

Généralités

Le cancer du testicule survient entre 20 et 40 ans, c'est un cancer rare qui représente 1 à 1,5% des cancers masculins mais c'est le cancer le plus fréquent des hommes avant 35 ans.

Les tumeurs germinales représentent 95 % des tumeurs malignes du testicule et se répartissent en non séminomateuses (TGNS) et séminomateuses (TGS).

Physiopathologie

La majorité des cancers du testicule (95%) se développent à partir des cellules germinales productrices de spermatozoïdes.

Le processus débute généralement par des anomalies génétiques ou environnementales qui induisent des mutations, causant une prolifération cellulaire incontrôlée et la formation d'une tumeur.

Examens complémentaires

Échographie testiculaire

Marqueurs tumoraux : alpha-foetoprotéine (AFP) et gonadotrophine chorionique humaine (HCG)

Scanner thoracique et abdomino-pelvien : bilan d'extension à la recherche de métastases

Traitements

Information obligatoire sur la cryoconservation des gamètes avant tout traitement



Chirurgie dans un premier temps : orchidectomie. une prothèse testiculaire peut être mise en place lors de l'intervention

Radiothérapie indiquée dans les séminomes avec métastases ganglionnaires (rarement utilisée)

Chimiothérapie pour les formes métastatiques avec comme protocole de référence : cisplatine, étoposide et bléomycine (protocole BEP)

Facteurs favorisants

Cryptorchidie, ectopie testiculaire

Antécédent personnel ou familial

Atrophie testiculaire

Syndrome de dysgénésie testiculaire

Syndrome de Down, syndrome de Klinefelter

Signes cliniques

Masse scrotale, dure, unilatérale, indolore souvent détectée à l'auto-palpation

Pesanteur du testicule

Parfois douleur testiculaire

Complications

Métastases

Récidive sur le testicule controlatéral

Diminution de la fertilité

Évolution

Taux de guérison :

- > 95% pour les tumeurs non métastatiques
- > 90% pour les tumeurs métastatiques
- 50% si métastases hépatiques ou cérébrales

Surveillance rapprochée les 2 premières années car risque de rechute précoce : examen clinique, dosage des marqueurs tumoraux et scanner thoracique et abdomino-pelvien

Généralités

Le cancer du testicule survient entre 20 et 40 ans, c'est un cancer rare qui représente 1 à 1,5% des cancers masculins mais c'est le cancer le plus fréquent des hommes avant 35 ans.

Les tumeurs germinales représentent 95 % des tumeurs malignes du testicule et se répartissent en non séminomateuses (TGNS) et séminomateuses (TGS).

Facteurs de risque

Cryptorchidie, ectopie testiculaire
Antécédent personnel ou familial
Atrophie testiculaire
Syndrome de dysgénésie testiculaire
Syndrome de Down, syndrome de Klinefelter

Signes cliniques

Masse scrotale, dure, unilatérale, indolore
souvent détectée à l'auto-palpation

Pesanteur du testicule

Parfois douleur testiculaire

Complications

Métastases
Récidive sur le testicule controlatéral
Diminution de la fertilité

Physiopathologie

La majorité des cancers du testicule (95%) se développent à partir des cellules germinales productrices de spermatozoïdes.

Le processus débute généralement par des anomalies génétiques ou environnementales qui induisent des mutations, causant une prolifération cellulaire incontrôlée et la formation d'une tumeur.

Examens complémentaires

Échographie testiculaire

Marqueurs tumoraux : alpha-foetoprotéine (AFP) et gonadotrophine chorionique humaine (HCG)

Scanner thoracique et abdomino-pelvien : bilan d'extension à la recherche de métastases

UE 2.9 Processus tumoraux

Cancer du testicule

Traitements

Information obligatoire sur la cryoconservation des gamètes avant tout traitement

Chirurgie dans un premier temps : orchidectomie. une prothèse testiculaire peut être mise en place lors de l'intervention

Radiothérapie indiquée dans les séminomes avec métastases ganglionnaires (rarement utilisée)

Chimiothérapie pour les formes métastatiques avec comme protocole de référence : cisplatine, étoposide et bléomycine (protocole BEP)

Évolution

Taux de guérison

> 95% pour les tumeurs non métastatiques
> 90% pour les tumeurs métastatiques
50% si métastases hépatiques ou cérébrales

Surveillance rapprochée les 2 premières années car risque de rechute précoce : examen clinique, dosage des marqueurs tumoraux et scanner thoracique et abdomino-pelvien



fiches-ide.fr

Fiches IDE© Tous droits réservés