

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N°

Thèse

PRISE EN CHARGE DE L'HYDROCELE DE L'ADULTE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KOUTIALA

Présentée et soutenue publiquement le 27/12/2021 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Antoine COULIBALY

**Pour obtenir le grade de Doctora en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président : Pr Zanafon OUATTARA

Membres : Dr Mamadou Tidiani COULIBALY

Co-directeur : Dr Brehima BALLO

Directeur : Pr BERTHE Honoré Jean Gabriel

DÉDICACE

Je dédie cette thèse à :

Allah le Tout Puissant, le Miséricordieux, le Très Miséricordieux, par sa grâce j'ai pu mener à terme ce travail.

A mon père : Pierre Totegue Coulibaly

Papa ! C'est le moment pour moi, de vous dire merci d'avoir sacrifié votre bonheur pour ma réussite malgré d'innombrables difficultés socio-économiques. Je n'oublierai jamais vos conseils d'amour. Papa, encore une fois merci !

A ma mère : Catherine Niakoro Traoré

Mama ta générosité sans faille, ton affection maternelle, ton courage et ton sens de l'humilité ont fait de toi une femme exceptionnelle dans le foyer et appréciée de tous.

Mère infatigable, merci pour ton profond amour, tes prières, tes encouragements, tous les sacrifices consentis et tes multiples soutiens pendant les moments difficiles de mes études.

Je prie Allah qu'il te donne une longue vie pour déguster le fruit de tes efforts.

Je te rassure chère mère de toute ma reconnaissance et de mes sentiments les plus profonds : **Merci maman !**

REMERCIEMENTS :

Au Docteur Laya Niangaly : D.E.S en Urologie.

Pour votre disponibilité et votre contribution de qualité qui ont permis la réalisation de ce travail.

De simples mots ne suffisent pas pour vous exprimer toute notre reconnaissance et notre gratitude.

Au Docteur Sylla Cheickna : Gynécologue-Obstétricien

Votre rigueur dans le travail et votre encouragement sont des atouts dont nous avons bénéficié au cours de notre formation. Recevez ici notre reconnaissance et notre plus grand respect.

A Madame Dembélé Bintou : infirmière d'état au centre de santé de référence de Koutiala (service d'urologie): La considération, l'estime, les bénédictions que vous m'avez apportées m'ont été d'un grand soutien ; puisse ce travail témoigner de ma forte reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A mes frères et sœurs : Marie Coulibaly ; Simon Coulibaly ; Dieudonné Coulibaly ; Agnès Gniré Coulibaly ; Etienne Coulibaly ; Christine Coulibaly.

Vous m'avez beaucoup aidé à surmonter les difficultés au cours de mes études médicales avec votre soutien financier, matériel et moral. Permettez-moi de vous adresser mes très sincères reconnaissances à travers ce modeste travail. Merci pour votre soutien inestimable, inconditionnel, pour vos conseils et vos encouragements.

A tous mes amis et collègues : Je serai reconnaissant envers vous.

Aux familles Niangaly (Koutiala) et Daou à Djalakorobougou (Bamako) :
Toute ma reconnaissance et sympathie.

Aux personnels du bloc opératoire, de chirurgie, de médecine, de la maternité, du laboratoire, de la pharmacie, du secrétariat, de la pédiatrie du CSRéf de Koutiala : vous avez été constamment à mes côtés tout au long de ce travail. Tout en vous priant de m'excuser pour certains désagréments dans le cadre du travail, recevez à travers ce passage l'expression de ma parfaite reconnaissance.

Aux personnels du service d'urologie du CHU Gabriel Touré. Merci

A ma fiancée Aoua N'diaye : Ton savoir-faire, ton savoir vivre et ta douceur m'ont beaucoup impressionné ; qu'Allah nous accorde longue et heureuse vie conjugale.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître président du jury de thèse

Professeur Zanafon Ouattara

- **Chirurgien urologue, andrologue,**
- **Maitre de conférences d'urologie, Ancien chef du service d'urologie du CHU Gabriel Touré,**
- **Ancien Coordinateur du DES (diplôme d'études spécialisées) d'urologie.**

Homme de principe, votre rigueur scientifique, votre esprit d'organisation et de méthode vous imposent sur la scène régionale et honorent tout le Mali.

Vous nous avez confié ce travail et vous avez suivi sa réalisation avec un grand intérêt et une bienveillante attention.

Soyez assuré, cher Maître, de notre profonde reconnaissance non seulement pour avoir œuvré dans la réalisation de notre thèse ; mais surtout pour votre souci de nous préparer à la vie dans l'honneur, le travail bien fait et le respect de la bienséance.

En acceptant de présider ce jury, vous nous honorez pleinement. Nous gardons de vous l'image d'un grand Maître dévoué et serviable.

Qu'il nous soit permis de vous adresser nos sincères remerciements

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Dr MAMADOU TIDIANI COULIBALY

- **Chirurgien urologue**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Maitre –assistant à la FMOS**
- **Membre de l'AMU-Mali**

Cher maitre,

Nous sommes très touchés par votre dynamisme, votre courage et votre modestie.

Vos critiques, vos suggestions et vos encouragements ont été d'un apport capital pour l'amélioration de ce travail.

Permettez –nous, cher maitre de vous exprimer notre respect et toute notre reconnaissance.

A notre maître et co-directeur de thèse

Docteur Bréhima Ballo

- **Chirurgien urologue**
- **Responsable du bloc opératoire du CSRéf de Koutiala, Chef du service d'urologie du Csref de Koutiala.**

Cher maître,

Vous vous êtes investi à fond pour me créer un cadre idéal pour la réalisation de ce travail. Lorsque nous venions à vous, nous étions crispés. Cette crispation a rapidement disparu avec votre accueil ; votre approche méthodique, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre simplicité et votre courtoisie font de vous un encadreur, un pédagogue remarquable.

Votre apport dans ce travail est immense.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre très haute considération

A notre maitre et directeur de Thèse

Professeur Honoré Jean Gabriel BERTHE

- **Chirurgien Urologue au CHU du point G,**
- **Maitre de conférences à la Faculté de Médecine Odontostomatologie,**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point G**
- **Secrétaire général de l'A.M. U- Mali**

Cher maître, c'est un réel plaisir pour nous de vous avoir rencontré pour diriger ce travail. Au cours de notre formation, nous avons été séduits par votre sens du travail bien accompli. Votre simplicité sans limite, votre franchise, votre humanisme et surtout votre souci permanent de formation ont forcé notre estime et notre admiration. Ces qualités font de vous un maître respectable.

En témoignage de notre reconnaissance infinie, nous vous prions de trouver en cet instant solennel, l'expression de notre profonde gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : Anesthésie générale

ALR : Anesthésie loco-régionale

ATCD : Antécédent

CC : Centimètre cube

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Coll. : Collaborateurs

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DES : Diplôme d'étude spéciale

ECBL : Examen Cyto-Bacteriologique du Liquide

Fig. : Figure

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Hb : Hémoglobine

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HNPG : Hôpital National du Point G.

HTA : Hypertension Artérielle

IH : Insuffisance Hépatique

IMG : Insuffisance Mitrale Gauche

Inf. : Inférieur

ml : Millilitre

NFS : Numération Formule Sanguine

OEA : Orchi-épididymite Aigue

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCPV : Persistance du Canal Peritonéo -Vaginal

TC : Temps de Coagulation

TCS : Tortion du Cordon Spermatique

TR : Toucher Rectal

TS : Temps de saignement

% : Pourcentage

Table des matières

I.INTRODUCTION :	2
II. OBJECTIFS :	4
1. Objectif général :	4
2. Objectifs spécifiques :	4
III. Généralités	6
1. Définition :	6
IV.DIAGNOSTIC :	17
V- METHODOLOGIE :	37
Lieu d'étude :	37
1. Cadre :	37
2. Type d'étude :	37
3. Période d'étude :	37
5- Population d'étude :	37
5.1- Critères d'inclusion :	38
5.2- Critères de non inclusion :	38
6- Supports des données :	38
7- Elaboration de la fiche d'enquête :	38
8- Saisie et analyse des données :	38
9- Aspects éthiques :	38
VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	50
VII.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	51
VIII.CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	55
VIII.CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	56
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	57
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	58
ANNEXES	61
FICHE D'ENQUETE.....	61
FICHE SIGNALETIQUE Nom : Coulibaly Prénom : Antoine.....	64
SERMENT D'HIPPOCRATE	65

I.INTRODUCTION

I.INTRODUCTION :

Décrite depuis le 15^{ème} siècle par Ambroise Paré [1,2], l'hydrocèle de l'adulte est définie comme une collection anormale de fluide séreux dans l'espace entre les feuillets pariétal et viscéral de la tunique vaginale [1,3].

C'est en général une lésion acquise par atteinte de l'intégrité de la vaginale, contrairement à l'hydrocèle de l'enfant où elle est due à une persistance du canal péritonéo-vaginal.

La filariose lymphatique humaine, retrouvée dans de nombreux pays à travers le monde, est la cause la plus répandue de l'hydrocèle vaginale de l'adulte [4]. Elle affecterait environ 120 millions de personnes dans le monde, avec un milliard de personnes considérées comme étant à risque d'être infectées [5 ,7]. Au Mali, l'hydrocèle de l'adulte a fait l'objet de plusieurs études, notamment dans le cadre de campagne d'éradication des maladies tropicales négligées. C 'est ainsi que deux campagnes de prise en charge d'hydrocèle ont été réalisés au centre de santé de référence de Koutiala. En Afrique, l'hydrocèle représente la troisième cause de grosse bourse (17,8%), derrière les orchépididymites (24,3%) et les hernies inguinoscrotales (20,0%).

Les problèmes esthétiques, les appréhensions sociales et la gêne sexuelle constituent les principaux motifs de consultation [8 ,10].

Notre étude donne une approche spécifique de l'hydrocèle dans le centre de santé de référence de Koutiala dont les objectifs sont les suivants :

II. OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

1. Objectif général :

Étudier la prise en charge de l'hydrocèle au centre de santé de référence de Koutiala

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de l'hydrocèle au centre de santé de référence de Koutiala
- Décrire les caractères socio-épidémiologiques de l'hydrocèle au centre de santé de référence de Koutiala
- Décrire les aspects cliniques et para-cliniques de l'hydrocèle au centre de santé de référence de Koutiala
- Evaluer l'efficacité de la prise en charge de l'hydrocèle au centre de santé de référence de Koutiala
- Evaluer les suites opératoires à court et moyen terme de l'hydrocèle au centre de santé de référence de Koutiala

III. GENERALITES

III. Généralités

1. Définition :

L'hydrocèle est un épanchement liquidien séreux péri testiculaire entre les feuillets de la vaginale (vaginale testiculaire et pariétale) et comme étant un épanchement de liquide clair entre les deux feuillets de la séreuse du canal péritonéo-vaginal (chez l'enfant).

2. RAPPELS ANATOMIQUES

2.1. Rappel anatomique :

2.1.1 Anatomie descriptive :

2.1.2. Situation des bourses :

Les deux bourses constituent un sac allongé verticalement, situé dans le périnée urogénital en dessous du pénis, contenant les testicules et ses annexes

ENVELOPPES DU TESTICULE

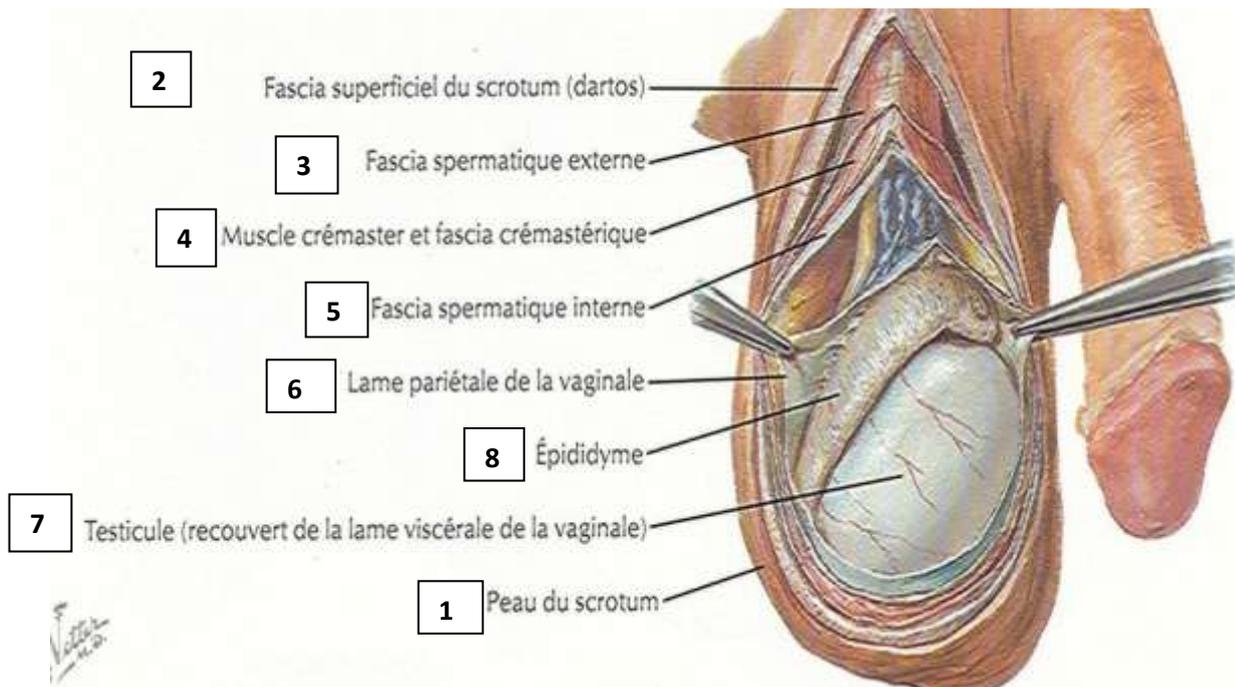


Fig2 : coupe sagittale du scrotum montrant les enveloppes du testicule selon Netter

Les enveloppes du testicule forment, en avant du périnée et au-dessous de la verge, un sac allongé verticalement, appelé bourse. Chez l'enfant les bourses sont plus larges en haut qu'en bas. Chez l'adulte, elles sont renflées en bas et suspendues au-dessous du pubis par une partie rétrécie, appelée pédicule.

Chez l'adulte, la moitié gauche descend ordinairement un peu plus bas que la droite. Les bourses sont divisées en deux moitiés par un raphé médian qui se continue en arrière sur le périnée. Les bourses sont formées par la paroi abdominale qui est en quelque sorte refoulée par le testicule et par le canal vaginal qui précède cet organe dans sa descente. Ceci explique pourquoi les enveloppes du testicule, représentent les différentes couches de la paroi abdominale et c'est pourquoi elles sont en continuité avec elles.

Ces enveloppes, en effet au nombre de sept, sont superposées dans le même ordre que les couches de la paroi abdominale.

On trouve, de la superficie vers la profondeur :

- la peau ou scrotum ;
- le dartos,
- la tunique celluleuse sous cutanée,
- la tunique fibreuse superficielle ou aponévrotique,
- la tunique musculaire,
- la tunique fibreuse profonde ou tunique fibreuse proprement dite,
- la tunique vaginale.

A l'exception de la peau qui forme une seule enveloppe aux deux testicules, toutes les autres tuniques des bourses constituent un sac particulier pour chacun de ces organes.

La Peau ou scrotum : La peau fine, très extensible, de couleur foncée, est sillonnée de plis transversaux qui vont du raphé aux faces latérales, en décrivant une courbe concave en haut et en dedans. Ces plis sont surtout prononcés sur les faces antérieures et latérales du scrotum.

Le Dartos : Le dartos est une mince membrane rougeâtre, unie à la face profonde du scrotum ; elle se compose de fibres musculaires lisses, de fibres conjonctives et de fibres élastiques. Cette couche musculaire est particulièrement développée sur les faces antérieures et latérales des bourses.

Les couches dartoïques qui doublent la face profonde du scrotum à droite et à gauche se divisent au voisinage du raphé en deux lames, l'une superficielle, l'autre profonde. La lame superficielle se continue sur la ligne médiane avec celle du côté opposé. La lame profonde monte accolée à son l'homologue du côté opposé et forme avec elle une cloison médiane qui s'étend jusqu'à la face inférieure de la verge.

Le dartos des bourses se confond en haut, sur les faces latérales de la racine de la verge, avec le dartos pénien ; il se continue en avant et en haut, de chaque côté du pénis, jusqu'à l'orifice du canal inguinal (il se prolonge parfois, en arrière, dans la région périnéale, où il prend le nom de dartos périnéal). Enfin, sur les côtés, il s'arrête le long du sillon génito-crural et s'attache aux branches ischio-pubiennes. Des fibres musculaires lisses qui le composent sont surtout dirigées d'avant en arrière, et c'est par leur contraction que se forment les plis ou rides du scrotum.

La Tunique celluleuse sous-cutanée : La tunique celluleuse sous cutanée, mince contient les vaisseaux et nerfs superficiels de la région scrotale.

Elle se continue autour de l'orifice superficiel du canal inguinal avec la couche de tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale, en arrière avec celle du périnée, tandis que, sur les côtés, elle est séparée des plans superficiels de la cuisse par les attaches ischio-pubiennes du dartos.

Le Fascia spermatique externe (tunique fibreuse superficielle) : Cette lame fibro-celluleuse, mince, fragile, prolonge dans les bourses le feuillet de revêtement superficiel du grand oblique. Elle continue en haut et en dedans avec le fascia du pénis.

Le Crémaster : il émane du bord inférieur des muscles oblique interne et transverse de l'abdomen.

Il semble avoir été refoulé par la migration testiculaire, Il est composé de 2 faisceaux (latéral et médial) très adhérents au fascia spermatique interne (la fibreuse profonde) :

Le faisceau latéral : Naissant de la partie latérale de l'arcade inguinale et du bord inférieur des muscles oblique interne et transverse ;

Descend à la face latérale du fascia spermatique interne (tunique fibreuse profonde), latéralement par rapport au cordon, jusqu'au testicule ;

Le faisceau médial : Naissant de l'épine du pubis et de l'insertion à ce niveau du tendon conjoint, plus grêle que le faisceau latéral ; il Descend à la face médiale du fascia spermatique interne, médial par rapport au cordon, mais moins bas que le faisceau latéral. La contraction du crémaster entraîne la rétraction du testicule vers l'anneau inguinal.

Le Fascia spermatique interne (tunique fibreuse profonde ou commune)

Représente l'évagination du fascia transversalis.

La Vaginale du testicule :

C'est une dépendance du péritoine avec lequel elle était primitivement en continuité par le canal péritonéo-vaginal. L'oblitération secondaire du canal sépare les deux séreuses (péritoine et vaginale) qui restent reliées par le ligament péritonéo-vaginal (ligament de Cloquet).

Elle forme une enveloppe autour du testicule, ouverte en arrière et comporte deux feuillets :

- Le feuillet viscéral tapisse l'épididyme et testicule : mince et adhérent, il ne peut en être séparé ;
- Le feuillet pariétal, appliqué à la face interne du fascia spermatique interne (fibreuse profonde) ;
- Les deux feuillets se continuent l'un par l'autre selon une ligne de réflexion entre eux qui laisse extra-vaginales la face médiale de l'épididyme et la partie postéro-inférieure du testicule.

En haut, elle passe en avant de la partie inférieure du cordon : 1 cm au-dessus de la tête de l'épididyme.

Elle descend ensuite en bas et en arrière (vers la ligne médiane), croisant la face médiale du testicule et du cordon à distance.

En bas, elle contourne l'extrémité inféro-postérieure du testicule au-dessous du ligament scrotal (Gubernaculum testis)

Elle remonte latéralement, oblique en haut et en avant sur la face latérale du testicule, puis sur le bord latéral de la queue et du corps de l'épididyme. La cavité de la vaginale est normalement virtuelle ; cependant, elle peut être le siège d'épanchements liquidiens : hydrocèle vaginale (épanchement séreux) ou hématocele vaginale (épanchement hémorragique).

2-2 : VAISSEAUX ET NERFS DES BOURSES

2-2-1 -Les artères

Les artères superficielles viennent des artères pudendales externes, branches de l'artère fémorale, et de l'artère périnéale superficielle, branche de l'artère pudendale interne. Ces artères se ramifient dans la tunique celluleuse sous cutanée des bourses et s'anastomosent entre elles. Les artères profondes proviennent de l'artère funiculaire branche de l'artère épigastrique. L'artère funiculaire descend en arrière de la tunique profonde jusqu'à l'extrémité postérieure du testicule, où elle s'anastomose avec les artères spermatiques et déférentielle. Elle s'anastomose avec les artères superficielles. L'artère funiculaire irrigue le crémaster, la tunique fibreuse profonde et le feuillet pariétal de la vaginale.

2-2 -2-Les Veines

Les veines superficielles se jettent dans la saphène interne par les veines pudendales externes, et dans la veine pudendale interne par les veines périnéales superficielles. Les unes et les autres s'anastomosent avec les veines sous-cutanées des régions voisines. Les veines profondes se terminent dans le plexus veineux du cordon.

2-2-3-Les lymphatiques :

Les lymphatiques rejoignent les lymphonoeuds inguinaux superficiels et lacunaires

2-2-4 -Les Nerfs

Les bourses sont innervées par le nerf périnéal superficiel et par le rameau périnéal externe, branches du pudendal interne, par le rameau périnéal de la petite sciatique et par les rameaux génitaux des nerfs abdomino -génitaux et génito -crural. Ce sont ces derniers qui innervent le crémaster.

2-3-Anatomie de la région inguinale :

2-3-1-Anatomie descriptive :

On décrit classiquement au canal inguinal 4 parois et deux orifices.

➤ Les parois :

-Paroi antérieure : elle est constituée par l'aponévrose d'insertion du muscle oblique externe dont les fibres inférieures divergent pour se différencier en piliers : les piliers de l'orifice externe du canal ;

- le pilier externe est la partie la plus latérale et la plus basse de l'insertion du muscle l'oblique externe. Il s'insère sur l'épine du pubis controlatéral et sur l'arcade fémorale.

- le pilier interne s'insère sur la face inférieure du pubis et sur l'épine du pubis contre- latéral.

Les deux piliers internes et externes se croisent en avant de l'oblique externe.

- Il existe un troisième pilier, le pilier postérieur de Colles ou ligament réfléchi.

Il se détache de l'arcade crurale, descend en arrière du pilier interne et s'insère sur l'épine du pubis du côté opposé.

La divergence de ces piliers délimite l'orifice superficiel.

- Paroi supérieure : elle est représentée par le tendon conjoint formé par la fusion des fibres inférieures du muscle petit oblique (muscle oblique interne) et transverse de l'abdomen.

- Paroi inférieure : elle est formée par l'arcade fémorale qui est une bande fibreuse tendue de l'épine iliaque antéro-postérieure à l'épine du pubis : oblique en bas et en dedans, elle forme un angle de 40° avec l'horizontal.

- Paroi postérieure : constituée par le fascia transversalis renforcée, en bas par la bandelette ilio-pubienne de THOMPSON, en dedans par le ligament de HENLE et en dehors par le ligament de HESSELBACH.

Derrière le fascia transversalis se trouve le péritoine. Dans le fascia sous péritonéal qui sépare le fascia transversalis et le péritoine cheminent trois formations :

- sur la ligne médiane de l'abdomen se situe l'ouraque tendu de la vessie à l'ombilic.

- En dehors de l'ouraque se situe le cordon fibreux contenant l'artère ombilicale atrophiée dans son trajet au-dessus de la vessie jusqu'à l'ombilic.

- Enfin dans le ligament inter-fovéolaire (ligament HESSELBACH), les vaisseaux épigastriques inférieurs (artère et veine épigastriques), montent en dehors de l'artère ombilicale pour pénétrer dans la gaine du grand droit. L'Ouraque, artère ombilicale et artère épigastrique soulèvent des replis du péritoine qui limitent les fossettes inguinales : interne, moyenne, externe.

La fossette inguinale externe se trouve en dehors du ligament inter-fovéolaire qui est à l'origine des hernies obliques externes.

La fossette inguinale moyenne se trouve entre le ligament inter-fovéolaire et l'artère ombilicale qui est à l'origine des hernies inguinales directes.

Enfin entre l'artère ombilicale et l'ouraque se trouve la fossette inguinale interne qui est à l'origine des hernies obliques internes.

➤ Orifices :

- ❖ Orifice inguinal superficiel :

Il se situe en dehors et au-dessus de l'épine du pubis juste sous la peau et le tissu cellulaire sous cutané.

Il est circonscrit par les piliers de l'aponévrose d'insertion de l'oblique externe et par les fibres arciformes de ce même muscle.

Cet orifice a une forme ovale ; à l'état normal il ne laisse passer que la pulpe de l'index chez l'adulte.

- ❖ Orifice inguinal profond : Il est situé dans la partie inférieure de la fossette inguinale externe à environ 2 cm au-dessus du 1/3 moyen de l'arcade fémorale juste au-dessus de la veine fémorale.

Cet orifice est bordé par le ligament inter-fovéolaire contenant les vaisseaux épigastriques inférieurs au niveau de sa face interne. Au niveau de cet orifice, le fascia transversalis s'invagine dans le canal inguinal pour former la gaine fibreuse commune du cordon spermatique.

2-3-2-Contenu du canal inguinal :

- Chez l'homme :

- ❖ Le cordon spermatique est constitué par le canal déférent accompagné des artères testiculaires déférentielles et funiculaires ; les veines homonymes, les vaisseaux lymphatiques, les muscles testiculaires (crémasters) ; le tout enveloppé par la fibreuse commune du cordon.
- ❖ Parfois le vestige du processus vaginal

- Chez la femme :

Le ligament rond de l'utérus

- Dans les deux sexes :

Les nerfs ilio-inguinal et génito-fémoral.

4-Etiopathogénie

L'hydrocèle est le plus souvent essentielle ; aucune cause particulière n'est trouvée. Elle serait due à une parasitose surtout si elle s'accompagne d'une hyper éosinophilie et survient dans une zone d'endémie filarienne.

Parfois, l'hydrocèle est secondaire à une cause sous-jacente: épididymite, orchite, tumeur du testicule, un traumatisme ; elle est alors d'apparition récente, de petit volume. On parle d'hydrocèle réactionnelle.

Elle entre aussi dans le cadre d'une anasarque de décompensation des insuffisances cardiaque, rénale, hépatique ou dans celui d'une malnutrition aiguë chez l'enfant.

Chez l'enfant, il existe classiquement une hydrocèle physiologique à la naissance en raison d'une persistance de la perméabilité du canal péritonéo-vaginal (CPV). La fermeture de ce canal se fait normalement en un an, et l'hydrocèle régresse sans séquelles. En cas de persistance complète du CPV, l'enfant présentera une hydrocèle communicante avec la cavité abdominale.

La classification de l'hydrocèle selon Capuano :

Volume de l'hydrocèle

Stade Scrotum moins volumineux qu'une balle de tennis

I

Stade Scrotum plus volumineux qu'une balle de tennis. Le pôle

II Inférieur du scrotum n'atteint pas la moitié de la cuisse

Stade Le pôle inférieur du scrotum atteint la moitié de la cuisse

III

Stade Le pôle inférieur du scrotum atteint la zone entre le bord

IV Supérieur de la rotule et le bord inférieur du genou (tubérosité tibiale).

Degré d'enfuissement du pénis

Grade Apparent sur toute sa longueur

0

Grade Apparent au 2/3 de sa longueur

I

Grade Apparent à la moitié de sa longueur

II

Grade Seul le gland est apparent

III

Grade Entièrement recouvert

IV

5. Physiopathologie :

L'enveloppe qui entoure le testicule, la vaginale est constituée de deux feuillets et forme une poche liquidienne : il s'agit d'une Hydrocèle.

IV. DIAGNOSTIC

IV. DIAGNOSTIC :

1. Circonstance de découverte : elle peut être faite soit par :

- L'augmentation du volume de la bourse ;
- Sont venus d'eux même pour une tuméfaction scrotale rénitente ;
- La pesanteur de la bourse
- La douleur peu intense et intermittente des bourses.
- L'interrogatoire recherche :
 - Le début de l'augmentation de volume des bourses ;
 - Les circonstances de survenue (traumatisme ou non) ;
 - Le mode d'installation : brutal ou progressif ;
 - Les antécédents médicaux : douleurs des bourses intenses, infection urinaire à répétition, pathologie cardiaque, rénale ou hépatique ;
 - Les traitements déjà effectués y compris le traitement traditionnel.

2. Examen physique :

Les signes généraux sont normaux dans la forme essentielle, il n'y a pas de fièvre, la température et le pouls sont normaux, il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs. La fièvre peut apparaître dans les formes infectées ou macérées.

A l'examen physique :

A l'inspection : la bourse est augmentée de volume, luisante avec souvent de traces de macération et de fumigation.

A la palpation : La peau du scrotum peut être normale ; peut-être pincée et glisse sur cette masse bien limitée très souvent normale et rénitente sauf chez l'enfant où on peut vider l'hydrocèle ; si persistance du canal péritonéo-vaginal le testicule n'est pas palpable. Le cordon spermatique palpé au-dessus de la tuméfaction est normal le plus souvent. Les orifices herniaires sont généralement libres.

Si on place au contact de la peau de cette masse, une lampe électrique puissante dans une pièce sombre, elle se laisse traverser par la lumière et apparaît rosée :

On dit qu'elle est trans-illuminable. Le testicule controlatéral est plaqué contre la paroi de la bourse et est très souvent normal.

Chez adulte : la non réductibilité de la masse et chez l'enfant possibilité de réduire l'hydrocèle.

On terminera par un examen général à la recherche d'une cause.

Au terme de cet examen, le diagnostic positif d'hydrocèle est le plus souvent posé, la question fondamentale étant l'origine de l'hydrocèle : est-elle essentielle ? Acquise ou congénitale ?

Les examens para-cliniques sont pour la plupart demandés dans le cadre de la recherche étiologique, du retentissement sur le testicule, de l'état du testicule et du bilan pré-opératoire.

3. Examens para-cliniques

- L'échographie des bourses : met en évidence une lame liquidienne anéchogène intra vaginale et péri-testiculaire. Elle apprécie le testicule dont la palpation était gênée par l'épanchement.
- L'hémogramme peut mettre en évidence, une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile, éosinophile ou une lymphocytose orientant vers une cause bactérienne spécifique ou non, parasitaire etc....
- Examen Cytobactériologique du Liquide (ECBL) : demandé en cas d'hydrocèle douloureuse.
- Le bilan préopératoire : NFS, groupage /rhésus, TP, TCK, uricémie à la recherche d'une hyper uricémie, créatininémie à la recherche d'hyper créatininémie, la glycémie à la recherche d'hyper glycémie, les tests filariens à la recherche de filariose.

4. Evolution

En l'absence de traitement, l'hydrocèle essentielle devient de plus en plus volumineuse et gêne la marche. Elle devient rarement douloureuse et les surinfections sont exceptionnelles en dehors des ponctions et des traumatismes

5. Formes cliniques

5.1. Formes symptomatiques

5.1.1. Hydrocèle intermittente : Généralement chez les enfants ou nourrissons.

Le motif de consultation est une augmentation du volume des bourses qui peut ne pas exister au moment de la consultation.

Son volume est variable, moins important le matin car le liquide reflue vers la cavité péritonéale en position allongée pendant la nuit.

Quand elle est présente au moment de la consultation, elle est rénitente, transilluminable, péri-testiculaire.

Une pression exercée sur la bourse fait remonter le liquide dans la cavité péritonéale. Il s'agit d'une hydrocèle communicante par persistance du canal péritonéo-vaginal.

On peut être amené à demander aux parents de photographier la tuméfaction au moment où elle apparaît.

5.1.2. Hydrocèle douloureuse :

Généralement d'apparition récente et de petit volume. Elle est généralement accompagnée de fièvre ou succède à un épisode douloureux intense. Il s'agit très souvent d'hydrocèle réactionnelle à une torsion du cordon spermatique, une orchépididymite aiguë, un traumatisme des bourses ou un cancer du testicule.

La mise sous tension brutale du scrotum, souvent contemporaine d'un épisode viral chez le nourrisson peut être douloureuse.

La peau est tendue, violacée mais la trans-illumination est positive : c'est l'hydrocèle aiguë d'une persistance du canal péritonéo-vaginal (PCPV).

5.1.3. Hydrocèle bilatérale :

Symétrique, elle est généralement associée à des œdèmes des membres inférieurs et de la peau du scrotum dans le cadre de la décompensation d'une insuffisance cardiaque, rénale etc.

Elle peut néanmoins être bilatérale et essentielle.

5.1.4. Pachyvaginalite:

Les infections répétées, les irritations à répétition parfois du fait de traitement alternatif, peuvent rendre la vaginale très épaisse. La tuméfaction quoi que rénitente n'est plus Trans-illuminable.

L'absence de notion de traumatisme, l'ancienneté de la tuméfaction et l'aspect anéchogène de l'épanchement à l'échographie des bourses sont en faveur d'une Pachy-vaginalite.

Quelque fois, le diagnostic est posé en per opératoire.

5.2. Formes associées :

5.2.1. A une hernie inguinale ou inguino-scrotale

Il peut s'agir de : une hernie funiculaire associée à une hydrocèle communicante ipsi latérale : l'examen clinique retrouve un cordon gargouillant ou grenu réductible avec une bourse transilluminable intermittente.

Une hernie inguinale ou inguino-scrotale associée à une hydrocèle non communicante ipsi ou controlatérale.

5.2.2. L'infiltration scrotale :

Au cours d'un tableau d'anasarque lié à une insuffisance rénale, d'une insuffisance cardiaque et les hépatopathies.

6. Diagnostic

6.1 Diagnostic positif :

Basé sur la constatation d'une tuméfaction uni ou bilatérale, permanente ou intermittente des bourses le plus souvent indolore, rénitente et transilluminable et anéchogène à l'échographie.

6.2. Diagnostic para-clinique

- Radiographie des bourses : Souvent pas nécessaire ;
- Echographie testiculaire : Objective un épanchement liquidien dans la vaginale ;
- Test filarien : Qui peut être positif ou négatif.

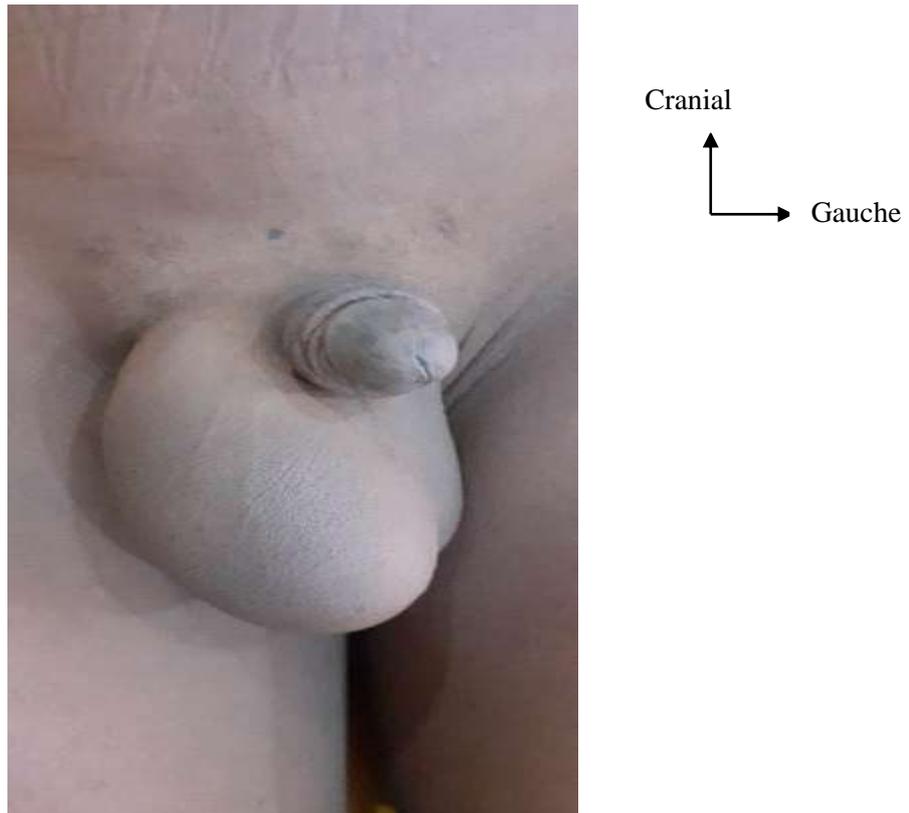


Fig3 : Patient de 17 ans présentant une hydrocèle droite, Dr Ballo et Coll année 2020, Centre de Santé de Reference de Koutiala (Csref Koutiala).

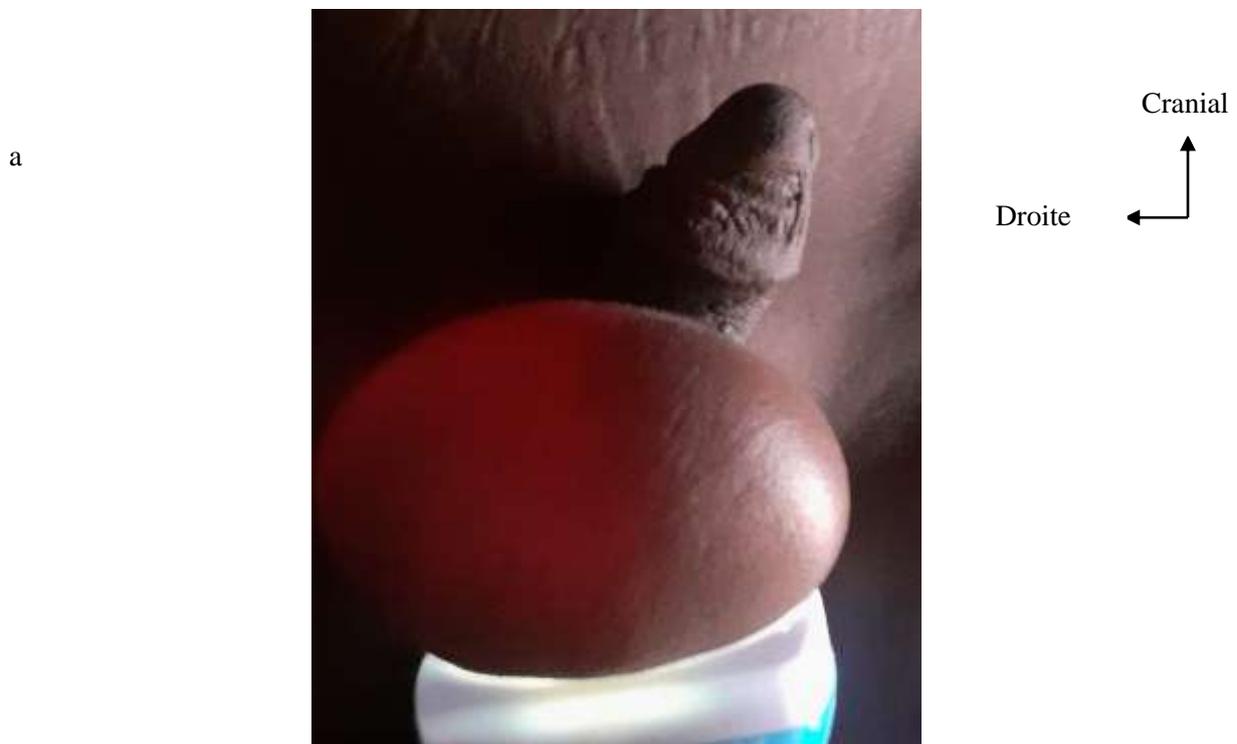


Fig 4 : patient de 17 ans avec un test de transillumination positive, Dr Ballo et Coll année 2020, Centre de Santé de Reference de Koutiala (Csref Koutiala).



Fig 5 : Patient âgé de 65 ans :

A : présentant une hydrocèle bilatérale.

B : transillumination positive

Source : Dr Ballo et Coll, année 2020, Csref de Koutiala.

6.3 . Diagnostic différentiel :

6.3.1. Hernie inguino-scrotale :

Tuméfaction impulsive à la toux, réductible, grenue ou gargouillante avec bruits hydro-aériques à l'auscultation.

6.3.2. Kyste du cordon :

Comparé par le malade à un troisième testicule, il est situé au-dessus du testicule qui est bien palpé, résistant et Trans illuminable.

6.3.3. Varicocèle : Masse molasse située au-dessus du testicule, épaississant le cordon, visible en position debout et disparaissant en décubitus dorsal.

Cette tuméfaction est aussi impulsive à la toux et à la manœuvre de Vasalva.

6.3.4. Hématocèle : Epanchement de liquide hématisé dans la cavité vaginale. Tuméfaction parfois douloureuse, rénitente non trans-illuminable très souvent dans un contexte de traumatisme des bourses.

6.3.5. Orchi-épididymite aiguë : Atteint l'homme en activité génitale, caractérisé par une douleur scrotale intense d'installation progressive. Elle peut être accompagnée de fièvre, urines troubles, bourse œdématisée inflammatoire, cordon infiltré, épaissi le signe de Prehn est positif.

ECBU et parfois ECB du liquide peuvent être réalisés : à la recherche de germes et Antibiogramme.

6.3.6. Torsion du cordon spermatique : c'est une urgence chirurgicale qui est caractérisée par un retournement de la glande autour de son axe vasculo-nerveux avec striction du pédicule entraînant ischémie testiculaire, d'une douleur hémiscrotale irradiant le long du cordon jusque dans la fosse iliaque avec légère augmentation du volume de la bourse (Signe de gouverneur est positif) ; Cordon épaissi avec sensation des spires de torsion (Signe de Prehn négatif) ; Reflexes cremasteriens absents et trans-illumination.

6.3.7. Cancer du testicule de révélation aigue :

C'est une douleur aigue avec augmentation du volume des bourses due à une hémorragie intra tumorale ou une nécrose tumorale.

L'échographie montre une masse tissulaire intra testiculaire hypo-échogène.

Parfois le diagnostic est posé devant la persistance de la symptomatologie malgré traitement bien conduit.

6.3.8. Œdème scrotal allergique :

Peut-être dû à un antécédent de piquêre ou d'une notion de purpura rhumatoïde avec scrotum œdématié, luisant avec aspect de peau d'orange ; le cordon est normal et la douleur est moins intense.

6.3.9. Lymphangites du scrotum :

Elles sont rencontrées lors des accidents aigus dans la filariose de Bancroft W.

Au début : la peau est chaude, œdématiée, douloureuse, s'accompagnant parfois d'adénopathie inguinale douloureuse et d'orchite avec fièvre et prurit. Une hyperéosinophilie et une microfilaremie nocturne sont positives aux tests filariens.

6.3.10. Gangrène des bourses :

C'est une cellulite nécrosante des bourses liée à une thrombose aigue des capillaires et une coagulopathie intra vasculaire.

Elle est primitive dans 5% (gangrène de Fournier) et est secondaire à une cause loco-régionale (fistule anale, abcès du périnée, sténose urétrale avec infection urinaire, traumatisme des organes génitaux externes, (lésion cutanée infectée).

- Les terrains débilisés : diabète, immunodépression, insuffisance hépatique, éthylique...
- Au début: elle se manifeste par une gêne scrotale, fébricule, signes digestifs (nausée, vomissement etc.)
- A 48 H : Elle évolue vers un œdème et une inflammation des bourses, voire un crépitement sous-cutané associés à de la fièvre.
- A la phase d'état : la zone de nécrose sur le scrotum s'étendant très rapidement en quelques heures avec une odeur fétide. Les signes inflammatoires sont très importants, gagnant la région sous-pubienne et même au-delà. Provoquant une altération de l'état général avec apparition d'un choc septique et des défaillances multi- viscérales.

Le bilan biologique doit être réalisé afin d'identifier les germes surtout chez les immunodéprimés, diabétiques etc.

7. Traitement

7.1. Buts :

- Restaurer le volume normal des bourses
- Eviter les récurrences

7.2 Méthodes et moyens

Nous aborderons ceux des hydrocèles essentielle et communicante, les autres relevant du traitement de leur cause.

7.2.1 Abstention –surveillance :

Hydrocèle essentielle petite et moyenne abondance, sans plainte fonctionnelle ;
Hydrocèle communicante chez un enfant de moins de 2 ans.

7.2.2 Moyens chirurgicaux

7.2.2.1 Ponction évacuatrice :

Réservée aux Sujets âgés tarés avec hydrocèle de moyenne abondance.

La simple ponction de l'hydrocèle peut être réalisée mais expose à un risque très important de récurrence dont le patient doit être informé.

Elle s'effectue sous simple anesthésie locale cutanée et sous cutanée scrotale à la lidocaïne 2 %.

Après désinfection, installation d'un champ stérile et ponction à l'aide d'un cathlon (cathéter, trocart intraveineux) de perfusion de gros calibre (16–20 gauges [G]) relié à une seringue de 60 ml ou à une tubulure permettant un drainage déclive. Le site de ponction peut être déterminé avec l'aide de la trans-illumination afin d'éviter de léser les vaisseaux de la paroi scrotale.

Une fois l'ensemble de l'exsudat évacué, le cathlon peut être enlevé directement ou après injection intra vaginale de lidocaïne 2 % comme anesthésiant de contact (sans dépasser 5 ml).

7.2.2.2 Ponction-évacuation et sclérose :

Sujet âgé taré avec hydrocèle de moyenne abondance.

La ponction d'hydrocèle peut être suivie d'une injection intra vaginale de produit sclérosant. Le taux de succès dans la littérature varie de 33 à 84 %, nettement inférieur aux traitements chirurgicaux.

Il s'agit d'une technique pouvant être proposée chez les patients non éligibles à un traitement chirurgical, notamment à l'anesthésie.

Les substances sclérosantes utilisées peuvent être de natures diverses. Les plus utilisées sont les tétracyclines (doxycycline 500 mg dilué dans 2 ml d'eau pour préparation injectable, parfois source de douleurs. D'autres substances peuvent être utilisées telles que le polidocanol à 3 % (1 à 4 ml, 10 % du volume d'exsudat drainé en dessous de 400 ml) ou le sodium tétradécylsulfate (4ml de sodium tétradécylsulfate à 3 % avec 6 ml de chlorhydrate de lidocaïne)

Après injection, le scrotum doit être massé pendant cinq minutes afin de répartir le produit dans l'ensemble de la vaginale.

Aucune antibiothérapie de principe n'est nécessaire.

Le volume scrotal augmente pendant deux à trois semaines, puis diminue pour arriver à un volume final après deux ou trois mois.

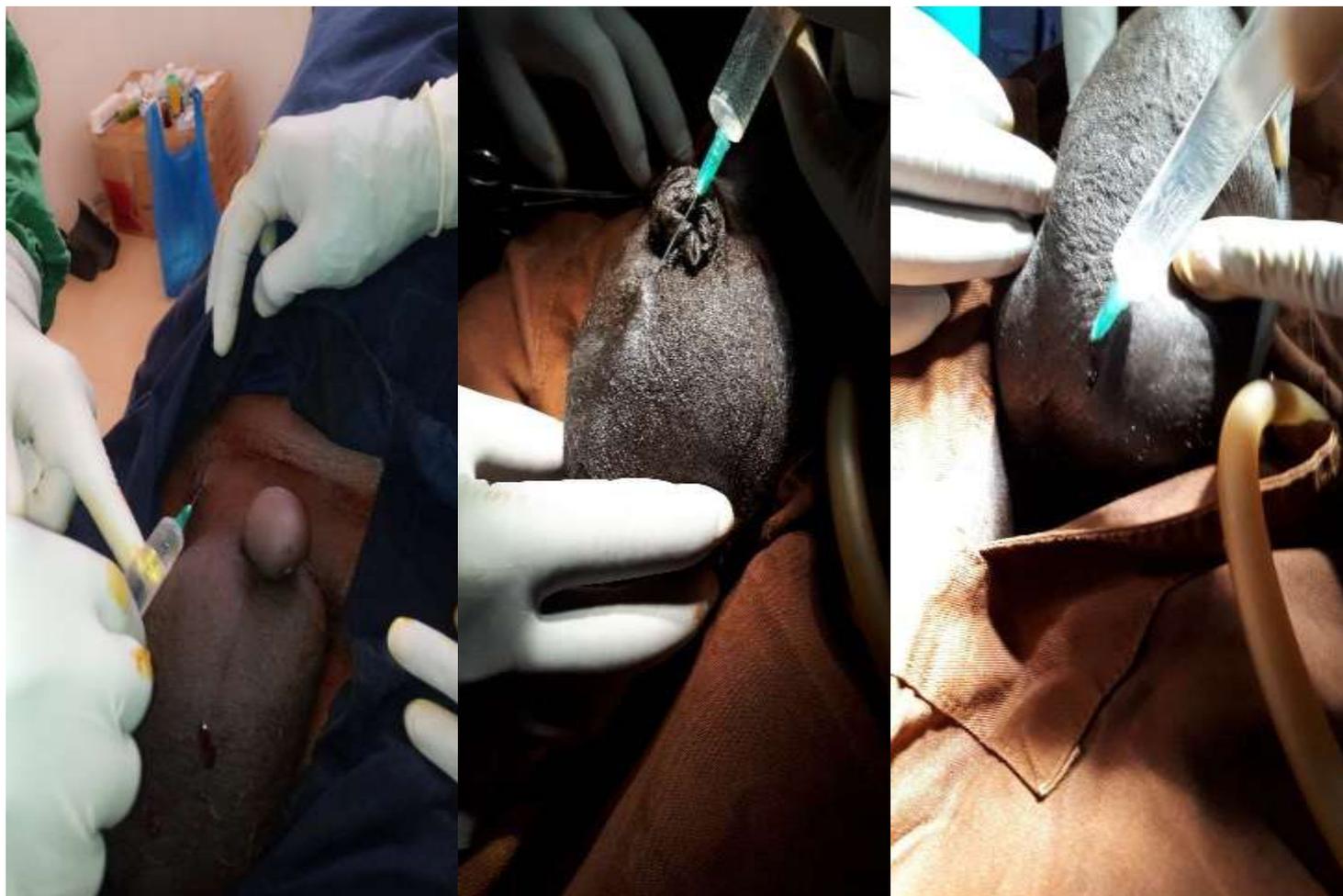
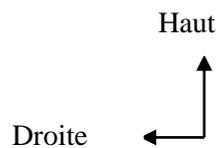
Il est souvent nécessaire de répéter plusieurs fois l'intervention

7.2.2.3. La plicature de la vaginale : technique de Lord.

Cette technique a été décrite par Lord en 1964 et consiste en une plicature de la membrane vaginale, la plicature ou la résection peut se faire en anesthésie locale, locorégionale à la lidocaïne 2%. La membrane vaginale peut être ouverte d'emblée sans dissection préalable supplémentaire. La plicature reste cependant plus facile si le testicule est extériorisé dans la membrane vaginale intacte. Le liquide de l'hydrocèle est évacué. En cas de doute sur une infection du liquide, il est possible de réaliser des prélèvements bactériologiques. Le testicule est extériorisé au centre de la vaginale ouverte et éversée. On réalise alors une inspection du testicule et de l'épididyme afin de vérifier sa normalité.

La vaginale est ensuite froncée en réalisant une plicature circonférentielle de celle-ci avec un fil résorbable tressé serti, en général 3/0 ou 2 /0. Les points sont répartis sur l'ensemble du pourtour, environ tous les centimètres, en se faufilant de manière radiaire dans la vaginale en partant du bord libre jusqu'au sillon épидидymovaginal. L'ensemble des points peuvent être passés et repérés avant d'être noués afin de ne pas méconnaître une poche persistante non plicaturée qui

Prise en charge de l'hydrocèle de l'adulte au Centre de Santé de Référence de Koutiala
pourrait réaliser une récurrence. Il est nécessaire de rester attentif à l'intégrité du testicule et de l'épididyme.



A

B

C

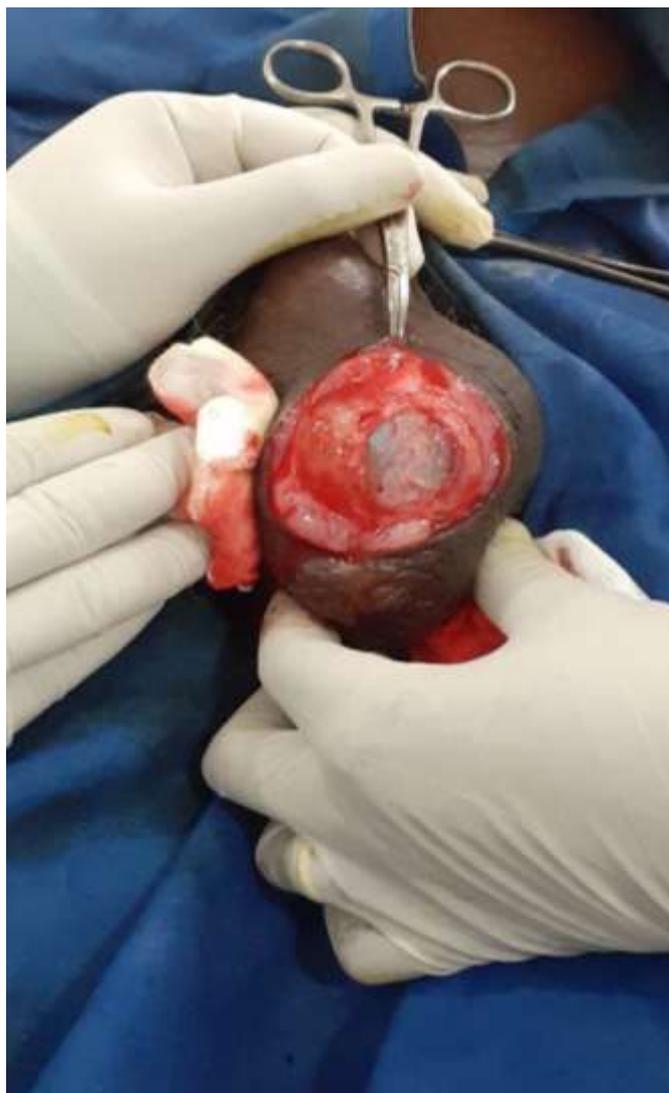
Fig6 : la technique d'anesthésie locale.

A=Anesthésie locale du Nerf Ilio Inguinal

B=Anesthésie locale du Raphé

C=Anesthésie locale du Périnée

Dr Ballo et Coll, année 2020 au CSref de Koutiala



Haut
Droite

Fig7 : Incision sur le raphé médian : Patient âgé de 57 ans présentant une hydrocèle droite.

Source : Dr Ballo et Coll, service d'Urologie CSref de Koutiala, Année 2020



Fig8 : Vaginale froncée et plicaturée selon lord : Patient âgé de 38 ans présentant une hydrocèle droite

Source : Dr Ballo et Coll service d'Urologie, année 2019, Csref de Koutiala.

Le testicule peut ensuite être réintégré dans la bourse après vérification de l'absence de torsion du cordon spermatique.

L'hémostase est soigneusement vérifiée. Aucun drainage n'est habituellement nécessaire mais une lame ou un petit Redon® peut être laissé en place durant les 24 premières heures en cas de facteurs favorisant un hématome post opératoire (volumineuse hydrocèle, traitement anti-coagulant).

La fermeture débute par un surjet inversant hémostatique sur le dartos par un fil résorbable tressé 3/0 ou 2/0. La fermeture cutanée peut être réalisée préférentiellement par des points de Blair-Donati au fil à résorption rapide tressé 2/0 ou au fil à peau 2/0 non tressé non résorbable. Un pansement compressif scrotal est recommandé pendant les 24 premières heures post opératoires pour limiter le risque d'hématome, pansement dit en « cœur croisé ».

En post opératoires, les soins locaux peuvent se résumer en des douches simples au savon doux, et bien séchés. Les bains sont à proscrire pendant trois semaines. Des antalgiques simples de palier 1 (type paracétamol) peuvent être utiles les premiers jours. L'aspect définitif est obtenu environ trois mois après l'intervention.

7.2.2.4 La résection de la vaginale selon Bergman :

Le testicule doit être préférentiellement extériorisé dans la membrane vaginale intacte afin de favoriser sa dissection et sa résection. La dissection est toujours favorisée par la mise en tension de l'hydrocèle, en progressant au contact de la vaginale à l'aide de ciseaux fins type Metzemaum, le bistouri électrique en coagulation douce ou à l'aide d'une compresse en « pelant » la vaginale.

La dissection vaginale ouverte reste beaucoup plus difficile. La dissection est menée jusqu'à la ligne de réflexion du cordon spermatique. La vaginale peut ensuite être ouverte largement et longitudinalement.

La résection de la vaginale se fait ensuite au bistouri électrique avec une hémostase soigneuse en s'exposant avec des pinces réparties sur le bord libre de la vaginale. On effectue une résection circonférentielle en maintenant une distance de sécurité d'environ 1 cm par rapport au testicule et à l'épididyme.

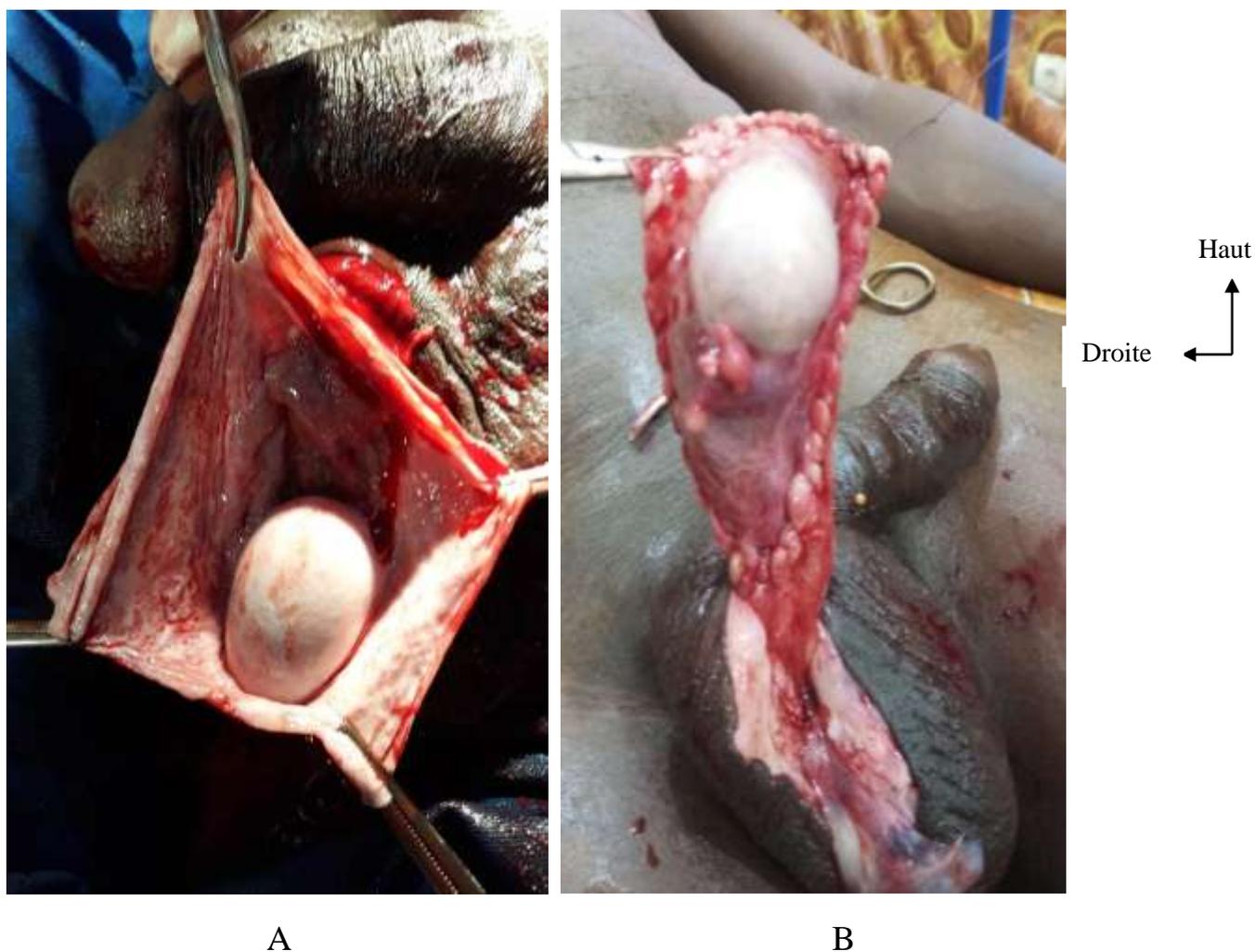


Fig9 : Résection totale de la vaginale : Patient âgé 59 ans présentant une hydrocèle gauche

A : Ouverture de la vaginale

B : Résection totale de vaginale et Hémostase au Vicryl 2/0

Source : Dr Ballo et coll service d'Urologie année 2019, Csref de Koutiala

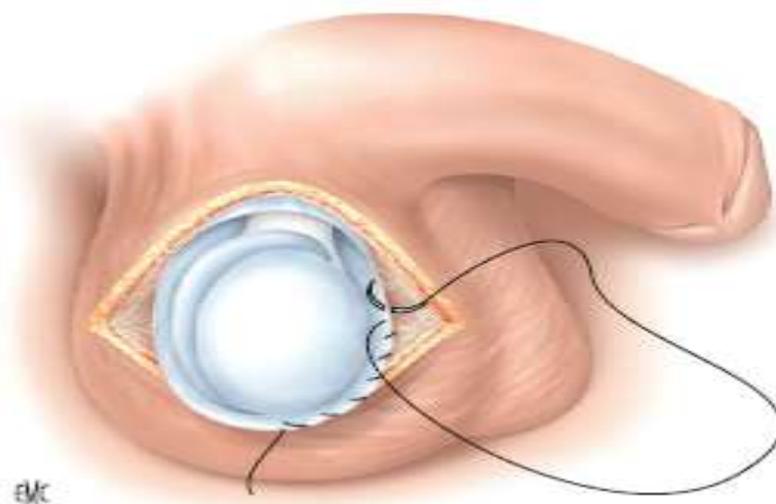


Fig10 : Surjet hémostatique sur la tranche de la membrane vaginale (EMC : version 2004 Etariel et P mongiat-Artus)

7.2.2.5. Technique de Jaboulay : cette technique a été décrite par Jaboulay en 1902.

Il est nécessaire de laisser une collerette vaginale plus large (2 cm environ) lors de la résection vaginale. La vaginale est ensuite retournée et suturée de manière inversée autour de l'épididyme et du cordon spermatique par un fil résorbable 2/0 ou 3/0, en préservant de manière soigneuse la vascularisation par le cordon (risque d'étranglement).

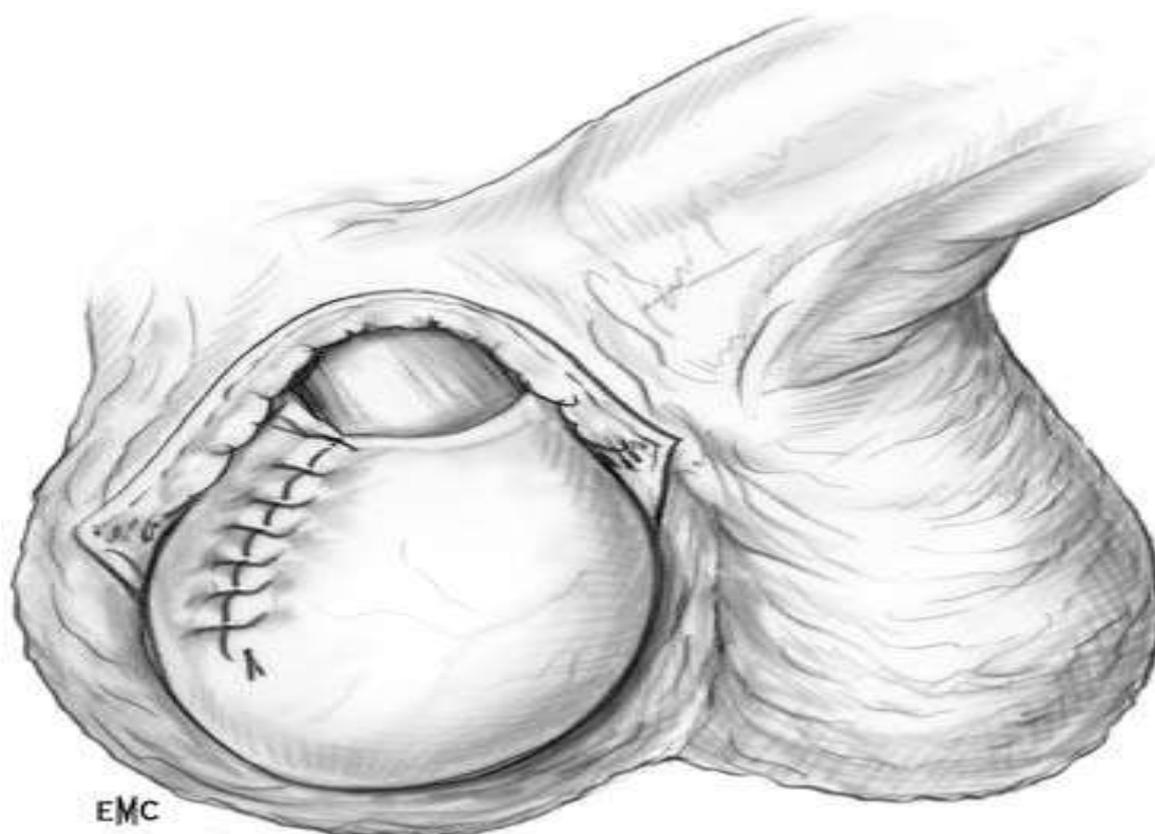


Fig11 : Technique de JABOULAY : Résection-plicature

EMC : version 2004 (Etariel et P mongiat-Artus)

7.2.2.6 La fenestration vaginale :

Il s'agit d'une technique très peu utilisée. Elle a l'avantage d'être rapide et avec un risque d'hémorragie nettement moindre mais un risque de récurrence beaucoup plus élevé.



Fig12 : Fenestration vaginale (patient âgé de 56 ans) source : Dr Ballo et Coll ; CSref Koutiala année 2019.

Le principe consiste à réaliser une ouverture de la membrane vaginale, ourlée, pour une résorption de l'exsudat par les tissus sous-cutanés du scrotum.

On réalise une incision cutanée scrotale déclive, limitée à quelques centimètres. La vaginale est libérée sur environ 1 cm, puis ouverte avec résection d'une pastille vaginale. Le testicule n'est pas extériorisé, simplement inspecté afin de ne pas méconnaître une pathologie sous-jacente.

La zone fenêtrée est ensuite ourlée par un surjet de fil résorbable 3/0 ou 2/0 en accrochant à chaque passage la face interne du dartos afin de maintenir la fenêtre vaginale. La fenêtre doit être de diamètre inférieur au testicule sous-jacent afin d'éviter son extériorisation de la vaginale. Ensuite, fermeture sous-cutanée par un surjet de fil résorbable 3/0 et cutanée de la même manière que les autres abords scrotaux précédemment décrits.

7.3. Risques et Complications :

La complication la plus fréquente après traitement chirurgical d'une hydrocèle est l'hématome scrotal. Le taux global de complication s'approche dans la littérature à 19 % incluant l'hématome, l'infection, la récurrence, les lésions du cordon spermatique ou les douleurs chroniques.

L'utilisation d'un drainage scrotal après traitement chirurgical, bien que n'ayant pas fait la preuve de prévention de l'hématome, peut être utile chez certains patients.

Les complications de la chirurgie de l'hydrocèle peuvent entraîner des retards de cicatrisation avec de soins quotidiens locaux parfois prolongés qui doivent être expliqués au patient. La reprise chirurgicale pour évacuation de l'hématome peut parfois être utile avec drainage qui doit être effectué par lame multitubulée plutôt que le drain de Redon® en cas de pachyvaginalite.

7.4. Résultat du traitement

Les récurrences sont fréquentes dans les ponctions évacuatrices de fenestrations.

Elles sont exceptionnelles en cas de plicature ou résection de la vaginale et inexistantes après ligature section du canal péritonéo-vaginal.

Après chirurgie ouverte, la bourse retrouve toute sa souplesse au bout de 3 mois

7.5. Surveillance du traitement :

On surveillera particulièrement :

- Les bourses dans les suites immédiates à la recherche d'un hématome parfois considérable imposant la reprise du patient,
- La tension artérielle et pouls,
- La température à la recherche d'une surinfection,

Après la cicatrisation, un examen clinique mensuel pendant 3 mois apprécie la régression du processus scléreux de cicatrisation, le rétablissement de la mobilité du scrotum.

V. METHODOLOGIE

V- METHODOLOGIE :

Lieu d'étude :

Le centre de santé de référence de Koutiala a servi de cadre pour notre étude.

1. Cadre :

Présentation géographique et organisation administrative.

Notre étude a été menée au service d'Urologie du centre de santé de référence de Koutiala. Le service d'Urologie est situé au centre du Csref, limité à l'Est par le laboratoire, à l'Ouest par le box de consultation des médecins, au Sud par le service d'hospitalisation de la Pédiatrie, au Nord par le service d'Urgence. Il est composé de : un (01) Chirurgien Urologue, trois (03) Infirmiers du 1^{er} Cycle et un Infirmier Major de service. La salle d'hospitalisation compte treize (13) lits et un bureau pour les Infirmiers.

Le cercle de Koutiala est une collectivité territoriale du Mali dans la région de Sikasso situé à 405 km de Bamako et à 135 km de Sikasso ; il fait parti des sept cercles de la région Sikasso et compte 35 communes dont une urbaine.

La population est estimée à 775000 habitants en 2019 lors du recensement général de la population et de l'habitat du Mali (RGPH 2019 actualisée) pour une superficie d'environ 12 270 km² et est composée essentiellement de Minianka, Sénoufo, Bambara, Bobo, Peulh, Dogon et Sarakolé. Le climat est soudanien avec une pluviométrie variante entre 750 et 1110 mm

2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive.

3. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} décembre 2019 au 31 décembre 2020, soit 13 mois au total.

5- Population d'étude :

Tous les patients adultes âgés de 15 ans et plus reçu en consultation pour hydrocèle vaginale.

5.1- Critères d'inclusion :

Au cours de notre étude, nous avons retenu :

Tous les patients chez qui l'examen clinique et l'échographie ont posé le diagnostic d'hydrocèle et chez qui le diagnostic est confirmé à l'intervention chirurgicale.

5.2- Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Tous les cas d'hydrocèles congénitales.

6- Supports des données :

Le recueil des données a été fait sur des questionnaires (cf. annexes), remplis à partir :

- des fiches d'enquête, des dossiers des patients,
- du registre de protocole opératoire du service,
- de la fiche de consultation pré- anesthésique et
- du registre d'hospitalisation.

7- Elaboration de la fiche d'enquête :

Elle a été conçue et confectionnée par l'étudiant ; corrigée par le codirecteur de thèse et validée par le Directeur de thèse.

8- Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées avec EPI Info version 7, Microsoft Office Word 2013 a été utilisé pour le traitement de texte et Microsoft Office Excel pour les figures.

9- Aspects éthiques :

L'inclusion a été faite avec le consentement éclairé du malade ou de l'accompagnant pour les sujets souffrant de maladies mentales, la confidentialité et l'anonymat ont été préservés. Le contenu du protocole leur a été expliqué.

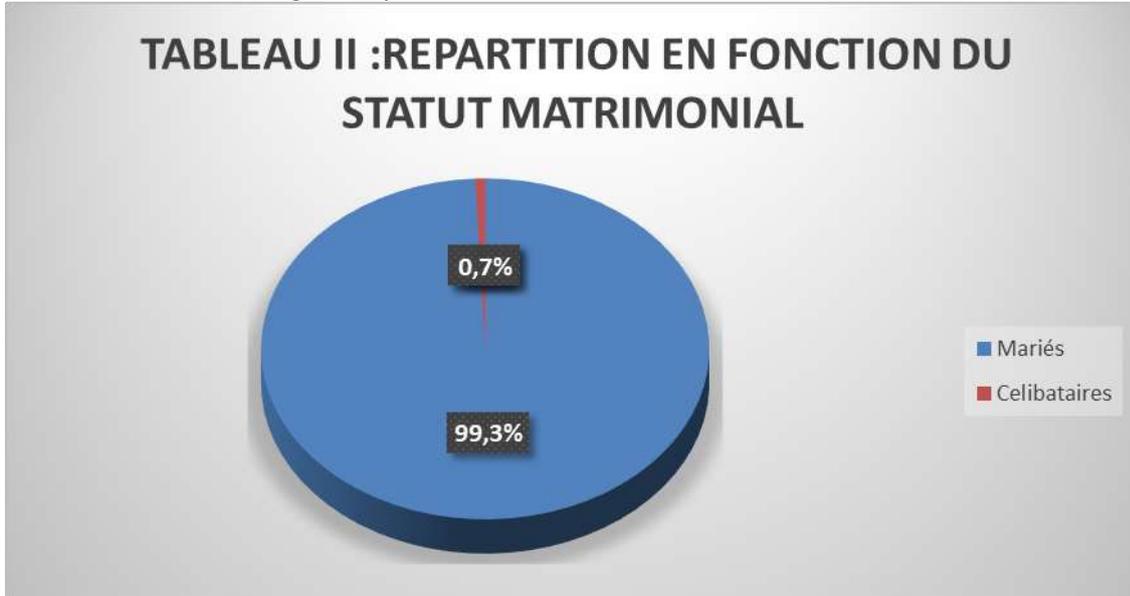
VI. RESULTATS

VI. RESULTATSTABLEAU I : Répartition des patients en fonction des pathologies chirurgicales urologiques

Pathologies	Fréquence	pourcentage
Hernies	180	29,07
Adénome de la prostate	176	28,43
Hydrocèle	134	21,64
Cystocèle	42	6,7
Fistule vésico vaginale	20	3,23
Hémorroïde	13	2,10
Kyste du cordon	5	0,81
Priapisme	1	0,16
Fracture de la verge	1	0,16
Calcul rénal	8	1,3
Calcul urétral	4	0,65
Calcul vésical	10	1,61
Tumeur de vessie	7	1,13
Traumatisme du rein	6	0,97
Gangrène de Fournier	2	0,32
Rétrécissement urétral	9	1,56
Filariose scrotale	1	0,16
Total	619	100

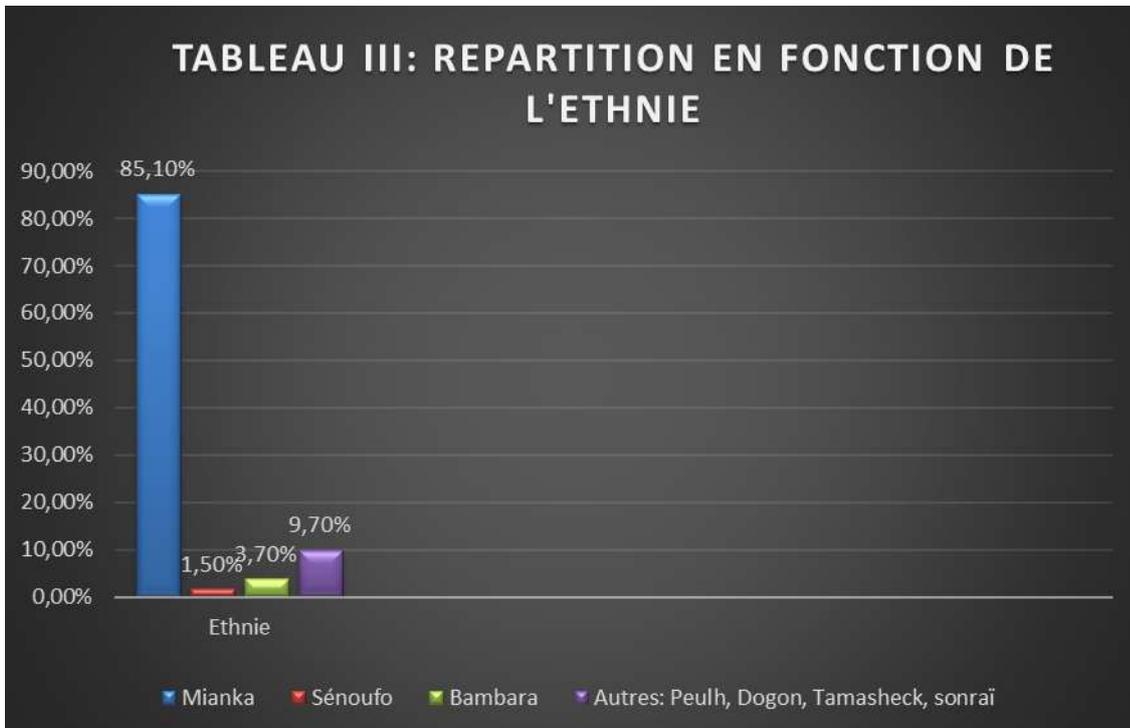
L'hydrocèle a été la 3^{ème} pathologie chirurgicale la plus rencontrée après les hernies et l'adénome de la prostate dans 21,64%.

TABLEAU II :REPARTITION EN FONCTION DU STATUT MATRIMONIAL



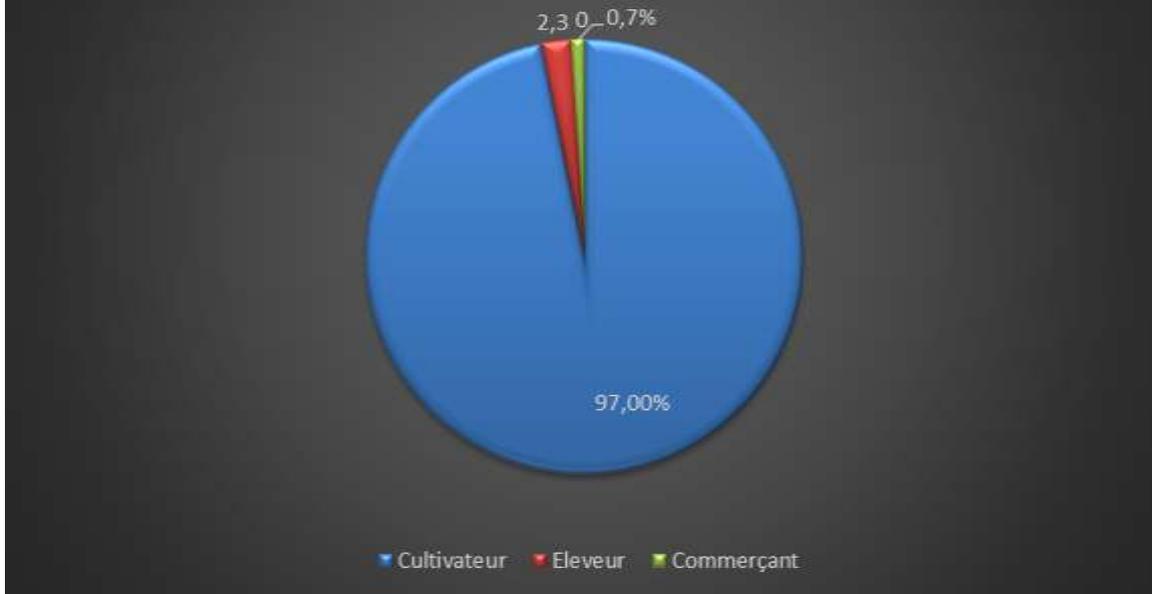
Nos patients étaient mariés dans 99,3% des cas

TABLEAU III: REPARTITION EN FONCTION DE L'ETHNIE



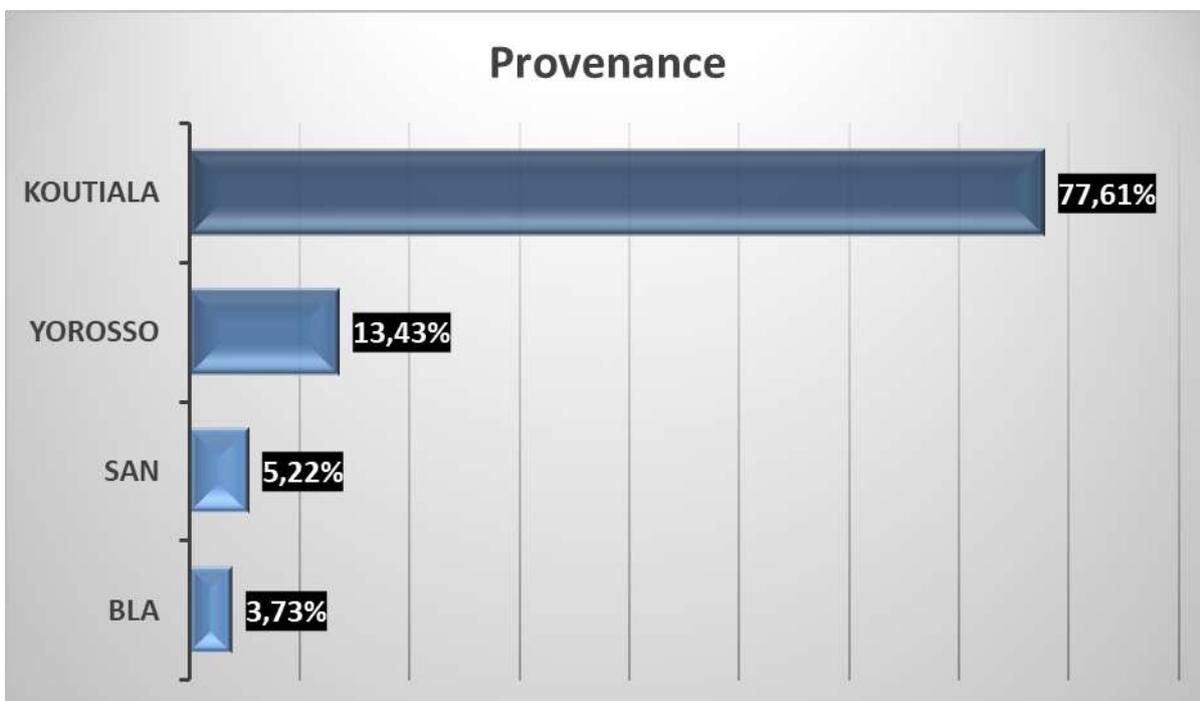
L'ethnie mianka était majoritaire avec 85,10% des cas

TABLEAU IV : REPARTITION EN FONCTION DE LA PROFESSION



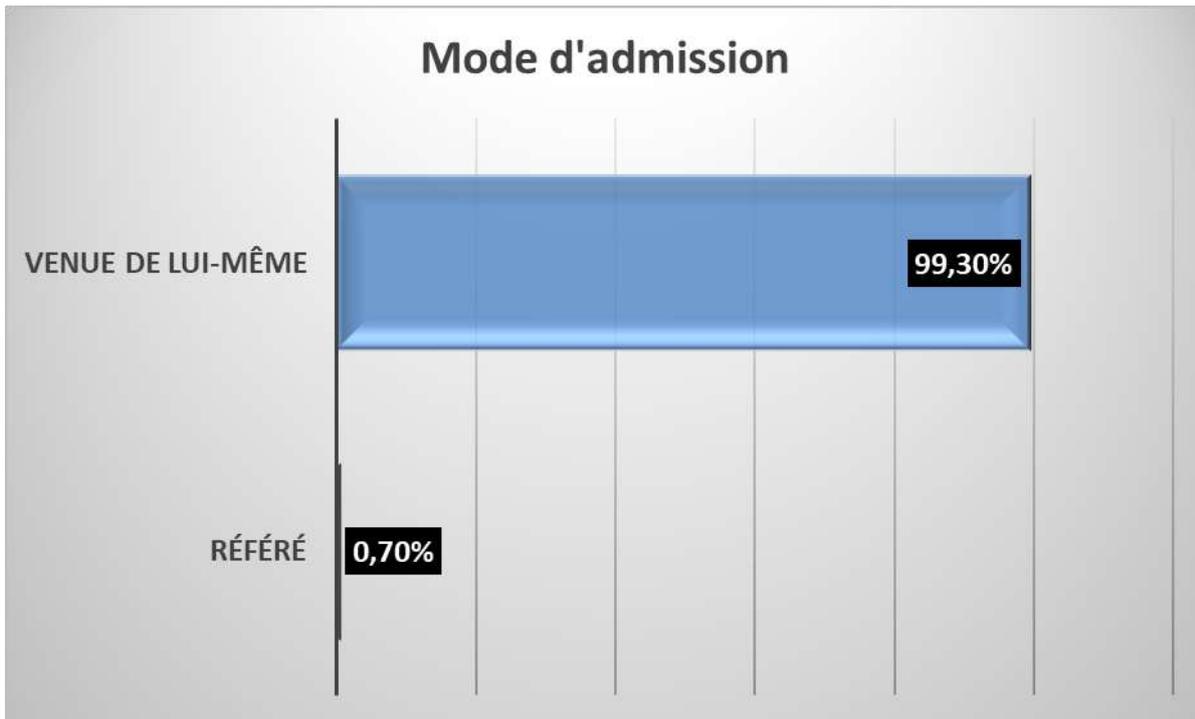
Nos patients étaient des cultivateurs dans 97% des cas

TABLEAU V : Répartition en Fonction de la Provenance



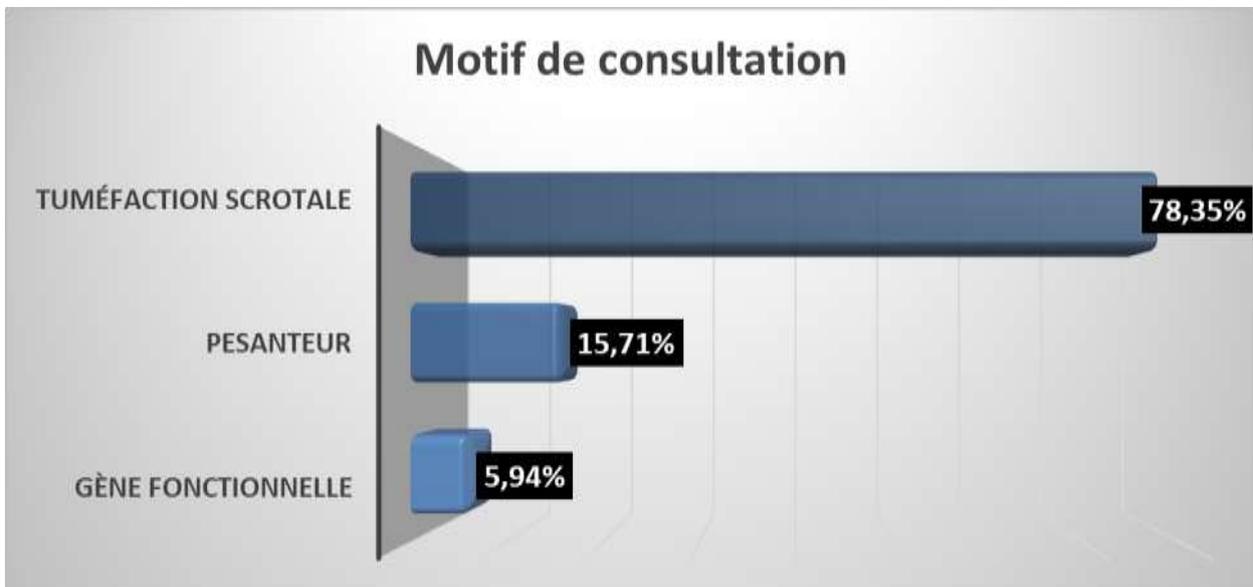
Nos patients venaient du cercle de Koutiala dans 77,61% des cas

TABLEAU VI : Répartition en Fonction du Mode D'admission



Nos patients étaient venus d'eux même dans 99,3% des cas

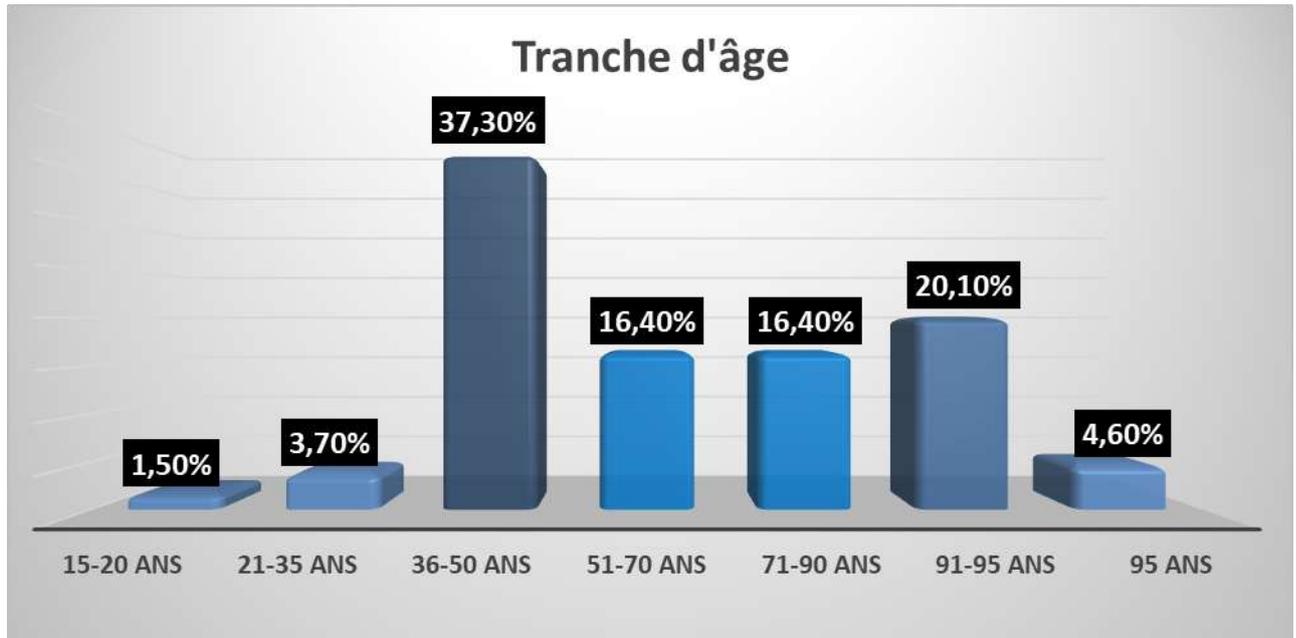
TABLEAU VII : Répartition en Fonction du Motif de Consultation



La tuméfaction scrotale a été le motif de consultation le plus fréquent avec 78,35%

NB : gène fonctionnelle = gène à la marche et gène sexuelle.

TABLEAU VIII : REPARTITION EN FONCTION DE L'AGE

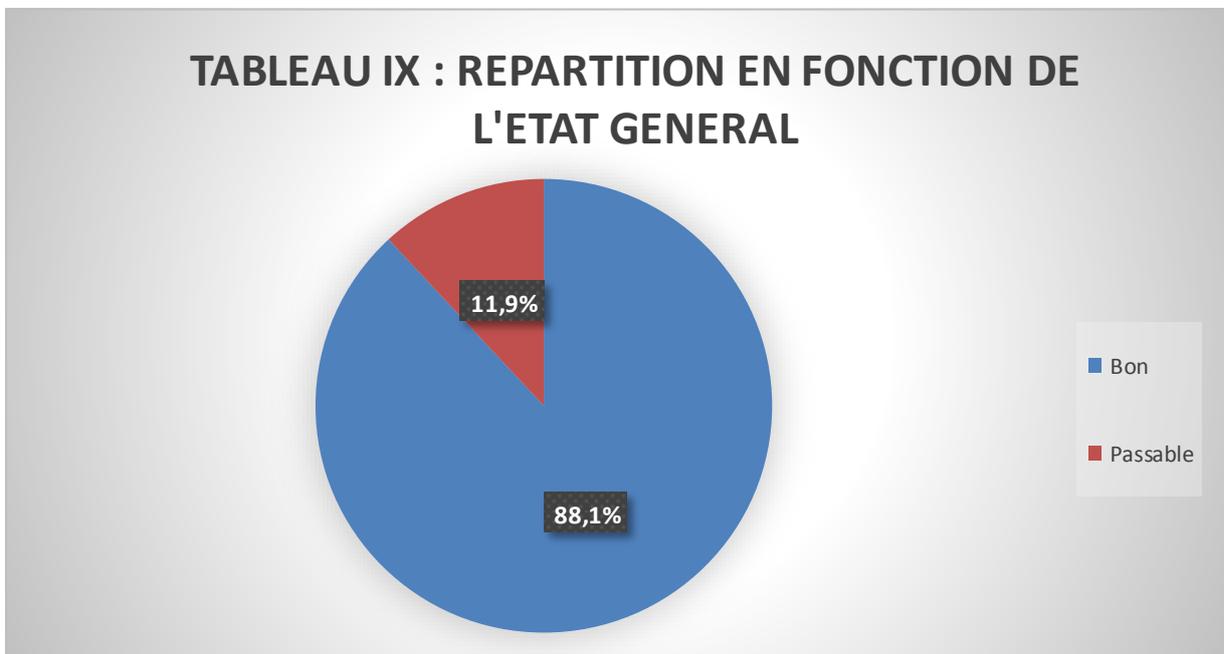


La majorité des patients avaient un âge compris entre 36-50 ans dans 37,3% des cas avec des extrêmes de 15 et 95 ans.

Moyenne : 61,34 ans

Ecart-type : 11,017 ans

TABLEAU IX : REPARTITION EN FONCTION DE L'ETAT GENERAL



Nos patients avaient un bon état général dans 88,1%

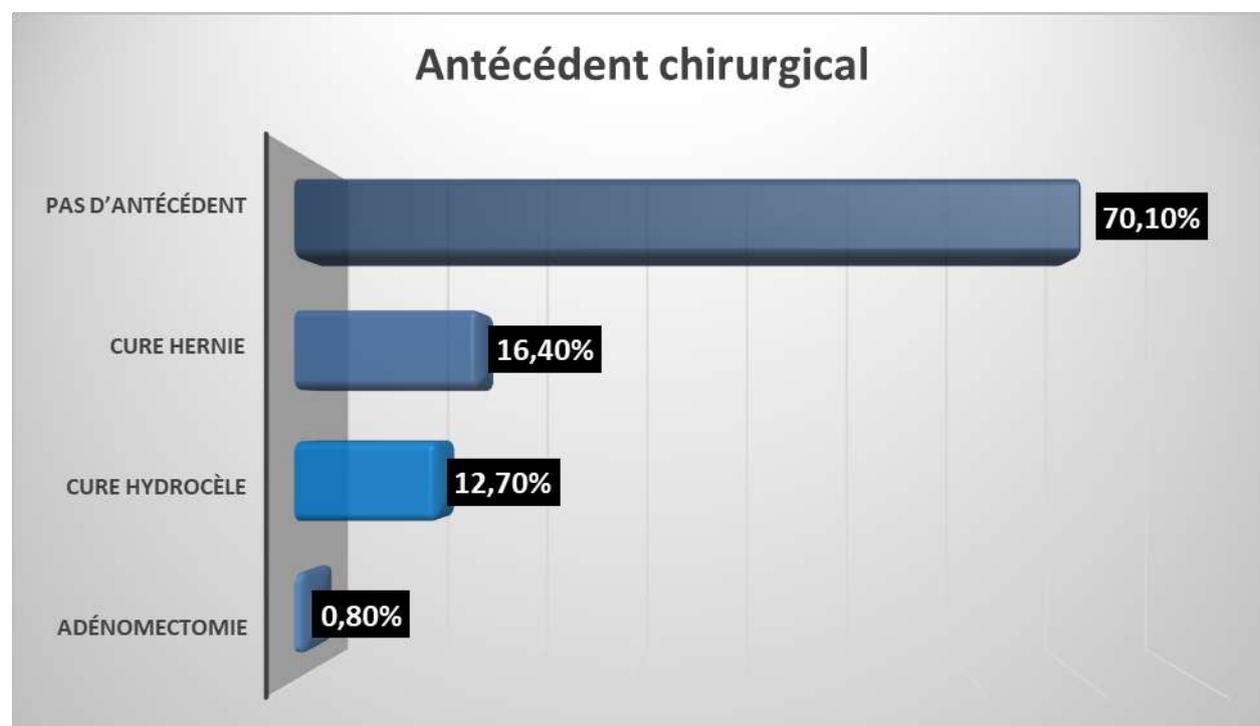
NB : État bon : indice de Karnofsky $\approx 80\%$; Etat passable $\approx IK \leq 70\%$

TABLEAU X : Répartition en fonction du grade de CAPUANO

Grade de Capuano	Fréquence	Pourcentage
Grade I	11	8 %
Grade II	17	13 %
Grade III	101	75 %
Grade IV	5	4 %
Total	134	100 %

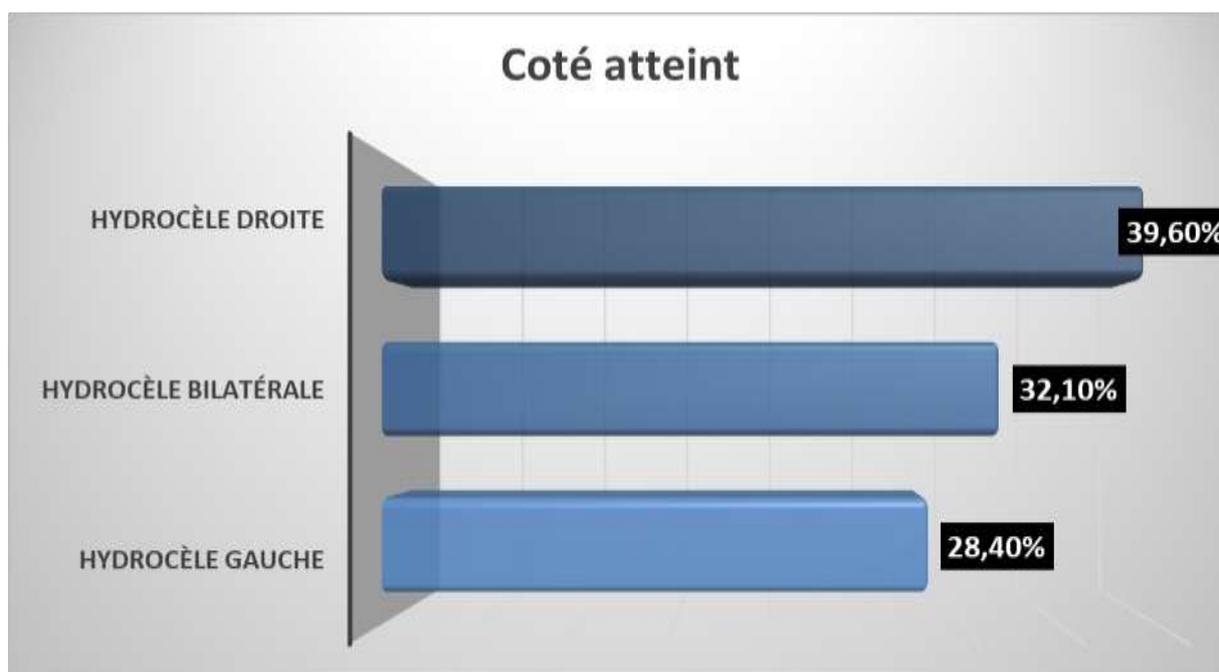
Le Grade le plus représenté était Grade III selon la Classification de Capuano soit 75%

TABLEAU XI : Répartition en Fonction de L'Antécédent Chirurgical



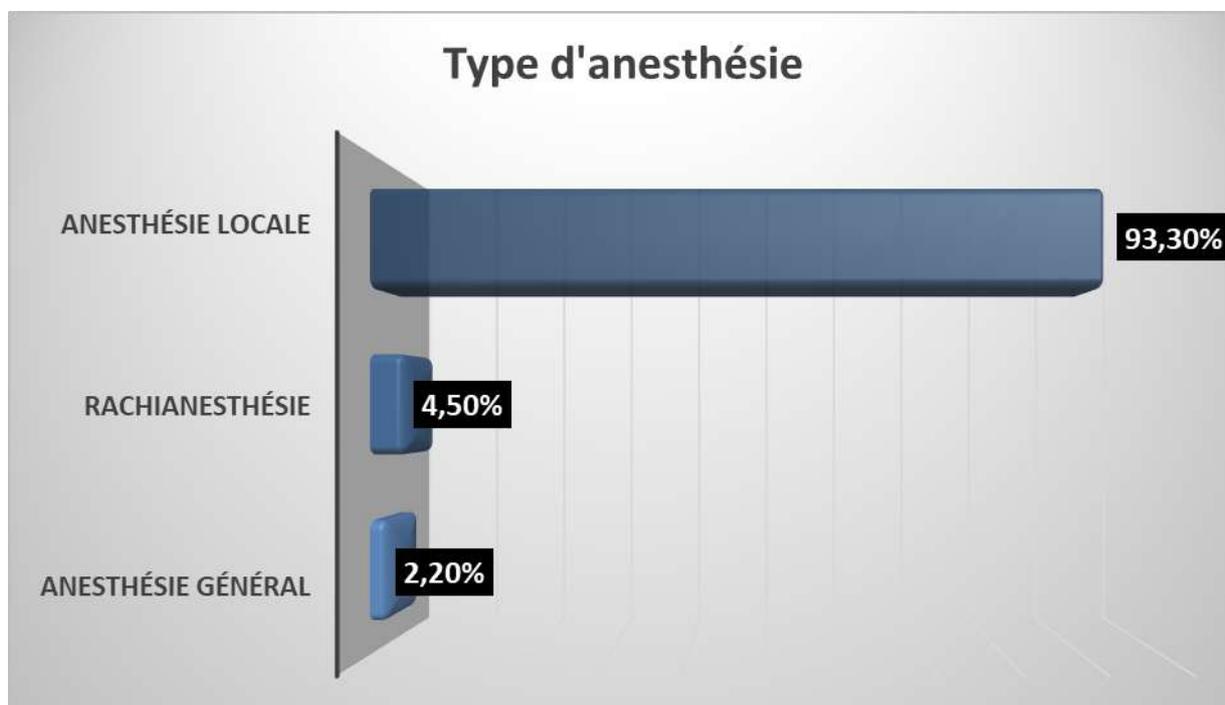
La majorité de nos patients n'avaient pas d'antécédent dans 70,1%.

TABLEAU XII : Répartition en Fonction du Coté Atteint



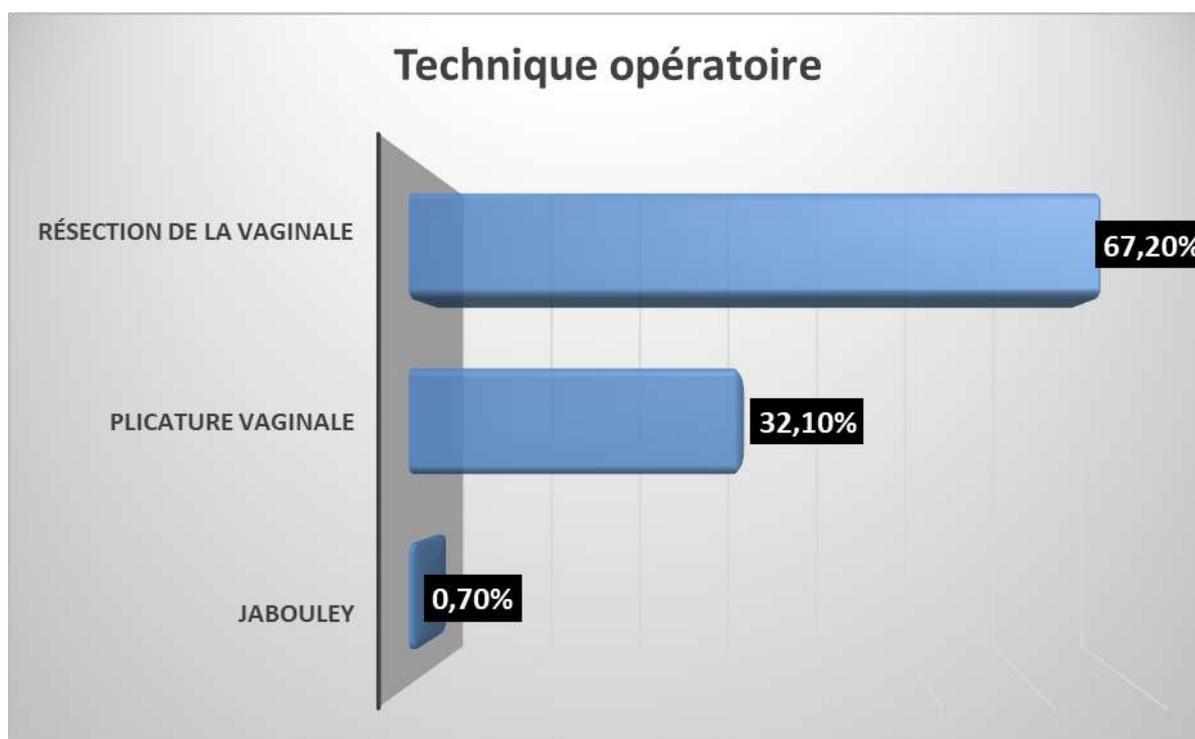
Le côté droit était le plus atteint avec 39,6%.

TABLEAU XIII : Répartition en Fonction du Type D'Anesthésie



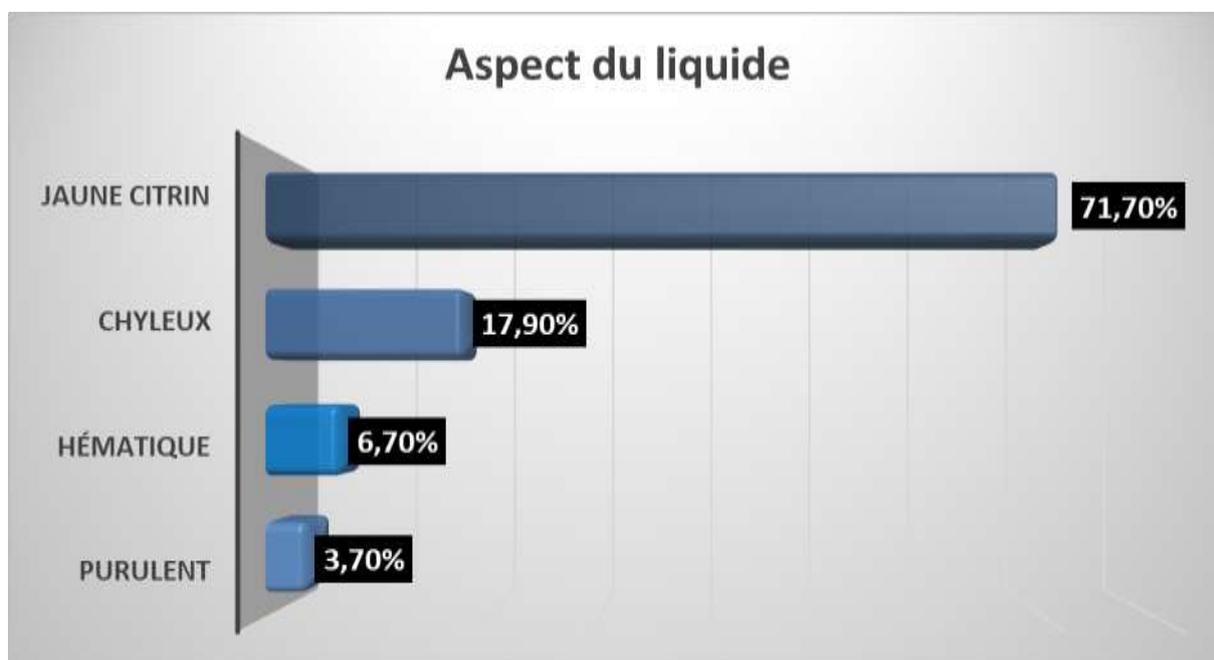
L'anesthésie locale a été la plus utilisée dans 93,3% des cas.

TABLEAU XIV : Répartition en Fonction de la Technique Opératoire



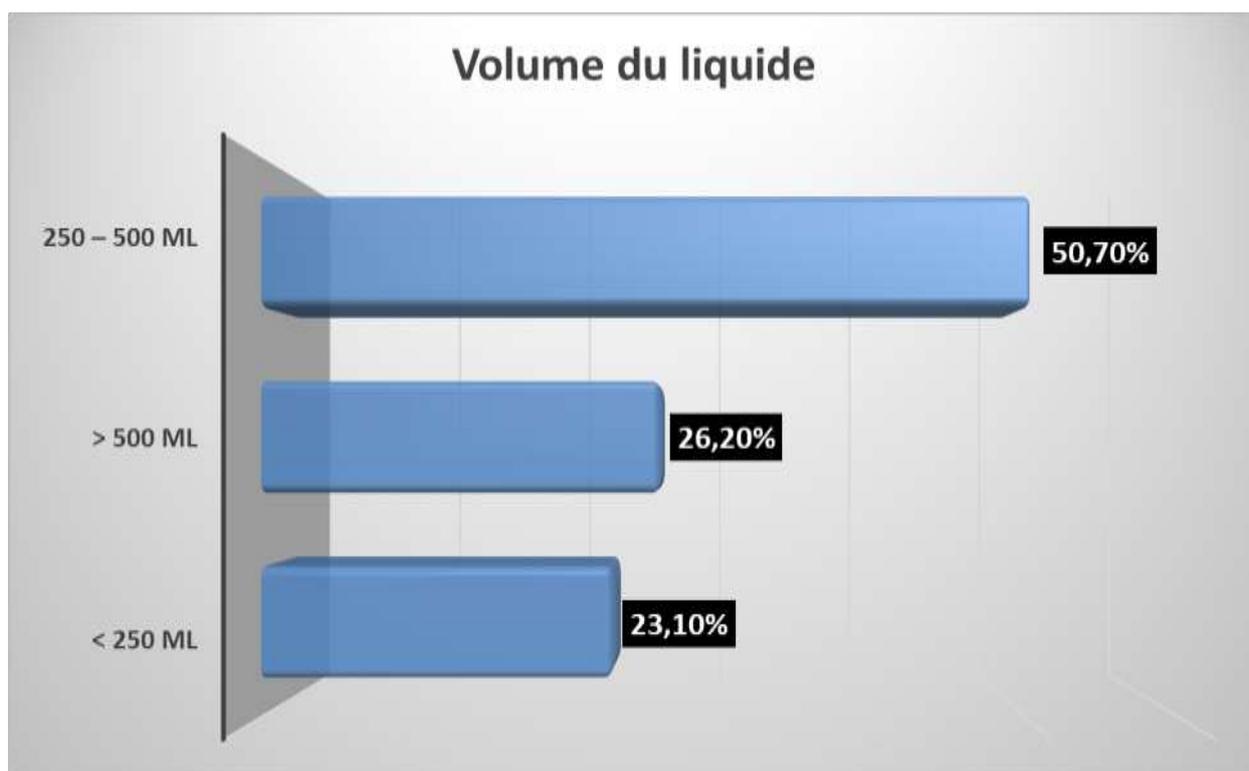
La technique de résection de la vaginale a été la plus utilisée dans 67,20% des cas.

TABLEAU XV : Répartition en Fonction de L'Aspect de Liquide



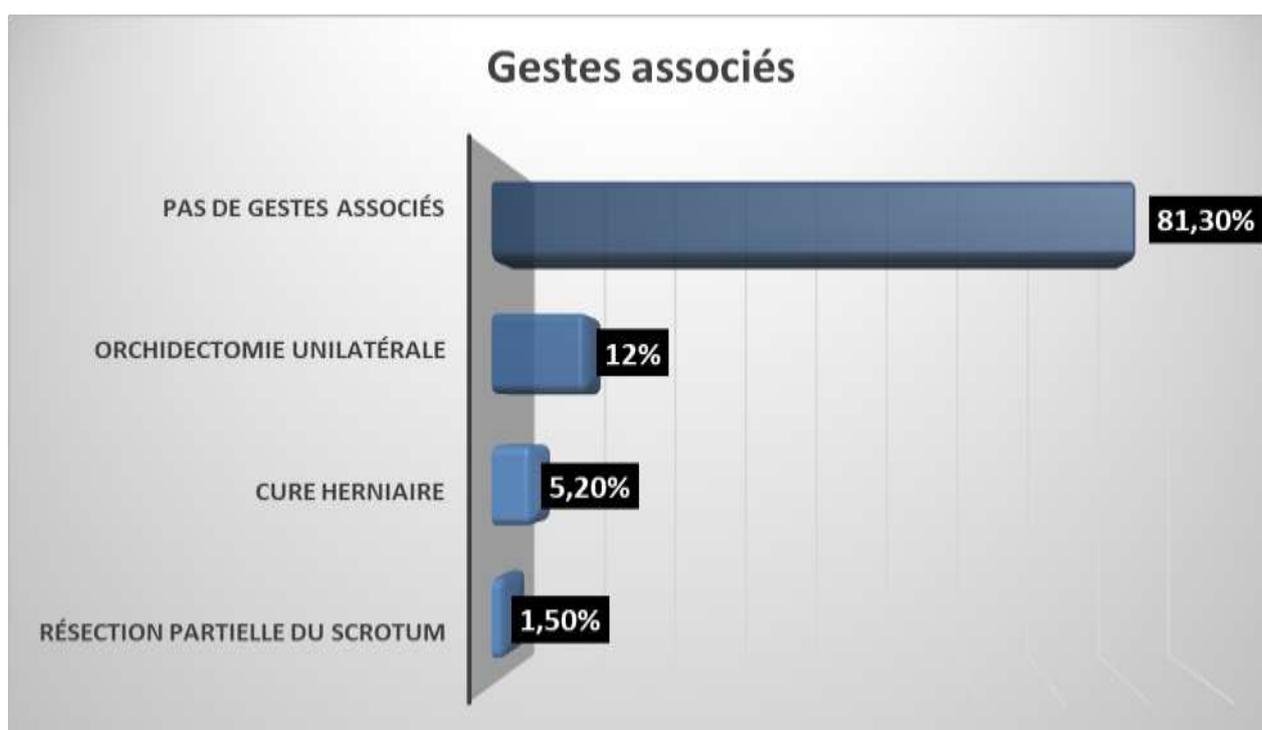
Le liquide de vidange était jaune citrin dans 71,70% des cas.

TABLEAU XVI : Répartition en Fonction de la Quantité du Liquide



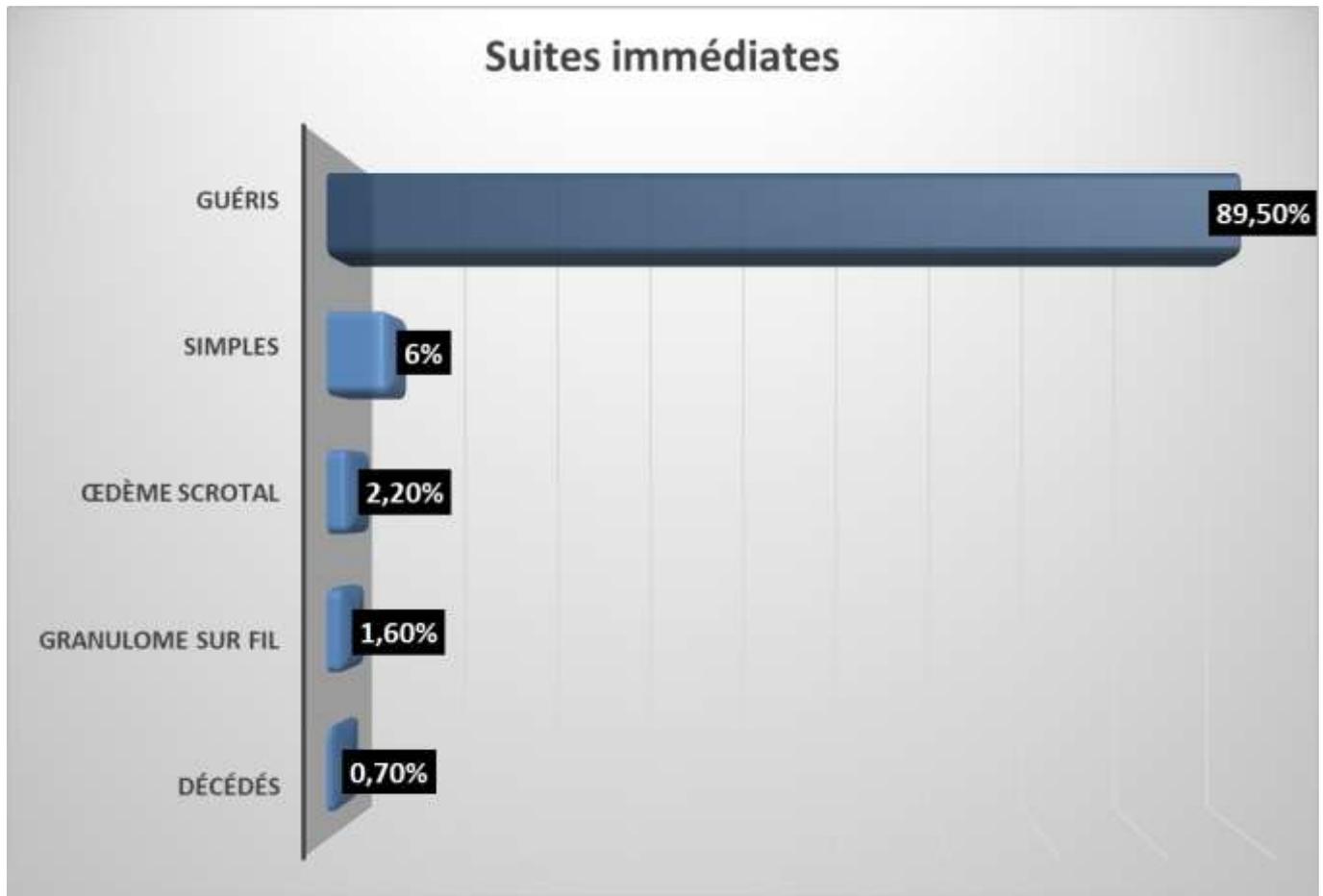
Le volume du liquide recueilli était compris entre 250 à 500 ml dans 50 ,70% des cas.

TABLEAU XVII : Répartition en Fonction des Gestes Associés



Prise en charge de l'hydrocèle de l'adulte au Centre de Santé de Référence de Koutiala
Il n'y avait pas de gestes associés dans 81,3% des cas.

TABLEAU XVIII : Répartition en Fonction des Suites Immédiates



Nos patients étaient guéris dans 89,50% des cas.

VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VII.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- Place de l'hydrocèle vaginale dans les activités chirurgicales du centre de santé de référence de Koutiala :

L'hydrocèle a été la troisième pathologie chirurgicale la plus fréquente avec 21,64% des cas, derrière la hernie et l'adénome avec respectivement 29,07% et 28,43% allant du 1^{er} Décembre 2019 au 31 Décembre 2020 à Koutiala.

Ce taux (21,64%) est supérieur aux 20,45% selon Maazou H et coll. au NIGER et celui de Hamidou Dembélé 12% à Markala.

Elle a occupé la première place des activités chirurgicales urologiques selon Sewa E.V et coll. au TOGO soit 54%. [3,16].

2-Aspect socio-épidémiologique :

2.1. Age :

La tranche d'âge la plus représentée de notre étude était de 36 à 50 ans dans 37,3% avec des extrêmes allant de 15 ans à 95 ans.

Ce résultat est différent de celui de 18-30 ans de Maazou H. et coll. et celui de K.Kouakou Côte d'Ivoire 51-70 ans. [3,17].

Dans l'ensemble nous pouvons dire que l'hydrocèle peut concerner tous les âges.

2.2. Profession :

Les malades à bas revenus sont les plus nombreux, soit 97% ; cependant aucun facteur socio culturel, alimentaire, toxique ou dégénératif ne peut être individualisé à l'origine de l'hydrocèle. Les conditions socio-économiques interviennent dans notre travail sur le traitement de l'hydrocèle car le plus souvent les malades n'ont pas de moyens pour faire un traitement adéquat. Ce qui concorde avec le résultat de K.Kouakou soit 23,75% [17].

2.3. Provenance et ethnie :

Dans notre série 77,61% des malades provenaient du cercle de Koutiala. 13,43% du cercle de Yorosso et 5,22% provenaient de San, 3,73% venaient de Bla et d'ailleurs.

La plupart de nos malades soit 80% provenaient du milieu rural.

L'ethnie minianka était la plus représentée soit 85,10%.

Elle constitue les autochtones de la région de Koutiala d'où l'expression « Miankala Paris ».

3-Aspect clinique :

3-1 Etat Général :

Dans notre série 88,1% de nos patients avaient un bon état général et 11,9% état passable.

3.2- Mode d'admission :

Les malades sont venus d'eux même dans 99,3% et référés par un agent de santé dans 0,3% des cas. K.Kouakou avaient respectivement trouvé 20% et 17,5% du nord au sud de la Cote d'ivoire. [17]

3.3- Motifs de consultation : La tuméfaction scrotale a été le principal motif de consultation et d'hospitalisation de nos malades avec un taux de 78,35%, viennent ensuite la gêne fonctionnelle, sexuelle et la pesanteur. Ce résultat est supérieur à celui de K. Kouakou qui avait trouvé 56,25% et différent de celui de Halidou Maazou et coll. dont le motif principal de consultation était la gêne lors des rapports sexuels et dans les activités socioprofessionnelles dans 50,46%.la tuméfaction scrotale est le principal motif de consultation de l'hydrocèle [16,18,22].

3.4- Antécédents chirurgicaux : La hernie inguinale a été l'antécédent chirurgical le plus fréquent avec 16,4%. Ce résultat est supérieur aux 5% de K.Kouakou et 5,09% de Halidou Maazou et Coll.[3, 17].

3.5-localisation : Malgré la distribution aléatoire de l'hydrocèle dans les bourses nous avons enregistré une prédominance droite avec 39,6%. Ce résultat est similaire à celui de Halidou Maazou et coll. qui avaient trouvé une prédominance droite soit 42,12% et 33,3% chez Hamidou Dembélé à Markala. Le grade le plus rencontré était le grade III selon Capuano. [3,18,4].

4- Aspects para cliniques :

Le diagnostic de l'hydrocèle est clinique dans la majorité des cas. Mais l'échographie des bourses et contenus a été utilisée en cas de doute.

5- Aspects thérapeutiques :

5.1- Traitement chirurgical :

Le but est de restaurer le volume normal des bourses

5.2-Type d'anesthésie : L'anesthésie locale à la lidocaïne 2% a été utilisée dans 93,3% des cas, l'anesthésie générale dans 2,2% des cas et 8,4% de nos malades avaient bénéficié de la rachi-anesthésie.

Notre résultat est différent de celui de Kouakou k, et de Maazou H. et Coll. qui avaient trouvé une prédominance de la rachi-anesthésie, soit respectivement 72,3% et 73,15%. [16, 18].

Plusieurs études menées en Afrique ont démontré que la chirurgie de l'hydrocèle pouvait être réalisée sous anesthésie locale notamment dans les campagnes de masse de prise en charge des cas d'Hydrocèles [18, 22].

5.2.1-Tecniq ue chirurgicale :

La voie trans-scrotale verticale sur le raphé médian a été utilisée chez tous nos patients, la majeure partie soit 67,20% ont subi une résection de la vaginale. Cette technique semble moins récidivante d'après une étude conduite par Noroes et all. et elle a l'avantage de présenter au patient un scrotum de volume acceptable dès les premiers jours postopératoires. [4]

Dans une étude conduite par Noroes et all, la résection de la vaginale suivie du surjet hémostatique donnait un taux de récurrence de 0,2%.

La technique de Lord a été utilisée dans 32,1% des cas avec plicature de la vaginale et 0,7% avec la technique de Jaboulay [19,22].

5.2.2-Aspect et volume liquidien :

Le volume d'Hydrocèle était compris entre 200 ml et 4310 ml, ce résultat est un peu proche de celui de Mazzou H. et Coll. [1,3].

Par contre l'aspect jaune citrin du liquide représentait 71,70% des cas ; ce résultat est très proche des 69,91% des cas de Mazzou H. et Coll. [1,3]; nous avons trouvé l'aspect purulent dans 3,70% des cas, qui est très proche des 3,24% des cas de Mazzou H. et Coll. [3]; et l'aspect hématique dans 6,70% inférieur aux 26,85% des cas de Mazzou H. et Coll. [1,3].

5.2.3-Gestes associés :

Il n'y avait pas de gestes associés chez la plupart des patients dans 81,30%.

Les orchidectomies réalisées dans notre étude soit 12% étaient dues à l'aspect hypotrophique et laminé du testicule, dans les cas de très volumineuses hydrocèles. Toutes les hernies inguinales étaient prises en charge concomitamment, soit 5,2% des cas ; ce résultat est très proche de celui de Mazzou H. et Coll, soit 5,09% des cas. [3]

5.2.4- Les suites :

Malgré la simplicité de l'intervention chirurgicale de l'hydrocèle, il y a quelques complications dominées par l'hématome scrotal, soit 32,85% contre 5% chez Chiron P et Al .Les granulomes sur fil sont dus aux infections, soit 1,50% des cas ; ce résultat est inférieur à 3,6% chez Chiron P et Al ; nos résultats sont très proches d'autres auteurs qui ont montré que la chirurgie de l'hydrocèle présente très peu de complications qui sont dominées par l'hématome intra-scrotal et l'infection du site opératoire en général vite maîtrisés; d'autres complications plus spécifiques ont été décrites telles que la récurrence, l'atrophie testiculaire voire même une torsion du cordon spermatique. Aucune de ces complications n'a été retrouvée dans notre travail tout comme dans l'étude de Sewa et Al. [16,18,21, 23, 24].

VIII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VIII.CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- Conclusion : La présente étude a permis de dégager les conclusions suivantes:

L'hydrocèle vaginale est une pathologie qui demeure fréquente jusqu'à nos jours d'une part du fait de l'endémie filarienne et d'autre part du manque de sensibilisation. C'est une pathologie dont tous les chirurgiens sont susceptibles d'être confrontés à sa prise en charge ; c'est pourquoi une maîtrise parfaite de sa prise en charge et la sensibilisation permettront de maîtriser l'endémie filarienne, de réduire la morbidité et en fin de limiter la survenue de la maladie.

2- Recommandations :

2.1. Aux autorités :

- ✓ Promouvoir la formation d'urologue pour une meilleure prise en charge de pathologies urologiques sur toute l'étendue du territoire national;
- ✓ Sensibiliser les malades à la consultation urologique dès l'apparition des premiers signes de l'hydrocèle ;
- ✓ Améliorer les conditions d'hospitalisation des patients dans le service d'Urologie afin de réduire les infections nosocomiales ;
- ✓ Rénover les matériels existants ;
- ✓ Assurer la formation de l'instrumentiste ;
- ✓ Faire des campagnes de sensibilisation nationale afin de maîtriser l'endémie filarienne et limiter la survenue de cette pathologie (Hydrocèle) ;

2.2. Aux personnels socio- sanitaires

- ✓ Procéder à une éducation sanitaire incitant le malade à consulter dès l'apparition des premiers signes.

2.3. Aux patients :

- ✓ Ne plus considérer l'hydrocèle comme un tabou ;
- ✓ Consulter dans un service spécialisé dès l'apparition des premiers signes urinaires ou sexuels ;
- ✓ Se faire examiner une fois par an au moins dans une structure de santé car le diagnostic d'hydrocèle et sa prise en charge sont simples.

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cimador M, Castagnetti M, De Grazia E. Management of hydrocele in adolescent patients. *Nat Rev Urol*. 2010; 7(7):379-85.
2. Turgut AT, Ozden E, Unsal A, Koşar P, Coşkun ZU, Koşar U. A novel parameter by EFOV US for the quantification and the distinction of Physiological amount of scrotal fluid and hydrocele: ratio of testis volume/scrotum volume. *Eur J Radiol*. 2007; 63(3):414-9.
3. Sewa EV, Avakoudjo JDG, Tengue KK, Kpatcha MT, Sikpa KH, Soumanou F, et al. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des hydrocèles vaginales au centre hospitalier régional de Dapaong (Togo). *Afr J Urol*. 2016; 22(4):315-8.
4. Dreyer G, Norões J, Addiss D. The silent burden of sexual disability associated with lymphatic filariasis. *Acta Trop*. 1997; 63(1):57-60.
5. Michael E, Bundy DAP. Global mapping of lymphatic filariasis. *ParasitolToday*. 1997 ; 13(12) :472-6.
6. Sanda GO, Harissou A, Soumana A, Tassiou EHM. Traitement chirurgical sous anesthésie locale de l'hydrocèle vaginale de l'adulte dans trois districts Sanitaires du Niger: Etude prospective à propos de 201 patients. *Annales de l'Université Abdou Moumouni*, 2014 ; Tome XVII-A : 104-112
7. Babu BV, Mishra S, Nayak AN. Marriage, sex, and hydrocele: an ethnographic study on the effect of filarial hydrocele on conjugal life and Marriage ability from Orissa, India. *PLoS Negl Trop Dis*. 2009; 3(4):414.
8. Ahorlu CK, Dunyo SK, Koram KA, Nkrumah FK, Aagaard-Hansen J, Simonsen PE: Lymphatic filariasis related perceptions and practices on the Coast of Ghana: implications for prevention and control. *Acta Trop*. 1999 ;73(3) :251-61.
9. Manuel du résident, techniques chirurgicales, Urologie. Edition 2017 ; 41-400, 41-401.
10. Anatomie clinique, Piere Kamina, 2^{ème} édition, Tome 1; année 1990

11. ROUVIERE H. et DELMAS A : Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle

Paris Masson 1978 11^e ed pp79 – 584

12. -Précis d'anatomie clinique Pierre Kamina Tome IV ; section III, P :13 ; Edition Maloine 2005

13. Nouveaux dossiers d'anatomie 2009 ; p : 91 ; Leguerrier A, Chevrant B.O ; Edition Scientifiques et juridiques 21-23

14. Gray- Anatomie – pour- les étudiants ; Richard L.D,Waye V,Adam W.M.M ;Edition 2006 Elsevier Masson S.A.S

15. Maazou H, Magagi I. A, Harissou A, Oumarou H, Magagi A, Mansour A, Amadou R, Ganda S, Soumana A. Chirurgie de l'Hydrocèle de l'Adulte à l'Hôpital National de Zinder (Niger) 2017 : 69-70.

16. Kouakou K. Hydrocèle vaginale : Aspects épidémiologiques et thérapeutiques à propos de 80 cas au C.H.U Cocody et Treichville 1991.

17. Agbakwuru EA, Salako AA, Olajide AO, Takure AO, Eziyi AK. Hydrocelectomy under local anaesthesia in a Nigerian adult population. Afr.Health Sci. 2008 ;8(3) :160–162.

18. Boukinda F, Nervetti G. L'hydrocèle vaginale. A propos de 55 cas opérés. Ann Urol (Paris). 2003 ; 37(5) :293-5.

19. Chiron P, Amadane N, Bonnet S, Laroche J, Fournier R, Savoie P-H. [Treatment of hydrocele by a general surgeon practicing in a rural resource-poor setting in Africa]. Med Sante Trop. 2014;24(1):32-8.

20. Mante SD, Gueye SM. Capacity building for the modified filarial hydrocelectomy technique in West Africa. Acta Trop. 2011; 120 Suppl 1: S76-80.

21. Capuano GP, Capuano C.

Surgical management of morbidity due to lymphatic filariasis: the usefulness of a standardized international clinical classification of hydroceles. *Trop Biomed.* 2012 ; 29(1) :24-38.

22. Rakotoarijaona A, Rantomalala HYH, Hunald FA, Andrianasolo M, Ratsivalaka R. Chirurgie des hydrocèles vaginales au centre hospitalier de référence provincial de Toamasina Madagascar. *Med Afr Noire.* 2005 ;52(11) :614-8.

23. - Hamady Dembélé : Etude Epidémiologique, clinique et thérapeutique de l'hydrocèle vaginale au Csref de Markala à propos de 60 cas.

Thèse de médecine 20-M-278, Bamako, Mali.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I- Données sociodémographiques

Numéro de la fiche d'enquête N°/ _____/

Numéro du dossier/ _____/

Nom/ _____/ Prénoms/ _____/ Age/ _____/

Situation matrimoniale /___/ 1=Marié 2=Célibataire 3=Divorcé 4=Veuf

Ethnie/___/ 1=Minianka 2=Sénoufo 3=Bambara 4=Peulh 5=Dogon 6=Bobo

7=Autres

Profession/___/ 1=Cultivateur 2=Eleveur 3=Fonctionnaire 4=Ouvrier 5=Enfant

6=Commerçant 7=Autres

Provenance/___/ 1=District sanitaire de Koutiala 2= District sanitaire de

Yorosso 3= District sanitaire de Bla 4= District sanitaire de San 5=Ailleurs

Date d'entrée/ _____/

Date d'opération/ _____/

II-Mode d'admission : /___/ 1=Venu de lui-même 2=Référé du CSCom

III-Motifs de consultation : /___/ 1=Tuméfaction scrotale 2= Tuméfaction inguino-scrotale 3=Autres

IV-Histoire de la maladie

1. Durée d'évolution / _____ / 1= 06-12 mois 2=01-02 ans 3= 02-03 ans 4=03-05 ans 5=06-10 ans 6=11-15 ans 7=15-20 ans 8=Plus de 20 ans

2. Localisation/ _____ / 1=Droite 2=Gauche 3=Bilatérale

3. Circonstance de découverte /___ / 1=Spontanément 2=Lors des efforts de poussée 3=Après un traumatisme 4=Constatée par les parents 5=Après douleur testiculaire 6=Autres

4. Caractère de la tuméfaction /___ / 1=Tuméfaction indolore 2=Tuméfaction douloureuse 3=Réductible spontanément 4=Réductible à la pression 5=Irréductible 6=Impulsive à l'effort 7=Tuméfaction intermittente

5. Impact sur le travail / _____ / 1=non 2=Oui

6. Impact sur la vie sexuelle / _____ / 1=non 2=Oui

7. Pathologies associées /___/ 1=Hernie inguinale 2=Hernie inguino-scrotale
3=Ectopie testiculaire 4=Adénome de la prostate 5=Cryptorchidie 6=Hernie
ombilicale 7=Hémorroïde 8=Eléphantiasis scrotal 9=Autres

8. Traitement antérieur /____ / 1=Médical 2=Chirurgical 3=Traditionnel
4=Abstention

V- Aspects cliniques

1. État général /___ / 1=Bon 2=Passable 3=Mauvais

2. Les antécédents

Médicaux/___/ 1=HTA 2=Diabète 3=Asthme 4=Autres

Chirurgicaux/___/ 1=Cure d'hydrocèle 2=Cure de hernie 3=Adénomectomie
4=Autres

3. Examen clinique :

3.1. A l'inspection/___ / 1= Tuméfaction droite 2= Tuméfaction gauche 3=
Tuméfaction inguino-scrotale droite 4= Tuméfaction inguino-scrotale gauche 5=
Tuméfaction scrotale bilatérale

3.2. Palpation /___ / 1=Tuméfaction réductible 2=Tuméfaction non réductible
3=Tuméfaction douloureuse 4= Tuméfaction non douloureuse

3.3. Taille et circonférence :

3.3.1. Circonférence/____ / cm (le plus grand diamètre)

3.3.2. Longueur/____ / cm (de la base de la verge au point le plus bas)

3.4. Test de trans-illimitation /___ / 1=Tuméfaction rose 2=Tuméfaction non
rose

VI-Examens complémentaires :

Echographie inguino-scrotale/___ / 1=Faite 2=Non faite

Groupage rhésus /___ / Taux d'hémoglobine/___ /

Taux d'hématocrite/___ / TP/___ / TCK /___ / Glycémie/___ /

VII-Diagnostic :

1. Diagnostic pré-opératoire /___ / 1=Hydrocèle droite 2= Hydrocèle gauche 3=
Hydrocèle bilatérale 4= Hydrocèle communicante

5= Autres

2. Diagnostic per-opératoire /___ / 1=Hydrocèle droite 2= Hydrocèle gauche 3= Hydrocèle bilatérale 4= Hydrocèle communicante 5=Autres

VIII- Aspects thérapeutiques :

- 1.1. Type d'anesthésie/___ / 1=Rachi 2=Péridurale 3=AG + IOT 4=Locale
- 1.2. Technique chirurgicale/___ / 1=Plicature de la vaginale (Lord) 2=Résection de la vaginale 3=Autres
- 1.3. Aspect du liquide /___ / 1=Citrin 2=Chyleux 3=Purulent 4=Hématique
- 1.4. Volume du liquide /___ / 1=Inf. à 250 ml 2=250-500 ml
3=Sup. à 500 ml
- 1.5. Gestes associés /___ / 1=Résection partielle du scrotum 2=Orchidectomie
3=Drainage 4=Autres
- 1.6. Durée de l'intervention /_____/mn
- 1.7. Traitement post opératoire /___ / 1=Antalgique 2=Antibiotique 3=Anti inflammatoire.

IX-Complications :

- 1. Suites immédiates /___ / 1=Simple 2=Œdème du cordon/bourses
3=Hématome 4=Suppuration 5=Gangrène du scrotum 6=Autres
- 2. Date de sortie du CSRef /_____/
- 3. Suites à 1 mois /___ / 1=Simple 2=Granulome sur fil 3=Cicatrice chéloïde
4=Autres
- 4. Suites à 6 mois /___ / 1=Simple 2=Granulome sur fil 4=Récidive 5=Atrophie testiculaire
- 5. Mode de suivi /___ / 1=Venu de lui-même 2=Personne contactée 3=Perdu de vue
- 6. Date du dernier pansement /_____/

7. Commentaires.....
.....
.....
.....
.....

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Coulibaly

Prénom : Antoine

Adresse : 64640678 / 73275385

TITRE DE LA THESE PRISE EN CHARGE DE L'HYDROCELE : Aspects Cliniques et Epidémiologiques au CSRéf de Koutiala

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt : UROLOGIE-CHIRURGIE et SANTE PUBLIQUE

RESUME :

Au cours de notre étude nous avons colligé 130 cas d'hydrocèles sur une période de 13 mois. L'âge moyen de survenue de la maladie était de 61,34 ans.

La tranche d'âge de 36 à 50 ans était la plus représentée avec une fréquence de 37,3%

La Tuméfaction scrotale est le motif de consultation le plus fréquent et représente 78,35%.

Pour cette affection dont la prise en charge thérapeutique est peu coûteuse, les travailleurs (cultivateurs, éleveurs) aux moyens financiers modestes sont les plus nombreux.

La hernie est la pathologie la plus fréquemment associée à l'hydrocèle (8 cas sur 100) soit 29,07%.

La clinique est devenue l'examen de référence dans le diagnostic de cette pathologie.

Le taux de mortalité a été 0,70%.

La majorité de nos malades a répondu à nos rendez-vous, ce qui nous a permis d'apprécier leurs complications tardives.

Mots clés : Hydrocèle Vaginale, Epidémiologie, Urologie, Koutiala.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !!!