

PARTIE 2 : L'ORCHI-EPIDIDYMITE

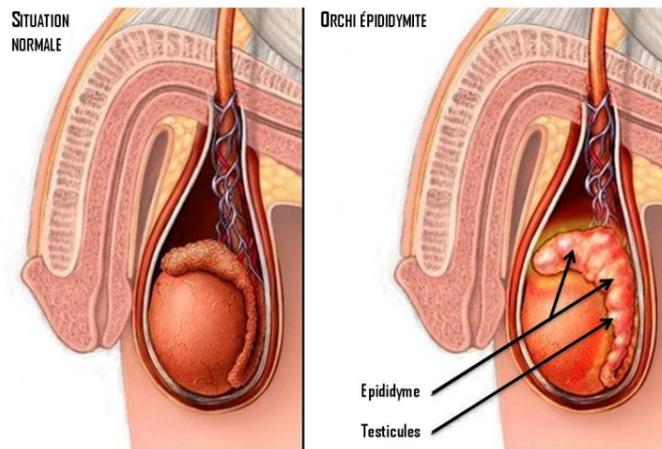
Source : <https://www.msmanuals.com/>

Physiopathologie : L'épididymite est une inflammation de l'épididyme, pouvant parfois être accompagnée d'une inflammation du testicule (orchi-épididymite). La majorité des épididymites et orchi-épididymites sont provoquées par une infection. L'évolution la plus défavorable de cette pathologie majoritairement bénigne peut aller jusqu'à l'abcès, un pyocèle et un infarctus testiculaire.

Chez les hommes de moins de 35 ans il faut évoquer en premier lieu des germes sexuellement transmissibles (*Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*). Dans ces cas, l'infection peut débuter par une urétrite. Chez les hommes de plus de 35 ans, l'infection, dans la plupart des cas, est due à des bacilles Gram négatifs d'origine intestinale. Elles se manifestent alors en présence d'anomalie urologique, d'une S.A.D ou d'un geste urologique récent. Les épididymites tuberculeuses et syphilitiques sont rares, sauf chez des patients immunodéprimés. Pour les épididymites non bactériennes, les causes sont variées : virale (C.M.V.) ou mycotiques (Actinomycose, Blastomycose) sont rares. Certaines épididymites et orchi-épididymites d'origine non infectieuse peuvent être dues à une irritation chimique consécutive à un reflux rétrograde de l'urine dans l'épididyme (à la suite d'une manœuvre de Valsalva ou à un traumatisme local).

Symptomatologie : La douleur scrotale est présente quelle que soit l'origine de l'épididymite. Elle peut être sévère et parfois irradier en région abdominale. La douleur et l'augmentation du volume du scrotum sont souvent unilatérales. En cas d'origine bactérienne, une hyperthermie peut être associée, avec des nausées et/ou vomissements. Un écoulement urétral peut être présent si le départ de l'infection est une urétrite. L'examen clinique relèvera une tuméfaction, une induration, un érythème et une sensibilité douloureuse nette de la partie ou de la totalité de l'épididyme, et parfois, du testicule sous-jacent.

Source image : <https://fr.healthy-food-near-me.com>



Le diagnostic : Le diagnostic repose sur le bilan clinique, parfois sur un écouvillonnage urétral et un E.C.B.U. Le diagnostic de l'épididymite est confirmé par une tuméfaction et une sensibilité de l'épididyme. Néanmoins, si la douleur n'est pas clairement limitée à l'épididyme, il faut également envisager une torsion testiculaire, surtout chez les patients de moins de 30 ans : une échographie doppler est alors indiquée. En cas de cause mal identifiée ou non connue, une consultation urologique est indiquée. L'urétrite évoque principalement un agent pathogène sexuellement transmissible. Un prélèvement urétral ou P.C.R. sera réalisé pour rechercher des gonocoques et Chlamydiae. Pour tous les autres cas, les agents responsables sont identifiés par E.C.B.U., sauf si l'origine n'est pas bactérienne.

Ces examens sont donc nécessaires avant l'instauration d'un traitement antibiotique.

Le traitement : Il passe par du repos, une surélévation scrotale, l'application de froid, la prise d'antalgiques, d'anti-inflammatoires et un traitement antibiotique à large spectre adapté au germe suspecté.

Pour le patient jeune suspect d'Infection Sexuellement Transmissible :

Ceftriaxone : 500 mg I.M. en dose unique

Doxycycline : 100 mg x 2/jour *per os* pendant 10 jours

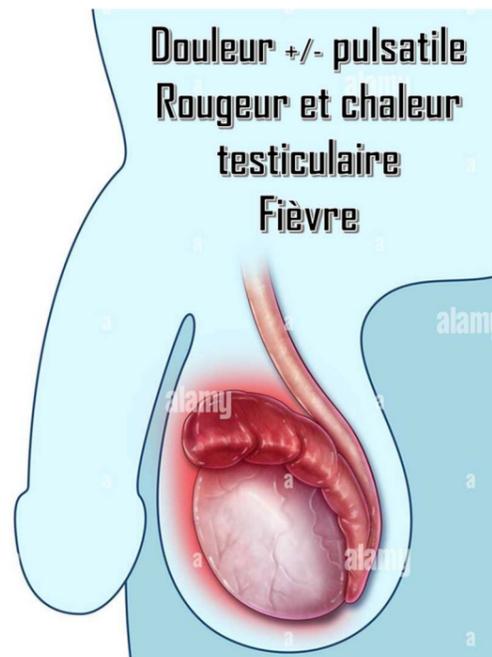
Pour le patient > 35 ans : Ofloxacine : 200 mg x 3/jour *Per os* pendant 10 jours

En cas d'abcès ou de pyocèle, un traitement chirurgical doit être envisagé.

Si l'agent pathogène est non bactérien, le traitement reste le même, sans l'antibiothérapie.

En cas de récurrence d'épididymite bactérienne, secondaire à une urétrite ou une prostatite résistante aux traitements conventionnels, une vasectomie peut être envisagée.

Les patients porteurs de S.A.D. sont particulièrement à risque de développer une épididymite ou une orchi-épididymite. En alternative, on peut proposer la pose d'un cathéter sus-pubien, ou des auto-sondages réguliers.



On s retrouve le mois prochain pour... Le Crush Syndrome

Le Scope - Le bulletin de l'urgence - N° 39 - SpO2 98% - P.N.I. 11/2022 - Supervision médicale : Pierrick TRUPIN, Valentin ROY, Dr Nicolas NODET - Vérifié par

Les affections testiculaires

En ce mois de "Movember" les hommes sont à l'honneur. Ce bulletin abordera donc une problématique exclusivement masculine : les affections testiculaires. Les deux pathologies les plus importantes à connaître dans le cadre de l'urgence sont : la torsion testiculaire et l'orchi-épididymite. La première est une urgence absolue, l'autre, un motif de recours fréquent des services d'urgence.

Rappels anatomophysologiques

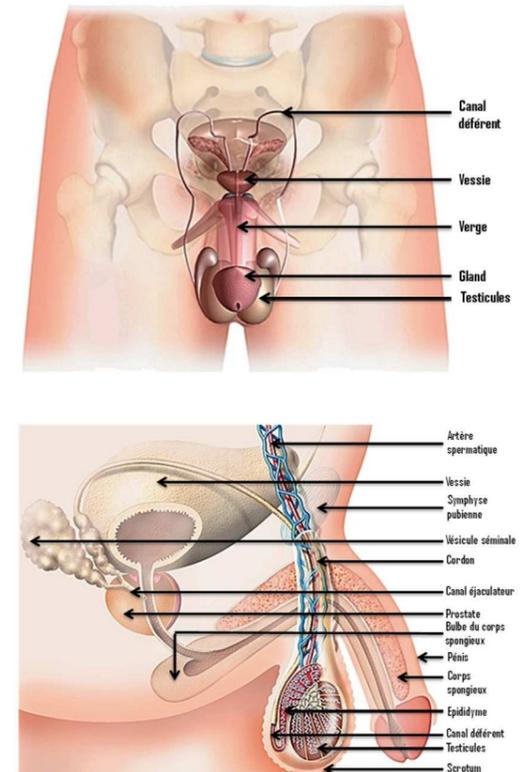
Source image : <https://www.larousse.fr>

L'appareil génital masculin est l'organe chargé de la reproduction. Il est composé pour la partie externe du pénis et des testicules qui sont contenues dans le scrotum. La partie interne est composée essentiellement de canaux et de glandes. Les canaux déférents partent du testicule et rejoignent son abouchement urétral au niveau du carrefour prostatique. En arrière de la vessie, les vésicules séminales produisent le liquide séminal (qui compose le sperme à environ 60 %) et le stocke jusqu'à son expulsion lors de l'éjaculation.

Le testicule est la glande masculine chargée de la production des spermatozoïdes et donc de la fertilité. Les spermatozoïdes sont produits dans les tubes séminifères qui se réunissent pour n'en former qu'un seul après avoir été repliés de façon répétée et empaquetés étroitement, c'est l'épididyme. La spermatogénèse se produit à 3°C de moins que la température corporelle. Pour être fonctionnels, les testicules doivent donc être à l'extérieur de la cavité abdominale.

Les testicules sont suspendus dans le scrotum par les cordons spermatiques. Ceux-ci contiennent une artère testiculaire, des veines testiculaires, des canaux lymphatiques, un canal déférent et des nerfs testiculaires (branche des 10^e et 11^e nerfs thoraciques). Le réseau vasculaire des testicules passe exclusivement par le cordon spermatique.

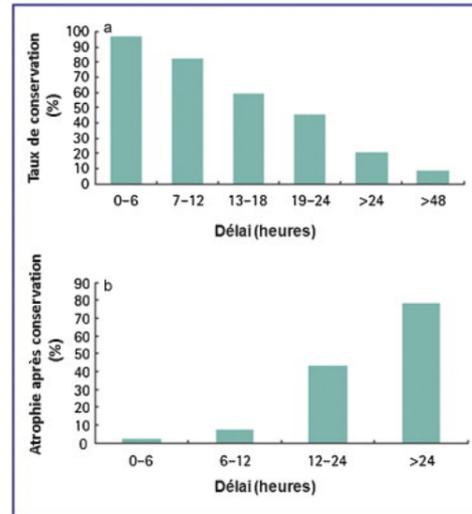
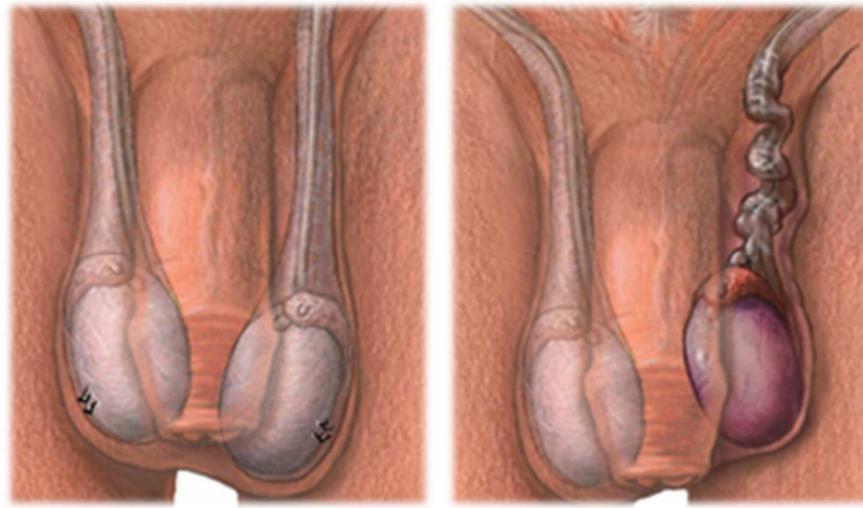
En cas de torsion, il y a donc une ischémie complète du testicule sans possibilité de reprise vasculaire par un réseau collatéral.



Le Scope : le bulletin de l'urgence - <https://www.le-scope.com>

Suivez-nous sur les réseaux sociaux : Le Scope - le_scope_ - Contact : lescope.contact@gmail.com

PARTIE 1 : LA TORSION TESTICULAIRE <https://www.msmanuals.com/fr/professional/> - <https://www.infirmiers.com>



Source image : <https://medlineplus.gov/> - Source : <https://www.lexipatho.fr/>

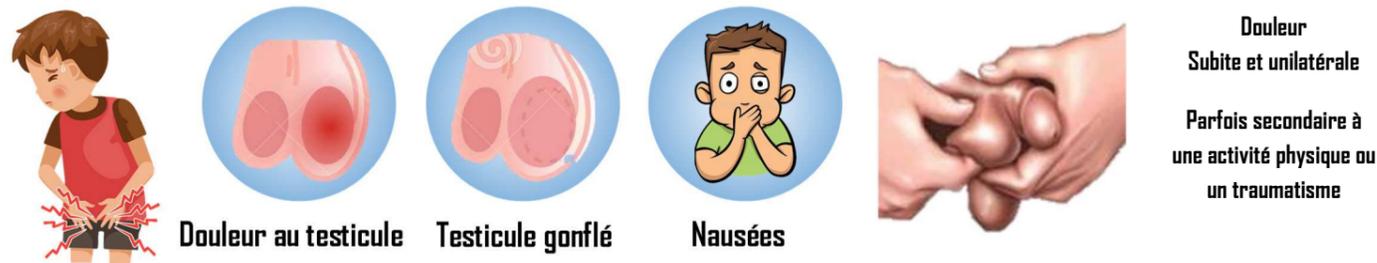
Physiopathologie : La torsion testiculaire est l'urgence urologique absolue. Elle est liée à la rotation du testicule autour de son pédicule, ce qui entraîne la strangulation et un arrêt de la vascularisation (= une ischémie). Cette rotation est due à une anomalie de développement de la tunique vaginale et du cordon spermatique, provoquant une fixation incomplète du testicule à cette tunique. Cette malformation, présente chez 12 % de la population, prédispose donc à une torsion, spontanée ou post-traumatique.

La torsion testiculaire est plus fréquente chez les jeunes hommes. 90% des torsions testiculaires ont lieu entre 12 et 18 ans. Il existe toutefois un pic de torsion dite « néonatale » constaté dans la petite enfance.

Bien que très rare chez les hommes de plus de 30 ans, elle peut également survenir dans des âges plus avancés.

Symptomatologie : Le tableau clinique d'une torsion testiculaire est typiquement bruyant. Il associe une douleur intense localisée à un testicule (= orchialgie) et une tuméfaction. Il peut y avoir aussi la présence de nausées et/ou vomissements. Le testicule est douloureux et peut être ascensionné voire horizontalisé. Le signe pathognomonique est la disparition du réflexe crémasterien de façon unilatérale. Une torsion peut se résoudre spontanément puis récidiver.

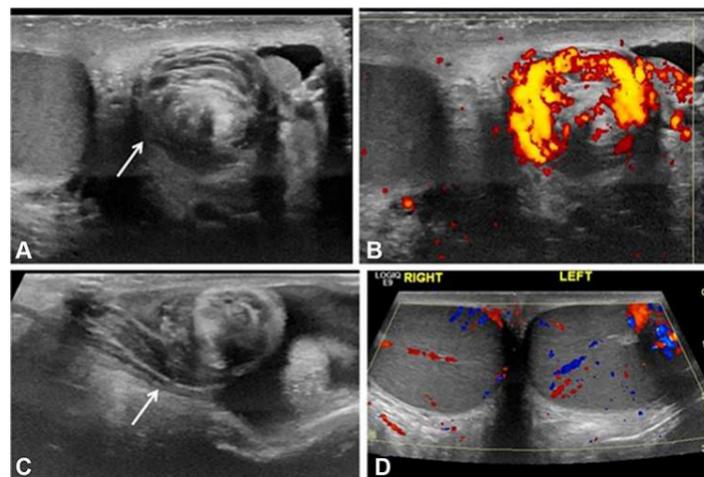
Attention toutefois aux présentations atypiques de l'enfant et l'adolescent jeune. Ceux-ci expriment davantage une douleur abdominale et inguinale. Ainsi, toute douleur abdominale basse dans cette population doit conduire à un examen testiculaire.



Diagnostic : Le diagnostic d'une torsion testiculaire repose sur l'examen clinique.

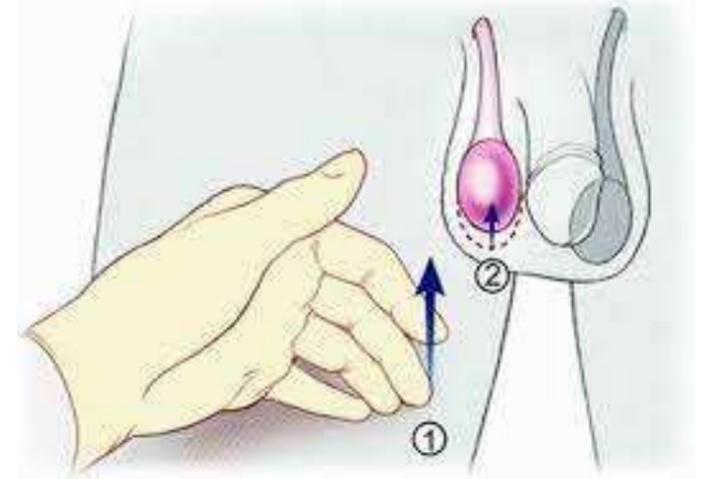
L'échographie-doppler scrotale ne doit être proposée que si elle peut être effectuée sans retarder l'intervention chirurgicale ou pour confirmer un autre diagnostic. En effet, ce dernier examen a une sensibilité comprise entre 70 et 95 % (= il peut donc méconnaître la torsion dans 5 à 30 % des cas) selon les différentes études. Toutefois, l'échographie doppler limitant le nombre de chirurgies "blanches", elle doit être réalisée si possible.

Source image : <https://www.dovepress.com>



Une forte suspicion clinique doit conduire immédiatement à la prise d'un avis chirurgical/urologique. En effet, la torsion doit être diagnostiquée rapidement devant les conséquences catastrophiques (atrophie testiculaire ou orchidectomie) provoquées par un retard ou une erreur diagnostique.

Le réflexe crémasterien : Le muscle crémasterien est le muscle qui recouvre une partie des testicules. Sa fonction est de soulever ou d'abaisser le scrotum afin de réguler la température des testicules pour favoriser la spermatogenèse. Le réflexe crémasterien est un réflexe qui est recherché par la stimulation du tiers supérieur et antéro-médial de la cuisse ①, en remontant vers l'aîne ou redescendant de celle-ci. Un réflexe normal entraîne une contraction des fibres musculaires lisses du muscle crémaster, qui mène à une élévation du testicule du côté stimulé ②.

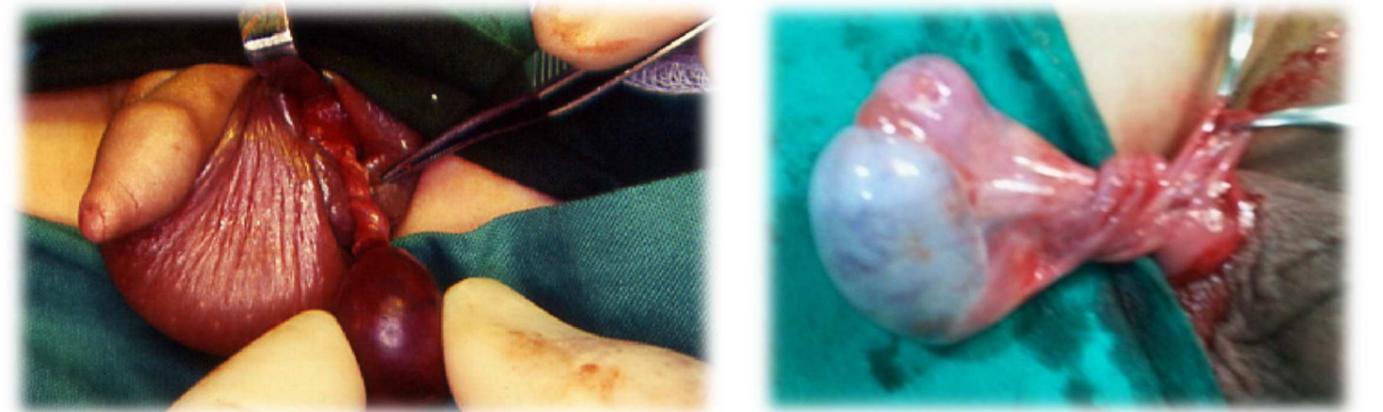


Source image : <https://healthjade.net>

La recherche de ce réflexe fait partie du rôle propre infirmier (Article R.4311-5 du Code de la santé publique, Alinéas 19)

Le traitement : Il repose sur deux techniques : la détorsion manuelle et la chirurgie. La détorsion manuelle peut être envisagée immédiatement, sans imagerie lors de l'examen initial, mais la réussite de celle-ci est variable. De manière générale, les testicules tournent vers l'intérieur : la détorsion se fera alors en tournant ce dernier vers l'extérieur (dite en "ouverture de livre"). Cette technique peut nécessiter plus d'un tour de rotation, et le soulagement de la douleur témoigne de sa réussite.

S'il y a échec de la détorsion manuelle, une intervention chirurgicale doit être envisagée immédiatement, car l'exploration dans les heures suivant le début de la torsion reste le seul espoir de sauvetage du testicule. En effet, les chances de sauvetage sont de 80 à 100% dans les 6 à 8h, puis chute rapidement pour être pratiquement nulles après 48h. Lors de l'intervention, la fixation du testicule sera bilatérale, pour éviter une torsion controlatérale. Si la détorsion manuelle est réussie, une fixation des testicules sera également réalisée dans un second temps.



Source images : <https://www.ipedsurq.org> - <https://www.sages.org>

TAKE HOME MESSAGES :

Les problématiques testiculaires sont des urgences pièges ! Attention aux diagnostics différentiels...

- Toute suspicion de torsion testiculaire est une urgence absolue
- Tout traumatisme testiculaire avant 25 ans est une torsion jusqu'à preuve du contraire
- L'échographie doppler testiculaire n'est pas nécessaire au diagnostic mais doit être pratiquée si cela ne retarde pas la prise en charge