

## Cas Clinique

# Cancer primitif de l'urètre féminin - A propos d'un cas

A.F. Rakototiana<sup>1</sup>, H.N. Rakoto-Ratsimba<sup>2</sup>, F.A. Hunald<sup>1</sup>, N. Razafimanjato<sup>1</sup>, S. Rabesalama<sup>1</sup> et T.M. Rajaobelison<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de chirurgie urologique B, CHUA/JRA, <sup>2</sup>Professeur agrégé, Faculté de Médecine, Antananarivo, Madagascar.

## RESUME

Les auteurs rapportent un cas d'adénocarcinome de l'urètre chez une femme de 53 ans. Elle présentait après quatre mois de dysurie une tuméfaction urétrale hémorragique de 2 cm. L'examen clinique a mis en évidence une tumeur centrée sur le méat urétral. L'examen anatomopathologique des fragments biopsiques a conclu à un adénocarcinome de l'urètre modérément différencié. Une urétrocystectomie avec colpohystérectomie suivie d'une dérivation urinaire de type Bricker a été effectuée. Les suites post-opératoires ont été simples. La patiente a bénéficié d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie adjuvantes. Les aspects diagnostiques et thérapeutiques du cancer de l'urètre chez la femme sont discutés à travers une revue de la littérature.

**Mots clés :** Cancer de l'urètre, diagnostic, femme, chirurgie.

**Correspondance:** RAKOTOTIANA Auberlin Felantsoa, Service de chirurgie urologique B, CHUA/JRA, BP 4150, 101 Antananarivo, Madagascar., E-mail: drauberlin@yahoo.fr

**Détails d'acceptation:** article reçu:4/10/2007

article accepté (après corrections): 10/4/2008

## INTRODUCTION

Le cancer de l'urètre chez la femme est une pathologie rare surtout chez les femmes de race noire<sup>1</sup>. Il constitue 0,02% des pathologies malignes de la femme<sup>2</sup>. Souvent découverts dans un contexte non spécifique, son diagnostic et sa prise en charge restent difficiles. L'objectif de notre travail est de soulever les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie dans les pays sous-équipés en y associant une revue de la littérature sur le sujet.

## OBSERVATION

Il s'agissait d'une femme de 53 ans, admise dans notre service pour une hématurie et une altération importante de l'état général. Cette femme présentait depuis 4 mois des

épisodes de dysurie traitée par des prises de décoctions traditionnelles. L'examen clinique à l'admission a révélé une tumeur centrée sur le méat urétral d'où sortait du sang frais (Fig. 1). L'urètre était induré et douloureux. Il existait une tuméfaction de 2 cm de diamètre environ, dure, sensible, à revêtement muqueux. Les aires ganglionnaires étaient libres et le reste de l'examen clinique était normal. La numération formule sanguine a montré une anémie à 8 g/dl. L'échographie abdomino-pelvienne n'a pas montré d'adénopathie. L'urétrocystoscopie a montré une tumeur bourgeonnante, ulcérée, saignant au contact et remontant jusqu'à l'urètre proximal. L'examen anatomopathologique des fragments biopsiques a conclu à un adénocarcinome de l'urètre modérément différencié (Fig. 2). Une urétrocystectomie



Fig. 1 : Tumeur de l'urètre

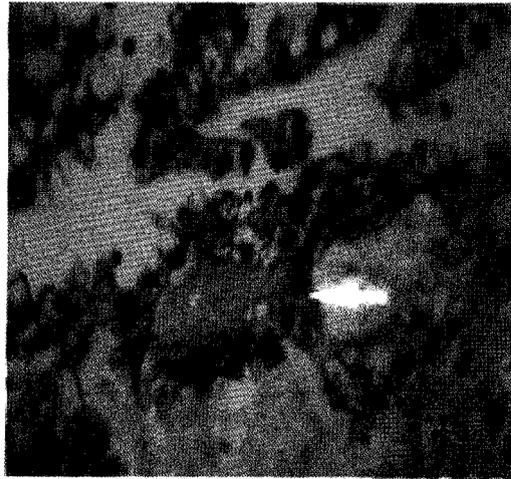


Fig. 2 : Aspect histologique: adénocarcinome de l'urètre. (HE x 400)

avec colpohystérectomie suivie d'une dérivation urinaire de type Bricker a été effectuée. Les suites post-opératoires ont été simples. Six cures de chimiothérapie à base de 5-fluorouracile et 5 séances de radiothérapie dosées à 60 Gy centrées sur le pelvis et les aires ganglionnaires inguinales ont complété le traitement. Le recul n'est que de 6 mois pour cette patiente, date à laquelle elle a été vue pour la dernière indemne de toute récurrence tumorale.

## DISCUSSION

Le cancer de l'urètre est une affection rare. Il constitue 0,02% à 0,03% de tous les cancers féminins<sup>3</sup>. Le cancer de l'urètre est plus fréquent chez la femme de race blanche<sup>4</sup>. L'âge moyen de survenue se situe entre 50 à 60 ans, avec des extrêmes de 4 à 90 ans<sup>5</sup>. Plusieurs facteurs de risques sont connus: l'âge, la ménopause, la présence de lésions pré-cancéreuses, les diverticules urétraux, les manipulations intempestives au niveau de l'urètre, les infections à répétition et les lésions sténosantes inflammatoires chroniques ou post-traumatiques et l'accouchement<sup>4,6</sup>. Les types anatomopathologiques les plus fréquemment rencontrés sont les carcinomes épidermoïdes (80%) et les tumeurs urothéliales (15%). Les

autres types regroupant les adénocarcinomes, les mélanomes et les sarcomes sont plus anecdotiques et ne représentent que 5% des cas<sup>3,7</sup>. Les signes cliniques sont variables et peu spécifiques, fait d'urétrorragie, de dysurie, de rétention aiguë d'urines, de troubles mictionnels, de troubles vulvo-vaginaux et parfois sous forme de masse vulvaire. Parfois s'observent des fuites urinaires soit à type d'incontinence urinaire due à l'infiltration de l'urètre et du sphincter, soit à type de fistule urinaire avec fistule uréthro-vaginale tumorale. L'urétrographie montre des images spécifiques à savoir une lacune marécageuse, une rigidité de l'urètre ou une sténose infranchissable. Le diagnostic de certitude repose sur l'examen anatomopathologique des biopsies prélevées lors de l'urétroscopie ou par voie transvaginale. L'échographie et l'urographie intraveineuse permettent d'apprécier une éventuelle atteinte vésicale et urétérale. L'imagerie par résonance magnétique et la tomographie assistée par ordinateur sont les examens de référence à demander pour le bilan d'extension. Le traitement est essentiellement chirurgical. Pour les tumeurs localisées de l'urètre découvertes tôt, il consiste en une exérèse endoscopique des lésions tumorales, sinon une résection uréthrale partielle peut être effectuée. La chirurgie associée à la chimiothérapie et/ou radiothérapie semble cependant apporter de

meilleurs résultats comme le montrent les travaux récents<sup>8,9</sup>. Pour les lésions étendues une pelvectomie antérieure avec lymphadénectomie et dérivation urinaire sera envisagée. La curiethérapie<sup>10,11</sup> fait appel à l'Iridium 192 avec des doses entre 65 à 70 Gy en curiethérapie exclusive, et des doses entre 20 à 35 Gy en complément d'une radiothérapie externe. La chimiothérapie repose sur le cisplatine en association avec le 5-fluorouracile<sup>11</sup>. L'évolution est variable en fonction de la localisation de la tumeur. Pour les tumeurs de l'urètre distal, l'extension se fera vers le méat urétral antérieur et la vulve. Pour les cancers de l'urètre postérieur ou proximal, l'évolution locale se fait vers le col vésical et le trigone.

En conclusion, le cancer de l'urètre chez la femme est rare. Son traitement est chirurgical. Le pronostic est très sombre. Notre observation illustre une évolution naturelle de cette affection. Toute anomalie de la miction chez une femme âgée doit conduire à un examen gynécologique soigneux à la recherche de ce type de tumeur.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Reynard J, Brewster S, Biers S. Oxford Handbook of Urology. 1st ed, New York.: Oxford University Press; 2005, pp. 316-18.
2. Sailer SL, Shipley WU, Wang CC. Carcinoma of the female urethra: A review of results with radiation therapy. J.Urol. 1988; Jul;140(1):1-5.
3. Cosgrove DJ, Schmidt JD. Penile and urethral cancer. In: Nachtshiem D (editor): Urological Oncology (Landes Bioscience Medical Handbook (Vademecum)), Newton (MA): Landes Bioscience, Inc.. 2005, pp. :97-105.
4. Maulard-Durdux C. Cancer de l'urètre. Dans : Andrieu J.-M., Colonna P, Lévy R (rédacteurs) : Cancers : Guide pratique d'évaluation, de traitement et de surveillance. Paris: Editions Estem, 1997, pp.641-43..
5. Thyavihally YB, Wuntkal R, Bakshi G, Uppin S, Tongaonkar HB. Primary carcinoma of the female urethra: Single center experience of 18 cases. Jpn.J.Clin. Oncol. 2005; Feb;35(2):84-7.
6. Rognon R. Tumeurs et formations tumorales de l'urètre. Paris: Masson ; ,Association Française d'Urologie; 1978.
7. Dalbagni G, Donat SM, Eschwege P, Herr HW, Zelefsky MJ. Results of high dose rate brachytherapy, anterior pelvic exenteration and external beam radiotherapy for carcinoma of the female urethra. J.Urol. 2001; Nov;166(5):1759-61.
8. Loridon B, Meuriot TN, Uzan J, Piron D. Le carcinome mucineux primitif de l'urètre féminin. [Primary mucinous carcinoma of the female ureter]. Prog.Urol. 2000; Dec;10(6):1220-3.
9. Micaily B, Dzeda MF, Miyamoto CT, Brady LW. Brachytherapy for cancer of the female urethra. Semin. Surg.Oncol. 1997; May-Jun;13(3):208-14.
10. Foens CS, Hussey DH, Staples JJ, Doornbos JF, Wen BC, Vigliotti AP. A comparison of the roles of surgery and radiation therapy in the management of carcinoma of the female urethra. Int.J.Radiat.Oncol.Biol.Phys. 1991; Sep;21(4):961-8.
11. Herr HW. Surgery of penile and urethral carcinoma. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, editors. Campbell's urology. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1998. p. 3395-409.

## ABSTRACT

### Primary Carcinoma of the Female Urethra: Case Report

The authors report a case of primary carcinoma of the urethra in a 53-year-old woman. She presented with a 4-month history of dysuria, and clinical examination revealed a hemorrhagic tumor 2 cm in diameter in the center of the urethral meatus. Histopathological examination of the biopsy specimens showed a moderately differentiated adenocarcinoma of the urethra. The patient underwent urethrocystectomy with colpohysterectomy and Bricker-type urinary diversion. The post-operative period was uneventful. The patient received adjuvant chemo- and radiotherapy. The diagnostic and therapeutic aspects of cancer of the female urethra are discussed with a review of the literature.