

L'éléphantiasis scrotal : à propos de sept cas opérés.

P. A. Bouya* & D. Lomina

Service d'urologie-andrologie, CHU Brazzaville, Congo.

*Correspondance : P.A. BOUYA, BP : 14278 Brazzaville, Congo. E-mail : bouyalp@yahoo.fr

Manuscrit n° 2605. "Clinique". Reçu le 22 juillet 2003. Accepté le 26 novembre 2004.

Summary: Scrotal elephantiasis: about seven operated cases.

The authors report seven cases of scrotal elephantiasis operated on nine years in the urology department of a filarial endemic zone.

Patients wait for a long time before consulting for big scrotum reaching eventually 15 kg. The final arguments for the filarial origin haven't been found whereas arguments of presumption exist.

The surgical treatment has enabled to get an aesthetic satisfying result, sometimes after a second cure.

**elephantiasis
scrotal
surgery
hospital
Brazzaville
Congo
Sub-Saharan Africa**

Résumé :

Les auteurs rapportent sept cas d'éléphantiasis scrotal opérés en neuf ans dans un service d'urologie en zone d'endémie filarienne.

Les patients consultent avec beaucoup de retard pour de grosses bourses pouvant atteindre 15 kg. Les arguments de certitude de l'origine filarienne n'ont pas été retrouvés alors que les arguments de présomption sont présents.

Le traitement chirurgical a permis d'obtenir un résultat esthétique satisfaisant, parfois après une deuxième cure.

**éléphantiasis
scrotal
chirurgie
hôpital
Brazzaville
Congo
Afrique intertropicale**

Introduction

L'éléphantiasis scrotal est une conséquence du blocage de la circulation lymphatique, souvent d'origine filarienne. Elle réalise une pachydermie pouvant prendre des proportions importantes et posant surtout un problème esthétique et de gêne de la marche. Le traitement consiste en une chirurgie d'exérèse avec plastie des bourses.

Nous rapportons sept cas opérés, dont un particulièrement géant avec une pièce pesant environ 15 kg. Le but de notre étude est d'évaluer la fréquence de la pathologie en zone d'endémie filarienne et de la différencier des autres cas de grosseurs des bourses.

Malades et méthodes

Nous présentons une étude rétrospective allant de 1992 à août 2002 et concernant sept dossiers d'éléphantiasis scrotal opérés dans le service d'urologie du CHU de Brazzaville.

L'âge moyen de nos malades au moment du diagnostic était de 34 ans (extrêmes : 21-56 ans).

Chaque dossier comprenait :

- une numération formule sanguine ;
- une goutte épaisse avec recherche des filaires ;
- une échographie des bourses ;

- un compte rendu opératoire ;
- des photos d'avant et après l'opération ;
- l'examen anatomopathologique.

Le traitement a été chirurgical, basé sur une exérèse large de la paroi scrotale pathologique suivie ou non d'une plastie. Les patients étaient revus en consultation 6 et 12 mois après l'intervention chirurgicale.

Le principal critère d'appréciation du résultat était surtout esthétique, à savoir l'absence du tissu pachyderme péno-scrotal.

Résultats

Sept malades ont été opérés en neuf ans parmi 1905 hospitalisés, soit 0,37 %.

La durée de la symptomatologie variait de 1 à 5 ans.

Trois patients sur sept avaient déjà été traités par la diéthyl carbamazine pour filariose. Le mode de révélation était surtout un volumineux scrotum pachyderme indolore (figure 1). Quatre patients avaient une atteinte péno-scrotale. A la palpation, on retrouvait une peau scrotale épaissie et scléreuse.

La recherche des filaires par goutte épaisse était négative chez tous les patients avant l'opération. La formule leucocytaire a mis en évidence dans tous les cas une hyperéosinophilie. L'échographie a permis de visualiser un tissu dermo-hypodermique très épais avec des testicules normaux noyés dans une petite lame d'hydrocèle.

Figure 1.

Eléphantiasis scrotal.
Scrotal elephantiasis.



Le traitement a consisté en une exérèse chirurgicale du tissu péno-scrotal pachyderme, suivie de la réfection scrotale avec le tissu sain. (figure 2).

Figure 2.

Chirurgie de l'éléphantiasis scrotal.
Scrotal elephantiasis surgery.



Le poids de la pièce opératoire variait de 800 g environ à 15 kg. Les suites opératoires immédiates ont été simples dans tous les cas. L'examen anatomopathologique était en faveur d'un lymphoedème scrotal de type inflammatoire. Le résultat esthétique était satisfaisant chez cinq patients après la première opération (figure 3). Chez deux patients,

Figure 3.

Eléphantiasis scrotal un an après exérèse chirurgicale.
scrotal elephantiasis, one year after surgery.



une deuxième cure chirurgicale a été nécessaire, douze mois plus tard, à cause d'une récurrence au niveau péno-scrotal.

Commentaires

L'éléphantiasis scrotal est une pathologie peu fréquente au Congo malgré sa situation en zone intertropicale d'endémie filarienne lymphatique (5). C'est une manifestation chronique de la filariose lymphatique.

Trois filaires lymphatiques se rencontrent chez l'homme : *Wuchereria bancrofti* ou filaire de Bancroft qui comporte une variété *pacifica* en Océanie ; *Brugia malayi* ou filaire de Malaisie ; et *Brugia timori* (5).

Le diagnostic clinique est évident ; il s'agit d'un volumineux scrotum avec peau pachyderme.

Ce scrotum peut prendre des dimensions importantes gênant la marche comme chez un de nos patients dont la pièce opératoire pesait 15 kg. L'éléphantiasis scrotal peut être isolé ou associé aux membres inférieurs (10).

Le diagnostic étiologique recherche les arguments de certitude : la mise en évidence d'une filaire adulte sur biopsie ganglionnaire ou d'une microfilarie dans le sang.

A défaut des arguments de certitude, on peut rechercher les arguments de présomption qui sont l'éosinophilie et l'immunodiagnostic. Dans notre série, seuls les arguments de présomption ont été retrouvés.

Certains auteurs pensent que l'absence de microfilaries dans l'examen sanguin ne permet pas d'éliminer le diagnostic, surtout au stade des manifestations lymphatiques chroniques (8). L'échographie peut mettre en évidence des filaires adultes en mouvement dans le scrotum au début de la maladie (9, 3, 4, 1). Actuellement, le bilan para-clinique s'est enrichi de la séméiologie de l'imagerie à résonance magnétique qui montre une image en trois couches et précise l'état des testicules (2).

Le traitement est essentiellement chirurgical et consiste en une résection de tout le tissu sclérofibreux scrotal, suivie d'une réfection scrotale avec peau saine ou une greffe par lambeaux cutanés libres ou pédiculés (7). Il s'agit d'une chirurgie hémorragique, car le tissu hypodermique présente plusieurs grosses veines.

L'examen anatomopathologique permet de préciser le diagnostic étiologique qui peut être une filariose, une schistosomose urogénitale, des séquelles de chirurgie ou de radiothérapie, une maladie de Kaposi (6).

Les testicules, dans tous les cas, nous ont paru de taille et consistance normale noyés dans une petite lame d'hydrocèle. Les conséquences sur la fertilité n'ont pas été évaluées. Cependant des anomalies de la spermatogenèse ont été décrites dans les greffes de peau libre mince par modifications de la thermorégulation locale testiculaire (10).

Conclusion

L'éléphantiasis scrotal est une pathologie des zones d'endémie filarienne.

Les patients consultent pour gêne à la marche ou le caractère inesthétique des organes génitaux externes, mais avec un retard considérable pour des raisons de pudeur.

La chirurgie plastique est le seul traitement efficace, nécessitant parfois deux temps.

Références bibliographiques

1. AMARAL F, DREYER G, FIGUEREDO-SYVA J, NOROES J, CAVALCANTI A *et al.* - Live adult worms detected by ultra-

sonography in human bancroftian filariasis. *Am J Trop Med Hyg*, 1994, **50**, 753-757.

2. ARTEGA Ch, SALAMAND P, MIANNE D, MARTET G, RAILLAT A & BRIANT JF - Aspects IRM de l'éléphantiasis scrotal filarien. Corrélations IRM-anatomopathologiques. *J Radiol*, 1997, **78**, 1285-1287.
3. DREYER G, SANTOS A, NOROCS J & ADDISS D - Proposed panel of diagnostic criteria, including the use of ultrasound to refine the concept of endemic normals' in lymphatic Filariasis. *Trop Med Int Health*, 1999, **4**, 575-579.
4. FARIS R, HUSSAIN O, EL SETOUHY M, RAMZY RM & WEIL GJ - Bancroftian filariasis in Egypt: visualization of adult subclinical lymphatic pathology by scrotal ultrasound. *Am J Trop Med Hyg*, 1998, **59**, 864-867.
5. GENTILINI M - *Médecine Tropicale*. - Flammarion, Edit. Paris, 1993, pp.196-220.
6. HALILA M, OUNAES A, SAADANI H, BRAIEK S, EL KAMEL R & JEMNI M - L'éléphantiasis scrotal. *Prog Urol*, 2003, **13**, 140-142.
7. NDOYE A, SYLLA C, BA M, GUEYE SM & DIAGNE BA - Management of penile and scrotal elephantiasis. *N J U Int*, 1999, **84**, 362-364.
8. NGUYỄN TANG ÂM, DỒ DUONG THAI & NGUYỄN DUY TOAN - *Les filarioses lymphatiques*. Epidémiologie tropicale. Edit. 1988, pp. 155-161.
9. SHENOYRK, JOHNA, HAMEED S, SUMA TK & KUMARASWAMI V - Apparent failure of ultrasonography to detect adult worms of *Brugia malayi*. *Ann Trop Med Parasitol*, 2000, **94**, 77-82.
10. WILLE S, NIESEL T, BREUL J & HARTUNG R - Elephantiasis of the Legs with lichen sclerosus et atrophicus of the penis and scrotum. *J Urol*, 1997, **157**, 2262.