



Université Badji Mokhtar Annaba
Faculté de Médecine
Département de Médecine
Service de Chirurgie Urologique – Transplantation CHU Annaba



CAT : GROSSE BOURSE

Présentée par:

- Dr N. LASKRI
- Pr M. NOUACER



Pr NOUACER Mourad
Maitre de conférences A
Service d'urologie CHU Annaba
Faculté de Médecine Annaba
mnouacer@hotmail.com

Dr LASKRI Nassim
Assistant de santé publique
Service d'urologie CHU Annaba
Faculté de Médecine Annaba
n.laskri@gmail.com



Service d'urologie CHU Annaba (officiel)



#urologie_annaba

Objectifs pédagogiques:



- Reconnaître une grosse bourse;
- Apprendre à **examiner** les OGE;
- Connaître **les étiologies** d'une grosse bourse;
- Ne pas passer à côté d'une **urgence. +++**



GROSSE BOURSE



PLAN DU COURS

- Qu'est ce qu'une grosse bourse
- Rappel anatomique
- Examen d'une grosse bourse
- Différentes étiologies de grosses bourses.

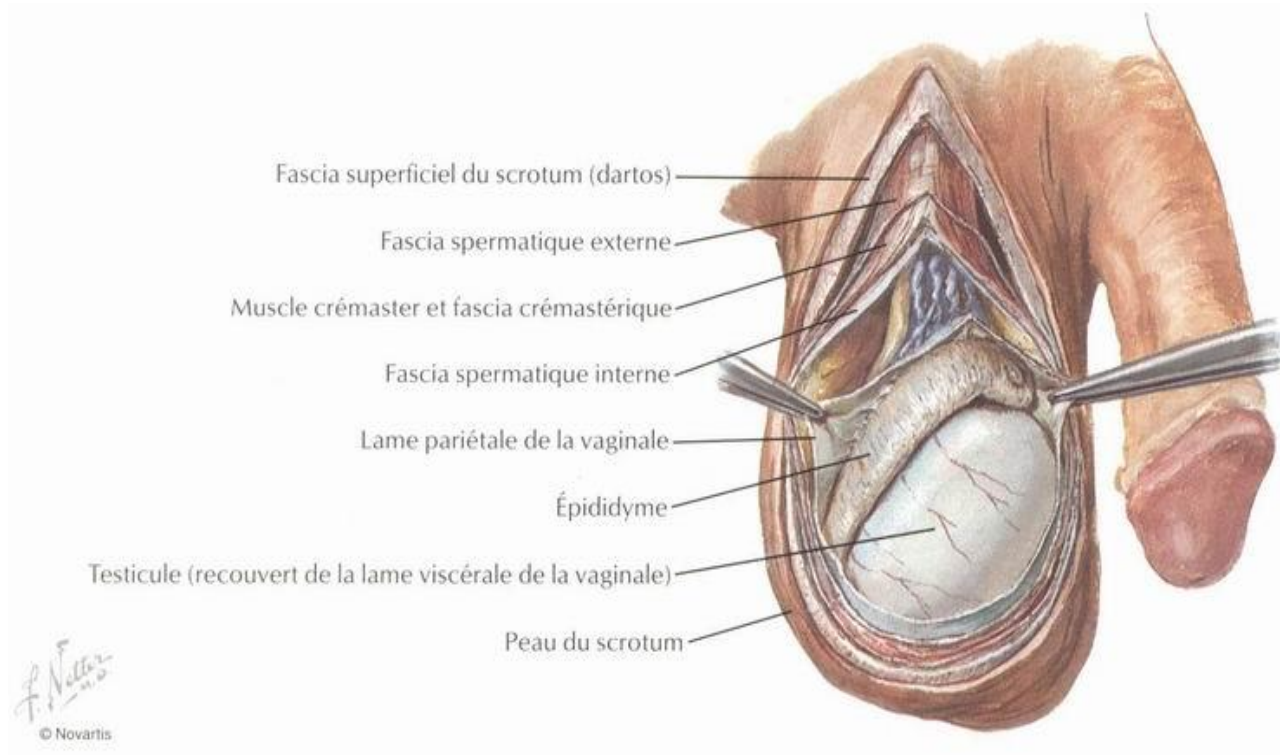


DEFINITION



- Augmentation du volume de la bourse et/ou de son contenu.
- Pouvant résulter d'affections diverses. +++
- Motif fréquent de consultation.

RAPPEL ANATOMIQUE



EXAMEN CLINIQUE



❖ Interrogatoire :

- La douleur => La grosse bourse est-elle **douloureuse ou pas**
- Le caractère â ou ch => apparition **récente** ou connue depuis longtemps ?
- Changement avec la **position** => Son volume varie-t-il dans le temps ?
- Traumatisme => Existe-t-il un **traumatisme** récent ?
- **ATCD** uro-génitaux => infections, manœuvre endo-urétrale...

❖ Examen physique

Examen du scrotum et de son contenu =>

- Bilatéral et comparatif
- Sur un malade debout puis couché
- Au repos puis lors d'un effort de toux



INSPECTION



Apprécie l'état de la peau et le volume du scrotum :

- Signes inflammatoires : la peau est rouge, lisse, tendue, œdématiée et luisante.



Apprécie l'état de la peau et le volume du scrotum :

- Signes inflammatoires : la peau est rouge, lisse, tendue, œdématiée et luisante.
- Grosse bourse tendue sans inflammation.



Apprécie l'état de la peau et le volume du scrotum :

- Signes inflammatoires : la peau est rouge, lisse, tendue, œdématiée et luisante.
- Grosse bourse tendue sans inflammation.
- Lésions de gangrène : lésions noirâtres de mortification des tissus : nécrose des tissus.



Apprécie l'état de la peau et le volume du scrotum :

- Signes inflammatoires : la peau est rouge, lisse, tendue, œdématiée et luisante.
- Grosse bourse tendue sans inflammation.
- Lésions de gangrène : lésions noirâtres de mortification des tissus : nécrose des tissus.
- Varicosités scrotales.



PALPATION

Apprécie :

- L'état de la peau scrotale (en la pinçant) :

- A l'état normal elle est souple, fine et mobile par rapport au contenu scrotal.
- Son **épaississement** et son **adhérence** sont toujours pathologiques.



- Le contenu scrotal

- Palper le testicule et l'épididyme séparés par un sillon.
- Apprécier le volume, la sensibilité, la consistance du testicule
- Rechercher une hernie => palpation du canal inguinal lors d'un effort de toux .



- Le cordon spermatique

Palpation du cordon spermatique en le faisant rouler entre les doigts

TRANSILLUMINATION

Une lampe est placée juste derrière la grosse bourse dans une pièce sombre.

- Les rayons lumineux traversent ou pas la grosse bourse.



ETIOLOGIES



ETIOLOGIES DES GROSSES BOURSES



Urologie

GROSSE BOURSE AIGUE



- Torsion du cordon spermatique
- Orchiépidydimite aigue
- Gangrène de fournier
- Traumatisme scrotal
- Hernie inguino-scrotale étranglée



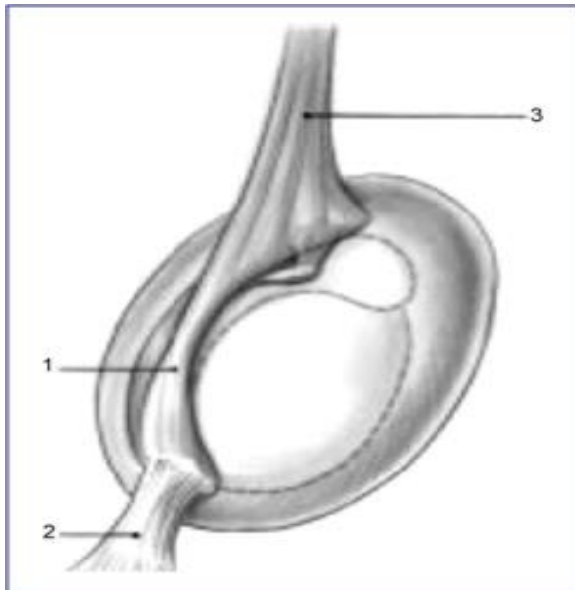
TORSION DU CORDON SPERMATIQUE

- **Strangulation du cordon spermatique** par rotation du testicule sur son axe vertical interrompant la vascularisation et entraînant une ischémie testiculaire évoluant, en l'absence de traitement, vers la nécrose.
- C'est une **véritable urgence chirurgicale**, l'une des rares où il faut opérer **très rapidement**.



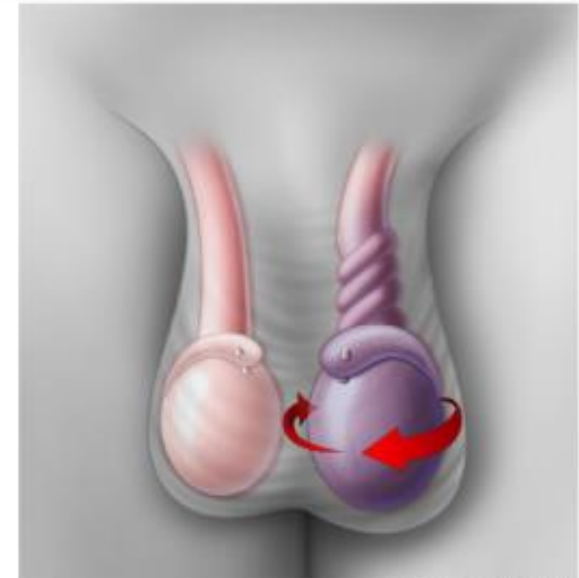
MECANISME DE LA TORSION

3 attaches empêchent le testicule de tourner sur son axe



Si les attaches sont absentes

Torsion



© 2010 The Children's Hospital of Philadelphia

Souvent chez le nouveau né, l'enfant et l'adolescent
en rapport avec une **anomalie congénitale de fixation du testicule**

TORSION DU CORDON SPERMATIQUE



Diagnostic => Clinique +++

Interrogatoire

- Douleur scrotale **unilatérale intense à début brutal,**
- **Irradiant le long du cordon** vers l'aîne, voire la fosse iliaque homolatérale,
- **Pas de fièvre ni de symptômes urinaires** associés (pollakiurie, brulures mictionnelles...).

Préciser l'horaire de survenue. (très important)

=> Rechercher un antécédent de douleur scrotale paroxystique en faveur d'épisodes de **subtorsion antérieure**.

TORSION DU CORDON SPERMATIQUE



Diagnostic => Clinique +++

Examen physique

- Testicule rétracté, horizontalisé => **signe de Gouverneur.**
- Testicule très douloureux à la palpation de même que le cordon. La douleur est non soulagée (au contraire exacerbée) par la surélévation du testicule => **signe de Prehn négatif,**
- L'examen du cordon (si possible) permet de palper une tuméfaction douloureuse correspondant aux **tours de spires.**
- Les signes inflammatoires se développent tardivement.



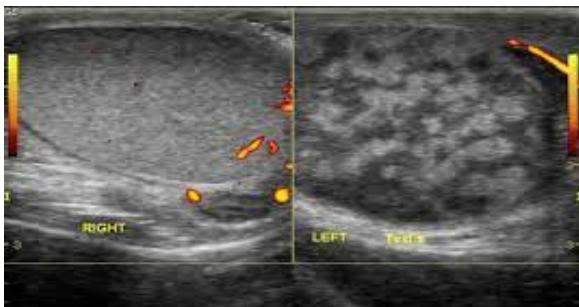
TORSION DU CORDON SPERMATIQUE



Examens complémentaires

Inutiles en phase aigue

Toute douleur scrotale unilatérale aigue survenant chez un enfant ou un adolescent est à considérer comme une torsion du cordon spermatique jusqu'à preuve du contraire, imposant ainsi une exploration chirurgicale.



- Torsion du cordon spermatique
- Nécrose testiculaire
- Orchidectomie
- Fixation à gauche

TORSION DU CORDON SPERMATIQUE

Traitement

- C'est une **urgence chirurgicale** => l'exploration s'impose

- Détorsion du cordon.
- Evaluation de la vitalité du testicule =>

Si testicule viable => se recoloré après détorsion => orchidopexie (fixation dans la bourse pour prévenir la récurrence).

Si nécrose => orchidectomie +/- prothèse testiculaire.

Exploration 1



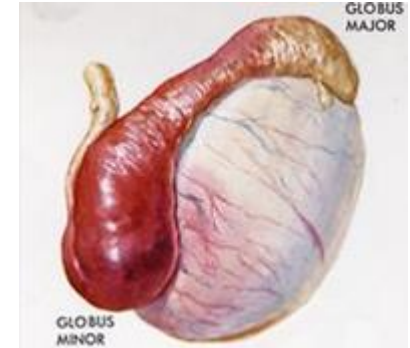
- Torsion du cordon spermatique non compliquée
- Détorsion
- Fixation testiculaire bilatérale

Exploration 2



- Torsion du cordon spermatique
- Nécrose testiculaire
- Orchidectomie
- Fixation à gauche

ORCHI-EPIDIDYMITIS



- Inflammation du testicule et de l'épididyme.
- Souvent d'origine infectieuse.
- Survenant à tout âge :

➤ Sujet âgé =>

- Pathologie du bas appareil urinaire (HBP, rétrécissement urétral...)
 - Après manœuvres endo-urétrales (sondage vésical, endoscopie...)
- => germes en cause (souvent **E coli**).

➤ Adulte jeune =>

- souvent dans le cadre de **MST** : germe en cause (**Chlamydiae trachomatis** et **Neisseria gonorrhée**).
- L'orchite ourlienne: complication la plus fréquente après contamination par le virus des oreillons.

ORCHI-EPIDIDYMITE

– Interrogatoire :

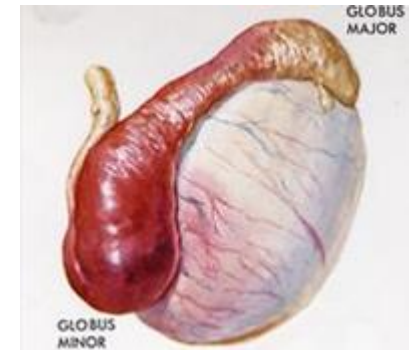
- Manœuvres endo-urétrales...
- IU répétées sur obstacle prostatique ou urétral.
- Notion de rapport non protégé => MST.
- Episode d'oreillons.

– Signes fonctionnels :

- Douleur scrotale intense, irradiant le long du CS.
- **Syndrome infectieux** (fièvre, frisson, sueurs...).
- Brulures mictionnelles, écoulement urétral...

– Examen physique :

- Scrotum inflammatoire, œdédié avec épaisissement et induration de l'épididyme et des tuniques.
- **Signe de Prehn positif +++**



ORCHI-EPIDIDYMITIS



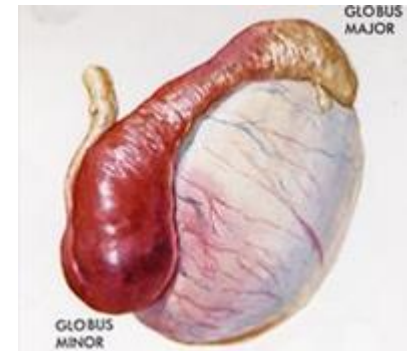
– Examens complémentaires :

➤ *Biologiques :*

- ECBU
- Hémoculture si fièvre avec frisson
- Prélèvement urétral si écoulement

➤ *Morphologiques :*

- **Echographie scrotale** : testicule augmenté de volume avec épaissement des tuniques.



ORCHI-EPIDIDYMITIS



Traitement

- Repos au lit en phase aigue
 - Antalgiques
 - Anti-inflammatoires
 - Suspensoir scrotal
 - Abstinence sexuelle quelques jours.
- + Un ECBU de contrôle est indispensable après fin du traitement antibiotique afin de vérifier la stérilité des urines.



ORCHI-EPIDIDYMITE



Traitement

- **Antibiothérapie probabiliste** après prélèvement bactériologique =>
 - **Sujet jeune** :
 - Ciblant le chlamydiae => une cycline : doxycycline « 1 cp à 100 mg 2 x / j pendant 10 jr »
 - Ciblant le gonocoque => une céphalosporine : céfixime 400 mg monodose « 2 cp de 200mg ».
 - **Sujet âgé** : chez qui on suspecte une infection par entérobactérie => Quinolones « ciprofloxacine cp 500 mg : 1 cp 2 x / j pendant 10 jours » (ou céphalosporines, aminosides...).
- Secondairement adaptée à l'antibiogramme.
- **Le traitement du, de la ou des partenaires est systématique.**

ORCHI-EPIDIDYMITE



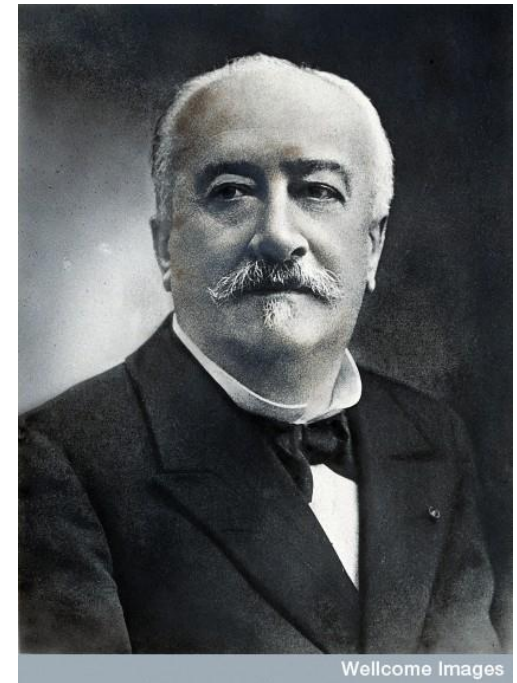
Évolution

- Bien traitée => guérison.
- Mal ou non traitée => complications :
 - Abcédation.
 - Atrophie testiculaire => infertilité.
 - Passage à la chronicité (épididymite chronique => obstruction => infertilité).

GANGRENE DE FOURNIER



- Gangrène des OGE : gangrène de Fournier : fasciite nécrosante de la région périnéo-scrotale.
- Décrite par le vénérologue Français Jean Alfred Fournier qui lui a donné son nom.
- C'est une urgence thérapeutique médico-chirurgicale.



GANGRENE DE FOURNIER



Étiologies

- Dans 80 % des cas la gangrène a une origine locorégionale :
 - **Causes digestives** => hémorroïdes, fistule anale, infection péri-anale, abcès anal, sigmoïdite...
 - **Causes urogénitales** => infection uro-génitales (épididymites, prostatites, orchites...), obstacle urétral (sténose de l'urètre, calcul), causes iatrogènes (biopsie prostatique, manœuvres endo-urétrales : endoscopie, sondage).
 - **Causes dermatologiques** => lésions cutanées infectées.

D'autres facteurs de risque généraux sont bien connus tels que le diabète, l'immunodépression (VIH).

- La cause reste indéterminée dans 20 % des cas => gangrène primitive.

Germes en cause :

- Anaérobies (bactéroïdes, clostridium)
- E coli, pseudomonas, streptocoque.

GANGRENE DE FOURNIER

Clinique

- Œdème inflammatoire scrotal.
- Plages de nécrose péno-scrotale rapidement extensive.
- Crépitations sous-cutanées.
- AEG avec fièvre, frissons réalisant un tableau assez sévère pouvant évoluer vers la septicémie et l'état de choc septique.



GANGRENE DE FOURNIER



Traitement

Médical :

- **Triple antibiothérapie à large spectre** d'action avant prélèvement bactériologique
(C3G + Aminoside + anti-anaérobies) => pendant 2 semaines minimum (selon évolution).
- Une fois établie la caractérisation des germes en causes => **Adapter selon l'antibiogramme.**

GANGRENE DE FOURNIER

Traitement

Chirurgical :

- **Débridement chirurgical** : nécrectomie + drainage des collections (Pas de fermeture car elle favorise la multiplication bactérienne),
- Soins locaux répétés aux antiseptiques.
- **Actes complémentaires** => si besoins et pour éviter la contamination => dérivation :
 - urinaire => cystostomie, sondage vésical trans-urétral.
 - digestive => colostomie.
- **Reconstruction chirurgicale à distance** => fermeture, greffe de peau, rétablissement de continuité colique...



GANGRENE DE FOURNIER



Pronostic

- Malgré les progrès réalisés dans la prise en charge de la gangrène de Fournier, le pronostic reste sombre avec un taux de mortalité entre 20 et 50 %.

TRAUMATISME TESTICULAIRE



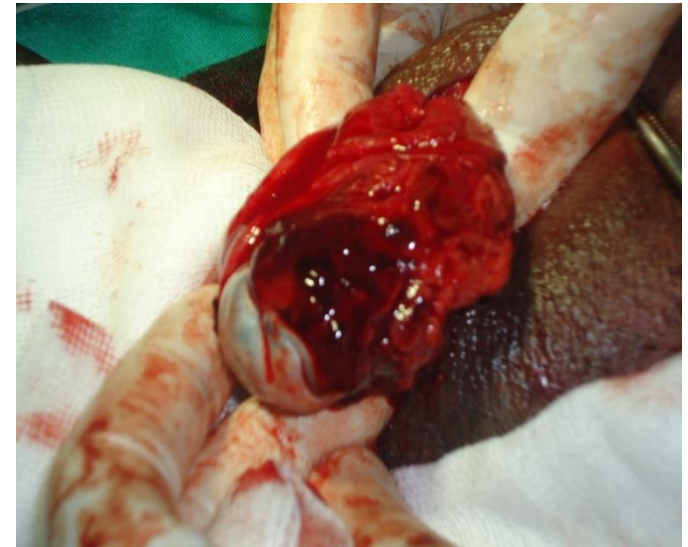
- Grosse bourse douloureuse avec ecchymoses, œdème...
- Les lésions vont de la simple ecchymose scrotale à la fracture complexe du testicule, nécessitant une orchidectomie.



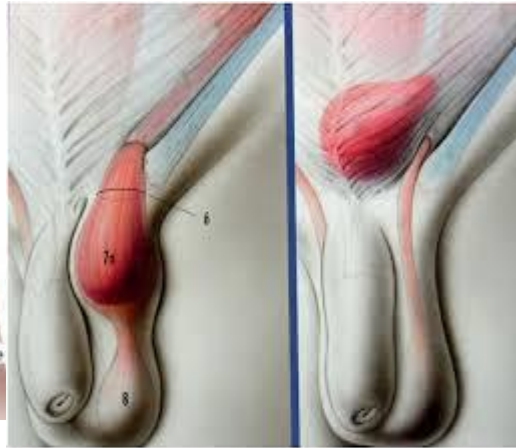
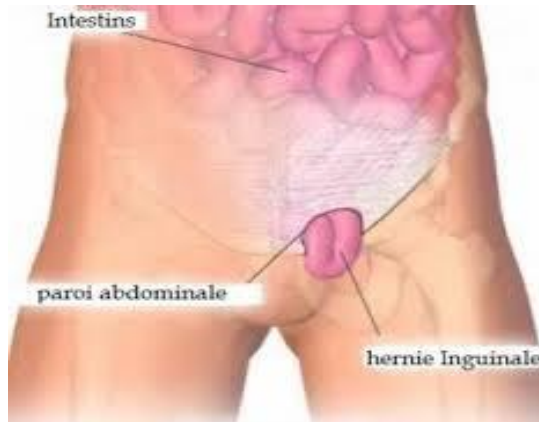
TRAUMATISME TESTICULAIRE



- Le traitement est chirurgical si :
 - Rupture de l'albuginée = fracture testiculaire => réparation sinon orchidectomie.
 - Hématocèle (= épanchement sanguin entre les 2 feuillets de la vaginale) volumineuse compressive => drainage.



HERNIE INGUINO-SCROTALE ETRANGLEE



- **Hernie étranglée :**

- Dure
- Non réductible
- Douloureuse
- Non impulsive à la toux.

- **HIS non compliquée :**

- Molle
- Réductible
- Indolore
- Impulsive (fait saillie au moment de l'effort : toux)

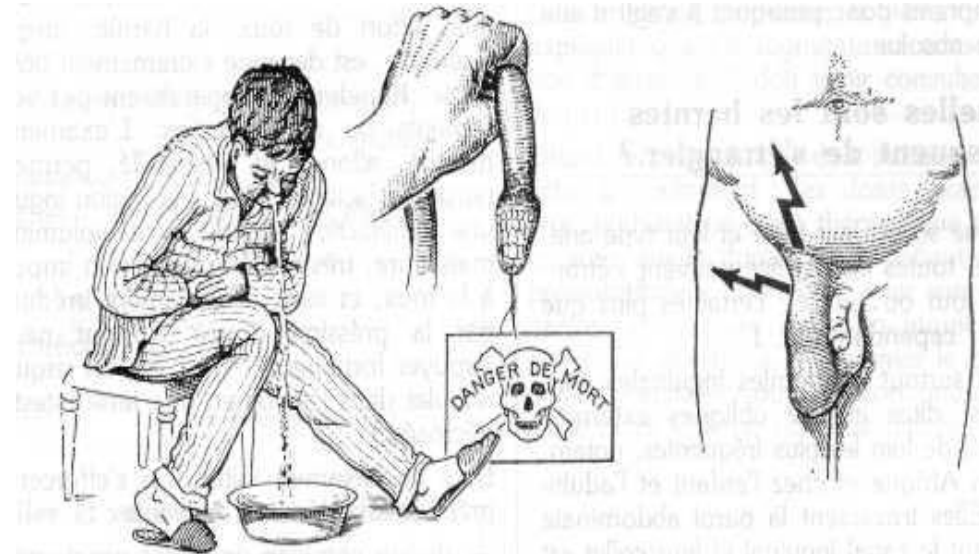


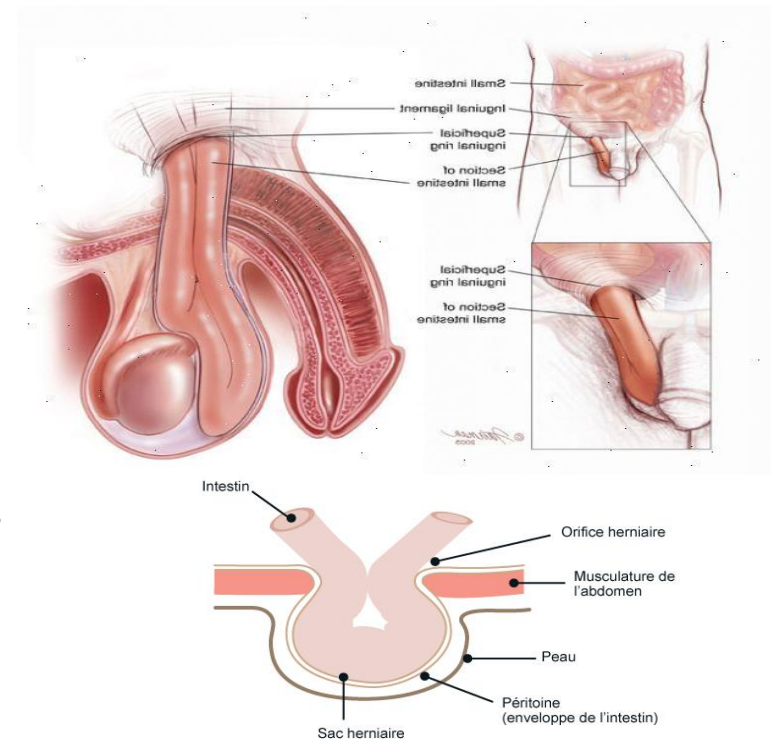
Figure 2. Hernie étranglée.

HERNIE INGUINO-SCROTALE ETRANGLEE

- Antécédent d'hernie inguino-scrotale
- Elle devient, sur un mode aigu,
 - douloureuse,
 - irréductible,
 - dure
 - et non impulsive à la toux ;

avec plus ou moins des signes digestifs (VMS, arrêt des matières, des gaz).

- ASP : NHA dans le scrotum.
- Traitement : chirurgical.



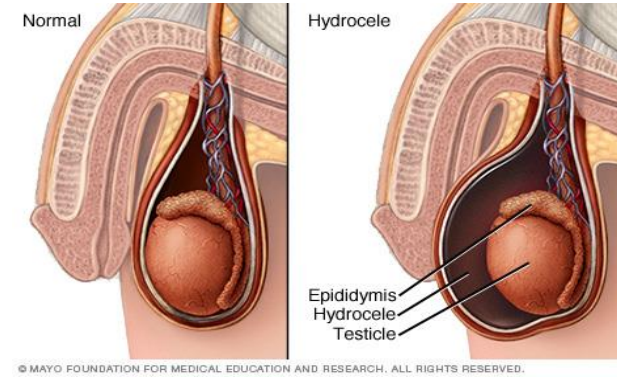
GROSSES BOURSES CHRONIQUES



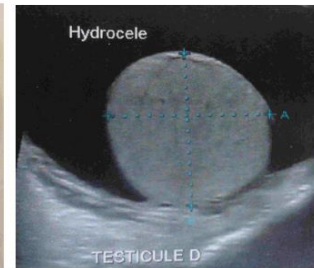
- Hydrocèle vaginale
- Varicocèle
- Kyste du cordon, de l'épididyme
- Cancer du testicule
- Hernie inguino-scrotale (non étranglée)

HYDROCELE DE LA VAGINALE

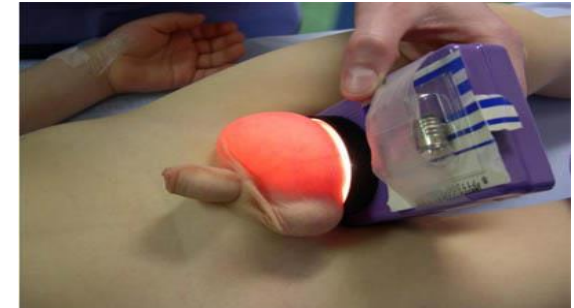
- **Collection liquidienne intra-scrotale** (dans la vaginale : entre vaginale pariétale et testiculaire). cette collection liquidienne entoure donc le testicule.
- Elle est le plus souvent **idiopathique**.
- À l'examen clinique,
 - **masse rénitente +/- tendue**
 - **transilluminable** (alors qu'une Tm ou hernie reste opaque)
 - **indolore**
 - **Sans signes inflammatoires**
 - mais **responsable d'une gêne**.
- Le traitement est chirurgical lorsqu'elle devient gênante et consiste à exciser la vaginale qui sécrète le liquide.



Hydrocèle droite

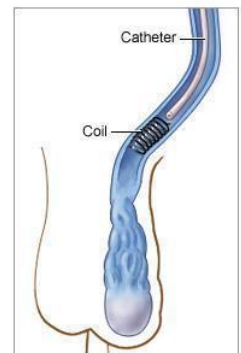
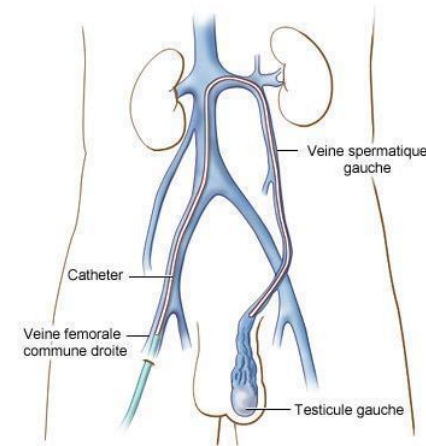


Echographie d'une hydrocèle

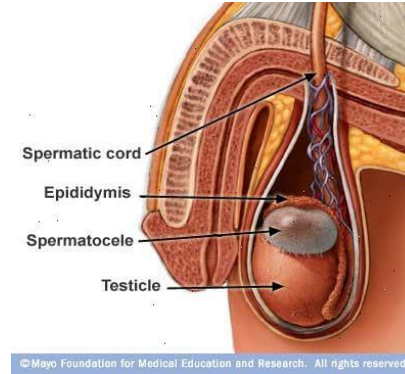


VARICOCELE

- La varicocèle correspond à une **dilatation variqueuse des veines spermaticques** qui sont alors volumineuses et tortueuses.
- Dans 90 % des cas **à gauche** en raison d'une insuffisance valvulaire à l'abouchement de la veine spermatique dans la veine rénale gauche.
- Conséquences => **anomalies de la spermatogénèse**
 - ✓ Augmentation de la température locale
 - ✓ Hypoxie relative du testicule en raison de la stase veineuse.
- Motifs de consultation : gêne esthétique, pesanteur scrotale, douleurs ou simple gêne essentiellement en fin de journée ou après un effort.
- TRT : chirurgical



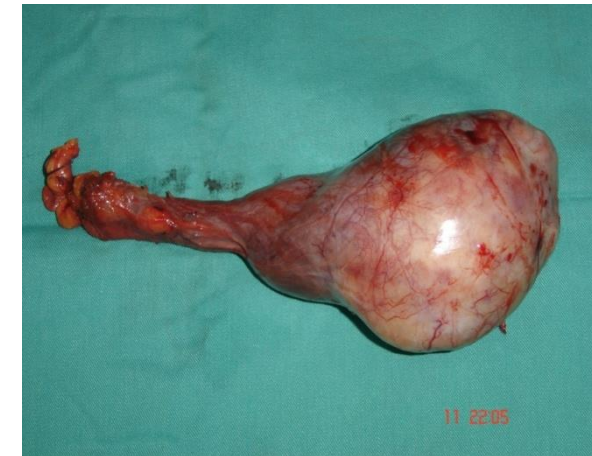
KYSTE EPIDIDYMAIRE



- Tuméfaction scrotale, sus-testiculaire bien distincte du testicule qui est normalement palpé.
- Transilluminable.
- Le plus souvent asymptomatique.
- L'échographie (non indispensable) confirme le diagnostic.
- En cas de gêne clinique et /ou de persistance, le traitement est chirurgical et consiste en son exérèse.

CANCER DU TESTICULE

- Tumeur rare (1% des tm malignes de l'homme).
- Maladie du **sujet jeune (15 – 35 ans)**.
- Dg clinique => Tuméfaction dure du testicule.
- Intérêt des **marqueurs tumoraux** (HCG, LDH, α -FP).
- Les tumeurs du testicule sont malignes dans 90% des cas.
- 95 % des cancers du testicule sont issus des cellules germinales. **Le séminome** en est la forme la plus courante.
- FDR : Le testicule non descendu (**cryptorchidie, ectopie**) est le facteur de risque principal.
- TRT : Orchidectomie par voie inguinale.
- Intérêt de la **cryoconservation de sperme**.



HERNIE INGUINALE NON ETRANGLEE

- Masse scrotale
 - ✓ variant de volume selon les moments de la journée,
 - ✓ gargouillant,
 - ✓ réductible,
 - ✓ impulsive à la toux
 - ✓ Indolore
 - ✓ et opaque lors de la transillumination.

