

## Prise en charge de la cryptorchidie congénitale de l'enfant à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

### Management of Congenital undescended testis in Children at the Yaounde Gynaeco-Obstetrics and Paediatric Hospital

Mbouche LO<sup>1</sup>, Nyanit Bob D<sup>2</sup>, Kouna Tsala I<sup>1,2</sup>, Binwé Hapmo B<sup>2</sup>, Dikongue EC<sup>1,2</sup>,  
Mouafo Tambo F<sup>1,2</sup>, Angwafo III Fru Forbuzshi<sup>2</sup>

#### Article Original

1. Service de Chirurgie, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé
2. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I

**Correspondance** : Mbouche Landry Oriole, Hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Téléphone : 699881526, Email : [landrymbouche@gmail.com](mailto:landrymbouche@gmail.com)

**Mots clés** : Cryptorchidie, testicule non descendu, orchidopexie, cœlioscopie, enfant

**Key words**: Cryptorchidism, undescended testis, orchiopexy, laparoscopy, child

**Date de soumission**: 25/01/2026  
**Date d'acceptation**: 01/04/2026

#### RESUME

**Introduction** : La cryptorchidie congénitale est l'une des malformations génitales la plus fréquente qui touche le garçon. Malgré les progrès thérapeutiques de la chirurgie et de la microchirurgie, de nombreux malades ne sont pas soumis au traitement à un âge où le pronostic fonctionnel est encore favorable. Le but de ce travail est d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la cryptorchidie congénitale chez l'enfant dans un hôpital tertiaire de Yaoundé au Cameroun.

**Méthodes** : Il s'agit d'une étude descriptive ayant une phase rétrospective et une phase prospective des cas de cryptorchidie diagnostiqués et traités dans le service de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2016.

**Résultats** : Sur les 23650 patients qui ont été consultés, 82 cas de cryptorchidie étaient diagnostiqués dont 79 ont été opérés. La prévalence hospitalière était de 2,41%. La cryptorchidie congénitale a été le plus souvent unilatérale avec une prédominance droite dans 50 % des cas (41 patients). La voie d'abord inguinale a été la plus pratiquée dans 78 cas (95%). La cœlioscopie diagnostique a été effectuée chez 15 patients (18% de cas). Nous avons objectivé 5 cas (13,1%) d'atrophie testiculaire postopératoire sur un recul moyen de 3 ans.

**Conclusion** : Le diagnostic de la cryptorchidie congénitale est le plus souvent tardif. L'approche diagnostique et thérapeutique diffère selon que le testicule cryptorchide est palpable ou non, uni ou bilatéral.

#### ABSTRACT

**Background**: Congenital undescended testis or cryptorchidism is one of the most frequent genital malformations that affect the boy. Despite the therapeutic progress of surgery and microsurgery, many patients are not subjected to treatment at an age where the functional prognosis is still favorable. The aim of this work is to assess the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of congenital cryptorchidism in children in a tertiary hospital in Yaoundé, Cameroon.

**Methods**: This is a descriptive study having a retrospective phase and a prospective phase of the cases of cryptorchidism diagnosed and treated in the Pediatric surgery Department of the Gynecology-obstetrics and pediatric hospital in Yaoundé, from 1 January 2010 to 31 December 2016.

**Results**: Of the 23650 patients who were consulted, 82 cases of cryptorchidism were diagnosed, of which 79 were operated. Hospital prevalence was 41%. Congenital cryptorchidism was most often unilateral with a straight predominance in 50% of cases (41 patients). The first track inguinal was the most practiced in 78 cases (95%). Diagnostic laparoscopy was performed in 15 patients (18% of cases). We have objectively 5 cases (13.1%) of postoperative testicular atrophy on an average 3-year retreat.

**Conclusion**: Congenital cryptorchidism is usually diagnosed late. The diagnostic and treatment approach varies depending on whether the undescended testicle is palpable or not, and whether the condition is unilateral or bilateral.

DOI : <https://doi.org/10.64294/jsd.v4i2.330>

## Introduction

La cryptorchidie congénitale est la plus fréquente des malformations de la sphère uro-génitale de l'enfant [1]. Elle touche 2 à 5 % des enfants nés à terme et 30% des prématurés [2]. L'incidence de la cryptorchidie congénitale est de 2-4 % chez les nouveau-nés à terme et 1% à un an. Depuis lors, elle n'a pas augmenté au cours des dix dernières décennies, selon Barthold et al. en 2003 [1]. La qualité des consensus utilisés pour définir les bases diagnostiques et thérapeutiques demeure insuffisantes (Gapany et al, 2008; Turner, 2009). Malgré les recommandations qui stipulent que la prise en charge se fasse avant deux ans, les patients pédiatriques sont reçus tard en consultation externe [1]. L'âge recommandé pour la prise en charge chirurgicale de la cryptorchidie congénitale a connu des modifications substantielles : il était de 10 ans dans les années 1960 à 1-2 ans en l'an 2000, tout en demeurant controversé [3]. Ainsi, l'orchidopexie réalisée pour les testicules palpables a un taux de succès supérieur à 92 à 95% [3]. Au Cameroun, Takongmo et al. [4] rapportait en 1996 une incidence annuelle de 12,3 cas. A ce jour, aucune autre étude n'a été menée, à notre connaissance, sur l'apport de nouvelles technologies, à l'instar de la laparoscopie, dans le traitement des testicules non descendus et sur les aspects cliniques, tout comme sur le suivi postopératoire des patients pédiatriques. Le but de cette étude était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques de la cryptorchidie congénitale à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

## Patients et Méthode

Il s'est agi d'une étude observationnelle de type transversale et descriptive avec une collecte des données rétrospective et prospective. Elle a été menée dans le Service de Chirurgie Pédiatrique de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2016. Etaient inclus, tous les patients âgés de 0 à 15 ans de sexe masculin ayant une cryptorchidie congénitale documentée. Nous avons obtenu la clairance du Comité d'éthique de l'hôpital. Les variables d'étude recherchées comprenaient les données épidémiologiques (âge au moment du diagnostic, le motif de consultation, le terme de la grossesse, le délai de la consultation) ; les données cliniques : ( les circonstances de découverte, le côté du testicule non descendu, les anomalies associées, les bilans paracliniques réalisés). Les modalités thérapeutiques regroupaient le délai de prise en charge, les découvertes opératoires et les gestes réalisés. L'évolution et le pronostic consistaient en : le succès thérapeutique qui a été défini par la position intra-scrotale du testicule et sa bonne trophicité. L'échec thérapeutique a trait à la récurrence et à la

survenue d'une atrophie testiculaire. L'évolution clinique à court terme a été précisée par une durée postopératoire inférieure à trois mois, l'évolution à moyen terme par un recul postopératoire compris entre 3 et 6 mois, et l'évolution à long terme par une période d'observation postopératoire de plus de 6 mois.

A la phase rétrospective, la collecte des données a été réalisée à partir des dossiers (ou fiche d'observation) de malade remplissant les critères d'inclusion, des registres de consultation externe, d'hospitalisation, de comptes rendus opératoires. A la phase prospective, nous avons effectué l'examen clinique des patients pédiatriques en vue de déterminer les complications à court et moyen terme (récurrence, atrophie testiculaire). La mesure du volume testiculaire a été faite à l'aide de l'orchidomètre de Prader. Ces données ont été intégrées et analysées par des méthodes de statistiques descriptives et analytiques en utilisant les logiciels Epi-info TM version 3.5, SPSS 20.0. Le logiciel Microsoft Office Excel 2010.



Figure 1 : mesure du testicule avec l'orchidomètre

## Résultats

Sur les 23650 patients qui ont été consultés, 82 cas de cryptorchidie étaient diagnostiqués dont 79 ont été opérés. La prévalence hospitalière était de 2,41%. Quarante-deux (82) dossiers de malades ont été analysés. L'âge au moment du diagnostic variait entre 0 et 15 ans et l'âge au moment du traitement chirurgical se situait entre un an et 15 ans, avec une moyenne de  $5,94 \pm 3$  ans.

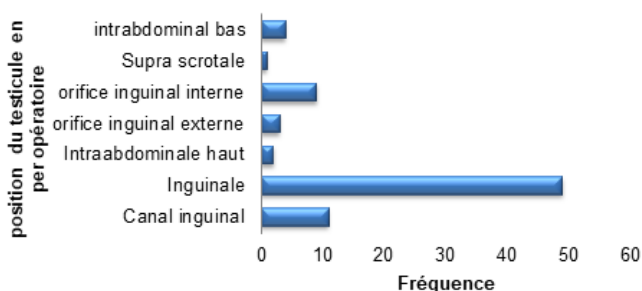
La découverte a été le plus souvent l'œuvre des parents à domicile dans 73 cas (89,02%). Le principal motif de consultation externe était l'absence de testicule dans les bourses chez 77 patients (94% de cas). La cryptorchidie congénitale a été le plus souvent unilatérale avec une prédominance droite dans 50 % des cas (41 patients). La hernie inguinale congénitale était la principale malformation associée dans 7 cas (8,5%). La coelioscopie diagnostique a été effectuée chez 15 patients (18% de cas). La

voie d'abord inguinale a été la plus pratiquée dans 78 cas (95%). Le siège inguinal du testicule non descendu sur le compte rendu opératoire était le plus fréquent dans 62% de cas. Ainsi, 77 cas ils ont été traités par un abaissement testiculaire en un seul temps par voie classique (93%) ; un cas avait bénéficié d'un abaissement testiculaire effectué par voie coelioscopique en un temps selon la technique de Fowler-Stephens (1,22%) ; un cas d'abaissement testiculaire est signalé en deux temps (1,22%) ; 3 cas d'abstention thérapeutique qui ont présenté une descente testiculaire spontanée secondaire (3,66%). Dans la majorité des cas, le testicule était de taille normale en peropératoire dans 91 cas (90%).

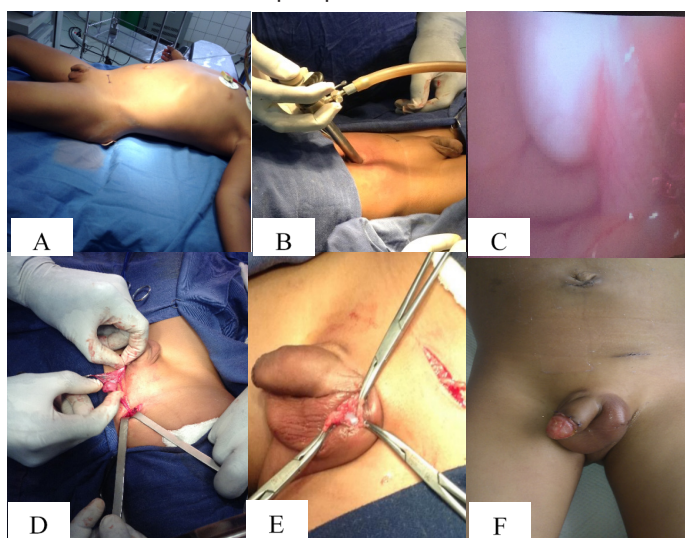
Nous avons objectivé 5 cas (13,1%) d'atrophie testiculaire postopératoire sur un recul moyen de 3 ans.

**Tableau I :** répartition des cas selon les tranches d'âge

Age	Nombre	Pourcentage (%)
[0-2 ans ]	27	33
[3-11 ans ]	51	62
[12-15ans]	4	5
Total	82	100



**Figure 2 :** Les différentes positions du testicule en peropératoire



**Figure 3 :** Abaissement testiculaire chez un enfant de 4 ans avec testicule gauche non descendu et non palpable (service chirurgie pédiatrique HGOPY) A. Installation en décubitus dorsal, B. Introduction des trocars, C. Testicule intra abdominal, D. Mobilisation inguino-scrotale, E. Orchidopexie, F. Aspect au 7ème jour post-opératoire

## Discussion

L'incidence annuelle de notre étude était de 11,7. Ce chiffre se rapproche de celui de Takongmo et al. en 1996 à Yaoundé (12,3) et Tshitla et al. en 1993 à Kinshasa en République Démocratique du Congo (13,1). La prévalence hospitalière annuelle dans notre étude était de 2,41%. L'âge moyen observé dans notre série est nettement supérieur à celui rapporté en 2003 par Onal et al. aux Etats-Unis d'Amérique (1,2 an). Ces différentes études montrent bien que la cryptorchidie congénitale est souvent découverte tardivement, souvent chez les patients pédiatriques aux parents ayant un niveau socio-économique bas ou dans certaines couches sociales vulnérables qui souffrent d'un accès difficile aux structures sanitaires. Le côté droit a été le plus concerné dans 41 cas (50%). Ces résultats se rapprochent de ceux rapportés par Zerhouni et al. [5] en 2015 (45%) au Maroc et Ndour et al. [6] en 2015 au Sénégal (62%). La coelioscopie diagnostique a été effectuée chez les patients pédiatriques dont le testicule était non palpable, soit dans 15 cas (18%). Ce chiffre est largement inférieur à celui enregistré par O'Brien et Irland [7] en 2004 qui ont publié 82% de cas et Argos [9] en 2003 en Espagne qui a rapporté à 90% le taux de réalisation de la coelioscopie diagnostique. Cette grande différence d'approche thérapeutique avec les auteurs réside aujourd'hui dans la préférence de réalisation des abaissements testiculaires en un ou deux temps par voie laparoscopique dans les séries occidentales [7,8]. Le siège inguinal était le plus fréquent (62%). Ce résultat se rapproche de celui d'Ismail et al. [9] en 2009 au Maroc qui ont retrouvé 55,8% de localisation inguinale et de Ndour et al. [6] en 2015 au Sénégal qui ont rapporté 84,5% de testicules cryptorchides en situation inguinale. Les normes de la taille testiculaire selon le consensus nordique sur les testicules non descendus représentées par la longueur et la largeur sont respectivement de 12 mm et 8 mm, en sachant qu'elle ne varie pas entre 1 et 9 ans. Par ailleurs, le testicule cryptorchide présente une taille souvent réduite.

Dans notre série, sur les 98 testicules cryptorchides enregistrés, on a noté : 90 testicules de taille normale (91,8%), 8 testicules hypotrophiques (8,2%), aucune agénésie testiculaire. Nos résultats corroborent ceux de Bouya et al.[10] en 2012 au Congo qui ont objectivé 129 testicules normaux (79,1%), 9 testicules atrophiques (5,5%) et 25 testicules de taille non précisée (15,4%). Ces chiffres concordent également avec ceux retrouvés chez El Gohary et al.[11] en 2008 en Egypte qui rapportaient 19% de cas d'atrophie testiculaire peropératoire sur une série de 229 testicules non palpables dont 4% étaient abdominaux et 15% inguinaux. La raison fondamentale en est que le testicule soumis à une température élevée s'atrophie de facto.

Les complications postopératoires à long terme ont été marquées par l'atrophie testiculaire. A ce jour, les taux de succès rapportés dans la littérature médicale sont supérieurs à 95 % pour les testicules palpables, et supérieurs à 85 % pour les testicules non palpables, quelle que soit la technique chirurgicale utilisée [6,12].

### Conclusion

La prévalence hospitalière annuelle de la cryptorchidie congénitale chez l'enfant à HGOPY est relativement faible. Le diagnostic de la cryptorchidie congénitale est le plus souvent tardif en milieu camerounais. L'approche diagnostique et thérapeutique diffère selon que le testicule cryptorchide est palpable ou non, uni ou bilatéral. Ainsi, l'approche diagnostique pour les testicules palpables repose-t-elle sur la clinique et leur prise en charge chirurgicale sur l'orchidopexie conventionnelle. A contrario, la laparoscopie à double visée diagnostique et thérapeutique est devenue une technique de référence pour les testicules non palpables.

**Conflit d'intérêt** : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

**Contribution des auteurs** : MLO : conception, méthodologie, données, manuscrit, NBD : conception, méthodologie, données, KTI : conception, méthodologie, données, BHB : revue de la littérature, DEC : revue de la littérature, MTF : supervision, AFF : supervision

### Références

1. Barthold JS, Gonzalez R. The epidemiology of congenital cryptorchidism, testicular ascent and orchidopexy. *JUrol*, 2003 Dec;170(6 Pt 1):2396-401.
2. Gruner M, Grapin C, Audry G, Laprouquet M. et Scheyet T. Cryptorchidie, ectopie testiculaire- Editions Techniques-Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Pédiatrie, 4089 B10, 1992, 5p.
3. Bruijnen CJ, Vogels HD, Beasley SW Review of the extent to which orchidopexy is performed at the optimal age implications for health services. *ANZ J Surg* 2008; 78:1006–1009.
4. Takongmo S, Angwafo F, Masso-misse P, Essomba A, Zoung kanyi J, Edzoa T. Intérêt du Traitement Chirurgical de la cryptorchidie à Yaoundé Faculté de Médecine. *Med Afr Noire* : 1996, page 43.
5. Zerhouni H, Lachhab M, Amrani A, Ettayebi F, M. Benhammou *Annales d'urologie* 37 (2003) 140–142.
6. Ndour O, Fall M, Fall AF, Diouf C, Ndoye NA, Ngom G, et al. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la cryptorchidie chez l'enfant: analyse de 123 observations. *Afr J Urol*. 2015 Mar;21(1):10–4.
7. O'Brien MF, Hegarty PK, Healy C, DeFrietas D, Bredin HC One-stage Fowler-Stephens orchidopexy for impalpable undescended testis. *Ir J Med Sci*, 2004 Jan-Mar;173(1):18-9.
8. Argos Rodriguez MD, Unda Freire A, Ruiz Orpez A, Garcia Lorenzo C. Diagnostic and therapeutic laparoscopy for nonpalpable testis. *Surg Endosc*. 2003 Nov;17(11):1756–8.
9. Ismail K, Ashour M, El-Affifi M, Hashish A, El-Dosouky N, Nagm M, et al. Laparoscopy in the Management of Impalpable Testis: Series of 64 Cases. *World J Surg*. 2009;

33:1514–9.

10. Bouya PA, Odzébé AWS, Avala PP, Atipo MO, Koutaba E, Mbika AIC. Prise en charge de la cryptorchidie au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville. *Basic Clin Androl*. 2012 Jun 1;22(2):108–11.
11. Gohary MAE. Non-descent of the testis: An overlooked laparoscopic finding. *J Pediatr Urol*. 2008 Oct 1;4(5):364–6.
12. Docimo SG, Hameury F. The results of surgical therapy for cryptorchidism: a literature review and analysis. *J Urol* 1995; 154:1148–52.