

Pathologies génito-scrotales et périnéales au cours de la première année de vie : guide de bonnes pratiques

Pr Christian Piolat – Dr Pierre-Yves Rabattu

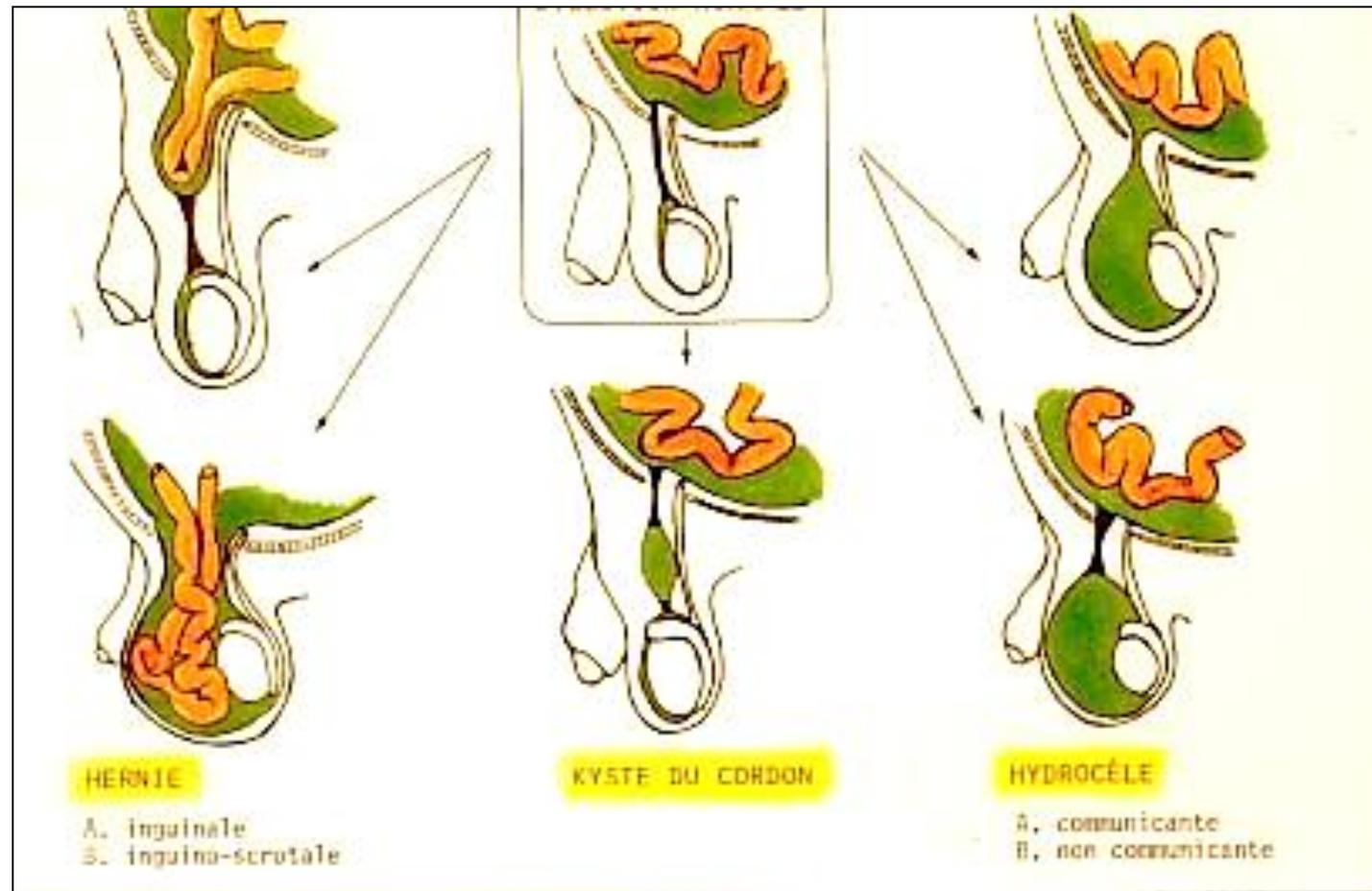
Chirurgie Pédiatrique – Hôpital Couple Enfant - Université Grenoble Alpes
cpiolat@chu-grenoble.fr

Journée de Formation Annuelle, Réseau Naître et Devenir, Grenoble, 29 novembre 2022

Pathologies génito-scrotales et périnéales au cours de la première année de vie

- Dépistage néonatal (maternité++)
- Diagnostic clinique +++, souvent visuel (inspection)
- Malformations ou pathologies acquises
- Risques fonctionnels
 - Parfois potentiellement graves (étranglements herniaires)
 - Parfois sur l'évolution à long terme (continence)
- Objectif = diagnostiquer tôt pour prévenir les complications et ne pas retarder la chirurgie si elle est indiquée

Pathologies du canal péritonéo-vaginal (CPV)





Hernie inguinale D



Hernie inguino-scrotale G

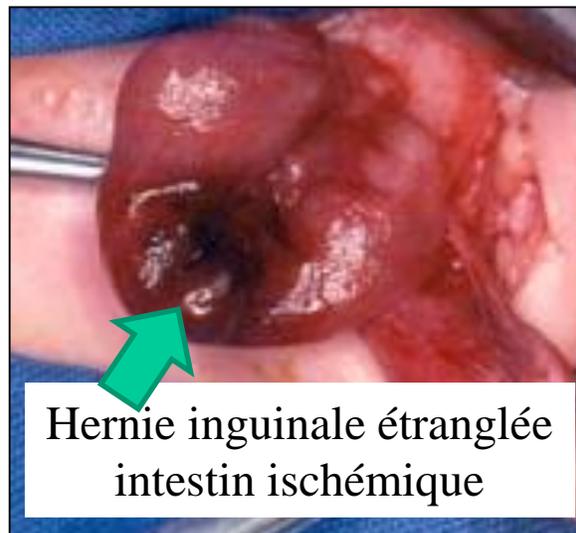
Diagnostic clinique assez évident
Pas d'intérêt de l'échographie

Avis chirurgical : toujours

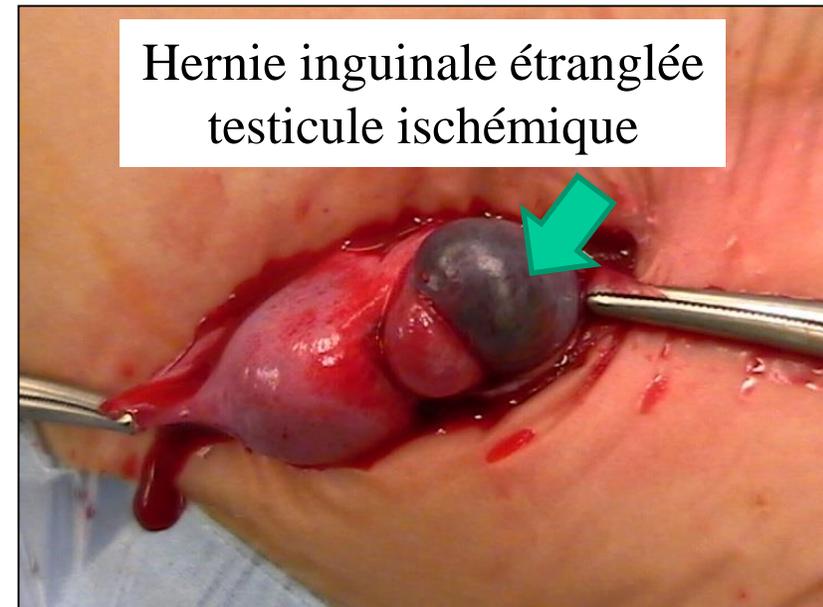
- **Urgent** si signes d'étranglement (hernie irréductible)
- **Non urgent** si pas de signes d'étranglement (hernie réductible)

Risques étranglement herniaire

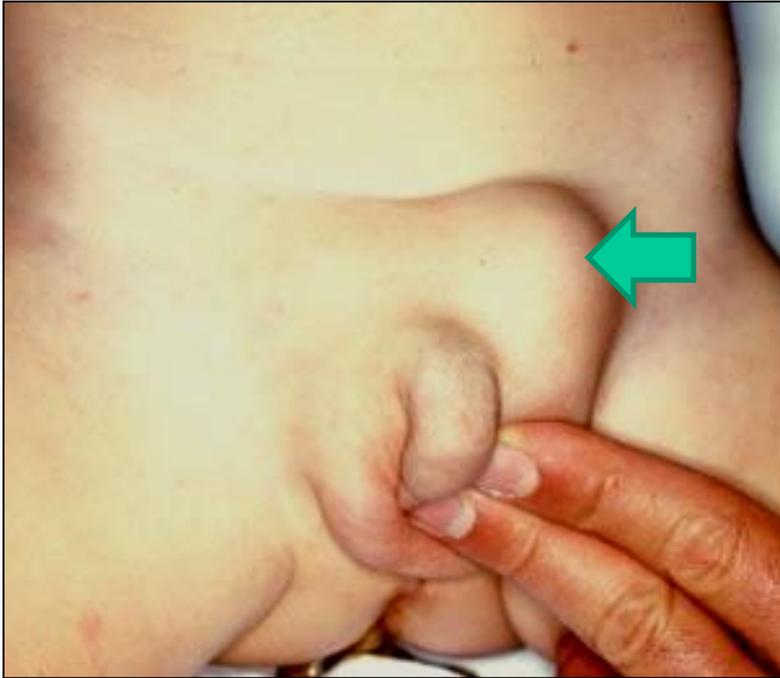
- Ischémie intestinale / occlusion
- **Ischémie testicule +++**



Hernie inguinale étranglée
intestin ischémique

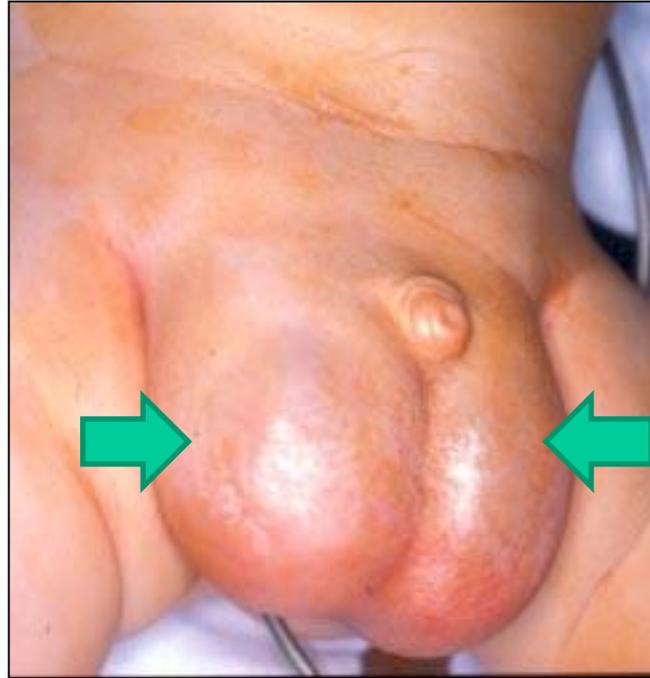


Hernie inguinale étranglée
testicule ischémique



Kyste du cordon spermatique

Masse inguinale, arrondie, mobile,
INDOLORE, supra-testiculaire



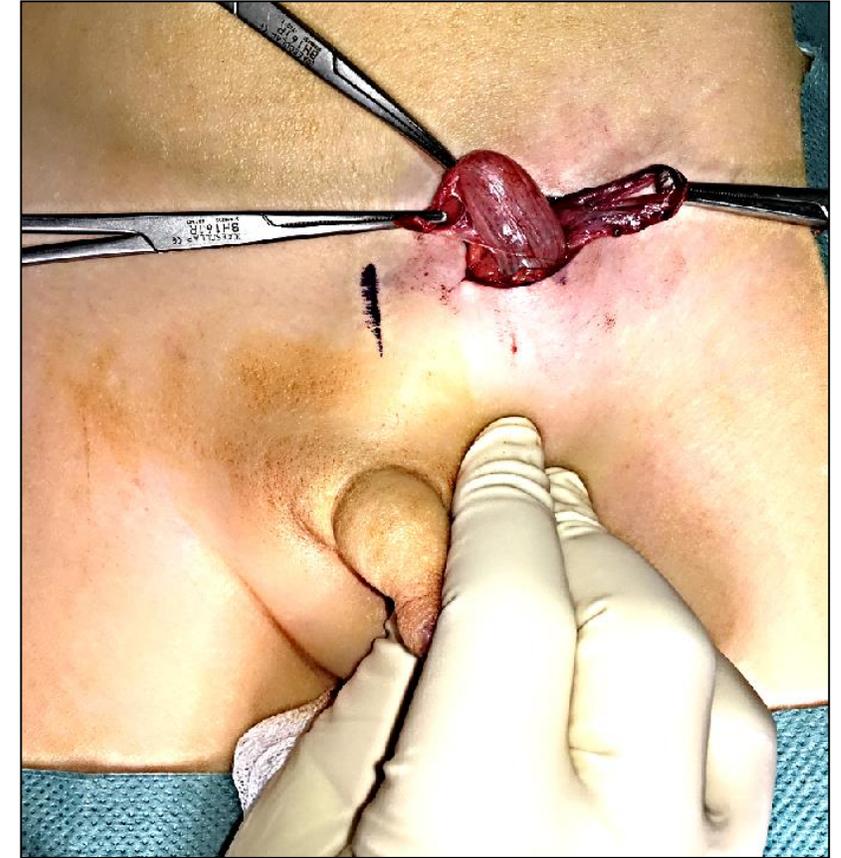
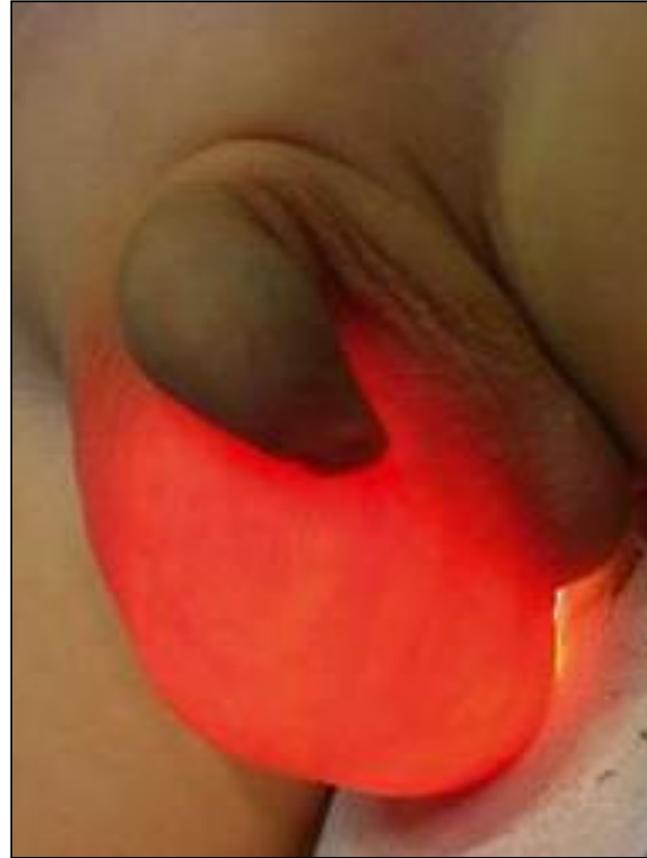
Hydrocèle bilatérale

Tuméfaction scrotale, **INDOLORE**, testicules plus ou moins palpables au sein de l'hydrocèle



Hydrocèle droite

TRANS-ILLUMINABLES



TRANSILLUMINATION++

Avis chirurgical sans urgence
vers **18 mois – 2 ans** si
persistance
Sauf exceptions

Attention aux anomalies du CPV rencontrées chez la fille : moins connues, plus pièges



Hernie inguinale G

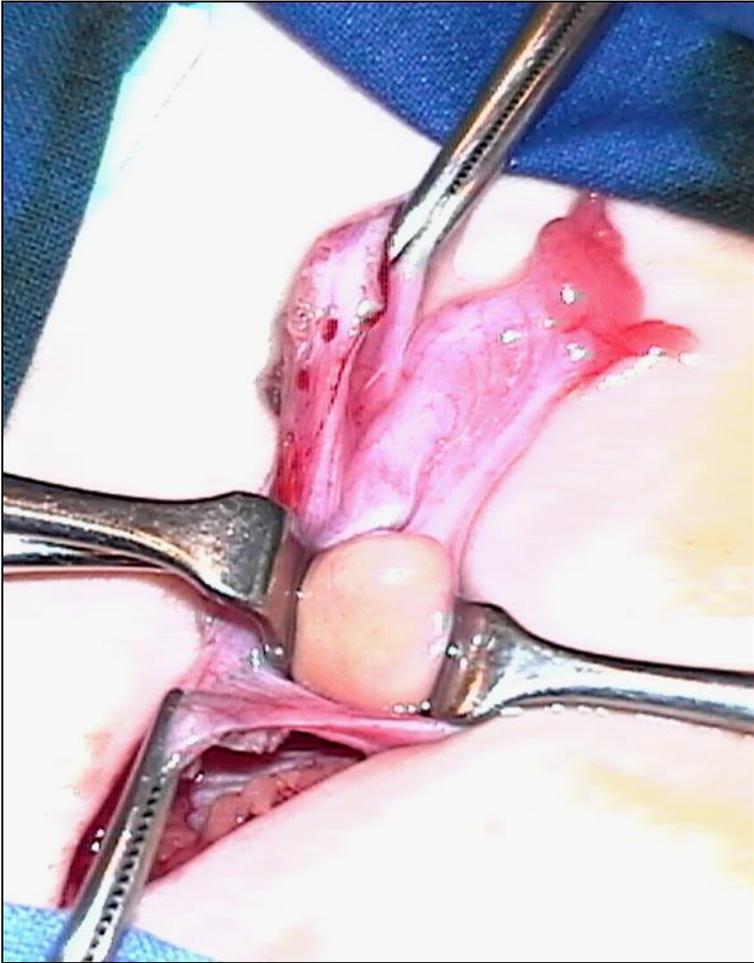
Avis chirurgical
Urgent si étranglée
Rapide si réductible



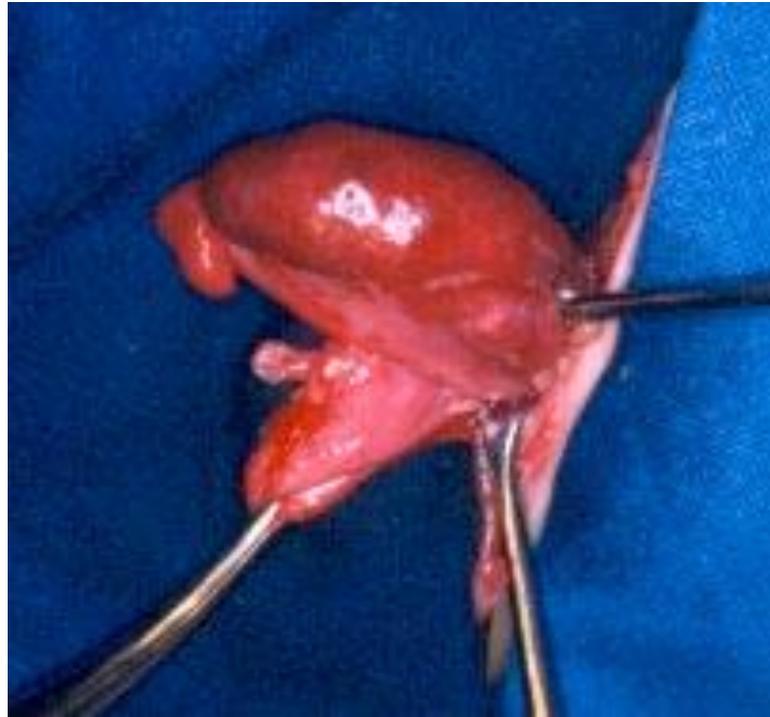
Kyste du canal de Nück (rare)

Avis chirurgical
Sans urgence
Confirmation échographique

Attention aux anomalies du CPV rencontrées chez la fille : moins connues, plus pièges



Hernie inguinale non compliquée (réductible)



Hernie inguinale compliquée (étranglée)



Kyste du canal de Nück

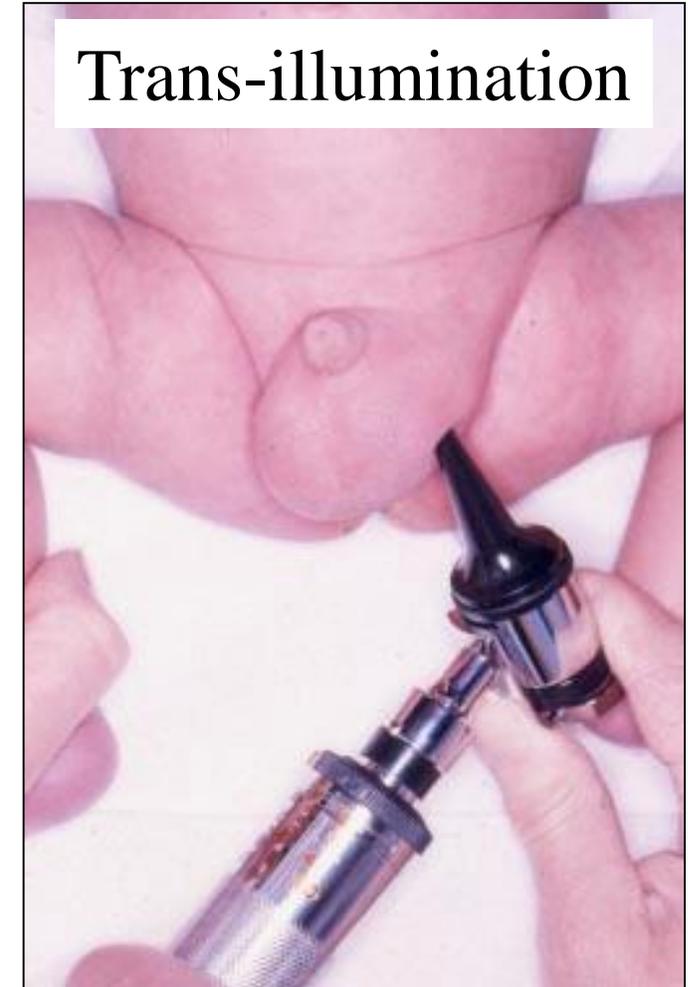
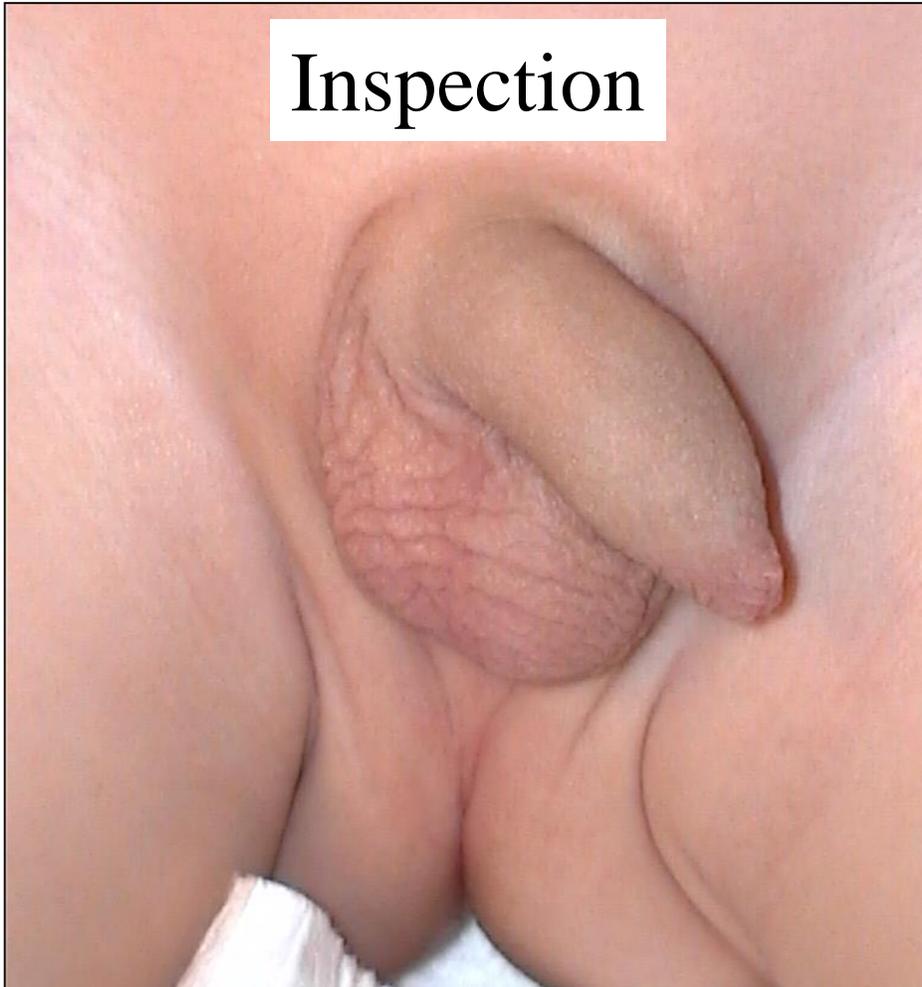
Anomalies de la migration testiculaire

- Testicule ascenseur
- Testicule ectopique

- Testicule non palpable (TNP)
- Testicule non descendu (TND)

Anomalies de la migration testiculaire

Diagnostic clinique +++



Anomalies de la migration testiculaire

Testicule ascenseur



Surveillance clinique

Normalisation le plus souvent
Evolution vers TND parfois

Testicule ectopique



Avis chirurgical

Chirurgie
vers 6 -12 mois

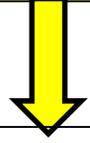
Testicule non descendur



Avis chirurgical

Chirurgie
vers 6 -12 mois

Testicule non palpé



Les bons réflexes :

- Faire pratiquer une échographie testiculaire dans les TNP (reins+++)
- Penser systématiquement à une anomalie du dvpt génital en cas de TNP bilatéral

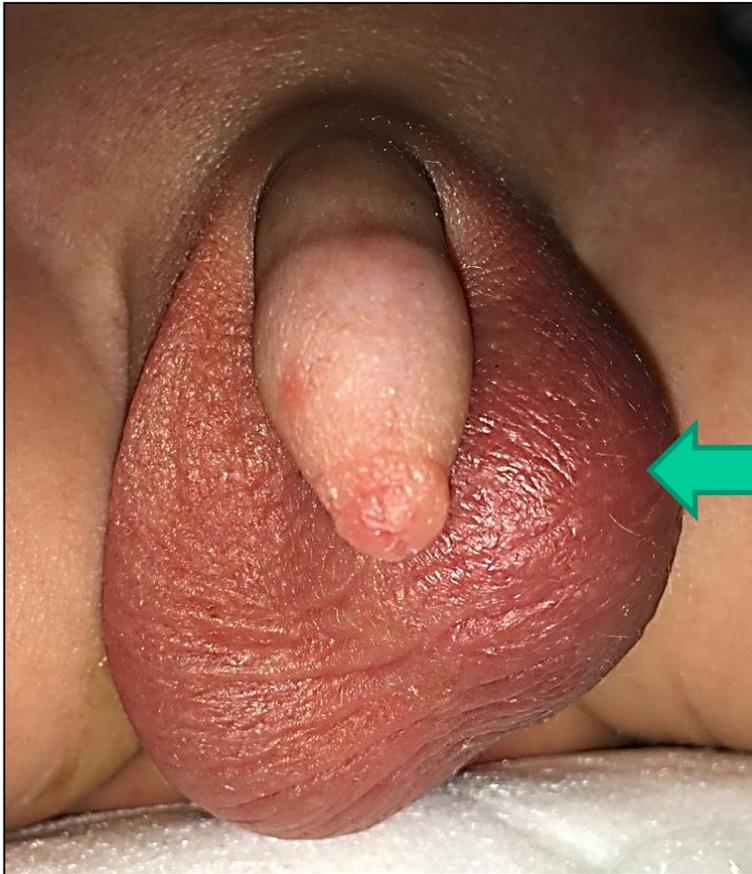
Bourses aiguës

- Torsion du cordon spermatique
- Torsion d'hydatide testiculaire
- Epididymite aiguë

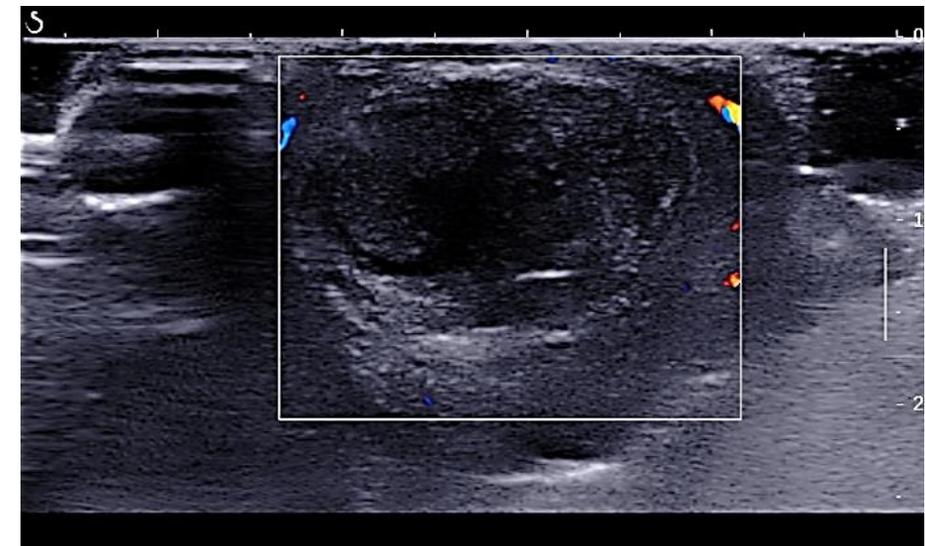
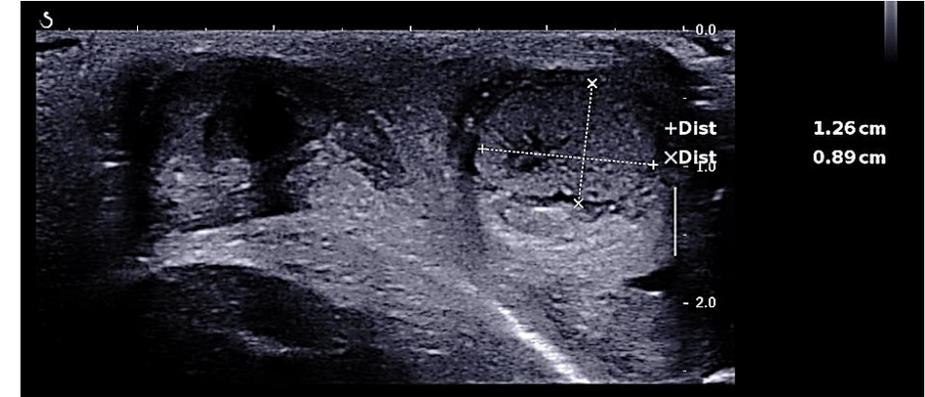
- Oedème aigu idiopathique du scrotum
- Tumeurs testiculaires
- Traumatismes testiculaires

Une bourse aiguë est une torsion du cordon spermatique jusqu'à preuve (chirurgicale) du contraire

2^{ème} jour de vie

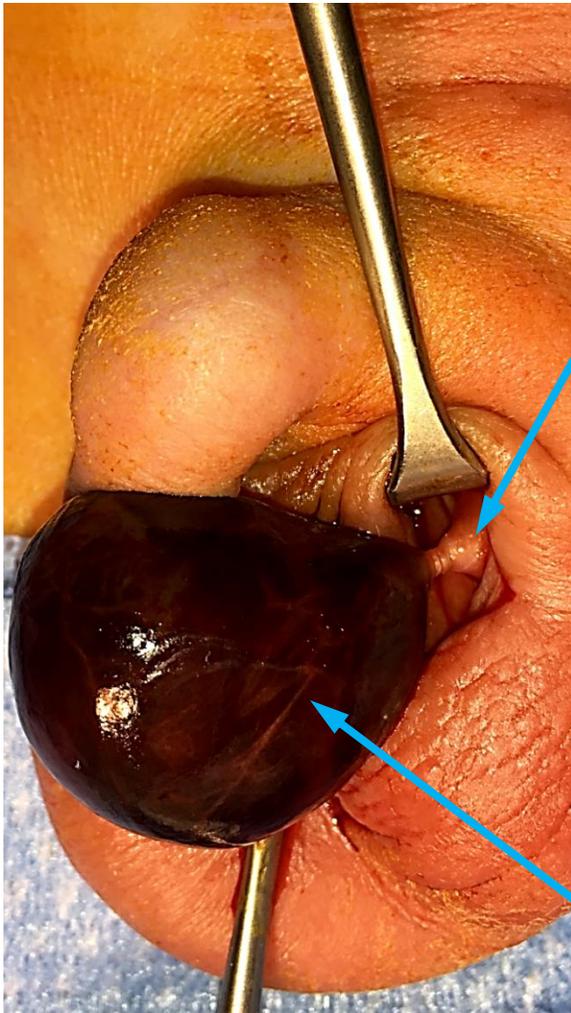


Testis G globuleux, induré, ascensionné, bourse G inflammatoire

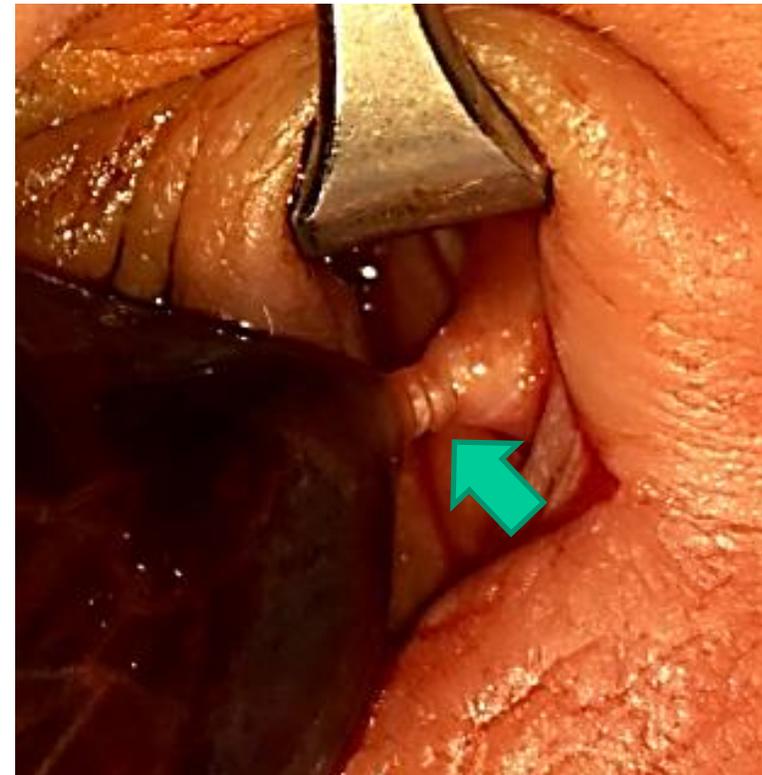


Une bourse aiguë est une torsion du cordon spermatique jusqu'à preuve (chirurgicale) du contraire

2^{ème} jour de vie



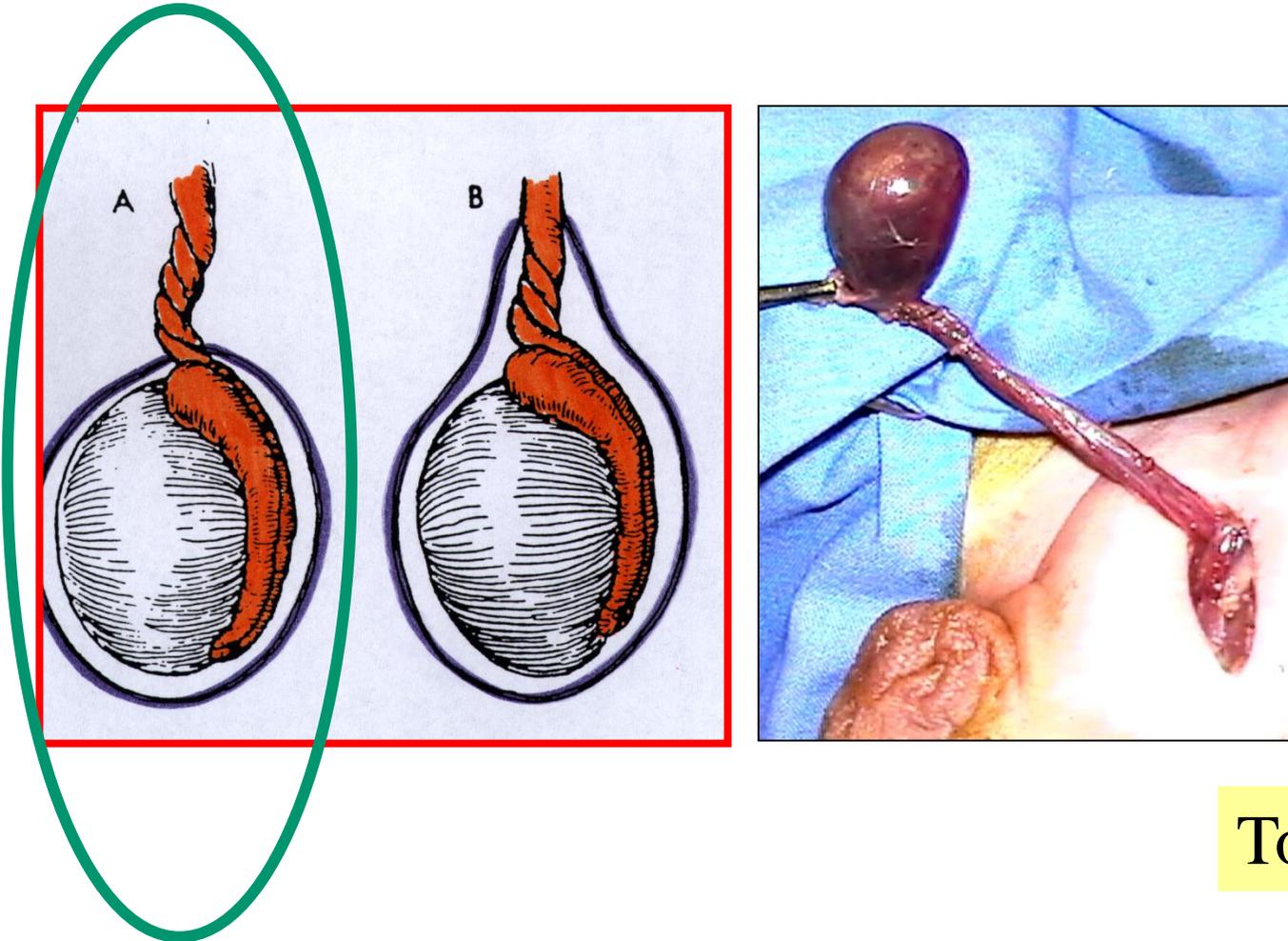
Tours de spires sur le cordon spermatique au-dessus de l'insertion de la vaginale (torsion supra-vaginale)



Nécrose testiculaire

Une bourse aiguë est une torsion du cordon spermatique jusqu'à preuve (chirurgicale) du contraire

TORSION SUPRA-VAGINALE du nouveau-né

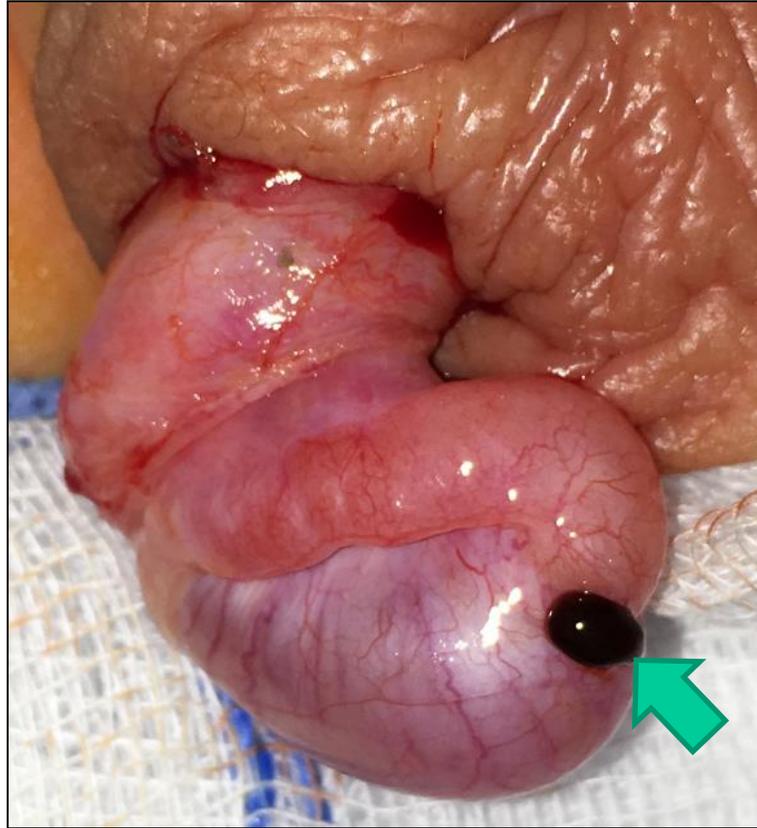


Torsion anténatale ou néonatale??

Epididymite aiguë



Torsion d'hydatide



Œdème aigu idiopathique du scrotum



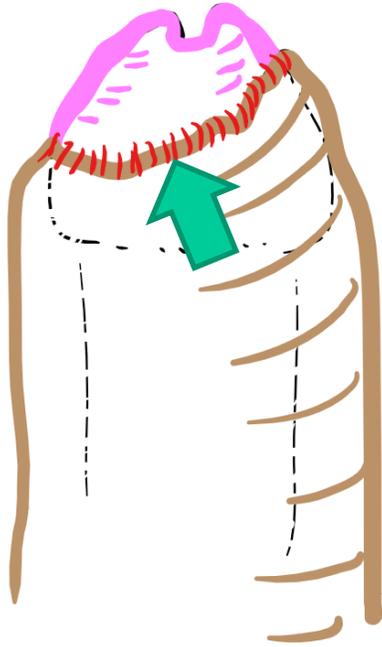
Tumeurs et traumatismes plus rarement

Intérêt de l'échographie si signes cliniques atypiques

Pathologie du prépuce

- Adhérences préputiales
- Dépôts de smegma
- Phimosis
- Paraphimosis
- Balano-posthites

Adhérences préputiales



Abstention

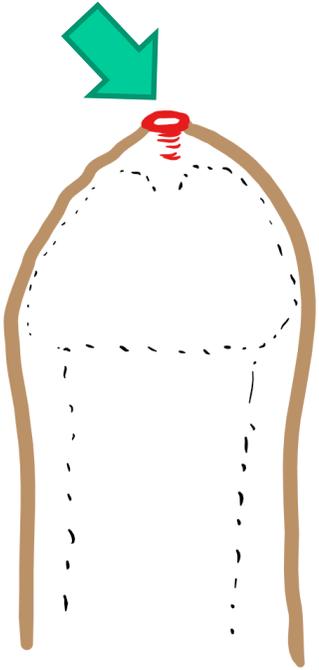
Libération spontanée le plus souvent
Décalottage sous EMLA et MEOPA
si gêne (et après 8 ans?)

Smegma



Produit par les glandes sébacées du sillon
balano-préputial
Kystes sous-muqueux parfois
Evacuation lors du décalottage

Phimosis



PHIMOSIS serré : gland non visible, orifice préputial punctiforme
Dysurie / Mictions sous-préputiales parfois

Rechercher un **lichen**

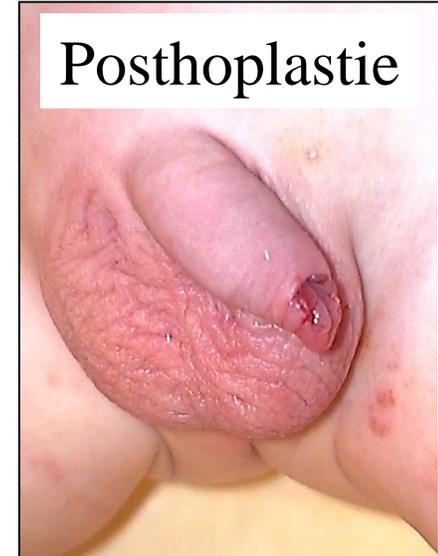
Savoir attendre sauf si **uropathie / pyélonéphrites sur malformations**

Dermocorticoïdes

Circoncision

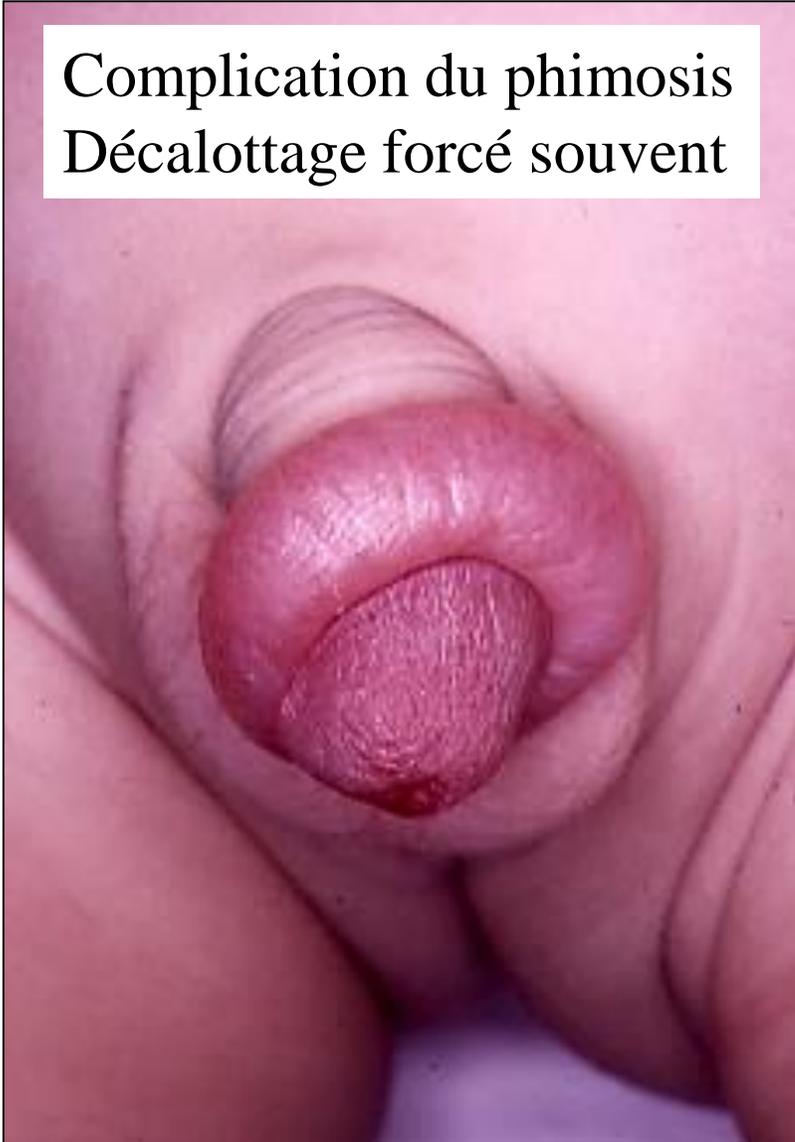
Posthoplastie

Lichen



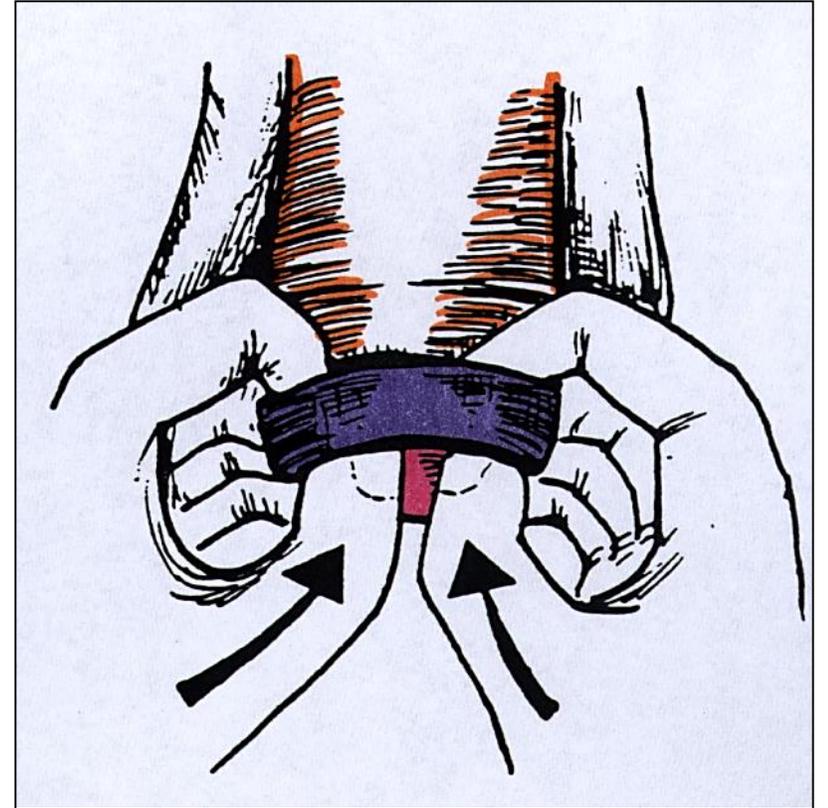
Paraphimosis

Complication du phimosis
Décalottage forcé souvent



Risque = œdème puis
ischémie du gland

Traitement = réduction par
manœuvre externe
(AG parfois)



Diagnostic différentiel :
Strangulation pénienne par
poil, cheveu, fil!

Balano-posthites



Complication du phimosis ou des adhérences préputiales
Episodes d'infection / inflammation du prépuce / du gland
Œdème, inflammation, augmentation du volume
Parfois écoulement purulent

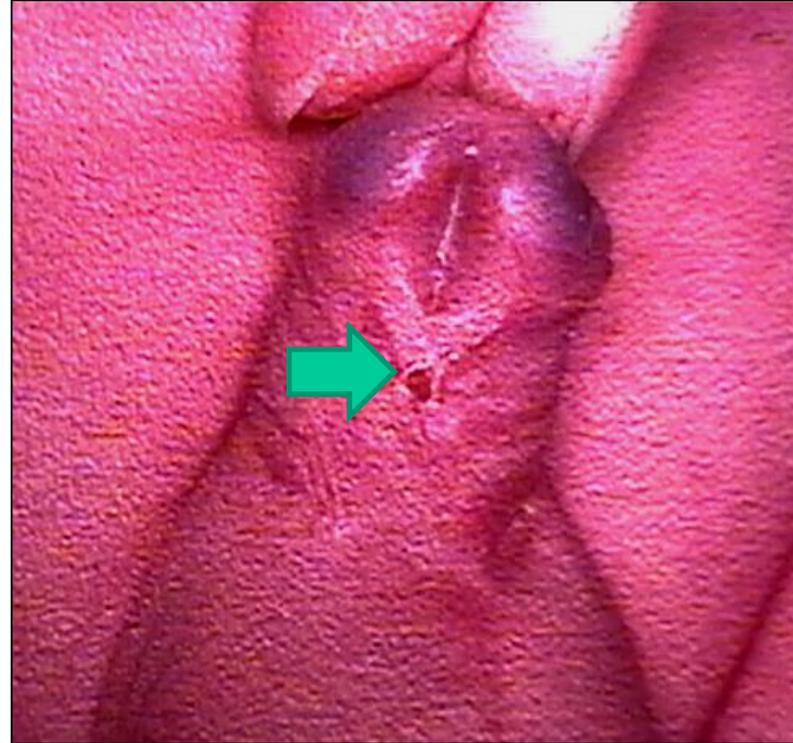
Malformations de la verge / du bourgeon génital

- Hypospadias
- Autres malformations de la verge
- Anomalies du développement génital

Hypospadias balanique



Hypospadias pénien



Vérifier si l'enfant urine spontanément : seul risque = sténose du méat
S'assurer qu'il n'existe pas un désordre de la différenciation sexuelle

Avis chirurgical en urologie pédiatrique vers 6 mois

Autres malformations de l'urètre et de la verge



Verge enfouie



Longueur dorsale des corps caverneux
normale (\neq micropenis)

Manœuvre de désenfouissement

Désordres de la différenciation sexuelle (DSD)

Anomalies du développement génital



Hyperplasie congénitale
des surrénales



« Hermaphrodisme »



Résistance périphérique aux
androgènes



Suspicion DSD prénatale
Hypospadias vulviforme



Association VACTERL
sévère

Anomalies vulvaires



Technique de l'examen vulvaire :
traction douce sur les grandes lèvres
en les soulevant et en les éloignant
l'une de l'autre

Imperforation membrane hyménéale
= Hydrocoplos



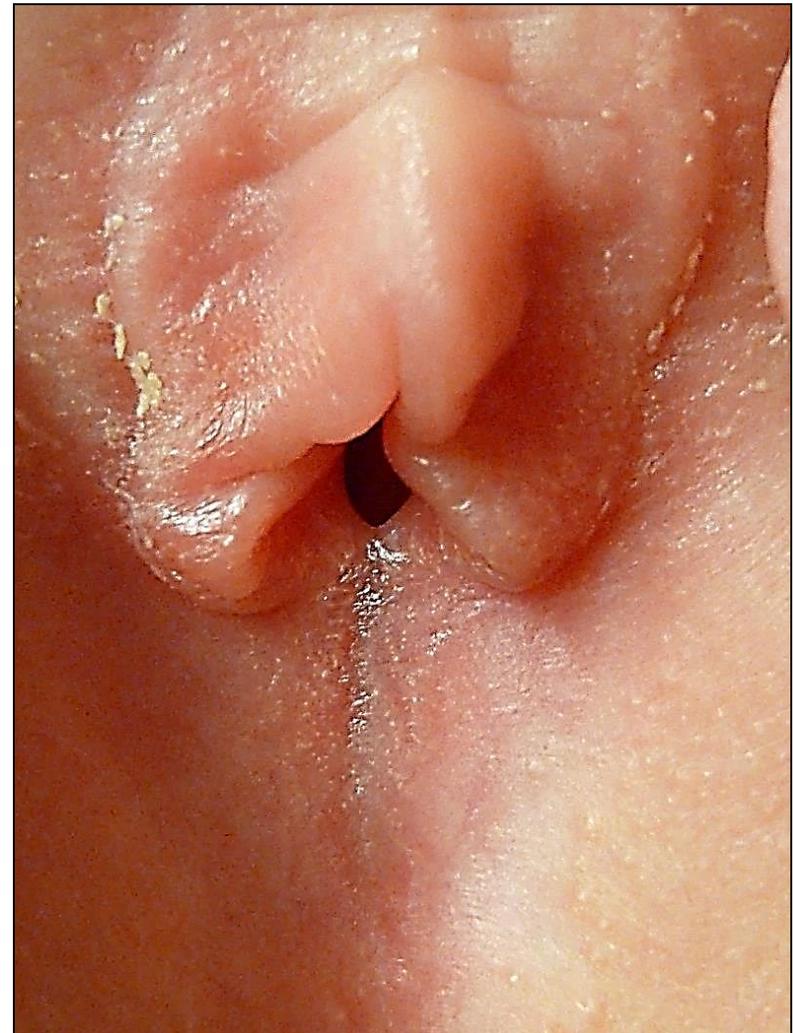
Persistance incomplète de la
membrane hyménéale
(hymen recouvrant)



Persistence incomplète membrane
hyménéale



Coalescence des petites lèvres



Atrésies vaginales



Cloison vaginale sagittale

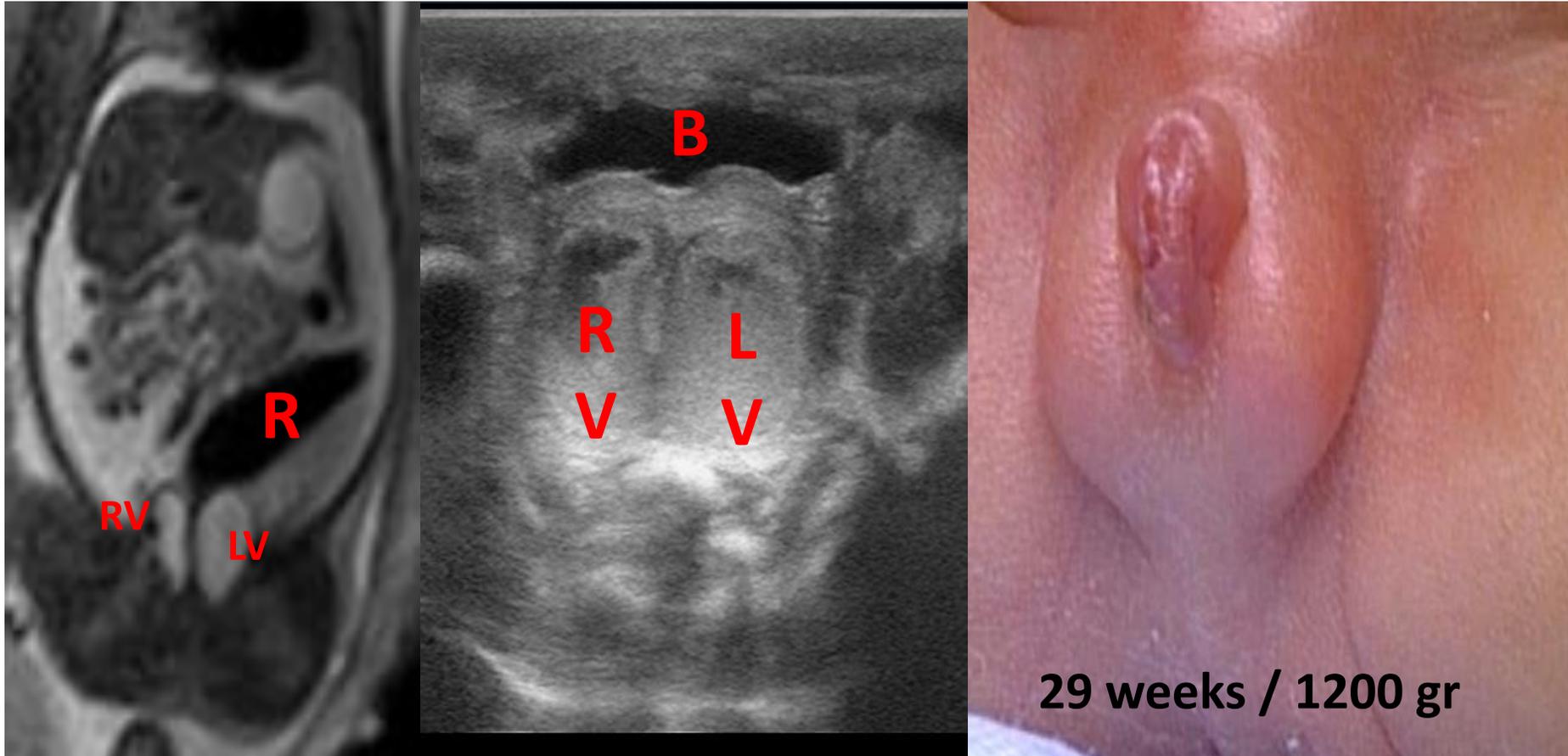


Malformations cloacales

Forme la plus grave de malformation anorectale chez la fille
Dépistage prénatal+++ , discussion IMG possible car séquelles fonctionnelles notables
Absence d'anus, vulve étroite, un seul orifice visible



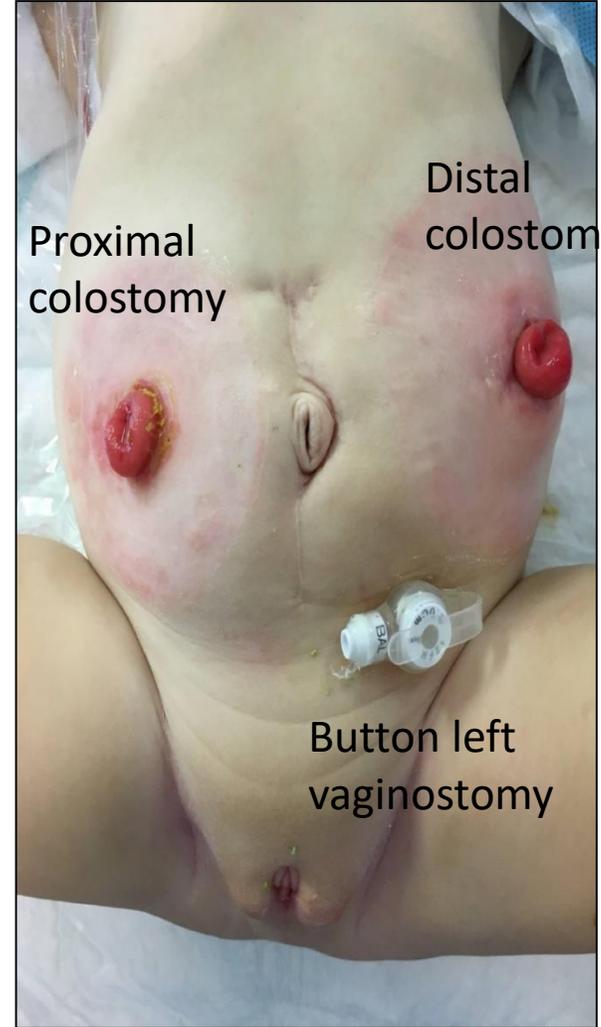
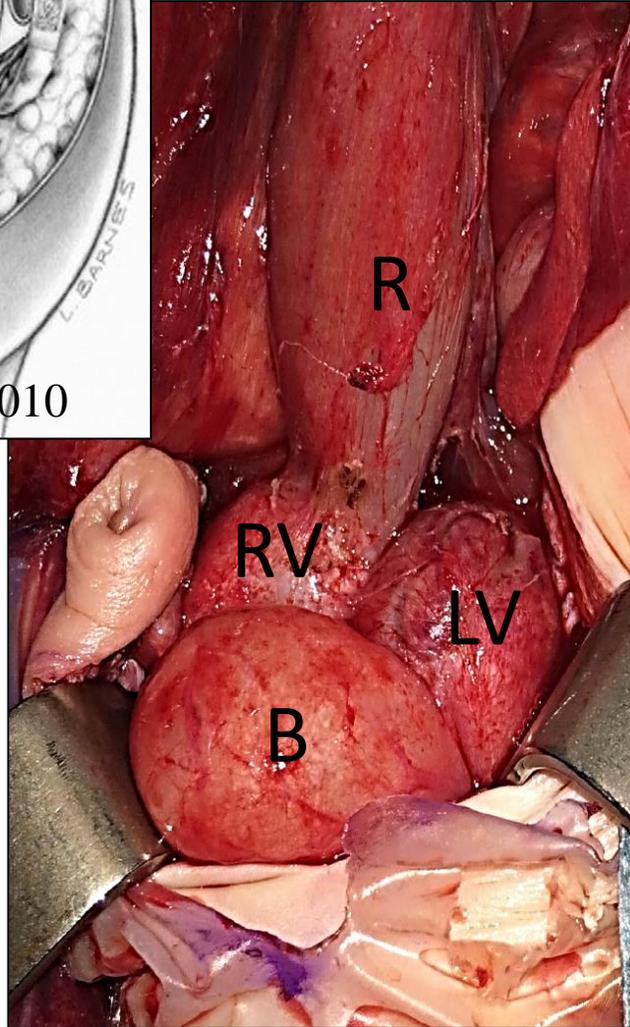
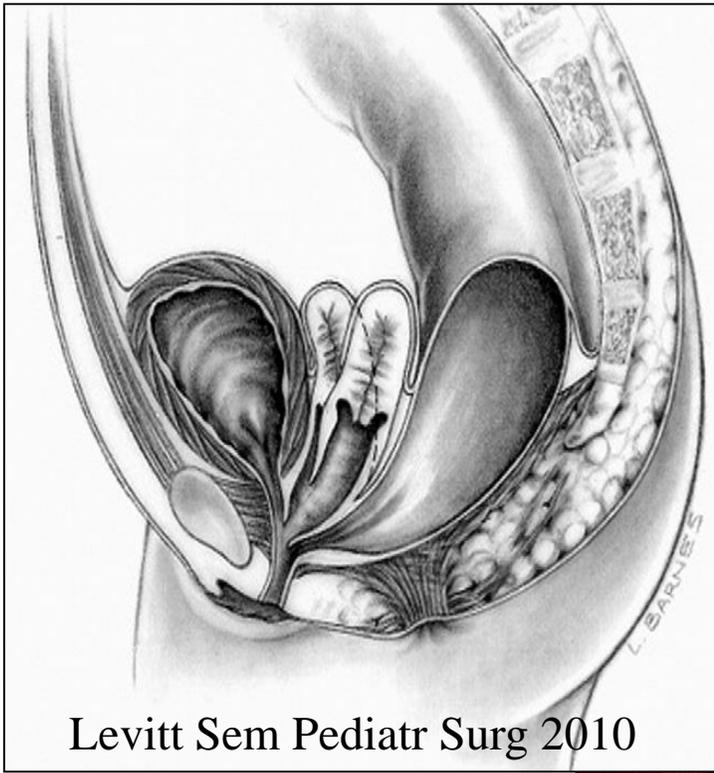
Prenatal cloacal malformation with hydrocolpos (gemellary pregnancy)



Fetal MRI
(29 weeks)

Neonatal sonography
(29 weeks)

Neonatal perineum
(29 weeks)



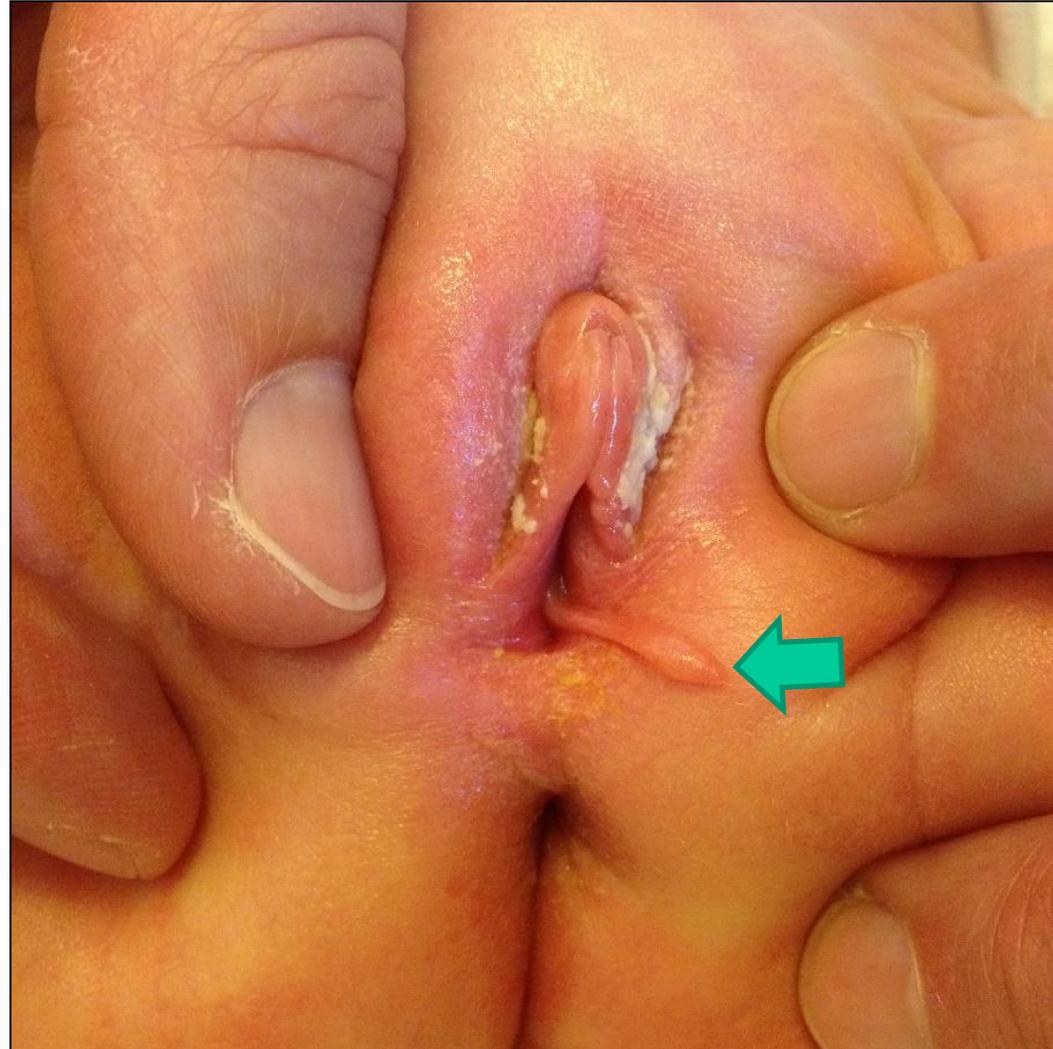
Prolapsus de l'urètre



Tumeur maligne du vagin



Polype vulvaire congénital

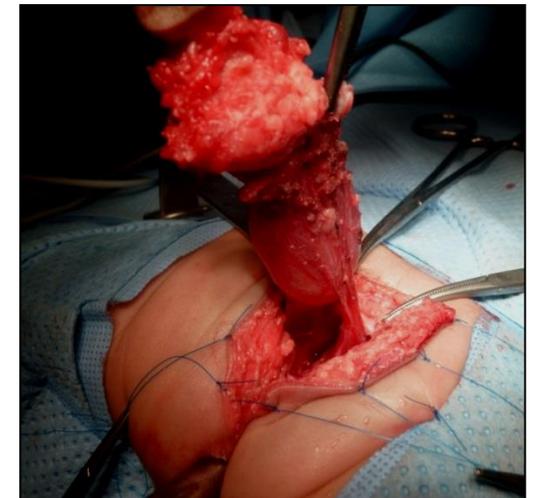


Anomalies de la région sacro-coccygienne

- Tératomes sacro-coccygiens
- Fossettes coccygiennes
- Autres

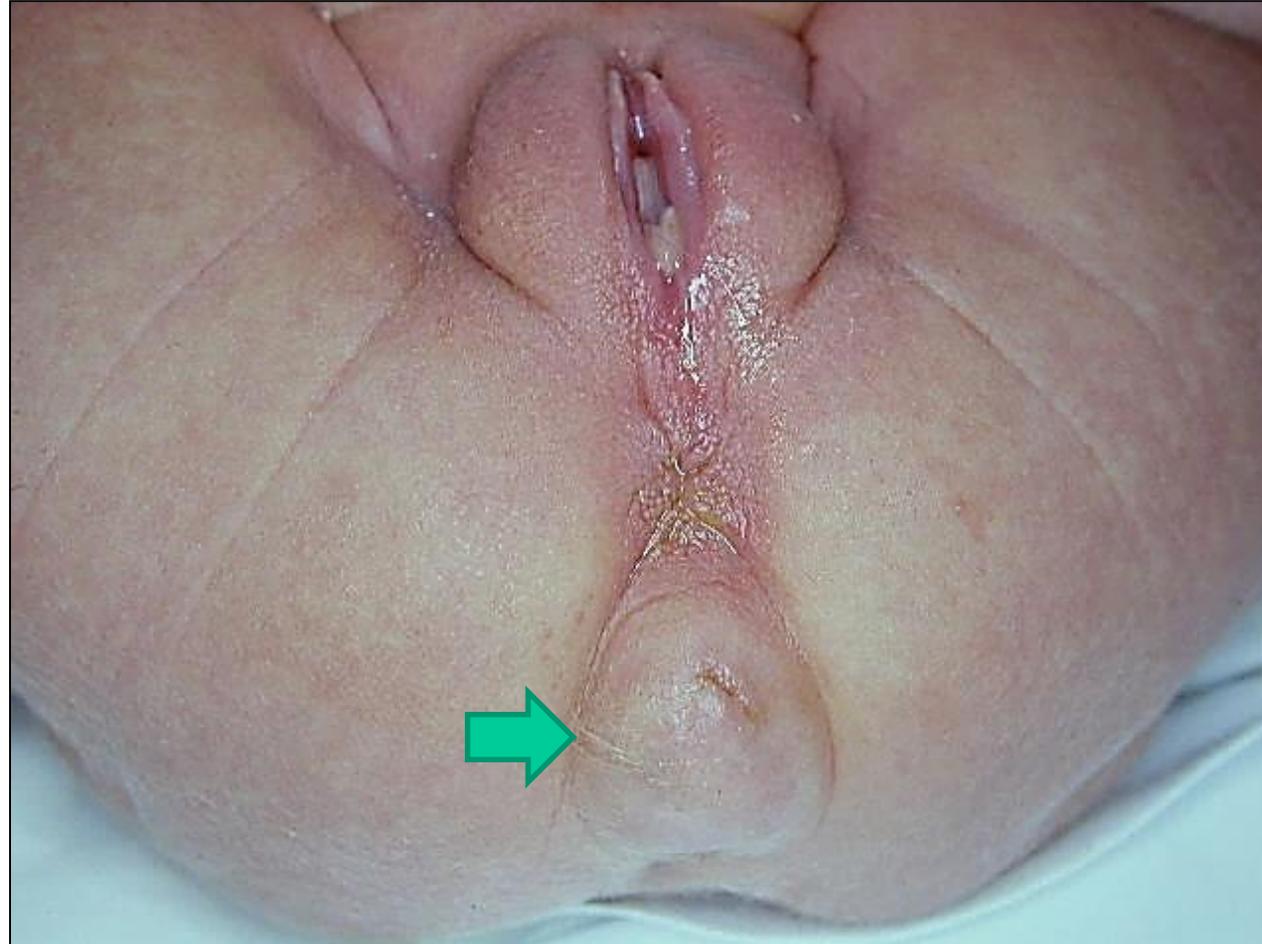
Tératomes sacro-coccygiens

Attention aux formes frustes!



Tératomes sacro-coccygiens

Attention aux formes frustes!

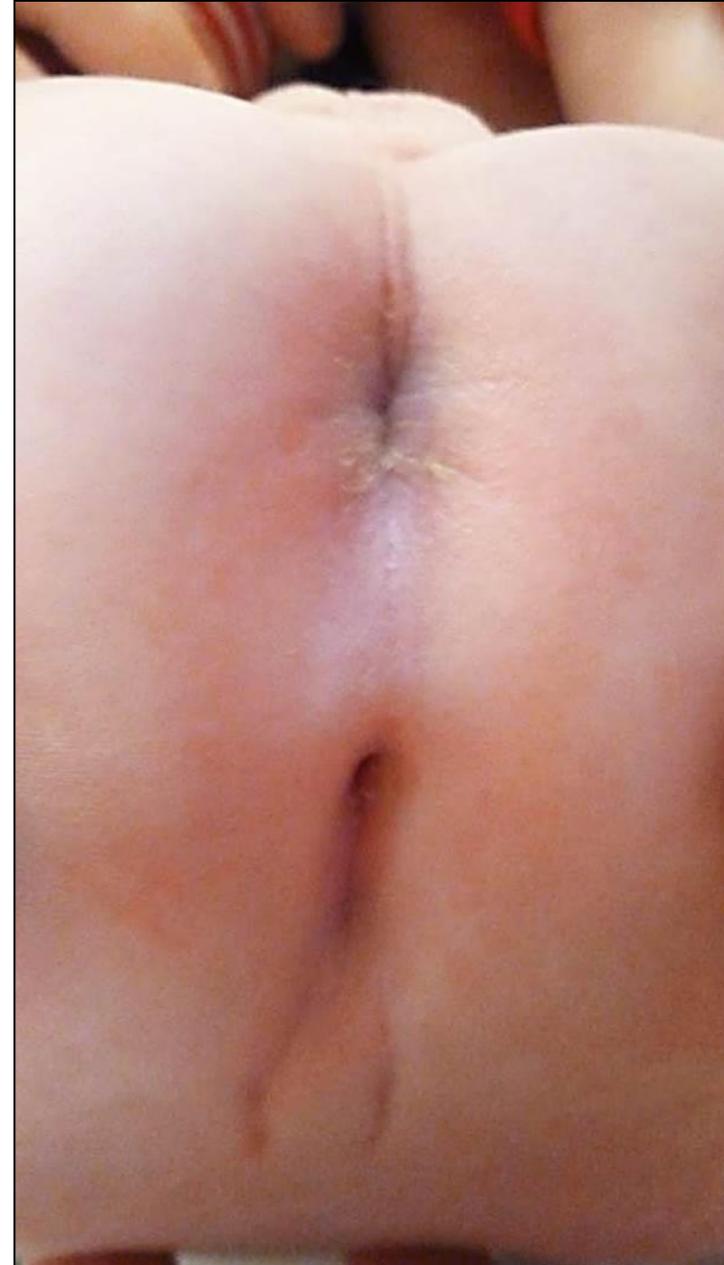


Fossettes coccygiennes

- Banales, isolées ou pas?
- Examens complémentaires ou pas?

4% des naissances

Echo médullaire < 4 mois



Fossettes coccygiennes banales et isolées

Kriss VM. Am J Roentgenol. 1998

- **Critères diagnostiques (de Kriss) :**
 - < 5 mm de diamètre et distance fossette / anus < 25 mm
 - Pas de signe neurologique
 - Pas de stigmatisme cutané de dysraphisme
- Imagerie non nécessaire

Weprin BE. Pediatrics 2000

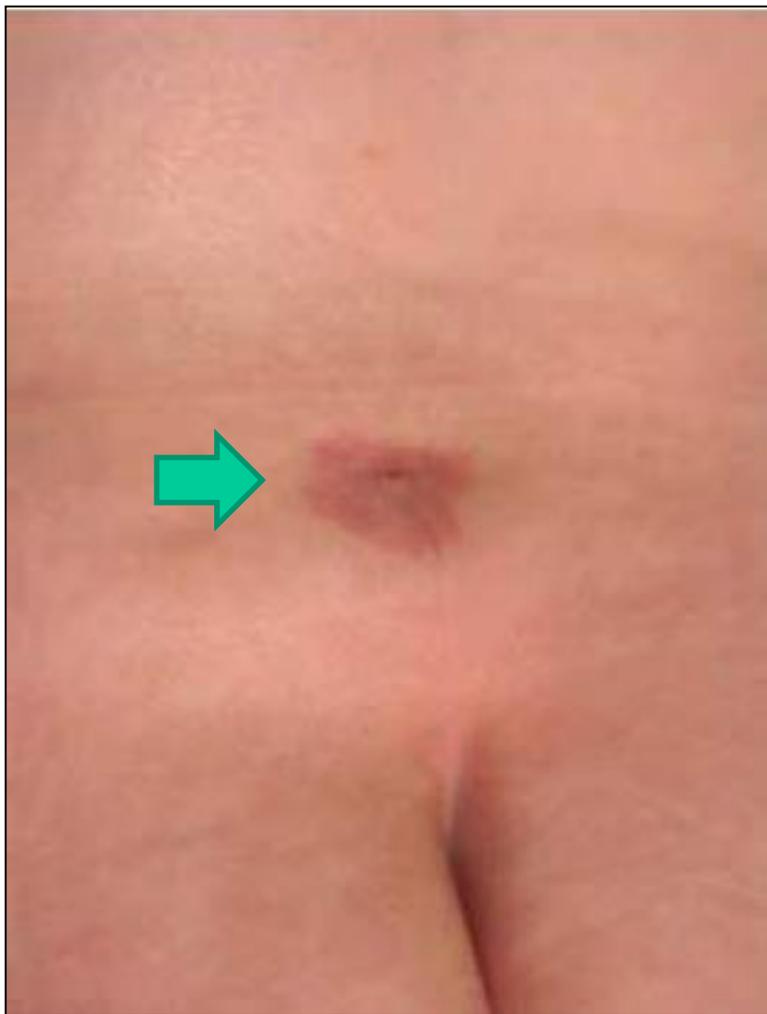
Avni. Pédiatrie 1991

Dallot Le Saché Arch Pediatr 2009

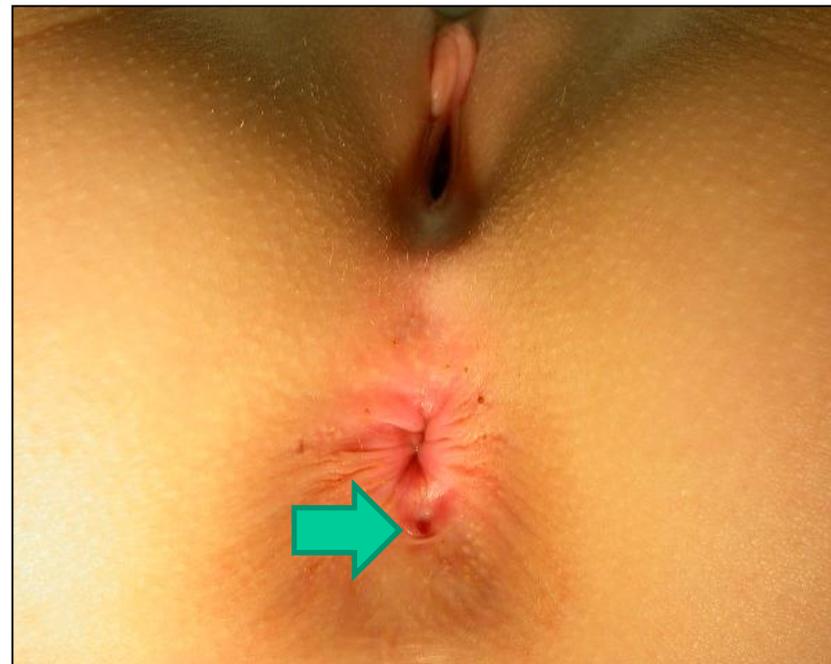


Sinus dermique

Dallot Le Saché Arch Pédiatr 2009

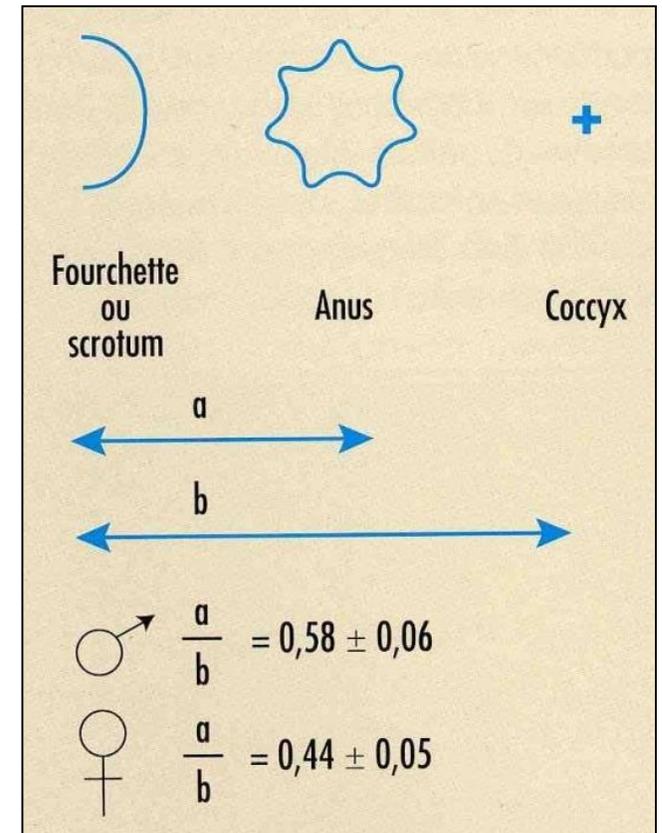


Duplication anale



Malformations anorectales

- Certaines sont évidentes mais d'autres beaucoup moins
- Le dépistage est clinique (maternité)
- Un anus normal est
 - Positionné sur la ligne bi-ischiatique
 - Plissé sur toute sa circonférence
 - De diamètre estimé à 8-10 mm (NN à terme)
 - Contractile à la stimulation



Malformations anorectales

Dépistage – Les réflexes à avoir

- Tout doute quant à l'aspect normal de l'anus doit imposer un avis spécialisé
- Toute MAR doit faire l'objet d'un bilan systématique complet (recherche de malformations associées)
- Penser à l'éventualité d'une cause génétique



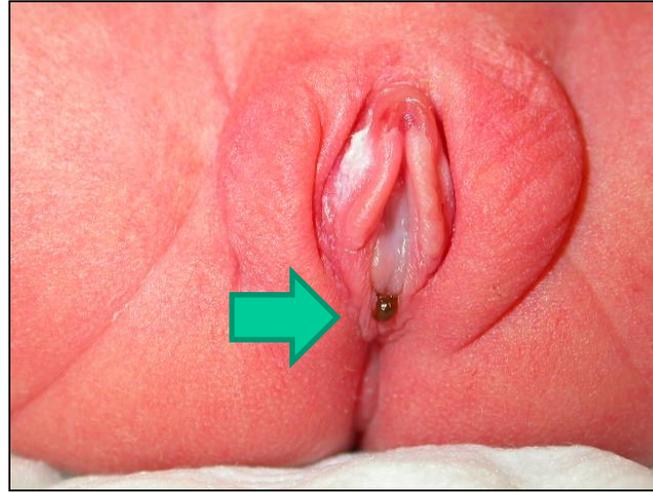
Malformations anorectales

Dépistage parfois facile : absence d'orifice anal au périnée

Absence d'anus ou de fistule périnéale



Absence d'anus mais fistule vestibulaire



Absence d'anus mais fistule périnéale (scrotale)

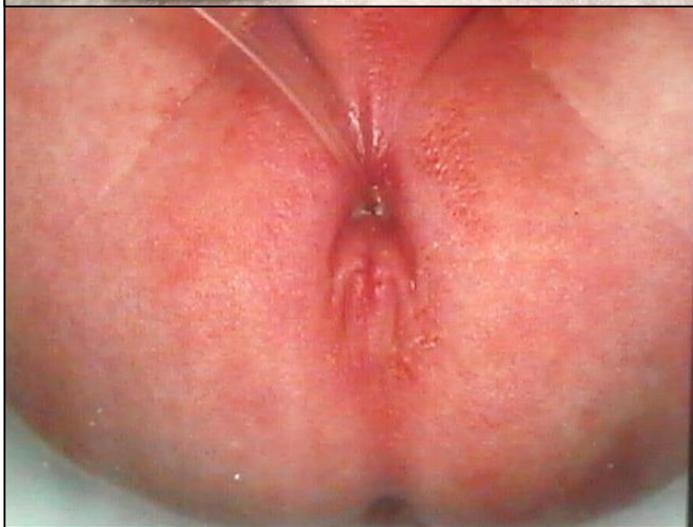


Absence d'anus mais fistule périnéale



Malformations anorectales

Dépistage parfois difficile : anus présent et paraissant normal
ou douteux/inhabituel



Fistule in situ



Fistule périnéale antérieure



Malformations anorectales

Dépistage – Le sujet des antépositions anales

Examen clinique+++

Imagerie? (écho médullaire)

Antéposition isolée

- Surveillance simple
- Chirurgie rare (constipation)



Abcès péri-anaux et fistules anales du nourrisson

- Fréquents
- D'origine malformative
- Diagnostic clinique
- Pas de diagnostic différentiel
- Traitement médical possible
 - dans formes débutantes non collectées
 - mais risque de récurrence
- Traitement chirurgical
 - des formes collectées



Abcès péri-anaux (de la marge anale) Fistules anales

- Fréquents chez petit nourrisson
- Origine congénitale : canaux d'Hermann et Desfosses
- Proximité marge anale
- Fistule souvent unique, directe, superficielle



Abcès péri-anaux (de la marge anale) Fistules anales

- **Forme débutante** : soins locaux antiseptiques + ATB, risque de récurrence élevé
- **Forme collectée** : exploration chirurgicale, ponction-bactériologique, épreuve au bleu de méthylène dilué++, recherche fistule, mise à plat (fistulotomie) si superficielle, traction élastique si trajet profond



Abcès péri-anaux (de la marge anale) Fistules anales

Fistule anale « chronicisée »

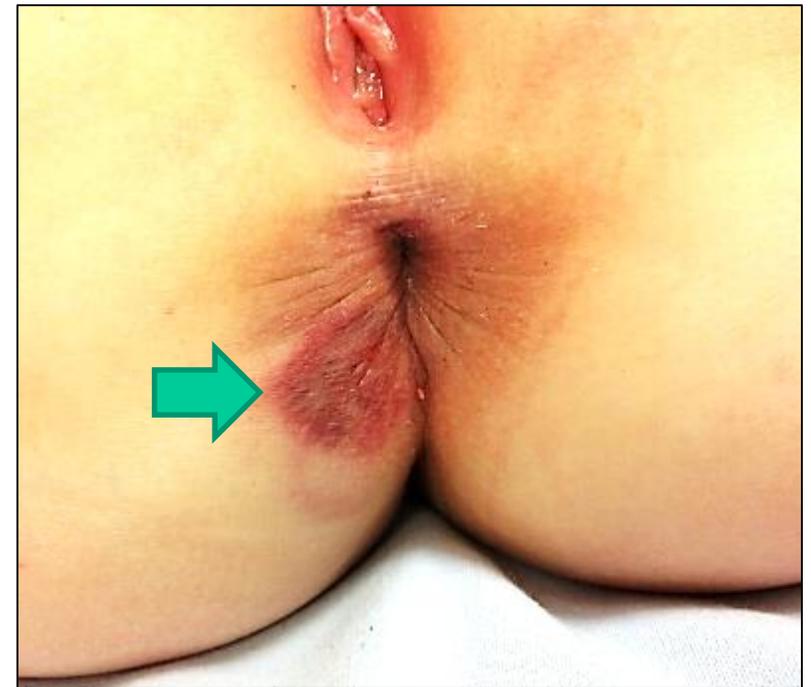
- ATCD plusieurs abcès non opérés
- Orifice fistuleux chronique productif
- Traitement chirurgical



Autres affections proctologiques du nourrisson

- Moins fréquentes
- D'origine malformative ou acquise
- Diagnostic clinique
- Avis chirurgical fréquent

Traumatismes (accidentels)



Les lésions en relief

Condylomes



Polype anal congénital



Hémorroïdes et prolapsus hémorroïdaires



Les lésions de type « fissures »

Fissure anale (constipation)



Fissure inter-ano-vulvaire
(malformative)



Pathologies génito-scrotales et périnéales au cours de la première année de vie

- Dépistage néonatal (maternité++)
- Diagnostic clinique +++, souvent visuel (inspection)
- Malformations ou pathologies acquises
- Risques fonctionnels
 - Parfois potentiellement graves (étranglements herniaires)
 - Parfois sur l'évolution à long terme (continence)
- Objectif = diagnostiquer tôt pour prévenir les complications et ne pas retarder la chirurgie si elle est indiquée

Merci pour votre attention

cpiolat@chu-grenoble.fr