

Module 10 : 160 - TUMEURS DU TESTICULE

Épidémiologie

Cancer le plus fréquent chez l'adulte jeune. Très bon pronostic, taux de guérison proche de 90%



Clinique

ITG

- Âge inférieur à 45 ans
- Augmentation progressive et indolore de la bourse

Examen bilatéral et comparatif des 2 bourses

- Commencer côté sain, recherche un diagnostic différentiel
- Inspection : **augmentation de volume**, aspect lourd, pas de signe d'inflammation
- Palpation : **indolore**, masse dure **déformant les contours de la bourse, sans atteinte de l'épididyme** (respect du sillon épididymo-testiculaire = **signe de Chevassu**)
- Transillumination négative : confirme le caractère solide de la masse (élimine l'hydrocèle)

Examen urologique normal (SFU, écoulement urétral) dont **TR normal** (élimine une pathologie prostatique)

Recherche d'une **gynécomastie** (tumeurs sécrétantes de β -HCG)

Examen général : apyrexie, AEG, recherche des ADNP abdominales ou sus-claviculaire, des métastases

FDR

- **cryptorchidie +++** (Risque relatif x 30)
- **Atrophie**
- **Irradiation**

Diagnostic différentiel

À éliminer par la clinique, la trans-illumination et l'échographie (recherche également une tumeur intra-testiculaire non vue, des ganglions & métas)

- **orchite**
- **épididymite**
- **hydrocèle**
- **hématocèle post-traumatique**
- + torsion de cordon, hernie inguino-scrotale, varicocèle, kyste du cordon, tuberculose épididymo-testiculaire...

Bilan pré-thérapeutique

- **Marqueurs tumoraux** pré-op, per-op, post-op et J15 (taux corrélé pronostic) : **α FP, β HCG, LDH**
- Bilan pré-opératoire, pré-thérapeutique dont CECOS, recherche troubles de l'éjaculation pré-op

Examen à visée diagnostique

- Après **bilan d'extension** et dosage des **marqueurs tumoraux sériques** : **α FP, β HCG, LDH** + bilan pré-op.
- Après information au patient + **CECOS** (2 prélèvements) : centre d'étude et de cryoconservation du sperme
- Comme il s'agit d'un **cancer jusqu'à preuve histologique du contraire** : **Orchidectomie exploratrice inévitable** :
 - **Chirurgie (Orchidectomie) exploratrice par voie inguinale**, après **clampage du pédicule et ligature du cordon spermatique** (évite la dissémination métastatique); prélèvements des marqueurs dans veine du pédicule
 - sans curage ganglionnaire dans un premier temps
 - **examen anatomo-pathologique complet de la pièce (cancers mixtes fréquents, dont le pronostic est celui du plus mauvais).**
 - Mise en place d'une **prothèse testiculaire**

Évolution / Pronostic

- 5% des cancers sont accompagnés d'un **carcinome in situ contralatéral** → **surveillance clinique de la bourse restante +++**
- 90 % des récidives se font dans les 2 ans : surveillance rapprochée des 2 premières années (clinique / mois puis 2 mois, TDM, Echo)
- Le pronostic est de 90% à 100% dans les séminomes, T. non séminomateuses : 80% stade I, 50% pour les autres stades