

Polyorchidie : à propos d'une nouvelle observation au Sénégal

Polyorchidism: about a new observation to Senegal

A. Sarr*, B. Fall, Y. Sow, A. Thiam, C.Z. Ondo, B. Sine, B. Diao, P.A. Fall,
A.K. Ndoye, M. Ba, B.A. Diagne

Service d'Urologie Andrologie, CHU Aristide Le Dantec, Dakar , Sénégal

Résumé

La polyorchidie est une malformation rare avec une centaine de cas rapportés dans la littérature. Nous décrivons un nouveau cas au Sénégal, chez un adulte de 25 ans qui présentait une cryptorchidie gauche. L'option d'une chirurgie conservatrice a été prise. A travers ce cas et une revue de la littérature, nous allons discuter des aspects épidémiologiques, anatomocliniques et thérapeutiques de cette pathologie.

Mots-clés: testicule, surnuméraire, cryptorchidie, Sénégal

Abstract

The polyorchidism is a rare malformation with a hundred cases reported in the literature. We describe a new case in Senegal, an adult of 25 years who presented with left cryptorchidism. The option of conservative surgery was taken.

Through this case and literature review, we will discuss the epidemiological, clinicopathological and therapeutic aspects of this disease.

Keywords: testicular, supernumerary, cryptorchidism, Senegal

Introduction

La polyorchidie est une malformation urogénitale rare qui se définit par la présence de plus de deux testicules confirmés par l'histologie. Le premier cas avéré a été rapporté par Ashfeld en 1880 à partir de données autopsiques [1]. La triorchidie est la présentation clinique la plus fréquente. Le pronostic est grevé par un risque de torsion, de dégénérescence cancéreuse et d'infertilité [2]. En adoptant la classification anatomique de Leung [3] (Tableau I), nous rapportons un nouveau cas chez un adulte de 25 ans qui présentait une cryptorchidie gauche.

Observation

Un homme de 25 ans, sans antécédent pathologique particulier était venu consulter pour une vacuité de la bourse gauche évoluant depuis la naissance. A l'examen physique, il existait une masse inguinale gauche mobile, indolore, à surface régulière. Le testicule droit était au fond de sa bourse, de taille et de consistance normale. Le diagnostic de cryptorchidie gauche a été retenu. Aucun examen d'imagerie n'a été réalisé. Le spermogramme était normal et les marqueurs tumoraux testiculaires n'étaient pas dosés. L'abord inguinal gauche avait permis d'objectiver deux testicules, dont

l'un de plus petite taille, fusionnés par leur épидидyme réalisant le type B de Lung (Fig. 1). Il n'existait pas de canal péritonéo-vaginal persistant associé. Un abaissement des deux testicules ectopiques suivi d'une orchidopexie « in dardos » dans l'hémi-scrotum gauche a été réalisé. Les suites opératoires étaient simples. Le spermogramme réalisé 3 mois après l'intervention était normal. Après un suivi régulier de 4 ans, basé sur un examen clinique, une échographie des bourses et un dosage des marqueurs tumoraux, les deux testicules fixés étaient sans particularités.

Tableau 1. Classification anatomique de Leung de polyorchidie [3].

Type	Anomalies observées
A	Testicule surnuméraire sans épидидyme ni canal déférent, aucun attachement au testicule normal
B	Le testicule surnuméraire se draine dans l'épидидyme du testicule normal
C	L'épидидyme du testicule surnuméraire et celui du testicule normal se drainent dans un seul canal déférent
D	Duplication complète du testicule, de l'épидидyme et du canal déférent

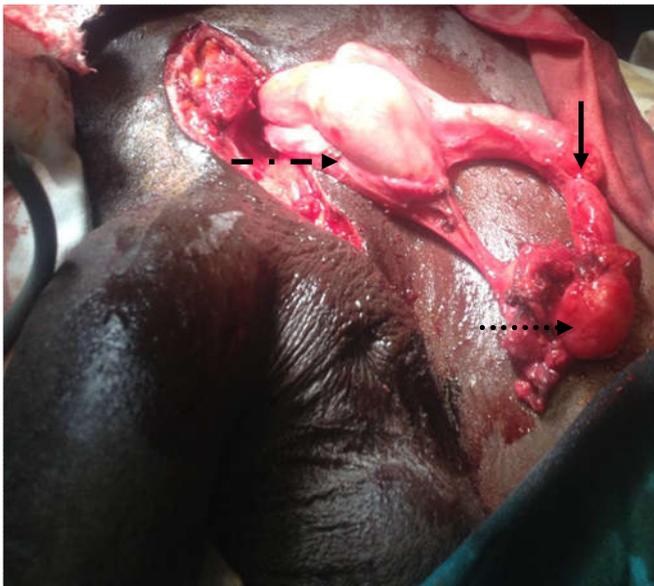


Figure 1. Fusion par leur épидидyme (—▶) du testicule surnuméraire (•••▶) en position inguinale et du testicule normal (—▶) en position inguinale, réalisant le type B de Leung.

Discussion

L'étiopathogénie de la polyorchidie n'est pas encore

bien élucidée, la théorie la plus probable serait une division transverse ou longitudinale de la crête urogénitale par des replis péritonéaux avant la huitième semaine de la vie intra-utérine [4]. Il existe une centaine de cas de polyorchidie rapportée dans la littérature, chiffre probablement sous-estimé car la pathologie est le plus souvent asymptomatique, de découverte fortuite lors de la cure d'une persistance du canal péritonéo-vaginale (PCPV) ou d'un testicule ectopique [2].

La triorchidie est la présentation clinique la plus classique des polyorchidies ; elle se caractérise par un testicule surnuméraire hypotrophe par rapport aux testicules adjacent et controlatéral et siège à gauche. La triorchidie est habituellement décrite chez un sujet âgé entre 15 ans et 25 ans [5], comme c'est le cas de notre patient.

Par contre la topographie inguinale est moins habituelle (20% des cas) car les testicules surnuméraires siègent dans 75% des cas en intra scrotal [4]. En effet, le testicule surnuméraire se présente, le plus souvent, sous une forme d'une masse intra scrotale qui peut poser le problème du diagnostic différentiel avec une tumeur testiculaire ou para testiculaire [4]. Le diagnostic peut être redressé par l'échographie qui objective un testicule surnuméraire ayant la même échogénicité que le testicule normal. L'échodoppler des bourses peut apporter de plus amples informations sur le flux artériel des testicules. En cas de doute, l'IRM précise le diagnostic en révélant les deux testicules qui ont un même signal en T1 et T2, chaque testicule étant entouré d'un signal de faible intensité correspondant à l'albuginée [4].

La prise en charge des polyorchidies est sujette à des controverses, plusieurs auteurs préconisent actuellement un traitement conservateur devant un testicule surnuméraire macroscopiquement sain et potentiellement fonctionnel [2, 4,6]. Ce traitement conservateur est d'autant plus justifié qu'un examen clinique régulier associé à une échographie des bourses et un dosage des marqueurs tumoraux testiculaires permettent de détecter une éventuelle dégénérescence cancéreuse qui serait de l'ordre de 1% à 7% [4]. Du fait de la rareté de la polyorchidie, le potentiel malin de cette malformation n'a pas pu être prouvé, la dégénérescence cancéreuse serait plus liée à l'association fréquente à une cryptorchidie [2]. La polyorchidie est associée à un risque d'infertilité de l'ordre de 20%. Selon Pomara, *et al.* lorsque la polyorchidie se complique d'une hypofertilité, la libération des adhérences entre les deux testicules peut permettre une amélioration du spermogramme et par conséquent de la fertilité [7]. Chez notre

patient l'absence d'anomalie du spermogramme en préopératoire, nous a réconforté dans notre attitude conservatrice avec uniquement un abaissement suivi d'une fixation des deux testicules sans procéder à une séparation des épидидymes fusionnés.

Conclusion

La polyorchidie est une malformation qui a souvent un caractère anecdotique. Les progrès en matière de biologie et d'imagerie médicale permettent un suivi efficace des testicules surnuméraires et d'éviter ainsi une chirurgie radicale inutile chez des sujets le plus souvent jeunes.

Références

1. Ashfeld F. Die Missbildungen des Menschen. Leipzig, Germany: Grunow; 1880.
2. Teklali Y, Piolat C, Jacquier C, *et al.* Polyorchidie chez l'enfant: à propos d'un cas avec revue de la littérature. *Prog Urol* 2007; 17: 872-4.
3. Leung AK. Polyorchidism. *Am Fam Physician* 1988; 38: 153-6.
4. Ozturk E, Mutlu H, Erdem I, *et al.* Polyorchidism: report of a case and review of the literature. *Eur J Radiol Extra* 2006; 58: 93-5.
5. Spranger R, Gunst M, Kuhn M, *et al.* Polyorchidism: a strange anomaly with unsuspected properties. *J Urol* 2002; 168(1): 198.
6. Lawrentschuk N, Mac Gregor RJ. Polyorchidism: a case report and review of the literature. *Aust Nz J Surg* 2004; 74(12): 1130-2.
7. Pomara G, Cuttano MG, Romano G, *et al.* Surgical management of polyorchidism in a patient with fertility problems. *J Androl* 2003; 24: 497-8.