

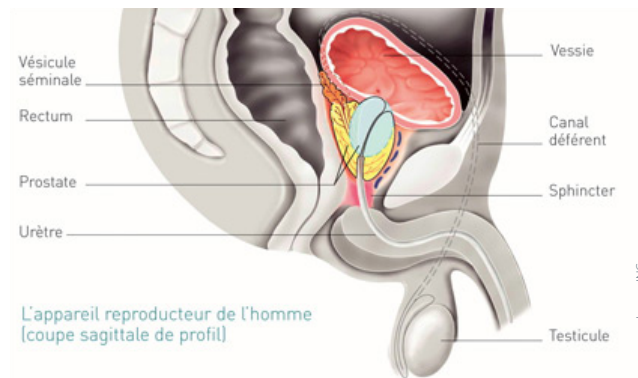
L'organe

Le cancer du testicule est une tumeur rare (1 à 2 % de l'ensemble des cancers), caractérisable en deux points, l'âge jeune du diagnostic (entre la puberté et 45 ans majoritairement), et le bon pronostic avec près de 90 % de guérison. Chez l'embryon, les testicules se trouvent dans l'abdomen. Au cours de la vie fœtale, ils descendent progressivement par le canal inguinal dans le scrotum (peau des bourses) pour y rester définitivement. Le testicule est la glande sexuelle mâle. Dans cette glande se trouvent deux types de cellules :

- les cellules germinales, qui produisent les spermatozoïdes,
- les cellules dites non germinales.

Il existe différents types de cancer du testicule selon les cellules concernées :

- 1) Les tumeurs germinales, les plus fréquentes avec deux sous-types :
 - Les tumeurs séminomateuses (ou séminome) : 30 à 40% des cas ; âge : entre 35 et 45 ans.
 - Les tumeurs non séminomateuses (choriocarcinome et/ou tumeur vitelline et/ou carcinome embryonnaire et/ou tératome) : 60 à 70% des cas
- 2) Les tumeurs non germinales (tumeurs à cellules de Leydig ou à cellules de Sertoli, sarcomes) beaucoup plus rares (5% des cas).



Les étapes du diagnostic

Facteurs de risque

L'ectopie testiculaire ou la cryptorchidie (absence de descente des testicules dans les bourses dans l'enfance) ; l'atrophie testiculaire (au décours d'infection comme les oreillons, ou après traumatisme) sont autant de facteurs de risque. Il n'y a pas de transmission héréditaire.

Symptômes

Les symptômes peuvent être une augmentation de volume d'un testicule, la perception d'un nodule dur, une sensation de tension ou de lourdeur, plus rarement une douleur. Le diagnostic peut également être posé à l'occasion d'un bilan de fertilité. Plus rarement le diagnostic est évoqué sur une tension des seins (gynécomastie) en rapport avec la sécrétion d'une hormone (Hormone Gonadotrophine Chorionique HCG), ou sur des symptômes en rapport avec une extension de la maladie à d'autres organes (douleurs du dos (ganglions), toux, essoufflement (poumons)...

Diagnostic

Il sera évoqué par :

- à l'examen clinique par la consistance de la tumeur à la palpation,
- par la réalisation d'une échographie testiculaire, qui montrera un nodule plus ou moins bien limité, hypervascularisée (nombreux vaisseaux),
- par une augmentation possible de marqueurs tumoraux (protéines dosées dans le sang par prise de sang) : Alpha-fœtoprotéine, HCG, et LDH (lactate deshydrogénase)

En fonction de la présentation, un bilan d'extension comprenant la réalisation d'un scanner thoracoabdominopelvien (tomodensitométrie ou TDM) sera réalisé pour confirmer le caractère localisé de la tumeur. Avant la chirurgie, il est recommandé d'effectuer une conservation de sperme dans un CECOS (Centre de Conservation du Sperme).

Cancer du testicule

Traitement

Si l'ensemble de ces examens oriente sur une tumeur testiculaire, le diagnostic de certitude sera posé par l'exérèse du testicule (orchidectomie), avec selon le souhait du patient la possibilité de mise en place d'une prothèse dans le même temps opératoire. Cette intervention se fait « par voie haute », c'est-à-dire avec une incision au pli de l'aîne. Il s'agit du premier temps du traitement ; plus exceptionnellement seule la tumeur est retirée (tumorectomie ; pour des types spécifiques de tumeur et après discussion collégiale). La biopsie (ponction) est par contre formellement contre-indiquée.

La suite de la prise en charge dépend de la tumeur (séminomateuse / non séminomateuse), du caractère localisé (stade I), ou de la présence de localisations secondaires (métastases), à distance (ganglionnaire le plus souvent (stade II), pulmonaire parfois, plus rarement ailleurs). Elle pourra reposer sur une surveillance, une radiothérapie ou une chimiothérapie. En cas d'extension à distance, le traitement repose sur la chimiothérapie, avec au décours, en cas de présence d'images sur le scanner de fin de traitement la nécessité de discuter d'une chirurgie d'exérèse des masses résiduelles, des ganglions, ou des masses restantes (pulmonaire ou autres). Même si le traitement est plus complexe, le pronostic reste en général bon.

Cette prise en charge spécifique démontre l'importance d'une prise en charge collégiale, associant chirurgien urologue, radiothérapeute, radiologue et oncologue médical. En cas de localisation pulmonaire, l'intervention d'une équipe de chirurgiens thoraciques est également requise. L'ensemble de ces spécialités étant représentées sur le CHU de Bordeaux.

Suivi

Au décours du traitement, une surveillance est dans tous les cas nécessaire, et reposera sur un examen clinique auprès de l'urologue, et/ou du radiothérapeute et /ou de l'oncologue, de façon alternée et selon les traitements instaurés. Par ailleurs, des examens biologiques (dosage de marqueurs dans le laboratoire de ville) et examens radiologiques (scanner, échographie testiculaire, échographie abdominale) seront proposés selon un rythme précis et adapté à la présentation de la maladie et à sa prise en charge.

Par ailleurs, selon la présentation de la maladie, la participation libre et volontaire à des essais thérapeutiques nationaux pourra être proposée.

Pour en savoir plus

Haute Autorité de Santé

www.has-sante.fr

Plateforme information de l'Institut National du Cancer (INCa)

www.e-cancer.fr/cancer-info

Ligue nationale contre le cancer

www.ligue-cancer.net

Uropage.com: le site patient en urologie

http://www.uropage.com/ART_testi2.php



www.chu-bordeaux.fr