

Découverte tardive d'une torsion du cordon spermatique chez un nouveau-né au CHU pédiatrique de Bangui.

Late discovery of spermatic cord torsion in a newborn at Bangui pediatric teaching hospital.

Ouaïmon DS¹, Sepou Yanza MCA^{1,2}, Houndjahoué GF^{1,3}, Ndoma Ngatchoukpo V^{1,2}

1. Centre Hospitalo-Universitaire Pédiatrique de Bangui (CHUPB), République Centrafricaine

2. Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bangui, Avenue des Martyrs, Bangui, République Centrafricaine.

3. Médecins avec l'Afrique CUAMM International NGO, via San Francesco 126, 35121 Padova, Italy

Auteurs correspondant : Ouaimon D.S CHUPB, République Centrafrique, Téléphone:(+236)72250958. E-mail: ouaimonsylvere@yahoo.fr

RESUME

La torsion du cordon spermatique est responsable d'une ischémie aiguë du testicule conduisant à la perte de sa vitalité en l'absence de rétablissement urgent de la circulation vasculaire, et aussi d'altérations du testicule contralatéral compromettant la fertilité du patient. La torsion survient essentiellement aux deux âges extrêmes de l'enfance : chez le nouveau-né et chez l'adolescent. Son incidence annuelle est estimée à 0.025%. Sa présentation clinique classique est celle d'une «grosse bourse aiguë douloureuse» et son traitement est une urgence chirurgicale. Nous rapportons le cas d'un nouveau-né qui a présenté une torsion du cordon spermatique gauche découverte après 24 heures devant la persistance des pleurs et qui a conduit à une orchidectomie.

Mots clés : Torsion du cordon spermatique, périnatale, échographie, Bangui

SUMMARY

Spermatic cord torsion leads to acute ischemia of the testis with the alteration of the contralateral testis compromising, therefore, the fertility of the patient. The torsion occurs mainly at the extreme ages of childhood: in newborns and teens. Its annual incidence is estimated at 0.025%. Its clinical feature is an acute painful scrotal mass, and its treatment is emergency surgery. We report a case of a 1-day old newborn who presented a left spermatic cord twist which was discovered after 24 hours of persistent crying leading to an orchidectomy.

Keywords: Spermatic cord torsion, perinatal, ultrasound, Bangui

INTRODUCTION

La torsion du cordon spermatique chez le nouveau-né, est responsable d'une ischémie testiculaire pouvant conduire à la nécrose. Il s'agit d'une urgence diagnostic et thérapeutique. Elle touche approximativement 1/4000 garçons avant l'âge de 25 ans [1]. Il existe deux pics de prévalence de torsion du cordon spermatique : chez le nouveau-né et chez l'adolescent aux alentours de 15 ans [2, 3]. Une prise en charge chirurgicale doit classiquement intervenir dans les six 1^{ères} heures, après le début des symptômes [3-6]. Nous rapportons un cas clinique de torsion supra vaginale de découverte tardive chez un nouveau-né de J1 de vie dans un contexte de pleurs persistants considérés à priori comme une infection néonatale.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un nouveau-né, de sexe masculin, né le 11/11/2020, pesant 2600 grammes. Il a

été référé vers le service de néonatalogie du Centre Hospitalier-Universitaire Pédiatrique de Bangui, pour la prise en charge d'une infection néonatale. La mère était une primigeste, primipare sans antécédent médico-chirurgical connu. La grossesse a été bien suivie avec huit consultations prénatales. Il n'y avait pas de notion de consanguinité dans le couple. L'accouchement a été fait par césarienne devant une souffrance fœtale aigue sur un bassin limite. A l'admission, le nouveau-né a présenté des pleurs incessants, un bon état de conscience, une bonne coloration des muqueuses, la température était à 37,9°C, une tachycardie chiffrée à 180 battements/minute, une polypnée à 66 cycles/minute, la saturation était à 99% sous air ambiant. Les réflexes archaïques étaient présents, l'abdomen était souple dépressible sans organomégalie. Il a été hospitalisé pour une infection néonatale. La persistance des pleurs 24 heures après l'hospitalisation a motivé un

nouvel examen physique, ce qui a permis de noter une grosse bourse gauche sensible à la palpation. Le testicule gauche était ascensionné, rétracté au niveau de l'orifice inguinal, horizontalisé et projeté en avant (signe de Gouverneur). Lors de la surélévation du testicule, les cris étaient exacerbés témoin de la douleur (manœuvre de Prehn). Le réflexe crémastérien était aboli. Le testicule droit était augmenté de volume de consistance molle avec une épreuve de transillumination positive. L'Echographie-Doppler des bourses était réalisée concomitamment mettant en évidence une échostructure testiculaire gauche hétérogène témoin de l'apparition de plages de nécrose, une absence de flux artériel avec signe de Whirlpool au niveau du cordon spermatique gauche évoquant une torsion du cordon spermatique ; un épanchement liquidien intra vaginal droit évoquant une hydrocèle droite. Une scrototomie exploratrice gauche en urgence a été faite. Elle a permis de retrouver une torsion du cordon spermatique à trois tours de spire avec nécrose ischémique du testicule gauche (figure 1, 2).



Figure 1 : Nécrose testiculaire sur torsion



Figure 2 : Torsion du cordon spermatique gauche à trois tours de spire.

L'absence de recoloration du testicule 15 minutes après la détorsion a permis de décider avec consentement des parents, une orchidectomie gauche. Dans le temps opératoire une cure d'hydrocèle par abord scrotal suivie de retrovidange et fermeture de persistance du canal péritoneo-vaginal a été réalisée. A J5 des suites opératoires, il n'y avait aucun problème ce qui a permis d'autoriser sa sortie.

DISCUSSION

Chez le nouveau-né, la torsion du cordon spermatique intervient sur sa portion supravaginale et présente un pronostic catastrophique avec près de 100% d'orchidectomie pour nécrose testiculaire [6]. Chez l'adolescent, la torsion intervient sur la portion intravaginale du cordon en raison d'un défaut d'accolement entre le testicule et la vaginale appelé testicule en « bat-tant de cloche » [6, 7]. La torsion du cordon spermatique correspond à une rotation sur un axe vertical du testicule entraînant la formation de tours de spire au niveau du cordon spermatique et interrompant la vascularisation du testicule et de l'épididyme. Lors de la torsion du cordon spermatique, il se produit une interruption du flux veineux. Un œdème local du cordon associé à la striction mécanique des spires entraîne alors une interruption du flux artériel testiculaire conduisant à l'ischémie et à l'extrême la nécrose du testicule atteint [8-10]. L'importance des lésions testiculaires dépend du nombre de tours de spire et de la durée de l'ischémie. Dans ce cas, trois tours de spire ont été retrouvés, évoluant depuis 24 heures responsable d'une nécrose ischémique irréversible du testicule gauche. Le parenchyme testiculaire étant très sensible à l'ischémie, des lésions irréversibles apparaissent rapidement et il a été montré que le tissu exocrine est plus sensible à l'ischémie, que l'élément endocrine [8, 9]. Les possibilités de préservation du testicule diminuent avec la durée de l'ischémie. En l'absence de reperfusion rapide, l'ischémie testiculaire évolue vers la nécrose testiculaire ou son atrophie définitive [9]. Durant les six premières heures, le testicule peut être conservé dans 90% à 100% des cas. Les taux de conservations

du testicule diminuent à 70% entre six et 12 heure d'ischémie et chute à 20% entre 12 et 24 heures. Après 24 h d'ischémie, le testicule est conservé dans moins de 10 % des cas [10, 11]. On considère donc classiquement que la reperfusion du testicule doit intervenir dans les six heures après le début des symptômes, ce qui explique la nécessité d'un diagnostic et d'une prise en charge rapide. Lors de l'examen clinique, on prend soin de noter l'heure du début des douleurs. Dès que l'indication opératoire est posée, le patient est hospitalisé dans le service de chirurgie car les délais de transfert mettent en jeu le pronostic vital du testicule. La prise en charge chirurgicale consiste en une exploration par une scrototomie du côté atteint sous anesthésie générale permettant d'exposer le testicule, afin de vérifier l'absence ou la présence de tours de spire, la viabilité du testicule. La visualisation du tour de spire confirme le diagnostic, le cordon est alors détordu et la vitalité testiculaire est évaluée après 15 à 20 mn [11-13]. Si le testicule se recolorie rapidement, celui-ci est fixé au raphé médian pour prévenir toute récurrence de torsion, au cas contraire on procèdera à une orchidectomie, le testicule contralatéral est également fixé de façon préventive. Dans ce cas, une hydrocèle était associée et un retro vidange a été réalisé suivi d'une orchidopexie.

CONCLUSION

La torsion du cordon spermatique chez le nouveau-né est une urgence chirurgicale. Tout pleur incessant chez un nouveau-né de sexe masculin, doit y faire penser. L'échographie doppler du testicule et du cordon spermatique donne de très bonnes performances diagnostiques. L'examen complet, des nouveau-nés dévêtus doit être systématique en salle d'accouchement afin d'identifier précocement ces anomalies car le pronostic vital du testicule est mis en jeu et une prise en charge chirurgicale rapide est indispensable.

REFERENCES

- 1- Williamson RC. Torsion of the testis and allied conditions. *Br J Surg* 1976; 63:465-76.
- 2- Van Glabeke E, Khairouni A, Larroquet M, Audry G, Gruner M. Acute scrotal pain in children: results of 543 surgical explorations. *Pediatr Surg Int* 1999; 15:353-7.
- 3- Sauvat F, Hennequin S, Ait Ali Slimane M, Gauthier F. Age for testicular torsion? *Arch Pediatr* 2002; 9:1226-9.
- 4- E. Blevrakis, Xenaki, E. Chrysos. Testicular torsion in a newborn: a case report. *G Chir* 2019; 1: 54-57.
- 5- Osumath TS, Jimbo M, Granberg CF. Frontiers in pediatric testicular torsion: an integrated review of prevailing trends and management outcomes. *J Pediatr Urol* 2018; 14: 394-401.
- 6- Gatti JM, Axt J. The acute scrotum in. Holcomb and Ashcraft's *Pediatric Surgery* editors. 7 th ed. New York, US. Elsevier 2020.
- 7- Van Glabeke E, Philippe-Chomette P, Gall O, Oro H, Larroquet M, Audry G. Spermatic cord torsion in the newborn: role of surgical exploration. *Arch Pediatr* 2000 ;7:1072-6.
- 8- Lester DB, Cummes GH. Torsion of the spermatic cord in the newborn infant. *J Pediatr Urol*. 1961; 86(5):631-633.
- 9- Mano R, Livne PM, Nevo A, Sivan B, Ben-Meir D. Testicular torsion in the first year of life: characteristics and treatment outcome. *Urology*. 2013; 82(5):1132-7.
- 10- Kyalat RI. Neonatal testicular torsion. Is it time for consensus. *J Clin Neonatal* 2017; 6: 53-6.
- 11- Davenport M. ABC Of general surgery in children. Acute problems of the scrotum. *BMJ* 1996; 312: 435-7.
- 12- Ahmed SJ, Kaplan GW, Decambre ME. Perinatal testicular torsion: preparative radiological finding and the argument for urgent surgical exploration. *J Pediatr Surg*. 2008;43(8):1563-1565.
- 13- Kaye JD, Levitt SB, Friedmann SC, Franco I, Gitlin J, Palmer LS. Neonatal torsion: a 14-year experience and proposed algorithm for management. *J Urol* 2008; 179:2377-83.