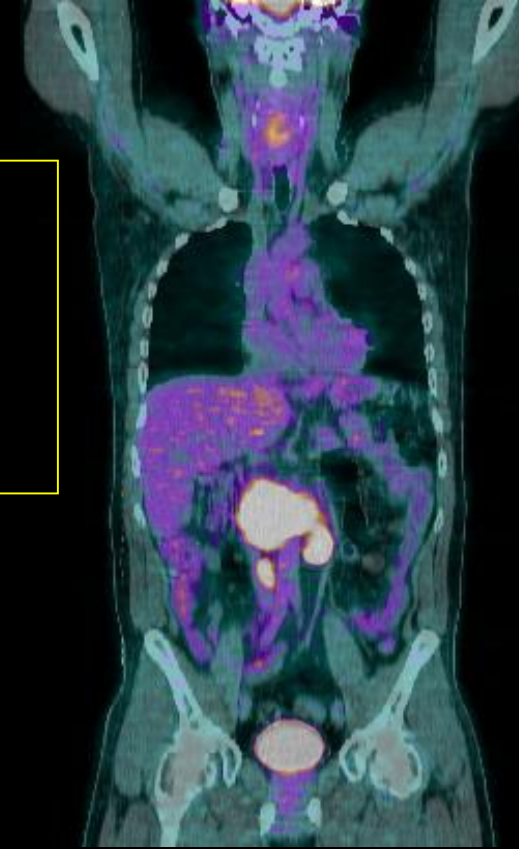


Patient de 50 ans. Syndrome inflammatoire clinico-biologique.

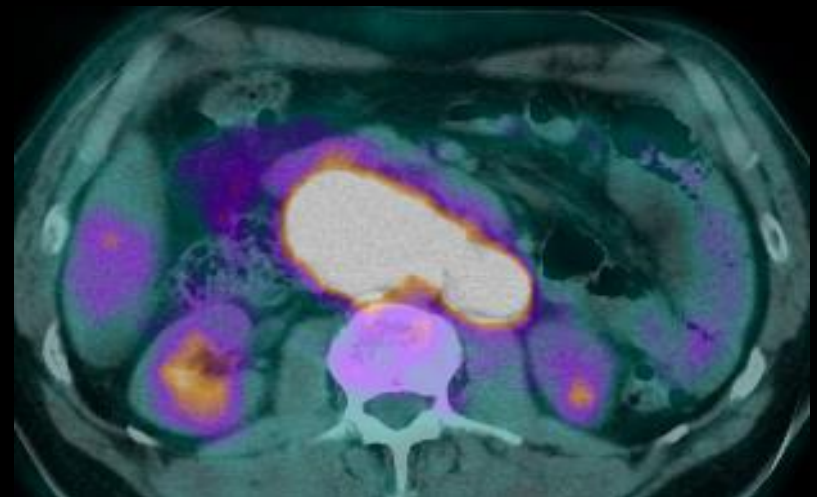


ADP lombo-aortiques
.hautes
.hypermétaboliques
.isolées (pas d'adénopathies
thoraciques ni
iliaques)



dès ce moment , votre diagnostic,
anatomo-pathologique complet est ,bien
sûr, déjà fait

pourquoi (sur quels arguments)



Anne Chanson IHN

ADP lombo-aortiques hypermétaboliques isolées chez un homme de 50 ans

Hypothèses diagnostiques?

-les métastases ganglionnaires sont bien entendu la seule hypothèse réaliste :

-l'origine testiculaire est la seule à évoquer

.non seulement parce que c'est un homme (mais c'est quand même un argument fort...)

.mais parce que la topographie des adénopathies est caractéristique (atteinte élective des adénopathies du premier relai des pédicules spermatiques)

Bien sûr des pathologies infectieuses / inflammatoires peuvent être envisagées

mais aussi des tumeurs conjonctives primitives du rétropéritoine : léiomyosarcome, sarcome indifférencié pléiomorphe (ex histiocytome fibreux malin°, liposarcome peu différencié :: voire des choses plus rares : lymphangiectasies ganglionnaires de la lymphangioléiomyomatose, névrome plexiforme ou tumeur nerveuse de la neurofibromatose de type I

les hémopathies malignes sont éliminées sur la topographie des adénopathies

Hodgkin LMNH

le ganglioneurome doit être discuté +++

Tératomes matures ou non

Carcinomes embryonnaires

Chorio-carcinomes

Séminomes

à cet âge, le diagnostic de très loin le plus probable est celui de

séminome

NB 20ans plus tard c'est avant tout au lymphome primitif testiculaire qu'il faudrait penser

diagnostic étiologique des adénopathies (CT)

topographie par rapport
aux vaisseaux

taille (seuils)

densité

forme



calcifications

ganglions inflammatoires
cancers mucineux
cancers ovariens
sarcomes
cancers traités
amylose +

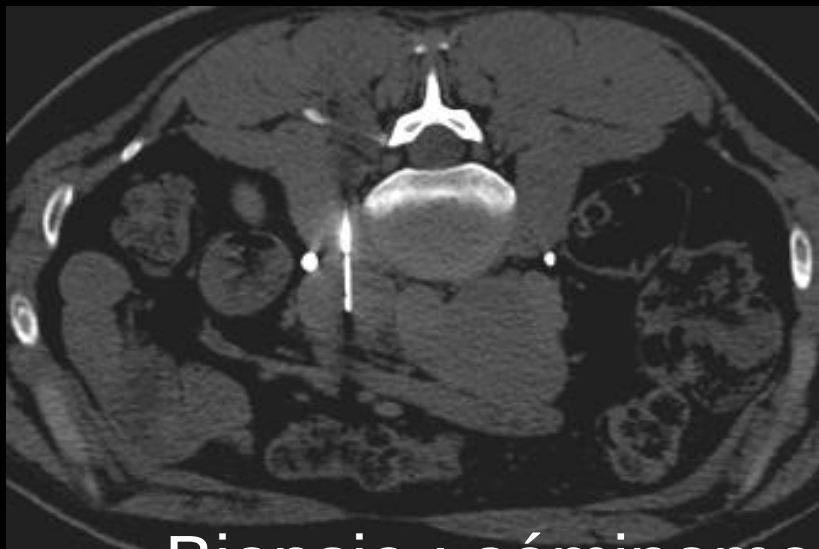
hypodensité

tuberculose (et MAC)
tumeurs non séminomateuses
carcinomes épidermoïdes et génito-
urinaires
lymphomes de haut grade
maladie de Whipple

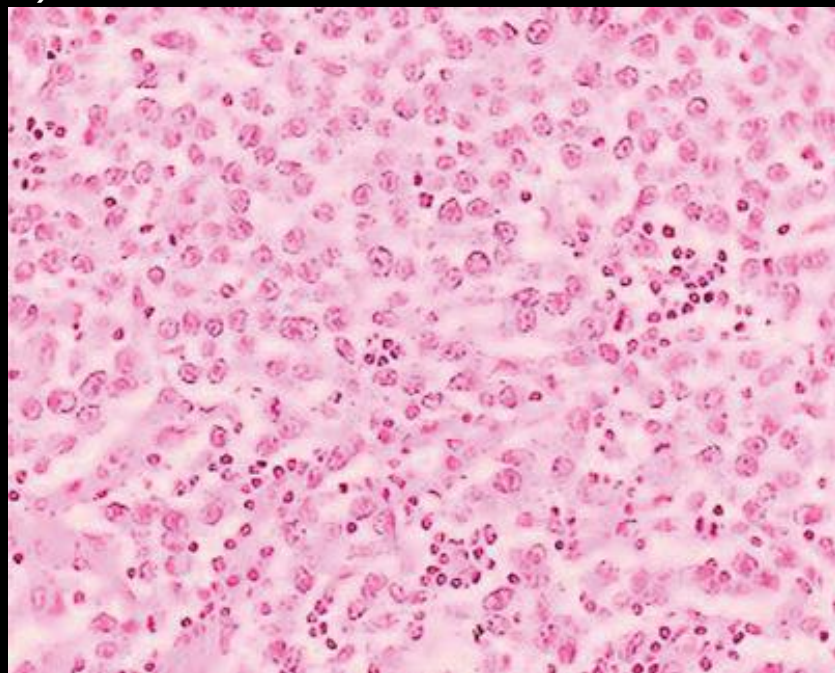
prise de contraste

maladie de Castelman
cancers du rein, de la thyroïde
mts de paragangliomes ou de phéo
lymphomes de haut grade

Le testicule droit est plus souvent atteint (ratio 5/ 4)



Biopsie : séminome



Cellules uniformes, grandes (15 à 25 μ), polyédriques, rondes avec une bordure distincte, un cytoplasme clair ou éosinophile.

Noyau assez volumineux central sphérique chromatique

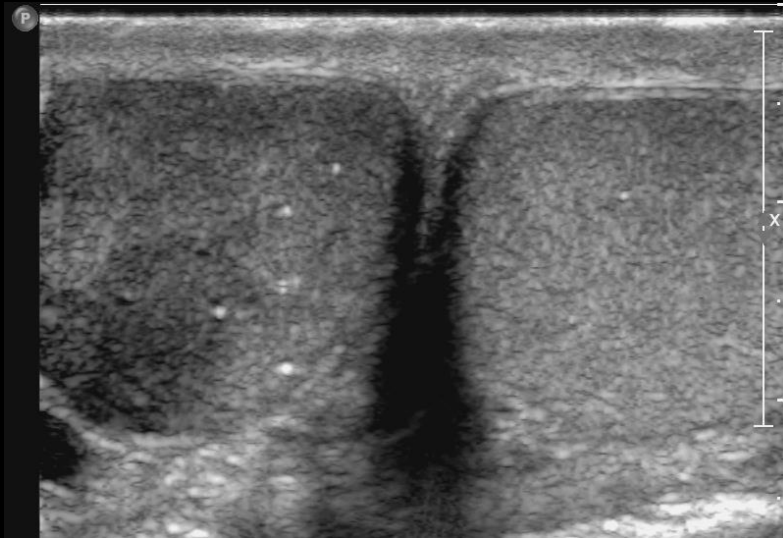
Peu de variations de forme et de taille.

Monomorphisme cellulaire et cytoplasme abondant = noyaux régulièrement espacés

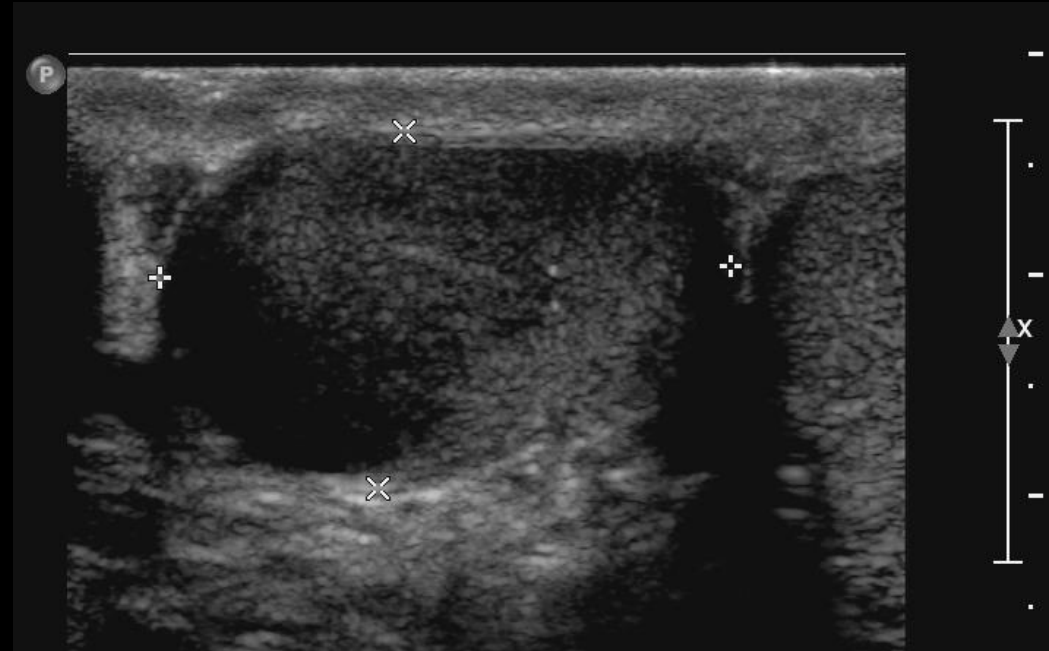
Diagnostic différentiel avec le carcinome embryonnaire (se chevauchent).

Séminome très fragile et sensible à la fixation les artefacts sont très fréquents, l'activité mitotique est le plus souvent marquée.

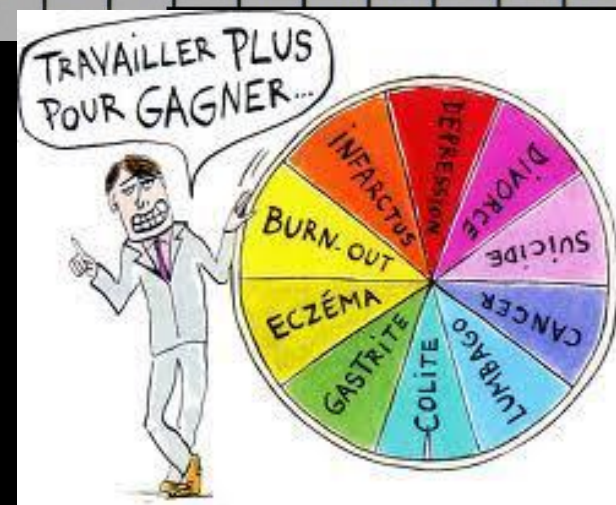
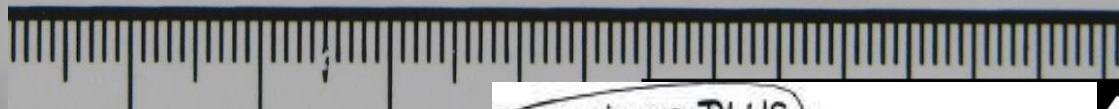
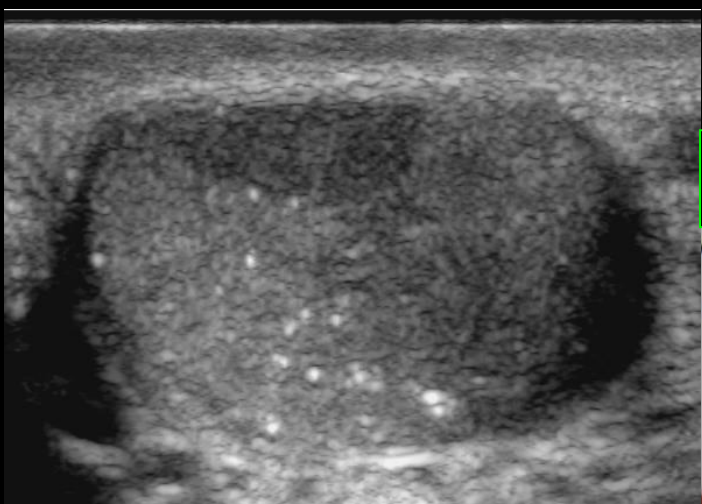
Palpation : discrète induration du pôle inférieur du testicule D, **sans masse**



Testicule **D** hétérogène, zone discrètement hypoéchogène à son pôle inférieur



Burned-out seminoma

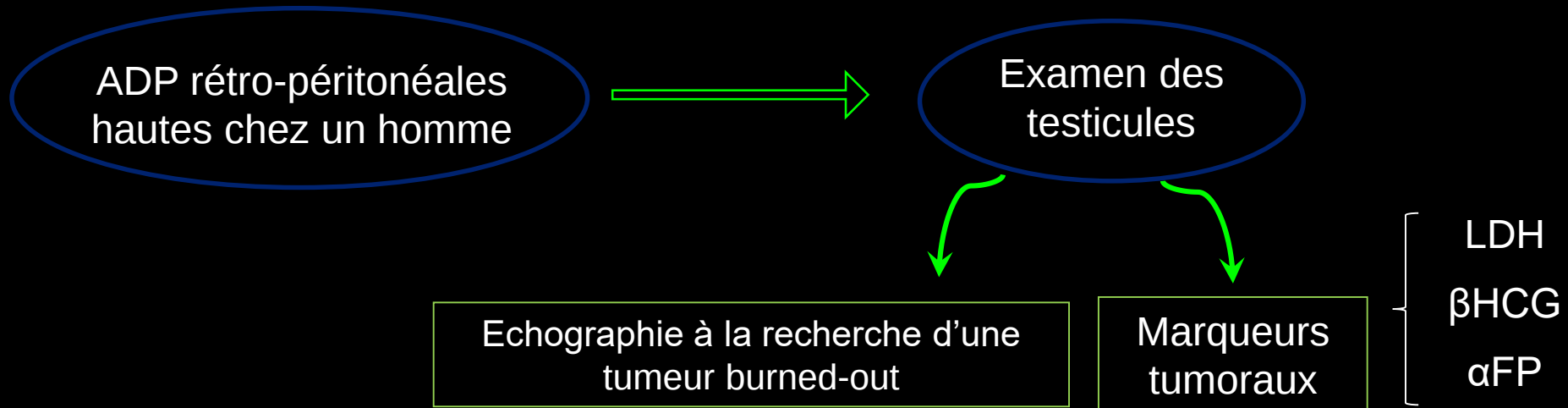


« Burned-out tumor »

- Tumeurs germinales testiculaires métastatiques avec involution complète du site primitif

Décrites en 1927 par Prym

- Séminome ou non (toute T germinale)
- Rare (< 1 % des séminomes, 2% de toutes les T)



« Burned-out »

Involution tumorale du site tumoral primitif

- Nécrose par phénomènes ischémiques de la chromatine nucléaire

Ou par **hypermétabolisme tumoral**

→ mort cellulaire

- **Phénomènes immunologiques carcino-induits** stimulant l'activité macrophagique

Involution spontanée décrite également pour les mélanomes, les tumeurs rénales, du sein, les lymphomes...



« Burned-out tumor »

Cellules germinales au sein d'ADP rétro péritonéales

- C germinales résiduelles sur le trajet de migration des structures uro-génitales ou du sac endodermique
- Transformation des C totipotentes appartenant à d'autres organes

Tératomes matures ou non
Carcinomes embryonnaires
Chorio-carcinomes
Séminomes

Recherche de site primitif

Testiculaire

Si palpation N



Echographie +++

Extra-gonadique

Région pinéale
Médiastin antérieur
Rétro-péritoine
Région pré-sacrée

« Burned-out tumor »

- Diagnostic échographique +++

Hétérogène

Plage(s) hypoéchogène(s)

Atrophie, microcalcules associés

- Diagnostic histologique

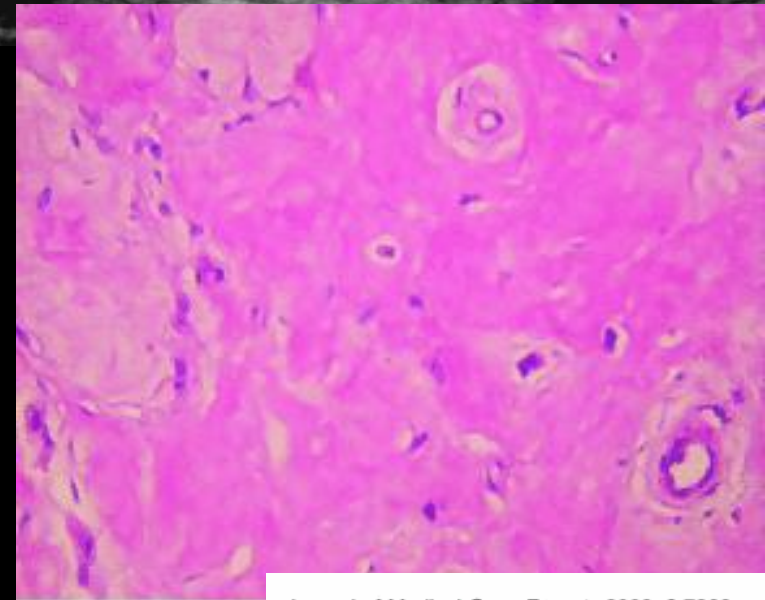
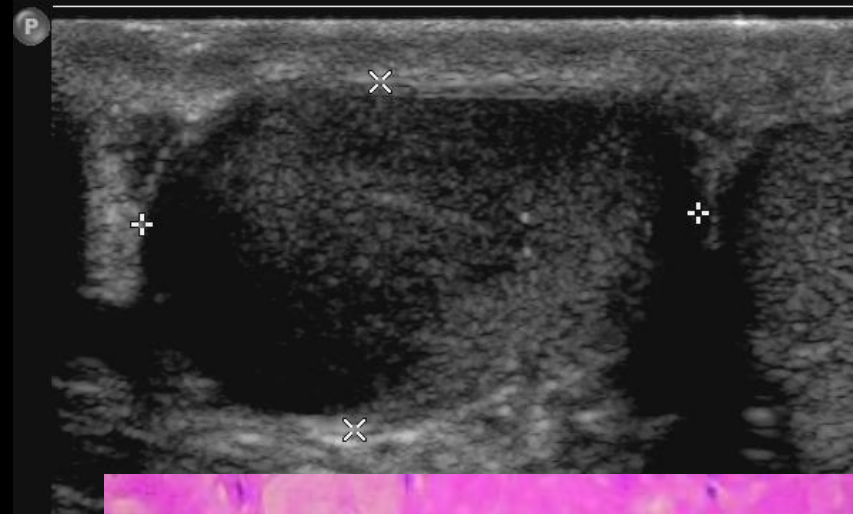
Large plaques de cicatrice fibreuse

Sans cellule tumorale

Calcifications intratubulaires

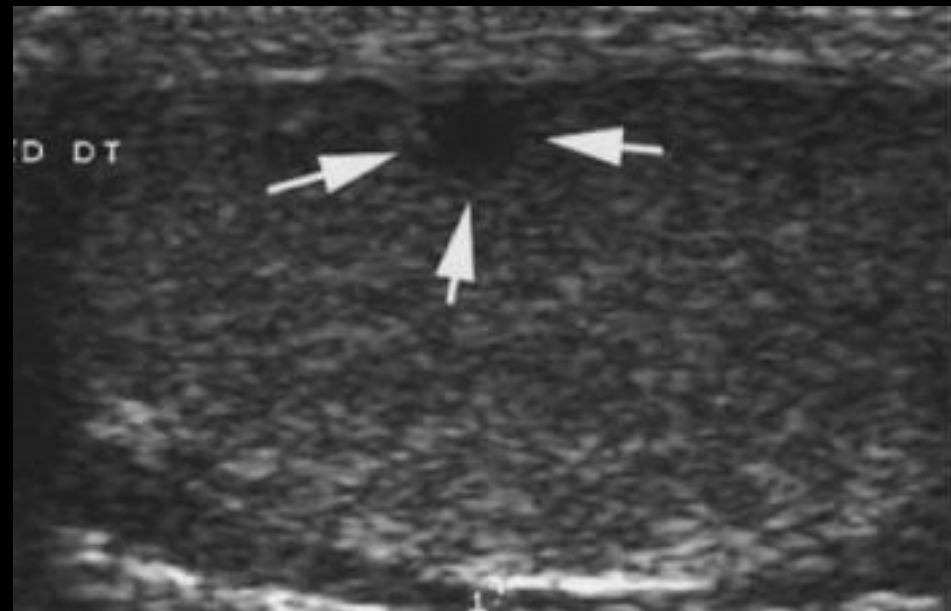
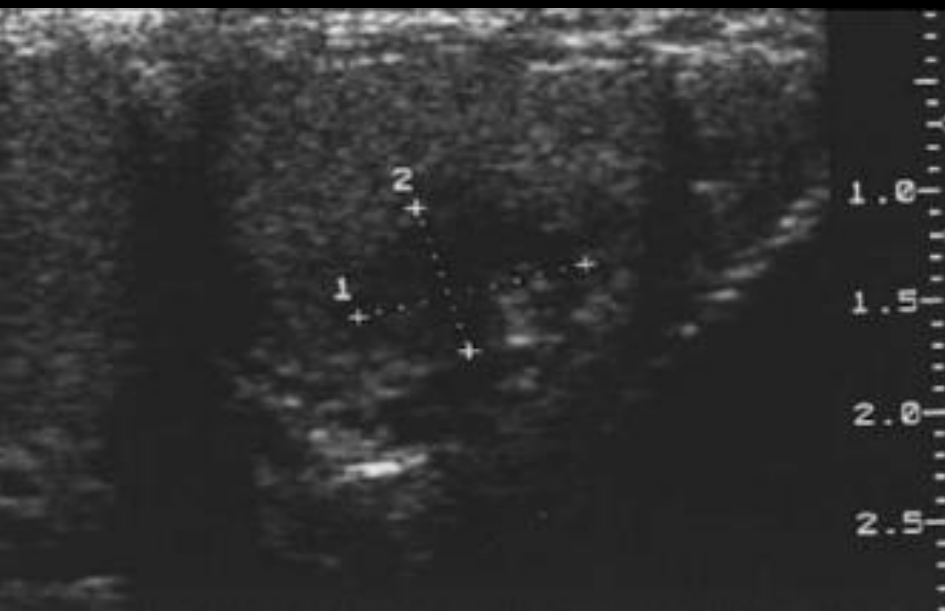
Infiltrat lympho-plasmocytaire

Macrophages contenant de l'hemosidérine



Journal of Medical Case Reports 2009, 3:7266

Figure 2. Histological specimen of the testis showing large hyalinization areas, tubular hyalinization, interstitial fibrosis and focal Leydig cell hyperplasia (burned-out germ cell tumour).



Imaging of Burned-out Testis Tumor

Five New Cases and Review of the Literature

J Ultrasound Med 22:515-521, 2003

Jean-Pierre Tasu, MD, PhD, Nathalie Faye, MD,
Pascal Eschwege, MD, PhD, Laurence Rocher, MD,
Michel Bléry, MD



Et lorsqu'il n'y a pas de point d'appel clinique testiculaire....

- Pas d'orchidectomie par défaut d'argument, notamment de côté
- En l'absence d'argument histologique en faveur de l'origine testiculaire de la tumeur, celle-ci sera classée « extra-gonadique ».



Progrès en Urologie (1996), 6, 278-281

**Séminome testiculaire métastatique spontanément involué
(«Burned-out seminoma»).**
A propos d'un cas révélé par une adénopathie sus-claviculaire.

Olivier WEBER (1), Jacques HUBERT (1), Yves GRIGNON (2), Philippe MANGIN (1)

(1) Service d'Urologie, (2) Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU de Brabois, Nancy

Orchidectomie

Voie inguinale

Ligature première du cordon

Après dosage sanguin des marqueurs tumoraux

Pas de place pour l'anapath extemporanée

30% des chirurgiens sont
en Burn OUT



Leurs slips sont surement trop
petits....



A moins qu'ils soient vraiment
trop couillus...

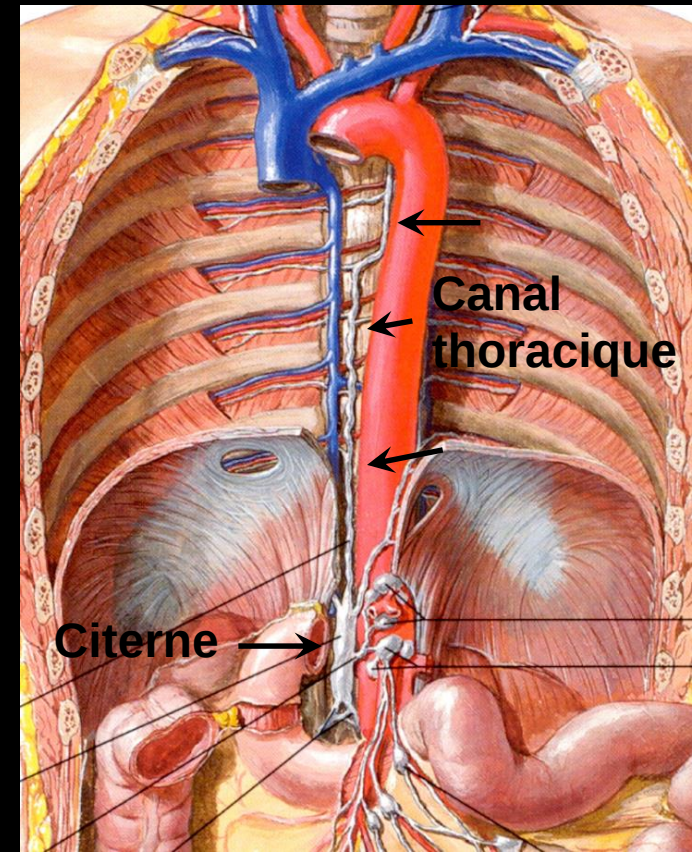


Métastases ganglionnaires des tumeurs testiculaires

- 1^{er} site métastatique (sauf choriocarcinome : hémato-gène → poumon)
- Rétropéritonéales lombo-aortiques (en chapelet, homolatérales)
 - 1^{er} relai D : chaîne **inter-aortico-cave à hauteur de L2**
 - 1^{er} relai G : para aortique G entre veine rénale G, uretère G et AMS



- Puis sus-diaphragmatiques
- Envahissement gg G d'une tumeur D possible (drainage vers le canal thoracique). Inverse rare.
- **Souvent nécrotiques**



« Burned out tumor »



- T germinale rétropéritonéale

Origine testiculaire ?

- Examen clinique et échographie testiculaire

