

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 > 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 β 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
 - **α -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
 - exeres 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
 - exeres 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 surveillanc)

- 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)