

CASE REPORT

LE CANCER DE L'URETRE. A PROPOS DE DEUX CAS

K. MANZAN, P.G. KONAN, A. DEKOU, B. KOUAME, A. DJEDJE MADY
Service d'Urologie, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

MOTS CLES: uretre, cancer

INTRODUCTION

Le cancer de l'urètre a été décrit pour la première fois par Thiaudière en 1834¹. Depuis cette date, 600 cas environ ont été publiés chez l'homme et 1500 cas chez la femme²⁻⁶.

A propos de deux cas rencontrés dans notre service il nous apparaît intéressant de les rapporter et de les comparer à ceux de la littérature.

OBSERVATIONS

Observation N° 1

M.A., un homme de 81 ans, a été hospitalisé dans le service d'urologie du CHU de Cocody pour rétention chronique d'urines avec fistule urinaire le 08 janvier 1991.

Dans ses antécédents, monsieur M.A. a été opéré d'un adénome de la prostate en 1975 (16 ans plus tôt). Les symptômes ont débuté trois mois avant son hospitalisation par l'apparition de troubles mictionnelles à type de dysurie et de pollakiurie rapidement aggravés. Deux mois après le début des troubles, il est apparu des abcès du périnée, sous le scrotum qui se sont évacués spontanément à la peau, créant ainsi des fistules uréthro-cutanées d'où s'écoulaient des urines purulentes. Il est adressé à l'infirmerie de son village d'où il est évacué au CHU de Cocody. Il est reçu dans un tableau de rétention chronique d'urines avec altération importante de l'état général et des fistules périnéales d'où s'écoulaient des urines purulentes. Le toucher rectal était normal. Le drainage des urines a été effectué par un cystocathéter sus pubien. L'examen cytotacté-

riologique des urines a permis d'isoler un Entérobacter agglomerans aerogenes sensible aux Aminosides. Les clichés mictionnels de l'UIV et l'UCR ont mis en évidence un rétrécissement irrégulier, très serré, avec des trajets fistuleux, de l'urètre bulbaire. La vessie et le haut appareil urinaire étaient sans particularité. Partis pour pratiquer le premier temps d'une urétroplastie, il a été découvert en per-opératoire une tumeur urétrale, infiltrée, nécrotique, étendue au bulbo-caverneux. Il a été pratiqué un parage complet du périnée terminé par une urétrostomie périnéale. Le patient n'a pas survécu à l'intervention.

Il est décédé 48 h après l'intervention.

A l'examen de la pièce opératoire, il s'agissait d'un carcinome épidermoïde infiltrant de l'urètre.

Observation N° 2

K.A., une femme de 34 ans consulte en janvier 1990 pour brûlures mictionnelles et prurits au niveau du méat urétral évoluant depuis deux ans environ, rebelle à tout traitement. C'est surtout l'apparition récente d'une tumeur bourgeonnante au niveau du méat urétral qui l'amène à consulter en urologie.

L'interrogatoire ne retrouve rien de particulier dans ses antécédents. L'examen clinique retrouve une tumeur bourgeonnante au niveau du méat urétral chez une patiente en bon état général. A l'urétroscopie, la tumeur siège à la face inférieure du canal urétral à deux cm du col vésical et infiltre l'urètre. La vessie est de bonne capacité et d'aspect normal.

L'UIV est normale. Le 07/02/91, une urétrectomie totale est pratiquée avec conservation du col et reconstruction d'un néo-urètre autour d'une sonde modelante. Les suites opératoires immédiates ont été simples. La patiente est sortie de l'hôpital le 17/02/91. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a mis en évidence un carcinome épidermoïde infiltrant de l'urètre. La patiente a été perdue de vue.

COMMENTAIRES

Sur le Plan Epidémiologique

Fréquence

Le cancer primitif de l'urètre est plus rare chez l'homme que chez la femme avec un sexe ratio de 1/3 en faveur de la femme¹⁻³. La littérature ne rapporte que 600 cas de cancer de l'urètre chez l'homme⁴⁻⁶ contre 1500 cas chez la femme⁶. En Côte d'Ivoire, nous rapportons ici les premiers cas.

Age

C'est un cancer qui survient chez l'homme entre 50 et 60 ans et chez la femme entre 36 et 90 ans¹⁻⁶.

Etiologie

Chez la femme aucun facteur étiologique n'est retrouvé dans la littérature. Mais chez l'homme des facteurs ont été évoqués²⁻⁵. Ce sont (1) les lésions inflammatoires secondaires à une urétrite et (2) les lésions traumatiques ou post opératoires de l'urètre.

Si ces facteurs sont suffisants pour favoriser l'apparition du cancer de l'urètre, nous pouvons évoquer chez notre patient de 81 ans, la possibilité d'une urétrite comme facteur favorisant, étant donné le port de sonde à demeure après son adénomectomie cinq ans plus tôt. Par contre chez notre patiente aucun facteur étiologique ne peut être retenu.

Siège

- Chez la femme

Le cancer siège au niveau de l'urètre antérieur dans 50% des cas². Dans l'autre moitié il est étendu à tout l'urètre, voir à la

vulve, au col vésical et aux tissus péri-urétraux.

- Chez l'homme

Dans 60 à 65 % des cas il intéresse l'urètre périnéo-bulbaire^{2,3,5}, dans 30 à 35 % des cas, l'urètre antérieur est atteint et siège dans 20% des cas près du méat dans la fossette naviculaire. Dans 5 à 7 %, il intéresse l'urètre prostatique.

Chez nos deux patients, le cancer intéresse l'urètre périnéo-bulbaire chez l'homme et tout l'urètre chez la femme, respectant le col vésical.

Sur le Plan Anatomo-Pathologique

- Chez la femme

Formes histologiques

L'épithélioma épidermoïde ou carcinome épidermoïde est la forme la plus fréquente (plus de 70 % des cas)¹⁻³. La forme paramalpighienne se voit dans 20 % des cas. Les adénocarcinomes, nés des glandes para-urétrales sont plus rares (8 %). Les mélanomes malins et les sarcomes sont exceptionnels. Il n'y a pas de corrélation entre le type histologique et la localisation^{5,6}.

Extension

Elle est essentiellement loco-régionale (appareil génital, vessie) et lymphatique. Les tumeurs de l'urètre proximal envahissent les ganglions iliaques et celles de l'urètre distal les ganglions inguinaux¹.

- Chez l'homme

Formes histologiques¹⁻³

Les cancers de l'urètre spongieux (bulbaire et pénien) sont des épithéliomas épidermoïdes dans 75% des cas, des épithéliomas paramalpighiens dans 15% des cas, des sarcomes, mélanomes, adénocarcinomes dans 6 à 10 % des cas.

Les cancers de l'urètre prostatique: ils ressemblent aux tumeurs vésicales avec lesquelles ils peuvent s'associer. Les tumeurs primitives sont rares et ne doivent être

acceptées comme telles qu'après un examen minutieux de la voie excrétrice sus-jacente. Papillaires ou infiltrantes, elles sont de structure excréto-urinaires.

Extension

- Lymphatique

Les cancers de l'urètre antérieur atteignent les ganglions inguinaux et rétro-cruraux et quelques nodules pré-symphysaires. Les cancers de l'urètre périnéo-bulbaire atteignent les ganglions rétro cruraux, iliaques externes et hypogastriques. Les cancers de l'urètre prostatique envahissent les ganglions iliaques et internes et ceux du promontoire.

- Métastatique

Les cancers de l'urètre sont longtemps loco-régionaux. Les métastases s'observent dans 10 à 20 % des cas. Elles seraient plus fréquentes lorsque les corps caverneux sont infiltrés. Les organes intéressés sont les poumons, la plèvre, le foie et les os. Les deux cas que nous rapportons sont des cancers primitifs sans métastases.

Sur le Plan Diagnostique

Les signes révélateurs¹⁻⁵

Chez l'homme sont les signes d'obstruction urinaire basse. Après un début insidieux, la dysurie s'aggrave et conduit à la rétention. Ces signes peuvent être associés ou non à des écoulements sanglants, des douleurs du périnée ou de la verge, des troubles génitaux tels que des érections douloureuses, un priapisme et une hémospémie. Parfois la tumeur est découverte par le malade lorsqu'elle apparaît au méat ou par palpation de la verge. Les formes les plus évoluées s'accompagnent d'infiltrations, d'infections péri-urétrales avec formation d'abcès du périnée, des bourses ou de la verge qui sont à l'origine de fistules souvent complexes et d'adénopathies suppurées, comme le cas de notre patient.

Chez la femme, les tumeurs de l'urètre antérieur se manifestent plutôt par une urétrorragie, une dysurie, ou même par une masse perçue au méat lors de la toilette. C'est dans ce tableau que nous avons découvert notre patiente. Les tumeurs de l'urètre

postérieur, souvent latentes, donnent lieu à des hématuries initiales (ou terminales si le col vésical est envahi), une pollakiurie, des impériosités mictionnelles, voire une incontinence urinaire.

Les Signes Paracliniques

* l'urétrographie

Elle montre souvent des images caractéristiques: lacunes marécageuses; sténoses irrégulières, tortueuse; rigidité segmentaire d'un des bords de l'urètre; obstruction infranchissable de l'urètre; trajets fistuleux plus ou moins compliqués se dirigeant vers le périnée, l'anus, l'angle péno-scrotal, le pubis.

* l'urographie intraveineuse

Elle permet de rechercher sur le cliché sans préparation des métastases osseuses sur le rachis lombaire et sur le bassin. Après injection, un retentissement sur le haut appareil urinaire.

* l'urétroscopie

Elle doit être évitée en cas de cancers évolués, devant les difficultés et les risques d'infection et d'effraction. Elle permet de voir la tumeur, de la situer, d'apprécier son étendue et de pratiquer une biopsie. Elle permet de visualiser la vessie et d'éliminer une tumeur vésicale associée.

* l'examen anatomo-pathologique

Il permet à partir d'une biopsie ou de la pièce opératoire d'affirmer le diagnostic.

Sur le Plan Thérapeutique

Le traitement du cancer de l'urètre fait appel à la chirurgie, à la radiothérapie et à la chimiothérapie¹⁻⁵.

La Chirurgie⁷⁻¹⁰

Elle peut être conservatrice ou mutilante.

La chirurgie conservatrice

Elle est pratiquée pour des cas exceptionnels, vus tôt. Il s'agit d'une urérectomie segmentaire dépassant d'au moins 2 cm les limites de la tumeur suivie de

l'urétrorraphie immédiate ou de plastie ultérieure.

La chirurgie mutilante.

Elle regroupe: (1) les urétrectomies associées à l'ablation du tissu spongieux, terminée par une urétrostomie périnéale et (2) les interventions élargies comme l'amputation du pénis, l'exérèse allant de l'urétrectomie à l'uréthro-prostato-cystectomie; les dérivations urinaires pour les tumeurs inopérables et pelvectomie antérieure avec dérivation cutanée ou colique des urines et curage lymphatique chez la femme.

La Radiothérapie

Elle comprend: la curiethérapie interstitielle utilisant des fils d'iridium ou des aiguilles de radium, et la radiothérapie externe s'effectuant à l'aide de rayonnement de haute énergie (cobalthérapie).

La Chimiothérapie

- générale, elle n'a pas fait l'objet d'essais systématiques. Elle a pu donner des améliorations temporaires pour des lésions inopérables ou accompagnées de métastases.
- locale (thiotepa) conseillée par certains pour les variétés superficielles et papillaires. Ces différentes méthodes thérapeutiques peuvent être associées ou utilisées isolément.

Sur le Plan Pronostic^{1,3,5,7}

L'évolution spontanée des cancers de l'urètre semble rapide, la mort survenant en 6 à 10 mois après leur découverte, dans un contexte d'infection locale ou générale, d'insuffisance rénale, de cachexie et éventuellement de métastases, du fait de la découverte tardive de cette affection dans la plupart des cas.

Après traitement, le pronostic est fonction du siège de la tumeur:

- Chez l'homme
- pour l'épithélioma de l'urètre antérieur ou pénien, les résultats sont meilleurs. Il n'y a pas de corrélation nette entre les résultats

obtenus et les caractères de la tumeur ou l'envahissement des ganglions inguinaux. Ainsi Kaplan en 1967¹¹ a retrouvé 22 % de survie à 5 ans dans sa série de 71 cas.

Pour l'épithélioma de l'urètre périnéo-bulbo-membraneux, le pronostic est mauvais. Kaplan¹¹ rapporte 10% de survie à 5 ans sur une série de 99 cas de cancer dans cette localisation.

- Chez la femme

Les cancers de l'urètre antérieur traités par la chirurgie seule, la survie est de 70% environ à 5 ans⁵. Pour les cancers étendus à tout l'urètre, la survie est de 30% à un an lorsque la chirurgie est pratiquée seule^{4,5}. L'association radiothérapie-chirurgie donne des résultats aussi décevants^{1,3,4,5}.

En conclusion, le cancer de l'urètre est une affection rare qui survient en général chez l'homme de plus de 60 ans et chez la femme à partir de 36 ans. Son diagnostic repose essentiellement sur l'examen anatomopathologique systématique des biopsies urétrales ou des pièces opératoires après une intervention chirurgicale. Son pronostic est mauvais à cause du retard mis pour poser le diagnostic dans la grande majorité des cas en raison de la consultation tardive des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aboulker P. Tumeur de l'urètre. *Urologie, Flammarion Med Sciences* 1972, 5:272-273.
2. Bracken RB, Grabstald H. Primary carcinoma of the urethra. *J Urol* 1976, 116:188.
3. Mostofi FK, Davis CJ, Sesterhenn IA. Carcinoma of the male and female urethra. *Urol Clin North Am* 1992, 19:347-358.
4. Claude JM. Cancer de l'urètre féminin. *Encycl Med Chir Paris* 4- 1976, rein 18400 A10, pp 11-12.
5. Soret JY, Rognon LM. Tumeurs de l'urètre masculin. *Encycl Med Chir, Paris*, 7-1982, rein, organes génito-urinaires 1837 A10.
6. Pasteur VR, Hamburger J, Lhermitte F. Cancer de l'urètre féminin. *Path Med, Flammarion Med* 1980, 7:189.
7. Dinney CP, Johnson PE, Swanson DA *et al.* Therapy and prognosis for urethral carcinoma. *AUA Update* 1994, 43:506.
8. Grabstald H. tumor of the urethra in men and women. *Cancer* 1973, 32:1236.