

## EPIDEMIOLOGIE

Tumeur rare : incidence 4,5/100 000 ↑ /an ; 1,5 % des cancers, maligne dans 90% dans cas; homme jeune de 20 à 35 ans

Facteurs de risque :

\***Dysgénésie gonadique** avec **cryptorchidie+++** (10% des cas, RR = 5-10), atrophie testiculaire, hypospade, **troubles de la fertilité**

\***Autres**: Sd de Klinefelter, infertilité, Antécédents personnel/ familiaux du 1<sup>er</sup> degré, **Consommation de cannabis, Trisomie 21**

**Discutés**: œstrogènes pendant grossesse, insecticides/pesticides

## BILAN :

**Clinique** :Local : palpation du cordon spermatique ; palpation du testicule CONTROLATERAL (*examen bilatéral et comparatif*)

**Général** : ADP sus claviculaires gauche++, masse abdo, auscultation pulmonaire.

**Paraclinique** : avant orchidectomie : **marqueurs tumoraux (LDH ; hCG totale ; αFP** pour dg, pronostic et suivi)

\* Imagerie(sans retarder l'orchidectomie) :

- **écho testicule-doppler** bilatérale rapide (**recherche microlithiases stade 3 ++ association cancer du testicule → biopsies**)

- **scanner TAP systématique** : *dissémination lymphophile* ggl lombo aortique (rétropéritonéale) , médiastinales, sus diaphragmatique et *dissémination hématogène* : pulmonaire, foie, cerveau, os.

- **optionnels** : *scanner cérébral* si TGNS avec méta viscérales, mauvais pronostic ou signes d'appel ; *IRM pelvienne* si allergie à iode ou TVP veine cave inférieure; *PET scanner* pour suivi des séminomes mais pas en routine, **Radio pulmonaire suffisante pour le suivi après tt des TGS**

**Bilan préthérapeutique** : CECOS obligatoirement proposée après ECBU et sérologies VIH ; Syphilis négatifs

Définition stade localisé ou méta inclut TDM TAP ET marqueurs tumoraux  
Marqueurs tumoraux ont valeur diagnostique, pronostique, et pour suivi

**Toute tumeur testiculaire de l'adulte jeune est un cancer jusqu'à preuve du contraire !**

## TRAITEMENT (APRES DOSAGE MARQUEURS TUMORAUX)

**ORCHIDECTOMIE** en semi-urgence sous par voie inguinale après ligature 1<sup>ère</sup> du cordon à l'orifice inguinal profond, (ou orchidectomie partielle si tumeurs bilatérales ou testicule unique) et éventuel traitement associé:

- **Séminomes** (radiosensibles ++) => **radiothérapie adjuvante sur aires rétropéritonéales et/ou chimiothérapie adjuvante** avec carboplatine seul ou BEP (bléomycine, étoposide, cisplatine)
- **TGNS => Surveillance** ou **chimiothérapie de type BEP adjuvante ou première avant chirurgie des masses résiduelles**
- **Le cisplatine est la molécule qui a transformé le pronostic des TG métastatiques**

## ANATOMOPATHOLOGIE: sur ORCHIDECTOMIE seulement, PAS DE BIOPSIE

\***Tumeurs germinales (90-95%)**:

-**Séminomes purs 60%** (surtout 4<sup>ème</sup> décade), **pas d'élévation d'AFP**

-**Tumeurs germinales non séminomateuses (TGNS)** pures ou mixtes (plusieurs composants) (surtout 3<sup>ème</sup> décade) (LDH ) avec **Carcinome embryonnaire 20%** (=> +/- αFP) // **Tumeur du sac vitellin** (=>αFP) // **Choriocarcinome** (=>hCG) // **Tératomes** (5- 10%) // **Tumeurs mixtes** (=>hCG) // +/- présence de **Séminomes**

\***Tumeurs non germinales (5-10%)**: tumeur à cellules de Leydig ou Sertoli, tumeur du stroma et du cordon sexuel, gonadoblastome, adénocarcinome du rete testis

- **Tumeurs secondaires**: lymphome, métastases, **leucémie aigue lymphoblastique**
- **Néoplasie Germinale Intratubulaire (NGIT)** : précurseur des tumeurs germinales

**PRONOSTIC** : Excellent >95% de survie à 10 ans si PEC diagnostique et thérapeutique adaptée Survie à 5 ans tumeur localisée 98% (proche de 100% pour le séminome)

Stade méta => utiliser la classification internationale à trois groupes pronostiques (prend en compte niveau **marqueurs au nadir post orchidectomie+++**)

## DIAGNOSTIC CLINIQUE:

\*Local : **nodule intra-testiculaire pierreux indolore** (palpation du sillon épидидymotesticulaire = signe de CHEVASSU)

grosse bourse aiguë douloureuse : hémorragie, infarctissement ;

tableau d'épididymite aiguë ou torsion testicule

\*Général : AEG, **douleurs lombaires++** ; **gynécomastie** unilatérale liée aux hCG (Leydig), **adénopathie sus claviculaire**

## TUMEURS TESTICULE

## SUIVI :

Primaire: Surveillance des sujets à risque par une PEC précoce des testicules non descendus

Secondaire : Rigoureuse, intense durant 2ans, durée : 5ans minimum

Clinique testicule controlatéral +/- écho  
Paraclinique:

- Marqueurs tumoraux à 1 mois puis tous les 3 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans
- TDM TAP: 1 fois par an pendant 2 ans pour les formes localisées; tous les 6 mois pendant 2 ans puis tous les ans pour formes métastatiques
- **Surveillance testostéronémie (hypogonadisme)**