

Cas Clinique **Le carcinome épidermoïde de la verge : A propos de deux observations au CHU de Conakry**

O.R. Bah, S. Guirassy, A.B. Diallo, Y. Keita, S. Balde, I. Bah et M.B. Diallo

Service d'urologie du CHU de Conakry, République de Guinée

RESUME

A partir de deux observations, les auteurs ont réalisé une revue de la littérature et rapporté les difficultés de la prise en charge thérapeutique du cancer de la verge à un stade avancé. Il s'agissait de deux hommes de 32 et 46 ans, circoncis dans l'enfance, atteints d'un carcinome épidermoïde infiltrant de la verge. L'examen clinique a mis en évidence chez les deux patients de volumineuses tumeurs de verge infectées avec un moignon sain de moins de 5 cm. On notait une adénopathie inguinale superficielle gauche chez l'un des patients qui, par ailleurs, avait une sérologie positive au VIH. La prise en charge thérapeutique de ces tumeurs a consisté en une pénectomie totale avec urétrostomie périnéale sous antibiothérapie.

Mots clés : Verge, carcinome épidermoïde, pénectomie, urétrostomie

Correspondance: Dr BAH Oumar Raphiou, Service d'Urologie, CHU de Conakry, BP 2184, Conakry, République de Guinée, e-mail : raphiou60@yahoo.fr

Détails d'acceptation: article reçu: 12/3/2007

article accepté (après corrections): 28/11/2007

INTRODUCTION

Le cancer épidermoïde de la verge est une tumeur relativement rare¹. Il est plus fréquemment rencontré dans la 7^{ème} décennie chez l'homme non circoncis à l'hygiène locale déficiente². Les infections génitales en particulier à Human Papilloma Virus (HPV) (particulièrement HPV 16 et 18) sont également reconnues comme des facteurs de carcinogenèse³. L'infection au virus de l'immunodéficience humaine (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, mais la majorité des patients non traités vont décéder dans les 2 ans⁴. Le stade clinique de la tumeur, le grade histologique et l'envahissement ganglionnaire sont les facteurs déterminants pour le pronostic^{5,6}.

A travers deux observations, les auteurs ont passé en revue la littérature et exposé les

difficultés de la prise en charge thérapeutique face à un cancer de la verge au stade avancé.

OBSERVATIONS

Observation n° 1 :

Un homme de 32 ans, cultivateur, a consulté pour une rétention chronique incomplète d'urines. L'histoire marquée par l'apparition de lésions ulcéreuses et nécrotiques sur le gland remontait à 11 mois. Ces lésions se sont progressivement étendues à la verge. Le patient présentait des antécédents d'urétrites purulentes à répétition mal traitées et de sténose de l'urètre bulbaire ayant nécessité une urétrotomie interne endoscopique dix ans plus tôt. Le patient avait bénéficié d'une posthectomie à l'enfance. Le patient en bon état général présentait des mictions au goutte à goutte et une tumeur

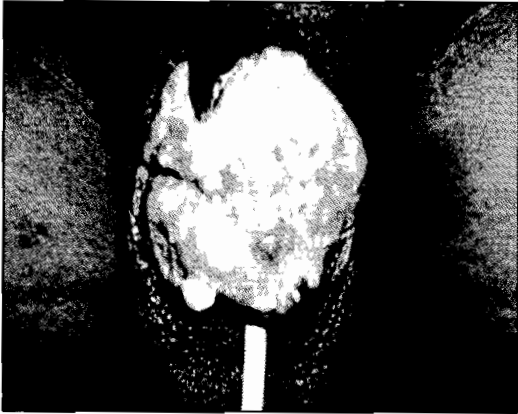


Fig.1: Tumeur de verge ulcéro-bourgeonnante présentant des zones nécrotiques (patient n° 2 porteur d'une sonde urinaire à demeure)

ulcéro-bourgeonnante intéressant les deux tiers distaux de la verge. La bourse et le périnée étaient d'aspect normal. Au toucher rectal, la prostate était sans particularité. Il n'y avait pas d'adénopathie inguinale. Le diagnostic d'une sténose de l'urètre bulbaire associée à une tumeur de la verge a été évoqué et une cystostomie a été réalisée en urgence pour faciliter le drainage vésical. Les sérologies à la recherche du HPV (type 16 et 18) et du VIH se sont révélées négatives. La créatininémie était normale. L'examen cyto-bactériologique des urines avec antibiogramme (ECBU + ATB) a 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 de la verge. L'échographie abdomino-pelvienne et la radiographie pulmonaire standard étaient sans particularités. Le patient a bénéficié d'une pénectomie totale avec urétrostomie périnéale avec des suites simples. Le patient a refusé la lymphadénectomie et est décédé 11 mois plus tard après avoir été perdu de vue par notre service.

Observation n° 2 :

Il s'agit d'un patient de 46 ans, agent technique de santé, qui a été adressé par le service de dermatologie-MST/SIDA de l'hôpital national Donka avec le diagnostic de tumeur

de la verge. Le début de la maladie remontait à 9 mois, marqué par une fièvre au long cours suivie de l'apparition de lésions ulcéro-bourgeonnantes sur le gland. Une syphilis a été diagnostiquée et traitée par injection de pénicilline dans un centre de santé. La persistance de la fièvre et la progression des lésions ulcéro-bourgeonnantes sur la verge avec altération progressive de l'état général ont amené le patient à consulter au CHU de Conakry où a été posé le diagnostic de tumeur de la verge associée à une infection au VIH. Le patient avait bénéficié d'une posthectomie à l'enfance. L'examen clinique a mis en évidence une tumeur ulcéro-bourgeonnante avec des zones nécrotiques et purulentes envahissant la quasi-totalité de la verge et ne laissant qu'un moignon proximal sain d'environ 1 cm et demi. Il existait une adénopathie inguinale superficielle gauche de 30 mm fixe et douloureuse. Le reste de l'examen urogénital était sans particularités. La sérologie a confirmé l'infection à VIH mais infirmé une infection à HPV et une syphilis. La créatininémie était normale. La biopsie a conclu à un cancer épidermoïde bien différencié et invasif de la verge. La tomodynamométrie thoraco-abdomino-pelvienne n'a pu être réalisée. Le patient a bénéficié d'une pénectomie totale avec urétrostomie périnéale dont les suites ont été simples. La lymphadénectomie n'a pas été réalisée à cause de son statut sérologique (VIH). Une trithérapie a été débutée.

DISCUSSION

La fréquence du carcinome épidermoïde du pénis est variable selon le niveau de développement socio-économique et l'origine ethnique¹. Il représente moins de 1% des cancers de l'homme en Europe^{2,3,7}. Cette fréquence est plus élevée dans certaines régions d'Afrique et d'Asie où elle représente 10 à 20% de tous les cancers de l'homme⁸. Cependant, dans certains pays Africains comme le Sénégal, la prévalence serait inférieure à 1% des cancers de l'homme adulte¹. L'Afrique sub-Saharienne qui paie encore un lourd tribut aux maladies sexuellement transmissibles (MST) (comme c'est le cas pour le patient no.1) et qui connaît une épidémie d'infection à VIH (observation

no.2) pourrait connaître une recrudescence de cette affection. L'âge moyen de survenue est de 60 ans, mais dans les pays à forte prévalence 58% des carcinomes épidermoïdes du pénis surviendraient avant 50 ans^{1,2,9}. Nos deux patients avaient moins de 50 ans. La circoncision à la naissance diminue considérablement le risque de tumeur de verge. A l'opposé, un phimosis est associé dans 25 à 75% des cancers de verge⁴. Ainsi, l'absence de circoncision à la naissance, le défaut d'hygiène locale, les infections chroniques et les antécédents de traumatisme en constituent les facteurs de risque⁸.

L'aspect des tumeurs épidermoïdes de la verge est variable selon le stade d'évolution et la forme clinique. A un stade précoce, la tumeur est en général située au niveau du gland et/ou du prépuce. La biopsie permet de poser le diagnostic de tumeur. A un stade avancé, comme c'est le cas dans nos deux observations, il existe une infiltration des corps caverneux, spongieux et de l'urètre avec des adénopathies satellites. L'examen clinique de la verge apprécie la topographie et l'aspect de la tumeur, la longueur de la partie proximale de verge saine en amont de la lésion et un éventuel envahissement des corps caverneux et de l'urètre¹⁰. Le diagnostic de cancer de la verge doit être confirmé histologiquement dans tous les cas par une biopsie⁴. La palpation des aires inguinales à la recherche d'adénopathies doit être réalisée. 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 épidermoïdes de la verge, tous stades confondus, ont des adénopathies métastatiques au moment du diagnostic². Nos deux 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 d'autant plus que l'affection touche à la pudeur du patient.

La plupart des auteurs recommandent une échographie pénienne ou une imagerie

par résonance magnétique (IRM) pour apprécier l'infiltration des corps caverneux et de l'urètre, et une tomодensitométrie (TDM) lorsque l'évaluation clinique de l'envahissement ganglionnaire s'avère difficile et si le risque de métastases viscérales est élevé^{4,10,11}, voire une scintigraphie osseuse en cas de symptômes osseux ou devant une hypercalcémie¹⁰. Pour Bouchot et Rigaud³ cette imagerie n'est d'aucune utilité dans l'évaluation ganglionnaire, du fait d'une sensibilité et d'une spécificité faibles. Bien qu'une PCR (polymérase chain reaction) 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.

Les tumeurs de la verge sont souvent infectées et une antibioprophyllaxie à large spectre est recommandée. La curiethérapie interstitielle par fils d'irridium 192 est indiquée pour les tumeurs préputiales ou balaniques non infiltrantes⁴. La chirurgie conservatrice (biopsie-exérèse, circoncision) est indiquée pour les lésions préputiales ou les lésions non infiltrantes, bien ou moyennement différenciées (TA-T1, G1-2) du fourreau¹². Une amputation partielle est la meilleure indication pour les tumeurs non infiltrantes du gland⁴. Pour les tumeurs infiltrantes (T2-T3), l'amputation partielle de la verge n'est possible que si une marge de 2 cm de longueur peut être assurée et que la longueur de verge restante permet des mictions debout en dirigeant le jet. Dans le cas contraire une amputation totale avec urétrostomie périnéale doit être réalisée^{4,12}. Aucun de nos patients n'a bénéficié de ce traitement conservateur du fait qu'ils ont été vus à un stade avancé de leur cancer (T3 avec moins de 5 cm de moignon sain).

La place de la lymphadénectomie inguinale est fonction du stade clinique et du grade histologique de la tumeur primitive, ainsi que du statut ganglionnaire⁴. L'évaluation clinique du statut ganglionnaire est difficile, souvent prise à défaut: Dans 50% des cas les adénopathies inguinales palpables seraient liées à la surinfection de la tumeur primitive. D'autre part 20% des patients sans

adénopathie inguinale palpable présenteraient un envahissement ganglionnaire infra-clinique³. Pour ces raisons, les indications de la lymphadénectomie restent encore controversées: elle est indiquée en cas de lésions infiltrantes ou superficielles de grade 3¹³.

Au stade T2-T3, No, Mo un curage ganglionnaire superficiel est indiqué, avec examen extemporané, et curage profond associé du côté positif. En effet, le risque de métastase ganglionnaire est très élevé à ce stade³. D'autre part, une survie de 75 à 100% a été rapportée chez les patients traités par pénectomie et lymphadénectomie ilioinguinale immédiate, comparée à une survie de 5 à 8% chez les patients où la lymphadénectomie avait été réalisée au moment de l'apparition de la métastase inguinale³.

Au stade N1-N2 un curage superficiel bilatéral et profond d'emblée du côté palpable est indiqué après traitement de la tumeur primitive et 4-6 semaines d'antibiothérapie. En cas de curage profond positif, compléter par un curage iliaque externe homolatéral⁴. Chez les patients développant une adénopathie inguinale unilatérale à distance du traitement de la tumeur primitive, une lymphadénectomie inguinale unilatérale semble plus raisonnable à condition que le site controlatéral puisse être correctement surveillé³.

Au stade N3, le curage peut être associé à une chimiothérapie⁴. Pour Bouchot et Rigaud³ la lymphadénectomie inguinale ne présente pas d'indication de première intention à ce stade, mais peut être utile, chez des patients jeunes à espérance de vie assez longue, en cas de réponse à une chimiothérapie.

En conclusion, bien que rares, les carcinomes épidermoïdes de la verge posent un véritable problème de prise en charge dans nos pays, compte tenu du stade avancé des tumeurs, dû au retard diagnostique. Nos patients sont relativement jeunes (moins de 50 ans). L'infection à 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 socioculturel et économique assez déplorable. D'où l'intérêt d'une sensibilisation des populations, du personnel et des autorités.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gueye SM, Diagne BA, Ba M, Sylla C, Mensah A. Le cancer de la verge. Aspects épidémiologiques et problèmes thérapeutiques au Sénégal. [Cancer of the penis. Epidemiological aspects and therapeutic problems in Senegal]. *J.Urol.(Paris)*. 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 anatomo-clinique et revue de la littérature. [Therapeutic management of epidermoid carcinoma of the penis: Anatomoclinical discussion and review of the literature]. *Prog.Urol*. 2000; Feb;10(1):128-33.
3. Bouchot O, Rigaud J. Tumeurs du pénis : Techniques et indications. [Penis tumours: Techniques and indications]. *Ann.Urol.(Paris)*. 2004; Dec;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. [Anatomopathology of malignant penile tumors]. *Prog.Urol*. 2005; Sep;15(4 Suppl 2):801-4.
6. Mottet N, Avances C, Bastide C, Culine S, Iborra F, Kouri G, et al. Tumeurs du pénis. [Penile tumors]. *Prog.Urol*. 2004; Nov;14(4 Suppl 1):903, 905-11.
7. Mottet N. Epidémiologie du cancer du pénis. [Epidemiology of penile cancer]. *Prog.Urol*. 2003; Nov;13(5 Suppl 2):1237.
8. Bastide C, Lesourd A. Epidémiologie des tumeurs malignes du pénis. [Epidemiology of malignant penile tumors]. *Prog.Urol*. 2005; Sep;15(4 Suppl 2):797-8.
9. Soria JC, Theodore C, Gerbaulet A. Carcinome épidermoïde de la verge. [Epidermoid carcinoma of the penis]. *Bull.Cancer*. 1998; Sep;85(9):773-84.
10. Avances C, Iborra F, Rocher L, Mottet N. Recommandations: Diagnostiques des tumeurs malignes du pénis. [Recommendations: Diagnosis of malignant penile tumors]. *Prog.Urol*. 2005; Sep;15(4 Suppl 2):810-6.
11. Davis JW, Schellhammer PF, Schlossberg SM. Conservative surgical therapy for penile and urethral carcinoma. *Urology*. 1999; Feb;53(2):386-92.

12. Avances C, Bastide C. Chirurgie des cancers des organes génitaux externes: Chirurgie des tumeurs du pénis. Prog. Urol. 2005;1521:1031-4.
13. Iborra F, Avances C, Bastide C. Le curage inguinal dans les tumeurs du pénis. Prog. Urol. 2005;15:1035-7

ABSTRACT

Squamous Cell Carcinoma of the Penis. Report of Two Cases.

Based on two cases, the authors review the literature and discuss the difficulties of treatment of advanced-stage penile cancer. Two male circumcised patients (age: 32 and 46 years) presented with invasive penile carcinoma. In both patients, clinical examination revealed large, infected penile tumors with a healthy stump of less than 5 cm. Superficial inguinal adenopathy and HIV-positivity were found in one of the patients. Both patients were subjected to total penectomy with perineal urethrostomy and antibiotic treatment.