, a scrotal doppler ultrasound was systematic 30 days after the surgery and the child was scheduled for follow-up visits at 3, 6, 9 and 12 months postoperatively. **Results** Seventy-one patients were managed during the study period, giving a hospital frequency of 10 cases per annum. The average age of our patients was 5.8 years [1 day and 15 years]. The mean time to consultation was 4.5 years [1 day and 15 years]. Most patients consulted for absence of the testis (n = 62). All patients were full term births. Clinically, the undescended testis was categorized as: cryptorchidism (n = 45), ectopia testis (n = 2), intra-abdominal testis (n = 24), retractile testis (n = 7), vanishing testis (n = 4). The position of the undescended testis was: inguinal (n = 64), pelvic (n = 2) and abdominal (n = 5). Single stage open orchidopexy according to Surraco using an incision in the lower inguinal crease was performed in 66 cases (93%). Laparoscopy was used in 7% of cases for location of non-palpable testis. With a mean follow-up of 3 months, testicular atrophy was found in 5.6% of cases in our series. **Key words:** undescended testis - management- child-Yaoundé.

INTRODUCTION

Sous le terme de Testicule Non Descendu (TND), l'on désigne tout testicule constamment hors du scrotum, palpé ou non; et lorsqu'il est palpé hors du scrotum, son abaissement est soit impossible, soit suivi du retour immédiat à la position antérieure. Il s'agit d'un motif fréquent de consultation en chirurgie pédiatrique et le testicule non descendu se voit chez 30% de prématuré et 3 à 5 % de nouveau-né male à terme [1]. Son diagnostic positif est clinique, et il doit être précoce pour limiter les lésions histologiques acquises. Son traitement constitue une véritable urgence psycho-sociale, en particulier dans notre contexte, du fait de l'importance de la fertilité dans la société traditionnelle africaine, et ce traitement a bénéficié de l'avènement de la laparoscopie. Son pronostic dans ce contexte est dominé par le retard diagnostique, avec pour conséquences le risque d'infertilité, de torsion, mais aussi de dégénérescence maligne. Aussi, à la lumière de l'analyse d'une série colligée et traitée de testicules non descendus dans le Service de Chirurgie Pédiatrique de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY), l'objectif de ce travail était-il d'en décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques dans le contexte d'un pays en développement.

MATERIELS ET METHODE

Notre étude a été rétrospective et descriptive allant du 1er juin 2008 au 31 décembre 2016, soit une période de 8 ans et 6 mois, dans le Service de Chirurgie Pédiatrique de l'HGOPY. Ont été inclus dans cette étude, les dossiers des patients pédiatriques d'âge J0 -15 ans ayant présenté un testicule non descendu, pris en charge à HGOPY et revus en consultation. Nous avons exclu les dossiers de TND qui s'intégraient dans le cadre d'un syndrome poly malformatif. Les paramètres étudiés ont été: âge, terme, délai de consultation, motif de consultation, tableau clinique, topographie du testicule en per-opératoire, facteurs influençant la prise en charge, voies d'abord, geste réalisé, morbidité et recul. Une coelioscopie diagnostique première était de mise devant tout testicule non palpé. Le diagnostic de TND a été clinique pour tous nos patients. L'échographie des voies urinaires n'était demandée que pour le bilan malformatif. Pour chaque patient, l'abaissement testiculaire avait été réalisé 'in dartos' selon Surraco [2]. Une échographie doppler était systématique à J30 postopératoire et l'enfant était revu en consultation de contrôle à 3 mois, 6 mois, 9 mois et 12 mois. Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel informatique Epi info 7.0 et Excel 2007.

RESULTATS

Soixante onze dossiers de patients porteurs de TND ont été colligés pendant la période d'étude, soit une fréquence annuelle de 8,3 cas/an. L'âge moyen des patients à la consultation était de 5,8 ans avec des extrêmes de 1 jour et 15 ans. Soixante-cinq patients (91.5%) étaient âgés de plus de 2 ans. L'absence de testicule dans une bourse était le principal motif de consultation avec 87.3%(n=62). Le testicule gauche était atteint dans 34% des cas (n=24), le testicule droit dans 37% des cas (n=26) et l'atteinte était bilatérale dans 30% (n=21). Tous les patients étaient nés à terme. Les différents tableaux cliniques étaient les suivants: testicule cryptorchide (n=43), testicule ectopique vrai (n=2), testicule intra-abdominal inaccessible à l'examen clinique (n= 20), testicule oscillant (n=6). Les facteurs ayant influencés la prise en charge avaient mis au devant des problèmes financiers suivi de la négligence des parents et parfois ces facteurs étaient associés. La voie d'abord avait été inguinale dans un pli abdominal inférieur dans 66 cas (93%) et coelioscopique à visée diagnostique dans 5 cas (7%). La topographie du testicule non descendu en per-opératoire a été inguinale dans 90,1% (n= 64) et abdominal dans 9.8% (n=7). Les gestes réalisés avaient été dominés par l'abaissement testiculaire 'in dartos' selon Surraco (83%, n=59). Avec un recul moyen de 17 mois, l'atrophie testiculaire a représenté 4 cas, soit 5,6% et la récurrence 3 cas, soit 4.2% de notre série.

DISCUSSION

La fréquence annuelle de 8,3 cas de TND dans notre série, exprime mal la réalité car beaucoup d'enfants ne consultent pas dans les structures hospitalières. L'âge moyen dans notre série de 5,8 ans au moment du diagnostic est tardif, très éloigné de l'âge limite de 2 ans où l'on sait la possibilité de changement histologique au niveau du testicule [3] et ce retard diagnostique avait déjà été mentionné par Takongmo et al [4] à Yaoundé qui dans leur étude avaient montré que 70% des patients étaient âgés de plus de 2 ans. De même, Ndour O. et al [5] à Dakar relevaient que 63% des patients de leur série étaient âgés de plus de 2 ans au moment du diagnostic. Dans notre série 91.5% de patients étaient âgés de plus de 2 ans au moment du diagnostic. Ce retard diagnostique particulier à notre milieu, a des conséquences dans l'attitude thérapeutique mais aussi dans les résultats attendus. Il est la résultante de la plus grande proximité géographique des thérapeutes traditionnels par rapport aux populations, mais il est aussi lié à la pauvreté des populations et l'absence d'un système de protection sociale, et cet avis est partagé par

Gueye *et al* [6]. Et de fait, dans notre série, les facteurs responsables du retard dans la prise en charge ont été dominés par les problèmes financiers (35.2%) suivi de la négligence des parents (25.3%) et ces facteurs avaient déjà été signalés par Fouda *et al* [7] à Yaoundé. Toutefois, le retard à la consultation dans notre milieu ne saurait être dissocié du caractère tabou du sexe dans nos contrées, ce qui explique que les mères lors du bain n'ont pas toujours le réflexe de palper les bourses des garçons. A notre avis, l'examen systématique des bourses doit faire partie de tout examen clinique d'un enfant de sexe masculin. Au plan diagnostique, la vacuité scrotale (87,3% de cas) principal motif de consultation dans notre série avait également été rapporté par Bouya *et al* [8] à Brazzaville avec 77.3% des cas. Cette vacuité scrotale est source d'angoisse parentale du fait du poids de la fertilité dans notre milieu, justifiant qu'il s'agisse ici d'une véritable urgence psycho-sociale. Au second rang venait la tuméfaction inguinale (8,4%) comme prétexte de la consultation, et il faut y voir l'association fréquente d'une hernie à un TND. A notre avis, la constatation d'une bourse vide impose la recherche systématique d'une hernie inguinale et vice versa, pour une prise en charge optimale du patient. La douleur inguinale représentait le troisième motif de consultation (4,2%) et celle-ci ne se justifie que devant une torsion d'un TND. Le TND a été unilatéral dans 70% des cas avec une légère prédominance droite et ces constatations sont en concordance avec les données de la littérature [1,5]. Les différents tableaux cliniques dans notre étude ont mis au devant le testicule cryptorchide dans 60,5% de cas, le testicule intra-abdominal dans 28,3% des cas, le testicule oscillant dans 8,3% des cas, et le testicule ectopique vrai dans 2,8% de cas. La prédominance du testicule cryptorchide avait déjà été retrouvée dans d'autres séries [9,10]. L'abord classique par voie inguinale dans le pli abdominal inférieur a eu notre préférence et cette attitude est partagée par d'autres auteurs [4,5,6,8,9]. L'abord ceolioscopique n'avait été utilisé qu'à visée diagnostique. La localisation per-opératoire du TND en région inguinale dans 90,1% des cas va dans le même sens que les résultats de l'étude de Meijer *et al* [10] qui trouvaient 86% de testicule au niveau de l'orifice inguinal superficiel. Pour Cendron [11], plus le testicule est haut situé, plus les lésions histologiques sont importantes avec un index de fertilité moindre. Si la mortalité a été nulle dans notre série, la morbidité quant à elle a mis au devant l'atrophie dans 5,6% des cas (n=4) ce qui est supérieur au chiffre de 1.2% rapporté par Ouédraogo *et al* au Burkina Faso [12] mais inférieur au chiffre de 7.5% rapporté par Fiogbe *et al* [13] au Bénin. Cette atrophie testiculaire est la conséquence du retard diagnostique mais parfois de l'inexpérience du chirurgien non rompu à la technique de dissection des vaisseaux spermatiques.

CONCLUSION

Le diagnostic précoce du TND reste d'actualité dans notre contexte. L'examen des bourses du nouveau-né de sexe masculin en salle de naissance doit devenir systématique. La chirurgie doit être de mise avant le deuxième anniversaire pour limiter les lésions histologiques acquises et partant les troubles de la spermatogénèse. L'appréciation des résultats ne peut se faire qu'à long terme.

REFERENCES

1. Merrot T. Prise en charge des testicules non descendus. *Prog Urol* (2009) 19, 265-8.
2. Aubert J, Dore B, Pétrault M, Darracq-Paries JC The in-dartos orchidopexy in the surgical treatment of the ectopic testicle. *J Urol (Paris)* 1982;88(4):239-42.
3. M. Jallouli, S. Mefteh, T. Rebai, R. Mhiri. Cryptorchidie : influence sur la fertilité de l'âge au moment de l'orchidopexie, du siège et de la taille du testicule et de l'existence d'anomalies épидидymaires. *Androl.* 2010; 20:243-6.
4. Takongmo S, Angwafo F, Masso-Misse P, Essomba A, Zoug Kanyi J, Edzoa T. Intérêt du traitement chirurgical de la cryptorchidie à Yaoundé. *Med Afr Noire* 1996;43:202-4.
5. O. Ndour, M. Fall, AL Faye Fall, C. Diouf, N.A. Ndoye, G. Ngom, M. Ndoye. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la cryptorchidie chez l'enfant: analyse de 123 observations. *Afr J Urol.* 2015; 21:10-14.
6. Gueye SM, Ba M, Sylla C, Deme ML, Diagne BA, Mensah A. L'orchidopexie « in dartos » dans le traitement de la cryptorchidie. *J Chir* 1992;129:263-5.
7. Fouda PJ, Bob Oyono JM, Moby H, Mekeme Mekeme J, Sow M, Sosso MA. La prise en charge de l'ectopie testiculaire à l'Hôpital Central de Yaoundé. A propos de 171 cas. *Health Sci Dis.* 2014 ;15(4) :1-3.
8. Bouya PA, Odzébé AWS, Avala PP, Ondongo AM, Koutaba E, Cardorelle Mbika AI. Prise en charge de la cryptorchidie au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. *Andrologie* 2012 ;22 :108-11.
9. Audry G. Le traitement d'un testicule non descendu. *Prog Urol* 2001;11:19-23.
10. Meijer RW, Hack WW, Van der voort-doedens LM, Haasnoot K, Bos SD. Surgical findings in acquired undescended testis. *J Pediatr Surg.* 2004;39(8): 1242-4.
11. Cendron J, Schulman C. Cryptorchidism, orchidopexy and infertility: A critical long term retrospective analysis. *J. Urol.*, 1989, 142, 559-62.
12. Ouédraogo I, Bandré E, Ouédraogo SF, Tapsoba WT. Le testicule non descendu chez l'enfant: à propos de 121 cas. *Rev Afr Chir Spéc* 2014; (2):5-9.
13. Fiogbe MA, Bankole SR, Nandiolo AR, Dieth AG, Kone H, Da Silva AS, Aguehoude C, Mbiot ML. Les résultats de l'orchidopexie indiquée dans le traitement chirurgical de la cryptorchidie chez l'enfant : A propos de 120 cas colligés dans le service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville, Cote d'Ivoire. *Clinics in Mother and Child Health* 2007; 4 (2); 711-6.