

Philippe Liniger, Kinderchirurg, Biel; Paul W. Meier, Pédiater, Solothurn

# Testicule non descendu: diagnostic, contrôle, traitement

## Question du praticien

Un problème récurrent dans la pratique concerne les jeunes garçons, qui ont des testicules non palpables ou difficilement palpables. Nous avons appris que les testicules non descendus étaient à l'origine d'infertilité, de risque accru de cancer et de risque de torsion. Est-il au juste possible d'éviter ces complications en pratiquant une orchidopexie? Quel est le bon moment pour orienter le patient vers un spécialiste ou pour pratiquer une intervention? Quelle légitimité les traitements hormonaux par hCG ont-ils?

Et qu'en est-il de tous les garçons dont les testicules sont uniquement palpables au-dessus du scrotum et sont à peine mobilisables? J'ai appris qu'il n'y avait pas de risque accru de complications et qu'il était donc possible d'attendre. Malgré tout, deux de mes patients ont récemment été opérés.

Quelle approche serait raisonnable pour la pratique?

## Réponse du spécialiste

Les garçons ayant des testicules non descendus ou ectopiques ne sont pas rares, mais la majorité des testicules descendent spontanément. Après l'âge de 6 mois, moins de 1% des garçons présentent encore ce type d'anomalies. Le diagnostic doit en premier lieu se baser sur l'examen clinique

**Si aucun testicule n'est palpable des deux côtés, il convient d'exclure un trouble du développement sexuel**

et le traitement est généralement chirurgical. Le moment optimal de l'opération n'est pas connu avec certitude mais au cours de ces dernières décennies, il a été recommandé d'intervenir avant l'âge de 2 ans. Sur la base d'études histologiques, les opérations sont aujourd'hui de plus en plus pratiquées

tôt; il est à présent recommandé de réaliser l'opération entre l'âge de 6 et 12 mois, mais elle est en réalité souvent pratiquée plus tard pour diverses raisons. Le traitement hormonal n'est pas fréquemment utilisé en Suisse; son taux de réussite s'élève à environ 20%. En cas de suspicion d'un testicule non descendu, il est judicieux d'orienter le patient vers un chirurgien pédiatrique à partir de l'âge de 6 mois afin de pouvoir planifier la marche à suivre ultérieure en fonction de la situation globale.

## Définitions

Le terme «cryptorchidie» signifie «testicule caché»; dans le langage clinique, ce terme est utilisé pour désigner toutes les formes de testicule non descendu, ainsi que pour désigner une anorchidie ou une agénésie testiculaire.

Dans la pratique quotidienne, les questions suivantes se posent: Un testicule est-il palpable des deux côtés? Le testicule est-il situé dans le scrotum et y reste-t-il? Si aucun testicule n'est palpable des deux côtés, il convient d'exclure un trouble du développement sexuel. Une classification clinique est disponible dans le tableau 1.

## Anamnèse et examen clinique

Lorsque des patients nous sont adressés en raison d'un testicule non descendu, cette anomalie se confirme plus souvent lorsque l'anamnèse révèle que le testicule n'était pas palpable en post-partum et lorsque l'enfant est né prématurément.

Les garçons sont des êtres sensibles! Ainsi, ils réagissent par une activation du muscle crémaster en cas de danger, de froid et de peur. Dès lors, l'examen est si possible réalisé chez l'enfant détendu. Il convient de débiter par l'inspection de la symétrie scro-



**Figure 1**  
Asymétrie scrotale en cas de testicule droit non descendu.

**Tableau 1**

Désignation	Manifestations cliniques	Traitement
Testicule oscillant	Le testicule reste dans le scrotum après y avoir été mis et il remonte en cas de stimulation du muscle crémaster; il peut descendre spontanément	Contrôles annuels
Testicule rétractile	Le testicule remonte après avoir été placé dans le scrotum	Orchidopexie
Testicule inguinal	Le testicule est palpable/délectable dans la région inguinale, mais il ne peut pas être déplacé dans le scrotum	Orchidopexie
Testicule abdominal («véritable cryptorchidie»), agénésie testiculaire	Pas de testicule palpable et pas de cordon spermatique palpable	Eventuellement examen sous anesthésie, examen inguinal ou laparoscopie
Atrophie testiculaire	Pas de testicule palpable, éventuellement cordon spermatique palpable	Individuel

**Tableau 2**

Fertilité (conception en l'espace de 12 mois en cas de désir d'enfant).

	Fertilité
Population normale	89%
Cryptorchidie unilatérale	86%
Cryptorchidie bilatérale	49-64%

tale chez l'enfant nu (fig. 1). Si l'enfant peut déjà s'asseoir, il doit se mettre en position assise. Après l'inspection, une certaine pression est exercée avec la main non dominante de part et d'autre de la base du pénis afin d'empêcher une ascension du testicule (fig. 2). La main dominante palpe alors les deux côtés; si aucun testicule n'est palpable, l'examen se poursuit en position allongée. Les testicules palpables dans l'aïne sont repoussés dans le scrotum, ils sont brièvement maintenus dans cette position, puis il est observé dans quelle position les testicules se mettent spontanément. En l'absence de testicule palpable dans l'aïne, il est utile de chercher au-dessus du tubercule pubien le cordon spermatique, qui est également bien identifiable chez le nourrisson. En présence d'un cordon spermatique, il est vraisemblable qu'une torsion intra-utérine se soit produite. Si rien n'est palpable, le diagnostic prend une autre envergure; en fonction de ce qui a été constaté à la palpation et du jugement de l'opérateur, il faut réaliser une révision inguinale ou une laparoscopie. Dans les cas incertains, l'examen sous anesthésie peut être utile, car jusqu'à 18% des testicules non palpables deviennent palpables sous anesthésie.

#### Examens diagnostiques complémentaires

Le diagnostic d'un testicule non descendu repose sur l'examen clinique. Il est utile de prendre suffisamment de temps et, si nécessaire, de planifier deux rendez-vous pour examen. L'échographie et l'IRM ne font pas partie des procédures diagnostiques normales. L'échographie peut être utile en cas de pannicule adipeux abondant, pour identifier une ectopie testiculaire inguinale et pour gagner en assurance lors de la décision de procéder à une révision

inguinale. L'IRM ne permet pas de déterminer avec fiabilité la présence d'un testicule intra-abdominal. La laparoscopie est quant à elle supérieure d'un point de vue diagnostique et elle peut en même temps être utilisée à des fins thérapeutiques.

#### Risques associés au testicule non descendu

Parmi les risques du testicule non descendu non traité figurent l'infertilité, un risque accru de cancer et un risque accru de torsion testiculaire.

**Infertilité:** Dans le testicule normal, la transformation des gonocytes fœtaux en spermatogonies adultes a lieu jusqu'à l'âge de 6 mois; en cas de testicule non descendu, ce processus est perturbé, les gonocytes persistent et ils dégénèrent. Chez les enfants âgés de 2 ans ayant des testicules non descendus, il y a une absence de spermatogonies dans jusqu'à 40% des cas et ce chiffre augmente avec le temps. Toutefois, la fertilité chez les hommes ayant des antécédents de cryptorchidie unilatérale est uniquement abaissée de 3-4% par rapport à la population normale; en cas de cryptorchidie bilatérale, le taux de fertilité est nettement plus bas (entre 49 et 64%) (tab. 2).

En raison de la formation des spermatogonies, il est aujourd'hui recommandé de pratiquer l'opération entre l'âge de 6 et 12 mois; lors de la prise de décision d'intervenir, il faut également tenir compte de la difficulté technique de l'opération chez l'enfant en bas âge et de la nécessité de pratiquer une anesthésie avant l'âge de 1 an.

**Risque de cancer:** En cas d'opération d'un testicule non descendu avant l'âge de 10 ans, le risque de cancer semble être plus faible que chez les patients non opérés. Ces derniers ont un risque de cancer environ 5 fois plus élevé que la population normale, tandis qu'après l'opération, le risque est encore deux fois plus élevé. Le risque dépend également de la position initiale du testicule. Il convient également de souligner que le diagnostic de tumeur est

**Il est judicieux d'orienter le patient vers un chirurgien pédiatrique à partir de l'âge de 6 mois**

**Figure 2**

Palpation après avoir posé la main non dominante sur la base du pénis.



plus facile en cas de testicule normalement situé dans le scrotum qu'en cas de testicule non descendu.

*Torsion testiculaire:* Les torsions testiculaires sont plus fréquentes en cas de testicule non descendu et la technique usuelle de l'orchidopexie (Shoemaker) empêche généralement une torsion.

#### Traitement

Dans les recommandations de consensus actuelles, l'orchidopexie pratiquée entre l'âge de 6 et 12 mois est préconisée comme traitement standard des formes primaires de testicule non descendu. Cette recommandation contraste avec l'âge effectif lors de l'opération, qui était encore en moyenne de 20 mois en Grande-Bretagne en 2010/2011. Au cours de ces dernières années, une réduction constante de l'âge au moment de l'opération a néanmoins été observée.

Les complications de l'orchidopexie sont faibles; des atrophies surviennent dans <1% des cas et des ré-ascensions dans jusqu'à 4% des cas.

Dans trois méta-analyses, le taux de succès du traitement par hormones (HCG, LHRH, GnRH) était compris entre 15 et 25%, avec un taux de ré-ascension ultérieure de 20%. Dès lors, la thérapie hormonale n'est pas recommandée en tant que traitement exclusif. Son rôle après l'opération n'est pas encore défini; particulièrement en cas de cryptorchidie bilatérale, l'administration péri-opératoire d'hormones pourrait avoir une influence positive sur la fertilité ultérieure. Les preuves ne sont pas encore suffisantes pour intégrer ce traitement adjuvant dans les recommandations thérapeutiques.

Un testicule oscillant ne nécessite pas de traitement actif, mais il devrait faire l'objet de contrôles annuels car une cryptorchidie peut apparaître plus tard avec la croissance. Le testicule oscillant supposé devient ainsi un testicule rétractile, qui constitue une indication d'orchidopexie.

Le traitement de la cryptorchidie secondaire, qui se révèle après que le testicule ait initialement été en position scrotale, est controversé. Dans ce cas, les testicules descendent souvent spontanément durant la puberté. Toutefois, il est impossible de déterminer prospectivement si un testicule descend ou non et le devenir chez les adultes est mal documenté. En raison du faible taux de complication, ces cas sont aussi la plupart du temps opérés.

#### Résumé

Le diagnostic d'un testicule non descendu repose sur l'examen clinique et il est posé à l'âge d'env. 6 mois. Pour le traitement, il est recommandé de pratiquer une orchidopexie d'ici l'âge de 12 et au maximum 18 mois. Le rôle de la thérapie hormonale adjuvante n'est pas encore clair, mais cette option thérapeutique n'est pas recommandée comme traitement exclusif. L'opération a une influence positive sur les risques d'infertilité, de cancer et de torsion. Les risques associés à l'opération (atrophie, ré-ascension) sont faibles.

---

#### Correspondance:

Dr Philippe Liniger  
Leitender Arzt  
Kinderchirurgie  
Kinderklinik Wildermeth  
Spitalzentrum Biel  
2501 Biel  
philippe.liniger[at]szb-chb.ch