




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

## Récidives tardives des tumeurs germinales du testicule

Testicular germ cell tumors late relapses

X. Durand<sup>a,\*</sup>, C. Avances<sup>b</sup>, A. Flechon<sup>c</sup>, N. Mottet<sup>d</sup>,  
et le sous-comité OGE du comité de cancérologie de  
l'Association française d'urologie

<sup>a</sup> *Hôpital d'instruction des Armées du Val-de-Grâce, 74, boulevard de Port Royal, 75005 Paris, France*

<sup>b</sup> *Centre Hospitalo Universitaire, place du Pr-Debré, 30000 Nîmes, France*

<sup>c</sup> *Centre Léon-Berard, 28, rue Laennec, 69008 Lyon, France*

<sup>d</sup> *Clinique mutualiste, 3, rue le Verrier, 42100 Saint-Étienne, France*

Reçu le 30 septembre 2009 ; accepté le 9 février 2010

Disponible sur Internet le 22 avril 2010

### MOTS CLÉS

Cancer du testicule ;  
Tumeurs germinales  
non  
séminomateuses ;  
Récidives tardives ;  
Lymphadénectomies  
rétropéritonéales

**Résumé** Les récidives tardives (RT) des tumeurs germinales (TG) surviennent par définition plus de deux ans après la prise en charge initiale. Elles sont rares et de pronostic péjoratif avec une médiane de survie de 23,9 mois après chimiothérapie. Les RT surviennent en règle générale chez les patients ayant une tumeur germinale non séminomateuses (TGNS) de stade initial avancé. Le risque est majoré par la survenue d'une première rechute dans les deux premières années qui suivent le traitement initial. Le diagnostic est porté le plus souvent devant des symptômes, par tomодensitométrie ou devant une élévation des marqueurs sériques dans 40 % des cas. Les RT regroupent deux situations cliniques très différentes : les RT des TG initialement surveillées, dont le traitement repose sur les standards de traitement de première ligne d'une tumeur de stade II ; et les RT des TGNS après une première ligne de chimiothérapie dont le traitement repose principalement sur la chirurgie d'exérèse qui permet une RC durable dans plus de 50 % des cas en cas d'atteinte unifocale. Les autres situations (atteintes multifocales, masses non extirpables) relèvent de combinaisons thérapeutiques et sont de pronostic péjoratif. La connaissance de profils génétiques particuliers pourrait permettre à l'avenir d'identifier les TG à risque de RT et de proposer une surveillance adaptée.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : xavier.durand.urovdg@orange.fr (X. Durand).

**KEYWORDS**

Testicular cancer;  
Non seminomatous  
germ cell tumor;  
Late relapses;  
Retroperitoneal  
lymph node  
dissection

**Summary** The late relapses (LR) of germinal cells tumors occur by definition more than two years after a successful initial care. These rare situations have a poor prognosis with a median survival of 23.9 months after chemotherapy. The LR arise as a general rule at the patient's suffering from an advanced initial stage NSGCT. The risk is increased by the arising of a first relapse in the first two years which follow the initial treatment. The diagnosis is mostly mentioned in front of symptoms, CT scan or rising markers in 40% of the cases. The LR group includes two very different clinical situations: the LR of the initially watched GCT, treatment of which bases on the standards of first-line stage II tumor treatment; and the LR of NSGCT after a first line chemotherapy, treatment of which bases mainly on surgery which allows a long-term complete remission in more than 50%. Other situations (multifocal, non extirpable tumors) require therapeutic associations and impact the prognosis. The knowledge of particular genetic profiles could allow in the future to identify the germinal tumors at risk of RT and to propose adapted watching.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

L'introduction des sels de platine à la fin des années 1970 a transformé le pronostic des tumeurs germinales du testicule (TGT) dont le taux de survie global dépasse 90% tous stades confondus [1]. Le taux de guérison des stades métastatiques avoisine les 80% [2].

Pour autant, plus de 10% des patients sont concernés par une rechute après prise en charge thérapeutique « optimale » d'une TGT qui survient dans la grande majorité des cas dans les 24 mois suivant la rémission [3].

L'objectif de cette revue de la littérature est de faire le point sur les caractéristiques cliniques, biologiques et thérapeutiques des rares récurrences de TGT survenant au-delà de deux ans, appelées récurrences tardives (RT).

## Définition

La RT est définie, chez un patient porteur de TGT traitée, par une rechute (biologique, morphologique, histologique) survenant dans un délai supérieur à deux ans, après un traitement initial efficace.

Les récurrences de TGT qui ont déjà récidivé dans les deux premières années, qui ont ensuite été mises en rémission, puis qui présentent une seconde récurrence appartiennent à ce cadre nosologique.

Quoique faisant partie de la définition, il convient d'emblée de distinguer les RT des tumeurs germinales (TG) de stade I traitées par surveillance seule, des RT après traitement.

En cas de TGT bilatérales, la seconde tumeur en situation métastatique ne correspond pas à la définition si le patient ne présente aucun signe évolutif de sa première tumeur germinale [4].

## Incidence et délai de récurrence

La RT d'une TGT est une situation rare dont l'incidence varie entre 1 et 6%. Ces chiffres sont issus de séries hétérogènes

dont certaines n'incluent que les RT après chimiothérapie [2,5,6], d'autres que les RT de tumeur viable et non tératomateuse [2], incluant [5] ou non les secondes récurrences, voire les tumeurs extragonadiques plus enclines à la RT que les TGT [7], qui pourtant ne correspondent pas à la définition.

L'incidence moyenne cumulée est de 3,2% pour les TG non séminomateuses (TGNS) et significativement plus faible pour les tumeurs germinales séminomateuses (TGS), 1,4% [8] (Tableau 1). Le délai moyen de récurrence se situe autour de cinq ans [9–12], mais des récurrences très tardives ont été rapportées, jusqu'à 32 ans. La majorité des RT de patients traités initialement par chimiothérapie surviennent au-delà de cinq ans [2,4], en particulier celles des stades initiaux métastatiques, soulignant l'importance du suivi à long terme de ces patients. En revanche, les RT des patients initialement traités par surveillance seule surviennent plus précocement, majoritairement dans les deux ans suivant le diagnostic [2,5] (Tableau 2).

## Circonstances diagnostiques

Jusqu'à 72% des RT sont symptomatiques [2,4]. Les signes révélateurs les plus fréquents sont la douleur lombaire (40%) ou abdominale (26%), la palpation d'un ganglion sus-claviculaire gauche (10%). Une hémorragie digestive, un œdème des membres inférieurs ou une dyspnée sont observés dans 6% des cas.

Dans 28 à 40% des cas, le diagnostic de RT est évoqué sur un scanner ou un dosage des marqueurs biologiques réalisés à titre systématique. Pour George et al., seul un tiers des RT ont des marqueurs tumoraux normaux à la récurrence [4]. L'alpha foeto protéine (AFP) est élevée chez plus de la moitié des patients [13,14] tandis que l'élévation des HCG est plus rare (5 à 24%) [4,15].

Si la rechute unifocale est la règle, elle concerne plusieurs sites dans près de 33% des cas [4].

Le rétropéritoine est le site de prédilection et concerne 43 à 84% des cas [4]. L'atteinte pulmonaire représente 25% des cas, Le médiastin est concerné dans 10% à 29%, le foie

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3827032>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3827032>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)