



PRISE EN CHARGE DES MASSES RESIDUELLES DANS LES TUMEURS GERMINALES DU TESTICULE

D.H TALEB-BENDIAB
SERVICE D'UROLOGIE CHU TLEMCCEN

INTRODUCTION

•Le **cancer du testicule est** une tumeur rare

LES FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIES SONT LES SUIVANTS

1/Antécédent de cancer du testicule

multiplie par 30 le risque de cancer controlatéral.

2/cryptorchidie

3/autres facteurs discutés

prise d'œstrogènes par la mère durant la grossesse

antécédents familial de cancer testiculaire

atrophie testiculaire de toute origine

traumatisme testiculaire (cause de motif de consultation conduisant à la découverte de la tumeur ?

Infertilité

Syndrome de klinefelter

ANAPATH

- Un **cancer de testicule** peut se développer à partir de ces différents éléments.
- On distingue (annexe 1 et 2) :
 - **Les tumeurs germinales (90 à 95% des cas)** ;
 - **Les tumeurs non germinales (5 à 10% des cas)**, EN PRATIQUE on distingue en générale les tumeurs germinales Séminomateuses (TGS) ne contenant que de la séminome et les tumeurs germinales non séminomateuses (TGNS) pouvant contenir une seule composante non séminomateuse, ou plusieurs types histologiques, y compris de séminome (une TG contenant 95 % de séminome et 5% de type non séminomateux est une TGNS)
- ▣ Cas particulier : carcinome in situ (CIS)

CLASSIFICATION TNM 2016

T Tumor primitive

- T_x Tumeur non évaluable (en l'absence d'**orchidectomie**, T_x est utilisé) ;
- T₀ Absence de tumeur primitive évidente (p.ex. simple cicatrice résiduelle) ;
- T_{is} Carcinogen *situ*;
- T₁ Tumeur limitée au testicule et à l'épididyme, sans invasion vasculaire ni lymphatique : la tumeur peut envahir l'**albuginée**, mais pas la vaginale ;
- T₂ Tumeur limitée au testicule et à l'épididyme, avec invasion vasculaire ou lymphatique, ou tumeur étendue à l'albuginée avec envahissement de la vaginale ;
- T₃ Tumeur envahissant le cordon spermatique, avec ou sans invasion vasculaire ou lymphatique ;
- T₄ Tumeur envahissant le scrotum avec ou sans invasion vasculaire ou lymphatique ;

N Ganglions régionaux

- N_x Ganglions régionaux non évaluable ;
- N₀ Absence d'**adénopathie** métastatique régionale ;
- N₁ Métastase ganglionnaire unique < 2 cm de plus grande dimension ou multiples ganglions métastatiques < 2 cm de plus grande dimension ;
- N₂ Métastase unique de 2 à 5 centimètre de plus grande dimension ou multiples ganglions positifs <5 cm de plus grande dimension ;
- N₃ Métastase > 5 cm de plus grande dimension ;

M Metastases à distance

- Mx Métastases non évaluables ;
- M0 Absence de métastase à distance ;
- M1 Métastase à distance ;
 - M1 a Métastase ganglionnaire non régionale ou pulmonaire ;
 - M1b Métastase à distance autre que ganglionnaire non régionale et pulmonaire ;

S Marqueurs sériques

- Sx Marqueurs non évalués
- S0 Marqueurs normaux
- S1 LDH < 1.5xN et HCG < 5000 et AFP < 1000
- S2 LDH 1.5-10xN ou HCG 5000-50000 ou AFP 1000-10000
- S3 LDH > 10xN ou HCG > 50000 ou AFP > 10000
- Le testicule normal est composé de tubes séminifères disposés en 200 à 300 lobules et de tubes collecteurs qui se résolvent en rêtetestis, cônes efférents et épидидyme.
- Les tubes séminifères contiennent 2 populations cellulaires :

- . Les formes localisée stable : stade I, subdivisé selon la caractéristique e la tumeur (classification T de la classification TNM)
- Les formes diffuses : stades II et III
-
- CLASSIFICATION DES TG** : Stade I (T1-T4) : atteinte limitée au testicule sans atteinte des ganglions rétropéritonéaux
- Stade II : atteinte des ganglions rétropéritonéaux
 - A- ganglions de moins de 2 cm de diamètre
 - B- ganglions de 2 à 5 cm de diamètre
 - c- ganglions de de plus de 5 cm de diamètre
- Stade III : atteinte des ganglions sus-diaphragmatiques, métastases extra-ganglionnaires (poumons, foie, cerveau, os)

BILAN D'EXTENSION

Il repose sur ;

La clinique, l'échographie et l'exploration chirurgicale pour l'évaluation de l'extension locale.

- le scanner thoracique et abdomino-pelvien est systématique pour rechercher l'extension ganglionnaire (détection des adénopathies de plus de 1 cm de diamètre) et les **métastases** pulmonaires.

L'échographie abdominale pour les métastases hépatique en cas de doute sur le scanner.

-Le dosage pré opératoire des **marqueurs sérique (HCG, LDH FP)**accompagne systématiquement le bilan d'extension.

. Un scanner cérébral sera demandé uniquement en cas de signes cliniques neurologiques.

. L'extension ganglionnaire concerne avant tout les chaînes lombo-aortiques sont les premiers relais atteints. A gauche, il s'agit de la chaîne latéro-aortique, en particulier les relais sous-veineux rénal gauche. A droite, il s'agit, des ganglions inter-aorticocaves, mais des envahissements pré- ou latéro-caves sont possibles. Des anastomoses lymphatiques droit-gauche sont possibles et l'ensemble des ganglions lombo-aortiques peut être envahi.

- l'extension aux ganglions inguinaux est exceptionnelle et se voit en cas d'envahissement des enveloppes scrotales et /ou de chirurgie scrotale ou inguinale antérieure.

-Une extension sus-diaphragmatique (médiastin et sus-claviculaire gauche) est possible.

. Les métastases se font par ordre de fréquence vers : le poumon, le foie, le cerveau et l'os.

PRONOSTIC

Le pronostic après traitement est globalement bon. La survie globale à 5 ans des formes localisées est de 95 à 98% et de 60 à 98% pour les formes métastatiques selon la classification pronostique initiale.

1/Pour les séminomes

- . Sans extension ganglionnaire : 4% de récurrence.
 - . Avec extension ganglionnaire : 10% de récurrence
- IL n'y a pas de séminomes de mauvais pronostic.

2/Pour les tumeurs non-séminomateuses

- . En cas de surveillance simple : 5 à 20% de récurrence qui sont <rattrapée/ par la chimiothérapie. En cas de curage ganglionnaire sans chimiothérapie : 10% de récurrence ;
- . En cas de chimiothérapie : 2% de récurrence ;

VI. TRAITEMENT :

La cryoconservation du sperme sera proposée systématiquement avant les traitements complémentaires). La consultation au CECOS est **médicolégale**.

A. ORCHIDECTOMIE PAR VOIE INGUINALE AVEC LIGATURE PREMIERE DU CORDON

* il est utile de faire un prélèvement de sang veineux du cordon pour doser **l'alpha-FP** car, si l'histologie de la tumeur se révèle être un **séminome**, la présence d'un taux élevé **d'alpha-FP** doit faire recouper la pièce d'exérèse pour rechercher un contingent de carcinome embryonnaire associé passé inaperçu.

* la mise ne place d'une prothèse testiculaire à visée esthétique peut être proposée.

B. TRAITEMENTS COMPLEMENTAIRES :

. **Chimiothérapie, radiothérapie** et **curage ganglionnaire** lombo-aortique sont proposés en fonction de l'extension ganglionnaire et du type histologique de la tumeur.

. Tous les cancers du testicule sont **chimiosensible** (cisplatine) et les **séminomes** sont en plus **radio-sensibles**.

1/ en cas de séminome (TGS)

.tous stades tumoraux (T1 à T4) sans extension ganglionnaire (stade I), trois possibilités sont envisageables : surveillance, **radiothérapie** adjuvante de 25 Gy lombo-aortique +/- iliaque homolatérale ou **chimiothérapie** adjuvante par un cycle de carboplatine AUC7 .

Tous stades tumoraux avec une extension ganglionnaire de moins de 5 cm (N1 –N2) : radiothérapie de 30 Gy lombo-aortique +iliaques homolatérales. Une **chimiothérapie** par 3 cycles de BEP (Bléomycine-Etoposide-cisplatine) peut se discuter à la place de la radiothérapie pour les adénopathies supérieure à 3 cm,

tous stades tumoraux (T1 à T4) avec une extension ganglionnaire importante (N3) et/ou des métastases viscérales : **chimiothérapie** de 3 cycles de BEP ou 4 cycles d'EP (etoposide-cisplatine).

En fonction de la réponse : **surveillance** si rémission complète, **chirurgie d'exérèse des masses résiduelles** sup à 3 cm si réponse partielle (sauf masses résiduelles inf à 3 cm hypermétaboliques en TEP qu'il convient de réséquer).

Effacité du traitement :

. Si les marqueurs sont élevés avant le traitement, ils doivent chuter après un traitement efficace dans un délai en rapport avec leur demi-vie.

. Un taux élevé persistant signifie toujours la présence de tumeur résiduelle, mais un taux normal n'élimine pas une métastase ou une rechute.

2/ Rechute :

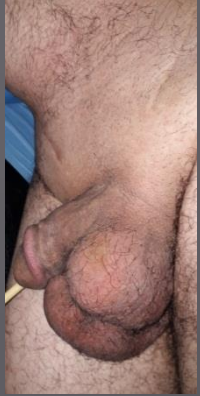
. La majorité des récurrences (80 à 90%) survenant dans les 2 ans après **orchidectomie**, des contrôles répétés seront effectués avec :

- Examen clinique (testicule controlatéral, aires ganglionnaires, masse abdominale, recherche de douleurs osseuses => radio scintigraphie si présentes
- dosage des marqueurs.
- scanners thoraco-abdominaux.

. En cas de reprise évolutive, une **chimiothérapie** de « rattrapage » est proposée.

. **un cancer du testicule** expose à un risque de cancer controlatéral .celui-ci peut être apprécié par une **biopsie du testicule** sain à la recherche d'un **carcinome in situ**, mais, dans tous les cas, le patient doit apprendre **l'autopalpation** du testicule pour permettre un diagnostic précoce.

Cas Clinique



- ▣ Patient de 36 ans
- ▣ ATCD crypto bilatérale opérée à l'enfance
- ▣ Consulte pour des cn gauche
- ▣ Examen clinique : testicule gauche augmenté dur pierreux suspect
- ▣ Écho : urétéro-HDN gauche
- ▣ Uroscanner : processus du tiers moyen de l'uretère gauche suspect de TVES,
- ▣ Bilan d'extension négatif
- ▣ Marqueurs négatifs
- ▣ Décision NUT+orchidectomie gauche : **19/01/2020**

CAS CLINIQUE

**CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE
EL AMEL**

IRM Scanner du corps entier Panoramique dentaire
Radiographie conventionnelle Mammographique
Echographie DMD

Nom : OUARACH	Prénom : NABIL	Age : 35 Ans
Médecin Logant : DR RENIAZIL		Date de l'examen : 2020-01-03
Signes Cliniques : URÉTÈRE HYDRONÉPHROSE GALO-E		

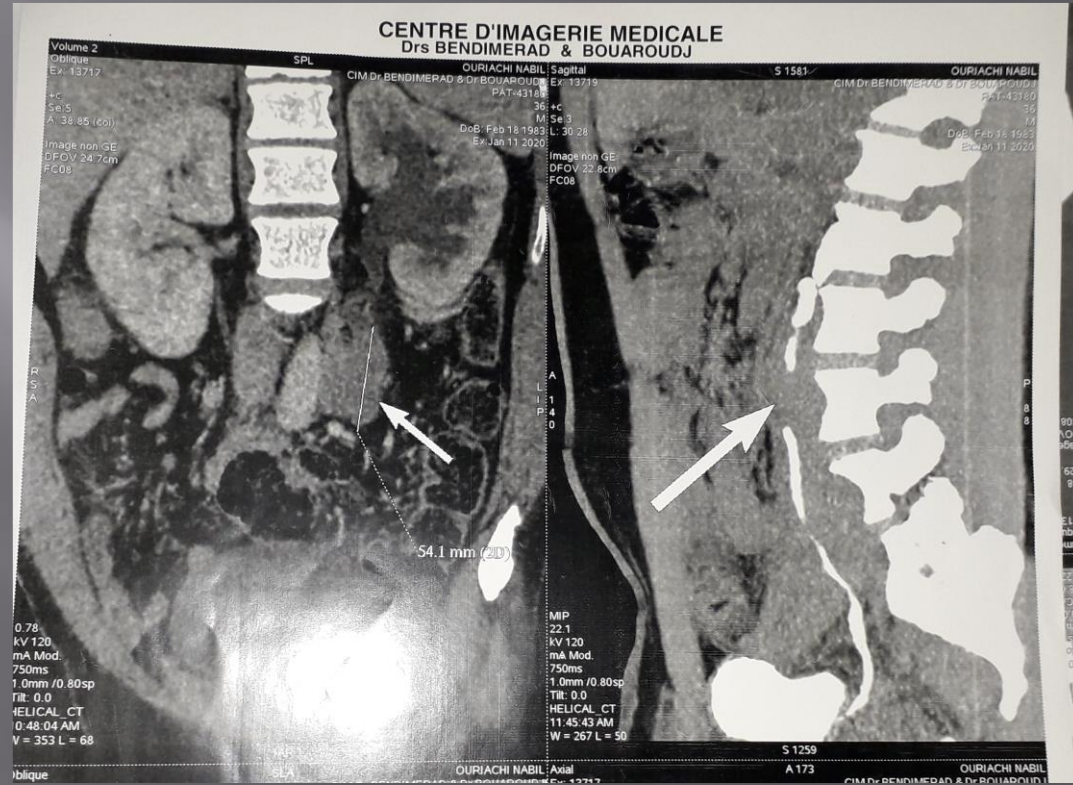
URO - SCANNER:

TECHNIQUE :
Coupes TDM axiales en mode hélicoïdale, de 1.5 mm d'épaisseur, explorant l'étage abdominal, orientés par un scanogramme de fœce, avec reformatage coronal et VR, sans et avec injection de PC aux temps sécrétoire et excrétoire.

RÉSULTATS:

- Les deux reins sont en place, de taille normale, à contours réguliers.
- Absence de calcification au niveau des reins ou sur le trajet des voies urinaires.
- Aux temps sécrétoire retard néphrographie et fonctionnel du rein gauche.
- Dilatation des cavités pyélo calicelles gauches et de l'uretère proximal avec la présence d'un processus lésionnel, tissulaire, cariéti, sténosant au 1/3 moyen de l'uretère lombaire homolatéral, mesurant 46mm de longueur et 12mm de largeur.
- Vessie en semi réplétion, sans particularité.
- Absence d'anomalies ou de lésions décollables au niveau du foie.
- Voies biliaires intra et extra hépatiques non dilatées.
- Vésicule biliaire non distendue, alithiasique.
- Pancréas et rate d'aspect normal.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Absence d'adénopathies médiastinopulmonaires et lombo-aortique.
- Pas de lésion osseuse.

CONCLUSION:
Urétéro hydronéphrose gauche et processus du 1/3 moyen de l'uretère lombaire.



TDM : tm 1/3 moyen
Uretère gche 43mm

écho scrotale :
nle+marqueurs

**CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE
EL AMEL**

IRM Scanner du corps entier Panoramique dentaire
Radiographie conventionnelle Mammographie
Échographie DNO

Nom : OUBRACHE	Prénoms : NABIL	Âge : 37 ans
Médecin prescriteur : DR. SAÏD / CHUT	Date de l'examen : 2020-02-05	
Signes cliniques : RECHERCHE DE LOCALISATIONS SECONDAIRES		

SCANNER THORACO - ABDOMINO - PELVIEN :

TECHNIQUE :
Coupes TDM axiales en mode hélicoïdale, de 1.5 mm d'épaisseur, explorant l'étage thoraco-abdomino-pelvien, orientées par un scanogramme de face, sans et avec injection de PC.

RÉSULTATS :

A l'étage thoracique :

- Micro nodule de 02,2mm du segment dorsal du LSD, pas d'autre anomalie lésionnelle solide du reste des deux poulmons.
- Pas d'adénopathies médiastinales ou de masse hilare.
- Absence d'épanchement au niveau des cavités pleurales.

A l'étage abdomino pelvien :

- Masse tissulaire ovaire mesurant: 30,6mm de largeur, 24mm de diamètre antéro-postérieur et 52mm de hauteur, rehaussé après injection de PDC, siègeant au niveau de la chaîne ganglionnaire lombo aortique, bien accolée avec l'aorte et le psoas lombaire, accompagnant quelques ganglions satellites et une adénopathie de 13,5mm.
- D'autres ganglions inter aortico-caves moins de 05,5mm de diamètre.
- Remaniement rétro-aortique sans reliquat ou de signe d'évolutivité de la loge de néphrectomie gauche.
- Épaississement pariétal circumférentiel inflammatoire du colon descendant et du sigmoïde.
- Plusieurs ganglions en bi-inguinal ne dépassant pas les 09mm.
- Absence d'anomalies ou de lésions décelables au niveau du foie.
- Voles biliaires intra et extra hépatiques non dilatées.
- Tronc porte de calibre normal, perméable.
- Vésicule biliaire d'aspect TDM normal.
- Pancréas et rate d'aspect normal.
- Rein droit de taille normale, à contours réguliers, sans dilatation des cavités excrétrices, et sans image lithiasique.
- Surrénales sans anomalie.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Vessie semi pleine, homogène et régulière.
- Graisse rétro vésicales et pré rectale normales.

N°24, Bd Pasteur, TLEMCCEN
Tel : 043.41.54.46 - 0770.127.922 / Fax : 043.41.54.47

**CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE
EL AMEL**

IRM Scanner du corps entier Panoramique dentaire
Radiographie conventionnelle Mammographie
Échographie DNO

Nom : OUBRACHE	Prénoms : NABIL	Âge : 37 ans
Médecin prescriteur : DR. SAÏD	Date de l'examen : 2020-02-05	
Signes cliniques :		

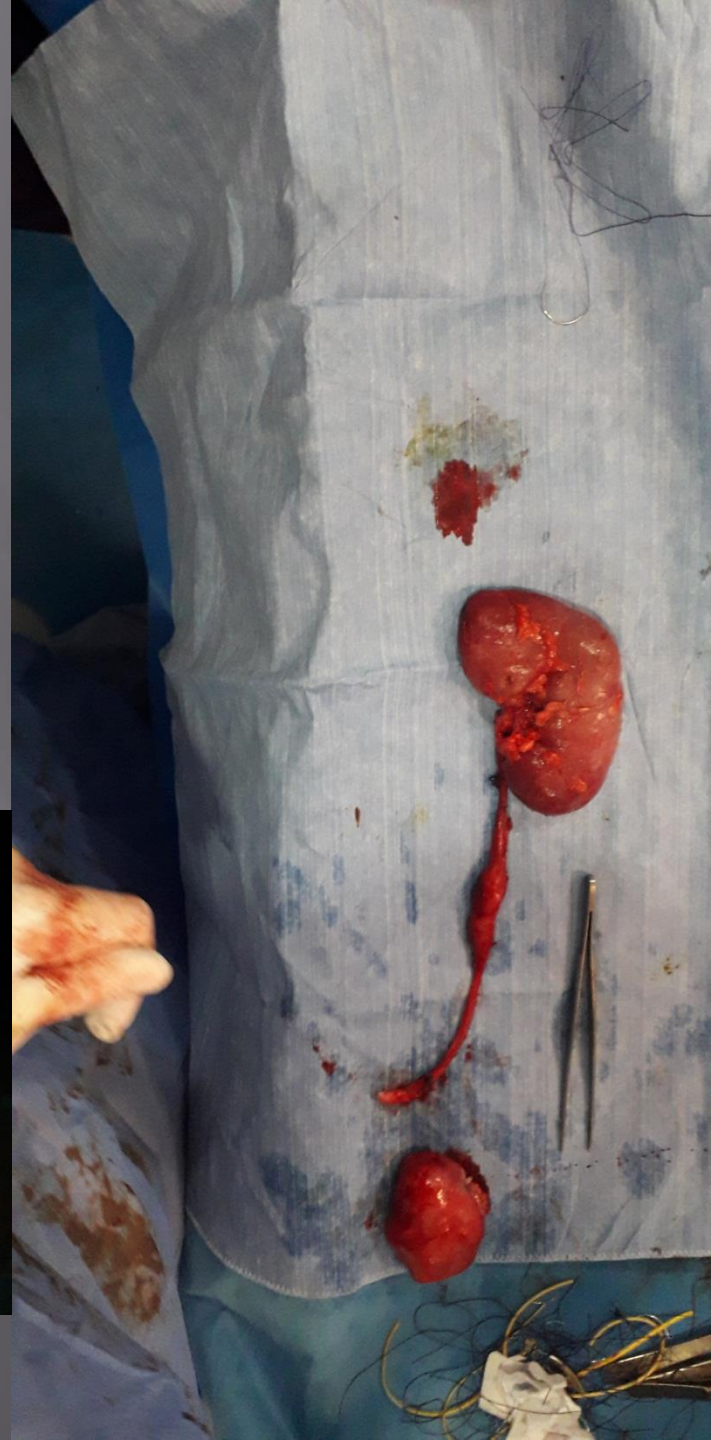
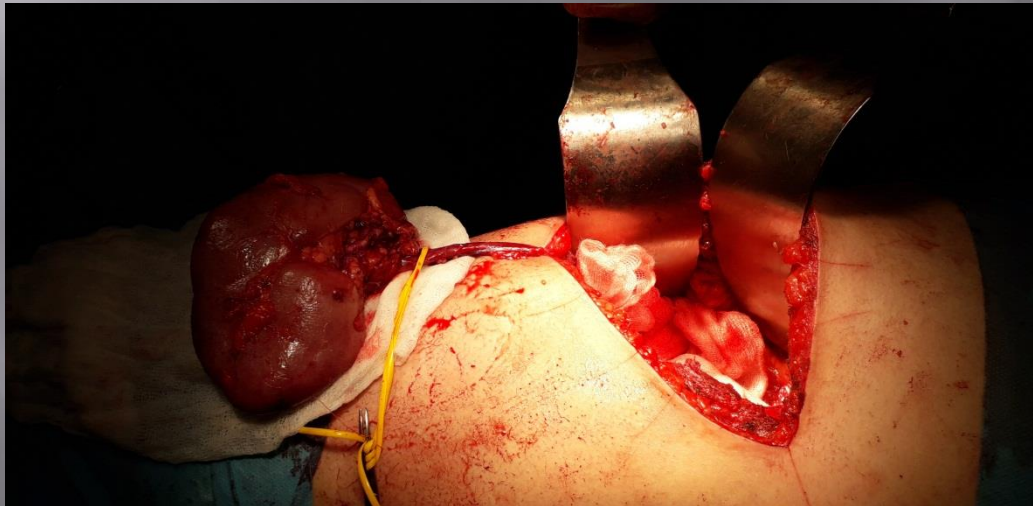
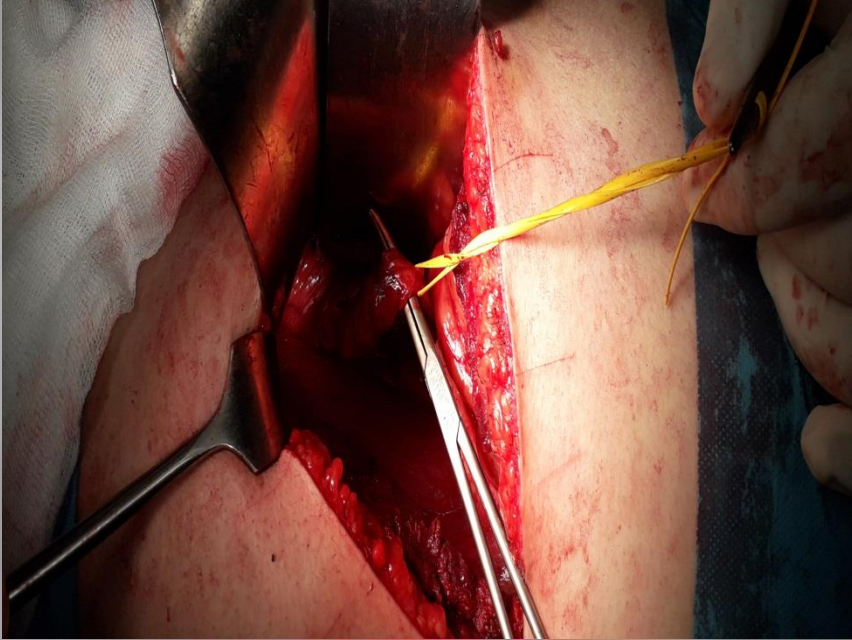
ÉCHOGRAPHIE INGUINO TESTICULAIRE :

Examen réalisé en temps réel avec une sonde 7,5 M4C :

- Testicule droit de taille normale, homogène et à contours réguliers.
- Orchiectomie gauche.
- Epididyme droit d'aspect normal.
- Absence d'épanchement de la sacroté.
- Mesuration : Testicule droit = 55/35mm.
- L'exploration superficielle inguinale bilatérale objective 4 adénopathies d'allure inflammatoire, droit 2 à droite de 20mm, 15mm et 2 à gauche de 23 et 25mm.

CONCLUSION :
Adénopathies inguinale bilatérales, d'allure inflammatoire.

N°24, Bd Pasteur, TLEMCCEN
Tel : 043.41.54.46 - 0770.127.922 / Fax : 043.41.54.47



▣ Anapath :

Tm séminomateuse envahissant la vaginale de 08cm
+épididyme +localisation métastatique urétérale et
ganglionnaire

IHC : *marquage PLAP positif uretère, testicule et
adp

*marquage négatif : cytokératine,CD30,CD117

T2N3M0 : stade IIb

▣ Traitement adjuvant: rcp : chimiothérapie
adjuvante : bep : 06 cures

ANAPATH

Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques
Docteur O. RELARBI
Pathologiste

Numéro : H251A20

TI FMCEN , LE 02 / 02 / 2020

Identification

Nom : Ouracni

Prénom : Nabi

Age : 37 ans

Prescripteur : Dr Taieb Bendin

Renseignements : tumeur du tiers moyen de l'urètre gauche , du testicule gauche et adénopathie péri urétrale gauche

Nature du prélèvement : orchidectomie gauche , Prostatectomie avec urérectomie gauche et adénopathie péri urétrale gauche

Compte-rendu

Observation

Prise de reproduction dans parties antérieures à l'urètre siège au niveau de la région médiane. Il en résultent deux la coupe de section montre une lésion anovale perivésicale de 5 cm dans sa plus grande axe réalisant un aspect en nid de paille, entourant une lésion nodulaire ovoïde, de 2 cm avec forme et de couleur écarlate.

- Pièce d'orchidectomie : surface externe lisse ; présentant à sa coupe de section une lésion tumorale de 60x40 mm, molle , de 0,5 cm dans son plus grand axe , d'aspect blanchâtre nodulésité à sa surface et sauts, elle a une texture granuleuse, un aspect hémorragique infiltrant, la vésicule.
- Malgré l'adénopathie péri urétrale . Deux petites prostates vasculaires (en coupe et totalité).

L'examen anatomopathologique des prélèvements effectués subjective

1- Un parenchyme testiculaire épicardique infiltré par une prolifération néoplasique maligne , de nature germinale, contenant des éléments cellulaires, dispersés en plaques, en cordons, d'aspect uniforme, à aspect vésiculaires, sans réaction à son contact épicardique, non non des images de maturation, balayant dans un système vasculaire, avec des éléments cellulaires dispersés sur sa face grêle, montrant une population lymphocytaire, nature de nature arrondies ; en périphérie au sein des structures vasculaires siège d'embolus néoplasiques. Cette prolifération est très discrètement la vésicule, l'épithélium, le rate sont.

Les prélèvements effectués au niveau des limites d'excision et, orchidectomie, sont saines.

2- La prostatectomie, orchidectomie et un tiers siège d'une prolifération néoplasique maligne, de nature germinale, de type "nid de paille" ou "nid de paille" au niveau de la lésion.

3- Deux prostates de type "nid de paille" au niveau de la lésion, de nature germinale.

CD117 : marqueur modéré de la population tumorale, testiculaire, urétrale et ganglionnaire.

PLAP : marqueur modéré de la population tumorale, testiculaire, urétrale et ganglionnaire.

Cyokeratine : absence de marquage de la population tumorale, testiculaire.

CD40 : absence de marquage de la population tumorale, testiculaire.

Dr O. RELARBI
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
03, Esplanade Nédjma, Algérie
Tél : 021 41 63 41 63

03, Esplanade Nédjma, Algérie - Tél: 021 41 63 41 63 - Email: drrelarbi@univ-alger1.dz

Surveillance : PET Scan 12 MOIS

- absence de foyer hyper métabolique faisant suspecter une méta

Le 12 août 2020
Nom, prénoms : OULIACHI NAHIL
Date de naissance : 18/02/1963
Provenance : TLEMCEM
ID : HIM20191444

HCM
HÔPITAL
de la Méditerranée

PET/CT AU FDG
Laboratoire de Médecine Nucléaire - Hôpital de la Méditerranée - 30000 Alger - Algérie

INDICATION:
Néphrectomie bilatérale gauche et hémicléfale en janvier 2010, en prévision de l'étude anatomopathologique et assise sur la faveur d'un semi-nome pur infiltrant l'uretère, associé à C2 adénopathies péri-urétérales ("ZIN3M0").
Adaptation par la suite de chimiothérapie.
Une TDM TAP de contrôle post-thérapeutique a objectivé une adénopathie ombilicale de 30/22mm avec des marqueurs tumoraux normaux.

PROTOCOLE:

- Injection intraveineuse d'une activité de 253.83 MBq de 18F-FDG, après période de jeûne et de mise au repos.
- Glycémie : 1.05 g/l (règle: 0.8-1.8)
- Artériel : O2 système Discovey Q3 Aug 25mm 25 silico
- Réhydratation adéquate de tous les sites (DAP 1.125 ml/kg)
- Mesure quantitative de radionucléides par les UVistar (dosage) - 300keV/cm
- Examen réalisé avec injection de PCDI.

RÉSULTATS:

A l'étage encéphalo-cervical:

- Absence de foyer hypermétabolique suspect au niveau du parenchyme cérébral. A confirmer à l'imagerie cédée (IRM) (irrités de localité au vu de la fixation physiologique du cortex cérébral au FDG).
- Absence de foyer hypermétabolique au niveau des voies méningées supérieures.
- Absence de foyer hypermétabolique au niveau des aires ganglionnaires cervicales.

A l'étage thoracique:

- Absence de lésions hypermétaboliques pleuro-parenchymateuses suspectes.
- Absence d'adénopathies hypermétaboliques médiastino-hilaires, axillaires ou périolales suspectes.

A l'étage abdomino-pelvien:

- Ce qui a vraisemblablement été interprété lors de la dernière TDM comme une adénopathie correspond à un épaississement non hypermétabolique du pilier du diaphragme droit, non péjoratif (variante anatomique).
- Status post opératoire de néphrectomie gauche.
- Status post opératoire d'orchidectomie gauche sans foyer hypermétabolique suspect en regard susceptible de faire évoquer l'existence d'une récidive tumorale locale.
- Fixation physiologique du testicule droit restant, sans valeur péjorative.
- Absence de foyers hypermétaboliques suspects au niveau hépatique, splénique, pancréatique, gastrique ou colique ou sur-méridiens.
- Absence d'adénopathies hypermétaboliques suspectes sous-diaphragmatiques.

Cadre osseux:

- Absence d'hypermétabolisme suspect sur l'ensemble du squelette exploré.

CONCLUSION:

- Ce qui a vraisemblablement été interprété lors de la dernière TDM comme une adénopathie correspond à un épaississement non hypermétabolique du pilier du diaphragme droit, non péjoratif.
- Absence d'adénopathie suspecte mise en évidence au niveau abdomino-pelvien.
- Absence de foyer hypermétabolique suspect sur le reste du volume exploré susceptible de faire évoquer l'existence d'une localisation métastatique à distance, notamment au niveau pulmonaire pleuro-parenchymateux, ganglionnaire médiastinal, hépatique ou osseux.

* Pour toutes informations complémentaires veuillez nous contacter à l'adresse e-mail suivante: pet@hopital-hcm.dz

UN AN APRES

TDM TAP

- ADP lombo aortique 12mm

Centre de Radiologie et d'Imagerie Médicale
FL AMEI
*IRM 1.5T - Scanner Multicoups - Radiographie numérique - Echographie -
Mammographie - Pédiatrie - Dentaire*

NOM : OURIACHI
PRENUM : NABIL
Age : 38 ANS
Médecin Traitant : Dr

Le 09/05/2024

Signe clinique : Néphrectomie gauche.

SCANNER THORACO - ABDOMINO - PELVIEN :

TECHNIQUE :
Coupes TDM axiales en mode hélicoidale, de 1.5 mm d'épaisseur, explorant l'étage thoraco-abdomino-pelvien, orientés par un scanogramme de face, sans et avec injection de PC.

RÉSULTATS :
A l'étage thoracique:
- Absence de lésion parenchymateuse pulmonaire de type nodulaire ou infiltrative.
- Pas d'adénopathies médiastinales ou de masse hilare.
- Absence d'épanchement au niveau des cavités pleurales.

A l'étage abdomino pelvien:
- Loge de néphrectomie gauche comblée par les structures digestives.
- Absence de masse ou de collection au la loge opératoire.
- Absence d'anomalies ou de lésions décolabes au niveau du foie.
- Voies biliaires intra et extra hépatiques non dilatées.
- Tronc puré de calibre normal, perméable.
- Vésicule biliaire d'aspect TDM normal.
- Pancréas et rate d'aspect normal.
- Rein droit de taille normale, à contours réguliers, sans dilatation des cavités excrétrices, et sans image lithiasique.
- Pas d'épaississement pariétal digestif.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Absence d'adénopathies coelo-mésentériques.
- Adénopathie lombo aortique de 12mm.
- Absence d'anomalies pelviennes.
- Vessie moyène et régulière.
- Graisse rétro-vésicales et pré-rectales normales.
- Absence d'adénopathies pelviennes.
- Pas de lésion lytique ou condensante.

Medisys - Imagerie Médicale - Algérie - Tél: 079 12 70 22 - 079 41 54 98

AVRIL 2023: 03 ans après

- ▣ ADP Lombo-aortiques de 40mm

CURAGE LOMBO-AORTIQUE 40MOIS

- ▣ **23-05-2023** : 03 ans après
- ▣ Xyphopubienne
- ▣ Un gg de 45mm
- ▣ Un de 10mm
- ▣ Anapath : 15 gg prélevés :
14 sains et un seul
seminome gg

مؤسسة مستشفى خاصة الطاق و
"TAFRAOUA"
Service de Cardiologie et
Service Cardio Vasculaire

Nom et prénom : O. Z. EL NABLI
Date de naissance : 10 ans
Date d'intervention : 23/05/2023
Diagnostic : curage ganglionnaire Inter aorto cave
ATCD : néphrectomie eu rein gauche en 2020
Procédure : curage ganglionnaire
Opérateur : M. BOUAYED
Voie d'abord : laparotomie médiane xyphopubienne

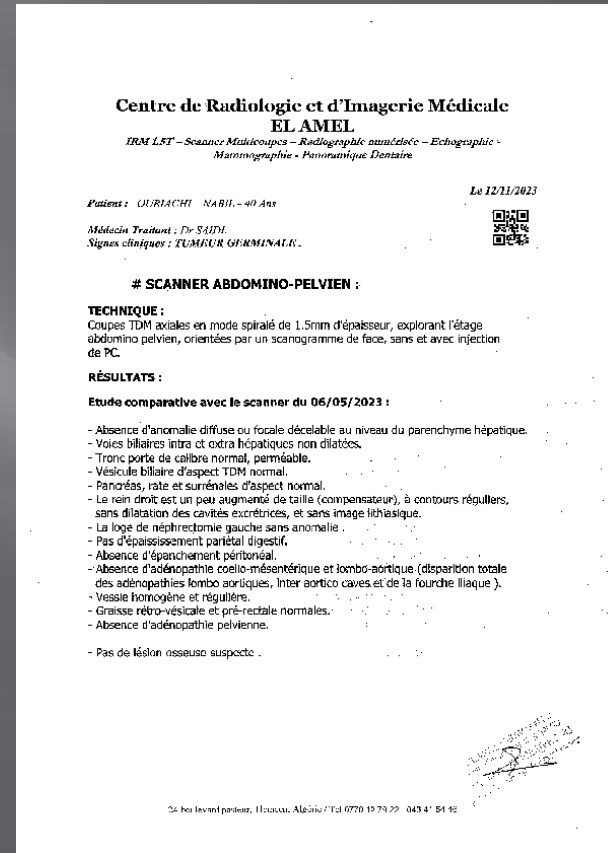
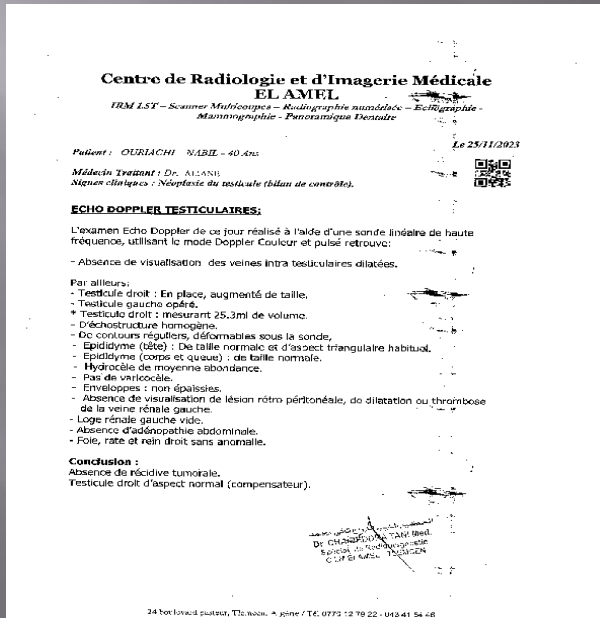
PROTOCOLE OPERATOIRE

- Anesthésie dorsale, sous anesthésie générale.
- Anesthésie en élévation en place des crans opéatoires
- Laparotomie médiane xyphopubienne
- Exploration de la cavité abdominale est sans anomalies
- Ouverture du retro péritoine
- L'exploration retrouve deux ganglions un de 45 mm de diamètre le deuxième de 20 mm de diamètre en inter aorto cave sous rétro, jusqu'à l'artère mésentérique inférieure
- Dissection de tout le matériel avec résécteur après ligature
- Vérification de l'hémostasie
- Fermeture de la laparotomie élève par plan. Sur Radon en s'protege
- Pansement.
- Place adressée pour études anatomie et histologie
- Remarque : patient présentant un ganglion dans la fosse lombaire gauche (siège de la néphrectomie) ne pouvant être réséqué par laparotomie médiane et nécessitant une cure chirurgicale par laparotomie dans un deuxième temps opératoire après stanne.

NOVEMBRE 2023

TDM TAP

- Bonne évolution
- Absence d'ADP
- Écho scrotale normale



TDM +FACTEURS FEV 2024

□ NORMAUX

Centre de Radiologie et d'Imagerie Médicale EL AMEJ.

IRM 1.5T - Scanner Multiphasés - Radiographie nuariée - Echographie -
Mammographie - Patrocinique Dentale

Patient : OURACHI Nabil - 49 Ans

Le 12/02/2024

Médecin Traitant : Dr SAÏD

Signes cliniques : TUMEUR GERMINALE.



SCANNER ABDOMINO-PELVIER :

TECHNIQUE :

Coupes TDM axiales en mode spirale de 1.5mm d'épaisseur, explorant l'étage abdomino pelvien, orientées par un scariogramme de face, sans et avec injection de PC.

RÉSULTATS :

- Absence d'anomalie diffuse ou focale décelable au niveau du parenchyme hépatique.
- Voies biliaires intra et extra hépatiques non dilatées.
- Tronc porte de calibre normal, perméable.
- Vésicule biliaire d'aspect TDM normal.
- Pancréas, taille et surrénales d'aspect normal.
- Le rein droit urique peu augmenté de taille (compensateur), à contours réguliers, sans dilatation des cavités excrétrices, et sans image lithiasique.
- Pas d'épaississement pariétal digestif.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Absence d'adénopathie coelio-mésentérique et lombosacrée.
- Vessie homogène et régulière.
- Graisse rétro-vésicale et pro-rectale normales.
- Absence d'adénopathie pelvienne.

Pas de lésion suspecte.

CONCLUSION :

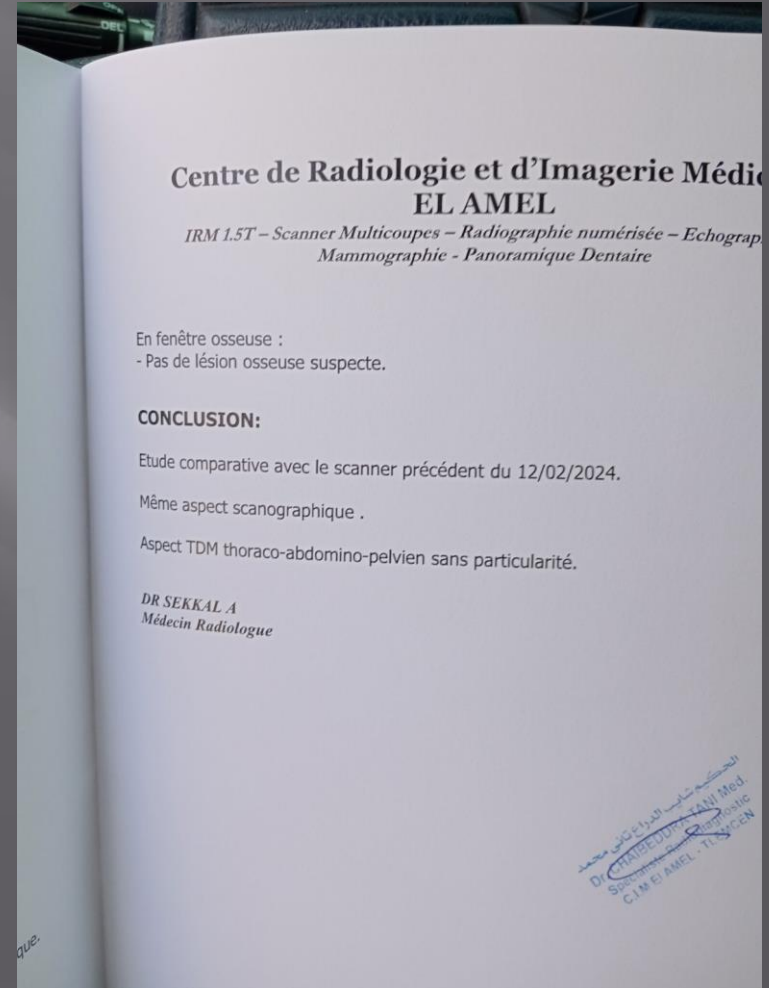
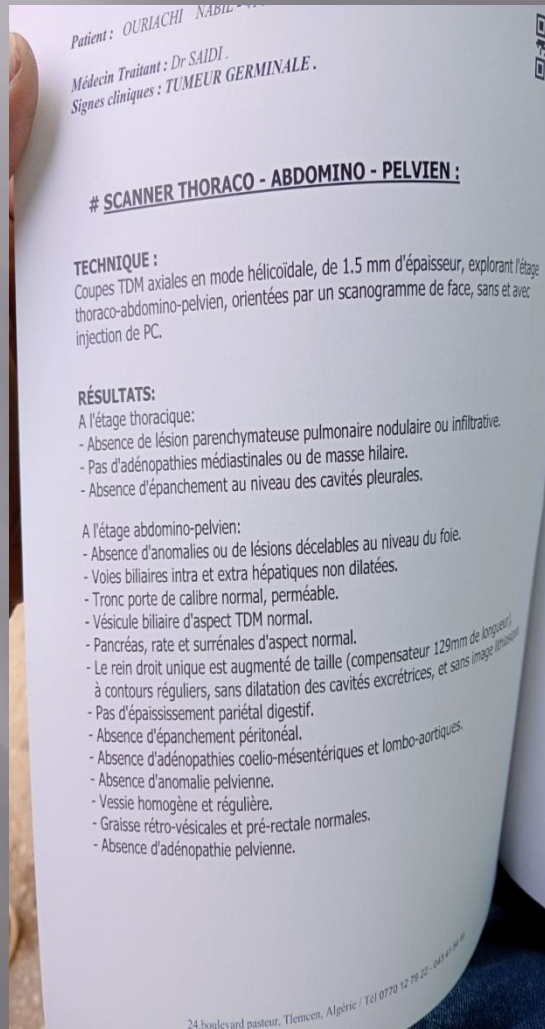
Aspect TDM abdomino pelvien sans particularité.

Aspect identique au scanner du 12/12/2023.

DR SEKKA A
Médecin Radiologue

12/02/2024

MAI 2024 RAS





270524036

Date de prélèvement 27/05/2024 09:50
Demandé par Dr.



270524036

Nom : OURIACHI
Prénom : NABIL
Age : 40 an(s)

27/05/2024

BIOCHIMIE

Test	Résultats	Valeurs de Référence	Antériorités
LDH (Lactico deshydrogenase)	262 UI/L	200 - 450	08/07/2023 209

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Dr MESLI L. S. MANSOURAH
 Médecin Spécialiste
 Laboratoire d'Analyses Médicales
 Dr. MESLI L. S. MANSOURAH
 Médecin Spécialiste
 Laboratoire d'Analyses Médicales
 Résidence CHAHMI Makhoukh, Mansourah - Tiemcen - Tél : 07 95 93 94 56 / 05 60 23 11 75

Date de prélèvement 27/05/2024 09:50
Demandé par Dr.

Test

Alpha Foetoprotéine (AFP)
 Vidas BIOMERIEUX

Beta HCG
 Technique immunoenzymatique-détection fluorimétrique
 MiniVidas Biomerieux

- Femmes cycliques : <5 mIU/ml
- Femmes Postménopausées : <10 mIU/ml
- Femmes Enceintes :
 - 4 à 5 semaines : 1500 - 23000
 - 5 à 6 semaines : 3400 - 135300
 - 6 à 7 semaines : 10500 - 161000
 - 7 à 8 semaines : 18000 - 209000
 - 8 à 9 semaines : 37500 - 216000
 - 9 à 10 semaines : 42800 - 216000
 - 10 à 11 semaines : 33700 - 218700
 - 11 à 12 semaines : 21800 - 193200
 - 12 à 13 semaines : 20500 - 169100
 - 13 à 14 semaines : 15400 - 190000
 - 2ème Trimestre : 2800 - 178100
 - 3ème Trimestre : 2800 - 144400
- Hommes : <3 mIU/ml

Residence CHAHMI Makhoukh, Mansourah - Tiemcen - Tél : 07 95 93 94 56 / 05 60 23 11 75

Laboratoire d'Analyses Médicales
 Dr. MESLI L. S. MANSOURAH
 Médecin Spécialiste
 Laboratoire d'Analyses Médicales
 Résidence CHAHMI Makhoukh, Mansourah - Tiemcen - Tél : 07 95 93 94 56 / 05 60 23 11 75

Residence CHAHMI Makhoukh, Mansourah - Tiemcen - Tél : 07 95 93 94 56 / 05 60 23 11 75

1 / 2

DISCUSSION

▣ Tm résiduelles post-chimio :

*7% cancer actif



*11-38% tm seminomateuses

*40% fibrose

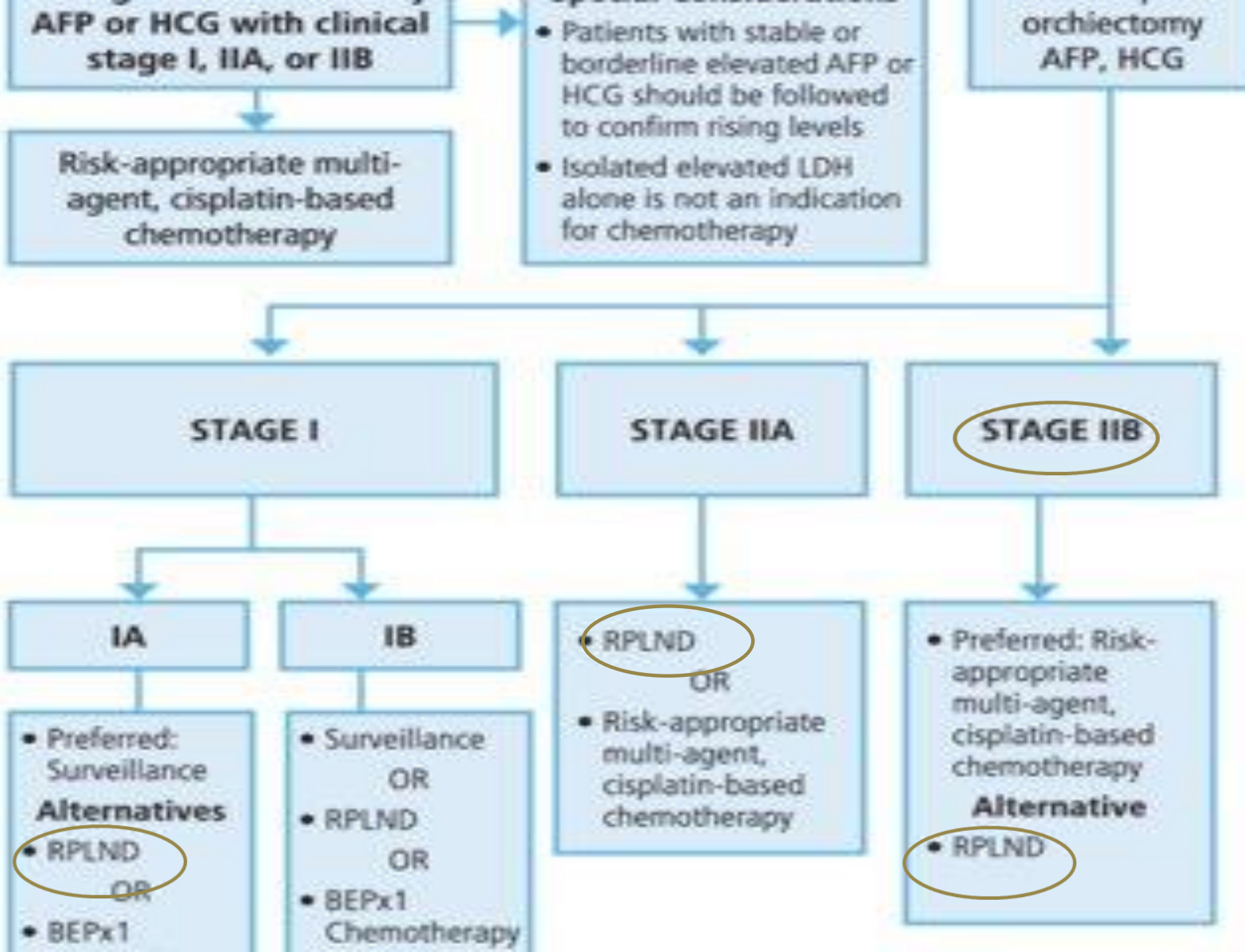
*30%: tératome

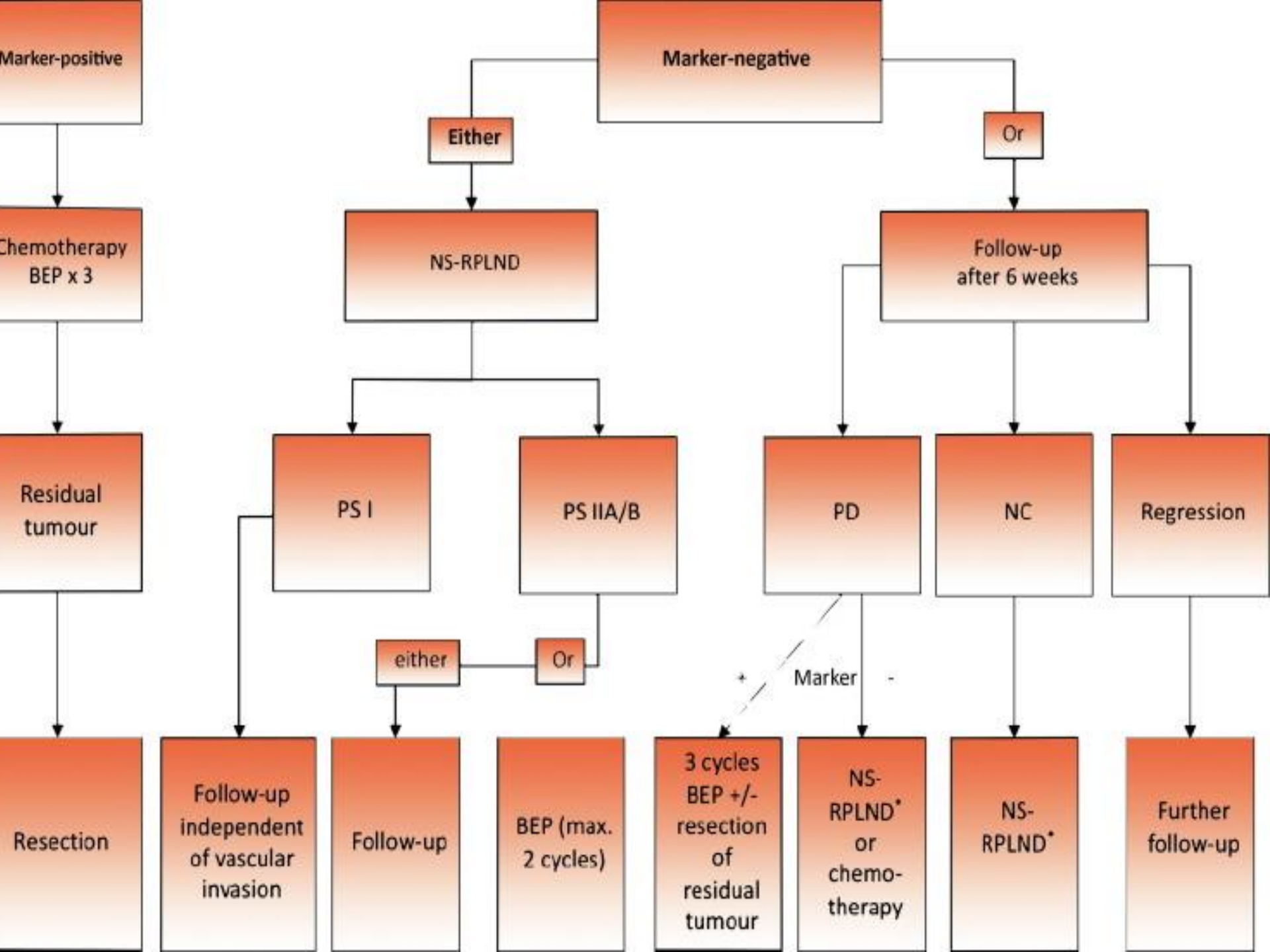
Review – Testis Cancer

European Association of Urology Guidelines on Testicular Cancer: 2023 Update

Anna Patrikidou^a, Walter Cazzaniga^b, Daniel Berney^c,
Joost Boormans^d, Isabel de Angst^d, Domenico Di Nardo^e,
Christian Fankhauser^f, Stefanie Fischer^g, Carmen Gravina^h,
Hendrik Gremmels^e, Axel Heidenreichⁱ, Florian Janisch^j,
Ricardo Leão^k, Nicola Nicolai^l, Christoph Oing^m,
Jan Oldenburgⁿ, Robert Shepherd^d, Torgrim Tandstad^o,
David Nicol^{b p}  

Tests	Recommendations	Strength rating
Serum tumour markers	- Alpha-fetoprotein - human chorionic gonadotrophin (hCG) - Lactate dehydrogenase	Strong
Abdominopelvic computed tomography (CT)	All patients	Strong
Chest CT	All patients	Strong
Testis ultrasound (bilateral)	All patients	Strong
Bone scan or magnetic resonance imaging (MRI) columna	In case of symptoms	Strong
Brain scan (CT/MRI)	In case of symptoms and patients with metastatic disease with multiple lung metastases and/ or high beta-hCG values.	Strong
Further investigations		
Fertility investigations: • total testosterone • luteinising hormone • follicle-stimulating hormone • semen analysis		Weak
Discuss sperm banking with all men prior to starting treatment for testicular cancer.		Strong





DISEASE MANAGEMENT

EAU Guidelines on Testicular Cancer Disease Management

Cis-platin based chemotherapy, to which testicular cancer (TC) is exquisitely sensitive, in combination with surgery and in highly selected cases, radiotherapy, has resulted in the high cure rates seen with this disease. Careful staging at diagnosis, adequate early treatment based on a multidisciplinary approach, rigorous follow-up and adequate initiation of salvage therapies are critical to successful outcomes.

Stage I germ cell tumours:

GERM CELL NEOPLASIA "IN SITU": If the contralateral testis is normal, management options include orchidectomy or close observation, as the five-year risk of developing TC is 50%. In a patient with a solitary testis, local radiotherapy (18-20 Gy in fractions of 2 Gy) should be considered.

SEMINOMA GERM CELL TUMOUR CLINICAL STAGE I:

Approximately 15% patients have subclinical metastatic disease, usually in the retroperitoneum, and will relapse after orchidectomy alone. Adjuvant treatment decisions should be based on thorough discussions with the patient, incorporating potential advantages and disadvantages, as well as individual patient circumstances.

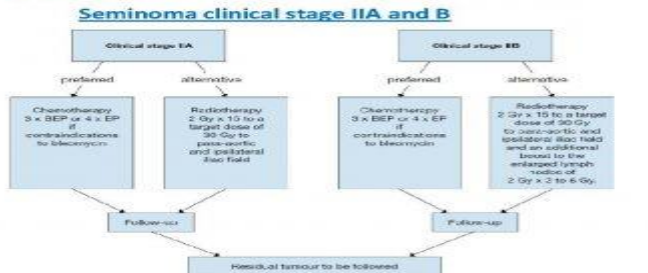
NON-SEMINOMATOUS GERM CELL TUMOURS CLINICAL STAGE I:

Management options comprise surveillance, adjuvant chemotherapy or retroperitoneal lymph node dissection. Overall, approximately 70% are cured with orchidectomy alone. In those with the high-risk feature lymphovascular invasion (LVI), relapse occurs in 50% vs 15% in those without LVI.

Metastatic germ cell tumours:

The first-line treatment of metastatic GCTs depends on:

- The histology of the primary tumour
- Prognostic groups
- Serum tumour marker decline during the first cycle of chemotherapy in poor-prognosis patients.



* When enlarged retroperitoneal lymph nodes are < 2 cm and with normal markers, treatment should not be initiated unless metastatic disease is unequivocal based on biopsy, increasing total tumour marker, or subsequent marker rise. BEP = cisplatin, etoposide, bleomycin; EP = etoposide, cisplatin.

Metastatic disease (stage II C and III)

In cases of life-threatening disseminated disease, chemotherapy should commence immediately, particularly when the clinical picture supports TC. Orchidectomy can be delayed until clinical stabilisation occurs or subsequently be performed in combination with resection of residual lesions.

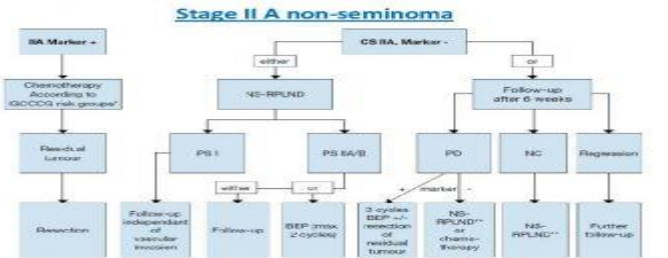
Cisplatin, etoposide, bleomycin (BEP) regimen (interval 21 days)

Drug	Dosage	Duration of cycles
Cisplatin	20 mg/m ²	Days 1-5
Etoposide	100 mg/m ²	Days 1-5
Bleomycin	30 mg	Days 1, 8, 15

Recommendations	Strength rating
Balance the individual patient's potential benefits and risks of thrombocytopenia during first-line chemotherapy in men with macrocytic germ cell tumours.	Weak
Avoid use of central venous-access devices during first-line chemotherapy whenever possible.	Weak

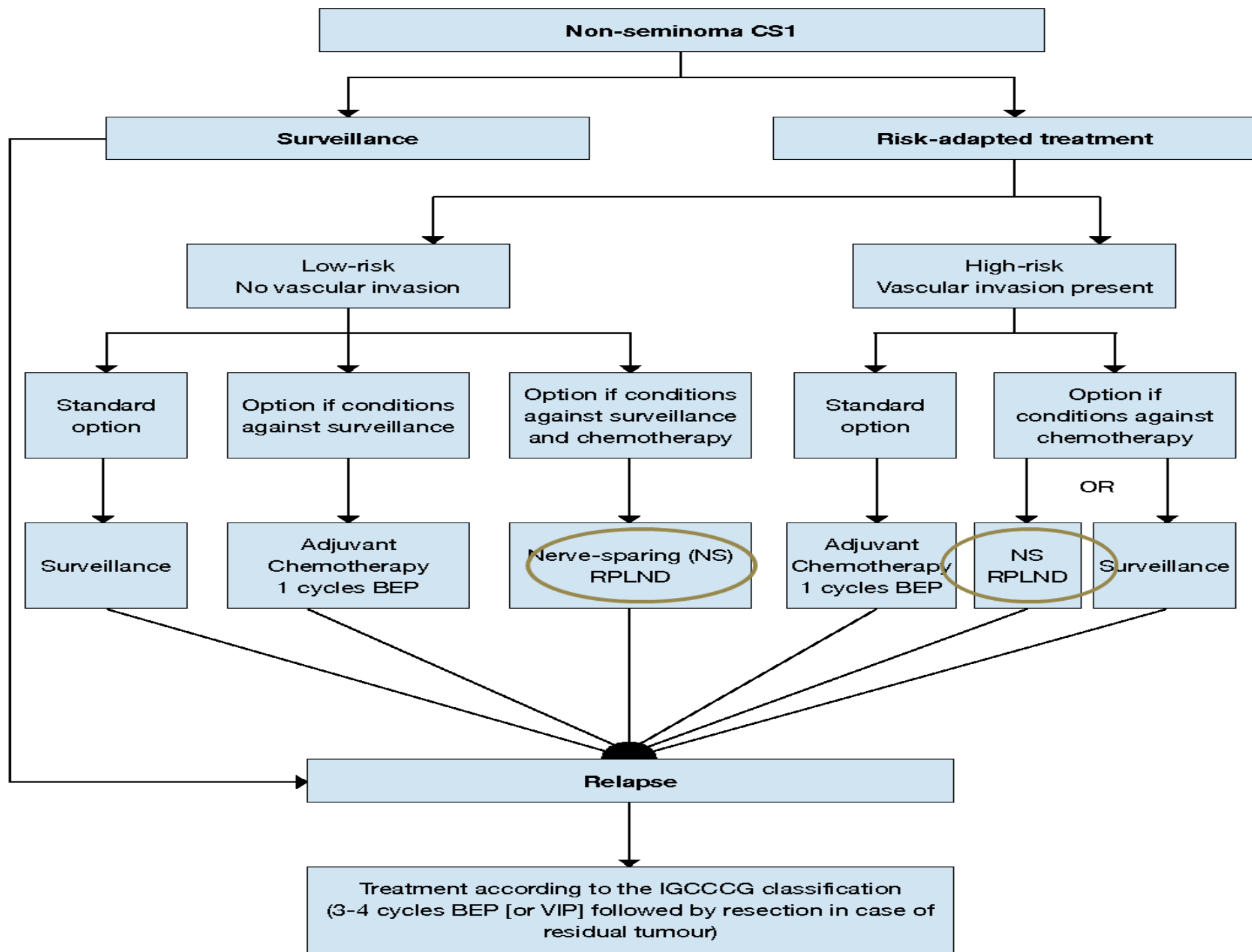
Recommendations	Strength rating
Fully inform the patient about all available management options, including surveillance or adjuvant therapy after orchidectomy, as well as treatment-specific recurrence rates and acute and long-term side effects.	Strong
Offer surveillance as the preferred management option if resources are available and the patient is compliant.	Strong
Offer one dose of carboplatin at area under curve (AUC) 7 if adjuvant chemotherapy is considered.	Strong
Do not perform adjuvant treatment in patients at very low-risk of recurrence (no risk factors).	Strong
Do not routinely perform node used lymphadenectomy.	Strong
Adjuvant radiotherapy should be reserved only for highly selected patients not suitable for surveillance and with contraindication for chemotherapy.	Strong

Recommendations	Strength rating
Stage IA (0-7% no vascular invasion): low-risk	
Offer surveillance if the patient is willing and able to comply.	Strong
Offer adjuvant chemotherapy with one course of cisplatin, etoposide, bleomycin (BEP) in low-risk patients not willing for surveillance to undergo surveillance.	Strong
Stage IB (0-7-7-7% high-risk)	
Offer adjuvant chemotherapy with one course of BEP, or surveillance and discuss the advantages and disadvantages.	Strong
Offer surveillance to patients not willing to undergo adjuvant chemotherapy.	Strong
Offer nerve-sparing retroperitoneal lymph node dissection to highly selected patients only; those with contraindication to adjuvant chemotherapy and unwilling to accept surveillance.	Strong
Primary retroperitoneal lymph node dissection should be advised in men with post-pubertal testona with serotpic malignant components.	Weak

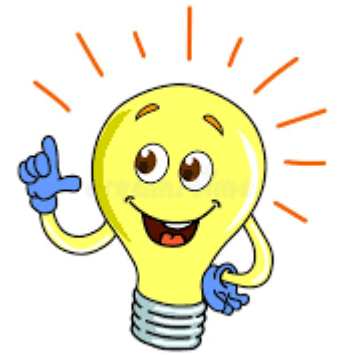


* Most of the patients will be good-prognosis group (BEP x3 or PE x3). ** In case of PS I A/B patient can be followed-up or receive adjuvant chemotherapy (maximum of 2 cycles). BEP = cisplatin, etoposide, bleomycin; NS = nerve-sparing; RPLND = retroperitoneal lymph node dissection; PS = pathological stage; PD = progressive disease; NC = no change.

Recommendations	Strength rating
Treat low-volume non-seminomatous germ cell tumour (NSGCT) stage IIA/B with elevated markers like metastatic good- or intermediate-prognosis risk group IGCCCG with three or four cycles of cisplatin, etoposide, bleomycin (BEP).	Strong
Nerve-sparing retroperitoneal lymph node dissection when performed by an experienced surgeon in a specialised centre is the recommended initial treatment in clinical stage ICS) IA NSGCT cases without elevated tumour markers.	Weak
Rigorous staging after six weeks before making a final decision on further management should be considered in patients with small volume (CS IA, < 2 cm) marker-negative NSGCT.	Weak
Treat metastatic NSGCT stage II (IC) with an intermediate prognosis with four cycles of standard BEP.	Strong
In metastatic NSGCT with a poor-prognosis, treat with one cycle of BEP (or cisplatin, etoposide and fosfamide [PE]), in cases with pulmonary dysfunction, followed by tumour marker assessment after three weeks. Continue the same schedule up to a total of four cycles with favourable marker decline. With unfavourable decline, initiate chemotherapy intensification.	Weak
Perform surgical resection of visible (> 1 cm) residual masses after chemotherapy for NSGCT when serum levels of tumour markers are normal or normalising.	Strong
Initially offer cisplatin-based chemotherapy according to IGCCCG prognosis groups, or alternatively radiotherapy to seminoma patients with stage II A/B and inform the patient of potential long-term side effects of both treatment options.	Weak
Treat seminoma stage IC and higher, with primary chemotherapy according to IGCCCG classification (BEP x 3 in good-prognosis and BEP x 4 in intermediate prognosis).	Strong



CONCLUSION



- ▣ Kc du Testicule : rare
- ▣ Facteurs de risques
- ▣ Autopalpation+écho scrotale
- ▣ IRM ,Pet
- ▣ Marqueurs ,nvx mARNs
- ▣ Orchidectomie+marqueurs+bilan d'extension
- ▣ Anapath : TGS et TGNS
- ▣ Procréation et éjaculation
- ▣ Stade I II III
- ▣ Surveillance
- ▣ Chimiothérapie
- ▣ Masses résiduelles ?
- ▣ Pet scan fdg
- ▣ Présent et avenir : RPLND laparo ou robot-assistée

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Diagnostic Value of the Texture Analysis Parameters of Retroperitoneal Residual Masses on Computed Tomographic Scan after Chemotherapy in Non-Seminomatous Germ Cell Tumors 2023, Cancers
- 2-LAPTM5 Plays a Key Role in the Diagnosis and Prognosis of Testicular Germ Cell Tumors 2021, International Journal of Genomics.
- 3- A. Heidenreich et al.
Postchemotherapy retroperitoneal lymph node dissection in advanced testicular cancer: radical or modified template resection Eur Urol (2009)
- 4- J.A. Pettus et al.
Preservation of ejaculation in patients undergoing nerve-sparing postchemotherapy retroperitoneal lymph node dissection for metastatic testicular cancer Urology(2009)
- 5-A.J. Stephenson et al.
Adjunctive nephrectomy at post-chemotherapy retroperitoneal lymph node dissection for nonseminomatous germ cell testicular cancer .J Urol (2006)

MERCI AUX ORGANISATEURS