

LE CARCINOME ÉPIDERMOÏDE DU PÉNIS : À PROPOS DE 4 CAS AU SERVICE D'UROLOGIE DU CHU DE CONAKRY

SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE PENIS: ABOUT 4 CASES AT THE UROLOGY DEPARTMENT OF THE UNIVERSITY HOSPITAL OF CO- NAKRY

GUIRASSY S, BAH OR, BAH I, BARRY MII, DIALLO A, DIALLO AB, DIALLO TMO, BAH MD, DIALLO IS, KOULÉMOU A, DIALLO MB

Service d'Urologie-Andrologie du CHU de Conakry

Auteur correspondant: GUIRASSY S, Service d'Urologie-Andrologie du CHU de Conakry, Email : guiras-sys2@gmail.com

RESUME :

Introduction : l'étude de quatre observations a permis aux auteurs de réaliser une revue de la littérature et l'état des difficultés de la prise en charge thérapeutique du cancer du pénis à un stade avancé.

Observations : l'étude concernait quatre hommes de 32, 46, 70 et 73 ans, circoncis à l'enfance, tous atteints d'un carcinome épidermoïde infiltrant du pénis. L'examen clinique a permis de déceler, chez tous les patients, une volumineuse tumeur du pénis infectée avec un moignon sain de moins de 5 cm. Un des patients portait une adénopathie inguinale superficielle et une sérologie positive au VIH. Une pénectomie totale avec uréthroscopie périméale sous antibiothérapie fut pratiquée chez tous les patients.

Conclusion : Ces observations mettent en évidence les problèmes posés par un diagnostic tardif des tumeurs péniennes. L'amélioration du pronostic passe par un dépistage et une prise en charge précoce de toute lésion pénienne.

Mots clés : Pénis, carcinome épidermoïde, pénectomie, uréthroscopie

Summary:

Objective: the study of four observations allowed the authors to carry out a review of the literature and the difficulties of the therapeutic management of penile cancer in an advanced stage.

Case reports: the study involved four men of 32, 46, 70 and 73 years, circumcised in childhood, all diagnosed with infiltrating squamous cell carcinoma of the penis. Clinical examination allowed to detect, in all patients, a large penis tumor infected with a healthy stump of less than 5 cm. One patient was superficial inguinal lymphadenopathy and positive serology HIV. A total penectomy with perineal urethroscopy under antibiotic therapy was performed in all patients.

Conclusion: These observations highlight the problems caused by late diagnosis of penile tumors. The improved prognosis through screening and early treatment of any penile lesion

Keywords : Penis, squamous cell carcinoma, penectomy, urethroscopy

INTRODUCTION

Exception faite de la Chine et du Sud-Est Asiatique, où il représente 20% de tous les cancers [1], le cancer du pénis est rare [2]. Sa fréquence relativement stable reste estimée à moins de 1% de l'ensemble des cancers chez l'homme [3]. L'âge moyen de survenue est de 60 à 70 ans [4] avec un retard diagnostique d'environ 12 mois. Sur le plan épidémiologique, les tumeurs du pénis apparaissent chez les patients non circoncis, non hygiéniques et/ou présentant des lésions pré-épithéliomateuses parfois associées à Human Papilloma Virus (HPV sérotypes 16 et 18) [3,4]. L'infection au VIH qui touche particulièrement l'Afrique au sud du Sahara, pourrait jouer un rôle déterminant dans l'épidémiologie de ce cancer. Les carcinomes épidermoïdes ont une évolution lente et la majorité des patients non traités décèdent dans les 2 ans [5]. Le stade clinique de la tumeur, le grade histologique et l'envahissement ganglionnaire sont les facteurs déterminants du pronostic [6,7]. À partir de quatre observations, les auteurs ont passé en revue la littérature et exposé les difficultés de la prise en charge thérapeutique des cancers du pénis.

OBSERVATIONS

Patient No 1

Mr M D de 32 ans, cultivateur a été admis pour une rétention chronique incomplète d'urines vésicales. Son histoire était marquée par des lésions ulcéreuses et nécrotiques sur le gland, ces lésions s'étaient étendues progressivement au pénis (Figure 1).



Figure 1 : Carcinome épidermoïde avancé du pénis avec sonde urétrale à demeure.

Dans les antécédents, il avait subi une posthectomie à l'enfance, on notait des urétrites purulentes mal traitées et qui ont abouti à une sténose de l'urètre bulbaire ayant nécessité une Urétrotomie interne endoscopique. Le patient présentait un bon état général, une miction goutte à goutte et une tumeur ulcéro-bourgeonnante occupant les deux tiers distaux du pénis. La bourse et le périnée étaient d'aspect normal. La prostate était sans particularité au toucher rectal. Il n'y avait pas d'adénopathie inguinale. Le diagnostic d'une sténose de l'urètre bulbaire associé à une tumeur du pénis a été évoqué. Une cystostomie d'urgence fut pratiquée pour faciliter le drainage vésical. Les sérologies au HPV (type 16 et 18) et au VIH se sont révélées négatives. La Créatininémie était normale. L'examen cytobactériologique des urines avec antibiogramme avait mis en évidence une infection à staphylococcus aureus sensible à la Norfloxacine. Le résultat de la biopsie a conclu à un carcinome infiltrant bien différencié du pénis. L'échographie abdomino-pelvienne et la radiographie pulmonaire standard étaient sans particularité. Le patient avait bénéficié d'une pénectomie totale avec urétrostomie périnéale et a refusé la lymphadénectomie. Il est décédé 11 mois plus tard.

Patient N°2

Mr M. B de 46 ans Agent Technique de Santé a été référé par le service de dermatologie avec le diagnostic de tumeur du pénis. Le début de la maladie remontait à 9 mois, marqué par une fièvre au long cours suivie de l'apparition des lésions ulcéro-bourgeonnantes sur le gland. Dans ses antécédents, le patient avait également bénéficié d'une posthectomie à l'enfance, on notait une notion de syphilis traitée dans un centre de santé à la pénicilline. La survenue de la fièvre, la progression des lésions ulcéro-bourgeonnantes sur le pénis et l'altération de l'état général ont constitué le motif de consultation, le diagnostic de tumeur du pénis associé à une infection au VIH a été évoqué. A l'examen clinique, on notait une tumeur ulcéro-bourgeonnante avec des zones nécrotiques et purulentes envahissant la quasi-totalité du pénis n'épargnant

qu'un moignon proximal sain d'environ 1cm et demi. Il existait une adénomégalie inguinale superficielle gauche de 30 mm, douloureuse et fixe. Le reste de l'examen urogénital était sans particularité. La sérologie à l'infection au VIH était positive, mais négative à la syphilis. La Créatininémie était normale. La biopsie a conclu à un cancer épidermoïde bien différencié et invasif du pénis. La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne, pour des raisons techniques, n'a pu être réalisée. Le patient, sous antibiothérapie probabiliste, avait bénéficié d'une pénectomie totale avec urétrostomie périnéale dont les suites étaient simples. La lymphadénectomie n'a pas été réalisée à cause de son statut sérologique (VIH). Une trithérapie a été instituée pour l'immunodéficience.

Patient N° 3

Il s'agit de Mr C.K 73 ans, pilote à la retraite, admis pour une lésion ulcéro-nécrotique du gland, une hématurie terminale et une pollakiurie nocturne évoluant depuis 9 mois. A l'examen clinique on notait une lésion ulcéro-nécrotique du gland située entre l'orifice urétral externe et le frein du gland chez un patient circoncis. On notait également d'autres ulcérations superficielles sur le gland (Figure 2).



Figure 2 : Carcinome épidermoïde du gland

Au toucher rectal on a mis en évidence une hypertrophie prostatique d'allure bénigne. L'échographie de la prostate a conclu à une hypertrophie homogène de celle-ci. La Créatininémie et le taux de PSA étaient dans les limites de la normale. Le patient a refusé tout geste sur le pénis, estimant qu'il s'agit d'une infection et non une tumeur. La persistance et l'aggravation des lésions, malgré l'antibiothérapie) a conduit le patient à accepter une biopsie qui a conclu à un carcinome épidermoïde. Le patient avait bénéficié d'une pénectomie totale avec urétrostomie périnéale et les suites étaient simples. Il est décédé 8 mois après l'intervention.

Patient n°4

Mr K.M. 70 ans, chauffeur, admis pour douleur au testicule gauche, lésion ulcéro-nécrotique suppurée du pénis, ayant évolué pendant 1 an. L'histoire du patient révèle qu'il a été amputé du pénis pour cancer en Espagne. Ses antécédents révélaient une orchite droite suppurée. L'examen clinique avait objectivé une lésion ulcéro-nécrotique suppurée du moignon du pénis, la peau alentour était très infiltrée par le processus tumoral. Pas d'adénomégalie inguinale. Il existait une douleur épидидymo-testiculaire gauche tandis que le testicule droit était multi nodulaire. Le résultat anatomo-pathologique de la pièce de biopsie du moignon du pénis a confirmé le diagnostic du carcinome épidermoïde du pénis. L'ECB des urines avec antibiogramme a décelé: *E. coli*, sensibles à la Rocéphine et au Nibiol. Les autres examens paracliniques étaient sans particularité. Le patient a bénéficié d'une pénectomie totale avec urétrostomie périnéale et antibiothérapie dont les suites opératoires étaient simples. Le patient est décédé quelques mois plus tard.

DISCUSSION :

La prévalence du carcinome épidermoïde est très variable d'une région à une autre [8] : 4 pour 100000 en Afrique, Asie et Amérique du sud contre 0,3 à 1 en Amérique du nord. En France, l'incidence est estimée à 270 nouveaux cas par an et ces tumeurs représentent 0,5% des cancers de l'homme [9]. Les facteurs de risque sont constitués par le défaut d'hygiène locale, le phimosis et l'infection au Human Papilloma Virus (HPV) sérotype 16 et 18. L'infection à VIH pourrait être un facteur aggravant comme ce fut le cas chez un de nos patients. L'âge moyen de survenue est de 60 ans [9], mais dans les pays à forte prévalence, 58% des carcinomes épidermoïdes du pénis surviendraient avant 50 ans [2, 3, 10]. Deux de nos patients avaient moins de 50 ans (observations 1 et 2). La circoncision à la naissance diminue considérablement le risque de tumeur du pénis. A l'opposé, un phimosis est associé dans 25 à 75 % aux cancers du pénis [5].

L'aspect des tumeurs épidermoïdes du pénis est variable selon le stade d'évolution et la forme clinique. A un stade précoce, la tumeur est située au niveau du gland ou du prépuce dans 98% des cas [8]. A un stade avancé, comme c'est le cas de nos patients, il existe une infiltration des corps caverneux, spongieux et de l'urètre avec des adénopathies satellites. L'examen clinique du pénis apprécie la topographie et l'aspect de la tumeur, la longueur de la partie proximale du pénis sain en amont de la lésion et un éventuel envahissement des corps caverneux et de l'urètre [11]. Le diagnostic du cancer du pénis doit être confirmé histologiquement dans tous les cas par une biopsie [5]. La palpation des aires inguinales à la

recherche d'adénopathie, doit être réalisée systématiquement. Si les ganglions inguinaux sont palpables, une nouvelle évaluation clinique doit être effectuée après 6 semaines d'antibiothérapie et le traitement de la lésion primaire. C'est un cancer lymphophile: 35% des carcinomes épidermoïde du pénis, tous stades confondus, ont des adénopathies métastatiques au moment du diagnostic [3]. Nos patients ont été vus à un stade avancé de leur cancer. Ce retard diagnostique est dû à la méconnaissance de la pathologie, aux erreurs diagnostiques, à la faiblesse des conditions socio-économiques et aux considérations culturelles et religieuses.

La plupart des auteurs recommandent une échographie haute résolution ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) pour apprécier l'infiltration des corps caverneux et spongieux. La lésion est souvent en hyposignal T2 modéré, ce qui permet de la distinguer des corps caverneux en relatif hypersignal. La tomодensitométrie (TDM) fait partie du bilan d'extension et doit rechercher des métastases ganglionnaires, pulmonaires et osseuses [8]. Pour Marconnet L et al. [12] le diagnostic des adénopathies suspectes repose sur l'examen clinique associé à la cytoponction. Bien qu'une PCR (Polymérase Chain Réaction) à la recherche des HPV oncogènes (sérotypes 16 et 18) soit souhaitable, ce bilan n'a pas été réalisé chez nos patients pour des raisons techniques.

La prise en charge des tumeurs du pénis dépend du grade et du stade. Ces tumeurs sont souvent infectées et une antibioprophylaxie à large spectre est recommandée.

Pour les tumeurs localisées au prépuce, une circoncision est indiquée. Elle doit être complétée par une chirurgie conservatrice du gland et du fourreau pénien en cas de marges positives [13].

La curiethérapie est indiquée en cas de tumeurs limitées au gland inférieures ou égales à T2, sans envahissement de l'albuginée des corps caverneux, sans infiltration du méat urétral et dont le plus grand diamètre est inférieur à 40 mm. Une des limites de la curiethérapie reste l'infection qui diminue l'efficacité de la radiothérapie et augmente le risque de complications. Elle nécessite obligatoirement une circoncision préalable [13].

Une pénectomie partielle est indiquée en cas de tumeurs du gland infiltrant l'albuginée des corps caverneux [13]. Elle doit respecter deux principes : une marge saine de 5 mm et un lambeau cutané dorsal permettant de recouvrir le moignon des corps caverneux et de confectionner le néoméat urétral.

Pour les tumeurs infiltrantes du pénis (T2-T3), l'amputation partielle du pénis n'est possible que si une marge de 2 cm de longueur peut être assurée et que la longueur du pénis restante permet des mictions débout en dirigeant le jet. Dans le cas contraire, une amputation totale avec urétrostomie périnéale doit être réalisée [14]. Aucun de nos patients n'a bénéficié

ficié de d'une amputation partielle du fait de leur admission à un stade avancé (T3 avec moins de 5 cm de mignon sain).

La chirurgie des aires ganglionnaires a un rôle curateur et pronostique chez les patients ayant une tumeur du pénis à risque d'atteinte ganglionnaire (risque intermédiaire ou élevé de l'EAU). La lymphadénectomie doit toujours être bilatérale mais le type de curage est fonction du résultat de l'examen clinique : un curage inguinal total est indiqué en cas d'adénopathie palpable ; un curage inguinal modifié si pas d'adénopathie palpable, il sera totalisé en cas d'adénopathie métastatique lors de l'examen histologique [12].

Au stade N3, le curage peut être associé à une chimiothérapie [5]. Pour Bouchot et Rigaud [3], la lymphadénectomie inguinale ne présente pas d'indication de première intention à ce stade, mais peut être utile chez les patients jeunes à espérance de vie assez longue, en cas de réponse à une chimiothérapie.

CONCLUSION

Bien que rares, les carcinomes épidermoïde du pénis posent un véritable problème de prise en charge dans nos pays, compte tenu du stade avancé des tumeurs, dû au retard diagnostique. 50% de nos patients sont relativement jeunes, (moins de 50 ans). L'infection au VIH qui touche particulièrement l'Afrique au Sud du Sahara pourrait jouer un rôle déterminant dans l'épidémiologie de ce cancer. L'amélioration du pronostic passe par un dépistage et une prise en charge précoce, de toute lésion pénienne. Ce souci de diagnostic précoce se heurte à un obstacle socio culturel et économique déplorable. D'où l'intérêt d'une sensibilisation de la population, du personnel de la santé et des autorités politiques et religieuses.

RÉFÉRENCES:

1. Gueye SM, Diagne BA, Ba M, Sylla C, Mensah A. Le cancer de la verge. Aspects épidémiologiques et problèmes thérapeutiques au Sénégal. *J.Urol.* 1992; 98 (3) : 159-61.
2. Saint F, Legeais D, Leroy X, Biserte J, Gosselin B, Mazeman E. Prise en charge thérapeutique du carcinome épidermoïde du pénis: Discussion anatomoclinique et revue de la littérature. *Prog. Urol.* 2000; 10 (1): 128-33.
3. Bouchot O, Rigaud J. Tumeurs du Pénis : Techniques et indications. *Ann. Urol.* 2004 ; 38(6) : 285-97.
4. Conort P, Desgrandchamps F. Recommandations Cancer de verge. Comité de cancérologie. *Prog. Urol.* 2000; 10: 79-86 .
5. Lesourd A. Anatomopathologie des tumeurs malignes du pénis. *Prog.urol.* 2005; 15 (4 suppl 2) : 801-4.
6. Mottet N, Avances C, Bastide C, Culine S, Iborra F, Kouri G et al. Tumeurs du pénis. *Prog. Urol.* 2004 ; 14 (4 suppl 1) : 903, 905-11.
7. Mottet N. Epidémiologie du cancer du pénis. *Prog. Urol.* 2003; 13 (5 Suppl 2): 1237.
8. Rocher L, Glas L, Cluzel G, Ifergan J, Bellin MF. Imagerie des tumeurs de la verge. *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle* 2012; 93 : 344-53.
9. Rigaud J. Prise en charge des cancers du pénis. *Prog. Urol.* 2014; 24: 918-24.
10. Avances C, Iborra F, Rocher L, Mottet N. Recommandations diagnostiques des tumeurs malignes du pénis. *Prog. Urol.* 2005. Sept; (4 Suppl 2): 810-6.
11. Davis JW, Schellhammer PF; Schlossberg SM. Conservative surgical therapy for penile and urethral carcinoma. *Urology* 1999; 53 (2): 386-92.
12. Marconnet L, Bouchot O, Culine S, Avances C, Rigaud J. Prise en charge ganglionnaire dans le carcinome épidermoïde du pénis : revue de la littérature par le CCAFU-0GE 2010; 20 : 332-342.
13. Bouchot O, Marconnet L, Souillac I, Rigaud J. Tumeurs du pénis, techniques et indications. *Techniques chirurgicales-Urologie* 2012: 41-460.
14. Iborra F, Avances C, Bastide C. Le Curage inguinal dans les tumeurs du pénis. *Prog.Urol.* 2005; 15: 1035-7.