

## Oedème aigu scrotal idiopathique chez l'enfant 10 observations

Eschard C. Halb C. Brunel D. Lefèbvre F. Cambie Vanderschelden M.P.  
Abely M. Bernard P.

## Œdème scrotal aigu idiopathique

- Enfant prépubère 5 à 11 ans
- Décrit pour la 1<sup>ère</sup> fois par Quist en 1956
- Étiologie ignorée
- Affection peu connue
- Fréquence sous estimée.  
20 % à 30% des atteintes scrotales aiguës admises en chirurgie pédiatrique
- Récurrences: 21% des cas

*Quist O. Acta Swelling of the scrotum in infants and children, and non-specific epididymitis: a study of 158 cases. Chin. Scand. 1956, 110(6):417-21*  
*Najmaldin A. Burge D.M. : Acute Idiopathic Scrotal Oedema: incidence, manifestations and aetiology. B. J. Surg 1987, 74: 634-635*

## Matériel et Méthodes

- Etude rétrospective
- 10 observations colligées entre 1996 et 2008 en chirurgie pédiatrique (7) et en dermatologie (3) au CHU de Reims
- Ont été d'emblée exclus les tableaux d'étiologie évidente
  - post traumatiques
  - après piqûre d'insectes
  - associés à une pathologie infectieuse
- Recueil: antécédents, données cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives (3 perdus de vue)

## Objectifs

- Préciser les éléments cliniques et les difficultés diagnostiques
- Sensibiliser et informer le dermatologue

*Corazza M, Pizzigoni S, Sprocati M et al*  
*Acute idiopathic scrotal edema in children. Dermatology. 2003; 206: 343-344*

## Résultats

- Environ **5.4%** des "bourses aiguës" vues en chirurgie pédiatrique durant cette période
- Age: 4 à 12 ans (âge moyen 7,7 ans)
- 6 lors du 1<sup>er</sup> épisode, 4 lors d'une récurrence
- Age de l'épisode initial: 3 à 12 ans (âge moyen 5,9 ans)
- 20 récurrences notifiées pour 5 enfants (3 à 7 chacun)

*Klin and al: Acute idiopathic Scrotal Edema in children-Revisited. J. Pediatr. Surg. 2002 ; 37: 1200-1202*

Fabien, 10 ans.



Pas de fièvre  
oedème inflammatoire discrètement sensible à la palpation

## Fabien, 10 ans

- Antécédents 0
- Depuis l'âge de 5 ans (2002 à 2005): 4 épisodes  
" Erysipèles non fébriles " périnée et scrotum  
rapidement régressifs (antibiotiques, corticoïdes)

## Fabien, 10 ans

- NFS : GB 10,5 Giga/l, PN N 50 %, lymphocytes 33 %  
éosinophiles 9 % soit 0,9 Giga/L
- Bilan infectieux négatif
- Echographie testiculaire et l'étude doppler N
- Evolution favorable sans traitement en 24 - 48h
- Pas de récive

## Esad, 5 ans

- Antécédents: 0
- Oedème testiculaire & non douloureux
- Extension secondaire au pli inguinal & et fosse iliaque &
- Pas de signes généraux
- Echographie testiculaire N  
Oedème et épaissement du scrotum à G. œdème sous cutané au niveau inguinal & ganglions hypertrophiés
- NFS : GB 10,4 Giga/l 23 %, eosinophiles
- 2 épisodes similaires 1 et 3 mois



Patier	Tranche d'âge	Sexe	Phénotype	NFS	Examen	Histologie (Biopsie)	Biopsie (Histologie)	Traitement	Reculé
Cas 1, 12 ans 1996, 1 <sup>er</sup> épisode	Atypie pigées d'ovaire	+	Scrotum D Pli inguinal D Fosse D	GB 7300/mm <sup>3</sup>	ECBU -	1 feuille scrotum volume testiculaire D 1. Pas de flux testiculaire	Oui	Hospitalisation Antibiotique AINS	?
Cas 2, 8 ans 1996, 1 <sup>er</sup> épisode	Urticaire Atypie à AB	+	Bilatéral Causé G	GB 11100/mm <sup>3</sup> Eos. 1400/mm <sup>3</sup>	ECBU -	0	Non	Hospitalisation Antibiotique AINS	Non
Cas 3, 9 ans 1997, 5 <sup>e</sup> épisode (3 p. érythémateux)	0	-	Scrotum D Pli anal D	Normal	ECBU - Antiscopie UVV	Normale	Oui 1 <sup>er</sup> épisode	Hospitalisation AINS Flagyl	3 jusqu'à 14 ans
Cas 4, 9 ans 1999, 1 <sup>er</sup> épisode	0	+ signe	Testicule G	GB 10000/mm <sup>3</sup>	ECBU -	volume testiculaire G 1 hématome flux veineux	Non	Hospitalisation AINS	?
Cas 5, 6 ans 2000, 1 <sup>er</sup> épisode	0	+ amide	Scrotum D Pli inguinal D Fosse D Adénopathies D	GB 9300/mm <sup>3</sup>	ASP ECBU -	0	Non	Hospitalisation AINS	Non
Cas 6, 4 ans 2002, 2 <sup>e</sup> épisode	Atypie ++ Eosinophile 1 1 éryt. OAS1	+ Bimale Scrotale et amide	Bourse Cordes Vergé scrot D Adénopathie D	GB 8200/mm <sup>3</sup> Eos. 700/mm <sup>3</sup>	ECBU - Drogue CI inhibiteur	Testicules Nx Logites anéchogènes dans le scrotum G Vasculatureur 1	Oui 1 <sup>er</sup> épisode	Hospitalisation AINS	2 jusqu'à 8 ans
Cas 7, 4 ans 2004, 1 <sup>er</sup> épisode	Asthme	+	Bourse G	GB 11970/mm <sup>3</sup>		Peu contributive	Oui	Hospitalisation Antibiotiques AINS	?
Cas 8, 10 ans 2007, 2 <sup>e</sup> épisode	Monocytose Asthme Urticaire	±	Bilatéral, prédominant à D fesse D	GB 6900/mm <sup>3</sup>	Bactério am -	Dicéto Ime liquideur péri testiculaire Doppler N	Non		0
Cas 9, 10 ans 2007, 3 <sup>e</sup> épisode	0	±	Périnée Scrotum D Fesse D Pli inguinal D	Préval: GB 10500/mm <sup>3</sup> Eos. 900/mm <sup>3</sup>	Bactério G/erg, am - Hémo. Parasito scell -	Normale	Non		0
Cas 10, 5 ans 2008, 1 <sup>er</sup> épisode	0	Schobler (péritone)	Scrotum G Pli inguinal G	GB 10400/mm <sup>3</sup> Eos. 2300/mm <sup>3</sup>	Bactério am - Parasito scell -	Oedème du scrotum G inguinal G et adénopathies	Non		2 récurrences, 1 et 1 mois après

## Tableau scrotal et périnéal aigu

Eliminer en urgence une " bourse aigue chirurgicale"

Sont discutés :

- Torsion testiculaire ou des annexes
- Orchi épидидymite
- Traumatisme scrotal
- Hernie inguinale étranglée
- Tumeur testiculaire avec hémorragie interne
- Hydrocoèle ou varicoceèle

Intérêt de la clinique, de l'écho doppler, avis chirurgical

➡ Intervention au moindre doute

## Diagnostics différentiels (suite)

- Piqûres d'insecte
- Dermo hypodermite infectieuse
- Erythème périnéal aigu récurrent
- Orchite dans le cadre d'une virose, d'une fièvre typhoïde, ou d'un purpura rhumatoïde.
- Allergie médicamenteuse
- Gangrène de Fournier

Intérêt de la clinique, bilan inflammatoire et infectieux, écho doppler

## Etiologie inconnue

- Infectieuse à partir d'un foyer bactérien anal ? (1)
- Allergique ? Forme clinique d'angio-œdème ? (2)

(1) Nicholas J.L. et al, *Surgery* 1970 ; 67(5) :847-850  
(2) Najmaldin A. et alB. *J. Surg* 1987, 74: 634-635

## Prise en charge

Pas de consensus pour le traitement :

- Abstention +++
- Anti-histaminiques
- Antalgiques / AINS
- Antibiotiques

## Conclusion

- Entité peu connue et sous estimée
- Diagnostic d'élimination
- Enjeu important:

Ne pas passer à côté d'une étiologie pour laquelle un traitement est nécessaire

Prise en charge minimaliste une fois le diagnostic posé