Approche pratique à l'évaluation des testicules chez les nourrissons et les enfants

Elke E. Mau MD FRCSC Michael P. Leonard MD FRCSC

Résumé

Objectif Établir les différences entre les testicules normaux, ascenseurs, ectopiques, intra-abdominaux et non descendus, et décrire l'examen testiculaire optimal pouvant les distinguer, démontrer que l'échographie n'est pas nécessaire, et préciser quand il convient de recommander le cas à un spécialiste.

Sources de l'information Le présent article s'appuie sur certaines constatations tirées d'une recherche sur MEDLINE sur les testicules non descendus et les recommandations pour orchidopexie, et sur notre expérience à la Clinique d'urologie du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario à Ottawa, y compris un examen des recommandations à notre clinique pour testicules non descendus et les constatations de variantes normales par rapport aux cas chirurgicaux qui en résultent. Les titres MeSH anglais utilisés dans notre recherche sur MEDLINE étaient *undescended testicle, retractile testicle, ectopic testicle, ascended testicle, referral and consultation* et *orchiopexy.*

Message principal Un *testicule non descendu* désigne l'absence réelle d'un testicule (ou des 2) de sa position normale dans le scrotum. Les testicules ectopiques et intra-abdominaux sont aussi absents du scrotum, mais les testicules intra-abdominaux y ont été présents à un certain moment du développement. Il importe de distinguer les différentes observations à l'examen testiculaire, puisque les testicules descendus et ascenseurs, ou rétractiles, sont pris en charge de manière conservatrice, tandis qu'une intervention chirurgicale rapide est indiquée dans les cas de testicules intra-abdominaux, ectopiques et non descendus. L'incertitude liée au diagnostic de testicule non descendu cause de l'anxiété, pourrait entraîner des examens d'imagerie non justifiés et allonger les listes d'attente pour une consultation auprès d'un spécialiste. C'est pourquoi la récente campagne Choisir avec soin conseillait d'éviter l'échographie dans l'évaluation des testicules non descendus. Nous tentons ici de faire la lumière sur les observations à l'examen physique durant l'évaluation des testicules possiblement non descendus, sur les paramètres suggérés pour recommander le cas et sur la prise en charge subséquente.

Conclusion Les testicules non descendus et leurs variantes sont courants. Puisque la décision de recommander les patients repose sur l'examen physique fait par un médecin de première ligne, nous expliquons comment faire la différence entre les observations normales et anormales à l'examen testiculaire pour aider à recommander les cas de façon appropriée aux fins d'évaluation par un spécialiste. Si elle est nécessaire, la consultation doit avoir lieu à l'âge gestationnel corrigé de 6 mois, ou dès le dépistage si l'enfant est âgé de plus de 6 mois, sans le retard que causerait l'échographie, puisque la prise en charge chirurgicale est recommandée chez les patients dont les testicules sont non descendus, ectopiques ou intra-abdominaux.

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- Les testicules non descendus et leurs variantes sont courants. Les indications pour une consultation en urologie sont : tout testicule impalpable ou non descendu après un âge gestationnel corrigé de 6 mois; toute ectopie testiculaire; et tout testicule intra-abdominal.

- L'échographie n'est pas recommandée avant la consultation, puisque qu'un examen physique détermine les testicules non descendus et que l'imagerie s'est avérée un piètre indicateur de la position réelle des testicules.

- À la clinique des auteurs, environ la moitié des patients recommandés avaient des testicules en position normale ou rétractile et auraient pu être pris en charge par observation continue lors des visites en puériculture. En outre, 32 % avaient subi une échographie et dans 61 % des cas, les résultats de l'échographie n'étaient pas corrélés avec les observations de l'urologue. L'amélioration de la prise en charge de ces patients préviendrait une anxiété considérable chez les parents, réduirait les coûts liés à l'imagerie inutile, réduirait les listes d'attente et favoriserait la correction chirurgicale rapide, le cas échéant.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur **www.cfp.ca** et cliquez sur le lien Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2017;63:442-5

This article is also in English on **page 432.**

Les médecins de famille sont à la première ligne des soins de santé et ce sont eux qui découvriront probablement les cas de testicules non descendus. Faire la différence entre les observations normales et anormales à l'examen testiculaire facilite les recommandations appropriées, ce qui permet d'intervenir rapidement, au besoin. Notre établissement a récemment entrepris un examen des données sur les recommandations pour testicules non descendus reçues entre 2008 et 2012. Nous avons identifié 894 patients admissibles. Dans 77% des cas, l'urologue a pu palper le testicule : 51% des testicules étaient en position normale ou ascenseurs et 26% étaient non descendus, mais palpables[1]. Ces observations montrent bien l'incertitude qui règne actuellement au sujet de la prise en charge des testicules non descendus, et nous entendons faire la lumière à cet égard.

L'amélioration de la prise en charge de ces patients préviendrait une anxiété considérable chez les parents, réduirait les coûts liés à l'imagerie inutile, réduirait les listes d'attente pour une recommandation en surspécialité et favoriserait la correction chirurgicale rapide des cas de testicules non descendus, le cas échéant, à l'âge optimal recommandé de 6 à 12 mois.

Description de cas

Les parents d'un garçon de 2 ans arrivent à votre clinique. Ils s'inquiètent parce que récemment, le testicule droit du bambin a disparu du « sac ». Durant l'anamnèse, vous apprenez qu'ils voient occasionnellement le testicule dans le scrotum durant un bain chaud. Les parents disent que personne n'a mentionné une anomalie génitale à la naissance. Le patient est autrement en bonne santé.

Sources de l'information

Le présent article s'appuie sur certains résultats d'une recherche sur MEDLINE de publications sur les testicules non descendus et les recommandations pour orchidopexie, et sur notre expérience à la Clinique d'urologie du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario à Ottawa, y compris un examen des recommandations reçues par notre clinique pour testicules non descendus et les constatations de variantes normales par rapport aux cas chirurgicaux qui en résultent. Les titres MeSH anglais utilisés dans notre recherche sur MEDLINE étaient *undescended testicle, retractile testicle, ectopic testicle, ascended testicle, referral and consultation* et *orchiopexy*. Les publications sur ce sujet consistent en données probantes de niveau II (études de cohorte) et de niveau III (revues rétrospectives).

Message principal

Évolution naturelle de la descente testiculaire. Le testicule non descendu fait partie des anomalies congénitales les plus courantes; il survient en effet chez 1 à 4% des nouveau-nés à terme, et chez 1 à 45% des prématurés[2]. C'est un élément de nombreux syndromes congénitaux, quoique la plupart des cas soient isolés. La pathogenèse de la cryptorchidie isolée compte fort probablement plusieurs facettes, faisant intervenir des facteurs de risque génétiques et environnementaux. La migration testiculaire débute dès la 5e semaine de gestation, alors que la migration transabdominale est terminée à la 10e semaine de gestation et que la migration inguino-scrotale se termine entre la 20e et la 28e semaine de gestation[3].

Classification

Position scrotale normale : En position normale, les testicules sont situés au centre ou sous le centre du scrotum sans tension palpable du cordon spermatique.

Testicule ascenseur : Un testicule ascenseur ou rétractile se trouve dans la partie supérieure du scrotum ou dans le canal inguinal inférieur, mais peut aussi se trouver dans le scrotum sans tension du cordon spermatique; il demeure brièvement en place, mais se déplace de manière intermittente dans l'aine.

Testicule non descendu palpable : Désigne un testicule (ou les 2) qui n'est pas en position normale dans le scrotum à l'examen; le testicule est clairement identifiable et peut être descendu dans la partie supérieure du scrotum, mais avec tension persistante du cordon, ou rétraction immédiate lorsque le cordon est relâché.

Testicule non descendu acquis (aussi appelé testicule intra-abdominal*) :* Dans ce cas, un testicule déjà consigné au dossier comme étant en position normale est palpable, mais est non descendu.

Testicule ectopique non descendu : Un testicule ectopique est palpable, mais n'est pas situé dans l'axe de migration normal. Ces testicules se trouvent toujours en position distale par rapport à l'anneau externe du canal inguinal. Ils sont le plus souvent dans la poche inguinale superficielle (antéro-latérale à l'anneau externe du canal inguinal); plus rarement en position prépubienne (dorsale au pénis), fémorale, périnéale ou dans le scrotum controlatéral.

Testicule non descendu et impalpable : Désigne un testicule (ou les 2) qui n'est pas en position scrotale normale à l'examen, et qu'il est impossible d'identifier clairement dans aucune position.

Diagnostic. L'examen génital chez les garçons peut être difficile à enseigner et à maîtriser. Beaucoup d'études ont démontré que cet examen rend les praticiens mal à l'aise[4]. Ainsi, on peut s'attendre à ce que cette méconnaissance, jumelée à l'anxiété naturelle de l'enfant durant un examen de cette nature, vienne compliquer la détermination de la position des testicules.

La position idéale du patient pour déterminer la position des testicules est couchée sur le dos les jambes en

grenouille (**Figure 1**). L'abduction des cuisses contribue à freiner le réflexe crémastérien et à éviter l'élévation des testicules après un contact accidentel avec l'intérieur de la cuisse durant l'examen du scrotum. Il est utile de distraire et de relaxer le patient, et l'aisance du clinicien et du patient y contribue. La salle d'examen doit être chauffée et il faut enlever complètement le pantalon et les culottes de l'enfant.

L'observation minutieuse doit commencer avant l'examen. D'abord, avec sa main non dominante, l'examinateur tire la peau de la région sus-pubienne vers le haut. Souvent après cette manœuvre, les testicules seront déjà visibles dans le scrotum. Dans la négative, l'examinateur peut alors utiliser sa main non dominante pour délicatement appliquer une pression du haut vers le bas pour encourager la descente du testicule, alors que la main dominante attend de recevoir ou d'attraper le testicule dans sa position la plus basse possible. Occasionnellement, on peut sentir un testicule « tomber » sous les doigts de la main non dominante juste au-dessus du ligament inguinal, ce qui indique que le testicule est près de l'anneau du canal inguinal (c.-à-d. testicule non descendu palpable). Il serait utile de répéter l'examen.

Les notes relatives à l'examen doivent inclure la palpabilité, la position, la mobilité et la taille du testicule de même que toute autre observation telle que la hernie ou l'hydrocèle. Les indications pour une recommandation aux fins de consultation figurent dans **l'Encadré 1**.

Figure 1. Démonstration de la bonne position pour faciliter l'examen des testicules : *Les jambes du patient sont en grenouille et une légère traction vers le haut est appliquée sur la région sus-pubienne.*

Encadré 1. Indications pour recommander le cas pour une consultation

Les indications pour consultation en urologie au sujet d'un testicule non descendu sont les suivantes :

- tout testicule impalpable;
- un testicule non descendu après l'âge gestationnel corrigé de 6 mois;
- une position ectopique du testicule;
- un testicule intra-abdominal.

Prise en charge des testicules, en fonction de leur position

Position scrotale normale : Les testicules en position scrotale normale ne nécessitent rien de plus qu'un examen annuel durant l'enfance, dans le cadre des visites de puériculture; cependant, il importe que ces examens se poursuivent durant l'enfance, car certaines données indiquent qu'entre 1 et 3% des testicules peuvent remonter après un examen normal chez le nouveau-né ou après une descente spontanée[2].

Testicule ascenseur : Les testicules classifiés comme *ascenseurs* exigent un examen répété à intervalles réguliers. Les testicules qui sont très rétractiles peuvent être difficiles à différencier des testicules non descendus. Les testicules qui migrent rarement spontanément dans le scrotum ou qui ne restent pas en position après une manipulation doivent être surveillés de près[5,6]. Les testicules ascenseurs doivent être surveillés jusqu'à la puberté, puisqu'il arrive, bien que rarement, que les testicules remontent ou se coincent dans le canal inguinal, ce qui entraîne la cryptorchidie acquise (aussi appelée testicule intra-abdominal). Cela est parfois causé par la croissance inadéquate du vaisseau spermatique, la retenue par le processus vaginalis ou un afflux postnatal inadéquat de testostérone pour stabiliser les testicules[7].

Les testicules qui sont réellement ascenseurs seraient une variante de la position normale des testicules et ne nécessitent pas de traitement chirurgical ni d'évaluation par un spécialiste. En cas de doute cependant, un spécialiste plus expérimenté peut confirmer la pertinence de poursuivre l'observation ou de procéder à une intervention chirurgicale. À la puberté, on peut s'attendre à ce que les testicules demeurent dans une position scrotale dépendante.

Testicule non descendu (palpable et impalpable) : Les testicules non descendus (palpables et impalpables) nécessitent une recommandation rapide en surspécialité dès l'âge gestationnel corrigé de 6 mois ou dès le dépistage si l'enfant a plus de 6 mois. Il est peu probable que le testicule descende spontanément après l'âge de 6 mois, il faut donc recommander le patient dans les plus brefs délais. La campagne Choisir avec

soin préconise ce calendrier, puisqu'il permet de corriger la situation en chirurgie dans l'intervalle d'âge de 6 à 12 mois, ce qui peut optimiser la spermatogenèse[8].

L'échographie est déconseillée avant la recommandation, puisque les testicules non descendus sont déterminés à l'examen physique, et l'imagerie s'est irréfutablement avérée un piètre indicateur de la position réelle des testicules[9]. En raison du grand nombre de recommandations pour testicules non descendus qui incluent une échographie inguino-scrotale complète, la campagne Choisir avec soin, dans le cadre de son mandat éducatif, conseille aux fournisseurs de soins de première ligne de ne pas demander une échographie avant la recommandation pour un testicule non descendu[8].

Les données d'échographie ont été incluses dans la revue de nos données sur les recommandations pour testicules non descendus reçues entre 2008 et 2012. Sur les 894 patients admissibles ayant été identifiés, 32% avaient eu une échographie inguino-scrotale. Dans 61% des cas, les résultats de l'échographie n'étaient pas corrélés avec les observations de l'urologue. Ainsi, la revue de nos recommandations a montré que l'échographie était inutile, voire trompeuse dans la plupart des cas.

Après l'examen urologique, le testicule non descendu est jugé palpable ou impalpable, et cela oriente l'intervention chirurgicale, puisque l'approche inguinale est utilisée dans les cas de testicule non descendu palpable, et l'exploration en laparoscopie est nécessaire pour les cas de testicule non descendu impalpable.

Résolution du cas

Vous examinez le garçon de 2 ans en position couchée les jambes en grenouille. Vous tirez d'abord le scrotum vers le haut, mais le testicule est invisible. Ensuite, d'un mouvement descendant dans l'aine, vous palpez avec votre main non dominante et vous pouvez alors détecter le testicule droit à la base du canal inguinal et réussissez facilement à le faire tomber en position, au milieu du scrotum. Vous terminez l'examen, puis revérifiez le testicule droit. Il est toujours au bon endroit, vous concluez donc qu'il s'agit d'un testicule ascenseur et prévoyez réexaminer les parties génitales de l'enfant à sa prochaine visite en puériculture. Si le testicule ne peut être descendu lors des examens de suivi, ou si le diagnostic de testicule ascenseur devient incertain, une consultation en urologie est alors justifiée sans échographie.

Conclusion

Les testicules non descendus et leurs variantes sont courants. Le diagnostic et la décision de recommander le patient reposent sur l'examen physique. La prise en charge chirurgicale est recommandée chez les patients dont les testicules sont non descendus, ectopiques ou intra-abdominaux. Il faut obtenir une consultation directement à l'âge gestationnel corrigé de 6 mois, ou dès le dépistage si l'enfant a plus de 6 mois, sans échographie.

La **Dre Mau** est professeure clinique adjointe en urologie pédiatrique à l'Hôpital Royal University à Saskatoon, en Saskatchewan. Le **Dr Leonard** est professeur de chirurgie en urologie pédiatrique au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario à Ottawa.

Collaborateurs
Les 2 auteurs ont contribué à la revue et à l'interprétation de la littérature ainsi qu'à la préparation du manuscrit aux fins de soumission.

Intérêts concurrents
Aucun déclaré

Correspondance
Dre Elke E. Mau; courriel **elke.mau@usask.ca**

Références

1. Wayne C, Keays M, Guerra L, Leonard M. Ultrasound prior to urology referral for suspected cryptorchidism: a wasteful practice. Article présenté au 71e Congrès annuel de l'Association des urologues du Canada; du 25 au 28 juin 2016; Vancouver, BC.
2. Sijstermans K, Hack WW, Meijer RW, van der Voort-Doedens LM. The frequency of undescended testis from birth to adulthood: a review. *Int J Androl* 2008;31(1):1-11. Publ. en ligne du 3 mai 2007.
3. Hutson JM, Li R, Southwell BR, Newgreen D, Cousinery M. Regulation of testicular descent. *Pediatr Surg Int* 2015;31(4):317-25. Publ. en ligne du 18 févr. 2015.
4. Dabson AM, Magin PJ, Heading G, Pond D. Medical students' experiences learning intimate physical examination skills: a qualitative study. *BMC Med Educ* 2014;14:39.
5. Agarwal PK, Diaz M, Elder JS. Retractile testis—is it really a normal variant? *J Urol* 2006;175(4):1496-9.
6. Keys C, Heloury Y. Retractile testes: a review of the current literature. *J Pediatr Urol* 2012;8(1):2-6. Publ. en ligne du 16 avr. 2011.
7. Snodgrass W, Bush N, Holzer M, Zhang S. Current referral patterns and means to improve accuracy in diagnosis of undescended testis. *Pediatrics* 2011;127(2):e382-8. Publ. en ligne du 24 janv. 2011.
8. Association des urologues du Canada. *Urologie. Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger*. Toronto, ON : Choisir avec soin; 2014. Accessible à : **http://www.choisiravecsoin.org/recommendations/lassociation-des-urologues-du-canada-2/.** Réf. du 17 févr. 2016.
9. Kanaroglou N, Zhu J, Braga LH, Wehbi E, Hajiha M, Bagli D, et coll. Inappropriate use of ultrasound in management of pediatric cryptorchidism. *Pediatrics* 2015;136(3):479-86. Publ. en ligne du 10 août 2015.