

Extraction de sperme par biopsie testiculaire pour préservation de la fertilité en contexte néoplasique (onco-TESE) : pour qui et comment ?



L. Nison

Biopsy for testicular sperm extraction to preserve fertility in neoplastic context (onco-TESE): For whom and how?

L. Nison^a
F. Marcelli^{a,b}
J.-M. Rigot^b

^aService d'urologie, hôpital Huriez, CHRU de Lille, 1, place de Verdun, 59037 Lille, France

^bService d'andrologie, hôpital Calmette, CHRU de Lille, boulevard du Professeur-Leclercq, 59037 Lille, France

RÉSUMÉ

Objectif. – Mise au point sur la place de l'extraction chirurgicale de spermatozoïdes testiculaires (TESE) en amont de tout traitement anticancéreux potentiellement gonadotoxique (onco-TESE) dans la stratégie de préservation de la fertilité en contexte néoplasique.

Méthode. – Rappel du principe, des indications et de la technique de l'onco-TESE basé sur l'analyse de la littérature et l'expérience personnelle de l'auteur.

Résultats. – L'incidence des cancers de l'homme jeune (testicule, lymphome) est en augmentation. Les prises en charges actuelles alliant chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie permettent une amélioration des taux de survie mais peuvent induire une stérilité. L'extraction chirurgicale de sperme testiculaire en amont de tout traitement à visée oncologique (onco-TESE) est proposée en cas d'impossibilité de réalisation d'une autoconservation. Elle permet de s'affranchir de la gonadotoxicité des thérapeutiques et augmente les taux de cryoconservation chez les patients ayant une azoospermie lors de la découverte du cancer. Facilement réalisable au décours d'une chirurgie testiculaire (ou de la mise en place d'une chambre implantable), elle ne retarde pas l'initiation d'un traitement à visée oncologique.

Conclusion. – Ces éléments doivent inciter les urologues et oncologues à proposer l'onco-TESE à leurs patients en cas d'échec d'autoconservation afin de leur offrir via l'assistance médicale à la procréation les meilleures chances de paternité.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Objective. – Focus on the place of surgical testicular sperm extraction (TESE) prior to any potentially gonadotoxic cancer therapy (Onco-TESE) in the fertility preservation strategy in neoplastic context.

Method. – Reminder principle, indications and technique of onco-TESE based on the analysis of the literature and personal experience of the author.

Results. – The incidence of young men cancers (testicular, lymphoma) is growing. The current treatment combining surgery, radiotherapy or chemotherapy permits an improvement in survival rate but can induce infertility. The surgical testicular sperm extraction prior to any oncological therapy (Onco-TESE) is proposed in case of impossibility of performing a self-preservation. It eliminates the therapeutic gonadotoxicity and increases the rates of cryopreservation in patients with azoospermia when discovering cancer. Easily achievable with the waning of a testicular

MOTS CLÉS

Cancer du testicule
Onco-TESE
Oligospermie
Fertilité

KEYWORDS

Testicular neoplasms
Onco-TESE
Oligospermia
Fertility

Auteur correspondant :

L. Nison,
Service d'urologie, hôpital Huriez,
CHRU de Lille, 1, place de
Verdun, 59037 Lille, France.
Adresse e-mail :
laurent_nison@msn.com



surgery (or the establishment of an implantable chamber), it does not delay the initiation of oncological treatment. Conclusion. – These data should encourage urologists and oncologists to propose the onco-TESE to their patients in case of failure of self-preservation so as to offer them better chances of paternity via medically assisted procreation.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

INTRODUCTION

De récentes études épidémiologiques indiquent une augmentation de 25 à 35 % de l'incidence des cancers de l'homme jeune sur les 30 dernières années [1]. Entre 15 et 40 ans, les plus représentés sont les cancers du testicule et les lymphomes [2]. Si les traitements par radio- et/ou chimiothérapies utilisés en 1^{re} intention ou en adjuvant permettent d'obtenir pour ces cancers une survie spécifique à 5 ans de plus de 80 % [2,3], ils peuvent également induire un effet gonadotoxique d'intensité et de durée difficilement prévisibles. Ainsi, l'infertilité permanente retrouvée après prise en charge d'un cancer testiculaire atteindrait selon les séries 30 à 63 % des cas [4,5]. Depuis le plan cancer de 2013, l'autoconservation de sperme par 2 recueils au Centre d'études et de conservation des œufs et du sperme humain (CECOS) est recommandée avant l'initiation d'un traitement anticancéreux potentiellement stérilisant et avant toute orchidectomie.

Cependant, la qualité de la spermatogenèse primaire peut être altérée par des facteurs innés (dysfonction endocrinienne, trouble du développement urogénital) ou environnementaux. Elle peut également l'être en raison de perturbations biochimiques ou hormonales liées au cancer (hyperthermie, hyperestrogénie induite par sécrétion tumorale d'HCG, hyper-sécrétion d'IL1-6 ou TNF α) [6,7]. Raman et al. [8] ont montré une incidence du cancer du testicule 20 fois plus importante dans la population d'hommes suivis pour infertilité que dans la population générale. Ainsi, des anomalies du spermogramme seraient retrouvées chez 20 à 45 % des patients atteints de cancer du testicule [4,9] et jusqu'à 70 % pour les patients présentant un Lymphome Hodgkinien [7]. L'azoospermie ne permettant pas une autoconservation au moment du diagnostic représenterait 3 à 20 % des cas [7,9].

Cette problématique est d'autant plus importante qu'elle touche une population d'hommes jeunes n'ayant pas débuté (ou achevé) de projet familial. Les biopsies testiculaires par abord chirurgical pour extraction de spermatozoïdes (TESE), déjà réalisées en cas d'azoospermies non liées à un contexte tumoral, ont également été proposées en cas d'azoospermie secondaire post-chimiothérapie [10,11]. La question posée ici est celle de la place de la TESE en amont de tout traitement anticancéreux potentiellement gonadotoxique (onco-TESE) dans la stratégie de préservation de la fertilité dans ce contexte néoplasique.

INTÉRÊT DE L'ONCO-TESE

La réalisation d'une onco-TESE permet, grâce à la cryoconservation de cellules germinales, un recours ultérieur aux techniques d'aide médicale à la procréation (AMP). Elle peut également améliorer la qualité de vie des patients confrontés à une situation néoplasique en réduisant :

- leurs doutes sur la fertilité ultérieure et ce d'autant plus qu'ils ont été confrontés à un échec d'autoconservation ;

- leurs inquiétudes vis-à-vis d'un risque théorique de tératogénicité sur la descendance qui, même s'il n'a pas été clairement démontré chez l'homme, a été mis en évidence sur des modèles animaux, notamment par l'équipe de Trasler [12].

De plus, sa réalisation au moment de l'orchidectomie, de la mise en place d'une chambre implantable ou d'une biopsie médullaire, n'induit pas de retard de prise en charge oncologique [13].

INDICATIONS

Les patients pour lesquels l'onco-TESE doit être proposée sont ceux dont l'autoconservation par masturbation avant le début de la prise en charge oncologique n'a pas permis l'obtention de spermatozoïdes ou ceux pour lesquels ce recueil ne pourra plus être réalisé après traitement. Les cas de figures les plus rencontrés sont :

- les azoospermies obstructives et non obstructives, primitives ou secondaires (induites par le syndrome tumoral et/ou des thérapeutiques antérieures) ;
- les chirurgies conduisant à l'anorchidie : atteintes bilatérales synchrones, métachrones après antécédent d'orchidectomie ou sur testicule unique ;
- lorsque les thérapeutiques envisagées revêtent un caractère d'urgence ne permettant pas la réalisation d'une autoconservation ;
- lorsque l'éjaculation (spontanée ou par techniques médicales) n'a pas pu être obtenue lors de plusieurs tentatives de recueil.

TECHNIQUE DE L'ONCO-TESE

Prélèvement chirurgical

Le prélèvement chirurgical de pulpe testiculaire est réalisé sous anesthésie générale ou rachianesthésie. Lorsque le patient est traité pour cancer du testicule, cette procédure est associée à l'orchidectomie et l'abord chirurgical se fait alors par voie inguinale. En cas d'indication de chirurgie conservatrice (testicule unique avec lésion occupant moins de 30 à 50 % du volume ou tumeur infracentimétrique), les règles techniques de la chirurgie partielle sont appliquées [14]. On réalise alors un abord inguinal avec clampage réversible des vaisseaux en respectant le déférent. Le testicule est extériorisé isolé dans un champ opératoire afin d'éviter tout risque de dissémination. Dans notre équipe, nous ne réalisons pas de refroidissement testiculaire. La lésion est localisée par palpation digitale et repérage échoguidé à l'aiguille (Fig. 1). L'albuginée est incisée en regard de la tumeur qui est réséquée avec une marge de sécurité. Le prélèvement à visée d'extraction de spermatozoïdes est réalisé sur le testicule homolatéral en zone saine. Si l'onco-TESE n'ajoute pas de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4273685>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4273685>

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