

Item 310 (Item 160) – Tumeurs du testicule

EVALUATIONS

2014

QCM

QUESTION 1/5 :

Une tumeur germinale non séminomateuse peut contenir :

- A - Du carcinome embryonnaire
- B - Du choriocarcinome
- C - Du leydigome
- D - Du tératome
- E - Ne contient jamais de séminome

(Réponse : ABD)

QCM

QUESTION 2/5 :

Les marqueurs tumoraux :

- A - Se dosent en préopératoire
- B - Se dosent en postopératoire
- C - Se dosent en pré- et en postopératoire
- D - Sont indispensables pour le diagnostic
- E - Sont utiles pour le pronostic

(Réponse : CE)

QCM

QUESTION 3/5 :

Quels sont les diagnostics différentiels possibles d'une tumeur testiculaire ?

- A - Une hernie inguino-scrotale
- B - Une orchio-épididymite subaiguë
- C - Une torsion du cordon spermatique
- D - Une hydrocèle
- E - Une grosse bourse traumatique

(Réponse : ABDE)

QCM

QUESTION 4/5 :

Le bilan d'extension régionale et à distance :

- A - Doit toujours être réalisé en préopératoire
- B - Comprend toujours un scanner thoracique
- C - Comprend toujours un scanner abdomino-pelvien
- D - Le scanner cérébral est indiqué selon l'extension métastatique
- E - Dépend des résultats anatomopathologiques

(Réponse : BCD)

QCM

QUESTION 5/5 :

L'orchidectomie :

- A - Peut se faire par voie scrotale
- B - Peut être partielle en cas de tumeur < 2 cm chez un patient monorchide
- C - Peut être accompagnée de la pose d'une prothèse testiculaire dans le même temps opératoire
- D - Est réalisée en l'absence de métastases
- E - A un intérêt diagnostique et thérapeutique

(Réponse : BCE)

QROC

QUESTION 1/5 :

Citez les différentes tumeurs testiculaires.

Réponse attendue :

- Néoplasie germinale intratubulaire (NGIT) : état tumoral pré-invasif, précurseur de l'ensemble des tumeurs germinales testiculaires.
- Tumeurs germinales séminomateuses = séminome testiculaire (environ 60 % des tumeurs germinales).
- Tumeurs germinales non séminomateuses (TGNS) : association de différentes composantes tumorales : carcinome embryonnaire, chorio-carcinome, tumeur du sac vitellin, tératome. Une composante séminomateuse peut également persister au sein de ces tumeurs.

QROC

QUESTION 2/5 :

Quels sont les principaux symptômes et signes cliniques d'une tumeur testiculaire ?

Réponse attendue :

Symptômes :

- pesanteur voire douleur testiculaire ;
- douleur hypogastrique ;
- augmentation isolée indolore d'un testicule ;
- parfois tableau aigu mimant une torsion du cordon spermatique ou une orchite-épididymite aiguë.

Signes locaux :

- nodule dur et pierreux indolore ;
- augmentation globale testiculaire.

Signes généraux :

- altération de l'état général ;
- gynécomastie souvent unilatérale ;
- métastases : adénopathie sus-claviculaire, masse abdominale correspondant à des adénopathies rétropéritonéales.

QROC

QUESTION 3/5 :

Citez les différentes options thérapeutiques après l'orchidectomie pour les séminomes de stade I.

Réponse attendue :

- Stade 1 : pT1 à pT4 N0 M0.
- Surveillance : en cas de faible risque de rechute : critères de Warde (absence d'envahissement du rete testis, tumeur < 4 cm).
- Chimiothérapie adjuvante : en cas de risque important de rechute (1 ou 2 critères de Warde) par un cycle de carboplatine AUC7.
- Radiothérapie adjuvante : irradiation région para-aortique 20 Gy.

QROC

QUESTION 4/5 :

Citez les différentes options thérapeutiques après l'orchidectomie pour les tumeurs germinales non séminomateuses de stade I.

Réponse attendue :

- Stade 1 : pT1 à pT4 N0 M0.
- Surveillance : en cas de faible risque de rechute (absence d'embolies vasculaires).
- Chimiothérapie adjuvante : en cas de risque important de rechute (présence d'embolies) : 2 cures de BEP (bléomycine, étoposide, cisplatine).
- Curage de stadification : en cas de refus du patient des 2 autres possibilités : curage ganglionnaire lombo-aortique.
- Peu de radiosensibilité des TGNS.

QROC

QUESTION 5/5 :

Qu'est-ce que la néoplasie germinale intratesticulaire ? Quelles en sont les conséquences ?

Réponse attendue :

La néoplasie germinale intratubulaire correspond à un état tumoral pré-invasif. Il s'agit du précurseur de toutes les tumeurs germinales testiculaires après la puberté.

Le risque d'évolution vers un cancer testiculaire dans les 5 ans est de 50 %.

L'évolution se fait vers le séminome *in situ* puis vers l'ensemble des tumeurs germinales.

La NGIT est présente dans 90 % du parenchyme testiculaire adjacent sur les pièces d'orchidectomie.

La NGIT est retrouvée au niveau du testicule controlatéral dans 9 % des cas, ce qui justifie la réalisation de biopsies testiculaires controlatérales chez les patients à risque de tumeur bilatérale c'est-à-dire présentant un syndrome de dysgénésie gonadique (cryptorchidie, hypotrophie testiculaire, troubles de la fertilité, microlithiases de grade 3).

Cas clinique

Scénario :

Vous recevez un jeune patient de 25 ans présentant une induration testiculaire gauche. À l'interrogatoire, on retrouve un antécédent de cryptorchidie droite traitée chirurgicalement à l'âge de deux ans.

On note la découverte fortuite à l'adolescence, lors d'une échographie réalisée pour traumatisme scrotal, de microlithiases bilatérales (grade 1 à gauche, et grade 3 à droite). Un bilan d'infertilité a été réalisé il y a un an. Il montre une azoospermie au spermogramme. Réalisation d'une échographie scrotale.

QUESTION 1/8 :

Quelle prise en charge aurait pu être proposée lors du bilan d'infertilité, pourquoi ?

Réponse attendue :

Microlithiases testiculaires bilatérales
Troubles de la fertilité
Antécédent de cryptorchidie
Syndrome de dysgénésie gonadique
Haut risque de cancer testiculaire
Biopsies testiculaires bilatérales chirurgicales
Recherche de néoplasie germinale intratubulaire

Pour aller plus loin :

La présence de microlithiases testiculaires bilatérales associées à un trouble de fertilité et à un antécédent d'ectopie testiculaire doit faire suspecter un syndrome de dysgénésie gonadique plaçant le patient à haut risque de cancer testiculaire.

Indication à réaliser des biopsies testiculaires chirurgicales bilatérales précisant l'origine de l'infertilité et recherchant une néoplasie germinale intratubulaire.

QUESTION 2/8 :

Face à ce nodule induré testiculaire qu'elle est votre hypothèse diagnostique et que recherchez-vous à

l'examen clinique ?

Réponse attendue :

Suspicion cancer testiculaire gauche
Palpation épидидyme
Sillon épидидymo-testiculaire
Testicule controlatéral

Pour aller plus loin :

- Suspicion de présence d'un cancer du testicule gauche.
- Confirmation du siège intratesticulaire du nodule en palpant l'épididyme. Persistance du sillon inter-épидидymo-testiculaire (signe de Chevassu).
- Palpation du testicule controlatéral permettant de vérifier l'intégrité du parenchyme et d'évaluer sa taille (absence d'hypotrophie testiculaire).
- Palpation de l'abdomen à la recherche d'une masse abdominale palpable.

QUESTION 3/8 :

Quel bilan initial réalisez-vous, qu'en attendez-vous ?

Réponse attendue :

Écho-Doppler scrotal
dosage préopératoire marqueurs
CECOS
Scanner thoraco-abdomino-pelvien

Pour aller plus loin :

L'écho-Doppler scrotal pour confirmer, en cas de doute à l'examen, la localisation intratesticulaire et préciser la taille de ce nodule.

- Dosage préopératoire des marqueurs tumoraux : bêta-hCG totale, alpha-fœto-protéine et LDH.
- Conservation de sperme au CECOS (médico-légal : document signé du patient en cas de refus).
- Bilan d'extension comprenant un scanner thoraco-abdomino-pelvien.

QUESTION 4/8 :

Quel est votre traitement et quelles sont les mesures associées ?

Réponse attendue :

Orchidectomie gauche par voie inguinale
Prothèse même temps opératoire
Envoi en anapath
Dosage postopératoire marqueurs tumoraux
Évaluation décroissance marqueurs

Pour aller plus loin

Bilan préopératoire.

- Consentement éclairé signé du patient.
- Traitement chirurgical : orchidectomie gauche avec ligature première du cordon, par voie inguinale. Pose de prothèse dans le même temps opératoire.
- Analyse anatomopathologique.
- Dosage postopératoire des marqueurs tumoraux, valeur de référence avant traitement complémentaire éventuel dans les formes métastatiques.
- Évaluation initiale de la décroissance dans les tumeurs germinales non séminomateuses à bilan d'extension négatif.

QUESTION 5/8 :

Les marqueurs tumoraux sont normaux, le bilan d'extension s'avère négatif. Il s'agit d'une tumeur germinale non séminomateuse. Sur quels critères prenez-vous votre décision thérapeutique ?

Réponse attendue :

Emboles vasculo-lymphatiques
Définition catégorie à risque de rechute

Pour aller plus loin :

Les facteurs d'histopronostic : présence d'emboles tumoraux vasculaires ou lymphatiques.
- Définition d'une catégorie à risque de rechute.

QUESTION 6/8 :

Quelle prise en charge proposez-vous ?

Réponse attendue :

RCP
Surveillance clinique
Surveillance marqueurs
Surveillance imagerie
Chimiothérapie
Curage ganglionnaire rétropéritonéal
Pas de radiothérapie

Pour aller plus loin :

Décision proposée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Patient à faible risque de rechute :

- absence de facteur de risque de rechute ;
- surveillance clinique testicule controlatéral régulier ;
- surveillance marqueurs et imagerie selon une périodicité conforme aux recommandations ;
- en cas de refus de la part du patient : chimiothérapie deux cycles BEP (bléomycine, étoposide, cisplatine).

Patients à haut risque :

- présence d'un facteur de risque de rechute (supérieur à 50 %) ;
- deux cycles de chimiothérapie BEP.

Le curage ganglionnaire rétropéritonéal peut être proposé aux patients ne souhaitant aucune des deux prises en charge. Il peut être réalisé en coelioscopie dans un centre expert.
Pas de radiothérapie dans les tumeurs non séminomateuses.

QUESTION 7/8 :

Au cours du suivi à un an de recul, l'échographie du testicule controlatéral montre la présence d'un nodule tumoral suspect centimétrique. Le reste du bilan de réévaluation s'avère normal. Que proposez-vous ?

Réponse attendue :

Orchidectomie partielle droite
Biopsie parenchyme adjacent (recherche NGIT)

Radiothérapie scrotale si NGIT

Pour aller plus loin :

Une orchidectomie partielle en fonction du taux de testostérone.

- Une biopsie du parenchyme testiculaire adjacent à la recherche d'une NGIT.
- Une radiothérapie scrotale en présence de NGIT à la dose de 16 Gy en présence de NGIT.

QUESTION 8/8 :

Il s'agit d'un séminome, il n'y a pas d'envahissement du rete testis, que proposez-vous ?

Réponse attendue :

Faible risque de rechute
Pas d'envahissement du rete testis
Tumeur < 4 cm
Surveillance testostéronémie
Recherche hypogonadisme

Pour aller plus loin :

Décision proposée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

- Patient à faible risque de rechute : absence de facteurs de risque de rechute (critères de Warde) : absence d'envahissement du rete testis et tumeur < 4 cm.
- Surveillance marqueurs et imagerie selon une périodicité conforme aux recommandations.
- Dosage testostéronémie régulière à la recherche d'un hypogonadisme.
- En cas d'apparition d'un hypogonadisme au cours du suivi : traitement substitutif (fig. 6).