

## Item310-Tumeurs du testicule.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une tumeur du testicule.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
<p>- RPC Tumeurs du Testicule - Progrès en Urologie / MOTTET, CULINE, IBORRA, AVANCES, BASTIDE, LESOURD, MICHEL, RIGAUD / 2007</p> <p>- ALD 30: Cancer du testicule / HAS / 2011</p> <p>- Polycopié national: Diagnostiquer une tumeur du testicule</p>	<p>- Atcd de cryptorchidie / homme jeune- Séminome / carcinome embryonnaire</p> <p>- Nodule testiculaire indolore / Troisier</p> <p>- Echographie / LDH-αFP-hCG totale</p> <p>- Orchidectomie 1ère par voie inguinale</p> <p>- Marqueurs à + J10 / TDM TAP postop</p> <p>- Survie à 5ans tous stades &gt; 90%</p> <p>- Séminome N+/M+ : BEP + radioT</p> <p>- RTx et EFR en pré-bléomycine ++</p> <p>- PenC 100% / psy / auto-palpation</p>	<p>- Conservation sperme CECOS</p> <p>- Ex. bilatéral et comparatif</p> <p>- Masse = orchidectomie</p> <p>- RCP et PPS / bilan sous 1S</p> <p>- Auto-surveillance A VIE</p>

### Généralités

#### Epidémiologie

- **Prévalence**
  - rare (i = 1/100 000 / 1% des cancer de l'homme)
  - mais 1er cancer de l'homme jeune (20-35ans) +++
- **Facteurs de risque**
  - **Cryptorchidie** +++ (RR = 5-10) cf [Pathologie génito-scrotale chez le garçon et chez l'homme.](#)
  - Tumeur testiculaire controlatérale ( 2-3%)
  - Dysgénésie gonadique (syndrome de Klinefelter: XXY)
  - Atrophie testiculaire (post-infectieuse ou traumatique)
  - Hypofertilité
  - Gradient Nord-Sud ( Scandinavie++)

#### Anatomo-pathologie: types histologiques

- **Tumeurs germinales** +++ (90%)
  - **Tumeurs séminomateuses** (60%)
    - **Séminome typique** +++
      - Dérive de la cellule germinale primitive indifférenciée
  - **Tumeurs non séminomateuses** (40%)
    - **Carcinome embryonnaire** +++ ( dérive des cellules multipotentes)
      - Choriocarcinome ( dérive du trophoblaste)
      - Tumeur vitelline ( dérive de l'endoderme)
      - Tératome ( différenciation embryonnaire)
      - Les 5 sous types peuvent être mélangés car les cellules peuvent être à différents moments de l'embryogénèse
- **Tumeurs non germinales** (10%)
  - Tumeur des cellules de Leydig, de Sartoli
  - Autres: androblastome, gonadoblastome, etc.

#### !! Deux particularités des tumeurs testiculaires

- Grande chimio et radiosensibilité: souvent curable même si métastatique
- Intérêt des marqueurs biologiques pour le diagnostic et le suivi

## Diagnostic

### Examen clinique

- Interrogatoire
  - Terrain
    - Homme jeune: 20-35ans / FdR: cryptorchidie + + + , orchite ourlienne, dysgénésie testiculaire
    - Recherche d'arguments pour un diagnostic différentiel : ATCD d'IST, tuberculose uro-génitale
  - Signes fonctionnels
    - signes généraux: AEG (asthénie / anorexie / amaigrissement)
    - génitaux : sensation de pesanteur testiculaire / baisse de la libido/ augmentation du volume de la bourse/ découverte au cour de l'autopalpation
    - éliminer une torsion du cordon spermatique
- Examen physique
  - Palpation testiculaire bilatérale + + +
    - Toujours bilatérale et comparative (**A savoir !**)
    - Nodule intratesticulaire dur ou testicule globalement induré, non douloureux
    - Rechercher une infiltration du cordon spermatique + +
    - Persistance du sillon épидидymo-testiculaire (signe de Chevassu positif)
    - Lésion opaque à la transillumination (différent hydrocèle)
  - Bilan d'extension clinique
    - Examen des aires ganglionnaires: ganglion de **Troisier** / !! schéma daté
    - Rechercher une gynécomastie / unilatérale + + (par sécrétion de  $\beta$ HCG)
    - Signes de compression médiastinale / hépatomégalie métastatique
    - NPO : poumon/ neuro/ signes de TVP
- Dogme + + +
  - !! Toute masse testiculaire non douloureuse est un cancer JPDC
  - → exploration chirurgicale et examen anapath. systématiques (**A savoir !**)

### Examens complémentaires

- Pour diagnostic positif
  - Echographie testiculaire
    - En urgence (< 1S)
    - lésion intratesticulaire **hypoéchogène** et **hétérogène**
    - microcalcification + +
    - Précise siège / volume / vérification du testicule **controlatéral**
  - Marqueurs tumoraux
    - **LDH**: élévation dans séminomes mais non spécifique / corrélée à la masse
    - **$\alpha$ -foetoprotéine**: pathognomonique des **carcinomes embryonnaires, jamais dans le séminome**
    - **hCG totale**: caractéristique des choriocarcinomes et tumeurs mixtes
  - Orchidectomie diagnostique + + +
    - Systématique pour toute masse testiculaire évocatrice (pas de biopsie !)
    - Orchidectomie par **voie inguinale** et examen **anapath** pour histologie
    - !! **Après** information et conservation du sperme au **CECOS** (**A savoir !**)
    - !! Ponction / biopsie / voie trans-scrotale formellement contre-indiqués (**A savoir !**)
- Pour bilan d'extension
  - TDM thoraco-abdomino-pelvienne injectée
    - Recherche des ADP rétro-péritonéales (lomboaortiques)
    - Recherche des métastases viscérales (pulmonaires / hépatiques)
  - Dosage des marqueurs tumoraux à 3 semaines post-orchidectomie + + +
    - Si imagerie négative, seul moyen d'affirmer le caractère localisé
    - → si pas de décroissance ou trop lente: on a raté la métastase...
  - Autres examens
    - **Sur point d'appel clinique**: scintigraphie osseuse
    - **IRM ou TDM cérébral** si métastases supra diaphragmatiques ou viscérales
    - **PET-scan**: seulement si séminome: avant curage lombo-aortique
- Pour bilan pré-thérapeutique
  - **Bilan préop**: Gp-Rh-RAI / NFS-hémostase / Cs anesthésie
  - **Bilan pré-chimio (BEP)**: RTx-EFR + + (bléomycine) / créatinine (platine)
  - **Conservation du sperme** (**A savoir !**)
    - Obligation médico-légale: à proposer **avant** l'orchidectomie
    - 2 ou 3 prélèvements / analyse du sperme par le CECOS

## Evolution

### Histoire naturelle

- **Ganglions:** lomboaortiques >> sus-diaphragmatique / Troisier / médiastinaux
- **Métastases:** pulmonaires >> hépatiques / cérébrales / osseuses

### Pronostic

- Très bon pronostic en général car tumeurs très chimio et radio-sensibles
- Survie tous stades à 5ans > **90%** dont: 98% si NOM0 - 70% si M+
- Facteurs pronostiques :
  - Stade TNMS (S : HCG totales, LDH, aFP)
  - Type histologique
  - Embols vasculaires ou lymphatiques
  - Evolution des marqueurs après orchidectomie
  - envahissement du rete testis et + 4 cm pour les séminomes purs

## Traitement

### Prise en charge

- !! Toute suspicion de cancer du testicule est une **urgence** (bilan sous 1S)
- Réunion de concertation pluri-disciplinaire (**RCP** et PPS) (**A savoir !**)
- Cryoconservation du sperme au **CECOS avant l'orchidectomie** (**A savoir !**)

### Orchidectomie totale diagnostique première

- **Indications**
  - **Systématique** devant toute masse testiculaire de l'homme jeune
  - !! Après conservation du sperme et information du patient (**A savoir !**)
  - Sans attendre le bilan d'extension
- **Modalités**
  - Orchidectomie par **voie inguinale** (!! jamais scrotale: dissémination: **A savoir !**)
  - **Ligature 1ère** du cordon spermatique / Ex. anapath: diagnostic histologique
  - Mise en place d'une prothèse testiculaire
  - Prélèvement des marqueurs sur sang de cordon

### Traitement adjuvant curatif: selon bilan d'extension

- **cancer localisé (N0 et M0)=stade I**
  - **séminome pur: 3 stratégies à discuter en fonction des facteurs pronostiques ( +4cm, envahissement du rete testis) et des préférences du patient**
    - Surveillance (20% risque de rechute )
    - Radiothérapie lomboaortique (4% risque de rechute): peu utilisée car risque de 2nd cancer radio induit
    - Chimiothérapie par carboplatine AUC 7, 1 seule cure ( 5% risque de rechute)
  - **non séminomateuse: 3 stratégies selon FR de rechute ( envahissement vasculaire ou lymphatique):**
    - Surveillance : environ 30% de risque de rechute
    - Chimiothérapie : 2 BEP ( bléomycine, etoposide, cisplatine ) : 1% risque de rechute
    - Curage rétropéritonéal : de moins en moins réalisé car morbidité
- **cancer métastatique (N+ ou M+)**
  - **séminome pur:**
    - **radiothérapie** lomboaortique++ si N+
    - chimiothérapie par BEP
    - exereses des masses résiduelles seulement si + 3cm et fixation au TEP à 6-8 semaines
  - **non séminomateuse:**
    - Chimiothérapie par BEP , 3 à 4 cures selon facteurs pronostiques
    - exereses des masses résiduelles si supra centimétriques 4 à 6 semaines après la fin de la chimiothérapie

### Mesures associées

(cf **Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques.**

### Modalités de surveillance

- Prise en charge de la douleur
- Soutien **psychologique**
- Prise en charge à **100%**
  
- Education du patient sur l'**autopalpation** +++

- Soins de support : nutrition, antalgie

Surveillance +++

- Clinique
  - Auto-palpation testiculaire contralatérale (**A savoir !**) / ex. des aires Gg
  - Cs: 1x/3M pendant 2ans ; puis 1x/6M pendant 3ans ; puis 1x/ans **A VIE**
- Paraclinique
  - **Marqueurs tumoraux à J10** post-orchidectomie à répéter de façon hebdomadaire jusqu'à normalisation
  - Echographie scrotale
  - TDM thoraco-abdomino-pelvienne 1x/6M

## Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 3 principaux facteurs de risques du cancer du testicule ?

- Cryptorchidie ++
- Dysgénésie gonadique (syndrome de Klinefelter)
- Atrophie testiculaire

Quel est le 1er examen d'imagerie à réaliser devant une suspicion de cancer du testicule ?

- Echographie testiculaire

Quels sont les 4 facteurs pronostiques principaux du cancer du testicule ?

- Stade TNMS (S : HCG totales, LDH, aFP)
- Type histologique
- Embols vasculaires ou lymphatiques
- Evolution des marqueurs après orchidectomie

Quel est LA mesure à réaliser avant toute orchidectomie ?

- CECOS ! (=reflexe ECN)