



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/13455

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/13455>



RESEARCH ARTICLE

ELEPHANTIASIS PENI SCROTAL, TECHNIQUE DE GREFF A PROPOS DE DEUX CAS AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL AMISSA BONGO DE FRANCEVILLE ET REVUE DE LA LITTERATURE

Ngakani Offobo S. Owono J.P¹, Diallo Kadidiatou F.², Socaras Poduermo² and Aseke Ondo N'dong JF Ngakani Offobo Silvère¹

1. Service De Chirurgie Générale. Centre Hospitalier Régional Amissa Bongo de Franceville, Université Des Sciences De La Santé Gabon.
2. Owono JP, Service De Chirurgie Générale Hôpital Des Instructions Des Armées Omar Bongo Odimba.
3. Diallo Kadidiatou F, Chirurgie, Université Des Sciences De La Santé Socaras P Centre Hospitalier Universitaire De Havan Cuba Ondo N'dong JF Université Des Sciences De La Santé Gabon.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 July 2021

Final Accepted: 29 August 2021

Published: September 2021

Key words:-

Eléphantiasis, Pénéo Scrotal, Chirurgie, De Greff

Abstract

L'éléphantiasis péno-scrotal ou lymphoedème péno scrotal est une pathologie fréquente dans les zones d'endémie filarienne. En dehors de ce contexte épidémiologique, cette pathologie est rare d'étiologies différentes, souvent idiopathique. La gêne fonctionnelle et l'aspect inesthétique qui en résultent imposent un traitement chirurgical lourd mais avec des résultats fonctionnels satisfaisants. Nous rapportons deux cas d'éléphantiasis péno scrotale à travers une revue de la littérature, traités par une résection large des tissus atteints selon la technique de GREFF.

Copy Right, IJAR, 2021.. All rights reserved.

Introduction:-

Dans les zones d'endémie filarienne, l'éléphantiasis du scrotum est une maladie d'étiologie variée dont la plus fréquente est la filariose à Wuchereria Wuchereria. Les autres étiologies idiopathiques ou primitives sont parfois difficiles à retrouver. Cette affection chronique a un retentissement sur les activités sportives, sexuelles, professionnelles, esthétique et psychologique. La découverte d'un éléphantiasis après plusieurs années d'évolution pose le problème de traitement chirurgical.

Observation 1

Il s'agissait d'un homme de 61 ans, nationalité congolaise qui avait été admis pour tuméfaction indolore du scrotum évoluant depuis 18 ans. Dans ses antécédents, il était forestier il y a plus de 25 ans. L'examen clinique avait retrouvé un scrotum de 20 cm de diamètre avec une peau épaissie laissant le gland libre et un pénis légèrement enfoui en doigt de gant. Les membres inférieurs étaient normaux. La recherche de microfilaries et la sérologie étaient négatives. L'échographie abdomino pelvienne était normale. Le per opératoire immédiat a été marqué par une gêne respiratoire intense, qui a nécessité une transfusion sanguine isogroupe A positif et une oxygénothérapie. Nous avons résecté le scrotum éléphantiasique en gardant la partie supérieure en 2 lambeaux postéro latéraux et découpé un lambeau antérieur de la verge enfouie, associé aux 2 lambeaux postéro supérieurs et nous avons terminé par une suture longitudinale. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire avait mis en évidence un aspect de lymphoedème scrotal sans signe d'atteinte parasitaire. La cicatrisation s'est déroulée de manière lente mais satisfaisante après 45 jours.

Corresponding Author:- Ngakani Offobo S. Owono J.P

Address:- Service De Chirurgie Générale. Centre Hospitalier Régional Amissa Bongo de Franceville, Université Des Sciences De La Santé Gabon.



Photo 1:- Volumineux scrotum et un pénis enfoui en doigt de gant.

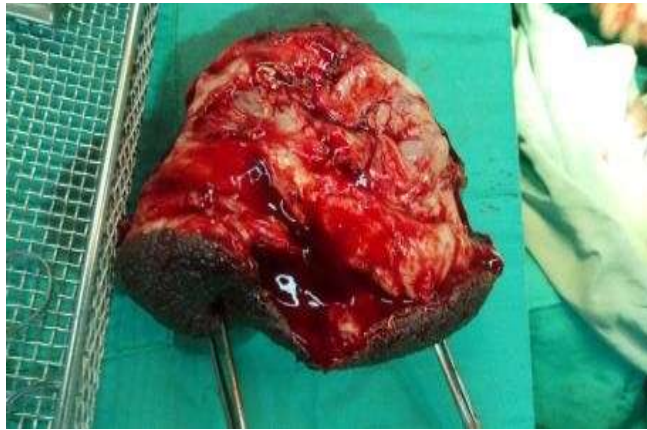


Photo 2:- pièce opératoire après résection pesant 1800 g.



Photo 3:- Libération des corps caverneux de la verge.

Observation 2

Il s'agissait d'un homme de 32 ans, vivant en zone rurale sans antécédents particuliers, qui avait été admis pour tuméfaction des bourses évoluant progressivement depuis 7 ans. Il aurait été traité plusieurs fois à l'indigénat sans amélioration. Handicapé par cette masse, il avait suspendu des activités sexuelles, sportive et scolaire. L'état général

était conservé. L'examen clinique retrouvait un scrotum augmenté de volume, indolore, avec épaissement de la peau induré étendu au pénis. La région de l'aïne était œdématiée et les membres inférieurs normaux. La recherche de microfilières était négative.

L'échographie abdomino pelvienne notait des testicules normaux, un épaissement de l'aïne bilatéral sans épanchement lymphatique. La verge étant partiellement libre, la chirurgie avait consisté à la résection du scrotum éléphantiasique et en gardant à la partie supérieure 2 lambeaux postéro latéraux. Le patient note des rapports sexuels satisfaisants malgré la déformation du gland.



Photo 4:- Éléphantiasis Pénéo Scrotal Et Épaississement De L'aïne Bilatéral.



Photo 5:- Résection du scrotum ,en gardant 2 lambeaux postéro latéraux.

Discussion:-

C'est une affection le plus souvent masculine [5], caractérisée par la présence d'un épanchement liquidien riche en protéines dans les espaces sous-cutanés du scrotum et de la verge [6]. Les membres inférieurs peuvent être touchés dans certains cas [2].

L'œdème touche le système lymphatique scrotal qui est dilaté du fait d'une dysplasie congénitale irréversible. La composition des sols a été incriminée, surtout les sols volcaniques riches en silicate d'aluminium qui serait absorbé par voie transdermique, par le contact. Quelques cas d'éléphantiasis idiopathiques ont été décrits même dans les zones d'endémie filarienne [3]. Le lymphœdème acquis ou secondaire touche le plus souvent l'homme à la suite d'une obstruction canalaire d'étiologie parasitaire dans les pays d'endémie filarienne. Des cas d'éléphantiasis filarien ont été décrits chez la femme, l'œdème siège alors au niveau de la vulve et du sein [7].

En dehors de la filariose, l'obstruction lymphatique est extrinsèque par compression ou intrinsèque, elle peut être aussi secondaire à la chirurgie pelvienne et abdominale carcinologique, à des affections inflammatoires chroniques, voire à la suite d'une radiothérapie, comme elle peut survenir de façon séquellaire après une stase veineuse chronique ou après le traitement chirurgical d'une bilharziose uro-génitale. Le sarcome de Kaposi ainsi que certaines infections vénériennes chroniques ont été décrites comme causes de certains cas d'éléphantiasis [8, 9]. Un ancien traumatisme, une dialyse péritonéale ambulatoire continue ainsi qu'une infection par des organismes pyogènes particulièrement le streptocoque sont aussi incriminés [9]. Les modifications inflammatoires dues à la lymphangite streptococcique peuvent induire une obstruction au niveau des jambes, entraînant un éléphantiasis particulier appelé nostras verru cosas (atteinte de la jambe) [9].

L'atteinte péno-scrotale est la plus fréquente avec un aspect inesthétique caractéristique, le scrotum est volumineux et peut atteindre des dimensions considérables avec une verge enfouie, la peau scrotale est dure et épaisse, le poids de la grosse bourse gêne souvent la marche et l'enfouissement pénien peut gêner la miction et les rapports sexuels. L'atteinte scrotale isolée a été récemment décrite mais reste exceptionnelle [10]. Le délai avant la première consultation peut être long [11] jusqu'à ce que la bourse atteint des volumes considérables parfois allant jusqu'à 15 kilogrammes, ce qui est aussi le cas dans nos observations.

L'échographie abdominale et le scanner recherchent une origine obstructive par compression des axes vasculaires. Le doppler vasculaire montre la dilatation des lymphatiques et en cas de filariose, il objective les parasites. La sérologie chlamydienne élimine une atteinte par ce germe qui peut être responsable d'un œdème de la verge et du scrotum. La recherche des micros filaires dans le sang est négative en cas d'éléphantiasis primitif ou idiopathique. Dans nos 2 observations les examens étaient négatifs.

En absence de traitement, des infections cutanées graves à type d'érysipèle cutané peuvent s'installer. L'abstention chirurgicale ne peut être défendue que s'il y a des contre-indications formelles à un geste opératoire. Le traitement conservateur dont le principe est de dériver la lymphe dans le réseau veineux ou de dilater les vaisseaux lymphatiques par des prothèses tubulées de polyéthylène ou métalliques ou encore de greffer l'épiploon est abandonné. C'est le traitement chirurgical qui reste de mise : il est basé sur la résection large des tissus oedématisés suivie d'un comblement de la perte de substance par des plasties cutanées pédiculées ou libres. La cicatrisation sans plastie est possible, ce qui est le cas de nos deux patients, mais elle est lente, ce qui prolonge la durée de pansement et d'hospitalisation. L'évolution est le plus souvent bénigne, les récurrences sont liées à une obstruction lymphatique persistante ou récidivante.

Conclusion:-

L'éléphantiasis péno-scrotale est une pathologie rare dans les zones non filariennes. La Wuchérériose est souvent la cause dans les zones endémiques. Le bilan clinique, biologique et radiologique ne devraient retarder la prise en charge chirurgicale. La technique de GRIFF est aussi un traitement chirurgical de choix. Les résultats de cette chirurgie sont excellents avec des récurrences rares.

References:-

1. La filariose lymphatique, fin 2001. Lettre d'édisan, juillet 2002, n°21.
2. Castillo M, Dominguez R. Congenital lymphangiectatic elephantiasis. Magn Reson Imaging 1992 ; 10 : 321-4.
3. De Lalla F, Zanoni P, Lunetta Q, Moltrasio G. Endemic non filarial elephantiasis in Iringa district, Tanzania : a study of 30 patients. Trans R Soc Trop Med Hyg 1988 ; 82 : 895-7. M. BENATTA et coll. Eléphantiasis péno-scrotal -23-J Maroc Urol 2008 ; 9 : 19-23
4. Spooner NT, Davies JE. The possible role of soil particles in the aetiology of non filarial (endemic) elephantiasis : a macrophage cytotoxicity assay. Trans R Soc Trop Med Hyg 1986 ; 80 : 222-5.
5. Halila M, Ounaes A, Saâdani H, Braiek S, El Kamel R, Jemni M. L'éléphantiasis scrotal. Prog Urol 2003 ; 13 : residents of a wusheria bancrofti endemic area in Tanzania. Trans R Soc Trop Med Hyg 2000 ; 94 : 409-12.
6. Slama A, Jaidane M, Elleuch A, Ben Sorba N, Tahar Yakoubi M, Mosbah AF. Traitement chirurgical d'un éléphantiasis péno-scrotale. Prog Urol 2002 ; 12 : 337-9.
7. Bernhard P, Makunde RW, Magnussen P, Lemnge MM. Genital manifestation and reproductive health in female

9. Ziegler JL. Endemic Kaposi's sarcoma in Africa and volcanic soils. *Lancet* 1993 ; 342
10. : 1348-51.
11. Ronald A, Nelson, Gregory L, Alberts, Loyd E, King Jr. Penile and scrotal elephantiasis caused by indolent *Chlamydia trachomatis* infection. *Urology* 2003 ; 61 : 224i-224iii.
12. Homberger BJ, Elmore JM, Roehrborn CG. Idiopathic scrotal elephantiasis. *Urology* 2005 ; 65 : 389.
13. Bouya PA, Lomina D. Scrotal elephantiasis : about seven operated cases. *Bull Soc Pathol Exot* 2004 ; 97 : 315-7. 140-2.