

H.U.B

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Brochure d'information
**Testicule non descendu
= Cryptorchidie**

Service de chirurgie pédiatrique



Brochure d'information

Testicule non descendu = Cryptorchidie

Ceci est une brochure d'information et donne des informations générales. Des circonstances particulières peuvent conduire à une approche ou un traitement différent. Pour toute question, vous pouvez toujours contacter votre médecin ou un chirurgien pédiatrique.

QU'EST-CE QU'UNE CRYPTORCHIDIE?

Durant le développement normal de l'enfant, les testicules descendent de la cavité abdominale vers le scrotum par le canal inguinal pendant les semaines 25 et 30 de la croissance du fœtus. La position à l'extérieur du corps permet de maintenir la température des testicules à +/- 1 ° C en dessous de la température corporelle normale, ce qui est nécessaire pour une production de sperme adéquate. L'échec de cette descente de testicule s'appelle une «cryptorchidie», ou un «testicule non descendu»



La cryptorchidie, surtout lorsqu'elle touche les deux testicules peut être une source d'une fertilité diminuée ou d'une infertilité à l'âge adulte. Pour cette raison, il est recommandé que les testicules non descendus soient introduits dans le scrotum lorsque ce diagnostic est posé avant l'âge de 6 mois

Quelques définitions

- ▶ **Cryptorchidie congénitale** : le testicule n'a jamais été palpé dans la bourse depuis la naissance.
- ▶ **Cryptorchidie acquise** : le testicule était dans la bourse à la naissance, mais il sort de la bourse pour se localiser dans le pli de l'aîne avec la croissance.
- ▶ **Testicule ectopique** : le testicule qui n'est pas descendu dans la bourse, peut se situer en dehors du trajet de descente normale.
- ▶ **Testicule rétractile** : dû au réflexe musculaire (réflexe crémasterien), le testicule peut être ascensionné vers le haut (froid, stress, etc.), mais il peut être ramené à la main dans le scrotum. Un tel testicule doit être contrôlé tous les ans jusqu'à la puberté et ne doit être opéré que s'il évolue vers une cryptorchidie acquise.

- ▶ **Testicule hypotrophique** : testicule dont le diamètre est plus petit que la normale pour l'âge de l'enfant. Cette hypotrophie peut être due à des troubles du développement, une cryptorchidie prolongée ou une intervention chirurgicale antérieure.
- ▶ **Atrophie testiculaire** : l'enfant naît avec un seul testicule. Il s'agit le plus souvent d'une torsion testiculaire prénatale entraînant une disparition du testicule par ischémie.

EST-CE UNE PATHOLOGIE FRÉQUENTE?

La cryptorchidie est une des anomalies congénitales les plus courantes chez le garçon. 3% des garçons nouveau-nés ont un ou deux testicules non descendus. Le mécanisme exact n'est pas connu mais des facteurs génétiques ou environnementaux peuvent certainement jouer un rôle à cet égard. Dans 2/3 des cas, une descente spontanée se produit durant les 6 premiers mois de vie.

COMMENT POSER LE DIAGNOSTIC?

Les deux testicules doivent pouvoir être palpés lors de l'examen clinique. La **position** et la **morphologie** (taille, structure, dureté) sont évaluées par le médecin. Un testicule qui n'est pas descendu peut se trouver au cours de la trajectoire normale (par exemple dans le canal de l'aîne ou en haut du scrotum) ou en dehors du trajet de descente normale du testicule. Ce dernier s'appelle un **testicule ectopique**.

Dans la plupart des cas, le médecin peut palper le testicule (70%). En cas de testicule non palpable, nous observons une localisation intra-abdominale dans 55% des cas, 30% dans l'aîne ou dans la région scrotale et dans 15%, les testicules non trouvés ont disparu. Le fait de palper ou non le testicule lors de l'examen clinique déterminera l'approche chirurgicale.

Lorsque le testicule est palpé dans l'aîne, le médecin peut essayer de le faire descendre dans le scrotum avec un mouvement doux de la main. Si cela réussit et que le testicule reste sur le site, aucune intervention n'est requise. Il s'agit d'un **testicule rétractile**. Un contrôle annuel est nécessaire afin de s'assurer qu'il peut rejoindre une situation correcte. Environ 1/4 des enfants présentant un testicule rétractile vont évoluer vers une cryptorchidie acquise avec la croissance (le testicule ne devient plus abaissable dans la bourse à l'examen clinique).

Si le testicule ne peut être palpé ou abaissé dans le scrotum, une intervention est nécessaire.

FAUT-IL RÉALISER DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES?

Lorsque le médecin ne palpe pas l'un ou les deux testicules, il peut demander une **échographie**. Cet examen ne donne pas toujours des informations précises (surtout lorsque le radiologue décrit un testicule dans le ventre, où il peut facilement être confondu avec d'autres structures comme un ganglion). C'est pourquoi le médecin peut décider, afin d'avoir la certitude sur la localisation du testicule, qu'une **laparoscopie** est nécessaire. C'est aujourd'hui encore l'examen de référence.

QUELLE INTERVENTION CHIRURGICALE RÉALISER?

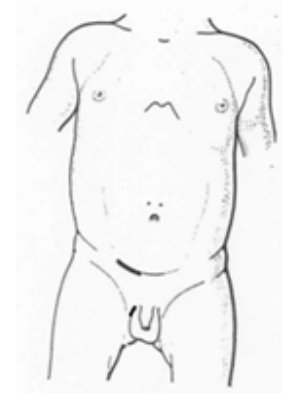
Orchidopexie:

L'**orchidopexie** est réalisée dans le cas d'un testicule palpé dans le canal inguinal ou en situation ectopique. Habituellement, une petite incision est faite dans la région de l'aîne (dans un pli cutané) en regard du testicule. Les vaisseaux sanguins et le canal déférent sont soigneusement libérés de manière à obtenir une longueur suffisante pour positionner le testicule dans le scrotum (via une incision supplémentaire dans le scrotum).

Cette intervention se fait sous anesthésie générale, en clinique de jour et dure environ une heure.

Laparoscopie:

En cas de testicule non palpé, une **laparoscopie** sera effectuée pour rechercher le testicule dans la cavité abdominale. Souvent, les vaisseaux sanguins, qui prennent naissance au niveau du rein et alimentent le testicule, sont trop courts et le testicule ne peut pas être amené jusqu'au scrotum. Dans ce cas, ces vaisseaux sanguins sont sectionnés et l'irrigation sanguine du testicule est acheminée par de petites artères (artères spermatique externe et déférentielle) qui vont se développer suite à la section des vaisseaux testiculaires principaux.



Après 6 à 12 mois, une deuxième opération est effectuée pour amener le testicule dans le scrotum (orchidopexie de Fowler-Stephens en 2 étapes). En raison de l'apport sanguin réduit, nous constatons parfois que le testicule a disparu au bout d'un an.

CONSULTATION PRÉOPÉRATOIRE

Après vous avoir donné toutes les informations et répondu à toutes vos questions, le **chirurgien** planifie l'admission et la chirurgie de votre enfant dès que possible. Il vous remet un document avec lequel vous pourrez effectuer les formalités administratives nécessaires à l'admission.

Une consultation avec l'**anesthésiste** est toujours prévue une semaine avant l'intervention. Elle vous explique ce qui se passe pendant l'anesthésie générale et locale, la préparation du médicament, les instructions relatives au jeûne, l'heure d'admission à la clinique de jour (salle 64) et répond également à toutes vos questions.

L'ADMISSION À LA CLINIQUE DE JOUR CHIRURGICALE

Votre enfant est attendu le jour de l'opération deux heures avant l'heure prévue de l'opération.

La **secrétaire** complète l'enregistrement, rassemble les documents nécessaires au dossier et vérifie si le document de consentement a été signé.

L'**infirmière** guide votre enfant vers son lit, met un bracelet d'identification (au poignet ou à la cheville), vérifie ses paramètres (fréquence cardiaque, pression artérielle, température) et enregistre le poids. Elle lui administre également un médicament pour le détendre.

AU QUARTIER OPÉRATOIRE

Avant que votre enfant ne soit emmené dans la **salle d'opération**, vous êtes reçu par une infirmière dans la salle de réveil. Elle vérifie également le dossier et pose quelques questions de sécurité qui seront répétées en présence du chirurgien et de l'anesthésiste. Le chirurgien trace une flèche du côté où l'opération aura lieu.

Si l'opération est réalisée des deux côtés, deux flèches sont tracées. Ensuite, votre enfant est conduit dans la salle d'opération où une perfusion est placée.

Une fois que votre enfant dort, des gestes complémentaires d'anesthésie locorégionale peuvent également être posés. L'intervention peut ainsi être réalisée dans de bonnes conditions. Dès que l'intervention est terminée, votre enfant est réveillé et ramené à la clinique de jour. Une infirmière l'accueille et vérifie ses paramètres.

APRÈS L'OPÉRATION

L'infirmière veille à ce que votre enfant soit installé confortablement à la clinique de jour (salle 64). Un médicament est administré pour éviter la douleur via la perfusion si nécessaire. Si votre enfant n'est pas nauséux, il peut déjà boire de l'eau et éventuellement manger des biscuits. Le chirurgien vous explique comment s'est déroulée l'intervention et vous explique une nouvelle fois ce que le suivi implique pour la maison. Après quelques heures d'observation, l'anesthésiste et le chirurgien approuvent le retour de votre enfant à la maison.

SORTIE

Les documents nécessaires à fournir pour la sortie :

- ▶ Certificats scolaires et sportifs
- ▶ Documents d'assurance
- ▶ Ordonnance pour soulager la douleur
- ▶ Le protocole opératoire est envoyé au médecin traitant après validation par le superviseur
- ▶ Rendez-vous pour un bilan de santé avec votre chirurgien après une semaine

QUELS SONT LES SOINS À DONNER À LA MAISON ?

Le jour de l'opération, nous recommandons de ne donner à votre enfant que des plats légers le soir (soupe, purée, eau, pain grillé). Le lendemain de l'opération, votre enfant décide lui-même de son activité. Certains enfants sont moins actifs que d'habitude. Pour les enfants plus âgés, nous vous recommandons de ne pas pratiquer d'activités sportives pendant trois semaines. Après quelques jours, un enfant peut retourner à l'école pour prendre des leçons.

Vous pouvez laisser le pansement fermé pendant une semaine. La plaie doit toujours rester sèche et propre. Prendre une douche est possible avec un pansement, un bain et une baignade sont déconseillés pendant une semaine. Un nouveau pansement n'est nécessaire que si le patch est libéré ou s'il y a des signes d'inflammation. Le scrotum peut présenter une décoloration bleue au cours des premiers jours et peut être enflé.

Pour les 3 à 4 premiers jours, il est recommandé de soulager la douleur plusieurs fois par jour (vous recevez un document avec les consignes de soins postopératoires).

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Votre enfant peut développer de la température au cours des 24 premières heures. Si cette fièvre persiste au-dessus de 38°C pendant 48 heures, consultez un pédiatre. Il est normal que le scrotum soit légèrement gonflé après l'opération et apparaisse bleu-rougeâtre. Il peut y avoir un peu de saignement au niveau de la plaie. Normalement, cela s'arrête spontanément.

Rarement une infection ou un abcès se produisent. N'hésitez pas à contacter le chirurgien traitant si vous êtes inquiet.

Très rarement (0.5 à 1 %), nous observons une complication grave telle que l'atrophie du testicule (due à une réduction du flux sanguin) ou une blessure du canal déférent. À long terme, le testicule peut remonter vers le haut par traction du tissu cicatriciel pendant la croissance.

SUIVI POSTOPÉRATOIRE

Après une semaine, nous reverrons votre enfant à la consultation de chirurgie pédiatrique pour un premier examen de la plaie. Les points de suture utilisés sont solubles eux-mêmes et ne doivent pas être enlevés. Ensuite, un contrôle est généralement effectué après 1 et 6 mois.

Pour toute question, vous pouvez contacter notre service de chirurgie pédiatrique.



Nous contacter

Consultations Chirurgie pédiatrique :

Rendez-vous : +32 (0)2 477 27 36

Unité d'urologie-néphrologie

Rendez-vous : +32 (0)2 477 21 52

Hôpital de jour :

+32 (0)2 477 32 60

Urgences :

+32 (0)2 477 31 00

ou +32 (0)2 477 31 01



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola
Avenue Jean-Joseph Crocq 15 – 1020 Bruxelles
T +32 (0)2 477 33 11 – **M** communication@hubruxelles.be

www.huderf.be