

Pseudotumeur inflammatoire du cordon spermatique sur testicule ectopique : à propos d'un cas

Inflammatory pseudotumor of the spermatic cord on an ectopic testis: about one case

A. Sarr · C. Dial · Y. Sow · M. Gaye · A. Thiam · B. Fall · B. Diao · M. Ba · B.A. Diagne

Reçu le 1^{er} mars 2010 ; accepté le 25 août 2010
© SALF et Springer-Verlag France 2010

Résumé Les auteurs rapportent le premier cas de pseudotumeur du cordon spermatique observé chez un sujet présentant une ectopie testiculaire. L'exploration chirurgicale avait permis de retrouver une masse funiculaire surplombant le testicule, masse dont l'analyse histologique était revenue en faveur d'une funiculite pseudotumorale. À travers l'analyse de ce cas et une revue de la littérature, nous allons discuter des aspects diagnostiques et thérapeutiques de ces tumeurs paratesticulaires rares. *Pour citer cette revue : Androl. 20 (2010).*

Mots clés Ectopie testiculaire · Pseudotumeur paratesticulaire

Abstract The authors report the first case of pseudotumor of the spermatic cord in a patient presenting with an ectopic testis. On surgical exploration, a funicular mass overriding the testis was found, and histologic study of the specimen showed a pseudotumoral funiculitis. Through the analysis of this case and a review of the literature, we shall discuss the diagnostic and therapeutic features of rare paratesticular tumors. *To cite this journal: Androl. 20 (2010).*

Keywords Ectopic testis · Paratesticular pseudotumor

Introduction

Les pseudotumeurs inflammatoires du cordon spermatique sont des tumeurs bénignes rares [1] dont la genèse reste

mal connue [2] et qui posent essentiellement un problème de diagnostic différentiel avec un processus néoplasique [3]. Faute d'examen extemporané, en cas de doute, une orchidectomie est souvent pratiquée [4] ; or ce geste radical peut avoir des conséquences médico-légales considérables. Les auteurs rapportent le premier cas décrit au centre hospitalier et universitaire Aristide-Le-Dantec de Dakar, chez un sujet présentant une ectopie testiculaire. À travers ce cas et une revue de la littérature, nous allons discuter les aspects étiopathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques de ces tumeurs.

Observation

M. B. Sow, patient de 56 ans, était venu consulter aux urgences chirurgicales pour une tuméfaction inguinale gauche douloureuse évoluant depuis 24 heures. Le patient est menuisier, marié sous le régime polygame et est père de six enfants. Dans ses antécédents, on retrouvait une notion de vacuité de la bourse gauche évoluant depuis la naissance.

L'examen clinique retrouvait un patient en bon état général, une température à 38 °C, une tuméfaction inguinale gauche douloureuse, irréductible, non impulsive à la toux, associée à une vacuité de la bourse gauche. Le testicule controlatéral était au fond de la bourse de taille et de consistance normales. Devant ce tableau clinique, le diagnostic d'une torsion du cordon sur testicule ectopique ou d'une tumeur du testicule en phase aiguë a été évoqué.

La numération formule et sanguine retrouvait un taux de globules blancs à 12 000 000/mm³. Une échographique réalisée en urgence avait retrouvé une formation hyperéchogène mesurant 3 cm de grand axe, siégeant au niveau de la région inguinale gauche sans pour autant préciser s'il s'agissait d'une anse digestive ou d'un testicule. Ni la tomodensitométrie, ni l'IRM n'étaient disponibles en urgence.

L'indication d'une exploration chirurgicale par voie inguinale a été posée et avait permis de retrouver une formation tumorale mesurant 4 × 2, 5 × 2,5 cm, située au contact

A. Sarr (✉) · Y. Sow · A. Thiam · B. Fall · B. Diao · M. Ba · B.A. Diagne
Service d'urologie andrologie du centre hospitalier et universitaire Aristide-Le-Dantec,
BP 35354, Dakar-Colobane, Sénégal
e-mail : sarramoc@yahoo.fr

C. Dial · M. Gaye
Laboratoire d'anatomopathologie du centre hospitalier et universitaire Aristide-Le-Dantec, Dakar, Sénégal

du pôle supérieur du testicule englobant l'épididyme et les structures du cordon (Fig. 1). Une orchidectomie a été réalisée (après accord du patient), et les suites opératoires ont été simples.

L'analyse histologique de la pièce opératoire avait permis de retrouver :

- testicule : une atrophie fibroœdémateuse du parenchyme testiculaire où sont observés des vestiges de tubes séminifères. Le parenchyme ne comporte pas de réaction inflammatoire ni de processus tumoral (Fig. 2) ;

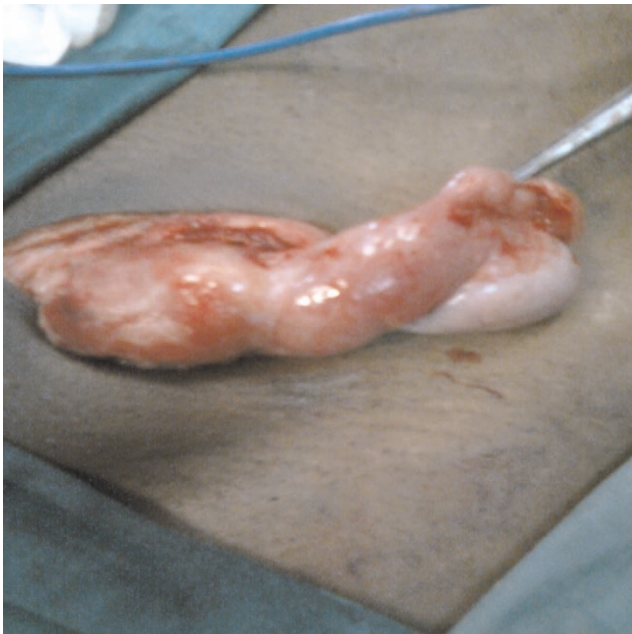


Fig. 1 Masse funiculaire

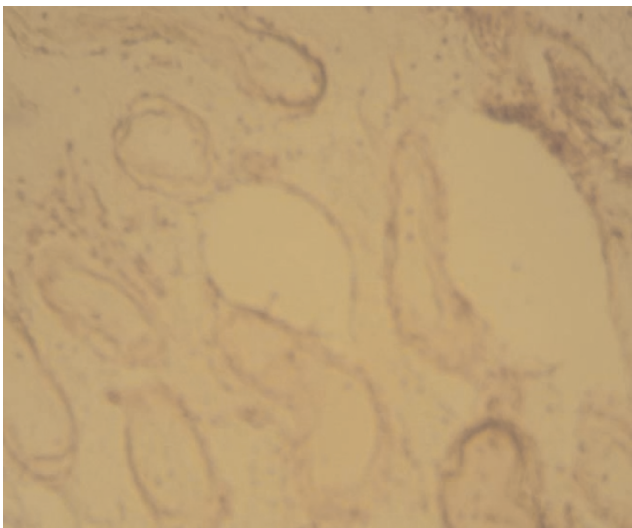


Fig. 2 Atrophie testiculaire (HE ; ×100)

- cordon : il est le siège de remaniements inflammatoires importants. On observe un blastème conjonctivovasculaire élargissant considérablement le tissu interstitiel. Il associe un œdème inflammatoire abondant avec des foyers myxoïdes (Fig. 3a) ; de nombreux néocapillaires

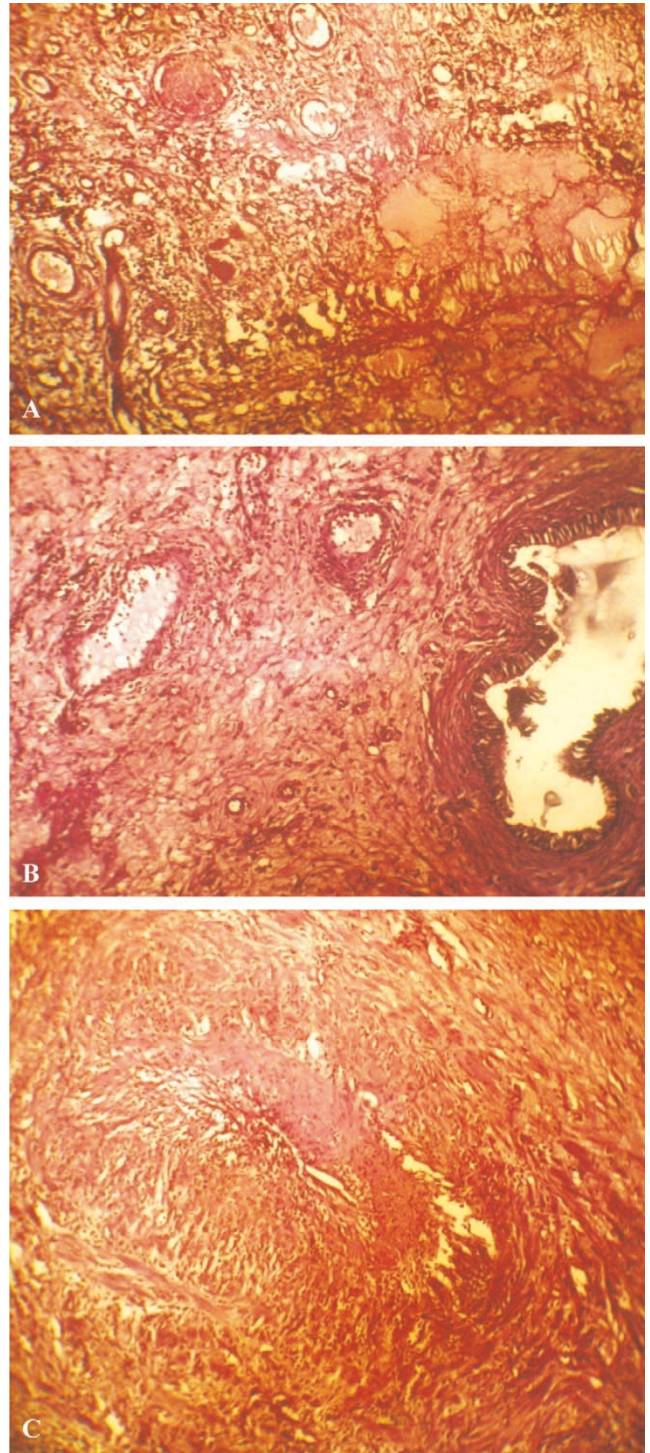


Fig. 3 a : tissu interstitiel œdémato-inflammatoire avec des zones myxoïdes (HE ; ×400) ; b : blastème conjonctivovasculaire et œdémateux (HE ; ×400) ; c : artérite inflammatoire (HE ; ×400)

aux lumières remplies d'hématies, contenant parfois des leucocytes ; une hyperplasie fibroblastique avec hyperproduction collagène et un granulome inflammatoire polymorphe abondant avec une prédominance des histiocytes, des plasmocytes et des lymphocytes dispersés et regroupés par endroits en nappes diffuses (Fig. 3b). Les artérioles et veinules sont souvent marquées par des lésions d'angéites non spécifiques (Fig. 3c). Il est vu des foyers de nécrose ischémiques non abcédés.

Dans le canal épидidymaire, des amas purulents formés de polynucléaires altérés et non altérés sont collectés dans la lumière, accompagnés d'érosions et de nécroses épithéliales. Aucun germe n'a été identifié.

Notre patient a été revu en consultation au bout d'un mois, puis à trois mois et enfin à six mois, et à chaque fois un examen clinique, couplé à une échographie de la région inguinale, n'a pas retrouvé de récurrence tumorale.

Discussion

Les pseudotumeurs paratesticulaires sont des tumeurs bénignes rares [1] développées aux dépens des tissus testiculaires, épидidymaires, et occasionnellement funiculaires [5]. La pseudotumeur peut survenir à tout âge avec un pic de fréquence vers la trentaine [5,6]. L'étiopathogénie de l'affection n'est pas bien élucidée, mais plusieurs causes sont évoquées notamment traumatiques [7], iatrogènes [8] ou inflammatoires [9]. Dans notre observation, la pseudotumeur funiculaire s'est probablement constituée par contiguïté à une épидidymite, comme c'est le cas décrit par certains auteurs [6,10]. Il reste à préciser le mécanisme de l'épididymite sur ce testicule ectopique.

Typiquement, la pseudotumeur se présente sous la forme d'une masse intrascrotale indolore unique ou multiple, faisant évoquer une tumeur maligne testiculaire [3]. Notre observation est caractérisée par le fait que la pseudotumeur est survenue sur un testicule ectopique, ce qui nous a incités à évoquer une torsion négligée du cordon spermatique sur testicule ectopique ou un cancer du testicule en phase aiguë, alors que la hernie inguinale étranglée a été éliminée devant l'absence d'antécédents de tuméfaction inguinale indolore, impulsive à la toux et spontanément réductible. L'apport du scanner ou mieux de l'IRM [11] en urgence nous aurait permis de redresser le diagnostic. Le *gold standard* du traitement reste l'exploration par voie inguinale. Dans notre observation, l'orchidectomie était inévitable, car la tumeur engainait complètement le cordon. L'histologie avait permis d'éliminer une prolifération maligne qui était pourtant à craindre lorsque le testicule est haut situé [12,13].

Rakoto-Ratsimba et al. [8] de même que Rakototiana et al. [14], après un suivi respectif de neuf mois et douze mois, n'ont pas noté de récurrence tumorale. Dans notre

observation, le suivi semble être encore court, comparé aux auteurs précédents, mais le patient est convoqué dans un an pour un examen clinique de contrôle couplé à une échographie de la région inguinale afin de déceler une éventuelle récurrence. Quant au pronostic fonctionnel du testicule controlatéral, il ne pose pas de problème puisque le patient est père de six enfants.

Conclusion

Les pseudotumeurs du testicule sont des tumeurs rares qui posent essentiellement un problème de diagnostic, et ce, d'autant plus qu'elles peuvent survenir sur un terrain atypique. Notre observation est une illustration de la difficulté de poser le diagnostic d'une telle affection dans un pays comme le Sénégal où le plateau technique est insuffisant.

Conflit d'intérêt : aucun.

Références

1. Merhej S, Kanso C, Klein-Tomb L (2005) Pseudotumeurs fibreuses paratesticulaires. *Prog Urol* 15(4):739–41
2. Rubenstein RA, Dogra VS, Seftel AD, Resnick MI (2004) Benign intrascrotal lesions. *J Urol* 171(5):1765–72
3. Woodward PJ, Schwab CM, Sesterhenn IA (2003) From the archives of the AFIP: extratesticular scrotal masses: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 23(1):215–40
4. Tobias-Machado M, Corrêa Lopes Neto A, Heloisa Simardi L, et al (2000) Fibrous pseudotumor of tunica vaginalis and epididymis. *Urology* 56(4):670–2
5. Ulbright TM, Amin MB, Young RH, et al (1999) Tumors of the testis, adnexa, spermatic cord, and scrotum. In: *Atlas of tumor pathology*, 3rd series, fasc. 25. Armed Forces Institute of Pathology, Washington, DC, pp 317–9
6. Mostofi FK, Price EB (1973) Tumors of the male genital system. *Atlas of tumor pathology*, 2nd series, fascicle 8. Armed Force Institute of Pathology, Washington DC, pp 151–4
7. Jha A, Baidya JL, Batajoo R (2009) Paratesticular fibrous pseudotumor arising from tunica vaginalis. *Nepal Med Coll J* 11(2):145–6
8. Rakoto-Ratsimba HN, Randriambololona VH, Rakototiana AF, Ranaivozanany A (2009) Pseudotumeur inflammatoire paratesticulaire iatrogène. *Prog Urol* 19(5):353–5
9. Seethala RR, Tirkles AT, Weinstein S, et al (2003) Diffuse fibrous pseudotumor of the testicular tunics associated with an inflamed hydrocele. *Arch Pathol Lab Med* 127(6):742–4
10. Akbar SA, Sayyed TA, Jafri SZ, et al (2003) Multimodality imaging of paratesticular neoplasms and their rare mimics. *Radiographics* 23(6):1461–76
11. Elder JS (2002) Ultrasonography is unnecessary in evaluating boys with a nonpalpable testis. *Pediatrics* 110(4):748–51
12. Abratt RP, Reddi VB, Sarembok LA (1992) Testicular cancer and cryptorchidism. *Br J Urol* 70(6):656–9
13. Niang L, Diao B, Gueye SM, et al (2007) Cancer sur testicule non descendu intra-abdominal. À propos de cinq cas. *Prog Urol* 17(5):947–9
14. Rakototiana AF, Rakoto-Ratsimba HN, Hunald FA, et al (2008) Pseudotumeurs fibreuses inflammatoires du cordon spermatique chez l'enfant. *Rev Trop Chir* 2:3–4