

UN NODULE PÉNIEN RÉVÉLATEUR D'UNE MÉTASTASE D'UN CARCINOME GLANDULAIRE. REVUE DE LA LITTÉRATURE

A NODULE OF THE PENIS REVEALING A METASTASIS OF A GLANDULAR CARCINOMA . REVIEW OF LITERATURE

L S BAYONNE MANOU¹, B MABIKA², S NGUIZI OGOULA ², J MASSANDE³, M ANGUE OBIANG¹

1- Service de Chirurgie Générale, Centre Hospitalier Universitaire d'Angondjé.

2- Laboratoire d'anatomo- pathologie, Faculté de Médecine de Libreville.

3- Service de Chirurgie Générale, Centre Hospitalier Universitaire de Libreville.

Auteur Correspondant : Dr Louis Stanislas Bayonne Manou, BP. 5258 Libreville Gabon. Tél (00241) 07 14 17 12 / 06 24 98 35, E.mail : bayonnemanou @yahoo.fr

Résumé :

Les métastases au niveau du pénis sont extrêmement rares. Elles sont secondaires à des cancers primitifs de localisations diverses. Le pronostic est mauvais. Nous rapportons un cas, qui s'était manifesté par un nodule au niveau du gland du pénis. L'étude anatomo - pathologique du prélèvement révélait un carcinome glandulaire moyennement différencié métastatique.

Le malade était perdu de vue après l'exérèse chirurgicale du nodule. L'étude immuno histochimique du prélèvement avait mis en évidence une positivité de l'anticorps CK20.

Mots clés : Nodule, pénis, Métastase, carcinome glandulaire

Summary:

The metastases at the penis level are extremely rare. They are secondary to primitive cancer of diverse localization . The prognosis is bad. We report a case, which was manifested by a nodule at the level of the penis glans . The pathological anatomical study of the sample revealed a glandular carcinoma moderately differentiated metastatic.

The patient was lost after the surgical excision of the nodule, The immuno histochemical study of the sample had highlighted a positivity of the CK20 antibody

Keywords: Nodule, penis, metastasis, glandular carcinoma

INTRODUCTION

Les métastases péniennes sont rares. Le premier cas était rapporté par Herberth en 1870 chez un patient atteint d'un cancer du rectum [1]. Depuis cette date plus de 437 cas ont été décrits [2].

Les sites primaires de cancer sont : génito-urinaire (76%), digestif (17%) et autres sièges (7%) [3]. Nous rapportons un cas de métastase du pénis ayant l'aspect d'un nodule situé sur le gland. La lésion néoplasique primaire n'a pas pu être diagnostiquée, le malade était perdu de vue.

Le diagnostic de carcinome glandulaire moyennement différencié métastatique était incontestable avec les techniques de l'histologie conventionnelle. L'immuno histochimie avait éliminé une origine prostatique du fait de la négativité des anticorps PSA, P63 et P504s de DAKO. L'anticorps CK20 était positif.

Les origines des métastases du pénis les plus fréquentes sont discutées à partir d'une revue de la littérature.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un sujet d'origine européenne, âgé de 65 ans, marié, vivant au Gabon depuis 20 ans. Il consultait pour une lésion nodulaire, peu douloureuse de 1 cm de diamètre, située sur le gland du pénis, apparue trois semaines plutôt (photo 1). L'examen des organes génitaux externes était sans particularité.



Figure 1 : nodule sur le gland du pénis (photo Bayonne)

À l'interrogatoire, il n'avait aucun antécédent médico-chirurgical. On notait, par ailleurs, une pollakiurie nocturne et une faiblesse érectile. Au toucher rectal, on retrouvait une hypertrophie de la prostate. Les aires ganglionnaires inguinales étaient libres. L'état général était conservé.

L'excision du nodule était faite et l'examen histologique concluait à un carcinome glandulaire moyennement différencié métastatique du pénis.

Le malade était perdu de vue après l'excision. Aucune investigation biologique ni radiologique n'a pu être réalisée. L'acquisition de la technique de l'immuno-histochimie nous a permis de rechercher le siège de la tumeur primitive.

L'origine prostatique était invalidée du fait de la négativité des anticorps PSA, P63 et P504s de DAKO. Nous avons obtenu par immuno-marquage conventionnelle sur coupe incluse en paraffine avec l'anticorps cytotérogène 20 (CK20) une positivité à 80% de marquage cyto-membranaire de cellules tumorales métastatiques (photo2). Cet anticorps identifie les tumeurs glandulaires gastro-intestinales, urothéliales et à cellules de Merkel.

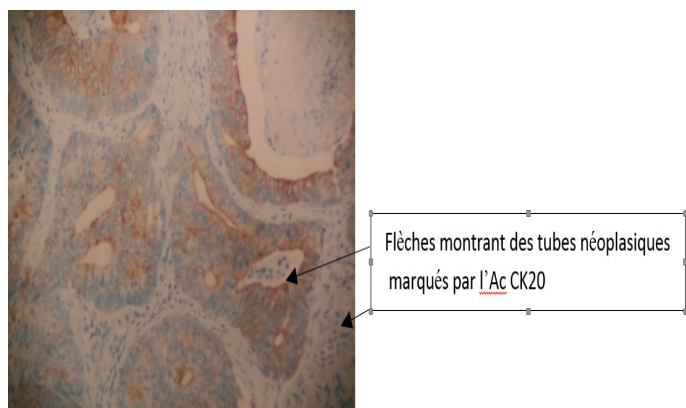


Figure 2 : microphotographie montrant un marquage modéré cytomembranaire des cellules néoplasiques d'un carcinome glandulaire métastatique du pénis avec l'anticorps CK20 Dako, suggérant une origine gastro-intestinale. x 100. Pour le même cas, l'anticorps PSA Dako était négatif. (lame 58644 /laboratoire anatomopathologie, Libreville)

L'aspect histologique de la métastase n'était pas celui d'une tumeur primitive urothéliale ou à cellules de Merkel de siège cutané d'où leur élimination. Par contre le profil immuno-histochimique était compatible avec une métastase glandulaire d'origine digestive possible.

DISCUSSION

La peau est un site métastatique inhabituel comparé aux métastases viscérales et peut être la manifestation d'un cancer profond [4]. Les métastases cutanées peuvent être unique ou multiples et sont ubiquitaires. Les métastases du corps du pénis sont exceptionnelles, celles du gland du pénis sont rares

[3,5].

À l'examen, l'induration des corps caverneux par un nodule douloureux est le signe le plus fréquent de métastase pénienne. Il est décrit que 5% des patients se présentent avec un nodule solitaire et 34% avec de multiples nodules. Dans notre cas, il agissait d'un nodule unique du gland du pénis chez un sujet de 65 ans. L'âge moyen rapporté dans la littérature est de 70 ans (42 – 93) [6].

L'atteinte des corps caverneux était estimée entre 66- 70% des cas. Le corps spongieux, le gland du pénis entre 10 – 12 % et le prépuce à moins de 10% des cas [7].

D'autres signes révélateurs tels que : une ulcération du pénis, une tumeur bourgeonnante du gland, un priapisme idiopathique, un trouble mictionnel, une érection douloureuse, une dysfonction érectile, une rétention aiguë d'urine, une hématurie ou une déformation du pénis avaient été rapportés [8,9].

Les diagnostics différentiels les plus fréquents décrits sont : une maladie infectieuse de la verge, la maladie de Lapeyronie, le cancer primitif de la verge, le chancre syphilitique, la lipogranulomatose, une candidose ou une tuberculose du pénis [10].

L'examen anatomopathologique de la lésion se fait sur biopsie ou sur aspiration à l'aiguille fine, il affirme la métastase. L'écho doppler, l'image par résonance magnétique ou le scanner permettent de visualiser et préciser les limites de la lésion [7, 11].

L'échographie du pénis révèle souvent une plaque fibreuse au niveau de la tunica albuginée s'apparentant à la maladie de Lapeyronie [12].

Selon la littérature, le délai d'apparition de la métastase pénienne est variable. Il est en moyen de 2 ans après la découverte du cancer primitif [13].

Les cancers primaires les plus fréquents sont ceux : de la vessie (30%), de la prostate (30%) et du rein (10,5%) ; les cancers de l'urètre et du testicule sont les moins fréquents ; l'appareil gastro intestinal présente 22 % des cas particulièrement le colon et le rectum pour 16 % ; le reste des métastases du pénis résulte des cancers du poumon, du pancréas, du foie, de la vésicule biliaire, de l'os, du naso pharynx, du mélanome, de la glotte, du sang et du lymphome de Burkitt [7, 12, 14].

Il y a cinq voies de propagation des métastases : la voie veineuse rétrograde ; la voie artérielle ; par retour lymphatique ; par embolisation, par manipulation instrumentale [11, 15]. Le drainage lymphatique de la peau du pénis, du gland, de l'urètre antérieur et du prépuce s'effectue dans les lymphonœuds inguinaux et iliaques externes [16].

En présence d'une métastase pénienne, la tumeur primaire pourrait être diagnostiquée soit par un examen clinique, un bilan biologique, une analyse histologique de la tumeur, un dosage des marqueurs tumoraux spécifiques sériques tels que l'antigène carcino embryonnaire (ACE), l'antigène carbohy-

drate 19-9 (CA 19-9), l'alpha foetoprotéine, les lacticoxydéshydrogénases, l'antigène spécifique prostate (PSA), les β hormones chorioniques gonadotrophiques (β HCG). La tomographie par ordinateur (TDM) thoraco-abdomino-pelvienne ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM) localisent la lésion primaire [12, 17, 18].

Souvent à la découverte de la métastase pénienne, il y a déjà d'autres métastases à distance chez le même patient [19].

Le traitement est souvent palliatif et décevant. En effet, il s'agit d'un traitement de cancer généralisé. Il dépend de l'état général du malade. Ce traitement est étiologique et fonction du cancer primitif, de sa sensibilité aux différentes chimiothérapies.

Le traitement est aussi symptomatique : la radiothérapie permet de réduire la taille de la tumeur, la douleur et améliore le confort de survie. L'exérèse chirurgicale de la métastase lorsqu'elle est unique dans le but de propreté [3, 20].

L'hormonothérapie, un shunt entre corps spongieux et caverneux, une dérivation des urines, une amputation partielle ou totale du pénis ont été rapportés [6, 11, 12].

Le pronostic est sombre car l'espérance de vie est basse, 71% des patients meurent six mois après le diagnostic. Une survie de 9 ans était rapportée après pénectomie sur une métastase pénienne isolée [13, 19, 21].

CONCLUSION

Notre observation est instructive sur deux points. La présence d'un nodule sur le gland du pénis révélateur d'une tumeur primitive est une situation rare, sa prise en charge est pluridisciplinaire, la survie est courte et le pronostic est mauvais. Les études anatomopathologique et immunohistochimique sont déterminantes pour le diagnostic. C'est la première fois dans notre milieu sanitaire que l'immunohistochimie a été utilisée pour la recherche étiologique d'une métastase.

RÉFÉRENCES

1-Apama C, Renuka I V, Saila Bala G, Annapurna P. Osteosarcoma metastases in penis. SAJC 2013;(2) :136.
 2-Zou Ci, Yu Dexin, Wang Qi, Zhang Tao, Xie Dongdong, Wang Yi, Ding Demao, Chen Lei, Zhang Zhiniang, Ma Jiaying, Wang Daming. Penile and intramuscular metastase from esophageal squamous cell carcinoma: A rare case report and review of the literature. Can urol Assoc J 2014; (8) :875-877.
 3-Cuvellier X, Donnaint A, Rigot J M, Mazeman E. Métastases péniennes à propos d'un cas. Revue de la littérature. Prog Urol 1995; (5) :1009-1011.
 4-Ameur A, El Haouri, Lezrek M, Beddouch A. Métastase cutanée révélatrice d'un choriocarcinome testiculaire Prog Urol, 2002;(12) 690-691.
 5-Schoenlaud P, Sarraux A, Grosshans E, Heid E, Cribier B. Métastases cutanées. Annales de dermatologie et de vénéréologie 2001; 128 :1310-1315.

6- Philip J, Mathew J. Penile metastase of prostatic adenocarcinome : Report of two cases and review of literature. World J Surg Oncol 2003; (1) :16.

7-Madrigaj – Medina Ricardo E, Navarrete- Garcia Enrique, Adan –Zenil Medina et al. Adenocarcinoma of the rectum with metastasis to the penis. Rev Mex Urol 2010; 70 (5) :312-314.

8-Yildirim M, Coskun A, Pürten M, Oztekin O, Ilhan E.

A clinical case of the penile metastasis from the rectal carcinoma. Radiology and Oncology 2010; (44) :121-123.

9-Krpina K, Markié D, Spanjol J, Maksim V, Fuckar Z. Penile Metastases of Prostate Cancer. Acta Clin Croat 2011; (50):431-433.

10-Kapoor R, Rakesh Bera A, Saikia U N, Kumar R, Khosia D, Kumar N. Penile metastasis from carcinoma of caecum- Unusual Cause of priapism: A case Report and review of literature Indian Journal of Surgical Oncology 2012; (3) :299-301.

11-Murhekar K M, Majhi U, Mahajan V, Satheesan B. Penile metastasis from rectal carcinoma. Indian J Cancer 2007;(44) :155-156.

12-Tai Young Ahn, Eun Ho Choi, Kun Suk Kim. Secondary Penile Carcinoma Originated From Pancreas. JKMS 1997; (12) : 67-69.

13-Persec Z, Persec J, Sovic T, Rako D, Savic I, Matinic D K. Métastases péniennes d'un adénocarcinome rectal. jchirv 2014; (151) :54-57.

14- Zhang K, Da J, Yao H J, Zheng D C, Cai Z K, Jiang Y Q, Xu M X, Wang Z. Metastatic tumors of the penis : a report of 8 cases and review of the literature. Medecine (Baltimore) 2015; (94):132.

15-Ning Liu, Li-Bo Man, Guang-Lin Huang. Penile metastasis of osteosarcoma: a rare case report. AJA 2013; 102.

16-Chabannes E, Wallerand H, Bernardini S, Debiere F, Allouc H, Bittard H. Mélanome malin du pénis. Prog Urol 2000; (10) :101-106.

17-Karanikas C, Ptohis Nikolaos, Mainta Evgenia, Baltas S Christos, Athanasiadis Dimitris, Lechareas Simos, Katirtzoglou Nikolaos, Xynogalos Spyros. Pulmonary adenocarcinoma presenting with penile metastasis: a case report. J med case report 2012; (6) 252.

18-Inamoto Teruo, Azuma Haruhito, Iwamoto Yusaku, Sakamoto Takeshi, Katsuoka Yoji. A rare case of penile metastasis of testicular cancer presented with priapism. Acta Urol. Jpn 2005; (51) :639-642.

19-Wen – Hsuan Cheng, Jane – Dar Lee, Li – Mien Chen, Shaw – Yeu Jeng. Penile Metastasis Secondary to Esophageal Squamous Cell Carcinoma : A case Report and Review of the Literature. JTUA 2005; (16) :17-20.

20-Dong Zhengbang, Qin Chao, Zhang Qijie, Zhang Lei, Yang Haijing, Zhang Jingdong, Wang Fei. Penile metastasis of sigmoid colon carcinoma : a rare case report. BMC Urol 2015; (15) :20.

21 -Dijkstra S, Vander Heijden A G, Schaafsma H E, Mulders P F A. Synchronous Penile Metastase from a high-grade adenocarcinoma of prostate. Case reports in urology 2012 article ID193787 <http://dx.doi.org/10.1155/2012/193787>. <http://www.hindawi.com/journals/cru/2012/193787/>