

Cas Clinique | Infarctus testiculaire. A propos d'un cas et revue de la littérature

M. Drissi¹, L. Rocher², S. Droupy¹ et G. Benoit¹

¹Services d'urologie et ²de radiologie, CHU de Bicêtre, Université de Paris Sud, France

RESUME

L'infarctus testiculaire est une entité rare. L'étiopathogénie est encore mal connue. Sa symptomatologie est faite de douleurs testiculaires brutales sans contexte traumatique ou de torsion, simulant souvent une tumeur. Les marqueurs tumoraux sont normaux et les urines stériles. L'échographie montre une zone hypoéchogène, avasculaire au Doppler. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) demeure l'examen de choix. L'orchidectomie est la règle, mais elle peut être évitée au profit d'une exérèse segmentaire conservatrice en cas d'infarctus segmentaire.

Les auteurs rapportent une observation d'infarctus testiculaire segmentaire pour lequel ils proposent une abstention surveillance.

Mots clés : Infarctus testiculaire, diagnostic, conservation testiculaire

Correspondance: Dr Mounir DRISSI, Appt 5, imm 22bis, Rue Oukaimeden, AGDAL, RABAT, MAROC, Email: mounirusdoc@yahoo.fr

Détails d'acceptation: article reçu: 24/11/2007

article accepté (après corrections): 5/12/2007

INTRODUCTION

L'infarctus du testicule est une lésion rare¹⁻³, simulant parfois une tumeur testiculaire chez l'adulte. Son étiologie est rarement retrouvée. Le traitement peut être conservateur en cas d'infarctus focalisé.

Nous rapportons un cas d'infarctus segmentaire du testicule à travers lequel et à travers une revue récente de la littérature nous ferons une mise au point de cette entité.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient de 30 ans, célibataire, diabétique, consultant aux urgences en juin 2007 pour douleurs testiculaires gauches brutales apparues depuis 24 heures sans contexte infectieux ni de traumatisme. Par ailleurs, il ne présentait pas de signes d'infection urinaire, ni de troubles

mictionnels. A l'examen, le patient était apyrétique, le testicule gauche était sensible à la palpation, de taille normale sans torsion du cordon spermatique. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. La bandelette urinaire ainsi que le bilan biologique étaient normaux.

L'échographie scrotale a mis en évidence la présence au niveau du testicule gauche d'une zone hypoéchogène focale avasculaire au doppler avec la présence d'un flux dans le reste du testicule. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) scrotale a été réalisée confirmant la présence d'un infarctus testiculaire gauche segmentaire focal (Fig. 1). Les marqueurs tumoraux réalisés par la suite étaient normaux. Deux options thérapeutiques ont alors été proposées: abstention surveillance ou exploration inguinale. Après plusieurs avis spécialisés (urologues, radiologues et

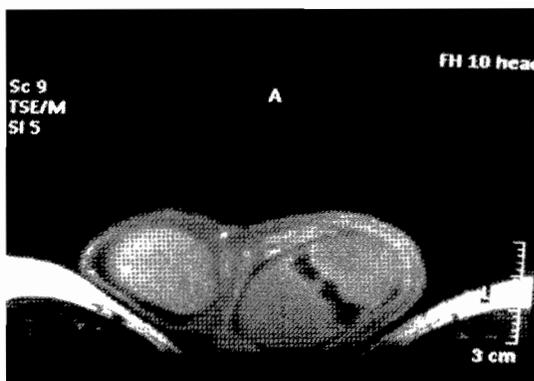


Fig.1: IRM scrotale en séquence T2. Le testicule gauche est le siège d'un infarctus testiculaire segmentaire gauche.

oncologues), la décision d'une abstention thérapeutique avec surveillance a été prise. La douleur avait disparu par un traitement antalgique. Une image échographique séquellaire asymptomatique à un mois et à trois mois persistait. Le patient sera revu en consultation, avec une échographie scrotale, tous les six mois.

DISCUSSION

L'infarctus testiculaire est une lésion rare, avec seulement une trentaine de cas rapportés dans la littérature dont six conservations testiculaires^{2,4,5}. Cette entité peut être segmentaire focale. Souvent, elle peut simuler une tumeur testiculaire, mais les marqueurs tumoraux sont toujours normaux et les urines stériles^{1,6,7,8}. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette nécrose testiculaire à savoir: occlusion artérielle sur une zone de vascularisation terminale, thrombose veineuse ou embols⁹. Néanmoins, certains facteurs de risque sont connus tel que: l'hypercholestérolémie, les orchépididymites, les déficits en antithrombine III ou en protéine 'S', la drépanocytose, la malakoplakie, les leucémies lymphoïdes, la fièvre méditerranéenne familiale et la granulomatose de Wegner^{2,10-12}. Notre observation pourrait suggérer que le diabète serait un facteur de risque par vascularite. Cette cause n'a pas été retrouvée dans la littérature jusqu'à présent et une

enquête étiologique serait nécessaire pour établir d'autres facteurs de risque.

L'âge de prédilection est souvent compris entre 16 et 35 ans, mais des cas ont été observés en période néonatale¹⁰ et à l'âge de 55 ans⁴. Dans la majorité des cas, l'atteinte est unilatérale¹³.

Les signes cliniques sont dominés par une douleur testiculaire brutale unilatérale exquise, sans contexte traumatique ni infectieux. L'examen clinique est souvent pauvre, marqué par un testicule sensible avec un cordon spermatique normal et peut objectiver un nodule, en cas d'infarctus segmentaire.

Sur le plan radiologique, l'échographie couplée au doppler reste l'examen de première intention^{2,10}. Elle permet souvent d'orienter le diagnostic en mettant en évidence une zone hypoéchogène avasculaire au doppler^{1,8}. Cependant, il est parfois difficile à l'échographie de distinguer cette lésion d'une tumeur, hémorragie ou un abcès¹⁰. Actuellement, l'IRM scrotale paraît être l'examen de choix⁵.

Quant au traitement, devant le doute, l'exploration chirurgicale reste systématique par voie inguinale avec clampage vasculaire et orchidotomie bivalve. Dans les infarctus diffus, l'orchidectomie reste de mise; alors que dans les nécroses segmentaires, un examen extemporané est utile afin de proposer un traitement conservateur et d'éviter des orchidectomies abusives^{1,2,10}. Dans notre observation, nous avons opté pour une abstention surveillance accrue avec la possibilité d'explorer devant le moindre doute dans l'évolution.

En conclusion, l'infarctus testiculaire est une affection rare. Son étiopathogénie reste encore mal expliquée. Une enquête étiologique est nécessaire pour retrouver les facteurs de risque (vascularite, déficit en protéine 'S', embols de cholestérol). L'IRM scrotale paraît

être l'examen de choix. Devant le doute, seul l'abord inguinal avec analyse extemporanée permet le diagnostic et la conservation en cas d'infarctus segmentaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Danon O, Morsli F, Boukobza B, Khuoy L, Frélin J. Infarctus testiculaire segmentaire. [Segmental testicular infarction (letter)]. *Presse Med.* 2000; Oct 7;29(29):1603.
2. Irani J, Menet E, Goujon JM, Levillain P, Dore B. Infarctus segmentaire du testicule: Traitement conservateur. *Prog. Urol.* 2001;11(5 Suppl 1):13A.
3. Livneh A, Madgar I, Langevitz P, Zemer D. Recurrent episodes of acute scrotum with ischemic testicular necrosis in a patient with familial Mediterranean fever. *J.Urol.* 1994; Feb;151(2):431-2.
4. Gofrit ON, Rund D, Shapiro A, Pappo O, Landau EH, Pode D. Segmental testicular infarction due to sickle cell disease. *J.Urol.* 1998; Sep;160(3 Pt 1):835-6.
5. Kodama K, Yotsuyanagi S, Fuse H, Hirano S, Kitagawa K, Masuda S. Magnetic resonance imaging to diagnose segmental testicular infarction. *J.Urol.* 2000; Mar;163(3):910-1.
6. Grove JD, Hamden P, Clark PB. Malakoplakia of epididymis associated with testicular infarction. *Br.J.Urol.* 1993; Nov;72(5 Pt 1):656-7.
7. Han K, Pantuck A, Kulzer L, Tao Y, Kraus S. Testicular infarction associated with chronic lymphocytic leukemia. *Brit.J.Urol.* 2000; Jul;86:1464.
8. Lefort C, Thoumas D, Badachi Y, Gobet F, Pfister C, Dacher JN, et al. Orchites ischémiques: A propos de 5 cas diagnostiques en écho-Doppler couleur. [Ischemic orchiditis: Review of 5 cases diagnosed by color Doppler ultrasonography]. *J.Radiol.* 2001; Jul;82(7):839-42.
9. Paik ML, MacLennan GT, Seftel AD. Embolic testicular infarction secondary to nonbacterial thrombotic endocarditis in Wegener's granulomatosis. *J.Urol.* 1999; Mar;161(3):919-20.
10. Ameer A, Zarzur J, Albouzidi A, Lezrek M, Beddouch A, Idrissi AO. Infarctus testiculaire sans torsion sur cryptorchidie. [Testicular infarction without torsion in cryptorchism]. *Prog.Urol.* 2003; Apr;13(2):321-3.
11. Lee YL, Huang CN, Huang CH. Testicular infarction associated with protein S deficiency. *J.Urol.* 2001; Apr;165(4):1220-1.
12. Sue SR, Pelucio M, Gibbs M. Testicular infarction in a patient with epididymitis. *Acad.Emerg.Med.* 1998; Nov;5(11):1128-30.
13. Nouri A, Belghith M, Mekki M, Gargouri A, Rekik A, Castelli R. Nécrose ischémique testiculaire néonatale sans torsion, associée à un déficit en antithrombine III. [Neonatal testicular ischemic necrosis without torsion, associated with antithrombin III deficit]. *Ann.Pediatr. (Paris).* 1993; Dec;40(10):628-30.

ABSTRACT

Testicular Infarction. Case Report and Review of the Literature

Testicular infarction is a rare pathology whose etiology has not yet been identified. The main presenting symptom is severe testicular pain in the absence of trauma or torsion, often simulating a tumor, but tumor markers are normal and urine is sterile. Ultrasonography shows a hypoechogenic area, which on Doppler is avascular. Magnetic resonance imaging (MRI) remains the diagnostic tool of choice. Treatment usually consists of orchidectomy. In case of segmental testicular infarction a resection of the segment in question can be done instead. The authors report on a case of segmental testicular infarction for which they propose a policy of watchful waiting.