

## LIPOSARCOME MYXOÏDE DU CORDON SPERMATIQUE

M. A. LAKMICH<sup>1</sup>, M. GABSI<sup>1</sup>, A. ELHAOUS<sup>1</sup>, M. BOUKHARI<sup>1</sup>,  
Z. DAHAMI<sup>1</sup>, M. S. MOUDOUNI<sup>1</sup>, I. SARF<sup>1</sup>, F. BENADRA<sup>2</sup>, B. BELAABDIA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service d'Urologie, <sup>2</sup>Service d'Anatomie Pathologique, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

### INTRODUCTION

Le liposarcome du cordon spermatique est une tumeur mésoenchymateuse rare et inhabituelle. Elle survient le plus souvent au cours de la sixième décennie sous forme d'une masse inguinale ou scrotale. Son diagnostic clinique est difficile. Le traitement de choix reste l'orchidectomie inguinale. Les traitements adjuvants ne sont pas recommandés. L'évolution est marquée par un risque élevé de récurrence locale<sup>1</sup>.

### OBSERVATION

Mr AF, âgé de 92 ans, opéré il y a 6 ans pour cataracte droite a été admis au service d'urologie pour une grosse bourse gauche apparue il y a 5 mois sans autres signes associés. L'examen clinique montrait une tuméfaction volumineuse de l'hémiscrotum gauche, sensible, dure, irrégulière, non réductible et sans signes inflammatoires. Le testicule et l'épididyme étaient non individualisables. La bourse droite était normale. Le reste de l'examen clinique était normal. L'échographie scrotale (Fig. 1) objectivait une masse tissulaire gauche, hétérogène de 20 cm de diamètre, avec un testicule gauche refoulé. La bourse droite était normale. L'échographie abdominopelvienne était sans particularités. La radiographie pulmonaire était normale.

Une exploration par voie inguinale haute a été réalisée avec orchidectomie élargie. Les suites opératoires étaient simples.

A l'examen anatomopathologique (Fig.2) la masse paratesticulaire pesait 1200g et

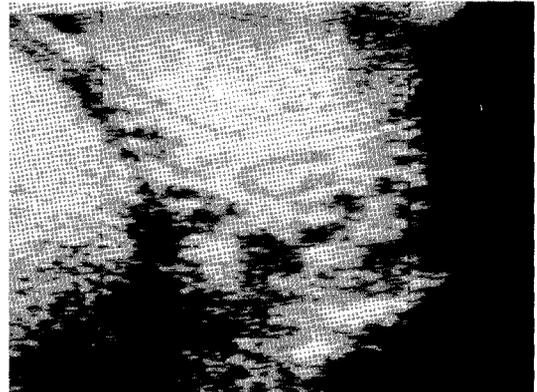


Fig. 1: Echographie scrotale : masse tissulaire hétérogène refoulant le testicule gauche

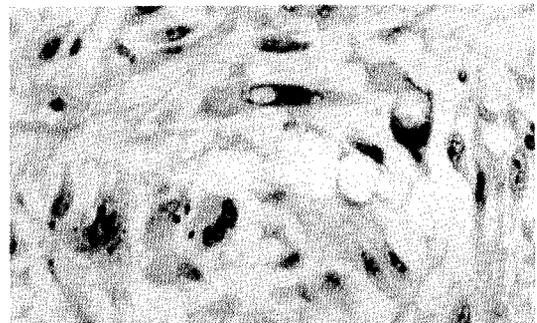


Fig. 2: Liposarcome avec cellules lipoblastiques (grossissement x 400, coloration Hémalum-eosine-Safran).

mesurait 18 x 8 x 7,5 cm. Elle était pseudoencapsulée, plurinodulaire, d'aspect myxoïde et solide. La tumeur était le siège de foyers de nécrose centrale et périphérique. La limite de résection montrait la présence de lipoblastes à l'examen microscopique. Le parenchyme testiculaire adjacent était normal.

Il s'agissait d'un liposarcome myxoïde avec des lipoblastes éparses. Le parenchyme testiculaire comportait des tubes séminifères dystrophiques.

Les marqueurs tumoraux et la tomодensitométrie abdominopelvienne, réalisés à posteriori, étaient normaux. Aucun traitement adjuvant n'a été effectué vu l'âge et l'état général du patient. Ce dernier a été revu tous les 6 mois après, sans signes de récurrence loco-régionales au scanner abdominopelvien. Le recul post-opératoire était de 18 mois.

## DISCUSSION

Le liposarcome est une tumeur mésenchymateuse rare. Elle représente 7,5 à 25 % de tous les sarcomes des tissus mous, 1 à 2% des tumeurs malignes urogénitales<sup>2,3</sup> et 7 % des tumeurs du cordon spermatique<sup>4</sup>. Elle semble intéresser le sujet âgé de plus de 50 ans<sup>1,5</sup>. La tumeur peut correspondre à la transformation maligne d'un lipome<sup>6</sup> ou se développer directement à partir du tissu adipeux du cordon<sup>1</sup>. Elle siège plus volontiers à droite, indifféremment dans le canal inguinal ou au contact du testicule<sup>7</sup>.

Cliniquement, la lésion évolue le plus souvent à bas bruit pendant plusieurs mois voire des années. Elle se manifeste par une pesanteur ou un tiraillement. Elle est ferme, irrégulière, indolore, développée à proximité ou à distance du testicule pouvant être soit intrascrotale ou au niveau de l'aîne ou englober les deux<sup>8</sup>. Il n'y a pas de marqueurs tumoraux pouvant aider au diagnostic<sup>3</sup>.

L'échographie scrotale est surtout utile pour préciser la nature tissulaire et la localisation extratesticulaire de la tumeur. Cependant elle peut aider à éliminer une hernie inguinoscrotale, une hydrocèle, un kyste du cordon ou une varicocèle<sup>3</sup>. En effet, on a rapporté dans la littérature plusieurs cas de liposarcome du cordon spermatique qu'on avait pris à tort pour une hernie inguinale et par conséquent découverts lors de la réfection de cette dernière<sup>9-12</sup>.

La tomодensitométrie (TDM) permet d'affirmer la nature grasseuse de la masse et surtout d'établir le bilan d'une éventuelle extension ganglionnaire et aussi rétropéritonéale<sup>13,14</sup>.

Le diagnostic est histologique. Macroscopiquement, la lésion est souvent volumineuse, polylobée, jaunâtre, ferme ou élastique, comportant des zones de nécroses hémorragiques et de dégénérescence kystiques<sup>1</sup>. Histologiquement, et selon leur degré de différenciation ces tumeurs sont classées en cinq types<sup>15,16</sup>: le liposarcome bien différencié, myxoïde, à cellule ronde, pléomorphe et enfin indifférencié.

Cette classification semble avoir un intérêt pronostique puisque les formes bien différenciées et les formes myxoïdes restent plus volontiers localisées, alors que les formes à cellules rondes et pléomorphes semblent plus agressives, avec un risque plus élevé de récurrence locale et un plus fort potentiel métastatique. La dissémination métastatique se fait habituellement par voie hémotogène. L'atteinte ganglionnaire est rare et se rencontre surtout dans les formes indifférenciées<sup>1</sup>.

Le diagnostic histologique repose sur l'identification du lipoblaste : cellule de taille variable avec une ou plusieurs vacuoles cytoplasmiques refoulant ou encochant le noyau. Le recours à l'étude immunohisto-chimique est parfois nécessaire<sup>17</sup> dans les foyers indifférenciés. Elle peut jouer un rôle diagnostic déterminant, en cas de besoin, grâce à un certain nombre d'anticorps dont les plus récents sont représentés par MDM2 et CDK4. Ces derniers font partie des gènes impliqués dans les amplifications du chromosome 12 qui caractérisent les liposarcomes bien différenciés et dédifférenciés. Leur hyperexpression détectée par immunohisto-chimie distingue ces tumeurs respectivement des lipomes simples ou remaniés, et des sarcomes indifférenciés pléomorphes<sup>18</sup>.

Le traitement de choix du liposarcome du cordon spermatique est l'exérèse chirurgicale avec orchidectomie radicale élargie par voie inguinale, emportant le bloc epididymotesticulaire et le cordon dans sa totalité<sup>19</sup>. Dans certains cas, une hémiscrotectomie avec ablation de la peau et du tissu sous cutané, voire une partie de la paroi abdominale autour de

l'orifice inguinale, peut être nécessaire, particulièrement pour les tumeurs fixées ou pour les récurrences des tumeurs malignes<sup>2,7</sup>. Le curage ganglionnaire rétropéritonéal n'est pas indiqué car la dissémination lymphatique semble peu fréquente<sup>2,4,20</sup>. En effet, pour certains auteurs, la lymphadénectomie rétropéritonéale n'offre pas plus de bénéfice thérapeutique par rapport à l'orchidectomie élargie<sup>10</sup>. Les récurrences locales parfois tardives sont possibles et rendent nécessaire les surveillances prolongées<sup>3,10</sup>. Nous préconisons un suivi tous les 6 mois par un examen clinique soigneux et une échographie inguinale associés à un scanner abdomino-pelvien tous les ans.

Bien que la radiothérapie semble diminuer le taux de récurrence locale, ses résultats sont globalement décevants sur la survie globale. La rareté des cas clinique aussi bien que l'absence d'études randomisées ne permet pas d'avoir des chiffres et des résultats statistiquement valables. En effet, les rares essais de chimiothérapie rapportés n'ont pas été concluants et son rôle n'est pas encore défini<sup>10</sup>. Utilisée dans les formes métastatiques et récidivantes sans grands résultats<sup>19</sup>, la chimiothérapie la plus active est à base de la doxorubicine et des agents alkylants.

Le pronostic du liposarcome serait meilleur que celui des autres tumeurs malignes paratesticulaires et il dépend fortement du degré de différenciation. La survie à 5 et 10 ans est de 75 % et 63 % respectivement<sup>6</sup>. La médiane de survie à cinq ans est respectivement de 85 et de 60 % pour les types I et II, mais chute à 21% pour le type III et à 10% pour le type IV<sup>21</sup>.

En conclusion, le liposarcome du cordon spermatique est une tumeur rare dont le diagnostic est anatomopathologique. Le traitement de choix est l'orchidectomie élargie par voie inguinale. La radiothérapie adjuvante est parfois efficace sur les récurrences locales surtout si les marges chirurgicales étaient positives. La place de la chimiothérapie est incertaine. Le pronostic dépend du degré de

différenciation de la tumeur. La tendance à la récurrence locale est fréquente, par conséquent une surveillance prolongée s'impose.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Lachkar A, Sibert L, Gobet F, Thoumas D, Bugel H, Grise P. Une tumeur rare: le liposarcome du cordon spermatique. [Unusual tumor: liposarcoma of the spermatic cord]. *Prog.Urol.* 2000 Dec;10(6):1228-1231.
2. Bauer JJ, Sesterhenn IA, Costabile RA. Myxoid liposarcoma of the scrotal wall. *J.Urol.* 1995 Jun;153(6):1938-1939.
3. Touiti D, Zrara I, Ameer A, Beddouch A, Oukheira H, Benomar S. Liposarcome myxoïde du cordon spermatique. [Myxoid liposarcoma of the spermatic cord]. *Prog.Urol.* 2001 Dec;11(6):1302-1305.
4. Schwartz SL, Swierzewski SJ, 3rd, Sondak VK, Grossman HB. Liposarcoma of the spermatic cord: report of 6 cases and review of the literature. *J.Urol.* 1995 Jan;153(1):154-157.
5. Senoh K, Osada Y, Kawachi J. Spermatic cord liposarcoma. *Br.J.Urol.* 1978 Oct;50(6):429.
6. Peyri Rey E, Urban Ramon A, Martinez Fernandez M, Sanmarti Da Silva B. Liposarcoma dediferenciado del cordon espermatico: degeneracion de un lipoma previo reseccionado. [Dedifferentiated liposarcoma of spermatic cord: degeneration of lipoma previously resected.]. *Actas Urol.Esp.* 2003 May;27(5):383-386 .
7. Mhiri MN, Rebai T, Trifa M, Chaabouni MN, Kharrat M. Liposarcome perineo-scrotal. A propos de 3 cas. [Perineo-scrotal liposarcoma. Apropos of 3 cases]. *J.Urol.(Paris)* 1993;99(3):127-131.
8. Catton CN, Cummings BJ, Fornasier V, O'Sullivan B, Quirt I, Warr D. Adult paratesticular sarcomas: a review of 21 cases. *J.Urol.* 1991 Aug;146(2):342-345.
9. Cecchi M, Fiorentini L, Pagni GL, Filardo A, Arganini M, Lombardi M. Liposarcoma del funicolo spermatico. Caso clinico. [Liposarcoma of the spermatic cord. Clinical case]. *Minerva Urol.Nefrol.* 1997 Sep;49(3):157-159.
10. May M, Seehafer M, Helke C, Gunia S, Hoschke B. Liposarkom des Samenstrangs--Darstellung eines

- Falls. [Liposarcoma of the spermatic cord--report of one new case and review of the literature]. *Aktuelle Urol.* 2004 Apr;35(2):130-133.
11. Novosel I, Spajic B, Kraus O, Kruslin B. Liposarkom sjemenog snopa: prikaz bolesnika i pregled literature. [Liposarcoma of the spermatic cord: case report and review of the literature]. *Lijec.Vjesn.* 2002 May;124(5):137-139.
  12. Panagis A, Karydas G, Vasilakakis J, Chatzipaschalis E, Lambropoulou M, Papadopoulos N. Myxoid liposarcoma of the spermatic cord: a case report and review of the literature. *Int.Urol.Nephrol.* 2003;35(3):369-372.
  13. Russo P, Brady MS, Conlon K, Hajdu SI, Fair WR, Herr HW, et al. Adult urological sarcoma. *J.Urol.* 1992 Apr;147(4):1032-6; discussion 1036-7.
  14. Zhang G, Chen KK, Manivel C, Fraley EE. Sarcomas of the retroperitoneum and genitourinary tract. *J.Urol.* 1989 May;141(5):1107-1110.
  15. Ntarundenga U, Dumotier J, Provendier B, Nollez F, Moreau JL. Liposarcomes du cordon spermatique. *Revue de la litterature. A propos d'un cas de liposarcome myxoide.* [Liposarcoma of the spermatic cord. Review of the literature. Apropos of a case of myxoid liposarcoma]. *J.Urol.(Paris)* 1989;95(2):107-110.
  16. Weiss S. *Histological Typing of Soft Tissue Tumours. WHO International Histological Classification of Tumours.* 2nd. ed. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 1994.
  17. Certo LM, Avetta L, Hanlon JT, Jacobs D. Liposarcoma of spermatic cord. *Urology* 1988 Feb;31(2):168-170.
  18. Collin F, Gelly-Marty M, Bui Nguyen Binh M, Coindre JM. *Sarcomes des tissus mous: données anatomopathologiques actuelles* [Soft tissue sarcomas: current data in the field of pathology]. *Cancer Radiother.* 2006 Feb-Mar;10(1-2):7-14.
  19. Gruber H, Humer Fuchs U, Hechtl W, Schips L, Beham A, Pummer K. Dedifferentiated liposarcoma of the spermatic cord. A case report. *Acta Urol.Ital.* 1998;12:283-285.
  20. Cuzzocrea DE, Lo Conte G, Aiello E, Menniti DB, Bertoni F, Fornarola V. Liposarcome : review of the literature and description of two cases. *Acta Urol. Ital.* 1998;12:237-239.
  21. Ben Moualli S, Mnif A, Ben Amna M, Ben Hassine L, Chebil M, Zermani R et al. Le liposarcome rétro-péritonéal géant: a propos d'un cas [Giant retroperitoneal liposarcoma: report of a case]. *Ann. Urol. (Paris).* 2002 Dec;36 :372-5.

#### Tirés-à-part:

Dr. Lakmichi M.A  
 N°: 2, Avenue Menara  
 Bab Jdid  
 Marrakech  
 Maroc

aminlakmichi@yahoo.com