

Tumeur du Testicule

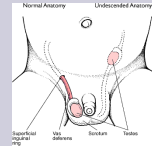


N 310 Diagnostiquer une tumeur du testicule.



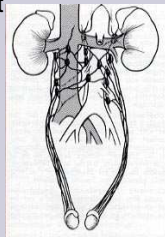
Facteurs favorisants

- Atrophie des testicules (augm. Oes/andro ?)
 - Cryptorchidie +++ (RR X10-15)
 - Oreillons
 - Dysgénésie gonadique (XXY : Klinefelter)
 - Traumatique
- Hypofertilité (augmentation CiS)
- Atcd Cancer du Testicule (RR = 30)
- Race blanche > autres
- Travail dans les industries de gaz, pétroles et agro alimentaires +/-
- Facteurs associés : pathologie scrotale (trauma, douleurs, hydrocele)



Histoire Naturelle

- Diffusion Lymphatique +++ et hémotogène
- Au diagnostic:
 - 60% localisés
 - 25% N+ (lombo aortique, médiastinaux, sus claviers)
 - 15% M+ (Pulmonaires +++ (puis foie, cerveau, os)



Envahissement inguinal

- Si modification du drainage testiculaire (chirurgie scrotale)
- Envahissement scrotum
- Voie rétrograde

Métastases

- Pulmonaires fréquentes avec
 - Carcinome embryonnaire
 - Choriocarcinome(car très hématophiles aussi)
- Foie, Cerveau, Os: Rares et jamais isolées

Stratégie de prise en charge

- Faire le diagnostic: Clinique et paraclinique
- Conserver le sperme (CECOS) X 3
- Orchidectomie
- Traitement complémentaire selon l'examen anatomopathologique et bilan post Op
 - Surveillance
 - Chimiothérapie
 - RT
 - Chirurgie

Examen Clinique Local

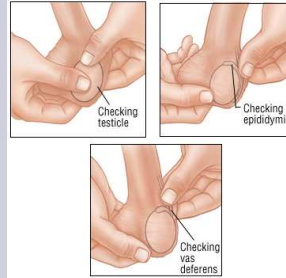
- Augmentation du volume testiculaire (nodule ou globale)
- Indolore (sauf infarctus, hématome)
- Irrégulier, dur

BILATERAL COMPARATIF

- +/- hydrocèle réactionnelle
- +/- nodules du cordon



Examen Clinique



- Identifier si la tumeur
 - Est testiculaire
 - Envahi
 - épididyme
 - cordon



Autres signes à rechercher

- Gynécomastie
- Ganglions: masse abdominale, Troisier
 - Colique néphrétique
 - Oedème des membres inférieurs
- Métastases: Pb ventilatoire, hépatomégalie
- AEG: Asthénie, anorexie, amaigrissement



Examen complémentaires

- Echographie scrotale
- Bilan biologique:
 - Marqueurs tumoraux
 - Pré Opératoire
 - CECOS: Sérologie MST
- Bilan d'extension:
 - TDM Thoraco-Abdomino-Pelvienne
 - +/- IRM(gg/Vx), écho hépatique (méta), TDM cérébrale (méta)



Classification Simple

- I = localisé et S0 post op
- II = N+ Sous diaphragmatique
- III = N+ Sus diaphragmatique
- IV = M+



Classification TNM 2009

- T1-T2 limitée au testicule et épididyme
 - T1 : sans invasion vasculaire, lymphatique
 - T2 : avec invasion vasc. Lymph. Ou Vaginale
- T3: Cordon
- T4: Scrotum
- N1-N3; (N2: 2-5cm)
- M1a: N+ non régional ou pulmonaire
- M1b: autre localisation
- S2:
 - HCG 5000-50000 ou
 - AFP 1000-10000 ou
 - LDH1,5-10NI

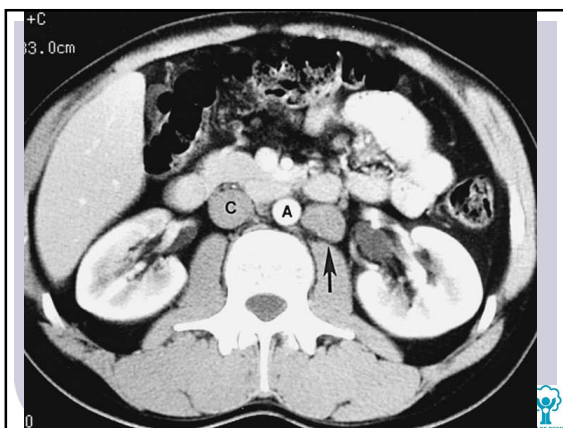
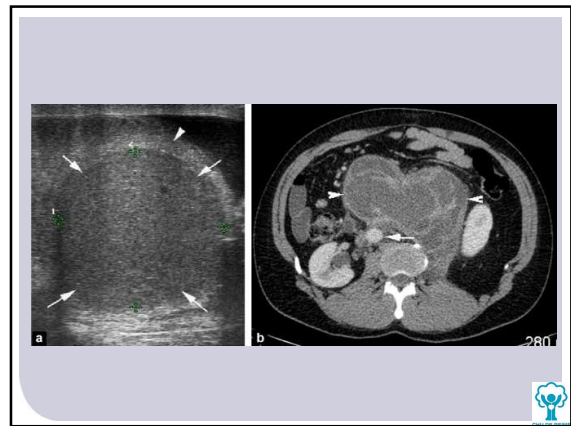
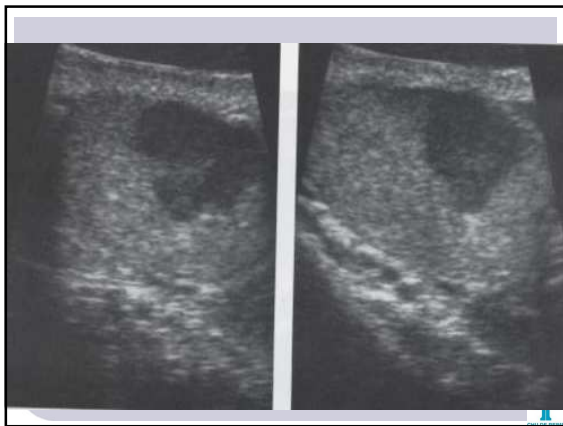
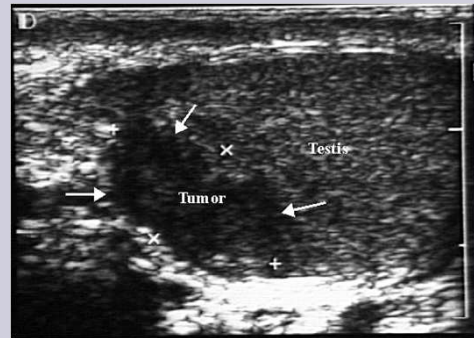


Classification Pronostique Internationale

- Non Séminome
 - M1b = mauvais (15%) = 50% à 5 ans
 - N+ sus diaphragmatique = mauvais
 - S3 = mauvais
 - S2 = intermédiaire (30%) = 70-80% 5ans
 - Le reste = bon (60%) = > 90% 5 ans
- Séminome
 - M1b = intermédiaire (10%) = 70-80 % 5 ans
 - Le reste = bon (90%) = >90 % 5 ans

Échographie Testiculaire:

- Tumeur solide intratesticulaire



Marqueurs Tumoraux

- 3 marqueurs (2 premiers surtout+++):
 - Gonadotrophine chorionique humaine (HCG totale)
 - Alpha Foeto Protéine (AFP)
 - Lacticoeshydrogénase (LDH)
- Utilité: réponse, pronostic et surveillance
- Positifs dans 60%N0, 80%N+, 90M+

HCG

- Synthétisé par:
 - Tumeurs non séminomateuses (40-60%)
 - le choriocarcinome (100% en produisent)
 - Carcinome embryonnaire (80%)
 - 10-15% des séminomes (taux faibles)
 - Soit non purs (immuno)
 - Soit à syncytiotrophoblastes (même ttt que séminome pur)
 - Tumeurs Sein, Poumon, Estomac, placenta
- Nl: <2 ng/ml, T1/2 vie: 24-36H
- Si très élevé = gynécomastie et mauvais Pc



Alpha Foeto Protéine

- Synthétisée par:
 - Tumeurs non séminomateuses (70%)
 - Carcinomes Embryonnaires (70%)
 - Tumeurs du sac vitellin (60%)
 - Cancer Poumon, Pancréas, Foie, Maladies Hépatiques
- < 20 ng/ml, T1/2=5-6 jours
- Taux élevés de mauvais pronostic



LDH

- Non spécifique
- Reflet de la masse métastatique dans le séminome +++



CECOS

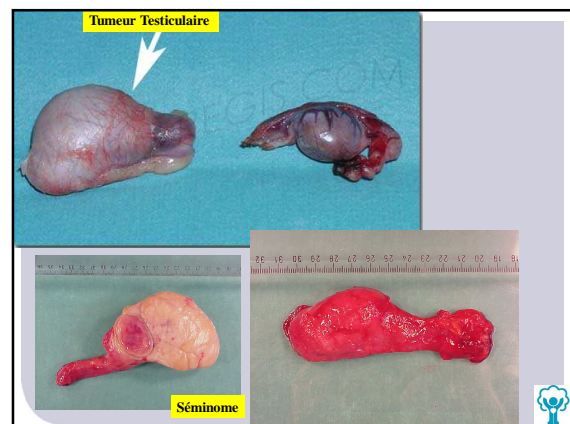
(centre d'étude et de conservation des ovocytes et des spermatozoïdes)

- Médico légal +++
- 3 prélèvements
 - 1 (au moins) avant la chirurgie
 - les autres avant la chimiothérapie
- Nécessite un bilan biologique de MST
- Après 3 jours d'abstinence sexuelle

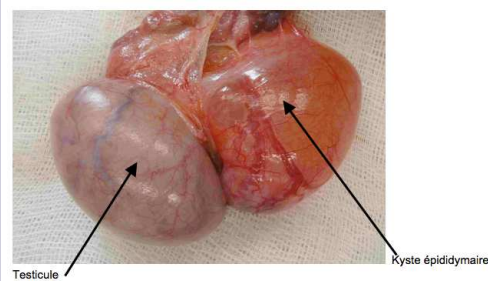


Orchidectomie

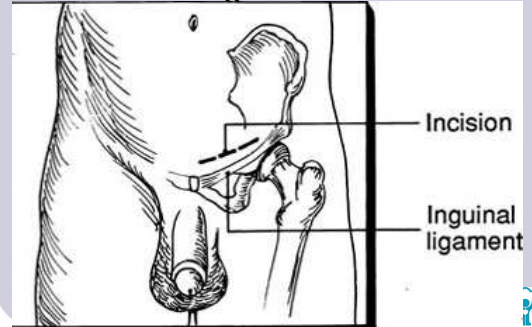
- Voie inguinale +++
- Clampage premier du cordon
- +/- Extemporane:
 - Enfant (75% = bénin)
 - Lésion d'allure non tumorale (kyste dermique)
- +/- biopsie contro latérale
 - Si micro calcification écho (30% CiS)
 - Volume testiculaire faible (<12ml) et < 34 ans (CiS 15%)
 - +/- pour tous les cancer (5% CiS)
- +/- Prothèse testiculaire
- +/- Sang veineux du cordon



Diagnostic différentiel



Orchidectomie par voie inguinale



Types Histologiques

- Tumeurs Germinale 95%
 - Séminomes 40%
 - Non séminomes (svt mixtes) 60%
- Tumeurs non Germinales 5%
 - Lymphomes (>50 ans, LB à gd cellules, 30% 1 an)
 - Leydig (25-35 ans, gynécomastie, 15% malignes)
 - Métastases
- Néoplasie intra épithéliale (Carcinome in Situ): donne 50% cancer

Séminome (60%)

- >30 ans +++
- 70% stade localisé – 25% N+ - 5% M+
- Deux grand types
 - Typique ou classique: +++
 - Séminome à cellules syncytiotrophoblastiques (SCT): <10% (HCG)

Non séminome (40%)

- Souvent mixtes +++ (75%)
- 4 types par fréquence décroissante
 - Carcinome embryonnaire (20%) agressif
 - Tumeur du sac vitellin (5%) (enfants+++)
 - Choriocarcinome (1%)
 - Tératomes
 - Mature (bénin mais rarement pur)
 - Immature (malin, souvent + c. embryonnaire)
 - Cancérisé (dégénérescence du T mature)
 - Post chimiothérapie (20% des masses résiduelles, peut être mature (=rémission) ou immature)

A ne pas oublier

- Masse testiculaire = chercher cancer
- Pas de biopsie: orchidectomie
- Conservation du sperme
- Marqueurs (hCG, aFP, LDH)



Cas Clinique

- M Bernard P 27 ans, employé dans une usine à benzène, vous est adressé pour bilan de lombalgies chroniques. Il présente ds ses atcd, une pancréatite ourlienne à 14 ans, et un tabagisme chiffré à 14 PA.
- L'interrogatoire retrouve la notion de lombalgies chroniques insomniantes difficilement soulagées par les antalgiques classiques. L'examen neurologique et du rachis ne retrouve rien de particulier.
- La palpation de l'abdomen retrouve une masse abdominale sans contact lombaire. On palpe aussi une masse dans le creux inguinal gauche. Enfin il existe un testicule droit normal, le gauche n'est pas palpable. La RP retrouve de nombreuses opacités arrondies des deux champs pulmonaires.



Q1: Quel est votre diagnostic

- Cancer du testicule gauche ectopique inguinal
- Métastases ganglionnaires rétropéritonéales
- Métastases pulmonaires



Q2: Quels examen prescrivez vous pour confirmer votre diagnostic

- Biologique: marqueurs
 - aFP,
 - HCG totales,
 - LDH
- Radiologiques:
 - Échographie inguinale
 - TDM thoraco abdomino pelvien



Q3: On retrouve aFP à 100 ng/ml et HCG à 4000 UI/ml. Quels sont les type histologiques possibles

- Tumeur non séminomateuse
- Probablement mixte
- aFP:
 - Carcinomes embryonnaires
 - Tumeurs du sac vitellin
- HCG
 - Choriocarcinome
 - Carcinome embryonnaire
 - Rare séminomes à composante syncytiotrophoblastique



Q4: votre diagnostic est confirmé. Qu'envisagez vous

- CECOS après bilan MST
- Orchiectomie gauche par voie inguinale après consentement éclairé et information
- Clampage premier du cordon
- Analyse anatomopathologique
- +/- mise en place d'une prothèse
- Chimiothérapie à adapter au type histologique, à priori 3 à 4 cures de BEP



Q5: quelles sont les principaux risques du cisplatine ?

- Vomissements
- Pancytopenie
- Rénale aiguë avec le pic, chronique dose dépendante
- Toxicité auditive (VIII)
- Neuropathie périphérique, hypersensibilité cutanée



Q6: Quelle surveillance après traitement ?

- Surveillance rapprochées initiale puis élargie progressivement
- TDM thoraco abdomino pelvien
- Marqueurs tumoraux
- Examen clinique

