



Cas Clinique

Hydrocèle avec Destruction Testiculaire : à Propos d'un Cas dans le Service de Chirurgie Générale du Centre de Santé de la Commune VI du District de Bamako

Hydrocele with testicular destruction: a case report from the general surgery unit of the reference health center of Commune VI (Bamako)

M. Diallo¹, M. Konaté¹, I.K. Diakité¹, M. Keita¹, M. Maiga¹, A. Samaké¹, A. Maiga^{2, 3}, K. Keita³, O. Elansari MSAME¹, Berthé B¹, Doumbia A¹, Diakité ML⁴.

RÉSUMÉ

L'hydrocèle de l'adulte est définie comme une collection anormale de fluide séreux dans l'espace entre les feuillets pariétal et viscéral de la tunique vaginale. Elle peut être de grande abondance. Elle demeure une pathologie fréquemment retrouvée en région tropicale. Nous rapportons un cas d'hydrocèle de grande abondance avec épaissement de la vaginale et destruction du testicule. Il s'agit d'un patient âgé de 75 ans adressé par le service de diabétologie pour hypertrophie de la prostate chez qui notre examen a trouvé une grosse bourse évoluant depuis plus de 20 ans malgré le traitement traditionnel. L'inspection a montré une volumineuse bourse droite sans lésion cutanée. Nous avons évoqué une hydrocèle volumineuse droite. L'échographie scrotale a montré un épanchement de grande abondance d'aspect trouble (2000 ml), un épaissement de la tunique vaginale dont le diamètre (8 mm) et une absence de structure testiculaire. Le diagnostic d'hydrocèle unilatérale droite de grande abondance a été retenu avec pachy-vaginalite. L'intervention chirurgicale a confirmé l'absence de structure testiculaire. Elle a consisté en aspiration de 1,5 litre de liquide fortement teinté et ablation totale de la vaginale restante. Les suites opératoires ont été simples et le patient est sorti à J2.

ABSTRACT

Adult hydrocele is defined as an abnormal collection of serous fluid in the space between the parietal and visceral layers of the vaginal tunica. It may be very abundant. It commonly affects people who live in tropical regions. We report the case of a 75 year old patient, living in sahelian zone with an abundant hydrocele and thickening of vaginal coat associated with a testicular destruction. The patient was referred by the diabetology unit for prostate hypertrophic but the patient also complained of a huge scrotum evolving for more than 20 years with progressive increase in volume. Clinical examination showed voluminous left scrotum without skin lesion. Our suspected diagnosis was the voluminous hydrocele. Ultrasound of the bag showed very abundant effusion in the vaginal space (2000 ml) with thickening of tunica vaginalis (8 mm) and no testicular structure. The diagnosis of the abundant unilateral hydrocele associated with pachyvaginalitis and a testicular destruction was retained. The extraction of 1500 ml of strained fluid, and resection of the vaginal tunica was performed during surgery. No test was found. Postoperative course was favorable. The patient went home on day 2.

- 1- Centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako
- 2- Service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré
- 3- Service de chirurgie générale CHU de Kati
- 4- Service d'urologie du CHU du point G

Auteur correspondant : Dr Mamadou Diallo chef de service du service de chirurgie générale du centre de référence de la commune VI du district de Bamako-Mali. Tel : (00223) 76361702, email : drdiallom@yahoo.fr.

Adresse : centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako-Mali. BP 2933, Tel : (00223) 20202633, email : csrefc6@yahoo.fr.

Mots clés : hydrocèle, destruction testiculaire, traitement traditionnel, chirurgie.

Key words : hydrocele, testicular destruction, traditional treatment, surgery.

INTRODUCTION

Décrite depuis le 15^{ème} siècle par Amboise Paré [1,2], l'hydrocèle de l'adulte est définie comme une collection anormale de fluide séreux dans l'espace entre les feuillets pariétal et viscéral de la tunique vaginale [1,3]. C'est en général une lésion acquise par atteinte de l'intégrité de la vaginale [4]. La filariose lymphatique humaine, retrouvée dans de nombreux pays à travers le

monde, est la cause la plus répandue [4]. Malgré les stratégies de l'Organisation Mondiale de la Santé visant à éradiquer cette maladie afin d'en réduire ses séquelles [2], force est de constater de nos jours que l'hydrocèle demeure une pathologie fréquemment retrouvée dans nos consultations. Le traitement de l'hydrocèle repose sur quatre techniques : la chirurgie classique, la sclérothérapie, la chirurgie mini-invasive et l'implant de

cathéter en silicone [6,7]. Les complications sont l'hématome intra scrotal et l'infection [1, 2,3]. A la lumière d'une observation et d'une revue de la littérature, Le but de notre travail est de mettre en exergue une complication rare de l'hydrocèle qui est la destruction du tissu testiculaire après traitement traditionnel.

OBSERVATION

Nous rapportons le cas d'un patient de 75 ans polygame et père de 17 enfants, hypertendu connu de depuis six ans sous traitement, diabétique suivi depuis un mois et un antécédent de chirurgie de la cataracte depuis sept ans. Il est amené de l'intérieur du pays par ces enfants pour hypertension artérielle et troubles urinaires. C'est au courant du bilan qu'un diabète et une hypertrophie bénigne de la prostate ont été découverts. Après un mois de traitement, l'hypertension artérielle a été stabilisé, le diabète équilibré et la patient a été référé en chirurgie pour prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate. A l'examen d'entrée dans le service nous découvrons une grosse bourse dont le début remonterait à plus de 20 ans. il s'agit d'une tuméfaction indolore augmentant progressivement de volume et de plus en plus pesant qui serait dû à un mauvais sort pour lui empêcher d'avoir des enfants qui a fait l'objet de plusieurs traitement traditionnels dont des méthodes à l'eau chaude et à la chaleur. Ailleurs nous avons noté une hypo sensibilité du périnée et des membres inférieurs et une impériosité urinaire. L'échographie des bourses a révélé à droite un épanchement de grande abondance d'aspect trouble, un épaissement de la tunique vaginale dont le diamètre mesure 8mm et une absence de structure testiculaire et à gauche sans particularité. L'échographie vésico-prostatique trouve une hypertrophie de la prostate de 34g sans signes de complication. Nous avons retenu le diagnostic d'une hydrocèle droite et des troubles urinaires d'origine neurologique. Le bilan préopératoire est revenu sans particularité.

L'intervention a consisté à une scrotomie droite, avec dissection de la vaginale très épaissie, ouverture et aspiration de 1,5 litre d'un liquide fortement teinté par endroit en purée de poire laissant des traces sur la vaginale. L'exploration ne trouve aucune structure testiculaire. Nous possédons après contrôle du pédicule spermatique à une ablation totale de la vaginale. Hémostase correcte et fermeture sur un drain puis pansement légèrement compressive avec une bande simple. Après deux jour d'antibiothérapie à base de ceftriaxone 1g matin et soir, metronidazole 500mg 2 fois par jour, diclofenac 75mg 2 fois par jour et tramadol injectable 3 fois par jour, le patient est sorti à J2 avec comme traitement, amoxi-acide clavulanique, metronidazole, diclofenac et tramadol par la voie orale. Directement après la levée du bloc anesthésique le patient a repris son traitement antihypertenseur et diabétique.



Figure 1:Grosse bourse en per-opératoire



Figure 2: Pachy-vaginalite et absence de testicule en per-opératoire



Figure 3: 1500 ml de liquide fortement teinté en per-opératoire

DISCUSSION

L'hydrocèle est une cause fréquente de grosse bourse en région tropicale, où elle est habituellement une séquelle de l'infestation par les filariose lymphatiques [1]. L'hydrocèle occupe une part importante de l'activité chirurgicale en Afrique subsaharienne allant de 15 à 27,6% des actes chirurgicaux [8,9]. La pathologie se développe habituellement chez les sujets âgés, comme l'a confirmé l'étude menée dans plusieurs régions du Niger par Sanda et al [8] qui retrouve un âge moyen de 58,53% et l'étude d'Agbakwuru et al [12] au Nigeria qui rapportait un âge moyen de 62 ans. Notre patient avait 75 ans, grand polygame avec 4 femmes et une bonne fertilité avec 17 enfants, malgré tout il pensait que son hydrocèle serait dû à un mauvais sort lui empêchant d'avoir beaucoup d'enfants. D'autres auteurs [11,12,13] rapportaient que les motifs sont sexuels pour les sujets de la tranche d'âge comprise entre 30 à 60 ans et que les commentaires sociaux associés à l'hydrocèle se rapportent d'une stigmatisation et ajoutent une souffrance morale aux patients. Le motif de consultation de notre patient n'était pas la grosse bourse qu'il avait conçu et accepté comme lié à un mauvais sort depuis son âge adulte. La durée d'évolution chez notre est supérieur à 20 ans qui reflète le retard de consultation le plus souvent constaté en Afrique où le traitement traditionnelle est le premier recours, encore plus pour cette pathologie affectant les organes génitaux externes. On comprend alors que les patients au moment du diagnostic soient assez âgés. Cette tendance est confirmée par Sewa et al [3] au Togo avec une durée d'évolution moyenne de 9 ans. Les pathologies associées à l'âge de notre patient étaient l'hypertension artérielle, le diabète et l'hypertrophie bénigne de la prostate ce qui sont retrouvé dans plusieurs séries africaines [3,13]. L'échographie des bourses est l'examen de référence et a pour but surtout d'apprécier le testicule et ses annexes [3, 13,15]. Notre patient a bénéficié d'une échographie des bourses qui a trouvé un épanchement liquidien trouble, un épaississement de la tunique vaginale mesuré à 8mm et l'absence totale de structure testiculaire. Le testicule gauche est d'aspect normal.

L'OMS [9] recommande de pratiquer l'exérèse de la vaginale anormale chez les patients en laissant une marge d'un centimètre. La résection complète de la vaginale appliquée lors d'une étude à grande échelle, qui avait concerné 10 pays d'endémie filarienne en Afrique de l'ouest [14], a donné d'excellents résultats. L'hydrocéléctomie avec résection et hémostase de la tunique vaginale supprime la sécrétion de liquide [3,6]. Plusieurs études en Afrique ont démontré que la chirurgie de l'hydrocèle pouvait être réalisée sous anesthésie locale notamment dans les campagnes de prise en charge en masse de la population touchée [8, 10,14]. Notre patient a été opéré sous rachis anesthésie en raison des ses antécédents d'hypertendu, diabétique et surtout avait fait une consultation pré anesthésique pour hypertrophie bénigne de la prostate. L'intervention chirurgicale a consisté à une exérèse totale de vaginale pathologique épaissi à 8cm car à l'intérieure de la vaginale il n'avait aucune structure testiculaire. La

destruction du testicule au cours de l'hydrocèle est rare. Dans notre pratique nous avons eu un cas sur 142 hydrocèles opérées dans le service sur 10 ans ce qui a représenté 19,30% des uropathies opérées dans le service. D'autres séries n'ont pas trouvé de cas de destruction du testicule [3, 13,15]. Sewa et al au Togo [3] a cas réalisée 6 cas orchidectomies sur 119 patients opérés pour hydrocèle en 6 ans pour aspect hypotrophique et laminé du testicule. Cette étape peut être transitoire avant la destruction totale du testicule. Le volume moyen du liquide était de 528,4ml avec des extrêmes de 18ml et 2 litres et était trouble dans 12 cas sur 119[3]. Notre liquide a mesuré 1,5 litre et d'aspect très trouble et au fond en purée de poire. La chirurgie de l'hydrocèle présente très peu de complications qui sont dominé par l'hématome intra scrotal et l'infection du site opératoire qui sont en général très vite maîtrisés [3,13]. Notre patient set sortie à J2 avec une bonne cicatrisation à J15.

CONCLUSION

L'hydrocèle vaginale de l'adulte est une pathologie fréquence dans notre pays. Les patients consultent tardivement et le traitement traditionnel constitue en général le premier recours. La destruction du testicule au cours de l'hydrocèle est rare et généralement rapporté au traitement traditionnel. Le traitement reste chirurgical avec une morbidité faible.

RÉFÉRENCES

1. Cimador M, Castagnetti, De Grazia F. management of hydrocele in adolescent patients. *Nat Rev Urol.* 2010 ; 7(7) : 379-85.
2. Turgut AT, Ozden E, Unsal A, Kosar P, Coskun U. A novel parameter bu EFOV US for the quantification and the distinction of physiological amount of scrotal fluid and hydrocele : ratio of testis volume\scrotum volume. *Eur J Radiol.* 2007 ; 63(3) :414-9.
3. Sewa EV, Avakoudjo JDG, Tengue KK, Kpatch MT, Sikpa KH, Soumanou F et al. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des hydroceles vaginales au centre hospitalier regional de Dapaong(Togo). *Afr J Urol* 2016 ; 22(4) : 315-8.
4. Dreyer G, Noroes J, Addiss D. the silent burden of seveal disability associated with lymphatic filariasis. *Acta Trop.* 1997 ;63(1) :57-60.
5. Boukinda F, Nervetti G. l'hydrocèle vaginale : à propos de 55 cas opérés. *Annales d'urologie* 2003 ;37(5) :293-5.
6. Chiron P, Amadane N, Bonnet S, Laroche J, Fournier R, Savoie PH. Traitment of hydrocele by a general surgeon practicing in a rural ressource-poor setting in Africa. *Med Sante Trop.* 2014 ;24(1) : 32-8.
7. Arslan M, Kiliç M, Yılmaz K, Ozturk A. a new approach in the management of the hydrocele with a silicone catheter. *Urology* 2004 ;63(1) :170-3.
8. Sanda GO, Harissou A, Tassiou EHM. Traitement chirurgical sous anesthésie locale de l'hydrocele vaginale de l'adulte dans trois districts sanitaires du Niger : etude prospective à propos de 201 patients. *Annales de l'université Abdou Moumouni.* 2014 ;tome XVII-A : 104-112.
9. Assembly F, Santé L. elimination of lymphatic filariasis as a public health problem [internet]. Geneva, Switzerland : word health assembly ;

- 1997.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179773/1/WHO_A50_R29_eng.pdf.
10. Agbakwuru EA, Salako AA, Olajide AO, Takure AO, Eziyi AK, hydrocelectomy under local anaesthesia in a Nigerian adult population. *Afr Health Sci.* 2008 ;8(3) : 160-2.
 11. Babu BV, Mishra S, Nayak AN. Marriage, sex and hydrocele : an ethnographic study on the effect of filarial hydrocele on conjugal life and marriageability from Orissa, India. *Plos Negl Trop Dis.* 2009 ;3(4) :414.
 12. Ahorlu CK, Dunyo SK, Koram KA, Krumah FK, Aagaard-Hansen J, Simonsen PE. Lymphatic filariasis related perception and practices on coast of Ghana : implication for prevention and control. *Act Trop.* 1999 ;73(3) :251-61.
 13. Halidou M, Amadou MI, Adamou H, Habou O, Amadou M, Adamou M, Roua A, Sanda G, Amadou S. Chirurgie de l'hydrocele de l'adulte à l'hôpital national de Zinder(Niger). *Health Sci.* 2017 ;18(4) :69-72.
 14. Mante SD, Gueye SM. Capacity building for the modified filarial hydrocelectomy technique in west Africa. *Acta Trop.* 2011 ;120 suppl : S76-80.
 15. Mahamadou Mallé et al. Volumineuse hydrocèle unilatérale avec ulcération scrotale : à propos d'un cas à l'hôpital de Gao. *Pan Afr. Med. Journal.* 2018 ;30 :257.