

CASE REPORT

KYSTE EPIDERMOIDE DU TESTICULE A PROPOS D'UNE OBSERVATION

O. GHOUNDALE¹, T. ZIOUA², I. ZRARA³, D. TOUITI¹ ET H. OUKHERA¹
Services d'Urologie¹, de Radiologie² et d'Anatomie Pathologique³, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc

INTRODUCTION

Les kystes épidermoïdes du testicule représentent une pathologie classiquement rare, dont l'incidence a cependant nettement augmenté depuis l'avènement de l'échographie, régulièrement impliquée dans la découverte fortuite des lésions cliniquement asymptomatiques.

Malgré les techniques d'imagerie médicale de plus en plus sophistiquées, le diagnostic de ces tumeurs bénignes demeure problématique et des interventions exploratrices sont fréquemment indiquées.

Sur la base d'une observation, nous nous sommes donc intéressés à la prise en charge actuelle des lésions kystiques intratesticulaires bénignes de l'adulte.

OBSERVATION

Mr K.L., 26 ans, sans antécédents, a découvert une tuméfaction indolore du testicule droit, évoluant depuis deux mois.

L'examen clinique a montré une tumeur dure occupant tout le pôle inférieur du testicule droit. Il n'existait pas d'autres anomalies à l'examen de l'épididyme et du testicule controlatéral. L'échographie a noté une masse isoéchogène, de 3 cm de diamètre, refoulant le parenchyme testiculaire adjacent (Fig. 1). Les marqueurs tumoraux (LDH, AFP, bêta HCG) étaient négatifs.

Une orchidectomie fut réalisée par voie inguinale. L'examen anatomo-pathologique a révélé une structure kystique de 2,5 X 2,5 cm, à contenu blanchâtre (Fig. 2). A l'histologie, la

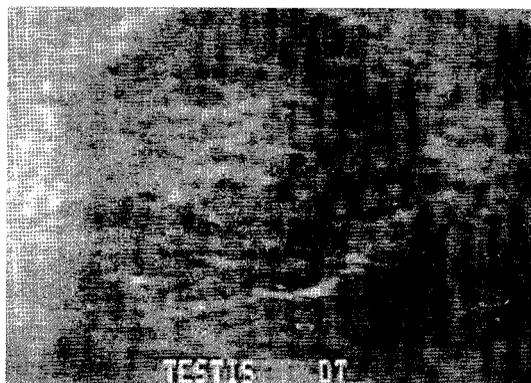


Fig. 1: Echographie scrotale: masse testiculaire isoéchogène refoulant le parenchyme testiculaire

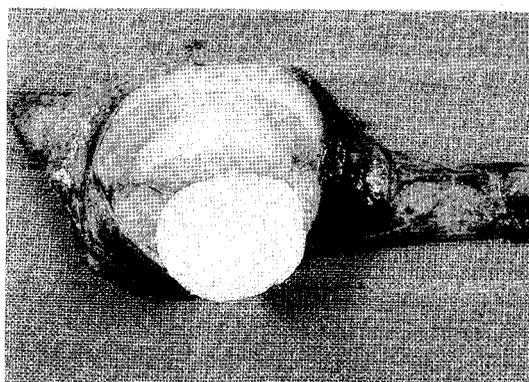


Fig. 2: Aspect macroscopique du kyste épidermoïde du testicule

bordure était faite d'un revêtement malpighien, reposant sur un tissu fibreux. Le contenu du kyste était fait de squames cornées multiples. On n'a pas observé de lésion dans le reste du parenchyme testiculaire. L'étude microscopi

que a montré qu'il s'agit d'un kyste épidermoïde.

DISCUSSION

On attribue la première description du kyste épidermoïde à Dockerly et Priestly en 1942¹. Il s'agit d'une tumeur épithéliale bénigne habituellement trouvée dans le cerveau, les méninges, mais qui a aussi été décrite dans la rate, les glandes salivaires, le pancréas et les testicules.

Le kyste épidermoïde représente environ 1% de l'ensemble des tumeurs testiculaires chez l'adulte et 3% des tumeurs testiculaires chez l'enfant^{2,3}. Il se rencontre dans 85% des cas dans une tranche d'âge entre 20 et 40 ans⁴.

Dans 86% des cas, la lésion est unique et prédomine du côté droit dans 56%. Quelques cas de formes multiples ou bilatérales ont été décrits^{5,6}.

Le kyste épidermoïde peut aussi siéger dans un testicule cryptorchide (2% des cas)¹, dans l'ovaire et au niveau testiculaire, dans le cadre des syndromes de Klinefelter et de Gardner.

La lésion est le plus souvent asymptomatique ou à l'origine d'une douleur modérée : dans 18% des cas⁷, et présente depuis plusieurs semaines, mois voire des années sans modification significative de taille.

On ne retrouve pas à l'interrogatoire d'histoires inflammatoires ou d'événements traumatiques. A l'examen, il s'agit typiquement d'une petite masse ferme ou dure, non transilluminable, insensible, au contour lisse, produisant une déformation localisée, superficielle du testicule, distincte de l'épididyme, et sans réelle augmentation de volume du scrotum⁴. Le testicule controlatéral est normal.

Au niveau biologique, le taux des marqueurs tumoraux alpha-foetoprotéine et bêta-HCG est normal.

L'échographie scrotale peut mettre en évidence soit une masse hypoéchogène avec des zones hyperéchogènes centrales, soit une masse hyperéchogène à contours hyper ou hypoéchogènes. On observe parfois des calcifications avec cônes d'ombre postérieurs. Par

contre on ne retrouve pas de renforcement acoustique postérieur comme dans les kystes simples intra-testiculaires⁷.

Enfin, l'exploration au Doppler couleur révèle constamment une absence de flux à l'intérieur de ces lésions^{8,9}.

Atchley et Dewbury¹⁰ ont proposé, au début de l'année 2000, une classification échographique en quatre types :

Type 1 : Kyste présentant un aspect spiralé avec des anneaux concentriques hypo et hyperéchogènes réalisant l'aspect en « bulbe d'oignon ». Ce type étant plus fréquent chez les sujets les plus jeunes (entre 20 et 30 ans).

Type 2 : Aspect dense, hyperéchogène, sans kyste discernable, également avasculaire, donnant un aspect échographique de lésion calcifiée ou ossifiée linéaire.

Type 3 : Lésion kystique toujours bien délimitée, hypoéchogène (faiblement réfective), pouvant présenter différents foyers punctiformes hyperéchogènes qui correspondent à des calcifications, à l'intérieur du kyste ou/et au sein de sa paroi.

Type 4 : Lésion d'aspect mixte présentant un contour moins bien marqué et partiellement calcifié ; et une échostructure interne hétérogène avec quelques particules calcifiées, sans élément solide ni vasculaire.

Ainsi, malgré la variabilité de présentation échographique du kyste épidermoïde, certains critères permettent d'établir un diagnostic préopératoire de forte présomption en présence d'une masse non solide, intra-testiculaire, arrondie, régulière et bien délimitée, à paroi fine, vasculaire avec une échogénicité interne variable mais comparable aux différents types de Atchley et Dewbury.

Parallèlement à l'étude échographique, certains auteurs comme Langer et al.⁸, ont tenté de corréler l'aspect en imagerie par résonance magnétique de kystes épidermoïdes aux données histopathologiques.

L'aspect en IRM est celui d'une masse sphérique bien limitée, intra-parenchymateuse.

En effet on peut retrouver :

- un aspect en «cible»^{11,12} avec en T1 et en T2 un hypo-signal central, un hyper-signal intermédiaire, et un hypo-signal périphérique ;
- ou un aspect plus typique de kyste avec un hypo-signal homogène en T1 et un hyper-signal en T2 entouré par un fin contour en hypo-signal;
- ou encore une masse contenant une alternance d'anneaux en hypo et hyper-signal en T1 et en T2, et une paroi sous forme d'hypo-signal en T1 et T2⁸.

De plus, après injection de Gadolinium, il n'a pas été noté de réhaussement des images^{8,11,12}.

L'aspect du kyste épidermoïde semble donc discernable en IRM d'une lésion néoplasique testiculaire primitive.

Les kystes épidermoïdes sont constamment bénins. On admet actuellement que, du point de vue histogénique, ces tumeurs sont issues d'un développement monodermique d'un tératome^{3,13}. Selon Shah¹⁴, l'âge des sujets atteints, la distribution raciale des parents, la prédominance de cette lésion à droite et son développement possible dans un testicule non descendu plaident tous en faveur d'un rapport intime avec les tumeurs germinales du testicule.

Une même cellule souche totipotente peut être responsable du développement d'un kyste épidermoïde, d'un kyste dermoïde (résultat du développement de deux couches cellulaires embryonnaires à des degrés variables) ou d'un tératome (contenant des éléments des trois feuillettes embryonnaires : ectoderme, mésoderme, et endoderme).

Le diagnostic anatomo-pathologique s'appuie sur des critères rigoureux établis par Price¹⁵ :

1. La lésion doit être un kyste testiculaire intaparenchymateux rempli de débris kératiniques.
2. Les parois fibreuses du kyste sont revêtues d'un épithélium pavimenteux.
3. Aucun élément tératomateux et aucune des annexes épithéliales de la peau ne doivent

exister dans la paroi du kyste ou ailleurs dans le parenchyme testiculaire.

4. De même, aucune cicatrice ne doit exister dans le reste du parenchyme testiculaire.

L'observation impérative de ces critères permet de ne pas méconnaître deux lésions plus sérieuses qui imposeraient une attitude thérapeutique tout à fait différente, à savoir les tératomes y compris le kyste dermoïde, et le rare cas d'association d'un kyste épidermoïde et d'une tumeur germinale dont il ne persiste qu'une cicatrice fibreuse dans le testicule (burnt-out-tumor), lésion susceptible de donner des métastases^{4,16}.

Le traitement repose sur l'orchidectomie. S'agissant d'une lésion bénigne bien circonscrite, l'énucléation peut être envisagée lorsque les critères d'imagerie sont fortement évocateurs¹⁷. La certitude de l'absence d'autre contingent tumoral est indispensable dans ce cas.

Chez l'enfant, au moins 30% des tumeurs testiculaires ont une évolution favorable et sont considérées comme bénignes. En outre, le tératome est habituellement bénin chez le sujet prépubère. Ce sont ces arguments qu'avance Ross² en faveur de la chirurgie conservatrice chez l'enfant. Dans ce cas, la présence des annexes épithéliales de la peau ou des éléments tératomateux ne donnera pas lieu à une orchidectomie. Le traitement chez l'adolescent est le même que chez le sujet adulte.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dockerty MB, Priestly JT. Dermoid cysts of the testis. *J Urol* 1942, 48:392.
2. Ross JH, Kay R, Elder J. Testis-sparing surgery for pediatric epidermoid cysts of the testis. *J Urol* 1993, 149:353.
3. Shapeero LG, Vordermark JS. Epidermoid cysts of the testis and role of sonography. *Urology* 1993, 41:75.
4. Nouri-Mahdani K, Flam T, Thiounn N, Desligner S, Zerbib M, Debré B. Kyste épidermoïde du testicule. A propos d'un cas. *J Urol (Paris)* 1994, 100:105.
5. Brunert RT, Van Every MJ, Uehling DT. Bilateral epidermoid cysts of the testis. *J Urol* 1992, 147:4599.
6. Sanderson AJ, Birch BR, Dewbury KC. Case report: multiple epidermoid cysts of the testis. The ultrasound appearances. *Clin Radiol* 1995, 510:414.

7. Eisenmenger M, Lang S, Donner G, Kratic C, Marberger M. Epidermoid cysts of the testis: organ-preserving surgery following diagnosis by ultrasonography. *Br J Urol* 1993, 72:955.
8. Langer JE, Ramchandani P, Siegelman ES, Banner MP. Epidermoid cysts of the testicle: sonographic and MR imaging features. *AJR* 1999, 173:1295.
9. Moghe PK, Brady AP. Ultrasound of testicular epidermoid cysts. *Clin Radiol* 2000, 55:493.
10. Atchley JT, Dewbury KC. Ultrasound appearances of testicular epidermoid cysts. *Clin Radiol* 2000, 55:493.
11. Fu YT, Wang HH, Yang TH. Epidermoid cysts of the testis: diagnosis by ultrasonography and magnetic resonance imaging resulting in organ-preserving surgery. *Br J Urol* 1996, 78:116.
12. Schal M. Magnetic resonance imaging of the scrotum. *Semin Roentgenol* 1993, 28:19.
13. Dieckmann KP, Loy V. Epidermoid cyst of testis: a review of the clinical and histogenic considerations. *Br J Urol* 1994, 73:436.
14. Shah KH, Maxted WC, Chun B. Epidermoid cysts of the testis. *Cancer* 1981, 47:577.
15. Price EB Jr. Epidermoid cysts of the testis: a clinical and pathological analysis of 69 cases from the testicular tumor registry. *J Urol* 1969, 102:708.
16. Manivel JC, Reinberg Y, Niehans GA *et al.* Intratubular germ cell neoplasia in testicular significance. *Cancer* 1989, 64:715.
17. Chitale S, Morrow R, Jena R, Ball RY, Webb RJ. Conservative surgery for epidermoid cyst of the testis. *Br J Urol* 1997, 80:506.

Tirés à part:

Dr. Oumar Ghoundale
 Service d'Urologie
 Hôpital Militaire Avicenne
 Marrakech, 40000
 Maroc

omar.g@caramail.com