



Cas Clinique

Cancers Primitifs de l'Urètre: Cas de Carcinome Épidermoïde chez l'Homme et d'Adénocarcinome chez la Femme

Primary cancers of the urethra: A report of squamous cell carcinoma in a male patient and adenocarcinoma in a female patient

Mekeme MJ^{1,4}, Fouda JC¹, Mbassi AA.¹, Mbede M^{3,4}, Atangana P³, Ndom P⁴, Fouda PJ^{1,4}, Angwafo III⁴

- 1-Service d'Urologie Hôpital Central de Yaoundé
- 2- Service de Radiologie Hôpital Central Yaoundé
- 3- Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologique Centre Pasteur Yaoundé
- 4-Université Yaoundé I, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales

Correspondance : Dr Mekeme Junior.
Email : juniormekeme@yahoo.fr

Mots clés: urètre, prostate, cancer, carcinome épidermoïde, adénocarcinome.

RÉSUMÉ

Les cancers primitifs de l'urètre sont rares aussi bien chez l'homme que chez la femme. En effet, tous les cancers primitifs de l'urètre représentent 1% des tumeurs malignes de l'appareil urinaire. La forme histologique la plus fréquente de l'urètre est le carcinome épidermoïde. Le diagnostic est tardif et le plus souvent posé en période des complications. Il repose essentiellement sur la clinique et l'examen de l'urètre sous anesthésie, des biopsies locales et l'IRM. Le traitement est fonction du stade de la lésion et de sa localisation. Malgré un traitement agressif reposant sur une chirurgie d'exérèse mutilante associée ou non à une radiothérapie et chimiothérapie, le taux de survie demeure très faible. L'intérêt des cas vient de cette rareté et de l'absence de consensus international pour la prise en charge.

ABSTRACT

Primitive cancers of the urethra rarely affect men or women. In fact, the primary cancers of the urethra account for 1% of the malignant tumours of the urinary tract system. The most frequent histological form of the ulcer is the squamous cell carcinoma. The diagnosis is often late, when complications are present. It is based mainly on clinical findings and examination of the urethra under anesthesia, local biopsies and MRI. The treatment depends on the stage of the lesion and on its localization. Despite the aggressive treatment based or not on a mutilating associated surgery of ablation with a radiotherapy and chemotherapy, the survival rate is low. The interest of our work comes from the absence of local data and controversies on the management of this disease

INTRODUCTION

Le carcinome épidermoïde de l'urètre masculin et l'adénocarcinome de l'urètre féminin sont deux types histologiques des tumeurs primitives très peu fréquentes. Elles représentent moins de 1% des tumeurs de l'appareil urinaire 1, 2.

Il convient de souligner une prédominance du cancer de l'urètre chez la femme avec un sex ratio sexe de 0,33. Chez l'homme, la localisation préférentielle est l'urètre périmo-bulbo-membraneux dans les 2/3 des cas.2. La tumeur se manifeste généralement sous forme exophytique ou infiltrante.

Les données rapportent que 75% des cas de cancer de l'urètre ont la forme histologique épidermoïde, le carcinome urothélial est rencontré chez l'homme alors que l'adénocarcinome est l'exclusivité de la femme.

Dans le service d'urologie de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY), nous avons pu répertorier seulement deux cas parmi tant d'autres cancers urologiques diagnostiqués: un cas de carcinome épidermoïde de l'urètre masculin et un cas d'adénocarcinome de l'urètre féminin sur une période de plus 15 ans de pratique. Nos deux cas cliniques une fois de plus viendront confirmer la rareté, le retard de diagnostic, la chirurgie mutilante, la prise en charge pluridisciplinaire et le mauvais pronostic vital de cette pathologie dans notre pratique quotidienne.

OBSERVATIONS

Observation N°1

Monsieur C.F, homme d'affaire, âgé de 77 ans, polygame et père de plusieurs enfants, résidant à Yaoundé avait été admis au début de l'année 2011 pour rétention aigue d'urine. La pose d'une sonde trans-urétrale à demeure

s'était soldée par un échec, ce qui avait nécessité la pose d'une sonde de dérivation sus pubienne des urines. Les examens aussi bien physiques que du toucher rectal étaient sans particularités.

La cysto-urétrographie antégrade et rétrograde avait montré: une image de rétrécissement irrégulière, filiforme et marécageuse de l'urètre bulbo-membraneuse sur une longueur de plus de 3cm. Les signes d'imagerie d'une vessie de lutte y étaient associés avec celles d'une bonne ouverture du col vésical. (Figure 1).

L'échographie abdominale avait montré: une prostate avec un poids de 50g et une structure homogène. L'examen du toucher rectal avait mis en évidence une marge anale propre, une ampoule rectale vide, une prostate augmentée de volume, ferme, de contours réguliers, de consistance élastique et indolore avec un sillon médian présent. Le reste de l'examen physique était sans particularité. Le taux de PSA total sérique était de 1,08ng/ml.

Un premier temps de chirurgie d'urétroplastie selon la technique de BENG T JOHANSEN avait été réalisée et la pièce opératoire envoyée en examen histologique. Les résultats de ce dernier examen étaient revenus avec pour conclusion: carcinome épidermoïde bien différencié, invasif et kératisant d'origine viral papillomateuse. (Figure 2).

Un uro-scanner avait été immédiatement demandé par la suite après l'obtention des résultats de l'examen histologique et les conclusions de ce dernier étaient les suivantes: reins multi kystiques, processus tissulaire croissant endoluminal du plancher vésical dont l'aspect évoquait une tumeur vésicale ou masse prostatique. (Figure 3).

Une cytologie des urines de 24 heures nous avait aussi révélé une inflammation aiguë d'urine avec altération des cellules épithéliales.

Le patient avait été par la suite référé dans le service oncologie et de radiothérapie de l'Hôpital Général de Yaoundé pour la suite de la prise en charge ou douze mois après, il était décédé dans un tableau de cachexie cancéreuse.

Observation N°2

Madame KJ, âgée de 75 ans, consulte dans notre service en 2015 pour rétention aiguë d'urine associée à une métrorragie.

L'examen vaginal avait mis en évidence une masse bourgeonnante du méat urétral externe avec un saignement accentué au contact et la présence d'un globe vésical sus pubien. Ceci avait posé l'indication de la pose d'une sonde de cystostomie sus pubienne et une opération de résection biopsique partielle au bistouri électrique du moignon de l'urètre distal sous anesthésie locorégionale avait été réalisée. Les conclusions de l'examen histologique de la pièce opératoire étaient les suivantes: adénocarcinome de l'urètre. Les suites postopératoires de la biopsie avaient été simples.

La patiente avait été par la suite référée dans le Service d'Oncologie et de Radiothérapie de l'Hôpital Général de Yaoundé pour la suite de la prise en charge et nous avait

été déclarée quelques mois après par la suite perdue de vue.



Figure 1: cysto-urétrographie (rétrécissement de l'urètre bulbo-membraneux en forme de lacune)



Figure 3 : uroscanner (reins multi kystiques, processus tissulaire croissant endoluminal du plancher vésical dont l'aspect évoque une tumeur vésicale ou masse prostatique)

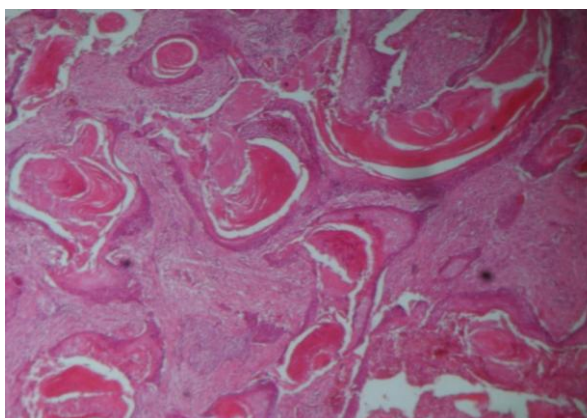


Figure 2: Carcinome épidermoïde bien différencié (carcinome épidermoïde bien différencié, invasif et kératisant d'origine viral papillomateuse)

DISCUSSION

Le cancer de l'urètre masculin est rare. A ce jour, on enregistre un peu plus de 600 cas dans la littérature mondiale³. Ce sont des tumeurs qui atteignent principalement des sujets âgés dans les deux sexes jusqu'à 93 ans⁴. Les causes de ces cancers sont mal connues. Les sténoses urétrales, les inflammations chroniques de l'urètre et le human papilloma virus 16

(HPV 16) favorisent la survenue de ses cancers ⁴. La grande majorité jusqu'à 76% des cas de cancer de l'urètre ont des antécédents d'urétrite ou des sténoses de l'urètre. Comme autre cause importante de cette pathologie, l'on peut signaler l'association importante entre la présence du HVP 16 et la localisation de la tumeur sur le méat ou la partie terminale de l'urètre ⁴.

La clinique montre des symptômes sans spécificités et considérés à tort comme ceux d'un rétrécissement urétral banal, ce qui explique en partie, le retard du diagnostic ². Quelques fois à l'examen physique pour des cas avancés, on peut enregistrer une rigidité segmentaire locale d'un des bords de l'urètre.

En histologie, 78% des cas sont des carcinomes épidermoïdes, 16% des carcinomes urothéliaux et 6% des cas des adénocarcinomes. L'examen cytologique à une grande valeur lorsqu'il est positif ⁵,

L'examen de cytologie des urines est revenu négatif pour nos deux patients. L'examen d'opacification des voies urinaires basses dans la littérature, permet d'évoquer le plus souvent le diagnostic en montrant des images caractéristiques.

L'urétrocystoscopie est indiquée dans la littérature pour faire des prélèvements biopsiques pour le diagnostic histologique.

La TDM donne une bonne analyse des aires ganglionnaires ⁶, car le cancer de l'urètre est une maladie à malignité loco régionale qui s'étant chez l'homme au niveau des corps érectiles (caverneux et spongieux) ou dans les ganglions lymphatiques régionaux. Les adénomégalies inguinales s'observent dans le tiers des cas. Par contre les métastases ne s'observent que dans 10 à 20% des cas ⁷. Certains auteurs pensent que l'échographie reste l'examen de première intention pour évaluer localement la tumeur en particulier pour les localisations de l'urètre antérieur chez l'homme ⁸. Par contre, dans les années 80, l'échographie endorectale utilisée pour les lésions de l'urètre postérieur n'a pas donné des résultats satisfaisant ⁹. Nous pensons que cet examen pourrait être recommandé pour l'évaluation de l'envahissement tumoral des corps caverneux et spongieux malgré sa sensibilité encore très limitée.

Le traitement des tumeurs primitives de l'urètre reste essentiellement chirurgical et dépend de la localisation et du stade de la tumeur. Pour cela, il est recommandé une exérèse chirurgicale large en fonction de l'entendue de la tumeur ou des résections endoscopiques pour des formes superficielles.

L'espoir actuel chez les malades porteurs des tumeurs primitives de l'urètre en particulier la forme histologique CE repose sur des protocoles thérapeutiques combinant radiothérapie et chimiothérapie en se basant sur les résultats obtenus dans la prise en charge des cancers épidermoïdes de l'œsophage et de l'anus ¹⁰.

L'incidence du cancer de l'urètre reste jusqu'à ce jour mal connue dans notre milieu.

CONCLUSION

Les cancers primitifs de l'urètre, restent une pathologie rare et peut étudiée dans la littérature.

Les troubles mictionnels de types obstructifs associés à une induration à l'examen physique du trajet urétral chez l'homme et une image en lacune sur l'examen de cystourethrographie sont des moyens de suspicion d'une tumeur urétrale en attendant une confirmation histologique. Quel que soit le stade de la pathologie et la trithérapie administrée (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie), le pronostic vital reste très faible. Ce qui justifie jusqu'à ce jour l'absence de consensus thérapeutique dans la littérature.

CONFLITS D'INTERET

Les auteurs signalent l'absence d'éventuels conflits d'intérêts dans le cadre de cette étude des cas cliniques.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

- 1)- Mekeme Mekeme Juniro Barthélémy : chirurgien et rédacteur principal ;
- 2)- Fouda Jean Cedric : aide chirurgien et relecture de l'article ;
- 3)- Mbede Maggy : réalisation des examens radiologiques et relecture de l'article ;
- 4)- Mbassi Achille Aurèle: aide chirurgien et relecture de l'article;
- 5)- Atangana Paul Adrien: lecture des lames des pièces des prélèvements pour examens histologiques et relecture de l'article ;
- 6)- Ndom Paul: supervision générale;
- 7)- Fouda Pierre Joseph: supervision générale;
- 8)- Angwafo III Fru : supervision générale.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les administrations des hôpitaux : Central de Yaoundé, Général de Yaoundé et des personnels des services : d'Urologie et de Radiologie de l'Hôpital Central de Yaoundé, des personnels des services : d'Oncologie et de Radiothérapie de l'Hôpital General de Yaoundé et des personnels du service d'Anatomies pathologiques du Centre Pasteur de Yaoundé.

RÉFÉRENCES

- 1- BASKIN L.S, TURZAN C. Carcinome of male urethra: management of locally disease with combined chemotherapy, radiotherapy and penile-preserving surgery. *Urology*, 1992, 39, 21-25.
- 2- BOULDUAN J.P., FARAH N., Primary urethral neoplasms: review of 30 cases. *J. Urol.*, 1981, 125, 198-200.
- 3- HOPKINS S.C., NAG S., SOLOWAY M.S. Primary carcinoma of the male urethra. *Urol.*, 1954, 72, 1181-1191.
- 4- DALBAGNI G., ZHANG Z.F., LCOMBE L., HERR H.W. Male urethral carcinoma: analysis of treatment outcome. *Urology*, 1999, 53, 1126-1132.
- 5-Hotchkiss R.S.; Amelar R.D.; Primary carcinoma of the mal urethra. *J Urol.* 1954; 72:1181-91. (PubMed)
- 6-Fair W.R., Fuks Z.Y.; Schmer M.I.; Cancer of the urethra and penis. In: De Vita V.T.; Hellman S.; Rosenberg S.A.; editor. Principles and fracture of oncology. 4th edition. Philadelphia, P.A.: Lippincott Compagny; 1993. PP. 1114-25.
- 7-Kaplan G.W.; Bulkley G.J.; Grayhack J.T.; Carcinoma of the male urethra. *J. Urol.* 1967;98:365-9. (PubMed)
- 8-Klosterman P.W., Laing F.C.; Mcaninch J.W.; Sonourethrographiy in the evaluation of urethral stricture disease. *Urol Clin Nord Am.* 1989; 16:791-7. (PubMed)
- 9- Mcaninch J.W.; laing F.C.; Jeffrey R.B.; Sonourethrography in the evaluation of urethral strictures: a preliminary report. *J Urol.* 1988; 139:294-7. (PubMed)
- 10- Coia L.R.; Engstrom P.F.; Paul A.; Non surgical management of urethral cancer:report of a study of combined radiotherapy and chemotherapy. *J. Clin Oncol.* 1987;5:1783-7. (PubMed)