

Le cancer de la verge : à propos d'un cas et revue de la littérature

Cancer of the penis: case report and literature review

A.W.S. Odzébé · P.A. Bouya · J.B. Nkoua Mbon · A. Ngatshé · J.F. Péko

Reçu le 1 avril 2010 ; accepté le 05 juillet 2010
© SALF et Springer-Verlag France 2010

Résumé Le cancer de la verge est rare. Il pose souvent en Afrique le problème de l'acceptabilité de l'amputation de la verge. Nous rapportons un cas de tumeur de la verge révélé après une circoncision tardive. Le traitement a consisté en une amputation des deux tiers de la verge. Le patient est vivant sans récurrence locale, deux ans après la chirurgie. La revue de la littérature montre la rareté de cette tumeur et le rôle des facteurs favorisants qui sont : l'absence de circoncision et l'infection à papillomavirus. *Pour citer cette revue : Androl. 20 (2010).*

Mots clés Cancer de la verge · Circoncision · Afrique

Abstract Cancer of the penis is rare. It often raises the issue of acceptability of the amputation of penis. We report a case of cancer of the penis following a late circumcision. The treatment consisted of amputation of two-thirds of the penis. The patient is alive without any local recurrence 2 years after surgery. Literature review suggests that this type of cancer is very rare. The factors associated with such cancer include lack of circumcision and infection with human papilloma virus. *To cite this journal: Androl. 20 (2010).*

Keywords Cancer of the penis · Circumcision · Africa

A.W.S. Odzébé (✉) · P.A. Bouya
Service d'urologie–andrologie, CHU de Brazzaville,
BP 2522, Brazzaville, Congo
e-mail : odzebe_s@yahoo.fr

J.B. Nkoua Mbon
Service de carcinologie–radiothérapie, CHU de Brazzaville,
BP 32, Brazzaville, Congo

A. Ngatshé
Service de dermatologie, CHU de Brazzaville,
BP 32, Brazzaville, Congo

J.F. Péko
Service d'anatomie–cytologie pathologie, CHU de Brazzaville,
BP 32, Brazzaville, Congo

Introduction

Les tumeurs de la verge ont une répartition géographique variable. En Europe, l'incidence est marginale, elle représente 0,5 % des cancers masculins. Elle est plus élevée en Afrique, en Asie et au Brésil où ces tumeurs représentent jusqu'à 15 % des tumeurs malignes [1]. Au Congo, Bouya et Lomina [2] ont rapporté deux cas en dix ans. En Afrique, étant donné le retard au diagnostic, ces tumeurs posent surtout des problèmes de prise en charge, notamment celui de l'acceptabilité de l'amputation de la verge. Nous rapportons le troisième cas congolais pris en charge dans le service d'urologie–andrologie du CHU de Brazzaville.

Observation

M. M.A., 42 ans, a été reçu en consultation, le 10 mai 2007, dans le service de dermatologie du CHU de Brazzaville pour une lésion ulcérovégétante du gland, apparue trois mois après une circoncision rituelle, pratiquée en décembre 2006. Il est célibataire, père de deux enfants et ne présente aucun antécédent médicochirurgical particulier.

À l'examen physique, le patient était en bon état général, et l'on notait une lésion ulcérée, ferme, blanchâtre, intéressant le gland. Il n'y avait pas d'adénopathie inguinale.

Une biopsie exérèse de la lésion a été proposée, mais le patient a marqué un refus. Il est perdu de vue, puis revu en consultation sept mois plus tard. L'examen notait à ce moment-là une extension des lésions à type de tumeur ulcérobourgeonnante intéressant les deux tiers de la verge (Fig. 1). La palpation ne retrouvait pas d'adénopathies inguinales. Le bilan d'extension qui a comporté une tomodensitométrie abdominopelvienne et une radiographie pulmonaire était normal. Le patient a été classé T2NXM0.

Après discussion et consultation d'un psychologue clinicien, le patient a accepté le traitement chirurgical. Une amputation des deux tiers de la verge a été réalisée sans curage ganglionnaire inguinal. L'analyse histopathologique



Fig. 1 Tumeur de la verge ulcérobourgeonnante : aspect préopératoire chez un sujet de 42 ans

de la pièce opératoire a conclu à un carcinome spinocellulaire de la verge (Fig. 2).

Aucun traitement adjuvant n'a été administré. Le patient est vivant après deux ans de suivi postopératoire, sans récurrence locale ou régionale. Le moignon restant ne permet pas de conserver une sexualité.

Discussion

Le cancer de la verge est une tumeur rare. En Afrique, très peu de cas ont été publiés. Au Kenya, 31 cas ont été rapportés en 20 ans par Magoha et Kaale [3]. Dans un autre travail, ils trouvent une fréquence de 0,1 % de l'ensemble des cancers

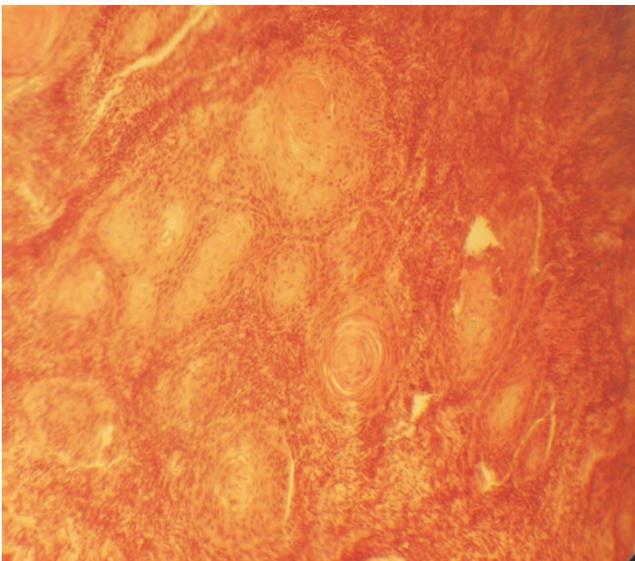


Fig. 2 Aspect histologique d'un carcinome spinocellulaire de la verge

masculins [4]. Au Sénégal, il représente 0,97 % des cancers de l'homme adulte et 0,35 % de l'ensemble de cancers [5]. Dans une grande série américaine de 1 605 cas de cancers de la verge, 9,9 % des patients sont afro-américains [6].

Il s'agit d'un cancer de l'homme âgé, qui survient le plus souvent chez les sujets de plus de 50 ans [5,7]. Le diagnostic est souvent fait à un stade avancé de la maladie chez les Africains qui consultent tardivement, cela en rapport avec la pudeur, les tabous et les croyances religieuses.

Plusieurs facteurs étiologiques sont incriminés dans la survenue du cancer de la verge [8] :

- le rôle de la circoncision a été évoqué devant le contraste entre la faible prévalence du cancer de la verge dans les populations qui la pratiquent et celles qui ne la pratiquent pas [3]. Wan et al. [9] ont rapporté 17 cas de cancer de la verge chez des patients circoncis tardivement, ce qui confirme l'hypothèse selon laquelle la circoncision a un rôle protecteur lorsqu'elle est faite en période néonatale ;
- le phimosis favorise la rétention du smegma dans la prépuce, source de balanoposthites. Il gêne la propreté et cause des irritations préputiales répétées au cours du coït, qui peuvent générer des dysplasies et faire le lit du cancer. Solis [10] rapporte dans sa série 58 % des cas de phimosis. Un homme à prépuce souple, permettant un décalotage facile du gland et une hygiène génitale correcte, est aussi préservé qu'un homme circoncis [5]. Cette dernière hypothèse peut expliquer le faible nombre de cas en Europe, où la circoncision n'est pas systématique ;
- le rôle des lésions précancéreuses est évoqué, il s'agit du lichen scléroatrophique et des condylomes vénériens [10] ;
- le rôle du papillomavirus est évoqué dans la littérature [11,12]. Le type 16 (HPV16) est prédominant et souvent retrouvé dans les tumeurs génitales malignes chez l'homme et la femme. Dans notre pays, les méthodes diagnostiques du *human papillomavirus* ne sont pas de pratique courante ; c'est ainsi que notre patient n'a pu bénéficier de la recherche de ce facteur étiologique.

Le traitement du cancer de la verge vise comme objectif à concilier deux impératifs, apparemment contradictoires : la destruction ou l'exérèse de la tumeur avec une marge de sécurité suffisante et la préservation cosmétique et fonctionnelle. Les moyens peuvent être chirurgicaux (amputation partielle ou totale de la verge) ou physiques (laser, radiothérapie ou curiethérapie) [13]. Le traitement chirurgical et mutilant est mal accepté par les populations pour des raisons psychologiques. Notre patient a refusé la première intervention qui prévoyait une biopsie exérèse d'une tumeur du gland. La curiethérapie peut certainement constituer une alternative devant ces cas de refus, lorsque le diagnostic histologique est établi. Cependant, elle s'applique sur des

tumeurs de moins de 8 cm et de stade inférieur à T2. Elle est contre-indiquée dans les tumeurs de la base de la verge [13].

Le pronostic du cancer de la verge est variable en fonction du stade. La survie à cinq ans est de 80 % pour les tumeurs T1 (tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial) à T3 (tumeur envahissant l'urètre et la prostate) sans atteinte ganglionnaire. Elle est de 50 % en cas d'atteinte ganglionnaire, et en cas de métastase cette survie est de moins de 30 % [14–16]. Les tumeurs T4 (tumeur envahissant d'autres structures adjacentes) et/ou N+ (présence de métastases au niveau des ganglions inguinaux) ont un pronostic péjoratif, avec un décès précoce des patients [17].

Conclusion

Les tumeurs de la verge sont rares. Parmi plusieurs facteurs étiologiques incriminés, les deux principaux sont l'infection à *papillomavirus* humain et le smegma chez l'homme non circoncis. En Afrique, elles posent surtout des problèmes thérapeutiques, en raison du retard observé pour l'établissement du diagnostic de ces affections. L'indisponibilité d'outils permettant le diagnostic du *papillomavirus* humain contribue aussi à ce que les lésions précancéreuses ne soient pas identifiées à temps.

Conflit d'intérêt : aucun.

Références

1. Omellas AA, Seixas AL, Marota A, et al (1994). Surgical treatment of invasive squamous cell carcinoma of the penis: retrospective analysis of 350 cases. *J Urol* 151:1244–9
2. Bouya PA, Lomina D (2000) Deux observations congolaises de tumeur de la verge. *Carcinol Prat Afrique* 3:42–3
3. Magoha GA, Kaale RF (1995) Epidemiological and clinical aspects of carcinoma of penis at Kenyatta National Hospital. *East Afr Med J* 72:359–61
4. Magoha GA, Ngumi ZW (2000) Cancer of the penis at Kenyatta National Hospital. *East Afr Med J* 77:526–30
5. Gueye SM, Diagne BA, Ba M, et al (1992) Le cancer de la verge : aspects épidémiologiques et problème thérapeutique au Sénégal. *J Urol (Paris)* 98(3):159–61
6. Rippentrop JM, Joslyn SA, Konety BR (2004) Squamous cell carcinoma of the penis: evaluation of data from the surveillance, epidemiology, and end results program. *Cancer* 15:1357–63
7. Dargent M, Colon J, Delore X (1963) Cancer de la verge. *Ann Chir* 17:509–32
8. Renaud-Vilmer C, Cavelier-Balloy B, Verola O, et al (2010) Analysis of alterations adjacent to invasive squamous cell carcinoma of the penis and their relationship with associated carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 62:284–90
9. Wan Q, Li Z, Shen ZJ, et al (2006) Penile squamous carcinoma in circumcised patients: a report 17 cases. *Zhonghua Nan Ke Xue* 12:1108–9
10. Solis WA (1985) Cancer de la verge. Notre expérience. *Ann Urol* 19:338–44
11. Tornesello ML, Buonaguro FM, Buonaguro L, et al (2000) Identification and functional analysis of sequencerearrangements in the long control region of human papillomavirus type 16 Af-1 variants isolated from Ugandan penile carcinomas. *J Gen Virol* 81:2969–82
12. Tornesello ML, Buonaguro FM, Meglio A, et al (1997) Sequence variations and viral genomic state of human papillomavirus type 16 in penile carcinomas from Ugandan patients. *J Gen Virol* 78:2199–208
13. Avancès C, Bastide C, Mottet N (2007) Prise en charge actuelle des tumeurs du pénis. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Urologie, 18-375-A-10
14. Mottet N, Avancès C, Bastide C, et al (2004) Tumeurs du pénis. *Prog Urol* 14(4 Suppl 1):905–11
15. Busby JE, Pettaway CA (2005) What's new in the management of penile cancer? *Curr Opin Urol* 15:350–7
16. Micali G, Innocenzi D, Nasca MR, et al (1996) Squamous cell carcinoma of the penis. *J. Am Acad Dermatol* 35:432–51
17. Cornu JN, Comperat E, Renard-Penna R, et al (2007) Un traitement standard peut-il être proposé pour le cancer du pénis ? *Prog Urol* 17:1347–50