

MÉDECINE DES GARÇONS – LE SAVIEZ-VOUS?

Bernhard Stier

Traduction: Rudolf Schlaepfer



Bernhard Stier

Médecine des garçons – testez vos connaissances:

(solutions dans le texte)

Quelle est la fréquence du phimosis primaire?	Jusqu'à 1.5%	~1.5-5%	~5-10%
Combien d'hommes circoncis en Europe?	5-10%	10-15%	15-20%
Quelle est à votre avis la fréquence de la varicocèle chez l'adolescent?	3-5%	5-10%	15-20%
L'hypospadias proximal nécessite toujours des investigations complémentaires	vrai	faux	je ne sais pas
Les garçons homosexuels sont acceptés par la société autant que les filles homosexuelles	vrai	faux	je ne sais pas
Quelle est la fréquence de la cryptorchidie plus tard pendant l'enfance et à l'adolescence?	~ 0,8%	~1,5%	~5,5%
Comment s'explique la cryptorchidie à l'adolescence?	Cryptorchidie primaire non diagnostiquée	Ascension secondaire d'un testicule pendulaire	je ne sais pas
Quel est le traitement du testicule pendulaire?	Traitement hormonal pdt. 4 semaines	Orchidopexie	pas de traitement
La testostérone est une hormone «sociale»	vrai	faux	je ne sais pas
Par «masculinité» on entend le sexe masculin biologique	vrai	faux	je ne sais pas
Concernant la contraception les garçons sont entre temps autant engagés que les filles	vrai	faux	je ne sais pas
La cause d'un «tiraillement dans l'aîne» chez les garçons est dû, pendant la puberté, à la croissance des testicules	vrai	faux	je ne sais pas
La cause d'une balanoposthite est toujours une infection à candida albicans	vrai	faux	je ne sais pas
Quelle est la fréquence du phimosis physiologique?	~ 70%	~80%	> 90%
Quelle est la fréquence du lichen scléreux en tant que cause d'un phimosis pathologique?	< 20%	20-30%	> 30%
Dans quelle tranche d'âge est indiqué le traitement hormonal de la cryptorchidie?	0-6 mois	6-12 mois	jusqu'à 18 mois
Les varicocèles sont bénignes et régressent la plupart des fois spontanément	vrai	faux	je ne sais pas
La spermatocele est rarement une indication chirurgicale	vrai	faux	je ne sais pas
En principe la microlithiase testiculaire est à considérer une précancérose	vrai	faux	je ne sais pas
En présence d'une couronne perlée du gland il faut toujours exclure une MST	vrai	faux	je ne sais pas
Jusqu'à quel angle la courbure de la verge ne nécessite pas de traitement?	< 20°	< 30°	< 40°
La fréquence du syndrome de Klinefelter se situe à ...	1:500 - 1:1000	1:1000 - 1:1500	~1:2000
L'intervalle entre coming-out interne et externe concernant l'homo- ou la bisexualité est environ le même pour les deux sexes	vrai	faux	je ne sais pas

Correspondance:
bstier@t-online.de

Formation continue

Les garçons n'existent pas – tout comme on ne peut pas généraliser l'autre/les autres genre(s).

La figure 1 illustre les différents mondes de vie d'adolescents âgés de 14 à 17 ans, du point de vue de leur formation et de l'orientation primaire normative¹⁾, valable non seulement pour les adolescents en général mais aussi pour les garçons en particulier. Dans notre société aussi, les stéréotypes archaïques sont tenaces. Ainsi dit-on souvent des garçons qu'ils sont bruyants, turbulents et agressifs, chaotiques et trouble-fête. Mais le «typiquement garçon» existe-t-il seulement? (Figure 1)

Ce qui détermine les garçons – testostérone – «des sauvages»

On a écrit beaucoup et beaucoup d'absurdités concernant la testostérone – surtout à propos d'agressivité et de violence. Toutefois on oublie que cette hormone peut favoriser, lorsqu'il s'agit d'assurer son propre statut, un comportement loyal. D'après d'autres résultats, elle favorise l'honnêteté et le comportement social. La testostérone sert à assurer le statut et est avant tout une «hormone sociale». Dans un monde aux relations sociales complexes, ce n'est pas l'agressivité mais surtout le comportement social qui assure, à terme, le statut social. «Life is a team sport»^{2, p.75}, l'ocytocine et la testostérone sont les «global player». Les deux favorisent la recherche de liens et de relations ainsi que création de relations au sein et vers le group de pairs («to connect more effectively with one another», *ibid.*). Elles sont donc, entre autres, indispensables aux contacts et interactions entre pairs.

Masculin – être homme – masculinité

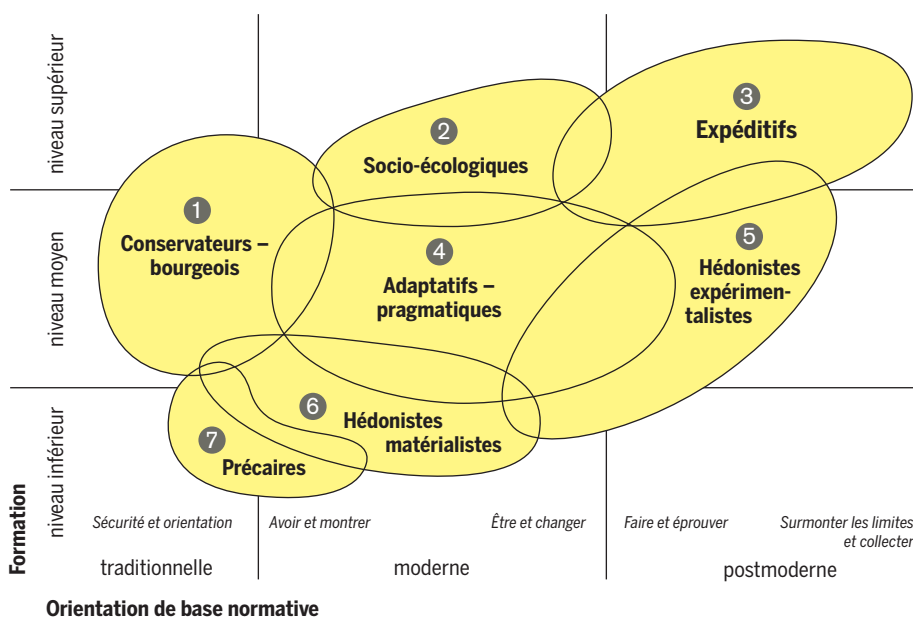
Masculin entend le sexe biologique (génétique), être homme de son côté la diversité effectivement vécue

– QUI ou COMMENT suis-je/me sens-je en tant qu'homme (genre). Le terme «masculinité (ou masculinités)» décrit par contre la somme des qualités considérées typiques d'un homme. Il s'agit d'une construction culturelle/idéologique et se trouve en dissonance avec le rôle d'«homme» effectivement vécu. De nombreux garçons – notamment issus de couches sociales moins aisées – expriment leur masculinité à travers leur corps^(3, pp.101,103,119), leur corps étant souvent le seul capital qu'ils possèdent. Ils deviennent fréquemment indépendants dans un contexte de migration, la «masculinité» est alors célébrée en tant que moyen de maîtrise et d'affirmation de soi par rapport à la «peer culture» indigène^(3, pp.165,167). Le comportement viril dominant et de démarcation devient un stabilisateur de la confiance en soi.

Sexualité

Avec la puberté la sexualité devient, pour la plupart des garçons – indépendamment de leur orientation sexuelle, des préférences, pratiques ou aspirations sexuelles, etc. – un élément essentiel de leur quotidien sexuel et de l'image masculine d'eux-mêmes. À ce propos, dans une relation hétérosexuelle filles et garçons sont d'accord: c'est le garçon qui est responsable de la réussite d'une interaction sexuelle. Mais contrairement aux filles, les garçons ne bénéficient que de peu d'informations et conseils médicaux sur la sexualité. Pour les garçons les médecins ne sont pas des personnes de confiance de premier plan concernant des sujets touchant à la sexualité⁴⁾. La sexualité reproductive est un élément central de l'imaginaire et des idéologies masculins⁵⁾. L'OMS n'est donc pas seule à avoir mis les garçons et les hommes au centre des programmes de contraception⁶⁻⁹⁾. Outre les décors typiquement masculins des comportements à risque, le comportement à risque sexuel des

Description succincte des mondes de vie SINUS <18 ans



- 1 Adolescents orientés vers la famille et la patrie, fidèles à leur racines et traditions, avec une éthique de la responsabilité.
- 2 Adolescents orientés vers la durabilité et le bien commun, à l'attitude critique envers la société et ouverts à des projets de vie alternatifs.
- 3 Networkers orientés vers la réussite et le lifestyle, à la recherche de nouveaux horizons et d'expériences non conventionnelles.
- 4 Courant majoritaire moderne, orienté vers la performance et la famille, à la grande volonté d'adaptation.
- 5 Non-conformistes orientés vers le divertissement et la scène, mettant l'accent sur la vie ici et maintenant.
- 6 Couche sociale inférieure orientée vers les loisirs et la famille, avec des désirs de consommation prononcés et sensibles aux marques.
- 7 Adolescents aux conditions de départ difficiles et à la mentalité de battant, s'attachant à trouver une orientation et une participation.

Figure 1 (Source Institut SINUS): Description succincte des mondes de vie SINUS <18 ans¹⁾

garçons a des conséquences directes sur la santé reproductive des filles. Ces dernières sont considérées par les deux sexes comme les responsables principales de la contraception, le garçon ayant néanmoins toujours une influence essentielle sur l'attitude vis à vis de la contraception.

Lors de tout conseil sur la santé, l'entretien avec les garçons devrait autant que possible porter sur la prévention. Cela implique aussi des informations sur les vaccins, p.ex. contre l'hépatite B et le HPV. Il est aussi utile de demander aux filles de se faire accompagner par leur petit ami à l'entretien sur la contraception et de l'inclure ainsi dans la démarche. Cela favorise la compétence communicative des garçons à ce sujet (mot-clé: «prévention de paternité»). Le fait de parler ouvertement et en confiance de la sexualité en famille contribue par ailleurs à créer des liens plus étroits entre adolescents et parents¹⁰⁾.

Homosexualité

Il existe encore et toujours un net décalage entre l'acceptation, par la population, de l'homosexualité d'adolescents mâles ou féminins. Cela s'exprime p.ex. par les réactions à la visibilité de l'homosexualité en public¹¹⁾. Si deux hommes manifestent leurs sentiments en public, p.ex. en s'embrassant, cela est nettement moins bien accepté que si deux femmes affichent le même comportement. Les adolescents sont tout à fait conscients de cette problématique. Ainsi l'étude de Krell concernant la situation de vie et les expériences de discrimination d'adolescents homosexuels en Allemagne¹²⁾, constate une différence temporelle de 3.2 ans (filles 0.9 ans) entre le coming-out intérieur (âge moyen 13.5 ans) et extérieur (âge moyen 16.7 ans) de garçons homo-/bisexuels. La période entre le coming-out intérieur et extérieur est à considérer très problématique et vulnérable. Le taux de suicides s'alourdit jusqu'à 7 fois, le comportement explorateur avec passage au comportement à risque augmente, le danger de mobbing s'accroît. Fait aggravant, les adolescents homosexuels ne se confient que rarement au médecin à propos de leur coming-out. Surtout chez les garçons on prêterait donc attention, à chaque consultation, aux possibles sous-entendus ou secrets (p.ex. douleurs thoraciques ambiguës, humeur dépressive, etc.). Malgré une acceptation croissante des orientations sexuelles différentes dans notre société éclairée occidentale, l'accompagnement des adolescents (surtout de sexe masculin) lors de leur coming-out n'est toujours pas optimal.

Comportement à risque

Les garçons ont tendance à extérioriser leur comportement à risque (à connotation virile), la dimension «intensité» jouant un rôle prépondérant. La pression des pairs accentue l'engagement individuel dans des actions dangereuses. La socialisation dans le groupe de pairs induit donc un comportement à risque individuel élevé. De plus, des sentiments négatifs et l'agressivité sont renforcés par l'orientation sociale au groupe de pairs.

Promotion des compétences en matière de risques

Les mesures préventives ignorent souvent l'image de soi des adolescents. Ils sont en général très conscients des risques de leur conduite. Mais y renoncer ne rentre pas dans leur concept de la masculinité¹³⁾. Les adolescents mâles ont plus à gagner qu'à perdre par la prise de risques, car en cas de succès leur attractivité et finalement leur succès reproductif augmente^{14, p.89)}.

«Vu l'importance du comportement à risque pour leur masculinité, il est illusoire de croire que les garçons se laissent dissuader ou que leur comportement à risque puisse être empêché.»¹⁵⁾ La notion-clé est plutôt l'acquisition de compétences à gérer les risques.

Promouvoir les compétences de garçons en matière de risques signifie promouvoir la capacité:

- de chercher, trouver ou développer des risques adaptés à la situation, socialement et personnellement, et qui promettent un bénéfice personnel ou social
- de reconnaître et évaluer correctement les risques
- de gérer et surmonter avec succès les risques, ou le cas échéant les abandonner
- de prendre les mesures de protection adéquates au risque potentiellement encouru, donc d'interpréter et appliquer cette capacité sous l'aspect d'un équilibre risque-protection¹⁶⁾.

Tout contact médical peut et devrait servir à créer une relation. Dans ce contexte, il est important que le médecin signale qu'il s'intéresse aux problèmes des garçons et qu'il dispose de compétences en médecine pour garçons (sont disponibles livres et flyers, Stier et Winter 2013, Stier 2017, <https://www.bvki-shop.de/infomaterial.html>). Avec les garçons, sceptiques vis-à-vis du système de santé (la maladie n'est pas virile et la santé va de soi), créer une relation et montrer de l'empathie sont des bases essentielles en vue d'une intervention médicale.

Que nécessitent – et attendent – les garçons de la part du pédiatre?

- Confidentialité et empathie
- Suffisamment d'occasions pour parler de leurs doutes et questionnements
- Des médecins avec des compétences en médecine pour garçons et du personnel formé permettant d'accéder, en proximité, à des informations pertinentes
- Des informations adaptées au genre et spécifiques pour garçons, sur la santé sexuelle et reproductive et la santé en général
- Messages et modèles de rôles aptes à encourager une interaction avec les filles plus adaptée au genre,

Formation continue

notamment par rapport aux stéréotypes sur les genres, à l'attitude face à la sexualité et au comportement sexuel

- Accès libre aux préservatifs, promotion de la prise de conscience concernant les MST, les connaissances sur le risque de VIH/AIDS et les infections à HPV chlamydia, ainsi que des informations sur les vaccins et autres moyens de prévention.

Si nous réussissons à satisfaire ces exigences, nous aurons gagné une clientèle fidèle et on nous témoignera une fois ou l'autre la gratitude d'avoir enfin trouvé quelqu'un qui s'occupe de leurs besoins.

Pathologies – l'essentiel en bref (un petit choix)¹⁷⁾

Justin (15 ans) se présente à la consultation en se plaignant d'un «tiraillement» dans l'aine droite. Il a depuis peu une petite amie ... Ce type de plainte fréquent ouvre une large palette de réflexions médicales.

Le diagnostic différentiel devrait inclure, entre autres:

- Hernie inguinale
- Lésion musculaire, tendinite (pubalgie du sportif)
- Maladies articulaires
- Neuropathies inflammatoires
- Pathologies urinaires (p.ex. lithiase)
- **Maladies des organes génitaux (p.ex. testicule douloureux)**
- Adénopathie (p.ex. suite à une infection, rarement tumeur)
- ...

Souvent derrière la symptomatologie décrite par le patient se cache un problème inexprimé. Cela va de l'appel «caché» à examiner les parties génitales parce que le garçon a remarqué une anomalie, au souci d'avoir une verge trop petite – comme dans le cas décrit (pour la taille du pénis voir aussi *Veale et al. 2014*). Lors de «douleurs à l'aine» ou des douleurs abdominales on devrait donc toujours examiner aussi les parties génitales. Prendre les plaintes au sérieux et souligner que le garçon a fait preuve de responsabilité en consultant, est une base essentielle de la relation médecin-patient.

Balanite (en fait balanoposthite) – ce qu'il faut savoir:

- Inflammation du prépuce interne et du gland (balanoposthite)
- Souvent en présence d'un phimosis/phimosis cicatriciel
- Fréquemment candida albicans (germe intestinal)
- Associé à diabète, relations sexuelles avec un-e partenaire infecté-e (penser aussi à relation anale)

- Considérer une MST! → frottis! – cave chlamydia: il n'existe pas de données validées pour les garçons, chez les filles de 17 ans env. 10% – il faut envisager une prévalence semblable chez les garçons

- Traitement: antimycosiques/antibiotiques topiques (év. systémiques)

Remarque:

- Évoquer le traitement du/de la partenaire

- Penser à un état post-relation anale

Phimosis: quand, quoi, que faire? (Société allemande de chirurgie pédiatrique 2017):

- Phimosis primaire «vrai»: entre 0.6 et 1.5% (les autres pour la plupart «phimosis physiologiques» → attendre)

- Dans jusqu'à 34% des prépuces réséqués en raison d'un phimosis pathologique, l'histologie met en évidence un lichen scléreux

- Traitement à la puberté: en première intention cortisone topique (p.ex. bétaméthasone 0.1%; furoate de mométasone 0.1%, clobétasone 0.05%) pendant 4 (-8) semaines. Succès thérapeutique dans 60-70% des cas, ensuite mesures d'hygiène régulières.

- Indications à la circoncision – seulement si les symptômes persistent/après échec du traitement conservateur:

- État après paraphimosis (indication relative)
- Obstacle/troubles mictionnels persistants (ballonnement persistant, jet urinaire faible)
- Obstacle/gêne aux relations sexuelles
- État après balanites récidivantes avec formation de cicatrices/troubles mictionnels
- Lichen scléreux (histologie!)
- Indication relative: reflux vésico-urétéral important, malformations complexes des voies urinaires, troubles neurogènes de la vidange vésicale avec infections urinaires récidivantes

- Contre-indications: vérifier hypospadias, épispadias, déviation pénienne congénitale, etc.

- Complications: entre 2% et 10%
- Hémorragie secondaire (complication la plus fréquente, même dans des conditions optimales env. 5%)
- Lésion de la couronne du gland/sténose du méat (surtout nourrissons jusqu'à 20%)
- Angoisse de castration/stress post-traumatique/dysfonctionnement orgasmique

- Les adhérences préputiales ne sont PAS un phimosis et ne nécessitent PAS de traitement!

Remarque:

- Avant de procéder à une circoncision (au niveau européen 10-15%), il faut informer sur le fait que cela peut avoir pour conséquence une diminution de la sensibilité, ce qui plus tard peut influencer la vie sexuelle.

- La circoncision peut engendrer des troubles et dysfonctionnements orgasmiques et une dyspareunie
- En Europe de l'ouest la circoncision (de routine) ne devrait pas se pratiquer en tant que mesure préventive contre les infections sexuellement transmissibles (valable aussi pour le VIH).
- La circoncision (de routine) ne devrait pas s'effectuer en tant que mesure préventive contre le développement d'un carcinome pénien.

Lichen scléreux (Société allemande de chirurgie pédiatrique 2017):

- Maladie de la peau chronique, inflammatoire, non contagieuse (rare avant l'âge de 6 ans)
- Chez le garçon est presque toujours concerné le pénis avec rétrécissement du prépuce → phimosis
- L'importance de la maladie est sous-estimée chez le garçon et souvent non décelée
- Mis en évidence histologiquement chez jusqu'à 34% des circoncisions pour phimosis pathologique!
- Possible complication: sténose du méat
- Traitement:
 - Cortisone topique (propionate de clobétasone 0.05%, pendant jusqu'à 3 mois, 1x/jour) ou anticalcineurines (off-label)
 - En cas d'échec du traitement topique → circoncision complète

Remarque:

- Le lichen scléreux n'est pas une précancérose, mais une maladie de la peau chronique bénigne avec atteinte de préférence ano-génitale. Toutefois existe un risque accru de développer un carcinome du pénis à un âge plus avancé (>30 ans). Une infection à HPV pourrait être une cause (associée), ce qui souligne l'importance de la vaccination HPV aussi chez le garçon.

Hypospadias (Riccabona 2012, Adams und Bracka 2016, Winship et al. 2017, Ruppen-Greeff et al. 2015)

- Dans la littérature le moment pour la correction chirurgicale est décrit «idéalement entre 12 et 18 mois». Cependant serait optimale une intervention entre l'âge de 9 et 12 mois. La période choisie est déterminée par le développement cognitif, émotionnel et de l'identité sexuelle. Dans tous les cas la correction chirurgicale devrait être effectuée avant l'âge de deux ans.
- Hypospadias non corrigé rare à l'adolescence (traitement urologique immédiat) – il faut s'y attendre plus fréquemment chez les jeunes migrants, la région génitale étant souvent tabouisée et les parents pas informés de l'anomalie (pour des raisons socio-culturelles?)
- L'hypospadias proximal devrait toujours bénéficier d'investigations approfondies

- Conséquences possibles: troubles psychosexuels, plus tard contacts sexuels difficiles par honte d'avoir un organe génital «différent»

Traitement:

- Chirurgica/traitement préalable par gel/crème de dihydrotestostérone (diminue le taux de complications)
- La fonction sexuelle est intacte après une correction chirurgicale réussie.

Remarque:

- L'hypospadias est souvent associé à une courbure du pénis, une sténose du méat, un tablier préputial ou une cryptorchidie
- Tout hypospadias, même s'il ne s'agit que d'un prépuce ouvert, devrait être examiné au moins une fois par un urologue ou chirurgien pédiatrique, des malformations associées (courbure du pénis, sténose du méat) n'étant pas exclues
- Pour obtenir un résultat optimal, la correction chirurgicale d'un hypospadias devrait toujours être effectuée dans un centre de chirurgie/urologie pédiatrique avec l'expérience nécessaire
- Plus l'atteinte cosmétique, fonctionnelle et anatomique est importante, plus l'indication chirurgicale est urgente
- Les aspects psychologiques et psychosexuels de l'hypospadias ne sont toujours et encore qu'insuffisamment pris en compte. Un bon accompagnement postopératoire médical et éventuellement psychologique est judicieux.

Torsion testiculaire (directives AWMF S2k 006/023 de la Société allemande de chirurgie pédiatrique)

- Le «scrotum aigu» est toujours une urgence (env. 25% dus à une torsion testiculaire)
- Pic de fréquence de la torsion testiculaire pendant la 1^{ère} année de vie et à la puberté
- Risque 10 x plus grand pour les testicules descendus tardivement
- Augmentation de la douleur en soulevant le scrotum (signe de Prehn, très peu fiable!)
- Pour le diagnostic et le traitement on dispose au max. de 6-8 heures
- Cellules interstitielles de Leydig – temps d'ischémie env. 12 heures!
- Il n'est pas nécessaire d'ôter un testicule atrophique mais palpable
- Une atteinte du testicule controlatéral est possible suite à un processus immunologique induit par des anticorps dus au testicule incarcéré laissé in situ

Formation continue

• Traitement:

- Chirurgical avec orchidopexie. L'orchidopexie prophylactique controlatérale devrait être effectuée dans un délai rapproché
- La détorsion manuelle d'une torsion testiculaire avérée est réservée aux urgences extrahospitalières ou en cas de retard prévisible de l'intervention chirurgicale.

Remarque:

- Des douleurs abdominales non spécifiques sont encore et toujours une des plaintes anamnestiques les plus fréquentes lors d'une torsion testiculaire. Ne pas examiner les parties génitales lors d'une telle plainte est une faute professionnelle. Il y a un net pic de fréquence avec 65% des cas entre 12 et 18 ans. À cet âge le risque est de 1:4000 et représente 25% des cas de scrotum aigu. Des torsions intermittentes sont décrites déjà à partir de l'âge de 8 ans.
- Le testicule est préservé dans 80-100% des cas si l'ischémie n'a pas duré plus d'env. 6 heures.
- La récupération définitive du testicule apparaît après 5-8 semaines.

Cryptorchidie (Ludwikowski B. (coordinatrice) (2016), directives AWMF S2k 006/022 de la Société allemande de chirurgie pédiatrique)

- Fréquence 0.7-3% pour les garçons nés à terme, pour les garçons nés prématurément jusqu'à 30%; anomalie la plus fréquente du système urogénital (penser aux maladies syndromiques)
- Une cryptorchidie est présente chez env. 1.5% des enfants et adolescents (généralement par ascension secondaire d'un testicule pendulaire)
- Testicule non descendu → part d'une malformation primaire → trouble de la fertilité, risque accru de malignité, etc. Dommages secondaires par la malposition (taux de paternité (89.7%) des hommes avec une cryptorchidie unilatérale, égal ou au max. 4% moindre que pour la population normale)
- Pas de traitement hormonal après le 1^{er} anniversaire (de toute manière le taux de succès pendant la 1^{ère} année ne dépasse pas env. 20%)
- Les testicules pendulaires nécessitent des contrôles réguliers (risque d'ascension secondaire 2-45%) – testicule ascenseur avec risque de dommages secondaires, (trouble de la spermatogenèse)
- Traitement:
- Dès l'âge de 6 mois; après la 1^{ère} année de vie le traitement hormonal n'est plus indiqué
 - Après 1^{ère} année de vie: orchidopexie
 - Lors de positionnement intra-abdominal, la laparoscopie est la méthode de choix
 - Contrôle du succès opératoire tous les 3 mois pendant la 1^{ère} année postopératoire

- La biopsie testiculaire en cas de cryptorchidie n'est pas indiquée de routine.

Remarque:

- En soi la cryptorchidie primaire comporte un risque de 1.5 à 7.5 fois plus élevé de développer un carcinome du testicule comparé à la population normale. Lorsque l'orchidopexie n'est effectuée qu'après l'âge de dix ans, le risque augmente de manière logarithmique de 2.9. à 32 fois à un âge plus avancé. Donc: plus l'orchidopexie est tardive plus le risque de dégénérescence maligne est élevé.
- Lors de cryptorchidie primaire bilatérale la fertilité est nettement réduite
- Une ascension secondaire du testicule a lieu chez env. 25% des garçons. Les parents doivent être informés sur le taux de succès
- Auto-examen régulier après l'âge de 15 ans en raison du risque de dégénérescence maligne (cf. plus haut).

Varicocèle (cf. détermination du volume testiculaire Joustra et al. 2015) (15-20%)

- Différencier entre varicocèle primaire (à gauche) et secondaire (à droite)
- Échographie couché et debout/manœuvre de Valsalva → accentuation du paquet veineux
- Généralement découverte fortuite
- En fonction de l'importance de la varicocèle, le spermogramme est pathologique (Damsgard et al. 2016), la fonction des cellules de Leydig également détériorée → év. diminution du taux de testostérone
- «Guérison spontanée»/rétablissement dans 70% des cas – la probabilité diminue avec l'étendue de la varicocèle
- Indication chirurgicale (EAU Guidelines on Paediatric Urology 2016):
 - Différence de volume des testicules >2 ml (>20%) ou arrêt de croissance du côté atteint
 - Pathologie associée du testicule
 - Varicocèle palpable ddc
 - Taux d'inhibine B pathologique (FSH moins précis) ou spermogramme pathologique
 - Varicocèle symptomatique
 - Pas d'indication chirurgicale
 - Varicocèle asymptomatique avec azoospermie
 - Varicocèle infantile avec volume testiculaire normal → contrôle tous les 6 mois/ Spermogramme/év. inhibine B
 - Varicocèle dégradé 1 et 2

Remarque:

- Après l'intervention le volume du testicule va croître, la qualité/concentration du sperme s'améliore, le

taux de testostérone augmente, une augmentation du taux d'inhibine B est possible

- Plus la varicocèle est étendue, plus importante est la dégradation de la qualité et concentration du sperme (degré 2: qualité du sperme réduite de 40%; degré 3: réduite de 55%)
- L'objectif est la suppression des varices et le maintien de la fertilité
- Les progrès de l'échographie permettent de diagnostiquer de plus en plus aussi des varicocèles secondaires, sans qu'il n'y ait de processus tumoral à l'origine.

Spermatocèle

- Kyste de rétention du canal déférent (DD funiculocèle: accumulation de liquide dans le cordon spermatique)
- Située à la tête de l'épididyme
- Contient du sperme
- Normalement petite et relativement ferme – év. plus grande, comme un «3^{ème} testicule» (transillumination)
- Indication chirurgicale relative:
- Douleur persistante et taille très dérangeante.

Remarque:

- La spermatocèle est en général absolument bénigne et asymptomatique. Sa découverte témoigne de l'autocontrôle (louable!) de la part du garçon
- Le diagnostic est rapidement posé par échographie
- La révision chirurgicale mène avec une grande probabilité à la stérilité!

Microlithiase testiculaire

La microlithiase testiculaire (MT) est une découverte échographique rare, généralement bilatérale, chez l'enfant ou l'adulte. Il est pour l'instant hypothétique si la MT est la conséquence d'une dysfonction multifocale des cellules de Sertoli. Le nombre croissant d'échographies et la meilleure qualité des appareils échographiques font que ce diagnostic fortuit devient de plus en plus fréquent. L'incidence est de 1.7-1.9%.

Frappante est la combinaison de la MT avec d'autres maladies de l'appareil génital masculin (hydrocèle, varicocèle, épididymite, atrophie testiculaire et tumeurs des cellules souches).

- Pathologie rare, généralement bilatérale, dont la découverte est la plupart des fois fortuite
- Étiologie pas claire

- En soi pas une précancérose
- Pendant l'enfance rarement associée à des maladies malignes du testicule
- Diminution de la fertilité? (n'est pas prouvée à ce jour)
- En présence d'une MT: contrôle échographique annuel et év. dosage de l'AFP et HCG, év. biopsie du testicule (seulement si lésion focale du parenchyme/modification de l'échogénicité).

Remarque:

- Un lien entre MT et le développement de tumeurs n'est actuellement pas prouvé avec certitude
- Il y a des indices que la présence d'une MT bilatérale représente un risque accru de tumeur chez les personnes hypofertiles. À quels intervalles des contrôles doivent être effectués et si une biopsie est indiquée, doit être clarifié par des études plus larges et prospectives.
- On ne connaît pas de traitement spécifique.

Couronne perlée du gland

- Chez env. 15-25% des garçons, à la puberté
- Aucun lien avec l'activité sexuelle
- Diagnostic différentiel: molluscum contagiosum, lichen plan, papulose bowénoïde, condylobes acuminés et condylobes lata (syphilis)
- Histologie: tissu conjonctif
- Traitement:
- À priori pas nécessaire
- Intervention chirurgicale très prudente (laser CO₂), risque de cicatrices de la couronne (troubles de la sensibilité!).

Remarque:

- Bien qu'absolument bénignes, les papules conjonctivales peuvent considérablement gêner et inquiéter le garçon (e.a. crainte d'une MST). Il peut être utile de conseiller aussi le partenaire.

Courbure/déviations de la verge

- Relativement fréquente – nombreux cas non recensés
- Congénitale:
- p.ex. associée à un hypo- ou épispadias
- Développement asymétrique du tissu pénien (p.ex. différence de taille entre les corps caverneux)
- La courbure ne se modifie pas après la puberté
- Éventuellement trouble du développement (déficit en testostérone temporaire au 4^{ème} mois de grossesse?)

Formation continue

- Acquisse:
 - Induratio penis plastica (IPP) ou fracture du pénis – concerne généralement l'homme de 40-60 ans.
- Traitement des courbures congénitales de la verge:
 - En absence de trouble et si les rapports sexuels sont possibles sans problèmes: AUCUN
 - Cliniquement significative avec obstacle physique (dès un angle >30°), chirurgical (cave risques!):
 - seulement si douleurs ou obstacle considérable (p.ex. lors de rapports sexuels)
 - pas de correction chirurgicale pour des raisons esthétiques!

Remarque:

- Régulièrement discuté dans les forums sociaux. Le nombre de cas non recensés de courbures congénitales de la verge est élevé.
- En effet la courbure est le symptôme principal. Les troubles sont rares.
- Des problèmes lors des rapports sexuels peuvent être une cause de consultation. On ne s'attend pas à une accentuation de la courbure après la fin de la croissance de la verge.

Frein préputial trop court

- Languette entre la face intérieure du prépuce et la partie inférieure du gland trop courte:
 - congénital
 - après déchirure → cicatrice (lors de la déchirure des saignements abondants sont possibles)
- On ne connaît pas de chiffres concernant la fréquence
- Occasionne des douleurs désagréables et une courbure du gland (surtout lors d'activités sexuelles)
- Traitement:
- Conservateur avec pommade à base de cortisone
- Chirurgical:
 - Frénectomie
 - Frénulotomie
 - Frénuloplastie

Syndrome de Klinefelter (XXY) – fréquence 1:500 – 1:1000

- En général le diagnostic n'est malheureusement fait qu'après la puberté, lors de consultations liées à l'infertilité (70-80% ne sont pas décelés précocement!)
- Signes précoces:
 - Organes génitaux petits, croissance initiale des testicules jusqu'à env. 6 ml, ensuite arrêt de croissance (petits testicules fermes à la puberté)
 - Croissance (taille) accrue dès l'âge scolaire (forte croissance des membres inférieurs)

- Troubles associés: gynécomastie, grande taille, cryptorchidie, troubles moteurs, hypotonie, ostéopénie, manque d'initiative, timidité, troubles de l'apprentissage (du langage) et de la concentration, déficit en testostérone, retard pubertaire, év. infertilité

- Signes tardifs du déficit en testostérone:
- Troubles de la libido et impuissance, spermatogénèse nettement diminuée, désir d'enfant inasouvi (dans >90% le syndrome n'est pas décelé!), pilosité peu développée, tendance à la gynécomastie, répartition du tissu adipeux de type féminin, petits testicules (cave volume <6 ml)
- Plus souvent thromboses, varices et phlébites
- Risque de cancer du sein 15-20 plus grand que dans la population normale: traitement précoce par testostérone (Nebido, préparation dépôt), à vie: diminution nette des signes du déficit en testostérone, prévention de l'ostéoporose
 - Recommandation d'ablation de la glande mammaire si gynécomastie (risque de cancer correspond à celui chez la femme)
 - Fertilité possible par injection intracytoplasmique de sperme (ICSI) → penser à l'extraction testiculaire de sperme AVANT le début du traitement (Kliesch et al. 2011).

Remarque:

- En principe les patients avec un syndrome de Klinefelter devraient bénéficier de conseils concernant la conservation de sperme au même titre que les patients oncologiques
- Le diagnostic précoce est souhaitable (malheureusement rare actuellement).

«Boys matter too and are in danger of being left behind»

(The Lancet: éditorial du numéro de décembre 2015)¹⁸⁾

La santé de l'homme commence par la santé du garçon. Prendre soin des problèmes médicaux et de santé des garçons est un sujet central du 21^{ème} siècle. Mettons-nous en marche ensemble!

Remarque du traducteur

La traduction des termes allemands «*Männlich*», «*Mannsein*» et «*Männlichkeit*», utilisés par l'auteur, et encore «*Männlichsein*» dans la citation de R. Winter¹⁵⁾ n'est pas aisée. D'autant plus que l'étude critique des masculinités est un nouveau domaine de recherche au sein des études de genre. Ainsi en français la perméabilité des deux termes et la confusion des concepts de «*virilité*» et «*masculinité*» influencent non seulement les représentations et les pratiques sociales, mais également les recherches universitaires. On propose ainsi de penser les masculinités au pluriel et la virilité en dehors d'un genre précis*. Quelle terminologie alors utiliser? J'espère avoir fait les bons choix, les termes allemands et français n'étant pas

toujours équivalents. *Haude Rivoal, Virilité ou masculinité? L'usage des concepts et leur portée théorique dans les analyses scientifiques des mondes masculins. *Travailler* 2017/2 (n° 38):141-159

Certains passages sont tirés de l'article «Ce que les garçons nécessitent – promotion d'un développement sain des garçons» dans Pädiatrische Praxis 2019 (de B. Stier). L'accord écrit de l'éditeur a été joint à ce manuscrit.

Références (de la littérature complémentaire est disponible chez l'auteur)

- 1) Langer J, Thomas PM. Jugendliche Lebenswelten: Erkenntnisse der SINUS-Jugendstudie 2016 (Teil 1). *energie | wasser-praxis* 8/2016
- 2) Shatkin JP (2017). *Born to be wild. Why teens take risks, and how we can help keep them safe.* Penguin Random House, New York
- 3) Böhnisch L (2004). *Männliche Sozialisation.* Juventa Verlag Weinheim
- 4) Bode H, Helling A (2015). *Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung.* Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- 5) Gilmore D (1991). *Mythos Mann. Rollen, Rituale, Leitbilder.* Artemis Winkler, München
- 6) Barker G, Ricardo C, Nascimento M (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions.* World Health Organization, Geneva 2007. http://www.who.int/gender/documents/Engaging_men_boys.pdf Zugriff 11.03.2019
- 7) Ringheim K, C Feldman-Jacobs C (2009). *Engaging Men for Gender Equality and Improved Reproductive Health.* Population Reference Bureau (PRB), with appreciation for the contributions of Michal Avni and Patty Alleman, USAID's Office of Population and Reproductive Health
- 8) Raju S, Leonard A (2000). *Men as Supportive Partners in Reproductive Health. Moving from rhetoric to reality.* Population Council South and East Asia Regional Office
- 9) WHO (2000) *Boys in the picture.* http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_8/en/ Zugriff 11.03.2019
- 10) Marcell AV, Wibbelsman C, Seigel WM. the Committee on Adolescence (2011) *Male Adolescent Sexual and Reproductive Health Care.* *Pediatrics* 2011;128: e1658-e1676
- 11) Antidiskriminierungsstelle des Bundes 11018 Berlin (2017). *Einstellungen gegenüber Lesben, Schwulen und Bisexuellen in Deutschland Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage.* https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Umfragen/Handout_Themenjahrumfrage_2017.pdf%3F__blob%3DpublicationFile%26v%3D3 Zugriff 11.03.2019
- 12) Krell C (2013). *Lebenssituationen und Diskriminierungserfahrungen von homosexuellen Jugendlichen in Deutschland. Abschlussbericht der Pilotstudie.* DJI e.V.
- 13) *Diagnose Junge! Pathologisierung eines Geschlechts? BPTK-Symposium am 3. Juni 2014 in Berlin.* <https://www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/nachrichten-2014/detail/article/diagnose-junge-pathologisierung-eines-geschlechtsbrbptk-symposium-am-3-juni-2014-in-berlin.html> Zugriff 11.03.2019
- 14) Hinz A. *Gesundheit aus evolutionspsychologischer Sicht.* In: Blomberg C und Neuber N (2015) *Männliche Selbstvergewisserung im Sport.* Wiesbaden, S. 77-96
- 15) Winter R. *Vortrag auf der Tagung «Aufpassen oder Loslassen?» der Landesvereinigung für Gesundheit Hannover, 17.11.2015*
- 16) Winter R (2015b). *More Risk! Mehr Mann? Erschienen in: deutsche Jugend (DOI 2201512540), Nr. 9/2015, S. 367 – 373 (Teil I) und Nr. 10/2015 (Teil II), S. 436 – 442*
- 17) *Manual Jungenmedizin (Stier B – 2017).* Springer Fachmedien, Wiesbaden ISBN: 978-3-658-17322-7
- 18) *Adolescent health: boys matter too – Editorial.* Vol 386 December 5, 2015 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01160-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01160-5/fulltext) Zugriff 11.03.2019

Auteur

Dr. med. Bernhard Stier, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschland (BVKJ), D-Hamburg

L'auteur n'a déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.