



FAIT CLINIQUE / CASE REPORT

Torsion testiculaire néonatale : à propos d'un cas

Neonatal testicular torsion: a case report

ADJADOHOUN Sonia Bignon Mahussi Gwladys^{1*}, AKANNI Djivèdé Witchékpo Maurice Mohamed², HODONOU Fred³, ADJOVI Boris¹, KIKI Miralda Sessi², YEKPE Ahouansou Patricia¹, SAVI de TOVE Kofi Mensa², BIAOU Olivier¹.

¹: Département d'Imagerie Médicale, Faculté des Science de la Santé (Cotonou Bénin)

²: Département d'Imagerie Médicale, Faculté de Médecine, Université de (Parakou Bénin)

³: Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales, Faculté des Science de la Santé (Cotonou Bénin)

Mots-clés :

Torsion testiculaire,
Périnatale, Echographie

Keywords:

Testicular torsion, Perinatal,
Ultrasound

Auteur*correspondant**

Dr ADJADOHOUN Sonia
BMG
Département d'Imagerie
Médicale, Faculté des Science
de la Santé.
07BP177 Cotonou-Bénin
Email : mahussi222@yahoo.fr
Tel : 0022961154987

RÉSUMÉ

La torsion du cordon spermatique périnatale est une pathologie rare et une urgence chirurgicale. Nous en rapportons un cas de même qu'une revue des modalités diagnostiques et thérapeutiques. Il agissait d'un nouveau-né à J0 de vie, adressé pour une tuméfaction ferme du testicule droit, découverte à l'examen systématique du nouveau-né. L'échographie testiculaire réalisée en urgence a objectivé une torsion du cordon spermatique avec une nécrose testiculaire. Une orchidectomie droite et une orchidopexie du testicule gauche sain ont été réalisées. Les suites post-opératoires ont été simples.

ABSTRACT

Testicular torsion is a surgical emergency. Perinatal spermatic cord twisting, wrongly called perinatal testicular twisting, is a rare pathology that results in the twisting of the vasculo-nervous elements of the spermatic cord. Torsion may have occurred in utero (antenatal form) or during the first 28 days of life (postnatal form). Its diagnosis is clinically suspected with an important place of imaging in the positive diagnosis. The authors report a case with the review of key elements of imaging diagnostic as well as the modalities of management.

1. Introduction

La torsion testiculaire est une urgence chirurgicale et classiquement une affection périnatale ou pubertaire [1]. La torsion du cordon spermatique périnatale appelée à tort torsion testiculaire périnatale est une pathologie rare se traduisant par la torsion des éléments vasculo-nerveux du cordon spermatique [2]. La torsion peut avoir eu lieu in-utero (forme anténatale) ou au cours des premiers 28 jours de vie (forme postnatale). Son diagnostic est suspecté cliniquement devant certains signes urologiques avec une place importante de l'imagerie dans le diagnostic positif.

Les auteurs rapportent un cas, à l'occasion duquel une revue des éléments clé du diagnostic à l'imagerie, ainsi que les modalités de la prise en charge seront présentées.

2. Observation

Un nouveau-né de sexe masculin à J0 de vie, né au terme de 39 SA au Centre Hospitalier (CH) d'Abbeville des suites d'un accouchement eutocique présente dans les premières heures de vie une bourse droite augmentée de volume.

En antepartum, l'échographie obstétricale n'a pas noté d'anomalies des organes génitaux externes.

A la naissance ses paramètres étaient normaux : le poids était de 3920g, la taille de 52cm, le périmètre crânien de 35cm et la température à 37°C. L'APGAR était de 10/10 à 1min, 5min et 10min.

L'examen clinique génito-urinaire a objectivé une bourse augmentée de volume, couleur de la peau scrotale bleutée, de consistance ferme, latéralisée à droite. La fosse inguinale était libre. Il a été suspecté une torsion du cordon spermatique droit ou une hernie inguino-scrotale droite indiquant la réalisation en urgence d'une échographie-Doppler testiculaire et un transfert immédiat au CHU d'Amiens dans le service de Chirurgie pour sa prise en charge.

L'exploration échographique réalisée en urgence a noté

- Un testicule droit augmenté de volume, hypoéchogène avec des plages anéchogènes, avec absence de vascularisation intra-testiculaire au Doppler (*Figures 1*)
- Une masse extra-testiculaire, dans le canal inguino-scrotal droit, hétérogène correspondant au point d'enroulement du cordon spermatique contenant peu de spires, avasculaires au Doppler couleur et un épaissement du reste du cordon spermatique (*Figure 2*)
- Une morphologie, une échogénicité et une vascularisation intra-testiculaire normales du testicule gauche (*Figure 3*).

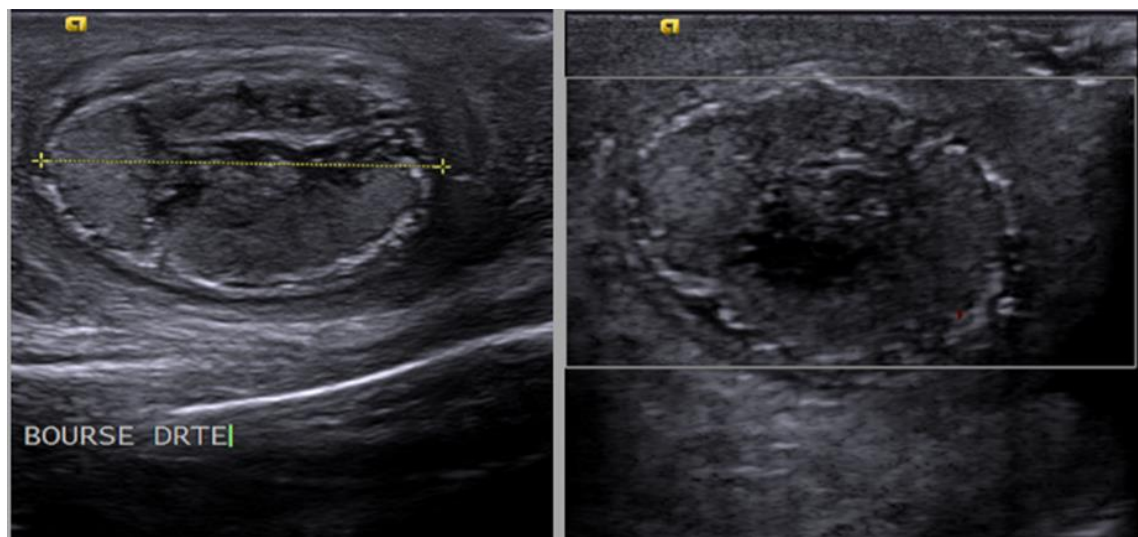


Figure 1: Testicule droit augmenté de taille, hypoéchogène d'échostructure hétérogène avec des plages anéchogènes de nécrose tissulaire avec absence de flux artério-veineux au Doppler couleur

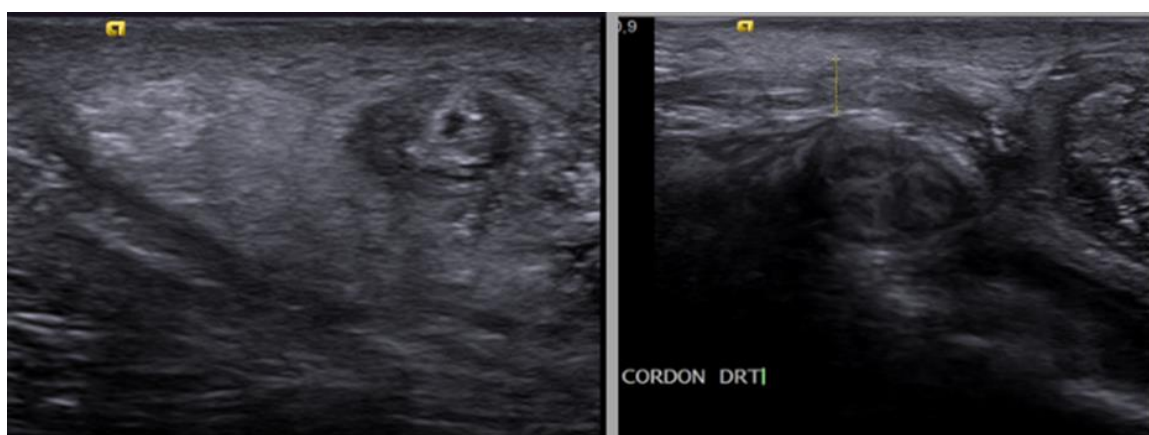


Figure 2: Spires de torsion du cordon spermatique épaissi, visualisées en région inguinale (Signe du tourbillon).



Figure 3 : Testicule gauche de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers.

Il a bénéficié d'une orchidectomie droite et d'une orchidopexie gauche par voie d'abord scrotale. En peropératoire le diagnostic de torsion extra-vaginale du cordon spermatique droit avec nécrose testiculaire unilatérale a été posé.

Un examen anatomopathologique de la pièce opératoire n'a pas été réalisé.

Les suites post-opératoires immédiates étaient bonnes. Il a été transféré à nouveau dans le service de Néonatalogie du CH d'Abbeville pour la poursuite de prise en charge.

Après 5 jours d'hospitalisation, les suites opératoires étaient simples avec un examen clinique de sortie normal.

3. Discussion

L'originalité de ce cas tient dans la rareté de la torsion testiculaire périnatale dont la fréquence est d'un nouveau-né sur 7500 [3]. Malgré les différentes théories proposées concernant son mécanisme de survenue, le processus intra-utérin ou péri partum exact qui en serait responsable reste indéterminé. La théorie la plus convaincante repose sur l'hypothèse du contact insuffisant entre les testicules et la paroi scrotale entraînant un manque d'ancrage ferme [2].

La torsion peut être de deux types : extra vaginale (comme dans notre cas d'étude) ou intra vaginale. La forme extra vaginale est favorisée par la laxité du tissu conjonctif du nouveau-né et l'extrême mobilité de la vaginale [4]

Les signes évocateurs d'une torsion testiculaire périnatale sont constatés à l'accouchement, au cours de l'examen systématique du nouveau-né en salle de travail ou au moment des soins corporels à l'enfant notamment le changement de couches [5].

La variabilité de la durée de la torsion et la survenue en période anténatale ou néonatale conduit à une présentation clinique diversifiée[6]. Quand la torsion a lieu plusieurs mois avant la naissance, on peut noter soit une absence des testicules dans la bourse, soit la présence de testicules très peu développés.

Quand elle survient des jours ou des semaines avant la naissance, les testicules prennent l'aspect d'une masse scrotale indolore et ferme qui ne trans-illumine pas. Cette caractéristique est utilisée pour le différencier de la hernie ou de l'hydrocèle.

Mais lorsque la torsion survient quelques jours ou quelques heures avant la naissance, il existe des signes évidents d'inflammation scrotale, au nombre desquels on peut citer une tuméfaction scrotale avec une décoloration bleuâtre ou bleue ecchymotique de la peau scrotale, une absence de trans-illumination, un érythème. Il peut également être noté une ascension du testicule, une douleur à la palpation du cordon et une absence du réflexe crémasterien [7].

Quand la torsion se déroule pendant la période néonatale, le bébé est généralement asymptomatique à la naissance et développera des signes d'inflammation au cours du premier mois de vie [7].

Selon qu'elle survient en anténatal ou en néonatal, la torsion testiculaire périnatale pose un problème de diagnostic différentiel avec d'autres étiologies telles que: l'épididymite ou l'orchi-épididymite, la hernie inguino-scrotale, l'hydrocèle vaginale, les tumeurs testiculaires, la torsion des annexes, le traumatisme testiculaire et la nécrose idiopathique du testicule.

L'échographie doppler couleur avec une très bonne sensibilité démontrée dans différentes études reste l'outil diagnostic de choix de la torsion testiculaire. Le diagnostic est posé devant les signes spécifiques que sont : des spires de torsion du cordon spermatique (signe du tourbillon ou whirlpool sign) et l'absence ou la diminution du flux vasculaire intra-testiculaire par rapport au côté opposé [8]. Dans notre étude, il y avait une disparition du flux vasculaire. Grâce au progrès de l'échographie obstétricale, le diagnostic anté-partum de la torsion est possible mais difficile et peu sensible [2]. D'autres auteurs affirment que l'échographie Doppler peut être la cause de faux négatifs source d'erreurs et de retards diagnostiques, et n'a par conséquent sa place que pour l'exclusion des autres diagnostics différentiels [9]. Cette pathologie nécessite une intervention chirurgicale en urgence. Néanmoins, une controverse existait pour la prise en charge des nouveau-nés présentant une torsion testiculaire, car le risque anesthésique est important. De nos jours, le potentiel fâcheux du risque anesthésique pour un nouveau-né bien portant est démodé au vu des progrès de l'anesthésie pédiatrique qui minimise ce

risque [2]. La voie d'abord chirurgicale peut être scrotale ou plus souvent inguinale[1]. Pour l'exploration et éventuellement la fixation du testicule controlatéral, la majorité des auteurs s'accordent sur la pratique d'une approche scrotale transversale plus facile à réaliser. La nécessité d'une orchidectomie pour le testicule tordu est un sujet à débat, ce geste est recommandé par la majorité des chirurgiens [2]. En revanche d'autres auteurs préconisent l'attitude conservatrice du testicule même s'il est nécrosé, c'est-à-dire la détorsion et

l'orchidopexie. Cette pratique ne saurait être l'idéale même si la preuve du maintien de la fonction endocrine du testicule est faite en dépit d'une altération irréversible de la fonction spermatogénique[10].L'orchidopexie controlatérale a été rapportée comme le geste à pratiquer en cas de torsion testiculaire néonatale, geste associé soit à l'orchidectomie ou l'orchidopexie ipsilatérale [11].

4. Conclusion

La torsion testiculaire anténatale est une pathologie rare et une urgence chirurgicale. Son étiopathogénie est encore mal élucidée. La forme extra vaginale est la plus fréquente. L'échographie couplée au doppler couleur reste l'outil diagnostique de choix.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Références

1. Sauvat F, Hennequin S, Ait Ali Slimane M, Gauthier F. Un âge pour la torsion testiculaire? Arch Pediatr. 2002;9(12):1226-9.
2. Sahnoun L, Mosbahi S, Ben Saad M, Ksiaa A, Chahed J, Djlassi M, et al. Torsion testiculaire périnatale: À propos de dix cas. J PediatrPueric. 2011;24(6):276-83.
3. Gatti JM, Pettiford J. The Acute Scrotum. In: Holcomb GW 3rd, Murphy JP, Ostlie DJ, editor. Ashcraft's Pediatric Surgery. 6th ed. Amsterdam: Elsevier Health Sciences; 2014. p. 702-4
4. Yerkes EB, Robertson FM, Gitlin J, Kaefer M, Cain MP, Rink RC. Management of perinatal torsion: today, tomorrow or never? J Urol 2005; 174:1579-83.
5. Belman AB, Rushton HG. Is the vanished testis always a scrotal event? BJU Int 2001; 87:480-3.
6. Aslam M, Valentine S, Inayat M. Intra-uterine testicular torsion: A case report. Rev ChilPediatri. 2003;74(5):517-9.
7. Rafi M, Nair PMC, James J, Anand N, George MP, Ashrin AN. Perinatal testicular torsion - Not an uncommon entity. Indian J Child Health. 2018; 5(3):213-215
8. Ahmed SJ, Kaplan GW, DeCambre ME. Perinatal testicular torsion: preoperative radiological findings and the argument for urgent surgical exploration. J Pediatr Surg. 2008;43(8):1563-5.
9. Estremadoyro V, Meyrat BJ, Birraux J, Vidal I, Sanchez O. Diagnosis and management of testicular torsion in children. Rev Med Suisse. 2017;13(550):406-10.
10. Monteilh C, Calixte R, Burjonrappa S. Controversies in the management of neonatal testicular torsion: A meta-analysis. J Pediatr Surg. 2018;1-5.
11. Djahangirian O, Ouimet A, Saint-Vil D. Timing and surgical management of neonatal testicular torsion. J Pediatr Surg 2010; 45:1012-5.