

Kyste épidermoïde du testicule : Étude de cas

Alkadri Diarra, MD; Jalal Eddine Elammari, MD; Amadou Kassogue, MD; Mohammed Jamal El Fassi, MD; My Hassan Farih, MD

Service Urologie CHU Hassan II Fès/Maroc

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2013;7(11-12):e775-8. <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.396>
Published online November 8, 2013.

Résumé

Le kyste épidermoïde (KE) du testicule est une tumeur bénigne rare. Le diagnostic peut être évoqué par l'échographie et l'IRM. En cas de lésion unique de petite taille, il est possible d'effectuer une chirurgie conservatrice. Ce traitement nécessite une confirmation anatomopathologique. Le présent article fait état de l'observation d'un patient de 34 ans ayant été admis en consultation d'urologie pour désir d'enfant. Le diagnostic de KE associé à une varicocèle gauche a été retenu. L'énucléation du kyste avec cure de varicocèle a été réalisée sans complications postopératoires. Une revue de la littérature nous a permis de mettre en évidence les différents aspects du KE du testicule et les méthodes thérapeutiques envisageables.

Introduction

Le kyste épidermoïde (KE) du testicule est une tumeur bénigne rare et non tératomeuse. Le diagnostic préopératoire peut être évoqué à partir des données de l'imagerie, ce qui orientera le médecin vers un traitement conservateur.

Le présent article fait état d'une nouvelle observation dont l'intérêt réside dans la bénignité du kyste, mais surtout dans son association à la varicocèle.

Observation

A. M., âgé de 34 ans, a été admis en consultation d'urologie au CHU Hassan II de Fès en juin 2010 pour désir d'enfant après quatre ans de mariage. Il ne possédait aucun antécédent pathologique notable connu.

L'examen physique a indiqué la présence d'une varicocèle gauche et d'une tuméfaction médio-testiculaire droite dure, régulière, ovalaire, indolore et non inflammatoire. La

tuméfaction mesurait environ 1 cm de grand axe. Le testicule gauche était normal.

Nous n'avons pas noté de troubles mictionnels ni d'autres signes associés. La réalisation d'un spermogramme a permis de conclure à une oligoasthénotérazoospermie. Ce diagnostic a été confirmé un mois plus tard par un autre spermogramme. Les résultats à l'échographie abdomino-pelvienne étaient normaux.

Une échographie du contenu scrotal a indiqué la présence d'une varicocèle gauche avec formation testiculaire ovoïde droite intra-parenchymateuse au centre hétérogène et à la périphérie légèrement calcifiée (figure 1). Les marqueurs tumoraux étaient normaux. Nous avons procédé à une cure de varicocèle selon la technique de Marmar et à l'énucléation simple, puis à l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire (figures 2, 3, 4). Les suites opératoires ont été simples. Les résultats anatomopathologiques penchaient en faveur d'un kyste épidermoïde du testicule (figure 5). Le patient a été revu un an plus tard pour un spermogramme de contrôle ; les résultats étaient normaux. Nous posons, à la lumière de cette observation, l'hypothèse du caractère asymptotique et bénin de ce kyste, qui a la particularité ici de s'associer à une varicocèle.

Discussion

Les KE font partie des tumeurs bénignes testiculaires les plus fréquentes¹. Leur première description date de 1942 par Dockerty et Prestly². Malgré cela, les tumeurs bénignes du testicule sont rares et représentent environ 3 % des tumeurs de la gonade mâle^{1,3}. La prudence est de mise lorsqu'on envisage une chirurgie conservatrice en réponse à une tumeur testiculaire de petite taille.

Notre patient, âgé de 34 ans, appartient au groupe d'âge le plus cité dans la littérature, car dans plus de 85 % des cas, les KE sont diagnostiqués entre 20 et 40 ans, la fourchette d'âge variant de 3 à 77 ans⁴.



Figure 1 : Formation testiculaire ovoïde droite intra-parenchymateuse au centre hétérogène et à la périphérie légèrement calcifiée.

La plupart des patients atteints d'un KE sont de race blanche ou asiatique ; un seul cas a été signalé chez un sujet de race noire⁵.

Dans 80 % des cas, les patients sont asymptomatiques, comme pour notre patient. La maladie est généralement découverte par autopalpation ou lors d'un examen clinique systématique. Cependant, elle se manifeste parfois par une pesanteur scrotale, une douleur ou une augmentation du volume testiculaire⁵.

Habituellement, les KE sont des tumeurs uniques, fermes, indolores, avec une surface régulière, mais l'examen clinique ne permet pas de poser un diagnostic avec certitude. Les KE peuvent également être bilatéraux ou multiples unilatéraux⁶⁻⁹. En 1969, Price a défini cinq critères anatomopathologiques qui doivent impérativement être présents pour que l'on puisse conclure à un KE isolé^{2,4,6,8,10-12} :

- 1 - Le KE doit se trouver dans le parenchyme testiculaire ;
- 2 - La paroi du KE doit être constituée d'un tissu fibreux et tapissée totalement ou partiellement d'un épithélium pavimenteux ;
- 3 - La lumière du KE doit contenir des lamelles de kératine ou une matière amorphe ;
- 4 - Aucun élément tératomateux ni aucune annexe cutanée ne doivent être décelés dans la paroi du kyste ou dans le parenchyme testiculaire adjacent ;
- 5 - Aucune cicatrice hyaline (vestige probable d'une tumeur germinale) ne doit être décelée dans le parenchyme testiculaire adjacent.

L'observance de ces critères est indispensable afin de ne pas méconnaître un tératome ou une tumeur germinale associée au KE.

Sur le plan macroscopique, le KE se présente comme un nodule blanchâtre facilement clivable, dont la coupe trans-



Figure 2 : Incision de l'albuginée et début d'énucléation.

versale met en évidence une substance blanche et grumeleuse qui correspond à une concrétion de kératine enroulée⁴.

Les marqueurs tumoraux (alphafoetoprotéines et bêta-HCG) sont toujours normaux en cas de KE isolé^{5,9,13,14}. L'échographie réalisée au moyen de sondes haute fréquence (7,5-10MHz) joue un rôle fondamental dans l'approche diagnostique et la prise en charge thérapeutique des KE du testicule^{3,4,6-8,11,15}.

En effet, l'examen échographique des KE met en lumière des caractéristiques qui permettent d'orienter le diagnostic. Il s'agit d'une tumeur intra-testiculaire ronde ou ovale bien délimitée. La paroi kystique peut être hypoéchogène, écho-gène, voire hyperéchogène en raison de calcifications focalisées. Le centre du kyste est hétérogène avec des zones hyper ou hypoéchogènes attribuables à la densité des lamelles de kératine qui le composent.^{10,11,12}.

Le kyste peut présenter des calcifications, quoique rarement¹⁵. Cette distinction entre le centre et la périphérie du kyste lui donne l'aspect d'une « cible ». L'IRM permet également de préciser l'approche diagnostique et thérapeutique des KE du testicule¹¹.

Cependant, l'IRM ne semble pas plus concluante que l'échographie. La capsule du kyste donne un hyposignal en T1 et T2. Le centre du kyste donne lui aussi un hyposignal en T1 et T2. Entre ces deux zones, il existe un hypersignal en T1 et T2 qui correspond à des cellules épithéliales isolées et dégénérées (riches en eau et en graisse)¹¹.

L'image en « œil de taureau » correspond à l'aspect typiquement observé à l'IRM. Il n'y a pas de rehaussement du signal après injection du produit de contraste, car il s'agit d'une structure avasculaire¹⁴.



Figure 3 : Fin d'énucléation et mise en évidence de la pulpe.

Ces deux techniques d'imagerie permettent d'orienter fortement le diagnostic préopératoire et conditionnent, aux yeux de certains, le geste chirurgical.

Le traitement demeure toujours chirurgical. Il existe aujourd'hui deux solutions possibles : l'orchidectomie totale ou l'énucléation.

Quel que soit le traitement retenu, on réalise toujours un abord inguinal avec clampage du cordon^{1-11,13}. L'orchidectomie totale permet d'effectuer l'analyse complète de la gonade et de rectifier les erreurs de l'examen anatomo-pathologique extemporané. Cependant, elle peut être la source de problèmes psychologiques chez certains hommes jeunes ou encore en cas de testicule unique ou de kystes bilatéraux conduisant à la stérilité.

L'énucléation est la tendance actuelle^{8,11-13,15}, bien que certains auteurs continuent à préconiser l'orchidectomie totale en raison du risque d'erreur diagnostique ou de méconnaissance d'une tumeur associée¹¹.

Cependant, la littérature ne décrit aucun cas de métastases ou de récurrence locale après orchidectomie totale ou chirurgie conservatrice en traitement d'un KE pur isolé du testicule, et ce, même lorsqu'on remonte à aussi loin que 37 ans dans le temps⁵.

Il nous paraît donc excessif de pratiquer une orchidectomie systématique pour remédier à ce type de tumeur.

Cependant, la chirurgie conservatrice doit respecter certaines règles. En cas de doute diagnostique lors de l'analyse extemporanée, l'orchidectomie totale doit être réalisée. Par contre, si le diagnostic histologique de KE est confirmé par l'examen extemporané, il faut réaliser des biopsies et une



Figure 4 : Mensuration du kyste.

analyse immédiate du parenchyme adjacent afin d'exclure la présence de cellules germinales cancéreuses, d'un carcinome in situ ou d'une cicatrice hyaline.

Il s'agit d'une tumeur à jamais bénigne qu'il faut différencier des tératomes testiculaires justifiant la recherche de contingents tumoraux associés, lesquels nécessitent une orchidectomie.

Nous n'avons trouvé aucune série de cas qui traite de l'association entre KE du testicule et varicocèle. Par conséquent, nous ne croyons pas qu'il y ait de lien entre eux.

Conclusion

Les KE sont des tumeurs rares du testicule. Aujourd'hui, le bilan préopératoire (clinique, biologique, radiologique) permet d'évoquer le diagnostic. L'IRM ne semble pas plus concluante que l'échographie. La chirurgie conservatrice est légitime en cas de certitude diagnostique par suite de l'analyse anatomo-pathologique extemporanée. Il faut toujours

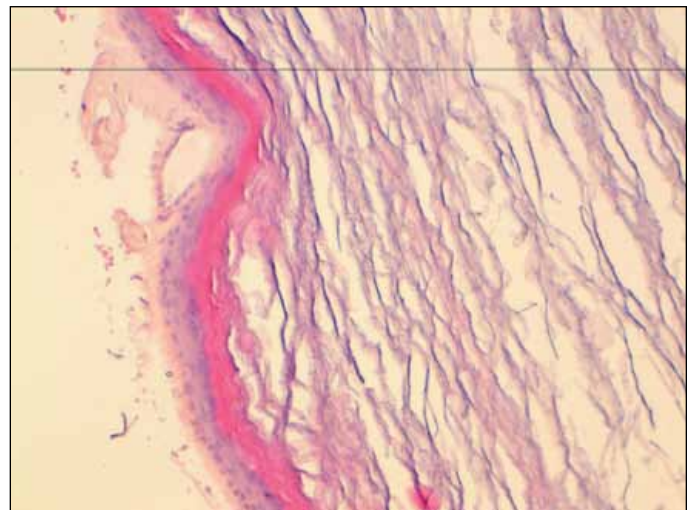


Figure 5 : Image histologique montrant la paroi du kyste, bordée par un épithélium malpighien dont la couche granuleuse est bien différenciée. Le contenu du kyste est riche en lamelles de kératine (coloration HES G x100).

pratiquer au moins deux biopsies du parenchyme adjacent. Au moindre doute anatomopathologique, l'orchidectomie doit être réalisée. Aucun auteur ne propose la surveillance simple, même en cas d'aspect échographique typique. En cas de kystes multiples unilatéraux ou trop volumineux, il semble préférable de pratiquer une orchidectomie totale, en raison de la difficulté de procéder à une analyse histologique extemporanée.

Y a-t-il un lien entre varicocèle et KE testicule ? Nous ne le croyons pas, mais d'autres études plus poussées pourront le démontrer. Il n'existe pas de consensus dans la littérature en ce qui concerne la surveillance postopératoire.

Competing interests: Dr. Diarra, Dr. Elammari, Dr. Kassogue, Dr. Elfassi and Dr. Farih all declare no competing financial or personal interests.

This paper has been peer-reviewed.

Références

1. Lobel B, Keristi J, Hamonic G, et al. Le kyste épidermoïde du testicule. *J Urol (Paris)* 1982;88:101-3.
2. Dockerty MD, Priestley JT. Dermoid cysts of testis. *J Urol* 1942 ;48 :392.
3. Schlecker BA, Siegel A, Weiss J, et al. Epidemoid cyst of the testis: A surgical approach for testicular preservation. *J Urol* 1985 ;133 :610-1.
4. Nouri-Mahdavi K, Flam T, et al. Kyste épidermoïde du testicule (à propos d'un cas). *J Urol (Paris)* 1994;100:105-7.
5. Malek RS, Rosen JS, Farrow GM. Epidermoid cyst of the testis: a critical analysis. *Br J Urol* 1996;58:55. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410X.1986.tb05428.x>
6. Davi RC, Braslis KG, Perez JL, et al. Bilateral Epidermoid Cysts of the Testis. *Eur Urol* 1996;29:122-4.
7. Grunert RT, Van Every MJ, Uehling DT. Bilateral epidermoid cysts of the testicle. *J Urol* 1992;147:1599-601.
8. Heidenreich A, Engelmann UH, Vietsch HV, et al. Organ preserving surgery in testicular epidermoid cysts. *J Urol* 1995;153:1147-50. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347\(01\)67534-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347(01)67534-7)
9. Shenoy V, Triest WE, El-Bash O. Bilateral Epidermoid Cysts of the testis: Report of a case with preservation of 1 testis. *J Urol* 1995;153:1933-4. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347\(01\)67360-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347(01)67360-9)
10. Eisenmenger M, Lang S, Donner G, et al. Epidermoid cysts of the testis: Organ-preserving surgery following diagnosis by ultrasonography. *Br J Urol* 1993;72:955-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410X.1993.tb16308.x>
11. Fu YT, Wang HH, Yang TH, et al. Epidermoid cysts of the testis: diagnosis by ultrasonography and magnetic resonance imaging resulting in organ-preserving surgery. *Br J Urol* 1996 ;78:116-8. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1464-410X.1996.04923.x>
12. Menasse F, Barriol D, Demoux R, et al. Kyste épidermoïde du testicule. Chirurgie conservatrice dans 3 cas. *Prog Urol* 2000;10:603-6.
13. Chitale S, Morrow DR, Jena R, et al. Conservative surgery for epidermoid cyst of the testis. *Br J Urol* 1997;80:506-7. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1464-410X.1997.00688.x>
14. Langer JE, Ramchandani P, Siegelman E, et al. Epidermoid cysts of the testicle: sonographic and MR imaging features. *AJR* 1999;173:1295-9. <http://dx.doi.org/10.2214/ajr.173.5.10541108>
15. Taghizadeh AK, Howlett DC. Calcified epidermoid cyst in the testis: an unusual finding on ultrasound. *Eur J Ultrasound* 2000;11:199-200. [http://dx.doi.org/10.1016/S0929-8266\(00\)00087-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0929-8266(00)00087-2)

Correspondence: Dr. Alkadri Diarra, Médecin Résidant au Service Urologie CHU Hassan II Fès/Maroc; dralkadri@yahoo.fr