

Cancer du pénis au Sénégal : aspects cliniques et thérapeutiques

Penile cancer in Senegal: clinical and therapeutic features

Y. Sow · A. Thiam · B. Fall · M. Coulibali · A. Sarr · B. Diao · P.A. Fall · A.K. Ndoeye · M. Ba · B.A. Diagne

Reçu le 29 mars 2012 ; accepté le 30 avril 2012
© SALF et Springer-Verlag France 2012

Résumé Buts : décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des cancers de la verge au Sénégal.

Patients et méthodes : nous avons effectué une étude rétrospective qui s'est intéressée aux dossiers des patients suivis pour cancer de la verge au service d'urologie du CHU Aristide Le Dantec entre janvier 2000 et décembre 2011.

Résultats : huit patients d'âge moyen de 51,5 ans avec des extrêmes de 27 à 77 ans ont été répertoriés. Ils étaient tous circoncis dans l'enfance. L'examen clinique avait mis en évidence une tumeur ulcérobourgeonnante intéressant le gland et une partie du corps de la verge dans cinq cas ; dans deux cas, elle intéressait la totalité de la verge alors que seul un cas était limité au gland. Les patients étaient ainsi classés selon le système TNM 2002 de l'UICC en cT2 (quatre cas), cT3 (trois cas) et cT1 (un cas). Le type histologique de la tumeur était le carcinome épidermoïde chez tous les patients. Il n'y avait pas de localisation secondaire au scanner thoraco-abdomino-pelvien. Sur le plan thérapeutique, une pénectomie partielle a été réalisée dans cinq cas, une pénectomie totale avec curage ganglionnaire dans un cas. Deux patients ont refusé le traitement chirurgical. Aucune récurrence n'était notée chez les cinq patients ayant subi une amputation partielle du pénis. La survie globale était donc de 83,3 % pour les patients opérés.

Conclusion : le cancer de la verge est rare au Sénégal. La prise en charge est délicate du fait du diagnostic tardif avec des lésions évoluées, d'où l'importance d'une sensibilisation des populations.

Mots clés Cancer de la verge · Aspects cliniques · Traitement · Sénégal

Abstract Objective: Describe the clinical and therapeutic aspects of penile cancer in Senegal.

Patients and methods: We conducted a retrospective study that looked at records of patients followed for penile cancer in the urology service of the Aristide Le Dantec hospital between January 2000 and December 2011.

Results: Eight patients of mean age of 51.5, with extremes of 27 and 77 have been identified. They were all circumcised in childhood. Clinical examination had highlighted ulcerated and burgeoning tumor affecting glans and a part of the penis in five cases; in two cases, it concerned the entire penis, while one case was limited to the glans. Patients were thus classified according cT3 (three cases) and cT1 (one case). The histological type of the tumour was, in all patients, squamous cell carcinoma. There was no secondary location in the thoracic-flow-pelvic scanner. Therapeutically, a partial penectomy was conducted in five cases, a total penectomy with ganglionic flushing in one case. Two patients refused surgical treatment. There was no recurrence in five patients who underwent a partial amputation of the penis. Overall survival was therefore of 83.3 for surgical patients.

Conclusion: cancer of the penis is rare in Senegal. The support is delicate because of late diagnosis associated with advanced lesions, hence the importance of awareness of the population.

Keywords Penile cancer · Clinical features · Treatment · Senegal

Introduction

Les tumeurs malignes primitives du pénis sont des affections rares. Leur fréquence est estimée entre 0,3 % à 0,5 % des cancers de l'homme aux États-Unis [1]. En Europe, l'incidence est estimée à moins de 1 pour 100 000 [1]. Cette rareté et le siège génital de ce cancer (parties intimes) rendent sa prise en charge complexe. En effet, le plus souvent, le diagnostic est tardif, surtout en Afrique, et le traitement radical souvent refusé par les patients [2]. Plusieurs facteurs de risque sont incriminés dont le tabac, les infections à HPV et le phimosis.

Y. Sow (✉) · A. Thiam · B. Fall · M. Coulibali · A. Sarr · B. Diao · P.A. Fall · A.K. Ndoeye · M. Ba · B.A. Diagne
Service d'urologie, hôpital Aristide Le Dantec,
BP 3001, Dakar, Sénégal
e-mail : yahyasowdj@yahoo.fr

En Afrique, ce cancer est aussi connu pour sa rareté. Au Sénégal, Gueye et al. estimaient sa fréquence à 0,35 % de l'ensemble des cancers et à 0,97 % des cancers de l'homme adulte en 1992 [2]. Ce cancer est caractérisé par la prédominance des formes évoluées nécessitant un traitement radical. En effet, les patients tardent à consulter à cause du manque d'informations et du tabou que suscite toute affection de la sphère génitale. Aussi, rares sont les patients qui acceptent le traitement radical. Ces facteurs sociaux, associés à l'insuffisance des moyens d'explorations et de traitement expliquent les difficultés de prise en charge des tumeurs de la verge dans nos régions.

L'objectif de ce travail était de décrire les données cliniques et thérapeutiques des cancers de la verge au Sénégal.

Patients et méthodes

Nous avons rétrospectivement colligés tous les cas de cancer de la verge diagnostiqués et pris en charge au service d'urologie-andrologie du CHU Aristide Le Dantec (Dakar) entre janvier 2000 et décembre 2011. Pour chaque patient, les paramètres suivants ont été étudiés : l'âge au moment du diagnostic, le délai entre l'apparition de la lésion et la première consultation, l'existence ou non de facteurs de risque ou de lésions précancéreuses, la localisation, l'aspect et la taille de la lésion, le type histologique de la tumeur, les modalités thérapeutiques et le suivi après le traitement.

Résultats

Durant la période d'étude, huit cas de cancer de la verge ont été pris en charge, soit une incidence hospitalière de 0,72 cas par an. L'âge moyen des patients était de 51,5 ans avec des extrêmes de 27 à 77 ans. Cinq patients avaient un âge supé-

rieur à 50 ans. Le délai entre l'apparition des lésions et la première consultation était de 23,4 mois en moyenne avec des extrêmes de 5 et 48 mois.

Les patients étaient tous circoncis durant l'enfance et avant la puberté. Aucun facteur de risque n'a été identifié chez ces patients. Ils avaient tous un bas niveau socio-économique avec comme corollaire un manque d'hygiène. Ils étaient tous originaire de villages reculés qui ne disposaient pas d'infrastructures sanitaires.

L'examen clinique objectivait une tumeur ulcérée et bourgeonnante occupant tout le gland et une partie de pénis chez cinq patients avec une longueur moyenne de verge restante de 3,6 cm (extrêmes : 1 et 5 cm). La tumeur ulcérobourgeonnante occupait la totalité de la verge dans deux cas, avec chez l'un, la présence d'une déformation monstrueuse du pénis et des ulcérations multiples (Fig. 1). Un seul patient présentait une tumeur végétante en chou-fleur limitée au gland.

La présence d'adénopathies inguinales superficielles bilatérales était notée chez trois patients. Un des patients présentait un vitiligo intéressant la verge et les bourses (Fig. 2).

L'examen histologique, après biopsie systématique des lésions, avait conclu à un carcinome épidermoïde invasif dans tous les cas. Le carcinome était classé G2 chez cinq patients, G1 dans deux cas puis G3 dans un cas.

L'extension à distance était évaluée par une tomодensitométrie (TDM) thoraco-abdomino-pelvienne chez tous les patients. Elle n'avait cependant pas mis en évidence de localisations secondaires au niveau des ganglions pelviens ou au niveau viscéral.

À l'issu de ce bilan, les patients étaient classés selon le système TNM 2002 de l'UICC en cT2 (quatre cas), cT3 (trois cas) et cT1 (un cas). La présence d'adénopathies inguinales était notée chez trois patients classés cN2 alors que tous les patients étaient M0. Le premier tableau rapporte la répartition des patients en fonction de la présentation



Fig. 1 Volumineuse tumeur ulcérée de la verge avec déformation monstrueuse occupant la totalité du pénis, classée cT3



Fig. 2 Tumeur végétante gland et pénis avec ulcération par endroit sur vitiligo pénoscrotal avec longueur pénienne saine restante de 1 cm

clinique et des résultats anatomopathologiques des carottes de biopsie (Tableau 1).

Sur le plan thérapeutique : une amputation partielle de la verge avait été réalisée dans cinq cas et une amputation totale associée à un curage ganglionnaire bilatérale dans un cas. Cependant, un patient avait refusé l'amputation totale de verge et un autre l'émasculature, malgré une bonne information à propos du risque évolutif de la maladie.

L'examen anatomopathologique des pièces de pénectomie partielle et totale avait permis de confirmer le carcinome épidermoïde invasif dans tous les cas, avec des marges chirurgicales saines. Un envahissement vasculaire et périnerveux était présent dans la pièce de pénectomie totale. Plusieurs ganglions étaient envahis sur l'échantillon du curage bilatéral.

La durée de suivi pour les patients opérés était en moyenne de 2,5 ans (extrêmes : six mois et cinq ans). Ce

Tableau 1 Répartition des patients en fonction de la présentation clinique et des résultats anatomopathologiques des carottes de biopsie				
Patients	Âge (ans)	Aspects cliniques	Histologie biopsie	Classification clinique (cTNM 2002)
1	29	Tumeur ulcérée bourgeonnante occupant gland et partie distale verge : longueur restante = 4 cm	Carcinome épidermoïde invasif G2	cT2N0M0
2	77	Tumeur ulcérée bourgeonnante occupant gland et partie distale verge : longueur restante = 4,5 cm	Carcinome épidermoïde invasif G2	cT2N0M0
3	27	Tumeur ulcérée bourgeonnante occupant gland et partie distale verge : longueur restante = 3,5 cm	Carcinome épidermoïde invasif G2	cT2N0M0
4	46	Tumeur végétante limitée au gland	Carcinome épidermoïde invasif G1	cT1N0M0
5	74	Volumineuse tumeur ulcérée occupant la totalité du pénis avec adénopathies inguinales bilatérales mobiles	Carcinome épidermoïde invasif G3	cT3N2M0
6	67	Volumineuse tumeur ulcérée avec déformation monstrueuse occupant la totalité du pénis avec adénopathies inguinales bilatérales mobiles	Carcinome épidermoïde invasif G2	cT3N2M0
7	63	Tumeur végétante gland et pénis avec ulcération par endroit sur vitiligo pénoscrotal. Longueur restante = 1 cm. Adénopathies inguinales bilatérales mobiles	Carcinome épidermoïde invasif G2	cT3N2M0
8	55	Tumeur ulcérée bourgeonnante occupant gland et partie distale verge : longueur restante = 5 cm	Carcinome épidermoïde invasif G1	cT2N0M0

suivi était effectué à six mois, à un an puis tous les ans par examen clinique et TDM thoraco-abdomino-pelvienne. Aucune récurrence n'était notée chez les cinq patients ayant subi une amputation partielle du pénis. Une récurrence locale associée à des métastases pulmonaires étaient diagnostiquées à six mois chez le patient ayant subi une pénectomie totale. Il était décédé avant le traitement complémentaire. La survie globale était donc de 83,3 % pour les patients opérés. Les deux malades ayant refusé le traitement ont été perdus de vue. Le Tableau 2 rapporte la répartition des patients en fonction du type de traitement et des résultats du suivi.

Discussion

Le cancer de la verge est rare au Sénégal comme l'avaient déjà rapporté Gueye et al. [2]. L'incidence de ce cancer varie en fonction des régions géographiques : 0,3 pour 105 hommes aux États-Unis [3], 0,4 à 0,6 % des cancers de l'homme en Europe [4] ; 0,7 % au Canada ; 4,2 % en Ouganda [3]. Luciano et al. [5] avaient rapporté une incidence de 2,9-6,8/100000 au Brésil. Cette incidence est pratiquement nulle en Israël où la circoncision néonatale est un rituel pratiqué chez la quasi-totalité des garçons [3,6].

L'âge moyen des patients dans notre série (51,5 ans) est identique à celui décrit dans la littérature où l'incidence maximale survient après 50 ans [2,4,7-10]. Les facteurs incriminés dans la genèse du cancer de la verge ont fait l'objet de plusieurs travaux. Beaucoup d'auteurs ont démontré le rôle protecteur de la circoncision néonatale en améliorant l'hygiène génitale [3,10-12]. En effet, la faible incidence du cancer de la verge peut être superposée aux régions géographiques où la circoncision néonatale est pratiquée de façon courante. Au Sénégal, la circoncision est un rituel largement répandu. La proportion d'hommes circoncis est estimée à 20 % de la population masculine mondiale avec une variabilité en fonction des pays. Elle concerne 24 % de

la population en Angleterre, 48 % au Canada, 82 % des blancs et 54 % des noirs américains [11]. Le rôle préventif concerne surtout la circoncision précoce (néonatale ou avant la puberté) qui diminue de trois à cinq fois le risque de cancer du pénis, mais pas celle réalisée à l'âge adulte [13].

Les travaux de Luciano et al. [5] avaient montré que le phimosis est le principal facteur de risque du cancer de la verge au Brésil (60,42 % d'une série de 283 patients). Cette donnée a été confirmée par Magoha et al. [6] au Kenya qui avaient compté 72,7 % de patients non circoncis dans leur série.

Des études récentes ont évoqué l'implication de l'infection à HPV dans l'étiopathogénie du cancer de la verge [3,5,10]. Tornesello et al. [14] étaient les premiers à démontrer l'implication de l'infection à HPV dans la pathogénie du cancer du pénis après identification dans le génome humain du HPV-16 associé à une interruption du gène E2. La relation entre cancer du col utérin et infection à HPV est connue. Étant donné que le cancer du col de l'utérus est le premier cancer de la femme au Sénégal, nous pensons que l'implication de cette infection dans la survenue du cancer de la verge chez nos patients est très probable. Cependant, nous n'avons pas pu confirmer cette implication car nous n'avons pas effectué la recherche de l'ADN viral dans les tumeurs. Certains auteurs recommandent un dépistage systématique du cancer de la verge chez les partenaires mâles des patientes suivies pour néoplasie du col de l'utérus [15]. Ce qui permettrait la découverte, à un stade précoce de lésions malignes du pénis dans ce groupe de personne. Barosso [15] a rapporté 33 % de néoplasie intra-épithéliale pénienne chez les partenaires de patientes traitées pour néoplasie intra-épithéliale cervicale. Il existe des lésions précancéreuses telles que la maladie de Bowen, l'érythroplasie de Queyrat et le lichen scléro-atrophique. Ces lésions précancéreuses n'ont pas été retrouvées dans notre série. La présence d'un vitiligo pénoscrotal chez un de nos patients aurait-il un rôle dans la genèse du cancer ?

Tableau 2 Répartition des patients en fonction du type de traitement et des résultats du suivi

Patients	Traitement	Histologie pièce opératoire	Durée de suivi	Résultats du suivi	Décès
1	Pénectomie partielle	Carcinome épidermoïde pT2 G2	Trois ans	Absence de récurrence cN0M0	Non
2	Pénectomie partielle	Carcinome épidermoïde pT2 G2	Deux ans	Absence de récurrence cN0M0	Non
3	Pénectomie partielle	Carcinome épidermoïde pT2 G2	Cinq ans	Absence de récurrence cN0M0	Non
4	Pénectomie partielle	Carcinome épidermoïde pT2 G1	Deux ans	Absence de récurrence cN0M0	Non
5	Pénectomie totale + curage inguinal bilatéral	Carcinome épidermoïde pT3N2 G3	Six mois	Récurrence ganglionnaire et métastases ganglionnaires pelviennes et pulmonaires	Oui
6	Refus émasculat	-	Perdu de vue	-	-
7	Refus pénectomie totale	-	Perdu de vue	-	-
8	Pénectomie partielle	Carcinome épidermoïde pT2 G2	Six mois	Absence de récurrence cN0M0	Non

Sur le plan clinique, tous les patients ont été vus à un stade avancé du cancer avec une tumeur ulcérobourgeonnante intéressant tout le gland et/ou une partie plus ou moins totale du corps de la verge. Ce retard au diagnostic est lié au retard à la consultation. Ceci pourrait s'expliquer d'une part, par le fait que dans nos régions, il persiste toujours une honte à dévoiler toute affection touchant les parties génitales et d'autre part, par l'existence d'une médecine traditionnelle qui constitue encore le premier recours avant l'hôpital. Ceci constitue un handicap majeur dans les décisions thérapeutiques, puisque le traitement conservateur est rarement envisageable. Aussi, en cas de métastase ganglionnaire ou viscérale, la chimiothérapie est parfois non disponible ou onéreuse. C'est tout le contraire dans les séries occidentales [7,8] qui retrouvent des lésions strictement confinées au gland et au prépuce. Luciano [5] au Brésil retrouve 73 % des lésions localisées au gland et au prépuce.

Le carcinome épidermoïde est le principal type histologique rencontré, l'extension locale se fait vers les corps caverneux et le scrotum. Les métastases sont rares [4] ; un cas de métastase pulmonaire a été noté dans notre série.

Le traitement du cancer de la verge a évolué avec l'avènement de techniques moins invasives autorisant la conservation pénienne. En effet, dans les lésions superficielles du pénis, le traitement photodynamique (PDT), la cryochirurgie avec du liquide azoté et le 5-fluorouracil en topique combiné à la biopsie ont été utilisés avec succès [16]. Delannes et al. [17] ont démontré l'intérêt de la brachythérapie à l'Iridium 192 dans la prise en charge des carcinomes épidermoïdes du pénis classés T1-T2.

Si actuellement, le traitement conservateur est préconisé pour les lésions localisées sur le gland ou le prépuce, cette attitude thérapeutique est difficile à appliquer dans nos contrées où les lésions sont le plus souvent invasives. Le retard diagnostique habituel nous impose de recourir à une amputation partielle ou totale de la verge. Ces gestes mutilants et traumatisants sur le plan psychologique sont souvent refusés par les patients qui considèrent la verge comme la preuve de leur virilité. Maddineni et al. [18], après une revue de la littérature, ont trouvé que le traitement du cancer du pénis avait un impact négatif sur la qualité de vie avec survenue de troubles psychiatriques dans près de 50 % des cas et une prévalence de dysfonctionnement érectile chez plus de deux tiers des cas.

Le pronostic des cancers du pénis dépend du stade TNM, du type histologique, du grade tumoral et de l'existence d'une invasion vasculaire et lymphatique [7]. Certains auteurs [19,20], estiment que le pronostic de ces cancers est péjoratif puisque la survie est de l'ordre de 80 % à cinq ans pour les patients sans atteinte ganglionnaire, d'environ 50 % lorsque les ganglions sont envahis et inférieure à 30 % en cas de métastases. Dans notre série, la survie des patients classés pT2N0M0 était de 100 %. Pour les trois patients

cT3N2, un patient est décédé et les deux autres perdus de vue. Le patient décédé présentait des métastases. Le pronostic est donc plutôt bon chez les patients sans envahissement ganglionnaire alors qu'il est mauvais pour les cas avec ganglions atteints.

Conclusion

L'incidence du cancer de la verge est faible au Sénégal. Le carcinome épidermoïde est le type prédominant. La découverte est presque toujours tardive, au stade évolué du cancer. La pénectomie totale est le plus souvent indiquée. Cependant, la défiguration corporelle et les conséquences psychologiques et sociales qui peuvent en découler expliquent parfois les refus thérapeutiques. Il est alors nécessaire de sensibiliser nos populations à la nécessité d'un diagnostic précoce.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Barnholtz-Sloan JS, Maldonado JL, Pow-Sang J, Giuliano AR (2007) Incidence trends in primary malignant penile cancer. *Urol Oncol* 25:361-7
2. Gueye SG, Diagne BA, Ba M, et al (1992) Le cancer de la verge : aspects épidémiologiques et problèmes thérapeutiques au Sénégal. *Med Afr Noire* 39:8-9
3. Bastide C (2003) Prévention et dépistage des cancers du pénis. *Prog Urol* 13:1238-42
4. Iborra F, Neuzillet Y, Méjean A, Lebret T (2008) Métastase des cancers du pénis. *Prog Urol* 18(Suppl 7):S392-5
5. Luciano AF, Aginaldo CN, Mario R, et al (2008) Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. *Int Braz J Urol* 34:587-91
6. Mogoha GA, Ngumi ZW (2000) Cancer of penis at Kenyatta national hospital. *East Afr Med J* 77:526-30
7. Cornu JN, Comparat E, Renard-Panna R, et al (2007) Prise en charge carcinologique des cancers du pénis. Expérience d'un centre. *Prog Urol* 17:1347-50
8. Karra H, Asselborn E, Fayollet F (2007) Cancer de la verge et laser dioxyde de carbone. À propos de six cas. *Sexologies* 16:85-90
9. Mazon JJ, Langlois D, Lobo PA, et al (1984) Interstitial radiation therapy for cancer of the penis using iridium 192 wires: the Henri Mondor experience (1970-1979). *Int J Rad Onc Biol Phys* 10:1891-95
10. Sow M, Nkegoum B, Ama Moor VG, et al (2006) Les tumeurs du pénis au Cameroun : aspects épidémiologiques, cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques. *Ann Pathol* 26:299-301
11. Berk B, Ozgu A, Semith T, Tarcin S (2010) Circumcision: Pros and Cons. *Indian J Urol* 26:12-5
12. Grafeille N (2007) Éthique, circoncision et VIH. *Sexologies* 16:309-13
13. Misra S, Chaturvedi A, Misra NC (2004) Penile carcinoma: a challenge for the developing world. *Lancet Oncol* 5:240-7

14. Tornesello ML, Buonaguro FM, Meglio, et al (1997) A Sequence variations and viral genomic state of human papillomavirus type 16 in penile carcinomas from Ugandan patients. *J Gen Virol* 78:2199–208
15. Barrasso R, De Brux J, Croissant O, Orth G (1987) High prevalence of papillomavirus associated penile intraepithelial neoplasia in sexual partners of women with cervical intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med* 317:916–23
16. Caso JR, Rodriguez AR, Correa J, Spiess EP (2009) Update in the management of penile cancer. *Int Braz J Urol* 35:406–15
17. Delames M, Malavaud B, Douchez J, et al (1992) Iridium interstitial therapy for squamous cell carcinoma of the penis *Int J Rad Oncol Biol Phys* 24:479–83
18. Maddinèni SB, Lau MM, Sangar KV (2009) Identifying the needs of penile cancer suffers: a systematic review of the quality of life, psychosexual and psychosocial literature in penile cancer. *BMC Urol* 9:8
19. Mottet N, Avances C, Bastide C, et al (2004) Tumeurs du pénis. *Prog Urol* 14:905–11
20. Busby JE, Pettaway CA (2005) What's new in the management of penile cancer? *Curr Opin Urol* 15:350–7