

Chapitre 5 Item 48 – UE 2 – Pathologie génitoscrotales chez le garçon et chez l'homme⁶

Auteurs : Romain Mathieu and Thomas Bessede

Relecteur : Éric Lechevallier

Coordonnateur : Thomas Bessede

- I. Généralités
- II. Pathologies testiculaires et des annexes
- III. Pathologies scrotales
- IV. Pathologies péniennes
- V. Pathologies préputiales

Objectifs pédagogiques

- Diagnostiquer un phimosis, une torsion du cordon spermatique, une hydrocèle, une cryptorchidie.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

I Généralités

La pathologie génitoscrotales recouvre l'ensemble des atteintes acquises ou congénitales, et organiques ou fonctionnelles : du testicule, du scrotum, de la verge, et du prépuce.

Plusieurs tableaux cliniques peuvent être distingués selon le site, le principal signe d'appel et la chronologie d'installation ([tableau 5.1](#)).

Tableau 5.1

Présentation clinique et chronologique des principales pathologies génitoscrotales.

Site et signe	Chronologie			Congénital
	Acquis			
	Brutal	Rapide	Progressif	
Tuméfaction de la bourse		Orchi-épididymite Torsion ancienne surinfectée	Tumeur testiculaire Hydrocèle Hernie simple Kyste du cordon	Hernie par persistance du canal péritonéo-vaginal
Vacuité de la bourse				Ectopie testiculaire Cryptorchidie
Douleur ou gêne scrotale	Torsion du cordon	Orchi-épididymite	Varicocèle	

⁶. Item partiel : ne seront pas traitées dans ce chapitre :– les pathologies relevant d'autres collèges d'enseignants : infectiologie (infections sexuellement transmissibles/urétrites), chirurgie pédiatrique (anomalies congénitales), chirurgie digestive : (hernies inguinales, simples ou compliquées) ;– les pathologies traitées dans d'autres chapitres de cet ouvrage : trouble de l'érection (dysfonction érectile, priapisme, courbure), tumeurs du testicule, traumatismes génitaux (testicule, corps caverneux, urètre).

	Fracture testiculaire Hernie étranglée Torsion de l'hydatite sessile	Fasciite nécrosante des OGE Tumeur testiculaire compliquée		
Pathologies péniennes	Fracture des corps caverneux		Tumeur de la verge	Micropénis Ambiguïté sexuelle
Pathologies urétrales	Fracture de l'urètre	Infections sexuellement transmissibles	Sténose urétrale Sténose du méat Tumeurs urétrales	Anomalie de la position du méat (hypospadias, épispadias)
Pathologies préputiales	Paraphimosis Rupture du frein	Balanoposthite	Phimosis	Phimosis Brièveté du frein
Troubles de l'érection	Priapisme		Dysfonction érectile Maladie de Lapeyronie	

On apportera une attention particulière à la reconnaissance des pathologies d'installation brutale car elles impliquent une prise en charge urgente dans les premières heures.

II Pathologies testiculaires et des annexes

A Torsion du cordon spermatique

1 Généralités

La torsion du cordon spermatique survient préférentiellement au moment des pics d'activité hormonale (nourrisson et adolescent entre 12 et 18 ans). Elle est rare après 40 ans. Chez l'adolescent et l'adulte, il s'agit le plus souvent d'une torsion du cordon spermatique dans sa portion intravaginale (torsion intravaginale) par défaut des moyens de fixation du testicule. Le cordon réalise alors un ou plusieurs tours de spire qui entraînent une ischémie artérielle du testicule, pouvant devenir irréversible au-delà de 6 heures. Chez le jeune enfant et le nouveau-né, la torsion du cordon est plus rare et est extravaginale.

Il s'agit d'une **urgence chirurgicale**. Toute douleur testiculaire unilatérale **brutale** est une torsion du cordon spermatique jusqu'à preuve du contraire chez un enfant, adolescent ou adulte jeune.

2 Diagnostic

L'interrogatoire recherche notamment des facteurs de risque de torsion du cordon spermatique (traumatisme testiculaire, antécédent de torsion du cordon spermatique controlatérale). Il recherche également des circonstances déclenchantes comme la période du réveil, ou après une douche. Le patient décrit une douleur aiguë, brutale (il peut souvent en donner l'heure du début), intense, continue, unilatérale, irradiant vers la région inguinale, sans position antalgique, gênant

la marche, parfois accompagnée de nausées ou vomissements. Il peut exister des épisodes de torsion-détorsion dans les antécédents (épisodes douloureux scrotaux spontanément résolutifs). L'examen physique doit être **bilatéral** et **comparatif**.

Les signes de la torsion sont unilatéraux mais le tableau est rarement complet :

- bourse douloureuse ;
- testicule ascensionné, rétracté à l'anneau inguinal, horizontalisé ;
- abolition du réflexe crémastérien ;
- parfois, palpation du tour de spire ;
- œdème scrotal unilatéral (très inconstant).

Il n'existe pas de signe pouvant orienter vers un diagnostic différentiel :

- il n'y a pas de fièvre, la bandelette urinaire (BU) est négative, il n'y a pas d'écoulement urétral, pas de douleur prostatique au toucher rectal (TR), la douleur n'est pas soulagée par la suspension (signe de Prehn négatif) ;
- les orifices herniaires sont libres ;
- l'abdomen est souple et non douloureux ;
- le testicule controlatéral est normal.

3 Examens complémentaires

La chirurgie ne doit être retardée par aucune exploration complémentaire dès lors qu'une torsion spermatique est suspectée. En cas de doute, il faut effectuer une exploration chirurgicale.

L'échographie-Doppler testiculaire peut être faussement rassurante (faible sensibilité et spécificité). Elle est principalement prescrite pour éliminer les diagnostics différentiels en cas de douleur scrotale évoluant depuis plus de 24 heures. En urgence, elle ne doit jamais retarder la prise en charge thérapeutique.

4 Traitement

Il s'agit d'une **urgence chirurgicale** car la nécrose peut devenir irréversible après 6 heures.

Il faut donner une information sur la chirurgie, prévenir du risque d'orchidectomie en cas de testicule nécrosé, et du risque ultérieur d'atrophie testiculaire et d'hypofertilité.

La chirurgie débute par une incision scrotale ([fig. 5.1](#)), puis les principaux temps opératoires sont :

- l'ouverture de la vaginale testiculaire ;
 - les prélèvements bactériologiques en cas d'hydrocèle réactionnelle ;
 - l'extériorisation du testicule ;
 - le bilan lésionnel : recherche et quantification des tours de spire, appréciation des lésions ischémiques testiculaires ;
 - la détorsion du cordon ;
 - l'appréciation de la recoloration et de la viabilité du testicule :
 - si le testicule est viable : orchidopexie (fixation du testicule à la vaginale à l'aide de trois points de suture non résorbables). L'anomalie responsable de la torsion étant bilatérale, il est recommandé de fixer systématiquement le testicule controlatéral, dans le même temps ou lors d'une seconde intervention ultérieure,
 - si le testicule n'est pas viable : orchidectomie (envoi de la pièce en anatomopathologie).
-

Fig. 5.1

Torsion du cordon spermatique.

Pas de pose de prothèse testiculaire dans le même temps en raison du risque infectieux : celle-ci pourra être proposée dans un second temps.

La détorsion par manœuvre externe ne doit pas être utilisée seule. Elle est tentée en salle d'examen afin de réduire le temps d'ischémie du testicule. Même en cas de soulagement par manœuvre de détorsion externe, l'intervention urgente est obligatoire.

5 Diagnostics différentiels

a Orchi-épididymite aiguë

Si les signes infectieux locaux, urinaires ou généraux et l'apparition moins brutale de la douleur sont évocateurs, l'orchi-épididymite est parfois difficile à écarter, notamment parce qu'une torsion du cordon vue tardivement a pu évoluer vers la nécrose puis la surinfection. En cas de doute, il faut explorer chirurgicalement.

b Hernie inguinoscrotale étranglée

Des signes digestifs sont généralement associés (syndrome occlusif) et doivent faire évoquer ce diagnostic.

c Torsion de l'hydatide sessile de Morgagni

L'hydatide sessile est un reliquat embryonnaire situé au pôle supérieur du testicule. Sa torsion provoque une douleur scrotale brutale, bien que généralement moins vive qu'en cas de torsion du cordon. Un nodule douloureux au pôle supérieur du testicule peut être palpé, ou mis en évidence par transillumination scrotale. Le réflexe crémasterien est en général conservé. Cliniquement le diagnostic différentiel entre torsion du cordon ou de l'hydatide sessile reste impossible. La scrototomie exploratrice permettra de faire le diagnostic.

d Complication locale d'une tumeur testiculaire

Exceptionnellement, une tumeur testiculaire peut être révélée par une complication locale brutalement douloureuse, telle une nécrose ou une hémorragie intratumorale. En cas de doute clinique sur une tumeur testiculaire à la palpation, une échographie-Doppler est demandée.

e Colique néphrétique

En cas de douleur irradiant vers le testicule, avec un examen testiculaire normal et une hématurie micro- ou macroscopique, il faut savoir évoquer un calcul du bas uretère pouvant se révéler par les seules irradiations douloureuses. Cela reste cependant un diagnostic d'élimination.

f Traumatisme testiculaire

En général, le contexte (choc testiculaire direct) est d'emblée évocateur.

6 Formes atypiques

a Torsion vue tardivement ou négligée

Une fois la nécrose installée, les douleurs testiculaires diminuent. Les signes inflammatoires locaux sont parfois au premier plan (grosse bourse inflammatoire douloureuse, hydrocèle réactionnelle), rendant difficile le diagnostic différentiel avec une orchi-épididymite simple. Une fébricule est possible. L'évolution se fait ensuite soit vers la nécrose aseptique avec atrophie progressive du testicule, soit vers la fonte purulente du testicule. L'échographie scrotale est indiquée.

b Épisodes de torsion-détorsion récidivants

Il faut les évoquer en cas de douleurs testiculaires unilatérales, spontanément résolutive et récidivante. Un testicule indolore et un examen clinique normal en dehors des crises, mais avec un testicule hypermobile doivent faire penser au diagnostic. Il existe un risque de torsion vraie du cordon spermatique. L'orchidopexie préventive est proposée.

c Torsion du cordon spermatique sur testicule cryptorchide

Véritable piège diagnostique, le tableau clinique est dominé par des douleurs inguinales ou abdominales, pouvant faire évoquer une appendicite aiguë. La bourse homolatérale est **vide**.

B Orchi-épididymite

1 Généralités

L'orchi-épididymite est une inflammation du testicule et de l'épididyme, le plus souvent d'origine infectieuse. La voie de contamination habituelle est **rétrograde** déférentielle et l'origine peut être :

- sexuelle (germes des infections sexuellement transmissibles, ou IST) : chez l'homme ayant des pratiques sexuelles à risque (souvent plutôt jeune) ;
- urinaire (bacilles Gram négatif) : chez l'homme ayant des symptômes du bas appareil urinaire (souvent plutôt âgé).

L'orchite isolée est rare, qu'il s'agisse d'une contamination par voie sanguine (orchite ourlienne, tuberculeuse) ou d'une orchite inflammatoire sur purpura rhumatoïde (à évoquer en présence d'un purpura cutané chez l'enfant).

Les risques évolutifs de l'orchi-épididymite infectieuse sont l'abcédation, la fonte purulente du testicule, l'atrophie testiculaire, l'hypofertilité et les douleurs scrotales chroniques résiduelles.

2 Examen clinique

Il existe une grosse bourse douloureuse inflammatoire (œdémateuse, luisante, chaude), d'apparition rapide mais non brutale (en quelques heures ou dizaines d'heures). Un épididyme inflammatoire et douloureux est perçu à la palpation. Une infiltration douloureuse du cordon (funiculite) peut être palpée. Épididyme et testicule peuvent se confondre en une masse volumineuse, faisant disparaître le sillon épididymo-testiculaire (signe de Chevassu négatif). Une hydrocèle réactionnelle peut gêner l'examen clinique. Typiquement, soulever le testicule soulage la douleur (signe de Prehn positif).

Des signes infectieux généraux (fièvre), urinaires (brûlures, pollakiurie, urines troubles, BU positive), urétraux (écoulement, urétrite), prostatiques (douleur de prostatite au TR) sont souvent associés. Ils peuvent cependant être minimes ou faire défaut dans des cas atypiques.

Il faut rechercher les facteurs favorisants :

- sexuels : rapport à risque, antécédents d'IST ;
- urinaires : obstacle sous-vésical, manœuvres endo-urétrales (sondage, cystoscopie).

Un testicule cryptorchide peut aussi s'infecter et être le siège d'une orchi-épididymite. L'examen des bourses chez un homme avec un tableau abdominal infectieux doit être systématique.

3 Examens complémentaires

Le diagnostic est avant tout clinique. Il existe le plus souvent un syndrome inflammatoire biologique. L'échographie-Doppler du testicule peut aider lorsque l'examen clinique est non contributif ou lorsque l'on pense à une complication (abcès).

En cas de doute avec une torsion du cordon, une exploration chirurgicale est réalisée.

Un bilan bactériologique est demandé à visée étiologique : ECBU du premier et du second jet urinaire (examen direct, mise en culture et PCR à la recherche de *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*). Un bilan d'IST (cas index et partenaires) est à faire le cas échéant.

4 Prise en charge

Le traitement antibiotique, initialement probabiliste, est celui d'une IST ou d'une infection urinaire masculine. Ce choix se base donc principalement sur l'anamnèse et le contexte.

En cas de suspicion d'IST, plusieurs schémas sont possibles :

- ceftriaxone 500 mg en 1 injection IM suivie par : doxycycline 200 mg/j pendant 10 jours, ou azythromycine 1 g monodose ;
- ou ofloxacine 200 mg × 2/j pendant 10 jours.

Dans les formes à point de départ urinaire, les fluoroquinolones sont volontiers de première intention. Le relais se fait en fonction de l'antibiogramme et pour une durée suffisamment longue (au minimum 14 jours pour une épididymite simple, jusqu'à 4 à 6 semaines pour une forme localement sévère, chronique ou avec prostatite associée).

Les mesures associées sont : le port d'un suspensoir ou d'un slip serré à visée antalgique, le repos, l'abstinence sexuelle ou des rapports protégés par préservatif, la recherche d'autres IST chez le patient et le dépistage de ses partenaires.

L'hospitalisation peut être envisagée en cas de signes généraux ou locaux sévères. Rarement, un geste chirurgical peut être nécessaire pour une forme compliquée (abcès, fonte purulente, nécrose).

C Cryptorchidie

1 Définition

Une cryptorchidie est une anomalie de migration embryologique du testicule. Elle correspond à un arrêt de migration sur le trajet normal, entre l'aire lombaire et le scrotum. Le plus souvent unilatérale, elle peut être bilatérale. Elle est à distinguer de l'**ectopie** testiculaire (testicule en dehors du trajet physiologique de migration).

C'est un état congénital, le plus souvent pris en charge par les chirurgiens pédiatriques après dépistage néonatal mais il arrive d'y être confronté chez un adulte. La localisation la plus fréquente du testicule cryptorchide est à l'orifice inguinal superficiel. Il existe toujours une dysgénésie gonadique associée.

2 Signes cliniques

Le signe d'appel est la vacuité de la bourse à la palpation. Le testicule est parfois palpable à l'orifice inguinal mais ne peut être réintégré dans la bourse. S'il est palpable, il faut en évaluer le volume (recherche d'atrophie) et rechercher une hypertrophie controlatérale compensatrice.

Chez l'enfant le diagnostic différentiel est le testicule oscillant, c'est-à-dire pouvant remonter en dehors de la bourse mais être réintégré dans la bourse sans tension.

3 Complications

Les deux grandes complications sont celles de la dysgénésie gonadique associée à la cryptorchidie, et **persistant** donc même après abaissement chirurgical :

- **cancer du testicule** (risque relatif de 30 à 40) : l'abaissement permet cependant le dépistage par autopalpation ;

- hypofertilité : le risque n'est réel qu'en cas de cryptorchidie bilatérale et d'autant plus élevé que les testicules sont abaissés tardivement.

Les pathologies testiculaires classiques (torsion du cordon, orchite-épididymite, traumatisme testiculaire) peuvent aussi survenir sur testicule cryptorchide, ce qui en complexifie le diagnostic. D'une manière générale, tout médecin doit savoir examiner les bourses d'un homme ayant un syndrome abdominal.

4 Examens complémentaires

Le diagnostic est clinique, les examens complémentaires servent à localiser le testicule lorsqu'il n'est pas palpable. L'échographie et la TDM abdominopelvienne sont les plus utilisées. En cas de négativité, une laparoscopie abdominale exploratrice est parfois préconisée.

5 Prise en charge

Le traitement chirurgical de la cryptorchidie ne s'envisage pas avant 1 an. En cas de cryptorchidie non traitée pendant l'enfance, l'indication d'abaissement testiculaire reste de mise. Le traitement de référence est **chirurgical** et plusieurs situations sont possibles :

- soit le testicule cryptorchide est palpable et on réalise alors un abaissement testiculaire par voie inguinale avec fixation par voie scrotale ;
- soit le testicule cryptorchide n'est pas palpable, et on débute alors l'intervention par une laparoscopie exploratrice à la recherche du testicule. S'il s'avère que le testicule est retrouvé très atrophique, on peut discuter une orchidectomie. Si le testicule est de taille satisfaisante et bas situé, il est abaissé en un temps. Si le testicule est très haut situé, l'abaissement se déroule en deux temps : ligature première des vaisseaux spermatiques puis abaissement secondaire par voie inguinale.

Il faut informer des risques de récurrence, de lésion du conduit déférent et d'atrophie testiculaire. Il faut aussi informer que même après l'abaissement il existe un risque de cancer du testicule. Le dépistage par autopalpation s'en trouve cependant facilité.

III Pathologies scrotales

A Hydrocèle vaginale

1 Définition

Il s'agit d'un épanchement liquidien dans la cavité séreuse qu'est la vaginale testiculaire. Cette cavité est une émanation de la cavité péritonéale, emportée lors de la migration testiculaire à travers le canal inguinal.

Chez l'enfant, l'hydrocèle est due à la persistance d'un canal péritonéo-vaginal et on parle alors d'hydrocèle communicante.

Chez l'adulte ce canal est obturé et l'hydrocèle, non communicante, est le plus souvent idiopathique, par sécrétion liquidienne par la vaginale. Elle peut également être réactionnelle à d'autres pathologies comme une orchite-épididymite, une torsion du cordon spermatique, un traumatisme testiculaire ou un cancer du testicule.

2 Examen clinique

Elle correspond à une augmentation indolore, unilatérale et permanente du volume de la bourse (fig. 5.2), mais avec une gêne à type de pesanteur et qui est **transilluminable** (fig. 5.3).

Fig. 5.2
Grosse bourse droite.

Fig. 5.3
Bourse transilluminable.

L'hydrocèle peut être très abondante, et c'est généralement la gêne esthétique ou la pesanteur qui amène le patient à consulter. À l'examen, le testicule est souvent impalpable en raison du volume de liquide qui l'entoure. À l'examen le cordon spermatique est normal et libre. Les orifices herniaires inguinaux sont libres.

Chez l'enfant et le nouveau-né, l'hydrocèle communicante par persistance du canal péritonéo-vaginal est intermittente, de volume variable, réductible et souvent associée à une hernie, à l'inverse de chez l'adulte.

En cas de transillumination négative (fig. 5.4), il faut évoquer un diagnostic différentiel (tumeur testiculaire, hernie inguinoscrotale, varicocèle, hématocèle...).

Fig. 5.4
Bourse non transilluminable.

3 Examens complémentaires

L'**échographie scrotale** est l'examen de référence en cas de doute diagnostique.

Elle met en évidence une collection liquidienne anéchogène autour du testicule.

Elle confirme que les testicules sont normaux et recherche une pathologie sous-jacente en cas d'hydrocèle réactionnelle.

4 Traitement

L'hydrocèle est bénigne. Son traitement est chirurgical. Une hydrocèle ne doit pas être ponctionnée.

- Chez l'enfant : l'hydrocèle est due à la persistance du canal péritonéo-vaginal. Elle est physiologique à la naissance, et le canal peut se fermer spontanément jusqu'à l'âge de 12–18 mois. L'intervention s'envisage qu'après cet âge, par voie inguinale pour ligaturer le canal péritonéo-vaginal et traiter une éventuelle hernie associée. Les parents sont prévenus du risque de lésion du conduit déférent.
- Chez l'adulte : en cas d'hydrocèle idiopathique, l'indication est fonctionnelle (douleur, gêne esthétique ou à l'habillage). Les temps sont : incision scrotale, ouverture de la vaginale, évacuation de l'hydrocèle, puis résection ou plicature de la vaginale. En cas d'hydrocèle réactionnelle, il est important d'envisager le traitement de la cause.

B Varicocèle

1 Définition

Une varicocèle est une dilatation variqueuse des veines spermatices (plexus pampiniforme). Elle survient à **gauche** dans 90 % des cas, par une insuffisance valvulaire à l'abouchement de la veine spermaticque gauche dans la veine rénale gauche, générant un reflux veineux, vers ou après la puberté. À droite la veine se draine dans la veine cave inférieure. La varicocèle a une incidence de 20 à 40 % dans la population hypofertile (hyperthermie testiculaire par stase veineuse).

2 Examen clinique

L'interrogatoire recherche des douleurs à type de pesanteur, surtout vespérale, une hypotrophie testiculaire, une infertilité, une gêne esthétique.

L'examen physique est effectué en position debout puis couchée. Cet examen peut mettre en évidence une dilatation variqueuse du cordon parfois visible sous la peau (**fig. 5.5**). Il retrouve une tuméfaction molle située au-dessus et en arrière du testicule. Cette tuméfaction s'atténue en position couchée et augmente après à l'épreuve de Valsalva (expiration forcée à glotte fermée augmentant la pression intra-abdominale).

Attention, toute varicocèle d'apparition rapide doit faire éliminer un obstacle sur la veine spermaticque (adénopathie, thrombus), notamment, à gauche, un cancer du rein gauche avec thrombus veineux.

Fig. 5.5

Dilatation variqueuse du cordon parfois visible sous la peau.

3 Examens complémentaires

L'échographie-Doppler testiculaire permet d'affirmer le diagnostic. Elle met en évidence une dilatation variqueuse et le reflux veineux en Doppler lors de la manœuvre de Valsalva (**fig. 5.6**).

Fig. 5.6

Aspect de varicocèle en échographie-Doppler.

A. Aspect de dilatation variqueuse du cordon en échographie. B. Aspect de reflux en Doppler à la manœuvre de Valsalva dans une varicocèle.

4 Traitement

Le traitement est d'une part symptomatique par antalgiques simples. Il peut d'autre part être interventionnel en cas de :

- douleur ou gêne esthétique importante ;
- hypotrophie testiculaire ;
- hypofertilité (seulement après en avoir éliminé les autres causes).

Il s'agit alors d'empêcher le reflux veineux descendant en obturant la veine spermatique : soit par embolisation endovasculaire (radiologie interventionnelle) soit par ligature chirurgicale (cœlioscopie, ou voie inguinale).

C Fasciite nécrosante des organes génitaux externes dite gangrène gazeuse, ou de Fournier

1 Généralités

La gangrène de Fournier est une cellulite nécrosante des organes génitaux externes et du périnée. Les germes responsables sont : anaérobies, *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa* et streptocoques. La gangrène est le plus souvent secondaire à une affection locale (fistule anale, abcès périnéal, lésion cutanée,...) mais qui n'est pas toujours identifiée. Elle survient souvent sur terrain fragilisé (diabète, éthylisme chronique, immunodépression...). Le retard de la prise en charge initiale et/ou la prise d'anti-inflammatoires sont des facteurs aggravants. C'est une infection grave avec un taux de mortalité de 10–50 %.

2 Diagnostic

Le diagnostic est clinique. L'évolution est brutale et vive avec une gêne scrotale et une fébricule, un œdème et une inflammation du périnée (1^{re} phase : inflammatoire), puis des crépitements sous-cutanés apparaissent (en cas de germes anaérobies) (2^e phase : gazeuse). C'est enfin l'apparition et l'extension de zones de nécrose (3^e phase : nécrotique), de la fièvre, des frissons et du choc septique.

3 Prise en charge

Il s'agit d'une **urgence** médico-chirurgicale avec une prise en charge réanimatoire. Des examens complémentaires sont indispensables : NFS, créatinine, hémostase, groupe/Rhésus/RAI, gaz du sang, lactates, bilan bactériologique (hémocultures, ECBU, prélèvements locaux).

Il faut mettre en place une **triple antibiothérapie** parentérale, active sur les germes anaérobies : pénicilline, métronidazole, aminosides.

Par ailleurs, un traitement chirurgical sous anesthésie générale est requis avec une excision/parage de tous les tissus nécrotiques, à renouveler tant que les lésions progressent. Si nécessaire, une **colostomie** de décharge est confectionnée en cas de lésions proches de l'anus, voire une **cystostomie** de décharge. Les testicules sont parfois protégés temporairement par enfouissement au niveau inguinal ou sur la face interne des cuisses. Des pansements doivent ensuite être réalisés très régulièrement (toutes les 48 à 72 h), nécessitant souvent des anesthésies générales itératives. À distance, une reconstruction du périnée et une greffe de peau peuvent être envisagées. Un traitement par oxygène hyperbare est parfois entrepris, au plus tôt. Le pronostic est mauvais avec un taux de mortalité de 10–50 %.

IV Pathologies péniennes

A Tumeurs du pénis

1 Généralités

Les tumeurs malignes du pénis sont rares et principalement représentées par le carcinome épidermoïde. La néoplasie intra-épithéliale est la lésion précancéreuse la plus fréquente : on parle d'érythroplasie de Queyrat lorsqu'elle est localisée au gland ou au prépuce.

Les principaux facteurs de risque sont :

- une infection à HPV (*Human papilloma virus*) ;
- l'inflammation chronique, favorisée par les pathologies préputiales (balanoposthite, lichen scléro-atrophique) ;
- un phimosis ;
- le tabagisme.

2 Généralités

Le signe d'appel est une lésion indurée, bourgeonnante ou ulcéronécrotique, de la portion distale du pénis (gland, col du gland, prépuce). Parfois elle peut être cachée sous un phimosis, pouvant alors se révéler par un écoulement ou une surinfection.

Le diagnostic repose sur la biopsie-exérèse chirurgicale. L'évaluation des aires ganglionnaires inguinales est déterminante car les tumeurs malignes du pénis sont lymphophiles. Les premiers relais ganglionnaires sont **inguinaux**, donc accessibles à l'examen clinique.

3 Prise en charge

En l'absence d'adénopathie clinique, la prise en charge est la plus conservatrice possible mais doit être adaptée au degré d'infiltration. On peut citer, par degré d'invasivité : les traitements conservateurs locaux (topiques cytotoxiques, laser, photothérapie) < la curiethérapie < l'exérèse-resurfacing < la balanectomie < la pénectomie totale. Une posthextomie est toujours réalisée en cas de traitement conservateur. L'attitude ultérieure (surveillance *versus* exploration ganglionnaire invasive par technique du ganglion sentinelle voire curage) dépend du risque oncologique déterminé par l'examen de la pièce d'exérèse.

En présence d'adénopathie clinique, le bilan d'extension doit être complet et la prise en charge peut associer une chimiothérapie à des exérèses ou des curages étendus.

B Sténoses urétrales

Qu'elle soit d'origine infectieuse, traumatique ou iatrogène (fausse route, post-résection, anastomotique, radique), une sténose urétrale est un obstacle sous-vésical. Elle peut se manifester par une dysurie, une faiblesse du jet urinaire, une vidange vésicale incomplète, une vessie de lutte, voire une rétention vésicale. Dans ce dernier cas, le drainage vésical ne peut se faire que par cathétérisme sus-pubien.

L'évaluation est clinique, débitmétrique et urétrocystographique (nombre, longueur et calibre des sténoses). Sur les données de ce dernier examen, le traitement décidé pourra être endoscopique (urétrotomie interne) ou d'emblée par résection-anastomose chirurgicale afin d'éviter le risque de récurrence et le recours aux auto- ou hétéro-dilatations d'entretien, délétères à long terme.

C Autres

Les courbures de la verge sont traitées chapitre 9 (« Trouble de l'érection »).

Les priapismes sont traités chapitre 9 (« Trouble de l'érection »).

Les fractures-dysjonctions urétrales seront traitées chapitre 19 (« Traumatismes urogénitaux »).

Les anomalies de position du méat urétral, congénitales, seront étudiées en chirurgie pédiatrique.

V Pathologies préputiales

A Phimosis

1 Définition

Un phimosis est une **sténose** fibreuse de l'anneau préputial. Le décalottage devient alors difficile, douloureux voire impossible. Le diagnostic est porté devant un aspect rétréci de l'orifice préputial et un prépuce ne pouvant être retroussé en arrière du gland.

Il est **physiologique** chez le nourrisson et l'enfant jusqu'à 4 ans, expliqué par l'existence d'adhérences préputiales. Celles-ci se libèrent généralement spontanément, et les décalottages forcés sont à **proscrire** chez l'enfant.

Le phimosis peut apparaître à l'âge adulte. Un phimosis acquis, une difficulté au décalottage (douleurs, fissures, impossible) apparaissant chez un adulte est anormal. Un phimosis acquis peut apparaître chez les patients diabétiques (diabète non diagnostiqué ou mal équilibré) ainsi que chez les sujets âgés par insuffisance de décalottage. Il peut être également secondaire à une lésion précancéreuse (lichen scléro-atrophique) ou à un cancer du pénis.

2 Complications

Un phimosis peut provoquer :

- des troubles mictionnels (dysurie, fuites d'urine, jet dévié) ;
- des infections urinaires récidivantes, lorsqu'il est serré ;
- voire une poche préputiale se gonflant d'urine lors des mictions, et pouvant se surinfecter ;
- à l'extrême, une rétention vésicale (globe) ;
- un paraphimosis, notamment en cas d'oubli de recalottage après sondage vésical ;
- une inflammation chronique du gland (balanoposthite) par défaut de décalottage et accumulation de smegma.

À long terme, *via* la macération et l'inflammation chroniques ou le lichen scléro-atrophique qu'il entretient, un phimosis est facteur de risque de cancer de la verge. Il peut le révéler (phimosis réactionnel) mais il peut aussi le masquer un certain temps.

3 Traitement

Chez l'enfant, il n'y a pas de traitement avant 2–3 ans. La libération des adhérences préputiales peut également se faire sous anesthésie locale (crème EMLA®) ou par application de dermocorticoïdes. À partir de 5–6 ans et en cas d'échec des traitements locaux, un traitement chirurgical est à envisager notamment en cas de complication (infection, dysurie, poche préputiale). Il peut s'agir d'une plastie de prépuce ou d'une résection du prépuce, dite posthextomie.

Chez l'adulte, le traitement est d'emblée chirurgical. La chirurgie est indiquée en cas d'infections à répétition ou de gêne importante. Le traitement peut être conservateur (plastie du prépuce) ou

non (posthécotomie). Une lésion précancéreuse ou un cancer de la verge doivent être recherchés par examen anatomopathologique.

B Paraphimosis

1 Définition

Un paraphimosis est une striction de la base du gland par l'anneau préputial, au niveau du sillon balano-préputial. Le gland est donc décalotté et le recalottage est impossible. Il se forme rapidement un œdème du prépuce, qui entoure le gland telle une bouée ([fig. 5.7](#) et [fig. 5.8](#)).

Fig. 5.7
Paraphimosis.

Fig. 5.8
Paraphimosis.
Source : Cholet C, Seners P. Urologie. ECN intensif. Paris : Elsevier ; 2015.

Il s'agit une complication du phimosis, secondaire à un décalottage prolongé : le gland est en ischémie, douloureux, avec un risque de nécrose.

Le mécanisme est généralement :

- chez le petit enfant : un décalottage forcé sur phimosis ;
- chez le jeune adulte : un oubli de recalottage notamment après un premier rapport sexuel ;
- chez le sujet âgé : un oubli de recalottage après pose de sonde vésicale à demeure (iatrogène).

2 Traitement

Il faut mettre en œuvre le traitement en urgence, dès que le diagnostic est posé.

Le premier geste, en cas de paraphimosis iatrogène, consiste à retirer la sonde vésicale.

Ensuite une réduction manuelle est effectuée, consistant à :

- chasser l'œdème balano-préputial par compression (progressive mais lente, à pleine paume) du gland et du prépuce ;
- faire pression sur le gland avec les deux pouces ;
- tout en basculant de l'anneau préputial vers l'avant pour recouvrir le gland avec les index et majeurs (mouvement du piston de la seringue en utilisant les deux mains).

En cas d'échec, il faut envisager une section de l'anneau préputial ou une posthécotomie en urgence.

C Brièveté et rupture du frein

Le frein court est congénital mais c'est le plus souvent le jeune adulte qui consulte. La gêne est en effet ressentie à l'érection (mise en tension du frein, douleur, voire angulation du gland à l'érection).

L'événement amenant à consulter en urgence est la rupture du frein lors des premiers rapports ou masturbations. La rupture provoque un saignement qu'il faut contrôler par compression bidigitale.

En cas de frein court gênant ou s'étant rompu, le traitement est une plastie du frein, sans urgence. Elle est faisable sous anesthésie locale et consiste à inciser le frein transversalement puis à fermer l'incision longitudinalement, ce qui efface le relief du frein.

Résumé

Pathologies testiculaires

- › Torsion : la torsion du cordon spermatique est une urgence chirurgicale. Le diagnostic est clinique. Aucun examen complémentaire ne doit retarder la prise en charge. En cas de doute diagnostique, l'exploration chirurgicale s'impose.
- › Orcho-épididymite : pour le traitement antibiotique d'une orchi-épididymite, il faut cibler :
 - les germes des IST chez le sujet ayant des pratiques sexuelles à risque ;
 - les BGN chez l'homme ayant des symptômes du bas appareil urinaire.
- › Cryptorchidie : après abaissement testiculaire, il faut éduquer le patient pour dépistage à vie du cancer testiculaire par autopalpation.

Pathologies scrotales

- › Hydrocèle : l'hydrocèle est bénigne, son traitement est la résection/plicature chirurgicale de la vaginale testiculaire et l'indication est fonctionnelle.
- › Varicocèle : toute varicocèle d'apparition rapide doit faire éliminer un obstacle sur la veine spermatique (adénopathie, thrombus), notamment, à gauche, un cancer du rein gauche avec thrombus veineux.

Pathologies péniennes

- › Tumeurs du pénis : la palpation des aires inguinales est déterminante. En cas de traitement conservateur, une posthèctomie est associée.
- › Sténose urétrale : l'examen décisif est l'urétrocystographie.

Pathologies préputiales

- › Phimosis : le phimosis peut favoriser, révéler mais aussi masquer un cancer de l'extrémité de la verge.
 - › Paraphimosis : en cas de paraphimosis iatrogène, le premier geste avant réduction manuelle est de retirer la sonde vésicale.
 - › Frein court : la rupture du frein provoque un saignement qu'il faut comprimer. Une brièveté du frein se traite par plastie du frein.
-



