

LE CARCINOME EPIDERMOIDE DE L'URETRE MASCULIN

P.A. FALL, A.K. NDOYE, B. DIAO, J.M. DANGOU, M. BA, S.M. GUEYE ET B.A. DIAGNE
Service d'Urologie-Andrologie, Hôpital A. Le Dantec et Services d'Anatomie Pathologique et
d'Urologie-Andrologie, HOGGY, Dakar, Sénégal

INTRODUCTION

Le cancer de l'urètre est une pathologie rare^{1,2}. Il survient le plus souvent autour de la soixantaine et représente tous types histologiques confondus moins de 1% des tumeurs malignes de l'appareil urinaire². Il prédomine chez la femme avec un ratio de 3/1² voire 4/1¹. Le diagnostic est souvent tardif car la symptomatologie n'est pas spécifique, elle consiste en dysurie, hématurie ou urétrorragie. Elle peut également revêtir un tableau de sténose urétrales^{2,3}.

Nous rapportons deux cas de cancer primitif de l'urètre révélés par une sténose urétrale dans le service d'Urologie-Andrologie du CHU de Dakar.

OBSERVATIONS

Observation n° 1

Monsieur C.C., âgé de 60 ans, hypertendu et diabétique, a consulté pour une dysurie associée à une hématurie initiale évoluant depuis six mois. Dans ses antécédents monsieur C.C. a présenté plusieurs épisodes d'urétrite non ou mal traités. L'examen urologique de ce patient a confirmé, lors de l'épreuve mictionnelle, une dysurie sévère associée à une hématurie initiale. Le reste de l'examen urologique était sans particularités. Sur le plan paraclinique, la fonction rénale était normale. Une urographie intraveineuse réalisée a objectivé un rétrécissement étendu de l'urètre périnéal sans retentissement sur le haut appareil urinaire. Le diagnostic de sténose étendue de l'urètre est donc retenu et l'indication d'une uréthroplastie posée. Sous anesthésie loco-régionale, l'urètre est abordé par voie périnéale. La dissection minutieuse des différents plans permet la mise en évidence d'un urètre bulbaire suspect parce que très friable et saignant facilement au contact. Cet aspect de l'urètre nous a conduit à modifier notre indication opératoire initiale et à

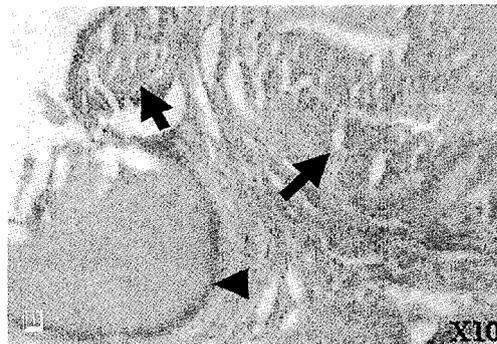


Fig. 1: Carcinome épidermoïde de l'urètre (tête de flèche: épithélium urétral hyperplasié reposant sur un chorion; flèche: foyer de transformation carcinomateuse avec envahissement du chorion)

réaliser une urétrectomie segmentaire. L'examen histologique de la pièce opératoire a conclu en un carcinome malpighien mature et très infiltrant (Fig. 1).

Le patient n'a pas respecté ses rendez-vous de consultation de contrôle et est actuellement considéré comme perdu de vue.

Observation n° 2

Monsieur P. K., 74 ans, hypertendu connu et traité a consulté pour une dysurie et une pollakiurie diurne et nocturne évoluant depuis sept mois. Dans ses antécédents on retrouve un épisode d'urétrite remontant à une trentaine d'années et qui aurait été résolutif sous antibiothérapie. L'examen physique, et en particulier l'examen du périnée, a mis en évidence une gangue périurétrale étendue et siégeant au niveau de l'angle péno-scrotal. L'urographie intraveineuse a montré un rétrécissement serré de l'urètre. La décision de réaliser une uréthroplastie a été prise. A l'exploration, il existait une formation bourgeonnante et nécrosée par endroits, engainant l'urètre et s'étendant aux

corps caverneux. Une urétréctomie emportant cette formation a été réalisée associée à une excision des zones indurées de l'albuginée des corps caverneux.

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu en un carcinome épidermoïde de l'urètre.

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien réalisé dans le cadre du bilan d'extension n'a pas retrouvé de localisation secondaire.

Le patient ayant refusé la pénectomie, un cathéter sus-pubien a été mis en place et un protocole de radiothérapie externe avec irradiation à 45 Gray a été proposé. Le décès est survenu 4 mois après la découverte de la tumeur dans un tableau de cachexie cancéreuse.

COMMENTAIRES

Le cancer primitif de l'urètre masculin est une pathologie rare. Tazi rapporte un seul cas de tumeur de l'urètre retrouvé en colligeant 1109 cancers de l'appareil urinaire sur une période de 10 ans². La rareté de cette pathologie est également retrouvée dans notre pratique, les deux cas présentés étant les premiers publiés au Sénégal. Ces tumeurs ont un âge de prédilection, elles surviennent autour de la soixantaine².

Même si l'étiologie de ce cancer est encore inconnue, il apparaît que les inflammations chroniques et les sténoses de l'urètre jouent un rôle important dans sa survenue. Chez 24 à 76% des patients présentant cette pathologie, il existe des antécédents d'urétrite ou de sténose de l'urètre. Soixante quinze pour cent des tumeurs de l'urètre siègent au niveau de l'urètre bulbo-membraneux qui est également le siège de prédilection des sténoses⁴. Nos patients s'intègrent dans ce schéma de part leur âge (60 et 74 ans), leurs antécédents d'urétrite et la localisation de leur tumeur au niveau du bulbe urétral. Le « human papilloma virus - 16 » favoriserait la survenue des tumeurs au niveau du méat et de la partie terminale de l'urètre en particulier la fosse naviculaire⁴.

L'absence de spécificité des signes cliniques conduit à un retard diagnostique car les patients sont considérés à tort comme porteurs d'un rétrécissement urétral banal. De plus dans nos régions, du fait de l'ignorance, des

tabous et de la difficulté, pour certaines populations, à accéder aux structures sanitaires, les urétrites et leurs complications telles que les rétrécissements scléro-inflammatoires de l'urètre restent relativement fréquentes. Ces pathologies faisant le lit du cancer de l'urètre, la prévalence de cette affection pourrait être sous évaluée. Pour Tazi, un rétrécissement urétral associé à des orifices fistuleux indurés donnant issue à un écoulement sanglant a une valeur sémiologique réelle ainsi que la présence d'adénopathies inguinales dures, fixées dont la biopsie peut confirmer le diagnostic de cancer².

Van de Voorde⁵ considère que la survenue d'un cancer de l'urètre dans les suites d'une urétroplastie pour rétrécissement urétral est un événement rare. Pour lui, cette évolution vers la malignité devra être envisagée en cas de mauvaise cicatrisation ou d'épisodes d'obstruction urinaire répétés. Cependant le cancer de l'urètre existant peut-être déjà avant le traitement chirurgical du rétrécissement urétral, il propose une biopsie avec examen anatomopathologique avant l'urétroplastie pour éliminer un cancer préexistant. Cet examen anatomopathologique est également nécessaire après la chirurgie lorsqu'apparaissent des événements suspects tels qu'une fistulisation, la formation d'un abcès, l'apparition d'une induration ou d'une ulcération.

Pour un meilleur pronostic, le diagnostic doit être précoce. Pour Touijer et Dalbagni⁶, du fait de sa faible sensibilité, la cytologie urinaire n'est pas une méthode satisfaisante pour faire le diagnostic des carcinomes primitifs de l'urètre. L'urétrocystoscopie avec biopsie va permettre de visualiser la tumeur et d'apporter une preuve histologique^{2,6}. La sensibilité et la spécificité de la tomodensitométrie pour l'évaluation en profondeur des tumeurs de l'urètre est faible, elle garde cependant un intérêt pour le bilan d'extension. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet de détecter l'extension de la tumeur au-delà du corps spongieux car l'hyposignal de la ligne du fascia de l'albuginée sera interrompu au niveau de l'infiltration tumorale⁷.

Le carcinome épidermoïde retrouvé chez nos deux patients constitue le type histologique le plus fréquent. Pour Hotchkiss, les carcinomes épidermoïdes représentent 78% des cancers de l'urètre alors que les carcinomes urothéliaux représentent 16% et les adénocarcinomes 6%⁸.

Du fait du faible nombre de cas, la prise en charge des carcinomes primitifs de l'urètre n'est pas bien standardisée. Le traitement exclusivement chirurgical fait appel à l'urétréctomie segmentaire, à la pénectomie partielle ou totale voire à la cystoprostatectomie radicale avec urétréctomie. La localisation et le stade tumoral guidant le geste chirurgical. La pénectomie perçue comme une véritable mutilation est parfois refusée par les patients. Ainsi, le deuxième patient de l'observation s'est vu proposer un protocole de radiothérapie après son refus de toute amputation de la verge. Chimiothérapie, radiothérapie ou association radio-chimiothérapie peuvent être proposées associées ou non à la chirurgie^{1,9,10}.

Le souci de préserver l'organe et la possibilité d'une récurrence tumorale soit du fait d'un geste chirurgical initial insuffisant soit du fait de l'existence de marges de résection positives a conduit à de nouveaux protocoles thérapeutiques. Pour Licht⁹, les carcinomes épidermoïdes de bas grade et à localisation distale peuvent être traités par chirurgie conservatrice ou radiothérapie exclusive alors que les tumeurs proximales de haut grade nécessitent la combinaison de la radiothérapie à un geste chirurgical radical. Cependant, les succès du traitement des carcinomes épidermoïdes de l'œsophage et du canal anal ont conduit à proposer l'association radiothérapie-chimiothérapie (5-fluorouracil et mitomycine C) avec des résultats encourageants sur le plan carcinologique. Le geste chirurgical n'est alors plus systématique ou alors il est limité permettant ainsi une préservation de l'image corporelle³. Kent¹¹ rapporte un cas de carcinome de l'urètre avec métastases ganglionnaires traité par résection transurétrale complétée par une lymphadénectomie inguinale et une chimiothérapie systémique; il insiste cependant sur le fait que la tumeur primitive était de petite taille.

Le carcinome épidermoïde de l'urètre est une pathologie rare à la symptomatologie non spécifique; du fait du faible nombre de cas la standardisation du traitement reste difficile. Le

pronostic souvent réservé est lié au diagnostic tardif.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lutz ST, Huang DT. Combined chemotherapy for locally advanced cell carcinoma of the bulbomembranous urethra: A case report. *J Urol* 1995, 153:1616.
2. Tazi K, Moudouni S, Karmouni T, Koutani A, Hachimi M, Lakrissa A. Carcinome épidermoïde de l'urètre masculin. *Prog Urol* 2000, 10:600.
3. Oberfield RA, Zinman LN, Leibenhaut M, Girshovich L, Silverman ML. Management of invasive squamous cell carcinoma of the bulbomembranous male urethra with co-ordinated chemoradiotherapy and genital preservation. *Br J Urol* 1996, 78:573.
4. Wiener JS, Liu ET, Walther PJ. Oncogenic human papillomavirus type 16 is associated with squamous cell carcinoma of the male urethra. *Cancer Res* 1992, 52:5018.
5. Van de Voorde, Meertens B, Baert L, Lauweryns J. Urethral squamous cell carcinoma associated with urethral stricture and urethroplasty. *Eur J Surg Oncol* 1994, 20:478.
6. Touijer AK, Dalbagni G. Role of voided urine cytology in diagnosing primary urethral carcinoma. *Urology* 2004, 63:33.
7. Helenon O, Hamida K, Augusti M, Souissi M, Ramella G, Moreau JF. Radiologie de l'urètre pathologique. *EMC (Elsevier, Paris), Radiodiagnostic – Urologie – Gynécologie* 1992, 34-410-A20, 18p.
8. Hotchkiss RS, Amelar RD. Primary carcinoma of the male urethra. *J Urol* 1954, 72:1181.
9. Licht MR, Klein EA, Bukowski R, Montie JE, Saxton JP. Combination radiation and chemotherapy for the treatment of squamous cell carcinoma of the male and female urethra. *J Urol* 1995, 153:1918.
10. Tran LN, Krieg RM, Szabo RJ. Combination chemotherapy and radiotherapy for a locally advanced squamous cell carcinoma of the urethra: A case report. *J Urol* 1995, 153:422.
11. Kent D, Gee JR, Amato RJ, Pisters LL. Successful management of metastatic urethral cancer with organ preservation. *J Urol* 2001, 66:2308.

Commentaire rédactionnel:

Cet article qui enrichit la littérature, pauvre en la matière, de deux cas de cancer primitif de l'urètre chez l'homme, confirme bien le caractère agressif de ces tumeurs qui répondent mal au traitement quand elles sont à un stade avancé: d'où l'intérêt de la prise en charge de ces patients par une équipe pluridisciplinaire (radiooncologue, oncologue et urologue).

LE CARCINOME EPIDERMOIDE DE L'URETRE MASCULIN

Les signes cliniques des cancers primitifs de l'urètre sont dominés par la dysurie, la pollakiurie, la rétention urinaire, l'urétrorragie et l'hématurie. Il n'existe pas de signes urologiques pathognomoniques de cette affection mais leur présence fait suspecter une pathologie urétrale ou vésico-prostatique. Le diagnostic du cancer primitif de l'urètre est un diagnostic d'exclusion. La cystoscopie est un examen clé pour visualiser l'urètre et pratiquer des biopsies au besoin.

Le traitement des cancers primitifs de l'urètre dépend du stade de la tumeur. Il peut s'agir d'une résection endoscopique jusqu'à la pénectomie associée ou non à la radiothérapie et la chimiothérapie. Le pronostic dépend aussi de l'étendue de la tumeur.

Prof. Rabii Tiguert
Laval University Cancer Research Center,
Quebec, Canada

Tirés-à-part:

Dr. Papa Ahmed FALL
BP 6648
Dakar – Sénégal

papaahmed@yahoo.fr