

Tumeur testiculaire et cryptorchidie bilatérale. Piège diagnostic

Nicolas KOUTLIDIS, Jad WATFA, Frédéric MICHEL

Hôpital du Bocage, CHU de Dijon

RESUME

La cryptorchidie reste l'un des principaux facteurs de risque de tumeur testiculaire séminomateuse. Sa correction dans l'enfance améliore le pronostic. La technique chirurgicale ayant évolué ces trente dernières années, la connaissance des anciennes pratiques et l'apport de la laparoscopie permettent de mieux appréhender la technique opératoire lors du traitement chirurgical d'une tumeur testiculaire.

Mots clés : cryptorchidie, tumeur testiculaire, laparoscopie exploratrice

I. INTRODUCTION

Le risque de tumeur testiculaire est augmenté chez les patients porteurs d'une cryptorchidie, notamment si elle n'est pas détectée dans l'enfance. Sa correction est donc primordiale. Les techniques opératoires permettant de corriger les testicules non descendus ont évolué ces trente dernières années. La chirurgie de la tumeur testiculaire doit donc prendre en compte les techniques ultérieures de correction de la cryptorchidie. Dans cette optique, la coelioscopie a grandement améliorée la prise en charge dans le cas de testicule non descendu et impalpable.

II. OBSERVATION

Monsieur Y.F., âgé de 44 ans, présente depuis quelques semaines une induration du testicule droit. Dans ses antécédents, on retrouve une cryptorchidie bilatérale. A l'âge de 9 ans, le patient bénéficie d'une tentative d'abaissement bilatérale. En postopératoire, seul un testicule est retrouvé en intra scrotal droit. Actuellement, il présente une azoospermie sécrétoire très probablement en rapport avec sa cryptorchidie.

L'examen clinique retrouve une induration globale du testicule intra scrotal droit, suspecte. Le scrotum gauche est vide. On ne retrouve pas de masse inguinale ni à gauche ni à droite.

L'échographie testiculaire confirme la présence de deux gros nodules hétéro-échogènes au sein du testicule intra scrotal droit (Figure 1). Il n'y a pas de précision concernant le deuxième testicule, le scrotum gauche étant vide.

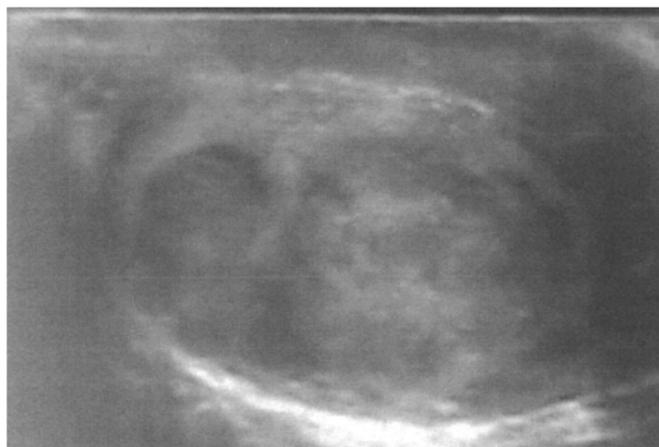


Figure 1 : Echographie du testicule droit.

La biologie est plutôt en faveur d'une tumeur germinale séminomateuse (α FP, β HCG et LDH normaux). Enfin, le bilan d'extension effectué par un scanner thoraco-abdomino-pelvien est négatif.

Le traitement de cette très probable tumeur testiculaire est donc chirurgical droit par voie inguinale. Cependant, le deuxième testicule n'étant pas dans sa position normale, l'orchidectomie bilatérale est fortement recommandée vu le risque de

Correspondance :

Dr Nicolas KOUTLIDIS - 19 rue Constantine, 21000 Dijon -
Tel 06 83 53 89 42 - Email nicolaskoutlidis@gmail.com

dégénérescence. Une deuxième échographie préopératoire ne peut éliminer avec certitude la présence d'un reliquat testiculaire.

Une laparoscopie exploratrice est donc effectuée en per opératoire à la recherche d'un testicule intra-abdominal. On retrouve un cordon à droite avec un testicule dans le canal inguinal droit, et un cordon à gauche sans testicule associé homolatéral. De plus, l'examen clinique en per opératoire confirme la présence d'un testicule intra-scrotal droit, le scrotum gauche étant vide. Il est donc réalisé une orchidectomie droite par coelioscopie et une orchidectomie gauche par voie inguinale.

Mr Y. F. sera traité ultérieurement par une hormonothérapie substitutive et une surveillance radio-clinique. Un traitement adjuvant sera discuté en fonction des résultats anatomo-pathologiques.

En conclusion, ce patient avait eu, lors de l'intervention pour abaissement testiculaire, un croisement des cordons spermatiques lors de l'orchidopexie.

III. DISCUSSION

La cryptorchidie reste un des facteurs de risque principal de tumeur testiculaire [4]. Son traitement est donc essentiel surtout lorsqu'elle n'est pas détectée dans l'enfance car le risque de dégénérescence tumoral augmente avec l'âge [3].

Sa prise en charge a évolué ces quarante dernières années. En effet, dans les années soixante-dix, l'opération consistait à croiser les cordons spermatiques au niveau du septum lors de la descente testiculaire chirurgicale, afin de prévenir une éventuelle récurrence.

Mr Y.F. a été opéré en 1973 par cette probable technique opératoire. Cependant un seul des deux testicules a été repositionné, l'autre ayant été laissé dans le canal inguinal. Avec l'âge, il s'est atrophié et est devenu impalpable. Ces derniers représentent 10 à 20% des testicules non descendus [1].

De nos jours, le croisement des cordons n'est plus d'actualité et le repositionnement des testicules non descendus s'effectue dans leur scrotum respectif.

La laparoscopie exploratrice à la recherche du testicule ectopique impalpable, et à visée thérapeutique chez l'enfant, est essentielle. Les premiers à avoir proposé cette technique sont Cortesi et al. en 1976, chez l'enfant [2]. Elle est devenue une technique de référence aussi bien en pédiatrie que chez l'adulte [5, 6]. En effet, en comparaison à l'incision inguinale, sa morbidité est moindre ainsi que la durée d'hospitalisation.

De plus, les examens d'imagerie sont très peu sensibles en cas de testicule impalpable : 13 à 17% de détection positive pour l'échographie [7]. La laparoscopie est donc indispensable au diagnostic et permet d'effectuer le geste thérapeutique dans le même temps opératoire. Chez Mr F., l'échographie étant non contributive, la laparoscopie nous a permis d'éviter une incision inguinale supplémentaire inutile.

IV. CONCLUSION

La cryptorchidie bilatérale est une pathologie rare dont le traitement est chirurgical. Elle représente un des principaux facteurs de risque de tumeur testiculaire. Cette dernière apparaissant vers l'âge de 30-40 ans, il ne faut pas oublier que l'intervention chirurgicale pour cryptorchidie a évolué et que le croisement des cordons spermatiques dans les années soixante-

dix était une des techniques utilisées pour le traitement des cryptorchidies. Cette information est primordiale lors de l'indication opératoire d'une tumeur testiculaire.

REFERENCES

1. CENDRON M., HUFF D.S., KEATING M.A., SNYDER H.M., DUCKETT W. : Anatomical, morphological and volumetric analysis: a review of 759 cases of testicular maldescent. J. Urol., 1993, 149: 570-573.
2. CORTESI N., FERRARI P., ZAMBARDA E., MANENTI A., BALDINI A., MORANO F.P. : Diagnosis of bilateral abdominal cryptorchidism by laparoscopy. Endoscopy, 1976, 8 : 33-34.
3. HERRINTON L.J., ZHAO W., HUDSON G. : Management of cryptorchidism and risk of testicular cancer. Am. J. Epidemiol., 2003, 157 : 602-605.
4. HUYGHE E., MATSUDA T., THONNEAU P. : Increasing incidence of testicular cancer worldwide : a review. J. Urol., 2003, 170 : 5-11.
5. KUCHERIA R., SAHAI A., SAMI T.A. et al. : Laparoscopic management of cryptorchidism in adults. Eur. Urol., 2005, 48 : 453-457.
6. TOUITI D., AMEUR A., BEDDOUCH A., OUKHEIRA H., TAOBANE H. : Place de la coelioscopie dans l'exploration et le traitement des testicules impalpables chez l'adulte. A propos de deux observations. Ann. Urol., 2001, 35 : 353-355.
7. WEISS R.M., CARTER A.R., ROSENFELD A.T. : High resolution real-time ultrasonography in the localization of the undescended testis. J. Urol., 1986, 135 : 936-938.

Manuscrit reçu : octobre 2007 ; accepté novembre 2007.

ABSTRACT

**Testicular tumour and bilateral undescended testis:
a diagnostic trap**

Nicolas KOUTLIDIS, Jad WATFA, Frédéric MICHEL

Undescended testis is a major risk factor for testicular seminoma. Correction of undescended testis during childhood improves the prognosis.

The surgical technique has been improved over the last thirty years, based on a knowledge of older techniques and the contribution of the laparoscopy now allows a more precise operative technique during surgical treatment of testicular tumour.

Key words : undescended, testicular tumour