

Cas Clinique **Prise en charge diagnostique et thérapeutique des tumeurs de verge: A propos de deux cas avec revue de la littérature**

M. A. Lakmichi¹, M. S. Moudouni¹, M. Boukhari¹, F. Barjani¹, O. Saghir¹, T. Hanich¹, B. Ouakrim¹, M. Gabsi¹, A. Elhaous¹, Z. Dahami¹, B. Belaabidia² et I. Sarf¹

¹Service d'urologie et ²Service d'anatomie - pathologique, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

RESUME

Le carcinome épidermoïde de la verge est rare, car il représente moins de 1% des cancers de l'homme adulte. L'étiologie de ce cancer reste inconnue, mais il existe plusieurs facteurs favorisants, notamment le virus HPV. Les auteurs rapportent deux cas de tumeurs infiltrantes de verge. Le premier cas concerne un patient qui présentait une tumeur du gland de 5 cm et qui a bénéficié d'une amputation distale de la verge. Le deuxième cas concerne un patient qui présentait une tumeur fistulisée à la face ventrale de la verge. Une émasculatation associée à une lymphadénectomie inguinale bilatérale a été réalisée et compliquée d'une lymphorrhée spontanément résolutive. Le traitement de référence des tumeurs de verge est chirurgical et peut être selon les cas une biopsie excérèse, une amputation partielle voire totale de la verge avec urétrostomie périnéale définitive.

Mots clés : carcinome épidermoïde du pénis, cancer du pénis, pénectomie

Correspondance: Dr Mohamed Amine Lakmichi, N° 2, Av: Menara, Bab Jdid, Hivernage, Marrakech, Maroc,
E-mail: aminlakmichi@yahoo.com

Détails d'acceptation: article reçu : 20/12/2006 article accepté (après corrections): 4/9/2007

INTRODUCTION

Le carcinome épidermoïde de la verge est rare, représentant moins de 1% des cancers de l'homme adulte¹. L'étiologie de ce cancer reste inconnue, cependant il existe plusieurs facteurs favorisants¹. Vu la rareté de cette affection, la décision thérapeutique peut être difficile². Les auteurs rapportent deux cas de cancer infiltrant de verge. A travers ces deux observations les auteurs ont revu les particularités de la prise en charge du cancer infiltrant de la verge.

OBSERVATIONS

Observation No. 1

Il s'agit d'un patient âgé de 62 ans, tabagique à 46 paquets / année. Le début des



Fig. 1: Patient no. 1: masse ulcéro-bourgeonnante développée au dépend du gland.

symptômes remontait à 3 ans par l'apparition progressive d'une dysurie, des brûlures mictionnelles, un prurit de la verge et une masse pénienne légèrement douloureuse. L'examen clinique a montré la présence d'une

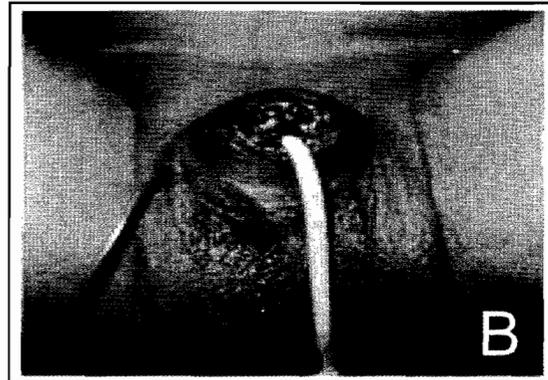
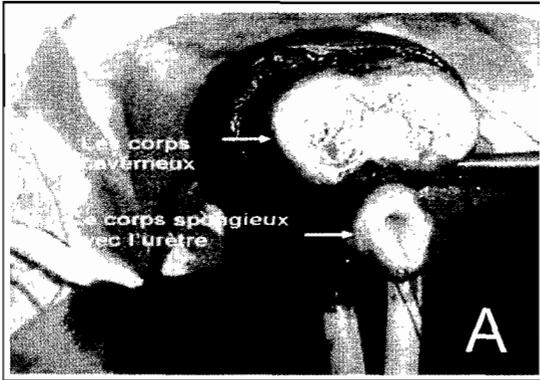


Fig. 2: Patient No. 1: A: Amputation partielle de la verge (tranche de section des corps caverneux, du corps spongieux et de l'urètre). B: Aspect final.

masse ulcéro-bourgeonnante développée au dépend du gland, dure et fixe par rapport aux plans profonds (corps caverneux et corps spongieux) mesurant 4 sur 5 cm de diamètre (Fig.1). Il n'y avait pas d'adénopathies inguinales suspectes à la palpation.

Plusieurs biopsies de la tumeur ont été réalisées dont l'examen anatomopathologique a mis en évidence un carcinome épidermoïde spino-cellulaire infiltrant bien différencié.

L'échographie de la verge a montré une limite nette entre la zone tumorale et la zone saine. La tomодensitométrie (TDM) abdominopelvienne spiralee n'a pas montré d'évolution métastatique locorégionale ou à distance. L'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle a mis en évidence une sténose serrée de l'urètre antérieur le long de la zone tumorale.

Le patient a eu une amputation partielle de la verge (Fig. 2 A, B). La marge d'exérèse à 2 cm de la tumeur était saine. L'examen anatomopathologique a confirmé la présence d'un carcinome spino-cellulaire infiltrant bien différencié avec atteinte du corps spongieux. Au niveau du gland et du prépuce, il y avait des lésions chroniques en faveur d'un lichen sclérophypertrophique. Les corps caverneux n'étaient pas envahis.

Les suites opératoires immédiates ont été simples. L'examen clinique et la TDM de contrôle ne montrent pas de récurrence à 12 mois.

Observation No. 2

Patient de 52 ans, aux antécédents d'écoulement urétral purulent avec brûlures mictionnelles, qui a consulté pour une fistule urétrale à la face ventrale de la verge (partie moyenne) associée à une tuméfaction à ce niveau et une dysurie d'apparition récente. Les bords de la fistule urétrale étaient bourgeonnants, irréguliers, d'aspect surinfecté, indurés, fixés au corps caverneux et au spongieux (Fig. 3). L'examen clinique a mis en évidence une sténose serrée du méat urétral et des adénopathies inguinales bilatérales de diamètre inférieur à 3 cm. La TDM a confirmé la présence d'une volumineuse tumeur de la verge infiltrant les corps caverneux et le corps spongieux de la verge sans adénopathies iliaques ou rétropéritonéales et sans lésions viscérales secondaires.

Une cystostomie à minima a donc été réalisée. Les biopsies des berges de la fistule ont montré la présence d'un carcinome spino-cellulaire infiltrant bien différencié.

L'urétrographie mictionnelle à travers le cathéter sus-pubien a montré un urètre postérieur normal et un urètre antérieur présentant une sténose en aval de la fistule urétrale.

Le patient a eu une émasculatión, une lymphadénectomie inguinale bilatérale superficielle et une urérostomie périnéale. Les marges de l'exérèse chirurgicale étaient négatives.



Fig. 3: Patient No. 2: masse tumorale ulcéro-bourgeonnante située à la face ventrale de la verge.

L'examen anatomopathologique a confirmé la présence d'un carcinome spino-cellulaire bien différencié infiltrant les corps caverneux, le corps spongieux et l'urètre antérieur. Il n'y avait pas d'envahissement ganglionnaire. Les suites opératoires ont été marquées par une lymphorrhée pendant 15 jours. A 9 mois, le patient est indemne de toute récurrence tumorale locale ou à distance.

DISCUSSION

Le cancer de la verge est rare. En Europe l'incidence varie entre 0,1 et 0,9 pour 100.000 hommes³, représentant 0,5% de tous les cancers⁴. Aux Etats-Unis, l'incidence varie de 0,7 à 0,9 pour 100.000 hommes pouvant s'élever à 19 pour 100.000 hommes en Afrique, en Asie et en Amérique latine³. Le carcinome épidermoïde représente 95% de tous les cancers de la verge. Il siège principalement au niveau du gland et du sillon balano-préputial. L'extension se fait essentiellement par voie lymphatique vers les ganglions inguinaux, ce qui conditionne le pronostic. Il existe deux types de tumeurs selon leur mode d'extension: la tumeur ulcéro-infiltrante et la tumeur exophytique (papillaire). La tumeur ulcéro-infiltrante a une extension plus rapide en profondeur et un tropisme lymphatique plus important, d'où un pronostic plus défavorable. Les tumeurs exophytiques sont superficielles, présentent une extension latérale et une atteinte ganglionnaire absente ou tardive⁵. Le carcinome verruqueux est un carcinome

épidermoïde exophytique et endophytique très bien différencié à malignité locale exclusive⁵.

En l'absence d'études épidémiologiques, il est difficile de prédire la vraie incidence du carcinome épidermoïde de la verge au Maroc.

Les lésions précancéreuses classiquement associées à la survenue du carcinome épidermoïde de la verge sont représentées par le lichen scléreux de la verge (balanite xerotica obliterans), la leucoplasie, le condylome acuminé, l'érythroplasie de Queyrat, la maladie de Bowen et la papulose bowénoïde².

Human papilloma virus (HPV) a été reconnu comme facteur favorisant le cancer de la verge. Les sous types HPV-16 ou HPV-18 sont les plus fréquemment rencontrés⁶. Les radiations ultraviolettes et le tabagisme ont également été cités comme facteur favorisant. Le rôle protecteur de la circoncision néonatale a été rapporté⁵.

Cliniquement, le cancer de la verge peut se manifester par une masse pénienne, une douleur, un prurit, un saignement de la verge ou une adénopathie inguinale palpable. Des saignements ou des suintements secondaires à une surinfection sont parfois constatés⁵. Des signes urinaires peuvent apparaître, comme cela a été rapporté chez nos deux patients. Le gland est la localisation la plus fréquente (48%)⁶. L'évaluation de la longueur de la verge saine en amont de la lésion et du sillon balanopréputial est une donnée essentielle pour la stratégie chirurgicale à adopter. L'infiltration des structures adjacentes: corps caverneux, urètre (urétrorragie, fistule), scrotum, pubis, prostate (toucher rectal indispensable) doit aussi être soigneusement évaluée et notée dans le dossier clinique⁵.

Les adénopathies inguinales sont fréquemment retrouvées au moment du diagnostic (58% des cas). Néanmoins, elles sont souvent de nature inflammatoire chez

un patient sur deux du fait de l'ulcération et de la surinfection de la lésion pénienne⁶. La distinction entre l'origine inflammatoire ou métastatique d'une adénopathie peut être difficile. Une adénopathie inflammatoire doit régresser après une antibiothérapie de 4 à 6 semaines et après résection de la tumeur⁶.

L'échographie de verge est un complément utile à l'examen clinique pour déterminer la profondeur d'infiltration des lésions des corps caverneux. Cependant elle manque de sensibilité pour les petites lésions du gland⁷. De même, la TDM manque de sensibilité pour apprécier l'extension locale de la maladie⁵. L'IRM, examen de référence, permet une évaluation précise du degré d'infiltration des corps caverneux, du corps spongieux et de l'urètre⁸.

Les examens radiologiques ne permettent pas de différencier un ganglion métastatique d'une réaction inflammatoire ganglionnaire et seul l'examen anatomopathologique de la lymphadénectomie permet de poser un diagnostic de certitude¹.

Les variations inter individuelles du drainage lymphatique de la verge ont justifié le développement de la lymphogioscintigraphie. Son objectif est de localiser le ou les ganglions sentinelles en utilisant un traceur radio actif. Un prélèvement ganglionnaire sélectif peut ainsi être réalisé au prix d'une morbidité diminuée⁹.

Le repérage per opératoire est optimisé par une injection peri tumorale de bleu patenté juste avant l'intervention. Le traitement de la tumeur pénienne succède au prélèvement ganglionnaire⁹.

L'absence de visualisation d'un ganglion sentinelle peut être liée au non respect des délais entre injection et intervention (radioactivité résiduelle insuffisante), ou à un blocage lymphatique secondaire à une extension métastatique. Pour certains auteurs, ces situations relèvent d'une exploration chirurgicale systématique¹⁰. Cependant, selon d'autres auteurs, la morbidité de la

technique serait significativement réduite par rapport à celle du curage modifié (7% versus 67%)¹¹. Les complications les plus fréquentes sont l'infection du site opératoire, la désunion cicatricielle, la nécrose cutanée et la lymphocèle.

Bien que prometteuse, cette approche ne peut pas être recommandé comme un standard diagnostique. En effet, une standardisation technique paraît être nécessaire, et les résultats méritent d'être validés par d'autres équipes⁵.

Le diagnostic de cancer de la verge repose sur l'examen anatomopathologique. La biopsie est réalisée à la jonction entre peau saine et pathologique. En cas de lésion limitée, la biopsie exérèse est la technique de choix⁶.

Bien qu'il n'existe pas d'essais randomisés concernant la prise en charge des tumeurs de verge, le traitement chirurgical reste le traitement de référence⁵.

La chirurgie du cancer de la verge comprend le traitement de la tumeur primitive associé à celui de la maladie locorégionale (représentée par les adénopathies inguinales et pelviennes)¹².

En fonction de l'étendu de la tumeur, la résection peut se limiter à une amputation partielle de la verge voire une amputation complète en cas de tumeur plus étendue.

Concernant les tumeurs au stade T2 (envahissement des corps spongieux ou caverneux) avec localisation distale (le cas de notre premier patient), une amputation partielle de verge respectant une marge d'exérèse de 2 cm est nécessaire¹². Seulement, dans le choix d'une amputation partielle, il est important de bien évaluer la longueur du moignon pénien laissé en place. Celui-ci doit être manipulable par le patient afin de lui permettre de diriger le jet urinaire, sinon il est préférable d'effectuer une urérostomie périnéale.

Par ailleurs, les tumeurs T2 proximales obligent à une amputation totale de verge associée à une urérostomie périnéale⁶.

Pour les tumeurs infiltrantes (envahissement de l'urètre, de la prostate ou d'autres structures adjacentes) la pénectomie totale est le plus souvent nécessaire³.

La meilleure procédure permettant de déterminer la présence de métastases microscopiques chez un patient N0 clinique serait le curage inguinal superficiel modifié^{3,12,14}. Cette technique permet l'exérèse complète du premier relais ganglionnaire, évitant ainsi aux patients la morbidité du curage ganglionnaire classique¹²⁻¹⁴.

Si les ganglions reviennent positifs après un examen anatomopathologique extemporané, un curage ganglionnaire inguinal profond et pelvien est recommandé².

Dans les stades loco-régionaux avancés ou métastatiques, la chimiothérapie peut être envisagée dans un but palliatif. Cependant, son impacte sur la survie des patients n'a pas été démontré⁵.

La TDM abdominopelvienne fait chez nos deux patients n'avait pas montré de signes en faveur d'une métastase. Le curage ganglionnaire superficiel fait chez le deuxième patient était revenu négatif. Par conséquent, il n'avait bénéficié d'aucune thérapie adjuvante.

La morbidité du curage inguinal classique est loin d'être négligeable avec 5% de nécrose cutanée, 15% d'infection pariétale, 16% de lymphoedème des membre inférieurs et 9% de lymphocèles^{13,15}.

Le taux de récurrence locale après chirurgie partielle est de 8%¹⁶. Une surveillance de près, à court et à long terme, de ces patients est fondamentale⁶. Celle-ci se base essentiellement sur l'examen clinique. Le scanner et la radiographie du thorax pourraient être utiles pour objectiver des adénopathies pelviennes ou des métastases à distance³.

Les principaux facteurs pronostic du cancer de verge restent le degré d'extension de la tumeur primitive, le statut des ganglions lymphatiques¹⁷ et la différenciation des cellules tumorales⁶. Cependant, l'incidence de l'envahissement ganglionnaire est liée à la fois à l'étendu et à la localisation de la tumeur primitive. Les métastases ganglionnaires surviennent dans 20% des cas des tumeurs au stade T1 et 47 à 66% des cancers de verge aux stades T2 à T4¹⁸.

En conclusion, le cancer de verge est une entité rare. L'envahissement ganglionnaire est le facteur pronostic de survie le plus important. Le traitement de référence de ce cancer est l'amputation de la verge (totale ou partielle). Le suivi postopératoire est indispensable à la recherche d'une récurrence de la tumeur locale ou à distance.

BIBLIOGRAPHIE

1. Conort P, Desgrandchamps F. Recommandation. Comité de cancérologie, Prog Urol 2000, 20, 929-931.
2. Sanchez Ortiz RF, Pettaway CA. Natural history, management, and surveillance of recurrent squamous cell penile carcinoma: A risk-based approach. Urol. Clin. North Am. 2003 Nov;30(4):853-67.
3. Solsona E, Algaba F, Horenblas S, Pizzocaro G, Windahl T. EAU Guidelines on Penile Cancer. Eur. Urol. 2004 Jul;46(1):1-8.
4. European Network of Cancer Registries. (ENCR) Eurocim version 4.0. European incidence V2.2(1999).2001.
5. Avances C, Iborra F, Rocher L, Mottet N. Recommendations: diagnosis of malignant penile tumors. Prog Urol 2005 Sep; 15 (4 Suppl 2), 810-6.
6. Mosconi AM, Roila F, Gatta G, Theodore C. Cancer of the penis. Crit. Rev. Oncol. Hematol. 2005 Feb;53(2):165-77.
7. Agrawal A, Pai D, Ananthkrishnan N, Smile SR, Ratnakar C. Clinical and sonographic findings in carcinoma of the penis. J. Clin. Ultrasound. 2000 Oct;28(8):399-406.
8. Descotes JL, Hubert J. Urologie par ses images: Apport de l'imagerie dans les tumeurs de verge. [Urology imaging: contribution of imaging in penile tumors]. Prog. Urol. 2003 Nov;13(5):985-90.
9. Horenblas S, Jansen L, Meinhardt W, Hoefnagel CA, de Jong D, Nieweg OE. Detection of occult metastasis in squamous cell carcinoma of the penis using a dynamic sentinel node procedure. J. Urol. 2000 Jan;163(1):100-4.

10. Kroon BK, Horenblas S, Estourgie SH, Lont AP, Valdes Olmos RA, Nieweg OE. How to avoid false-negative dynamic sentinel node procedures in penile carcinoma. *J.Urol.* 2004 Jun; 171(6 Pt 1):2191-4.
11. Kroon BK, Lont AP, Valdes Olmos RA, Nieweg OE, Horenblas S. Morbidity of dynamic sentinel node biopsy in penile carcinoma. *J.Urol.* 2005 Mar; 173(3):813-5.
12. Culkin DJ, Beer TM. Advanced penile carcinoma. *J.Urol.* 2003 Aug; 170(2 Pt 1):359-65.
13. Bevan Thomas R, Slaton JW, Pettaway CA. Contemporary morbidity from lymphadenectomy for penile squamous cell carcinoma: The M.D. Anderson Cancer Center Experience. *J.Urol.* 2002 Apr; 167(4):1638-42.
14. Catalona WJ. Modified inguinal lymphadenectomy for carcinoma of the penis with preservation of saphenous veins: Technique and preliminary results. *J.Urol.* 1988 Aug; 140(2):306-10.
15. Iborra F, Bastide C, Pabot Du Chatelard P, Mottet N. La prise en charge des aires ganglionnaires dans les tumeurs malignes du pénis. [Management of lymph node regions in malignant penile tumors]. *Prog.Urol.* 2005 Sep; 15(4 Suppl 2):823-8.
16. Mazza ON, Cheliz GM. Glanuloplasty with scrotal flap for partial penectomy. *J.Urol.* 2001 Sep; 166(3):887-9.
17. Lynch DF, Schellhammer PF. Tumors of the penis. In: Walsh PC, Vaughan ED, Wein AJ, Retik AB, Vaughn D, editors. *Campbell's Urology*. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2002. p.337-42.
18. Ornellas AA, Seixas AL, Marota A, Wisnescky A, Campos F, de Moraes JR. Surgical treatment of invasive squamous cell carcinoma of the penis: Retrospective analysis of 350 cases. *J.Urol.* 1994 May; 151(5):1244-9.

ABSTRACT

Diagnosis and Treatment of Penile Tumors. Report of 2 Cases and Review of the Literature

Squamous cell carcinoma of the penis is rare, representing less than 1% of all adult cancers. The etiology of this cancer is still unknown, but many risk factors have been suggested, above all the human papilloma virus. The authors describe two cases of infiltrating penile tumors. The first patient presented with a glandular tumor of 5 cm which was treated by a distal penile amputation. The second patient had a ventrally located penile tumor associated with a urethral fistula. He was subjected to total penectomy with bilateral inguinal lymphadenectomy. Postoperatively, he developed lymphorrhea which resolved spontaneously. Surgery remains the treatment of choice for penile tumors and consists – depending on the case – of wide excision, partial or total penectomy with perineal urethrostomy.