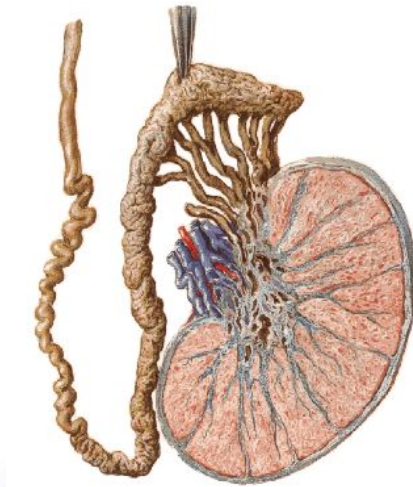


Cancer du testicule



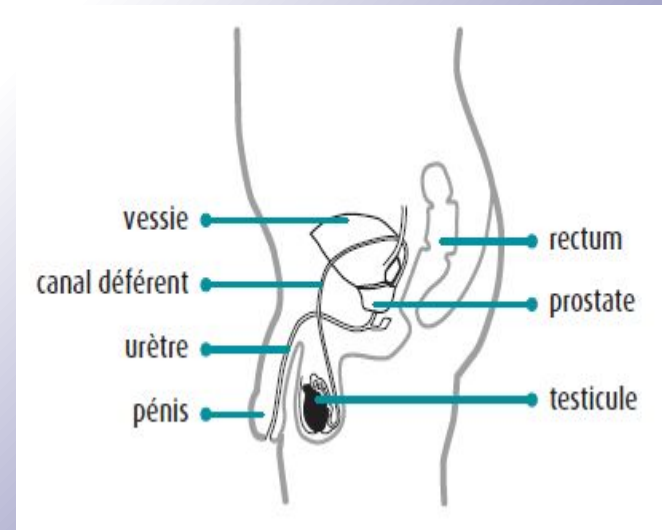
Définition - Épidémiologie

- ✓ Le cancer du testicule, c'est une tumeur développée dans le parenchyme testiculaire
- ✓ Cancer rare (1,5 % des cancers masculins).
- ✓ Premier cancer de l'homme jeune (20-35 ans).
- ✓ 3-5% des Kc urologiques
- ✓ Diagnostic essentiellement clinique
- ✓ Souvent curable (85 /100 même métastatique)
- ✓ Facteurs favorisant : ectopie (x20), atrophie testiculaire (trauma, infection...)

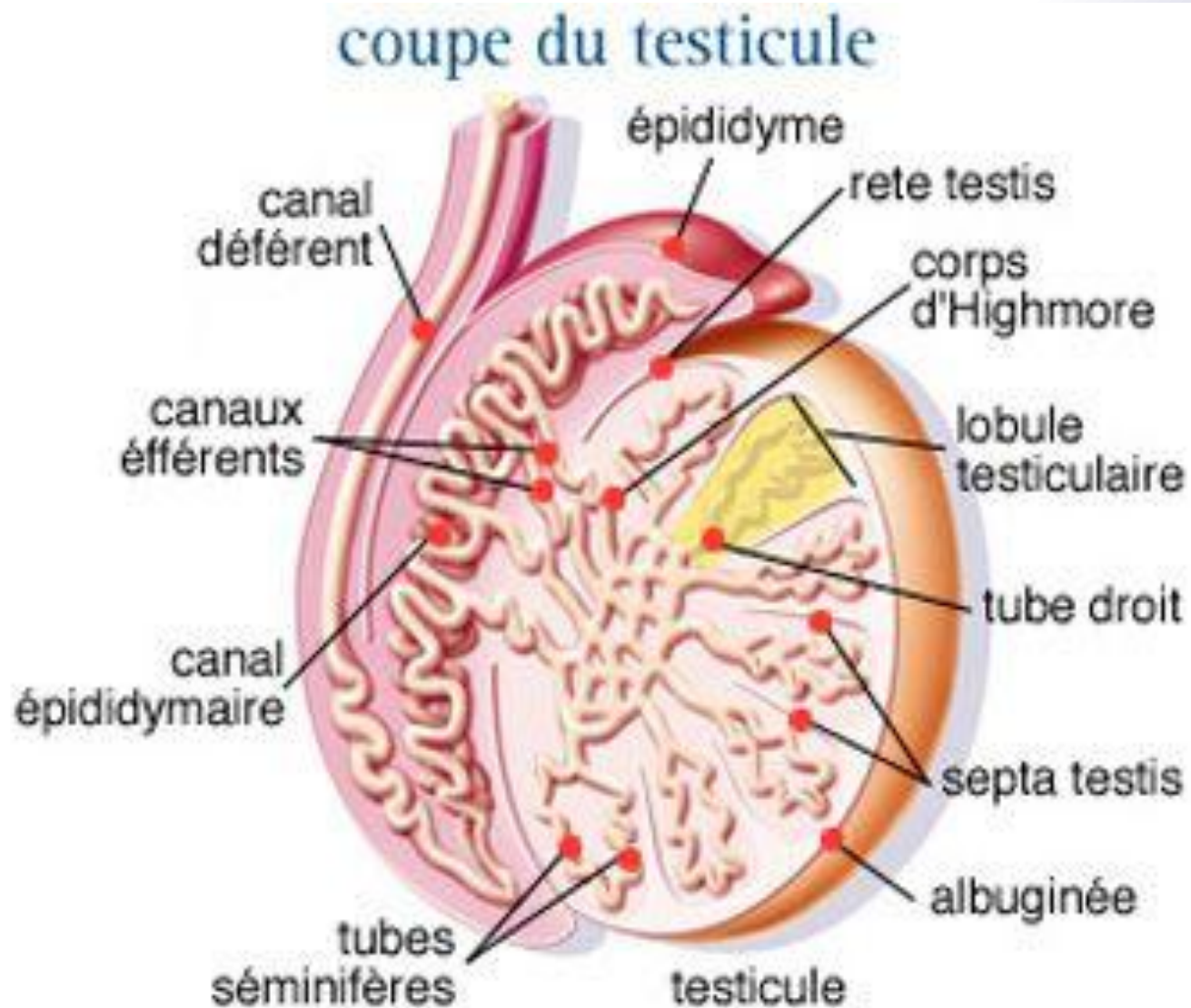


Rappel anatomique

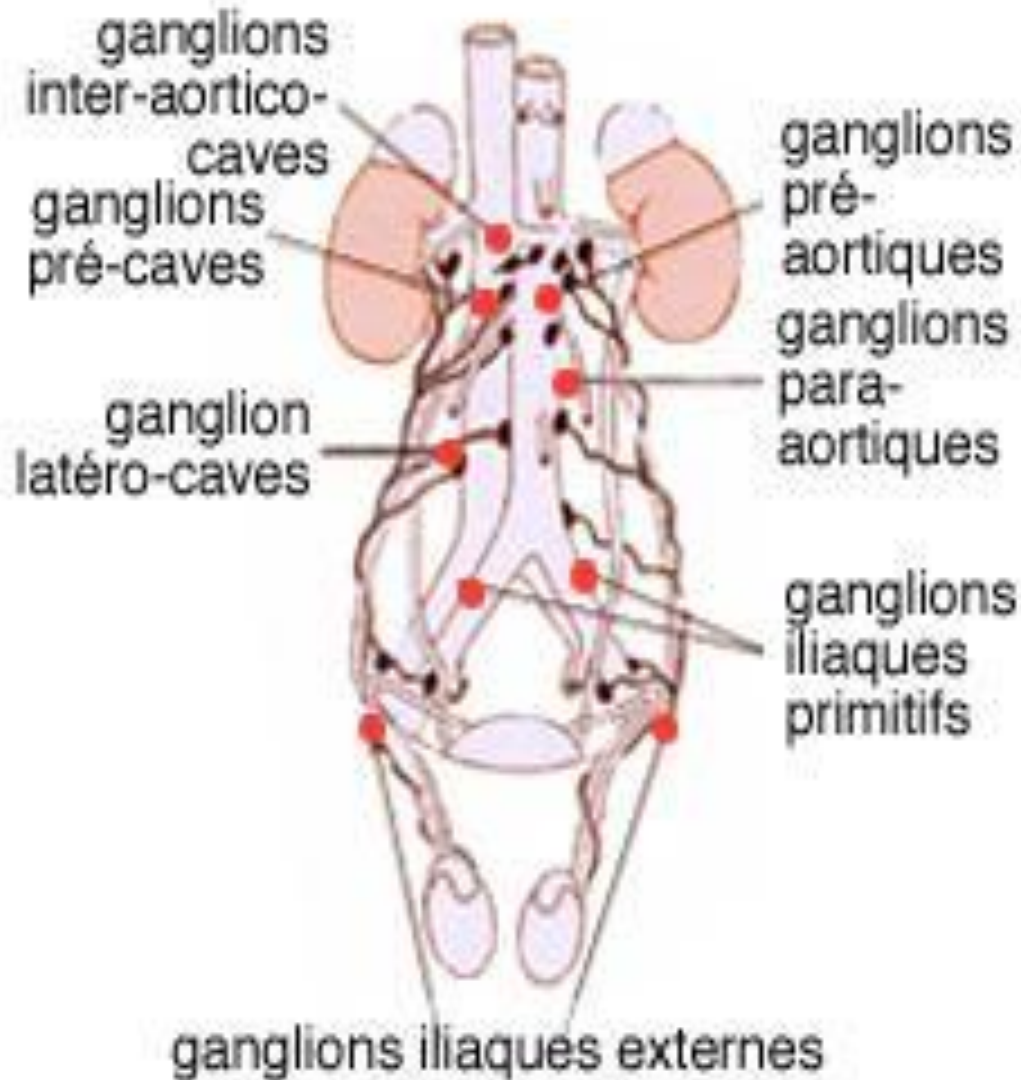
- ✓ Les testicules faisant partie de l'appareil reproducteur masculin
- ✓ Sont deux organes de forme ovoïde logés dans le scrotum
- ✓ Volume moy 20ml
- Produisent l'hormone sexuel ainsi que le sperme
- 98 % des tumeurs malignes du testicule prennent naissance dans ces cellules



Rappel anatomique



Rappel anatomique



Facteurs de risque

- ✓ antécédent personnel ou familial (1er degré) de TG
- ✓ cryptorchidie, ectopie testiculaire ;
- ✓ atrophie testiculaire $< 12\text{ml}$
- ✓ infertilité, hypospadias ;
- ✓ maladies syndromiques : Down, Klinefelter
- ✓ l'exposition aux pesticides ou aux perturbateurs endocriniens (la prise d'oestrogène).
- ✓ Les microlithiases testiculaires seules, ne doivent pas être considérées comme un facteur de risque.

Anatomo-pathologie

Élément thérapeutique et pronostic

Tumeurs GERMINALES

90-95%

- SEMINOMES (40%)
- Tumeur germinales NON SEMINOMATEUSE (60%)

Tumeurs

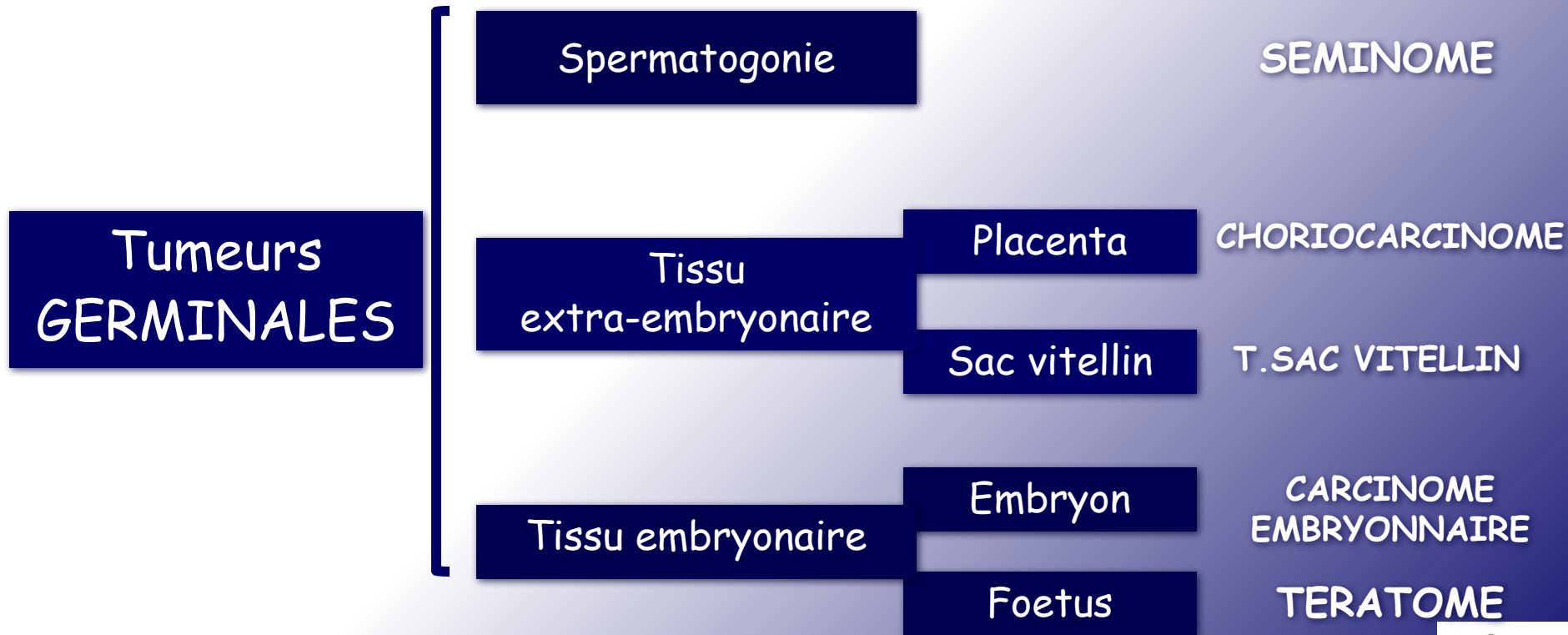
NON GERMINALES

- < cordon sexuel : tumeur de Leydig, Sertoli, Granulosa
- < enveloppes : sarcome, lipome, mésothéliome
- Métastases (lymphome+++)



Anatomo-pathologie

Tumeurs GERMINALES



Présentation clinique

Circonstances de découverte

symptômes locaux

- **Tumeur** indolore, dure, découverte par patient
- **Pesanteur** (40%) scrotale et/ou abdominale
- **Douleur testiculaire aiguë** (10%)

symptômes régionaux ou généraux

- **Douleur hypogastrique**
- **Métastases** (sus-clavier, lymphatique.)
- **Gynécomastie**



diagnostic clinique

interrogatoire

A la recherche:

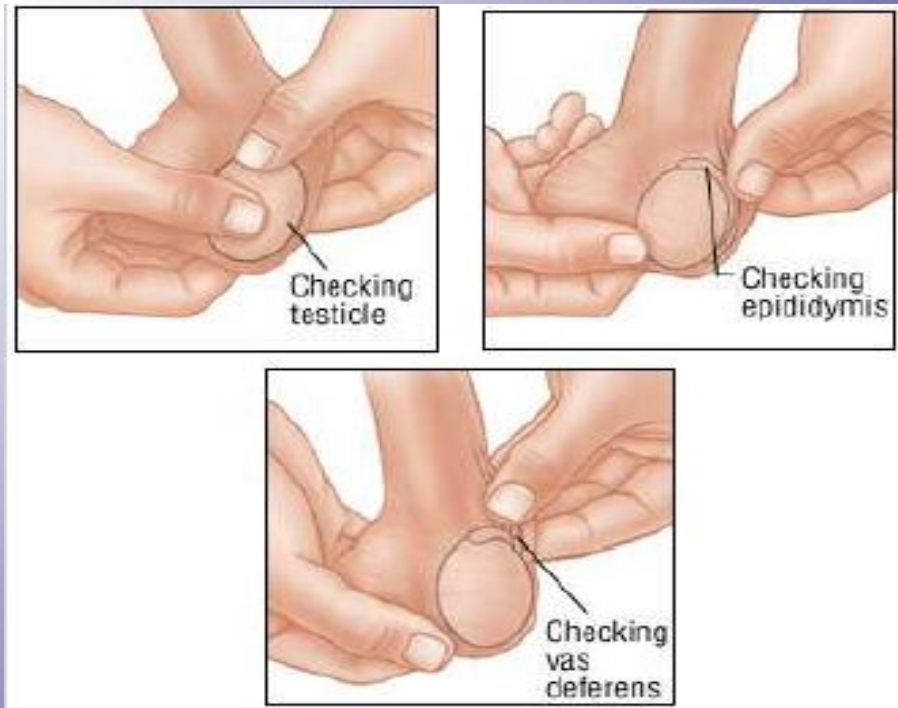
- ✓ Notion d'intervention sur le testicule
- ✓ Les facteurs de risque

Examen physique

- Augmentation du volume testiculaire (nodule ou globale)
- Indolore (sauf infarctissement, hématome)
- Irrégulier, dur
- Persistance du sillon épидидymo-testiculaire (signe de **Chevassu**)
- Scrotum non transilluminable

BILATERAL COMPARATIF

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



Autres signes à rechercher

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

Diagnostic

« Toute masse testiculaire est un cancer jusqu'à preuve histologique du contraire »



Examen paraclinique

1° Imagerie

- Echographie scrotale
- L'imagerie par résonance magnétique (IRM) scrotale

2° Marqueur tumoraux+++

- α -foeto-protéine
- HCG totale
- L.D.H.(lactate déshydrogénase)



Echographie scrotale

- ✓ nodule hypoéchogène ou hétérogène non spécifique d'un type tumoral ;
- ✓ précise le siège, la taille et l'aspect de la lésion intraparenchymateuse ;
- ✓ tumeur en général hypervascularisée ; doppler
- ✓ permet également de vérifier le parenchyme testiculaire controlatéral (tumeur infraclinique, microlithiases chez un infertile).

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) scrotale

- Elle peut être utile dans les cas d'échographie équivoque, permettant une distinction des lésions bénigne ou maligne
- Il s'agit habituellement d'une lésion hypo-intense en T2 avec un isosignal en T1

Marqueur tumoraux+++

intérêt

- diagnostic
- pronostic
- surveillance

Marqueur tumoraux+++

Alpha Foeto Protéine

- Synthétisée par:
 - Tumeurs non séminomateuses (70%)
- ✓ Carcinomes Embryonnaires
- ✓ Tumeurs du sac vitellin
 - Cancer Poumon, Pancréas, Foie, Maladies Hépatiques
- Sa demi-vie est de 5 à 7 jours

Marqueur tumoraux+++

HCG totale

- Synthétisé par:
 - Tumeurs non séminomateuses (40-60%)
 - le choriocarcinome (100% en produisent)
 - Carcinome embryonnaire (80%)
 - des séminomes (taux faibles) (10-15%)
 - Tumeurs Sein, Poumon, Estomac, placenta
- Sa demi-vie est de 24 à 36 heures

Marqueur tumoraux+++

LDH

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

Le dosage de ces trois marqueurs est systématiquement recommandé avant et après l'orchidectomie

Bilan d'extension

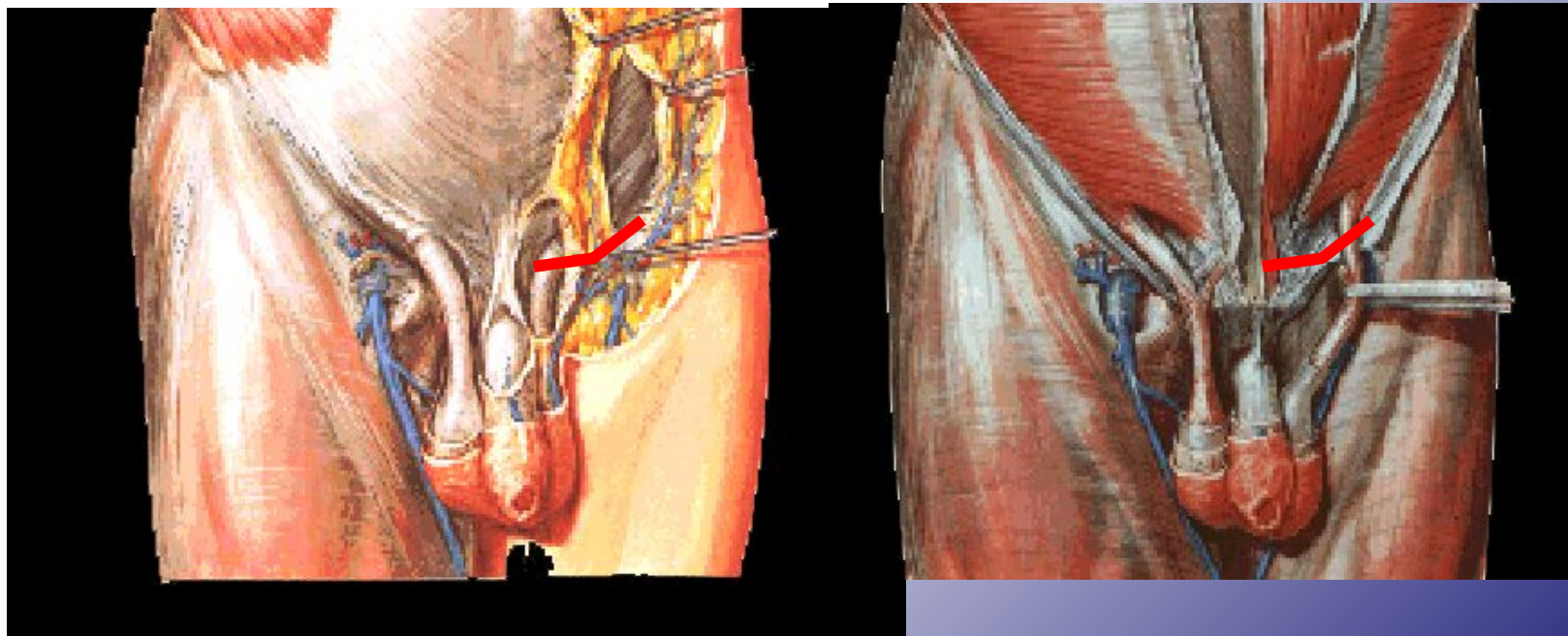
Le scanner abdomino-pelvien pour l'évaluation du stade ganglionnaire rétropéritonéal. Il permet également la détection des éventuelles métastases abdominales.

Le scanner thoracique: pour la détection des métastases pulmonaires ou des adénopathies médiastinales (micronodules pulmonaires)

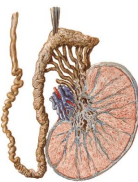
- Les éventuels autres examens d'imagerie (écho hépatique, TDM cérébrale) sont conditionnés par le contexte clinique

Diagnostic histologique

ORCHIDECTOMIE PAR VOIE INGUINALE
AVEC LIGATURE PREMIERE DU CORDON
SPERMATIQUE



Conservation du sperme au moins 2 prélèvements



Stadification de la tumeur+++

La stadification repose sur les classifications TNM et AJCC(american joint committee on cancer) définies à partir de l'analyse histologique, du bilan d'extension et de la valeur des marqueurs postopératoire

Tableau 1 Classification TNM 2017.

Tumeur primitive – pT (suffixe m en cas de tumeurs multiples synchrones)

pTx	Non évaluable
pT0	Pas de tumeur primitive identifiée
pTis	Néoplasie germinale in situ
pT1	Tumeur limitée au testicule (y compris envahissement du rete testis) sans invasion lymphovasculaire
pT1a ^a	< 3 cm
pT1b ^a	≥ 3 cm
pT2	Tumeur limitée au testicule (y compris envahissement du rete testis) avec invasion lymphovasculaire au sein du testicule ou du cordon OU Tumeur envahissant les tissus mous du hile ou l'épididyme ou pénétrant le feuillet viscéral de la vaginale sur l'albuginée avec ou sans invasion lymphovasculaire
pT3	Tumeur envahissant le cordon spermatique par continuité (un envahissement discontinu serait considéré d'origine lymphovasculaire et relèverait d'un stade M1)
pT4	Tumeur envahissant le scrotum avec ou sans invasion lymphovasculaire



T₁



T₂



T₃



T₄



Stadification de la tumeur+++

N Ganglions régionaux

Nx	Ganglions régionaux non évaluables
N0	Absence de métastase ganglionnaire régionale
N1	Métastase ganglionnaire unique < 2 cm ou multiples ganglions métastatiques < 2 cm de plus grande dimension
N2	Métastase unique de 2 à 5 cm ou multiples ganglions positifs < 5 cm de plus grande dimension
N3	Métastase > 5 cm de plus grande dimension



Stadification de la tumeur+++

Métastases à distance					
Mx	Métastases non évaluées				
M0	Pas de métastase à distance				
M1a	Ganglions hors rétropéritoine et métastases pulmonaires				
M1b	Autres sites métastatiques (foie, os, cerveau, autres)				
Marqueurs sériques postopératoires			Post op		
	LDH (U/L)		HCGt (UI/ml)		AFP (ng/ml)
Sx	Marqueurs non évalués				
S0	Marqueurs dans les limites de la normale				
S1	< 1.5N	ET	< 5 000	ET	< 1 000
S2	1.5N-10N	OU	5 000-50 000	OU	1 000-10 000
S3	> 10N	OU	> 50 000	OU	> 10 000

Classification AJCC réactualisée en 2009

Stade	T	N	M	S	Stade	T	N	M	S
Stade 0	pTis	N0	M0	S0	Stade IIC	pT1-4	N3	M0	S0-1
Stade I	pT1-4	N0	M0	S0	Stade III	pT1-4	N0-3	M1	Sx
Stade IA	pT1	N0	M0	S0	Stade IIIA	pT1-4	N0-3	M1a	S0-1
Stade IB	pT2-4	N0	M0	S0	Stade IIIB	pT1-4	N1-3	M0	S2
Stade IS ⁺	pT1-4	N0	M0	S1-3			N0-3	M1a	S2
Stade II	pT1-4	N1-3	M0	Sx	Stade IIIC	pT1-4	N1-3	M0	S3
Stade IIA	pT1-4	N1	M0	S0-1			N0-3	M1a	S3
Stade IIB	pT1-4	N2	M0	S0-1			N0-3	M1b	S0-3

Traitement

Séminome

Localisé, pas de ganglion, pas de méta.

Surveillance, Radiothérapie lombo-aortique (25Gy),
chimiothérapie par 1 cure de carboplatine
>95% guérison

Ganglions envahis, pas de méta.

Radiothérapie supplémentaire 5Gy
90% guérison, La chimiothérapie est une option alternative

Ganglions et métastases

Chimiothérapie 3à4cycles de BEP

(bleomycine, etoposide, cisplatine)



Traitement

T.G.N.S.

Sans extension à distance

Surveillance ou chimiothérapie (1 cycle BEP)
si facteur de mauvais pronostic
98% survie à 5 ans

Extension à distance

Chimiothérapie (3 cyc BEP) +/- curage
lombo-aortique
50-80% survie à 5 ans



Surveillance

Clinique, imagerie, marqueurs+++



suivi

Séminome stade I	Clinique et marqueurs : /4 mois pdt 2 ans, puis /6 mois pdt 3 ans, puis /an. Rx tho : /6 mois pdt 2 ans. TDM AP : /an pdt 2 ans.
TGNS stade I	Clinique et marqueurs : /3 mois pdt 2 ans, puis /6 mois pdt 3 ans, puis /an. Rx tho : /6 mois pdt 2 ans. TDM AP : /an pdt 2 ans.
Séminome et TGNS stade II et III	Clinique et marqueurs : /3 mois pdt 2 ans, puis /6 mois pdt 3 ans, puis /an. Rx tho : /3 mois pdt 2 ans, puis /6 mois pdt 3 ans, puis /an. TDM AP : /6 mois pdt 2 ans puis /an.



Merci de votre attention

