

LE CANCER DE LA VERGE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET PROBLEMES THERAPEUTIQUES AU SENEGAL

GUEYE S. M.*, DIAGNE B. A.* , BA M.* , SYLLA C.* , MENSAH A.*

RESUME

Le cancer de la verge est rare au Sénégal, où il représente 0,35 % de l'ensemble des cancers et 0,97 % des cancers de l'homme adulte.

Cette rareté semble liée à l'action préventive de la circoncision rituelle, qui est très largement pratiquée pendant l'enfance.

A partir d'une série de onze cas colligés en dix ans, les aspects épidémiologiques, anatomo-cliniques et thérapeutiques sont discutés.

MOTS CLES : Cancer de la verge - Circoncision

SUMMARY

Penis carcinoma in Senegal

Penis carcinoma is quite rare in Senegal (0,35 % of all cancers, and 0,97 % of male adult cancers).

Early circumcision seems to be a preventive of its venue.

About a serie of 11 cases registered during 10 years, clinical and therapeutical aspects are reviewed.

KEY WORDS : Penile carcinoma - Circumcision

L'incidence du cancer de la verge est variable selon les milieux géographiques, les us et coutumes et le niveau socio-économique.

Si beaucoup d'auteurs (2, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14) reconnaissent un rôle protecteur à la circoncision, le rôle d'autres facteurs comme le phimosis, les balano-posthites, les traumatismes préputiaux, le smegma et les virus, reste encore controversé.

Au Sénégal, il s'agit d'un cancer rare, (2,8), mais qui revêt quelques particularités, eu égard aux tabous et aux croyances religieuses.

Ces facteurs font que, non seulement les malades consultent à un stade avancé, mais surtout refusent toute idée d'amputation de la verge, ce qui grève lourdement le pronostic.

PATIENTS ET MÉTHODES

Onze cas de cancers de la verge ont été colligés en 10 ans à la clinique urologique du CHU de Dakar.

L'âge moyen au moment du diagnostic est de 55 ans avec

*Clinique urologique (Pr. à Mensah), CHU A. Le Dantec, avenue Pasteur, Dakar-Sénégal.

des extrêmes de 40 et 75 ans. Deux malades n'étaient pas circoncis et ont présenté des antécédents de phimosis. Trois ont été circoncis après la puberté. Un malade avait une sérologie VIH positive. Sur le plan anatomo-clinique, nos malades se répartissent comme suit :

- 4 tumeurs confinées au gland,
- 5 tumeurs infiltrant le gland et les corps caverneux dont la base est indemne,
- 3 cas d'envahissement total des corps caverneux avec adénopathies inguinales. Nous n'avons noté aucune métastase à distance,
- l'examen histologique a retrouvé 10 fois un carcinome épidermoïde baso-cellulaire,
- 3 malades ont été traités par amputation de la verge, dont une totale et deux partielles,
- 8 malades ont refusé l'amputation de la verge. La survie a été difficile à établir, car les malades sont souvent perdus de vue.

COMMENTAIRES

1) Épidémiologie

1-1) La fréquence

La rareté du cancer de la verge au Sénégal a été signalée en 1972 par Menye (8), puis confirmée par Akpo (2) en 1977, à partir de deux séries de 20 et 14 cas.

Son incidence varie beaucoup en fonction des localisations géographiques (2, 6, 7, 8, 12, 14). Il représente moins de 0,4 % des cancers de l'homme aux Etats-Unis (7) et seulement 1 à 3 % en Europe (6).

Cette incidence serait de 0,1 en Israël et de 5 à Porto-Rico avec des taux intermédiaires de 0,7 au Canada, 1 à 1,3 en Grande-Bretagne et les pays Scandinaves, alors qu'elle atteint 20 % dans certains pays d'Afrique, d'Amérique et d'Extrême-Orient.

Persky cité par Johnson (7) relève des taux élevés en Chine (22 %), en Birmanie (15 %), à Ceylan (12 %), au Sud-Vietnam (12 %) et en Thaïlande (7%).

Au Cambodge, Tournier-Lasserve (14) rapporte un taux de

25 % tandis que Solis (12) en Argentine donne un taux record de 38,1 %. Cette grande variation de l'incidence du cancer de la verge fait penser qu'il est lié au sous-développement (12, 17).

Cette hypothèse est corroborée par le fait que tous nos malades sont issus des couches rurales démunies. Il en est de même dans les séries d'autres auteurs (6, 11, 12, 17) où l'on relève plus de 85 % de malades indigents.

1-2) L'âge

L'histoire naturelle du cancer de la verge est difficile à établir, car les lésions évoluent longtemps avant la première consultation. C'est un cancer de l'homme âgé. Si l'on regroupe les 3 séries de Akpo (2), Menye (6) et la notre, la majorité des malades a plus de 50 ans.

Cette répartition est proche de celle de Dargent (6) qui note plus de 76 % après 50 ans. Par contre, le cancer de la verge surviendrait plus précocement au Cambodge, selon Tournier-Lasserve (17) qui observe plus de 58 % des cas avant 50 ans. Nous pensons que le cancer de la verge survient beaucoup plus tôt au Sénégal, mais les malades sont vus tard à cause, d'une part des tabous qui entourent les affections de la sphère génitale, et d'autre part du psychisme particulier des malades qui ne s'inquiètent pas de lésions inflammatoires et/ou tumorales.

1-3) Facteurs étiologiques

a) La circoncision

Son rôle protecteur a été évoqué devant le contraste entre la faible prévalence du cancer de la verge dans les populations qui pratiquent la circoncision et celles qui ne la pratiquent pas. Dans les populations juives où la circoncision rituelle se fait au 8ème jour, le cancer de la verge est exceptionnel (0,1 %). Les musulmans circoncis plus tardivement sont rarement atteints.

Tournier-Lasserve (17) relève un contraste saisissant entre deux pays voisins : le Pakistan et l'Inde.

Alors que les musulmans sont rarement atteints, les hindous non circoncis paient un lourd tribut.

Au Sénégal, la circoncision est largement répandue tant chez les musulmans, les chrétiens que les animistes. Ce qui pourrait expliquer la rareté du cancer de la verge.

Si l'on regroupe les 45 cas de cancers de verge diagnostiqués depuis 1958 à Dakar, plus du tiers est observé dans un groupe ethnique particulier qui pratique la circoncision rituelle post-pubertaire.

Enfin, la circoncision ne protégerait du cancer de la verge que lorsqu'elle est réalisée précocement dans les premières

années de la vie.

b) Le phimosis

Il favorise une rétention de smegma dans le prépuce, source de balano-posthites. 58 % des malades de Solis (12), 24,4 % des malades de Dargent (6) et 26 % des malades de Paymaster (9) présentaient un phimosis.

Selon Reddy et Baruah (10), si le smegma a un pouvoir carcinogène certain, ce dernier est faible et est sous la dépendance de facteurs génétiques. La circoncision permet d'éviter le phimosis, donc la rétention de smegma.

Nous pensons qu'un homme à prépuce souple, permettant un décalotage facile du gland et une hygiène génitale correcte, est aussi préservé qu'un homme circoncis.

En effet, le phimosis gêne la propreté et cause également des irritations préputiales répétées au cours du coït, qui peuvent à la longue générer des dysplasies, lesquelles font le lit du cancer de la verge.

c) Quant aux lésions pré-cancéreuses, nous n'en avons pas observé, bien que leur rôle soit évoqué par beaucoup d'auteurs (7, 8, 12, 14). La plus incriminée est le condylome acuminé géant ou tumeur de Büsske-Lowenstein. Cette tumeur histologiquement bénigne, possède un haut pouvoir dégénératif et se développe localement comme une tumeur maligne. Menye (8) avait rapporté un cas de maladie de Bowen et un autre d'érythroplasie de Queyrat ayant précédé l'apparition d'un cancer de la verge.

d) Des antécédents d'herpès génital sont signalés par beaucoup d'auteurs (5, 12, 13).

Thomas (13) a retrouvé des inclusions virales du groupe herpès simplex dans des préparations biopsiques de cancer de la verge. Cartwright et Sinson (5) ont rapporté 3 cas de cancers de la verge survenus en 10 ans parmi des habitants d'une même rue et soulèvent l'hypothèse d'une origine virale éventuelle.

D'autant que deux des trois malades ont vu leur femme mourir de cancer du col de l'utérus. Ce qui suggère une relation entre ces deux affections.

Un de nos malades avait une sérologie VIH positive, ce qui pose le problème des tumeurs uro-génitales associées au SIDA. Boccon-Gibod (4) rapporte 6 tumeurs associées au VIH dont 5 sarcomes de Kaposi de la verge.

Enfin, si différents auteurs s'accordent à dire que la circoncision précoce préserve du cancer de la verge, nous pensons que le principal facteur étiologique est la négligence des règles élémentaires d'hygiène ; et ce, d'autant plus que

la quasi totalité des malades, tous séries confondues, proviennent des couches sociales pauvres.

2) Les aspects anatomo-cliniques

La tumeur a généralement un aspect ulcéro-bourgeonnant, saignant facilement au contact. Elle débute habituellement au niveau du gland, parfois au niveau de la face épithéliale du prépuce ou du sillon balano-préputial. La forme histologique la plus fréquente est le carcinome épidermoïde spino-cellulaire. Les épithéliomas baso-cellulaire sont plus rares (6, 7, 12). Nous n'en avons observé qu'un cas. Les sarcomes et les léiomyosarcomes sont exceptionnels.

L'extension locale est lente et se fait vers les corps cavernaux, le scrotum, voire le pubis.

Elle reste longtemps limitée et inquiète rarement les malades, dans nos régions, qui viennent consulter quand les lésions sont très florides, voire mutilantes avec des métastases ganglionnaires ou à distance.

Certains malades consultent à cause de la pression de l'environnement incommodé par les odeurs nauséabondes que dégagent les lésions.

L'extension régionale se fait par voie lymphatique. Cependant, il peut paraître difficile de différencier les adénopathies inflammatoires des adénopathies métastatiques, car les lésions sont toujours surinfectées ; d'où la nécessité d'un traitement antibiotique préalable avant les biopsies ganglionnaires. Riveros et Cabanas (11) ont défini ce qu'ils appellent le ganglion lymphatique sentinelle. Ils 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.

Ainsi, disent-ils que l'absence d'atteinte du groupe ganglionnaire de la veine épigastrique superficielle à son embouchure dans la crosse de la saphène, permet d'élimi-

ner toute extension lymphatique dans le cancer de la verge. Les métastases par voie sanguine sont rares (12, 13). Elles surviendraient dans moins de 10 % des cas selon Johnson (7). Nous n'en avons pas observé dans notre série.

Par contre, Riveros (11) signale sur 265 cas de cancers de verge, deux métastases dont une de la peau du cou et une autre de l'os iliaque ; tandis que Dargent (6) rapporte deux métastases hépatiques sur une série de 135 cas.

3) Problèmes thérapeutiques

Le traitement chirurgical du cancer de la verge repose sur l'amputation partielle ou totale de la verge associée ou non à un curage ganglionnaire ilio-inguinal bilatéral.

Cette chirurgie mutilante est mal acceptée et souvent refusée par nos malades pour des considérations psychologiques, voire religieuses.

Trois malades sur onze ont accepté l'amputation de la verge. Dans un cas, le processus tumoral a rapidement repris malgré une amputation totale et un curage bilatéral.

Devant le refus habituel de l'amputation, la curithérapie interstitielle constitue une alternative intéressante dans nos régions. Selon Blandy (3), la chirurgie donne 55 % de survie à 5 ans, tandis que la radiothérapie éventuellement associée à une chirurgie de propreté donne 58 % de survie à 5 ans, tous stades confondus. Quant à la chimiothérapie, elle constitue un ultime recours. La Bléomycine induirait des rémissions complètes ou partielles dans 73 % des cas (1).

Enfin, le pronostic dépend du stade de la tumeur.

Selon Johnson (7), le taux de survie à 5 ans est de 65 à 90 % dans les tumeurs localisées à la verge (stade I et II de Jackson), il varie de 30 à 50 % quand les ganglions inguinaux sont envahis mais que les ganglions iliaques ne le sont pas. Si ces derniers sont envahis, le taux chute à 20 % et est nul quand il y a une métastase à distance.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AHMED T. and al.
An appraisal of the efficacy of bleomycin in epidermoid carcinoma of the penis. Anticanc. Res., 1984, Juil-Oct., 4, (4-5), 289-292.
- 2 - AKPO C.
Contribution à l'étude épidémiologique des cancers urologiques chez l'adulte africain au Sénégal. Thèse Méd. Dakar, 1977, n°8.
- 3 - BLANDY J. P. and al.
Reappraisal of the role of radiotherapy and surgery in the management of carcinoma of the penis. Br. J. Urol., 1984, 56, 724-728.
- 4 - BOCCON-GIBOD L.
Tumeurs uro-génitales à HIV positive. Ann. Urol.
- 5 - CARTWRIGHT R. A., SINSON J. D.
Carcinoma of the penis and cervix. Lancet 1980, 1, 97.
- 6 - DARGENT M., COLON J., DELORE X.
Cancer de la verge. Ann. Chir., 1963, 17, 509-5320.
- 7 - JOHNSON D. E., SWANSON D. A., VON ESCHENBACK A. C.
Tumeurs de la verge. In smith urologie. Ed. Piccin, 1991, 428-431.
- 8 - MENYE A., OUIMINGA R. M.
Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer de la verge au Sénégal. Bull. Soc. Med. d'Afr. Noire de Langue Française, 1972, 17(2) : 182-186.
- 9 - PAYMASTER J. C., and GANGADHARAN, P.
Cancer of the penis in India. J. Urol., 1967, Jan, 97 : 110-113.
- 10 - REDDY D.G. and BARUAH IKSM.
Carcinogenic action of human smegma. Arch. Pathol., 1963, 75, 414.
- 11 - RIVEROS M., CABANAS R.
La lymphographie et le cancer du pénis. Sem. Hôp. Paris, 1968, 44, 1616-1623.
- 12 - SOLIS W. A.
Cancer de la verge. Notre expérience. Ann. Urol., 1985, 19, n°5, 338-344.
- 13 - THOMAS A.
Penile carcinoma and viruses. Urol., 1983, Aug., 128, (2), 308-309.
- 14 - TOURNIER LASSEUR Ch., BARNAUD Ph., CAZENAVE J. C., MERRIEN U. et BERTRAM P.
Cancer de la verge au Cambodge. Méd. Trop., Vol. 43, n°3, Mai-Juin 1983.