

# PATHOLOGIE GENITO-SCROTALE CHEZ LE GARÇON

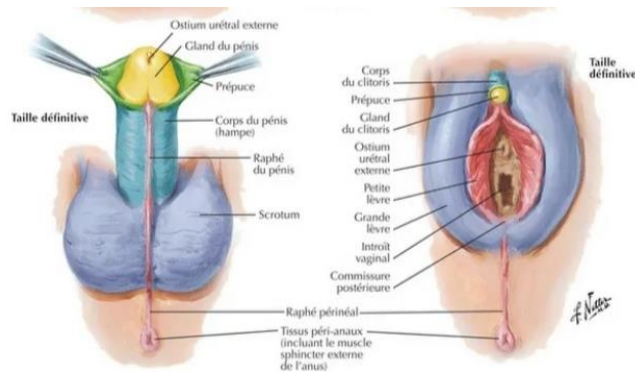
21/10/2023  
DR I. AMROUNE

## I. INTERET DE LA QUESTION

- **Assignation du sexe** à la naissance
- **Motif fréquent** de consultation
- Tous les garçons seront **circoncis**
- Planifier la prise en charge , parfois des la **1ère année de vie**
- **URGENCES** : agir rapidement +++

## II. ASPECT NORMAL DES ORGANES GENITAUX EXTERNES :

- Bourgeon génital de longueur suffisante
- Méat à l'apex
- Bourrelets génitaux fusionnés, à paroi plissée,
- Gonades palpables dans les bourrelets génitaux
- Pas de fente urogénitale
- **PIGMENTATION**



## III. PATHOLOGIES DE LA VERGE

### Les pathologies congénitales de la verge :

1. **Le phimosis :**
  - Une étroitesse de l'orifice prépuce qui empêche le décalottage du gland (dégager le gland en couissant le prépuce).
  - **Physiologique** à la naissance
2. **Le Phimosis pathologique :**
  - **L'absence d'évolution favorable** spontanément résolutive au cours des **1res années** ou la **survenue de complications** définit donc le **phimosis pathologique**.
  - L'anneau préputial est scléreux ou complètement oblitéré
  - Le décalottage du gland est impossible
  - **Complications:** Balanites, balanoposthite, Paraphimosis ou Infections urinaires.
3. **L'hypospadias :**
  - Hypoplasie de la face ventrale de la verge

- Un méat urétral ectopique
  - Un prépuce resté ouvert sur la face ventrale de la verge : **hémi-prépuce dorsal**.
  - Opéré tôt, **12-18mois**: permet de diminuer le retentissement psychologique
4. **L'epispadia :**
- hypoplasie de la face dorsale de la verge.
5. **La palmure scrotale :**
- Une membrane cutanée reliant la partie médiane de la face ventrale de la verge à la ligne médiane du scrotum.
6. **La coudure de la verge :**
- Souvent associé à un hypospadias
  - La courbure ventrale : la plus fréquente
  - Explorée en érection physiologique ou par un test d'érection.
  - Photographies +++
7. **La torsion de la verge :**
- souvent associées à un hypospadias
  - souvent positionnée à gauche et dans un sens de rotation antihoraire
8. **le micropénis :**
- Mesurer la longueur du pénis sur la face dorsale de la verge avec la graisse prépubienne refoulée.
  - **<2.5cm** chez le nouveau-né,
  - **<4cm** entre 6 et 12ans,
  - **<8cm** à la puberté
  - **<2.5 DS** en dessous de la moyenne pour l'âge sur les courbes de **Schonfeld**.
  - Son diagnostic est difficile à cause de la **variabilité des dimensions** dites normales en fonction de l'âge et des **populations**.
9. **La verge enfouie :**
- souvent associée à une obésité avec un panicule adipeux pré pubien,
  - **+++NRS**
  - Associée à un phimosis: Poche prépuce avec miction « goutte à goutte » et risque de rétention urinaire intrapréputiale.

### **Les pathologies acquises de la verge :**

#### **Le paraphimosis :**

- La rétraction de l'anneau prépuce en arrière du gland , source de son **étranglement**
- **Recallotage impossible** de la verge après décallotage forcé ou si la verge est resté longtemps décallotée,+++
- **URGENCE +++ NÉCROSE du gland**



### La balanite :

- La balanite est une inflammation du gland qui peut se produire chez les enfants circoncis ou non.
- La Balanoposthite est l'atteinte du prépuce et du GLAND
- Enfants d'âge préscolaire.

### Le Cheveux etrangeur

## I. PATHOLOGIES SCROTALES

### La Hernie inguino-scrotale :

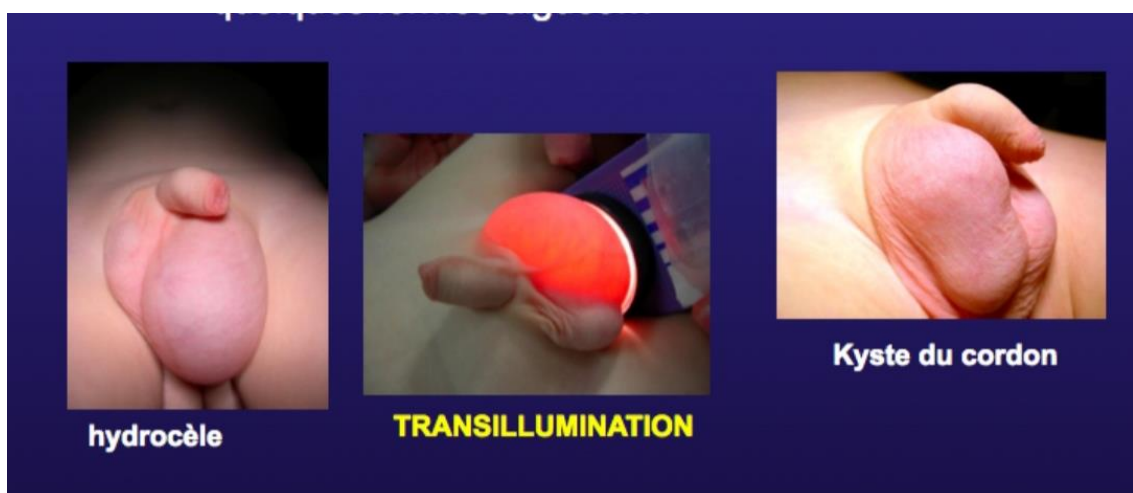
- Pathologie fréquente chez les garçons de moins de 1 an.
- Terrain particulier : prématuré, terrain familial, dérivation ventriculo-péritonéale.
- Elle est due à la persistance du canal péritonéo-vaginal chez le garçon



- **Non compliquée** : tuméfaction inguino-scrotale, impulsive lors des pleurs ou des efforts de poussée. Elle est réductible.
- **TRT** : chirurgicale : ligature du canal péritonéo-vaginal



### L'Hydrocèle et Kyste du cordon spermatique :



### LES TESTICULES NON DESCENDUS :

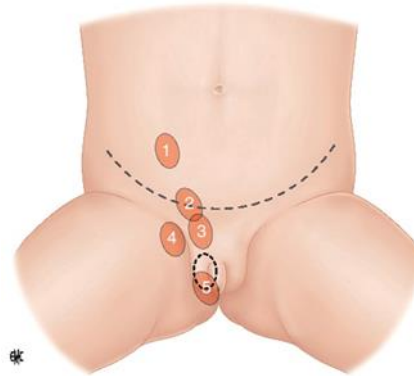
- **DEFINITIONS :**
- la migration du testicule s'est arrêtée sur le trajet de descente normal:  
**cryptorchidie**
- le testicule est en dehors de son trajet normal: perinée, racine de la cuisse:  
**éctopie**
- Uni ou bilatérale
- le testicule peut être Palpable ou non
- Le testicule « **oscillant** » ou « **ascenseur** » : c'est la **situation la plus fréquente**  
Le testicule n'est pas toujours présent dans la bourse mais peut y être abaissé sans douleur ni tension et y rester lorsque le **réflexe crémastérien n'est pas stimulé**.

Les testicules peuvent descendre spontanément dans la bourse et migrent de façon répétitive au niveau de l'orifice inguinal profond ou superficiel.

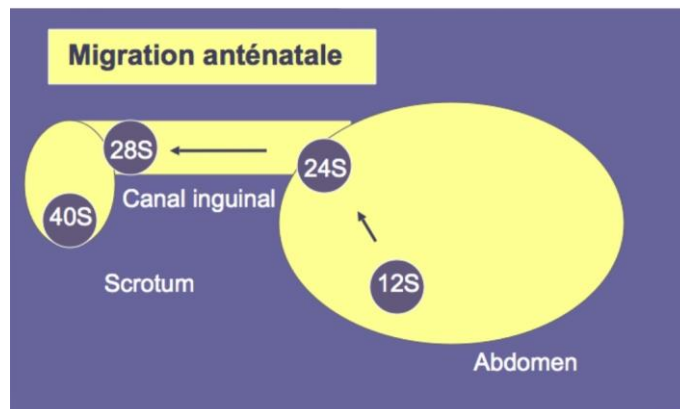
Il s'agit du **diagnostic différentiel de base de la cryptorchidie**.

Evolution souvent favorable avec stabilisation testiculaire à l'approche de la puberté ce qui justifie un suivi clinique régulier.

- Le testicule rétractile « **retractile testis** »: Abaissable avec tension
- Testicules intra-abdominaux : non palpables à l'examen clinique
- L'agénésie testiculaire : testicule absent, non palpable. Torsion anténatale probable avec nécrose et atrophie de la gonade.



- **Migration testiculaire Anténatale :**



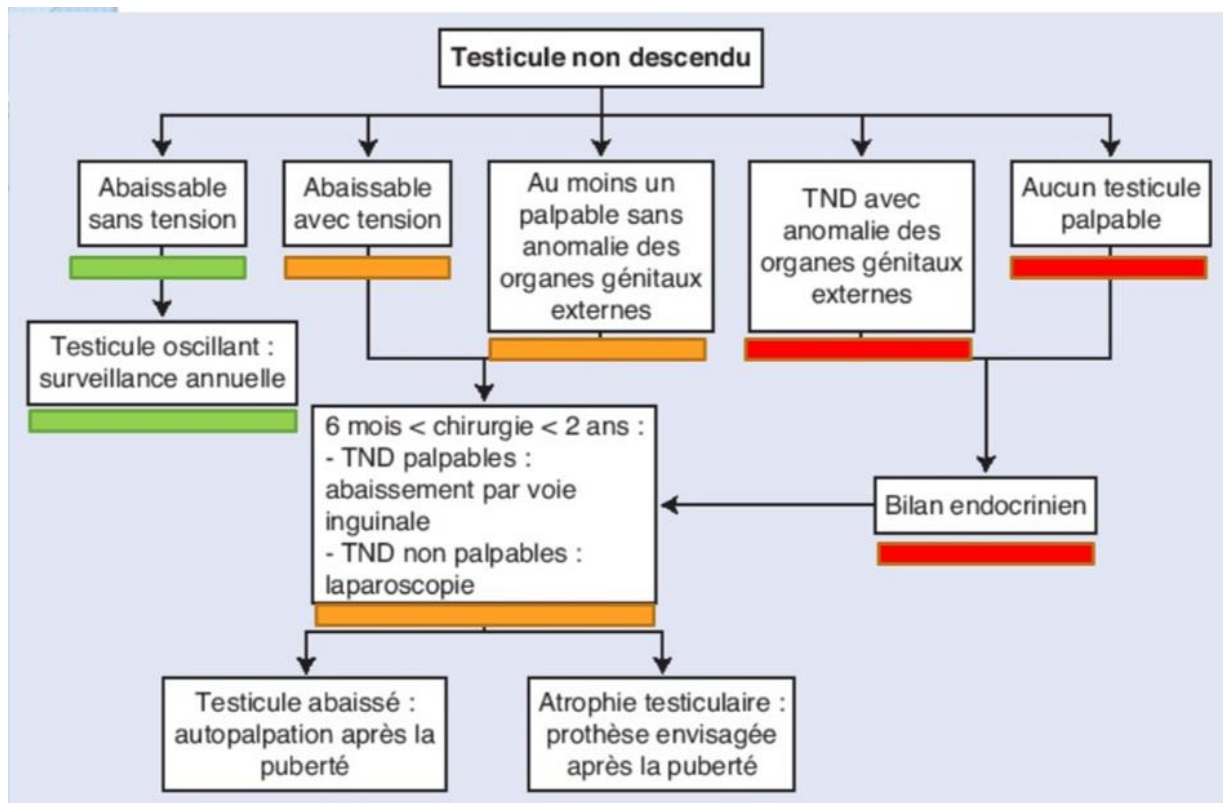
- **Migration testiculaire Postnatale :**

Elle existe mais uniquement dans les premiers mois ( jamais au-delà du 4<sup>ème</sup>-6<sup>ème</sup> mois)

**Un testicule qui n'est pas dans le scrotum à l'âge de 6 mois, ne pourra pas migrer spontanément.**

- L'examen clinique est en général suffisant pour préciser le type de l'anomalie
- Motif fréquent de consultation
- L'hyperthermie liée à la mauvaise position du testicule a pour conséquences : une altération de la spermatogenèse et un mauvais développement du testicule dès l'âge de 2ans,

- Un abaissement précoce du testicule, avant l'âge de 2ans, limite ces conséquences.
- Risques: la Dégénérescence et la Stérilité
- Le taux de paternité en cas de TND unilatéral est normal alors qu'il est abaissé en cas de TDN bilatéral.
- Les anomalies de migration testiculaire sont la principale cause d'azoospermie sécrétoire (non obstructive)
- Traitement :
- Il est exclusivement chirurgical à partir de l'âge de 6 mois
- Il consiste à abaisser le testicule dans le scrotum en préservant sa vascularisation et la voie excrétrice.
- Il est d'autant plus difficile que le testicule est haut situé.
- Les traitements hormonaux sont à proscrire (HCG, LH-RH).



### La BIFIDITE SCROTALE :

Les deux héli scrotum ne sont pas fusionné sur la ligne médiane



### **La TRANSPOSITION PENOSCROTALE (TPS):**

Le scrotum est mal positionné en haut et en avant de la verge, il paraît l'envelopper,

La peau des bourses peut contourner complètement la racine de la verge



### **Les urgences scrotales :**

#### **Hernie inguino-scrotale étranglée**

- l'étranglement herniaire avec un risque de souffrance intestinale et gonadique puis de nécrose (6 heures).
- Risque d'étranglement élevé chez le GARÇON < 1an
- Tuméfaction inguino-scrotale dure + dlr + non impulsive lors des cris ou à la toux + irréductible
- Syndrome occlusif : si diagnostic tardif
- risque de perforation : peut être Fatale +++
- Traitement :
  - < 6h: réduction manuelle toujours tentée
  - > 6h: appeler le chirurgien

#### **1-Taxis : < 6h d'évolution**

- Injection de 0,5 mg /kg de valium en intra rectal
- Attendre 20-30 min
- Essayer de réduire la hernie Inguinale puis Scrotale en exerçant une pression pouvant durer 3 à 5 minutes

**2- Chirurgical :** en cas d'échec ou de contre-indication au taxis (>6h) ou en cas de complication.

### **LA TORSION DU CORDON SPERMATIQUE :**

- URG : pc fonctionnel
- 6h pour éviter la nécrose testiculaire
- Devant toute douleur FID/G: il faut examiner les bourses,
- **« Chez l'enfant, le ventre est la cible de toutes les douleurs »**
- Testicule douloureux.
- **Signe de GOUVERNEUR (+)**

Testicule Horizontalisé et rétracté à la racine de la bourse

- Abolition du reflexe crémasterien :

Contraction du muscle crémasterien avec rétraction de la bourse homolatérale obtenue, à l'état normal, par l'excitation cutanée de la face interne de la cuisse au niveau de son tiers supérieur.

- Signe de **Prehn (-)**
- **Echographie + Doppler: ne doit en aucun cas retarder la prise en charge**
- **TRT: chirurgical par excès que par défaut**
- **Chez le nouveau-né** : le testicule est **non douloureux** en cas de torsion anténatale (gonade **nécrosée dans 100%** des cas) → intervention inutile, **douloureux** si elle s'est produite en post natal → à opérer en urgence.

### LA TORSION DE L'HYDATIDE DE MORGAGNIE

C'est vestige embryonnaire pédiculé



### Orchi-épididymite :

- Grosse bourse inflammatoire
- Fièvre 38-38.5
- **Signe de Prehn (+)**
- Signe de Gouverneur (-)
- Echo avec Doppler : épидидyme augmenté de taille +/- hydrocèle.  
Bonne vascularisation au Doppler.
- Biologie : hyperleucocytose + **CRP (+)**
- ECBU +++
- TRT : ATB  
Chirurgie en cas de doute



- Ouvrir un scrotum inutilement pour une épididymite est une **MINCE ERREUR** diagnostic sans conséquence, laisser évoluer une torsion du cordon spermatique est une **FAUTE GRAVE**

#### TRAUMATISME SCROTALE :

- Obstétrical
- Diagnostic facile si traumatisme avoué, difficile si **méconnu ou inavoué**.
- Echographie **systématique** : hématome, épanchement vaginal, hématome testiculaire ou **effraction de l'albuginée (indication opératoire)**

#### Œdème Aigue Idiopathique Du Périnée :

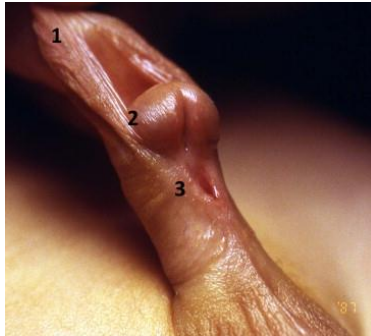
- Inflammation s'étendant vers la région inguinale et périnéale.
- La peau scrotale est **très épaisse**.
- Testicule normal à la palpation douce.
- Cause inconnue.
- TRT : repos + **AINS**.
- **Récidive** possible.

## Les pathologies congénitales de la verge :

**PHYMOSIS**



**HYPOSPADIAS**



**EPISPADIAS**



**PALMURE SCROTALE**



**COUDURE DE LA VERGE**



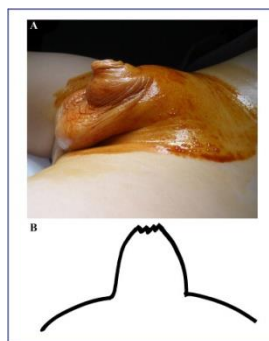
**TORSION DE LA VERGE**



**MICROPENIS**



**VERGE ENFOUIE**



**Figure 1:** Aspect pré-opératoire de la verge enfouie (mictions sous-

**MICITION INTRAPREPUCIALE**

