

Fibrome de la tunique albuginée

A propos d'un cas

G. SABEH¹, M. CESSINE¹, M. DIRANI¹, E. ALAM¹, M. KABBARA¹,
S. ISHAK¹, A. HAYEK¹, E.M. GEDEON²

SABEH G., CESSINE M., DIRANI M., ALAM E., KABBARA M., ISHAK S., HAYEK A., GEDEON E.M. — Fibrome de la tunique albuginée. A propos d'un cas. *Ann Chir*, 1992, 46, n° 3, 268-270.

RÉSUMÉ : Le fibrome de la tunique albuginée est une lésion bénigne, rare, une vingtaine de cas seulement ont été publiés. Nous avons observé un cas sur un testicule unique d'un patient de 40 ans. Le traitement effectué a été une énucléation. L'intérêt de cette observation réside dans la rareté du cas et dans la réponse qu'elle propose, face à l'interrogation en per-opératoire. Après une revue de la littérature, sont rappelées les caractéristiques de cette affection.

MOTS-CLÉS : Testicule. — Fibrome. — Albuginée.

SABEH G., CESSINE M., DIRANI M., ALAM E., KABBARA M., ISHAK S., HAYEK A., GEDEON E.M. — Fibroma of the tunica albuginea. A case report. (*In French*). *Ann Chir*, 1992, 46, n° 3, 268-270.

SUMMARY : Fibroma of the tunica albuginea is a rare, benign lesion. Only twenty cases have been published. We have observed one case a solitary testis of a 40 years old patient. The treatment performed was enucleation. The interest of this case consists in the rarity of the case and the operative solution proposed. After a review of the literature, we summarise the characteristics of this disease.

KEY-WORDS : Testis. — Fibroma. — Tunica albuginea.

OBSERVATION

Paysan de 40 ans, obèse, gêné depuis six mois par une induration du testicule gauche, une orchidectomie droite post-traumatique ayant été effectuée dans l'enfance. La tuméfaction siège dans la région postéro-inférieure et externe à côté de la queue de l'épidyme, ferme, faisant 1 cm de diamètre, roulant sous les doigts, légèrement plus sensible que le reste du testicule sans hydrocèle, sans varicocèle.

Les cordons et scrotum apparaissent normaux, les aires ganglionnaires libres. Il n'existe pas de gynécomastie. L'échotomographie retrouve la petite tuméfaction et précise son siège superficiel par rapport au testicule, mais ne montre pas d'adénopathies rétro-péritonéales. L'urographie intraveineuse, la radio du thorax sont sans anomalie. Les taux des marqueurs biologiques β -HCG et α foeto-protéine sont normaux.

L'intervention par voie inguinale gauche, après clampage premier du cordon spermatique, a permis de voir la petite tuméfaction à la périphérie du testicule, faisant saillie au-dessus de la couche vaginale interne et, après incision de cette dernière, de remarquer un aspect de ganglion ferme, de

couleur rouge vif. L'examen histologique extemporané n'a pas été possible. L'énucléation s'est avérée très facile, le tissu testiculaire n'était pas envahi, et le testicule était d'apparence normale.

Histologie : Les lames montrent des structures nodulaires avec un stroma dense et abondant, occupé par des cellules fusiformes et allongées à contour régulier (fig. 1). Les noyaux sont centraux. Les cytoplasmes sont peu abondants. Un léger infiltrat lymphocytaire est noté, les lames ne montrent pas de tissu testiculaire proprement dit ; le diagnostic de fibrome du testicule gauche est porté.

Le patient a été revu plusieurs fois, la dernière, quatre ans après, et paraît tout à fait guéri.

1. Service de Chirurgie Générale (D^r G. Sabeh), Hôpital Nini, rue Jisr, TRIPOLI (Liban).
2. Service d'Anatomie Pathologie (P^r E.M. Gedeon), Hôtel-Dieu de France, rue de l'Hôtel-Dieu, Beyrouth (Liban).

Manuscrit reçu à la Rédaction le 3 octobre 1990.

Accepté par les Comités de Lecture et de Rédaction le 17 avril 1990, après modifications.

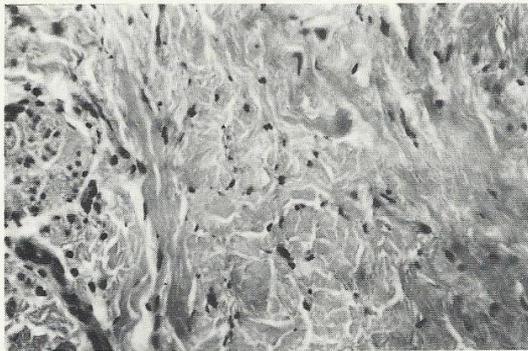


Fig. 1. — Aspect histologique du fibrome : cellules fusiformes, sans atypie, associées à un infiltrat lymphocytaire. (Agrandissement x 280).

Fig. 1. — Histological features of the spindle cell fibroma, with no atypia, associated with a lymphocytic infiltrate. (Original magnification x 280).

COMMENTAIRES

Melchiori, en 1852 [9], a rapporté le premier cas de fibrome de l'albuginée, depuis, Hayward [5] en 1871, Lardennois et Lecène [6] en 1911 et d'autres, ont rapporté tour à tour un nouveau cas. Le nombre total de cas publiés est de l'ordre d'une vingtaine.

— Le *fibrome*, qui peut être unique ou multiple [14, 15], est encore appelé périorchite réactive, périorchite pseudo-fibromateuse et périorchite nodulaire [14].

Mostofi [10] tenant compte de sa bénignité, le classe avec les pseudo-tumeurs fibreuses ; Goodwin et Vermooten [4] font une distinction entre deux types de lésions : la périorchite évolutive chronique et les fibromes multiples de la tunique vaginale du testicule. L'inflammation serait pour la majorité des auteurs à l'origine du fibrome [2, 10, 14], que cette inflammation soit non spécifique ou secondaire à un trauma [2, 6, 9, 11].

— La classification de l'OMS est admise par la plupart des auteurs, son mérite est sa nomenclature précise. Ainsi, le fibrome fait partie des tumeurs des annexes testiculaires et des tissus de soutien. Cet ensemble est estimé à moins de 1 % des tumeurs du testicule [7], et la majorité de ces tumeurs seraient bénignes [1]. Dans ce cadre, le fibrome serait la deuxième tumeur bénigne en fréquence après la tumeur adénomatoïde [8, 14], mais en fait, il semblerait que les tumeurs bénignes du testicule existent de manière moins rare que prévue [15].

— L'*anatomopathologie* plaide en faveur d'un tissu fibreux dense, de consistance ferme, encapsulé et lisse ; l'épididyme et le testicule ne sont pas touchés. Certains fibromes sont associés à des hydrocèles [11, 14, 15]. La croissance tumorale est lente ; la taille est petite, de 1 à 2 cm de diamètre, la plus importante faisait 12,5 cm sur 8,75 cm [5]. L'âge de 23 ans [1] à 81 ans [5]. Les côtés droit et gauche sont presque à égalité dans les publications.

— La *majorité des patients* connaissaient la présence de leur tuméfaction [1] certains présentaient une sensation de tiraillement, d'élançement, de gêne comme c'est le cas pour notre patient, mais pas de douleur aiguë ; les fibromes sont généralement paucisymptomatiques [14].

— Les *examens para-cliniques* sont sans intérêt pour le diagnostic, l'échotomographie scrotale montre, dans 80 % des cas, le site d'origine [12], mais ne peut pas nous indiquer si celui-ci est malin ou même si l'architecture testiculaire est normale, la tomодensitométrie est aussi limitée quant à ses renseignements, alors que l'une et l'autre, au besoin, présentent un intérêt pour l'étude des ganglions rétropéritonéaux avec une fiabilité des deux examens couplés avoisinant 74 % [7].

— La *biopsie à l'aiguille* est condamnée par la plupart des chirurgiens [3, 7], car incertaine, et présente le risque d'implantation tumorale. La hantise des tumeurs malignes, relativement plus fréquentes, puisqu'elles représentent 96 à 97 % des tumeurs du testicule [7, 14], doit conduire vers le geste chirurgical après avoir prévenu le patient d'une éventuelle castration, et le chirurgien doit décider du sort du testicule en opérant ; ainsi, toutes les tumeurs solides du testicule où la malignité ne peut pas être exclue, doivent être explorées par une incision inguinale et le cordon spermatique doit être temporairement clampé avant la mobilisation du testicule.

— Pour certains, la *biopsie extemporanée* peut être inutile à cause de l'erreur d'échantillon et les lésions bénignes peuvent coexister avec des zones malignes non connues [3], invitant ainsi à une castration comme seule méthode pour exclure la malignité et pour permettre l'examen histologique de tout le testicule. D'autres considère comme un crime le fait d'enlever un testicule pour une affection bénigne.

Entre ces deux attitudes extrémistes, il faut considérer la possibilité d'une lésion bénigne, quand la lésion unique ou multiple est petite, discrète faisant saillie au-dessus de la couche vaginale interne et facilement énucléable, et quand l'anatomopathologiste est bien guidé par la précision du site de la tumeur, l'examen extemporané pourrait être suffisant [8, 13], empêchant ainsi une castration inutile.

CONCLUSION

La rareté des tumeurs des annexes testiculaires et des tissus de soutien, et le manque d'attention qui leur sont accordés, souligne l'importance de rapporter

de nouveaux cas et d'estimer ceux présentés ; nous ne voulons pas diminuer l'importance et la vigilance concernant les masses testiculaires, mais cette analyse démontre que toutes les masses ne sont pas malignes et qu'il y a moyen de les reconnaître.

RÉFÉRENCES

1. BODNER H. — Fibroma of the tunica albuginea. *Urol and Cutan Rev*, 1946, 50, 457-459.
2. BOYER E.E.H. — Fibroma of the testicle. *Ann Surg*, 1919, 70, 210-211.
3. BULLOCK N. — Benign testicular tumors. *Br Med J*, 1987, 295, 456.
4. GOODWIN W.E., VERMOTEN V. — Multiple fibromato tunica vaginalis testis or proliferative type of chronic periorchitis, a report of two cases. *J Urol*, 1946, 56, 430-432.
5. HAYWARD J.W. — Fibrous tumor of the tunica albuginea testis. *Tr Pathol Soc London*, 1872, 23, 168-169.
6. LARDENNOIS G., LECENE P. — Fibrome de l'albuginée. *Bull Mém Soc Anat Paris*, 1911, 86, 712-713.
7. LE GUILLOU M., PERRIN P. — Tumeurs du testicule, rapport à la 75^e session de l'Association Française d'Urologie, *J Urol*, 1981, 87.
8. MANSON A.L. — Adenomatoid tumor of testicular tunica albuginea, mimicking testicular carcinoma, *J Urol*, 1988, 139, 819-820.
9. MELCHIORI G. — Tumore fibroplastico dell albuginea. *Gaz Med Ital Lomb*, 1852, 3, 51-52.
10. MOSTOFI F.K. — Testicular tumors, epidemiologic, etiologic and pathologic features. *Cancer*, 1973, 32, 1186.
11. MOSTOFI F.K., PRICE E.B. — Tumors of the male genital system. In: *Atlas of tumors*. Washington, D.C. Armed Forces Institute of Pathology, 1973, 8, 151-153.
12. SAMPLE W.F., GOTTESMAN J.E., SKINNER D.G., EHRLICH R.M. — Gray scale ultrasound of the scrotum. *Radiology*, 1978, 127, 225-228.
13. STROM G.W. — Pseudotumor of testicular tunis. *J Urol*, 1977, 118, 340.
14. SAJJAD S.M., AZIZI M.R., LLAMAS L. — Fibrous pseudotumor of testicular tunic. *Urology*, 1982, 19, 86-88.
15. TURNER W.R. Jr et coll. — Benign lesions of the tunica albuginea. *J Urol*, 1977, 117, 602-604.



ARCHIVES D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Rédaction : 39, bd Latour Maubourg, 75007 PARIS. Tél. (16-1) 45.51.32.49

ABONNEMENTS

(6 numéros par an)

Service « Abonnements » : 15, rue Saint-Benoît - 75278 PARIS CEDEX 06 - Tél. (16-1) 45.48.42.60

	France	Étranger
Abonnement	1 050 F	1 400 FF
Étudiants :	525 F	Étudiants : 720 FF

Les abonnements sont payables au comptant et ne sont mis en service qu'après la réception du règlement.

Les chèques bancaires en provenance de l'étranger doivent être adressés au compte n°10492-19 CIC, 16 ter, av. Bosquet, 75007 PARIS CEDEX (France).