

Pénectomie partielle pour un carcinome de la verge: A propos de 24 cas

Hanan Bouaziz¹, Maher Slimane,² Riadh Chargui³, Jamel Ben Hassouna⁴,
Hatem Bouzaïene⁵, Monia Hechiche⁶, Tarek Ben Dhiab⁷, Khaled Rahal⁸
Service de Chirurgie Carcinologique, Institut Salah Azaïz, Tunis, Tunisie

Abstract Les tumeurs de pénis majoritairement représentés par le carcinome épidermoïde de la verge sont relativement rares dans les pays occidentaux, et dans les populations qui pratiquent la circoncision à l'enfance, mais plus fréquent dans des pays à niveaux socio-économique faible. Le traitement chirurgical apporte le meilleur contrôle tumoral mais est un geste mutilant, tout par son impact psychologique que par les séquelles opératoires potentielles. Les traitements conservateurs constituent une alternative thérapeutique séduisante. Le traitement optimal des aires ganglionnaires reste un domaine controversé. Les facteurs pronostiques péjoratifs de cette pathologie sont l'atteinte ganglionnaire, celle du corps caverneux et la faible différenciation histologique.

Mots clés: Curage ganglionnaire, IRM, Pénectomie partielle, Verge

I. Introduction

Le carcinome épidermoïde de la verge représente la majorité des tumeurs malignes du pénis (97% des tumeurs de la verge), son incidence est variable selon les régions géographiques, les coutumes et le niveau socio-économique. C'est un cancer du sujet âgé qui touche le plus souvent l'homme après 50 ans. L'IRM pénienne peut aider pour apprécier l'extension en profondeur. Le traitement de la tumeur pénienne est au maximum conservateur, soit par chirurgie, soit par curiethérapie. Le risque de récurrence locale est de 20 %. La prise en charge ganglionnaire doit être systématique, bilatérale et réalisée lors du diagnostic.

II. Patients et méthodes

Nous rapportons une étude rétrospective de 24 hommes atteints d'un carcinome épidermoïde de la verge non métastatique, colligés et traités selon une approche conservatrice (chirurgie et/ou radiothérapie) dans notre institut sur une période de 30 ans. Tous nos patients de religion musulmane étaient circoncis dès le jeune âge. La tumeur était classée selon la classification TNM 2009. Les distributions des estimations de survie globale et de survie sans récurrence ont été calculées à partir de la méthode de Kaplan –Meier. Les facteurs pronostiques étudiés en analyse uni et multi variées étaient les suivantes :

- L'âge (\leq contre $>$ 70 ans) ;
- La taille tumorale (\leq contre $>$ 3 cm) ;
- Des ganglions inguinaux palpables ;
- Stade T
- Stade N
- Le traitement (chirurgie associée ou non à la radiothérapie) ;
- L'évolution (récurrence ou progression contre rémission)
- L'infiltration du corps caverneux
- Le grade
- L'envahissement inguinal (N+ contre N-)
- Les limites chirurgicales (saine contre non précisées)

III. Result at

L'âge médian de nos patients était de 66 ans. La taille tumorale moyenne était de 4 cm. Selon la classification TNM, il y avait : 16 patients T1 (66,6%) (Fig 1), quatre T2 (16,6%), deux T3 (8,3%) (Fig 2) ; six patients N0 (25%), huit N1 (33,3%) et deux N3 (8,3%). Dix patients (41,6%) seulement ont eu une IRM de la verge pour des problèmes de disponibilité ou économique (Fig 3, 4). Le reste des patients a été exploré par une échographie. Vingt patients (83,3%) ont eu une chirurgie première type pénectomie (Fig 5). Quatre patients (16,6%), ont une radiothérapie préopératoire. Dans deux cas la radiothérapie était concomitante à cinq cures de chimiothérapie. Après un suivi médian de 70 mois, la survie globale et la survie sans récurrence à cinq ans étaient de 81 et 85% respectivement. Neuf malades étaient irradiés en postopératoire : deux (8,3%) au niveau du lit tumoral, deux (8,3%) au niveau du creux inguinal, quatre au niveau du lit tumoral et du creux inguinal. A la fin

du traitement, deux patients étaient en progression et six ont présenté une récurrence : lit tumoral (n=2), inguinal (n=1), lit tumoral et inguinal (n=3). Un patient a présenté une métastase axillaire homolatérale .

Dans l'analyse univariée, les facteurs pronostiques influençant la survie globale, sont les ganglions inguinaux palpables (p=0,005), le stade N (p=0,005) et une récurrence ou une progression (p= 0,0001). Pour la survie sans récurrence, les facteurs pronostiques significatifs étaient : le stade T (p=0.016), le stade N (p=0,012), le grade (p= 0,00). Dans l'analyse multivariée, aucun facteur n'a été retrouvé au test chi2, il y avait une relation significative entre la taille tumorale (>3cm) et la présence des ganglions inguinaux (p=0,037).

IV. Discussion

L'âge moyen du diagnostic du cancer dans notre étude (66 ans) est conforme avec les données de la littérature où l'incidence maximale survient après 50 ans [1,2]. La localisation était le plus souvent distale (prépuce et gland) conformément à ce qui est décrit [3]. Le manque d'hygiène surtout chez les hommes non circoncis et l'infection par le virus du papillome humain (HPV) sont des facteurs prédisposants. Le diagnostic est histologique, le plus fréquemment c'est un carcinome épidermoïde (>90% des cas) .

À ses débuts, la lésion est indolore. Les signes cliniques apparaissent au cours de l'évolution de la tumeur : brûlures, démangeaisons, saignement au contact, et surtout augmentation de volume du gland du pénis, parfois masquée par un phimosis. Chez nos patients le principal motif de consultation était la douleur. Les signes urinaires sont rares. Dans notre série l'évaluation de l'extension locale au niveau du pénis était basée sur l'examen du pénis et l'échographie. L'intérêt de l'échographie réalisée avec une sonde 7.5 MHz réside dans son caractère non invasif. Les lésions tumorales sont le plus souvent hypoéchogènes (47 à 100 % des cas), hyperéchogènes dans 36 % des cas, d'échogénicité mixte dans 17 % des cas [4]. Les auteurs s'accordent pour considérer que l'échographie n'est pas un bon examen pour apprécier l'extension au niveau du fascia de BUCK (T_a versus T₁). Par contre, le franchissement l'albuginée des corps caverneux est plus facile à reconnaître, surtout au niveau du corps de la verge L'IRM est l'examen le plus sensible pour identifier une extension urétrale ou caverneuse, mais elle n'apporte rien de plus que l'examen clinique dans les stades T₁. La réalisation de cet examen lors d'un test d'érection pharmacologique permet de mieux apprécier l'éventuelle infiltration du corps caverneux et peut aider à déterminer si une chirurgie conservatrice est envisageable [3]. Pour le bilan ganglionnaire, La palpation des aires doit être systématique et bilatérale. Un complément d'exploration par TDM est nécessaire pour le bilan d'extension.

Le choix du traitement dépend surtout de facteurs comme la localisation, la dimension, le stade et le grade tumoral. En cas de stade évolué, de haut grade tumoral et de site tumoral proximal, le traitement est obligatoirement la chirurgie et consiste en une amputation de verge (partielle ou totale) ou en une émasculature. Dans les stades peu évolués ou les faibles grades tumoraux, en particulier dans les tumeurs distales de petite dimension, il est possible parfois de choisir entre la chirurgie partielle et le traitement conservateur [5]. Chez tous nos patients qui ont eu un traitement conservateur, l'impératif carcinologique a également tenu compte des résultats cosmétique et fonctionnel. Malheureusement notre travail est rétrospectif, et la notion de qualité de vie : les facteurs émotionnels, le bien-être psychologique, l'intégration sociale, le fonctionnement global de la sexualité et l'entourage psychologique familial n'ont pas été bien évalué. Nous avons surtout cherché à évaluer les facteurs pronostics. La présence de métastase ganglionnaire est le facteur pronostic le plus important de survie [6]. Dans notre série l'envahissement ganglionnaire influençait la survie globale et la survie sans récurrence.

Après la pénectomie partielle, le risque de récurrence locale varie entre 0et 15% [7]. Chez nos patients Les marges étaient saines, vérifiées en extemporané. la survie globale et la survie sans récurrence à cinq ans étaient de 81 et 85% respectivement.

V. Conclusion

La circoncision néonatale semble avoir un rôle protecteur. Le pronostic du carcinome épidermoïde est conditionné par sa profondeur d'infiltration, son grade histo-pronostic et la précocité de la prise en charge. La faible incidence de cette lésion et sa répartition géographique, rend difficile à mettre en place des essais cliniques randomisés, des études et travaux prospectifs.

References

- [1] Mottet N, Avances C, Bastide C, Culine S, Iborra F, Kouri G, et al. Penile tumors [Tumeurs du pénis], Prog urol 14(4 Suppl 1);2004, 903, 905-11.
- [2] Mottet N. Epidemiologie du cancer du penis [Epidemiology of penile cancer], Prog Urol Suppl 2; 2003):1237.
- [3] A Nouri, H Elkami, S El Yacoubi, T Karmoun. Cancer du pénis: A propos de 6 cas avec Revue de la littérature, African Journal of urology, 18 ; 2012, 66–70.
- [4] Agrawal A et coll, C. Clinical and sonographic findings in carcinoma of the penis, J Clin Ultrasound, 28, 2000, 399-406.
- [5] V. Ficarra et coll. Comparaison de la qualité de vie des patients traités pour cancer épidermoïde de la verge par chirurgie ou radiothérapie, Progrès en Urologie, 9 (1999), 715-720.
- [6] Machele Donats et coll . Surgery of penile and urethral carcinoma, Campelle's urology, 8th ed, 2001, 2983-2999.
- [7] Christophe Avanves, Cyrill Bastide. Chirurgie des tumeurs de pénis, Progrès en Urologie, 15, 2005, 1031-1034.



FIG 1: Processus bourgeonnant hémi circonférentiel de la face inférieure et latérale gauche du prépuce



FIG 2: Carcinome épidermoïde qui infiltre la peau et s'étend au niveau de la face inférieure du corps spongieux et au niveau de la partie inférieure et latérale du corps caverneux gauche avec envahissement de l'urètre.

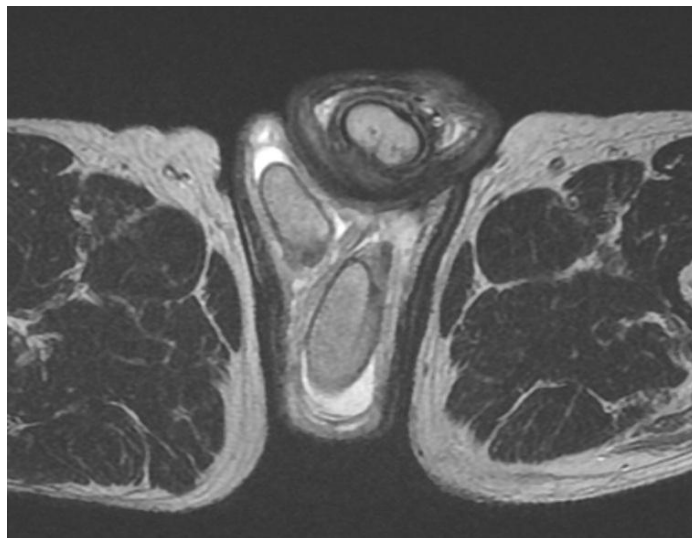


FIG 3 : IRM de la verge (coupe axiale)montrant un processus bourgeonnant héli circonférentiel de la face inférieure et latérale gauche du prépuce en signal intermédiaire T2

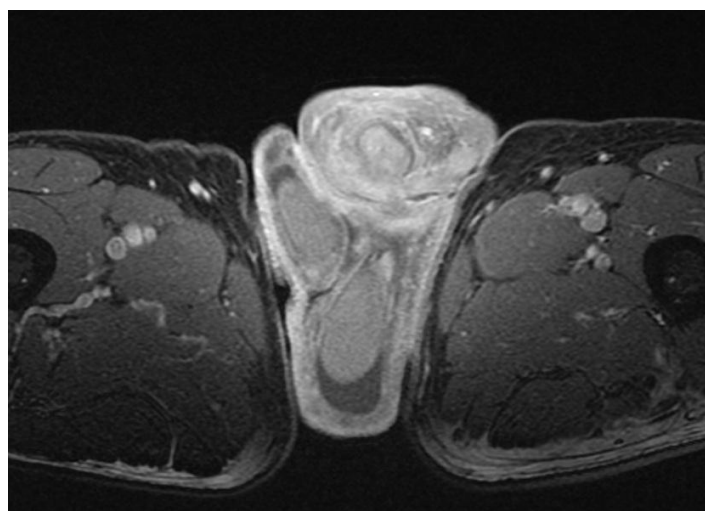


FIG 4 : IRM de la verge (coupe axiale T1) montrant un processus bourgeonnant héli circonférentiel de la face inférieure et latérale gauche du prépuce rehaussé après injection de Gadolinium



FIG 5 : Aspect post opératoire après une pénectomie partielle