

Cas Clinique

Métastase d'un adénocarcinome du pancréas au niveau du cordon spermatique. A propos d'un cas

A.F. Rakototiana¹, F.A. Hunald¹, R. Razafimahatratra¹, T. Rajaobelison¹, M.F. Ralahy¹, Et H.N. Rakoto-Ratsimba²

Services de ¹Chirurgie urologique B et de ²Chirurgie générale et digestive A, CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, Madagascar

RESUME

La survenue d'un adénocarcinome métastatique du cordon spermatique d'origine pancréatique est exceptionnelle. Les auteurs en rapportent un cas diagnostiqué au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (Madagascar) chez un homme admis pour une tumeur de la région inguinale droite associée à une altération importante de l'état général. La tomodensitométrie, puis l'anatomie pathologique ont permis d'obtenir le diagnostic de certitude. Les particularités diagnostiques et thérapeutiques sont discutées à la lumière d'une revue de la littérature.

Mots clés : Adénocarcinome, métastase, pancréas, cordon spermatique, chirurgie.

Correspondance: Dr. Auberlin Felantsoa RAKOTOTIANA, Service de chirurgie urologique B, CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona, BP 4150, Antananarivo 101, Madagascar, E-mail: drauberlin@yahoo.fr

Détails d'acceptation: article reçu: 20/2/2008

article accepté (après corrections): 3/7/2008

INTRODUCTION

Les tumeurs du cordon spermatique sont rares¹. Elles regroupent des lésions très diverses en termes de clinique et d'histologie. La survenue d'un adénocarcinome métastatique au niveau du cordon spermatique révélant un adénocarcinome de la tête du pancréas est inhabituelle. Nous en rapportons un cas diagnostiqué et traité dans le service d'urologie B du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona d'Antananarivo (Madagascar) dans le but d'en souligner les particularités diagnostiques et thérapeutiques grâce à une revue de la littérature.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un homme de 53 ans, admis dans notre service pour une tumeur de la région inguinale droite évoluant depuis un mois. Dans ses antécédents, on notait des épisodes d'alternance de diarrhées et de constipations et une notion de douleurs abdominales par-

oxystiques à répétition. L'examen clinique a montré une tumeur arrondie, mobile, dure, indolore faisant corps avec le cordon spermatique droit. Le toucher rectal était normal. Les aires ganglionnaires périphériques étaient libres. La radiographie de l'abdomen sans préparation était normale. Une biopsie exérèse de la tumeur a été réalisée et a montré une tumeur indurée de 2 x 1 cm de grand axe, adhérente aux différentes tuniques du cordon spermatique (Fig. 1). L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a conclu à un adénocarcinome bien différencié (Fig. 2). Une métastase d'origine digestive a été alors suspectée et nous a conduits à demander une tomodensitométrie abdominale à la recherche de la tumeur primitive. Cet examen a permis de mettre en évidence une tumeur de la tête du pancréas (Fig. 3). Le diagnostic d'un adénocarcinome métastatique du cordon spermatique d'origine pancréatique a été posé. L'exploration de la cavité abdominale par laparotomie a montré une tumeur de la tête

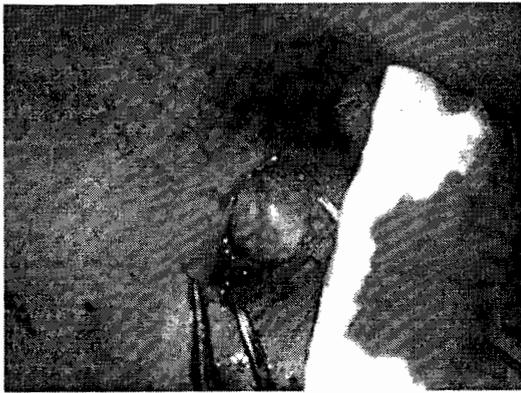


Fig. 1: Aspect per-opératoire de la métastase du cordon spermatique droit.

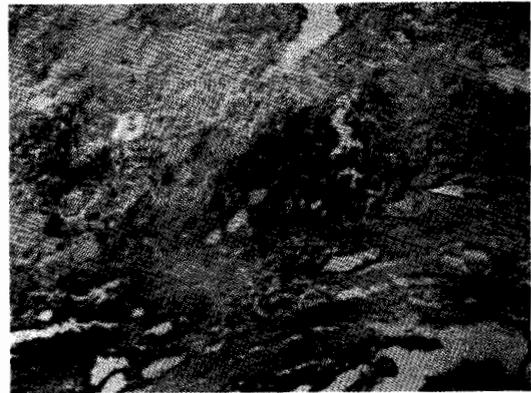


Fig. 2: Examen anatomopathologique montrant un adénocarcinome bien différencié (flèche) (HE X 400)

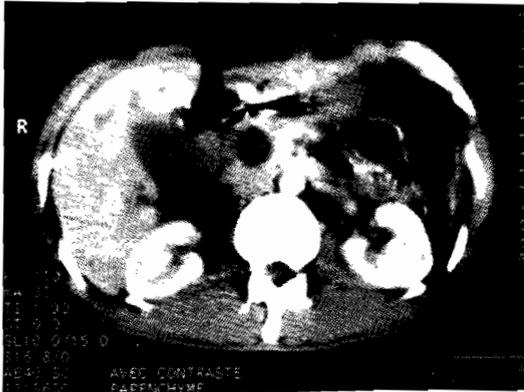


Fig. 3: Tomodensitométrie abdominale: avec injection de produit de contraste: tumeur de la tête du pancréas.

du pancréas avec des adénopathies suspectes au niveau du pédicule hépatique et une dilatation des voies biliaires extra hépatiques. Le reste de la cavité abdominale était sans particularités. Une dérivation bilio-digestive de type cholédoquo-duodénale associée à une anastomose gastro-jéjunale a été réalisée. Une biopsie de la tumeur a été effectuée et l'examen anatomopathologique a confirmé l'existence d'un adénocarcinome de la tête du pancréas. Les suites opératoires ont été simples. Le patient a ensuite été transféré en oncologie en vue d'un traitement adjuvant. Le suivi à distance n'a pas été possible car le patient a été perdu de vue.

DISCUSSION

Les tumeurs du cordon spermatique sont rares et généralement bénignes². Les

tumeurs malignes représentent 3% de toutes les tumeurs paratesticulaires comprenant les fibrosarcomes, les sarcomes et les métastases. D'après les données de la littérature, les principales tumeurs donnant une métastase au niveau du cordon spermatique sont représentées par les adénocarcinomes de l'estomac et de la prostate et les tumeurs colo-rectales³. Plus rarement, on peut citer les tumeurs du poumon, du rein et du pancréas^{4,5}. Seuls 12 cas d'adénocarcinome du pancréas donnant des métastases au niveau du cordon spermatique ont été rapportés dans la littérature⁶. Pour notre part, il s'agit du premier cas observé à Madagascar.

La voie de dissémination se fait essentiellement par voie lymphatico-veineuse⁴. Le diagnostic de métastase peut être évoqué si le patient est déjà suivi pour une tumeur. Plus rarement, comme cela est le cas dans notre observation, il s'agit d'une métastase du cordon spermatique faisant alors rechercher la tumeur primitive. Les examens d'imagerie et plus particulièrement la tomodensitométrie abdominale permettent de rechercher la tumeur primitive.

Le traitement curatif, lorsqu'il est possible, consiste en une ablation chirurgicale élargie de la tumeur primitive et de la métastase. Dans ce cadre, on réalise une duodéno-pancréatectomie associée à une orchidectomie élargie emportant le bloc épидидymotesticulaire et le cordon, dans sa

totalité, jusqu'à l'orifice inguinal profond. 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 inguinal sera nécessaire⁷. Ce traitement chirurgical est généralement associé à une chimiothérapie ou une radiothérapie adjuvante⁸. Dans ce contexte métastatique, le pronostic reste sombre avec une survie moyenne de 9 mois à partir de la découverte de la tumeur primitive³.

En conclusion, les tumeurs du cordon spermatique sont rares. La découverte d'un adénocarcinome métastatique du cordon spermatique révélant une tumeur du pancréas est inhabituelle en pratique clinique urologique courante. Ainsi, devant une tumeur du cordon spermatique, la possibilité d'une localisation métastatique d'une tumeur de voisinage ou à distance est à connaître.

BIBLIOGRAPHIE

1. Komeda Y, Kato H, Saito K. Spermatic cord metastasis from ureteral carcinoma. *Urology*. 1988; Nov;32(5):449-50.
2. Reynard J, Brewster S, Biers S. Urological neoplasia. In: Reynard J, Brewster S, Biers S, editors. *Oxford Handbook of Urology*: Oxford University Press; 2005. p. 315.
3. Algaba F, Santaularia JM, Villavicencio H. Metastatic tumor of the epididymis and spermatic cord. *Eur.Urol*. 1983;9(1):56-9.
4. Fournier G, Hubert J, Chassagne S, Menut P, Delavierre D, Mangin P. Métastases d'adénocarcinome rénal au niveau du cordon spermatique et de l'épididyme: Deux observations. [Metastasis of renal adenocarcinoma to the spermatic cord and the epididymis: 2 cases]. *Prog.Urol*. 1995; Nov;5(5):714-6.
5. Kaya C, Tanrikulu H, Yilmaz G, Aker F, Karaman MI. Spermatic cord metastasis as an initial manifestation of non-small cell carcinoma of the lung. *Int.J.Urol*. 2006; Jun;13(6):846-8.
6. Tanaka H, Yasui T, Watase H. [Metastatic tumor of the epididymis from pancreatic carcinoma: A case report]. *Hinyokika Kyo*. 1999; Sep;45(9):649-52.
7. Coleman J, Brennan MF, Alektiar K, Russo P. Adult spermatic cord sarcomas: Management and results. *Ann. Surg.Oncol*. 2003; Jul;10(6):669-75.
8. Lioe TF, Biggart JD. Tumours of the spermatic cord and paratesticular tissue. A clinicopathological study. *Br.J.Urol*. 1993; May;71(5):600-6.

ABSTRACT

Metastatic Tumor of the Spermatic Cord Caused by an Adenocarcinoma of the Pancreas. Case Report

A metastatic tumor of the spermatic cord caused by an adenocarcinoma of the pancreas is uncommon. The authors report the case of a 48-year-old man admitted to Antananarivo Teaching Hospital (Madagascar) with a right inguinal mass and in a poor physical condition. Computed tomography and histological examination confirmed the diagnosis. Diagnosis and treatment are discussed based on a review of the literature.