

Cancer du testicule



Approche épidémiologique

- Tumeur rare : moins de 2 % des cancers masculins
- Incidence croissante dans tous les pays
 - 3 à 6 pour 100 000 en France
- Premier cancer de l'adulte jeune
- 12 % des décès dans la tranche 15 – 34 ans
- 86 % de survie à 5 ans

Facteurs favorisants

- Cryptorchidie / Testicule non descendu
 - Risque relatif variable 2 – 17 jusqu'à 35 ans
- Autres facteurs discutés
 - Exposition aux rayons X
 - Facteurs endocriniens : excès d'oestrogènes, insuffisance androgénique, atrophie testiculaire
 - Facteurs thermiques
 - Infertilité

Anatomo-pathologie

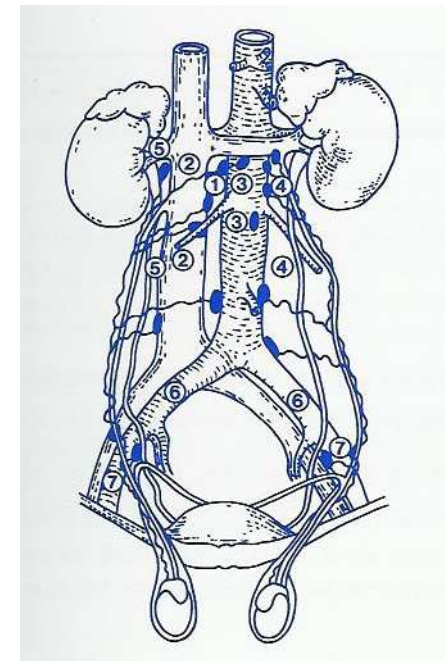
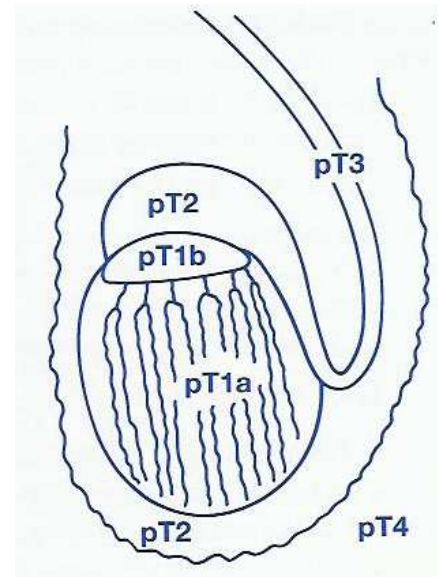
- Classification OMS
 - Tumeurs germinales (90 %)
 - Séminomes purs
 - Tumeurs germinales non séminomateuses (TGNS)
 - Tumeurs non germinales (10 %)

Tumeurs germinales

- Séminomes purs
 - Pic : 40 ans
 - Radiosensible
 - Bon pronostic
- Tumeurs germinales non séminomateuses
 - Pic : 20 ans
 - Chimiosensible
 - Bon pronostic
 - Tératome, choriocarcinome, carcinome embryonnaire

Classification TNM

- Tumeur primitive (T)
- Ganglions (N)
 - Rétropéritoine
 - Médiastin
- Métastases à distance (M)
 - Poumon, médiastin, foie, cerveau



Circonstances de découverte

- **Anomalie intrascrotale**
 - Nodule dur indolore
 - Tableau d'orchi-épididymite résistant au traitement antibiotique
- **Plus rarement**
 - Gynécomastie
 - Lombalgies
 - Métastase révélatrice
 - Echographie scrotale faite pour autre chose



Examens complémentaires

- Echographie testiculaire
- Marqueurs sériques tumoraux
 - Alpha-foeto-protéine (AFP)
 - Bêta-HCG (Human Chorionic Gonadotrophine)
 - Lactico-déshydrogénase (LDH)



Leur normalité n'élimine pas le diagnostic +++

Marqueurs tumoraux

- β -HCG

- 40 à 60 % des TGNS, 10 % des séminomes
- Valeur élevée péjorative et responsable de gynécomastie
- $\frac{1}{2}$ vie 24-48 heures

- α foeto-protéine

- 70 % des TGNS, 0 % des séminomes
- $\frac{1}{2}$ vie 5 jours

- LDH

- Élevée dans les séminomes métastasés

Marqueurs tumoraux

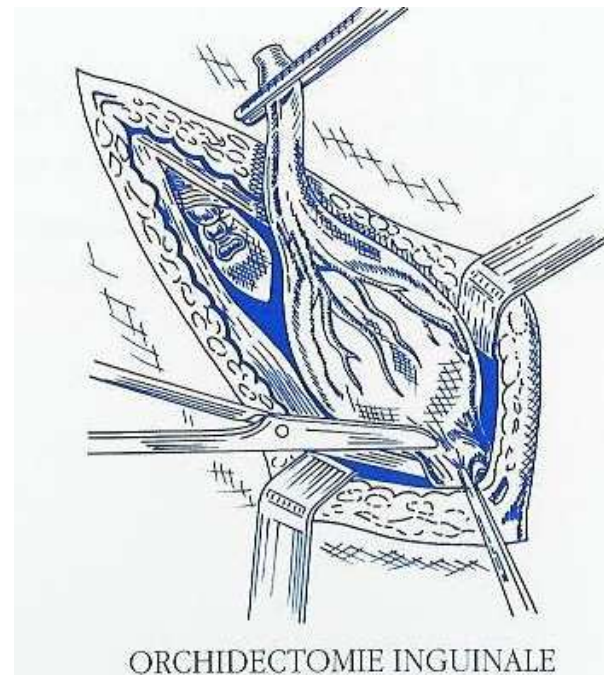
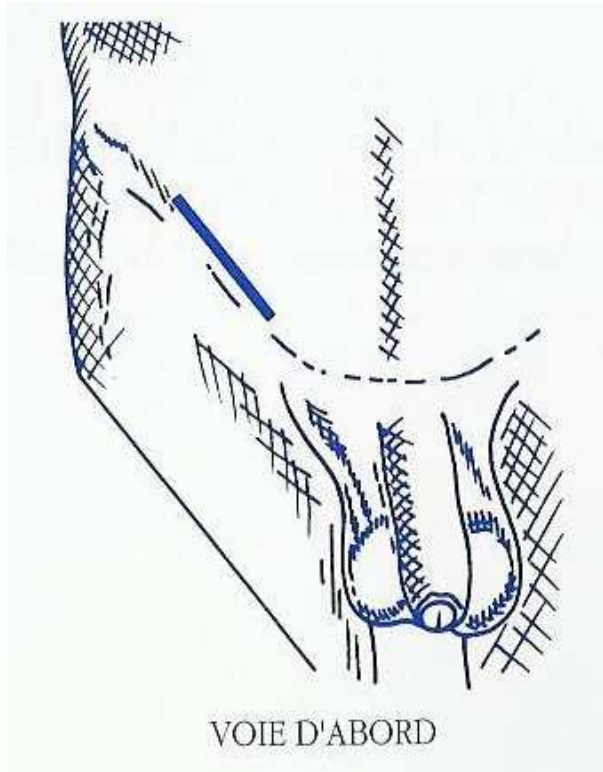
- Triple intérêt :
 - Leur production reflète l'histologie et le volume tumoral
 - La persistance de taux élevés après un geste thérapeutique témoigne de son insuffisance ou inefficacité
 - La remontée de leur taux avant tout signe clinique indique une rechute

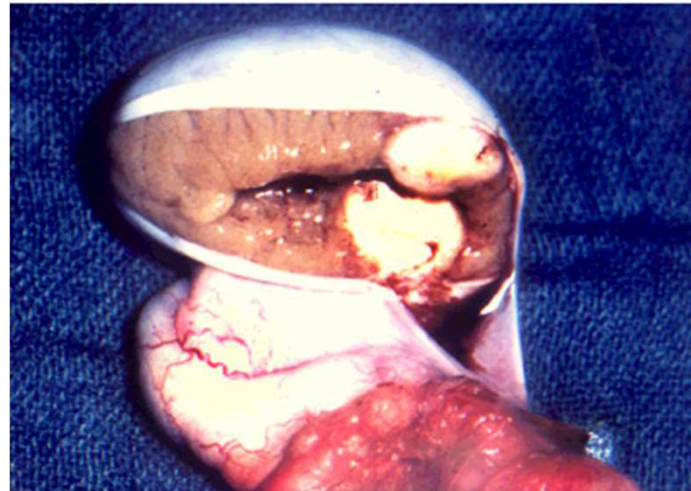
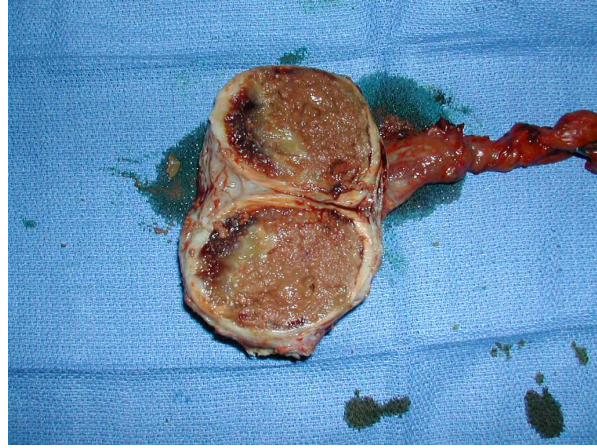
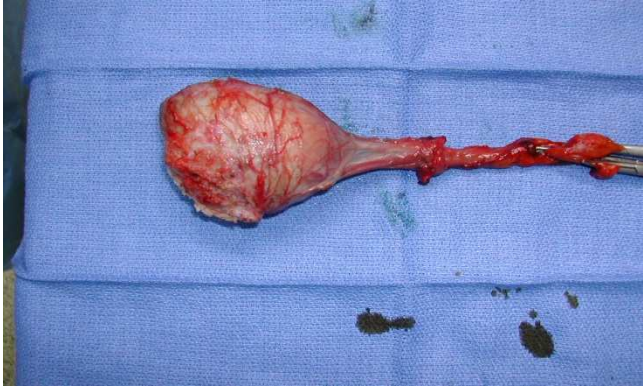
Orchidectomie élargie

- Indispensable au diagnostic
- Après consentement éclairé du patient et proposition de mise en place d'une prothèse et de conservation préalable du sperme au CECOS

Orchidectomie élargie

- Voie inguinale
- Clampage premier du cordon





Bilan d'extension

- TDM thoraco-abdomino-pelviennne
- Echographie hépatique

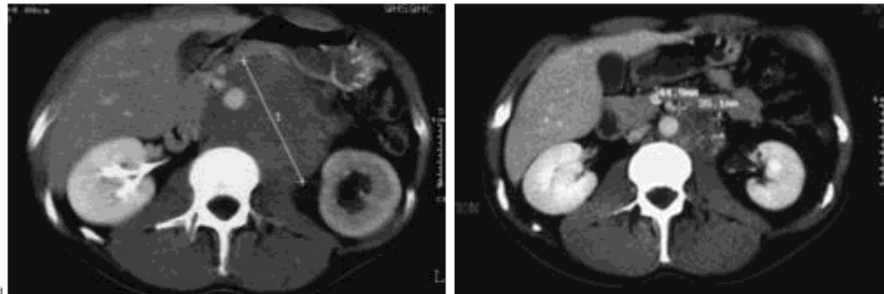
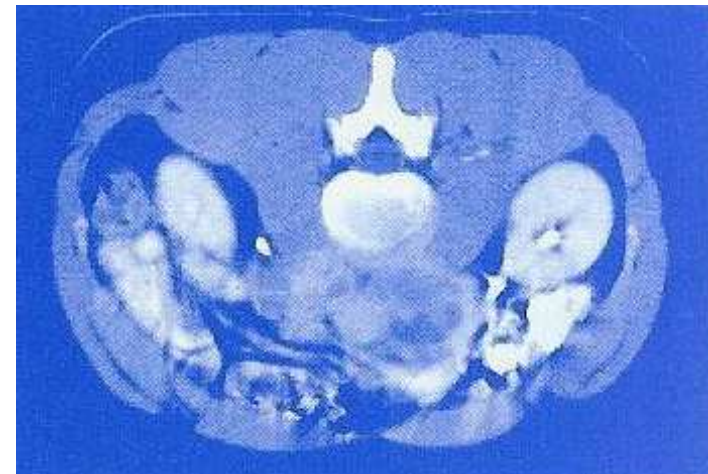


Fig. 6 : Patient de 30 ans présentant un séminome testiculaire gauche avec à l'examen histologique la présence d'embolies vasculaires et d'un envahissement du cordon.
a : TDM initiale montrant une volumineuse masse latéro-aortique gauche.
b : TDM après 4 cures de chimiothérapie, présence d'une masse résiduelle de 3,5 sur 4,5 cm, calcifiée. L'examen histologique du curage ganglionnaire montre une nécrose complète de la tumeur sans processus tumoral actif.



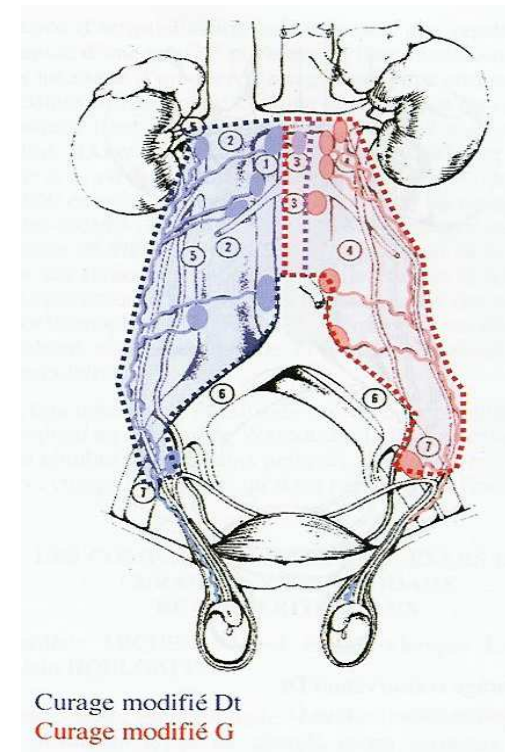
En fonction de la forme histologique et du stade de la tumeur

- **Séminome : Radiothérapie**

- Plus ou moins étendue selon le stage tumoral
- Chimiothérapie si stade évolué

- **TGNS**

- Surveillance
- Chimiothérapie
- +/- curage ganglionnaire lombo-aortique



Surveillance

- **Modalités**

- Marqueurs mensuels
- TDM abdomino-thoracique
 - 1/mois pendant 3 mois
 - Puis tous les 2 mois pendant 1 an
 - Puis tous les 3 mois pendant 3 ans
 - Puis annuellement

- **Récidives**

- 40 % dans l'année

Cancer du testicule et Fertilité

- Avant traitement : hypofertilité 50 %
- Toxicité de la chimiothérapie (cisplatine)
- Récupère le plus souvent 2 ans après la fin du traitement
- Anéjaculation après curage ganglionnaire lombo-aortique

IMPORTANTANCE DE LA CONSERVATION DU SPERME
AVANT TRAITEMENT EN VUE D'UNE EVENTUELLE FIV