

Prise en charge chirurgicale d'un carcinome épidermoïde pénoscrotal chez un patient vivant avec le VIH-1

J Sossa,  EM Musapudi,  DMI Yevi,  FM Hodonou,  JGD Avakoudjo 

Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie, Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoucou Maga, Benin

Auteur correspondant : musapudi@gmail.com

Résumé

Nous rapportons un cas de carcinome épidermoïde pénoscrotal chez un homme âgé de 63 ans, hypertendu et infecté par le VIH-1. Une exérèse chirurgicale des lésions a été faite et la peau pénienne reconstruite au moyen de deux lambeaux pédiculés scrotaux. L'évolution a été bonne et sans récurrence tumorale sur un suivi de 12 mois.

Mots clés : Cancer du pénis, infection au VIH-1, exérèse chirurgicale

Surgical management of a penoscrotal squamous cell carcinoma in a patient living with HIV-1

J Sossa,  EM Musapudi,  DMI Yevi,  FM Hodonou,  JGD Avakoudjo 

Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie, Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoucou Maga, Benin

Corresponding author, email: musapudi@gmail.com

Abstract

We report a case of penoscrotal squamous cell carcinoma in a 63-year-old man with hypertension and HIV-1 infection. A surgical excision of the lesions was performed and the penile skin was reconstructed using two pedicled scrotal flaps. The evolution was good and without tumor recurrence over a 12-month follow-up.

Keywords: Penile cancer, HIV-1 infection, surgical excision

Introduction

Le cancer du pénis, majoritairement représenté par le carcinome épidermoïde (95 %), est peu fréquent : moins de 1 % des cancers masculins en Europe, 17 % dans les pays en voies de développement.^{1,4} Nous rapportons un cas de carcinome épidermoïde pénoscrotal chez un patient vivant avec le VIH-1 dont l'évolution a été bonne après une prise en charge chirurgicale.

Présentation du cas

Un patient âgé de 63 ans, hypertendu et suivi pour une infection au VIH-1 consulte le service pour une dysfonction érectile et un ulcère bourgeonnant du scrotum s'étendant à la face ventrolatérale droite du pénis et deux autres petites tumeurs sous forme verruqueuse isolées sur la face postérieure du scrotum (Figure 1). Il n'y avait pas d'infiltration clinique des corps caverneux ni spongieux. Le patient était circoncis et ne présentait pas d'adénopathies inguinales cliniquement visibles. La sérologie était positive au VIH-1 mais négative à la syphilis, à la chlamydia et au papillomavirus humain (PVH). La glycémie à jeun était normale.

Il a été réalisé une exérèse complète de la tumeur y compris les deux petites tumeurs isolées du scrotum en incisant en pleine zone

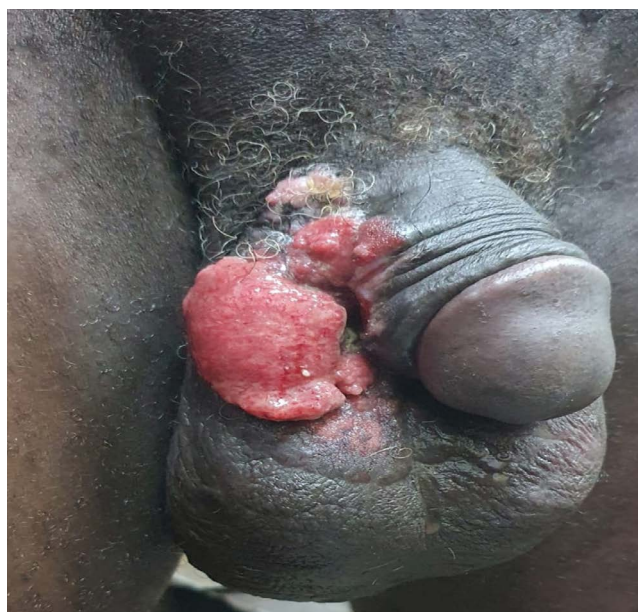


Figure 1: Aspect clinique de la tumeur avant l'exérèse chirurgicale

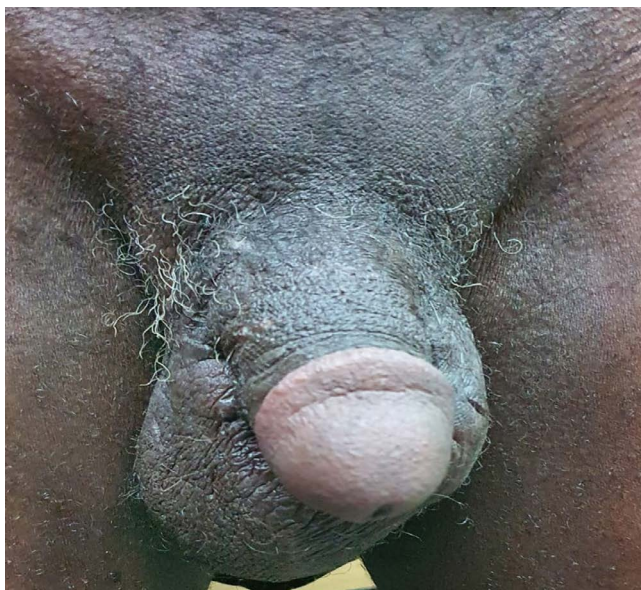


Figure 2: Aspect clinique une année après l'exérèse chirurgicale de la tumeur

saine pour garantir une marge carcinologique. La peau pénienne ventrale a été reconstruite au moyen de deux lambeaux scrotaux droit et gauche avec une suture simple de la plaie scrotale restante. Aucune lymphadénectomie inguinale n'a été réalisée pour réduire le risque infectieux chez ce patient immunodéprimé qui par ailleurs tenait fortement à sa fonction érectile.

L'examen histopathologique des pièces opératoires révélait un carcinome épidermoïde moyennement différencié et infiltrant, sans invasion lymphovasculaire. La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne n'a révélé aucune lésion métastatique viscérale ou ganglionnaire. En définitive, la tumeur était classée pT1aN0M0 grade 2.

Son évolution était bonne, sans récurrence tumorale sur un suivi de 12 mois (Figure 2).

Discussion

Le carcinome épidermoïde du pénis touche le plus souvent l'homme dans sa 6^e décennie, comme ce fut le cas de notre patient. Selon les études, ce type de cancer est plus ou moins fréquent, rare en Europe avec une incidence <1 % alors qu'elle varie entre 10 et 20 % en Afrique et en Asie.^{1,4-7}

Les facteurs de risque comprennent le défaut d'hygiène locale, le phimosis et l'infection au papillomavirus humain (PVH) sérotype 16 et 18.^{4,8} L'infection au VIH pourrait jouer un rôle déterminant dans l'épidémiologie du cancer du pénis.⁵⁻⁷

La classification de l'OMS de 2016 retient 2 grands types de carcinome du pénis : d'une part les carcinomes sans lien avec le PVH, d'autre part les carcinomes en lien avec le PVH.² Selon Wentzel, l'infection à VIH favorise la survenue du cancer du pénis lié au PVH.⁹

Dans la majorité des cas, sur le plan macroscopique, les lésions ont une présentation ulcéro-végétante à base d'implantation assez large. Elles débutent habituellement au niveau du gland, et

s'étendent ensuite au niveau de la face épithéliale du prépuce ou du sillon balano-préputial.^{3,10}

L'extension locale est lente et se fait vers les corps caverneux, le scrotum, voire le pubis.⁴ L'extension régionale se fait par voie lymphatique. Riveros et Cabanas¹¹ ont montré par une étude anatomo-clinique que les vaisseaux lymphatiques ne vont pas directement du pénis aux ganglions pelviens sans envahissement préalable des ganglions inguino-fémoraux qui doivent être systématiquement recherchés à la clinique et de façon bilatérale.^{4,8}

La prise en charge thérapeutique doit être au maximum conservatrice mais dépendante du stade de la maladie. La chirurgie reste la norme de référence dans le traitement de ces tumeurs. L'exérèse précoce et complète permet d'éviter les récurrences qui caractérisent l'évolution de cette tumeur.^{8,12} Il existe d'autres moyens thérapeutiques dont les indications sont à adapter à l'extension locorégionale et à la distance de la tumeur primitive : la curiethérapie, la lymphadénectomie, la chimiothérapie, etc.^{1,7}

Le pronostic dépend du stade de la tumeur. Celui-ci est souvent tardif au moment du diagnostic à cause de l'obstacle socio-culturel empêchant les patients de déclarer des lésions génitales. L'atteinte ganglionnaire est le facteur pronostique majeur des tumeurs du pénis.^{4,8}

Conclusion

Le carcinome épidermoïde du pénis est une tumeur rare. Il peut s'associer à l'infection au VIH. L'exérèse chirurgicale seule peut être efficace contre le carcinome épidermoïde du pénis au stade T1a.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent avoir lu la dernière version du manuscrit et ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Funding source

No funding source to be declared because it is a case report

Compliance with ethical guidelines

Informed written consent was obtained from our patient and his identity has been masked.

ORCID

J Sossa  <https://orcid.org/0000-0002-7111-9426>

Em Musapudi  <https://orcid.org/0009-0001-7591-2149>

DMI Yevi  <https://orcid.org/0000-0002-2504-5403>

FM Hodonou  <https://orcid.org/0000-0003-0989-0380>

JGD Avakoudjo  <https://orcid.org/0000-0001-6987-6578>

Références

1. Bouchot O, Rigaud J. Tumeurs du pénis : techniques et indications. *Annales d'urologie*. 2004;38:285-297 <https://doi.org/10.1016/j.anuro.2004.06.002>.
2. Compérat E, Moguelet. Les carcinomes malins épithéliaux du pénis : une revue de différents types histologiques. *Annales de Pathologie*. 2022;42(1):20-30. <https://doi.org/10.1016/j.anpat.2021.03.014>.
3. Tonleu LB, Amine E, Yankhoba D, et al. Carcinome à cellules fusiformes (sarcomatoïde) du pénis. À propos d'un cas. *Mali Médical*. 2020;35(2):56-59.
4. Gueye S, Diagne B, Ba M, Sylla C, Mensah A. Le cancer de la verge : aspects épidémiologiques et problèmes thérapeutiques au Sénégal. *Médecine d'Afrique Noire*. 1992;39:8-9.
5. Oumar R, Abdoulaye BD, Alimou D, Diallo M. Le carcinome épidermoïde de la verge : À propos de deux observations au CHU de Conakry. *Afr J Urol*. 2007;13(4):291-295.

6. Naim A, Zalouri FZ. Carcinome épidermoïde du pénis. Pan African Medical Journal. 2016;23. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.23.91.8487>.
7. Guirassy S, Bah OR, Bah I, et al. Le carcinome épidermoïde du pénis : à propos de 4 cas au Service d'urologie du CHU de Conakry. Uro'Andro. 2018;1(10):470-473.
8. Rigaud J. Carcinome épidermoïde du pénis. Correspondances en Onco-Urologie. 2014;5(4):151-153.
9. Wentzel SW, Vermeulen LP, Beukes CA, et al. Human immunodeficiency virus (HIV) infection in men with penile carcinoma is associated with increased prevalence of human papilloma virus infection and younger age at presentation. S Afr J Surg. 2018;56(3):47-50. <https://doi.org/10.17159/2078-5151/2018/v56n3a2075>.
10. Nouri A, Elkarni H, El Yacoubi S. Cancer du pénis : À propos de 6 cas avec revue de la littérature. Afr J Urol. 2012;18:66-70. <https://doi.org/10.1016/j.afju.2012.04.014>.
11. Riveros M, Cabanas R. La lymphographie et le cancer du pénis. Sem Hôp Paris. 1968;44:1616-1623.
12. Alioune S, Amath T, Ousmane S, et al. Les tumeurs de Buschke- Löwenstein : à propos de 8 cas. PAMJ-CM, 2020;4(45):29. <https://doi.org/10.11604/pamj-cm.2020.4.45.25857>.