

## ECTOPIE TESTICULAIRE OU CRYPTORCHIDIE

Votre enfant présente une localisation anormale et inaboutie du testicule, censé migrer dans les bourses au cours du développement embryonnaire.

### RAPPELS ANATOMIQUES

Chez le petit garçon, le testicule peut ne pas avoir terminé sa migration car il a rencontré un obstacle dans l'abdomen. Il y reste et, à l'examen clinique, est indétectable à la palpation de la bourse. Dans d'autres cas, sa descente a été incomplète et il est palpable et se trouve dans la racine de la bourse ou dans une position anormale (devant le pubis), prisonnier d'adhérences plus ou moins fibreuses qui l'empêchent de descendre. L'association avec une hernie n'est pas rare.

Enfin il arrive souvent que le testicule, très mobile, voyage de façon intermittente entre la bourse et la région inguinale où il se rétracte dès la moindre sollicitation (testicule ascenseur). Ce testicule oscille en fonction des réflexes musculaires et se fixe progressivement en bonne place avec l'âge dans la majorité des cas ne nécessitant aucun geste chirurgical. Parfois dans quelques cas il se fixe finalement trop haut.

Ces anomalies congénitales responsables d'une vacuité de la bourse peuvent ultérieurement entraîner une atrophie du testicule.

### ÉPIDÉMIOLOGIE

Cette pathologie génitale est extrêmement fréquente.

Elle touche chaque année 3 à 4 % des nouveau-nés, 1 % des garçons d'un an et se rencontre chez 33 % des prématurés. Chez ceux-ci, le problème peut se résoudre spontanément dans les six premiers mois. Dans 20 % des cas, elle touche les deux testicules.

L'origine de ce défaut de migration du testicule depuis l'abdomen jusqu'aux bourses reste inconnue. L'ectopie testiculaire peut revêtir trois formes distinctes : un testicule inguinal palpable bien qu'il ne soit en position correcte, un testicule oscillant qui n'est en place que de façon intermittente dans la bourse et un testicule intra-abdominal non palpable (20 % des cas) ou plus rarement inexistant car, atrophié avant la naissance.

### LE DIAGNOSTIC

Il s'effectue lors de la palpation des bourses à la naissance ou au cours des premiers examens cliniques. Trois situations peuvent se rencontrer :

- testicule palpé en inguinal au-dessus de la bourse, mais fixé et impossible à descendre
- testicule palpé, mais très mobile et ne restant dans la bourse que par intermittence, lorsque l'enfant est au repos ou dans le bain. La palpation de la bourse se fait mieux chez un enfant dans la position du tailleur (assis les jambes croisées)
- testicule jamais palpé, il est soit intra-abdominal, soit atrophique

Si aucun testicule n'est palpé des deux côtés, un bilan endocrinien est indispensable.

L'échographie permettra parfois de retrouver un testicule en position inguinale.

Si cela n'est pas le cas, seule l'opération chirurgicale, le plus souvent effectuée par cœlioscopie, permettra de vérifier la présence d'un testicule et de l'abaisser dans des conditions parfois difficiles et comportant des risques d'atrophie ultérieure.

## **ÉVOLUTION**

Elle peut être spontanée, le testicule finissant par descendre spontanément vers l'âge de trois mois dans la moitié des cas et généralement avant un an chez deux nourrissons sur trois.

Après l'âge d'un an, les chances de descente spontanée sont faibles et nécessitent un traitement à entreprendre tôt afin de protéger la future production de spermatozoïdes (spermatogenèse).

## **TRAITEMENT**

Une stimulation hormonale (injections de gonadotrophines), supposée faciliter la descente du testicule ne fait qu'accélérer une descente programmée naturellement mais est inefficace devant une migration anormale. Elles ne sont donc plus utilisées.

Les testicules oscillants encore appelés « ascenseurs » qui se promènent entre la bourse et le canal inguinal sans être associés à une brièveté du cordon spermatique, relèvent d'une surveillance annuelle. 30 % d'entre eux ne se corrigent pas spontanément et relèveront d'une fixation chirurgicale (orchidopexie).

Un testicule palpable, mais fixé au-dessus de la bourse justifie une intervention si possible avant l'âge de deux ans.

Elle consiste à libérer le testicule de ses attaches, à le descendre dans la bourse et à l'y fixer.

Les formes simples ne s'accompagnent pas de pose de drain et l'hospitalisation ne dépasse pas un ou deux jours. Cet abaissement favorise un fonctionnement optimal et s'avère satisfaisant d'un point de vue esthétique.

Un testicule jamais palpé justifie une exploration chirurgicale, au mieux avant l'âge de 2 ans.

Elle comporte une cœlioscopie permettant de repérer le testicule dans l'abdomen et de l'abaisser jusque dans la bourse. Parfois la hauteur est telle que deux interventions successives (à 6 ou 12 mois d'intervalle) sont nécessaires pour préserver la vascularisation.

Dans ces formes, le risque d'atrophie ultérieure est important.

Parfois à l'intervention, on découvre seulement un résidu de testicule, atrophié avant la naissance et il sera enlevé. Il sera ultérieurement remplacé par une prothèse testiculaire au moment de la puberté.

L'abaissement d'un testicule ectopique est toujours nécessaire pour permettre une surveillance ultérieure du testicule. En effet les testicules ayant eu une anomalie de migration ont un risque de développer une tumeur testiculaire plus important que la population normale. Ce risque reste faible (6/100.000 dans la population normale, 40/100000 chez les enfants porteurs d'une anomalie de migration).

## **SUITES HABITUELLES ET COMPLICATIONS**

Dans les formes courantes, cette intervention est réputée peu douloureuse. Les suites sont favorables sans adjonction de traitement moyennant quelques soins, bains et pansements qui vous seront détaillés par les infirmières. Les infections sont rares. Un hématome sans gravité peut survenir autour de la zone opérée (induration transitoire de la bourse).

Il faut éviter les bains de piscine et le vélo pendant une quinzaine de jours.

On sait que la croissance du testicule se produit surtout à la puberté. Dans 1 à 2 % des cas, une atrophie secondaire du testicule peut survenir dans un délai de 6 mois à un an.

La malformation peut altérer le tissu fertile du testicule.

On peut craindre à distance un risque ultérieur de stérilité, évalué à 30 à 40 % dans les formes unilatérales et à 80 % si la malposition concerne les deux testicules et a justifié une intervention bilatérale.

## **RECOMMANDATIONS**

Les familles sont averties du risque d'atrophie du testicule et de ses retentissements sur la stérilité.

On recommande de traiter la cryptorchidie avant l'âge de deux ans pour limiter ces risques qui ne peuvent être évalués qu'à l'âge adulte en pratiquant un spermogramme.

Il est d'usage d'enlever un testicule de mauvaise qualité et de proposer, dans ce cas, une prothèse testiculaire à visée esthétique et généralement bien supportée.

***Mots clés :** cryptorchidie, ectopie testiculaire, orchidopexie*

***Date de publication :** 08/03/2011*