

## CARCINOME A CELLULES FUSIFORMES (SARCOMATOIDE) DU PENIS. A PROPOS D'UN CAS.

### *Phalus sarcomatoid carcinoma, a case study.*

Tonleu Linda Bentefouet<sup>1</sup>, Amine El Wardi<sup>2</sup>, Yankhoba Diop<sup>3</sup>, El Hadji Souleymane Sarr<sup>3</sup>, Pauline Diousse<sup>1</sup>, Saint Charles Kouka<sup>1</sup>, Yoro Diallo<sup>1</sup>.

1-Unité de formation et de recherche(UFR) des sciences de la santé, laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques. BP:22RP Thiès/ Sénégal ; 2-Centre Hospitalier universitaire Aristide le Dantec, service d'anatomie et cytologie pathologiques, Avenue Pasteur, BP 3001 Dakar, Sénégal ; 3-Hôpital Principal, laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques, Dakar, Sénégal. Rte de la corniche Est, 1, Avenue Nelson Mandela. BP3006 Dakar/Sénégal.

**Corresponding author :** Tonleu Linda Bentefouet, Maitre de Conférence Assimilé. UFR des sciences de la santé de Thiès, Tel(221) 775420730 ;email : tonleulindabentefouet@gmail.com

**Autres auteurs :** Amine El Wardi :aminedoc\_85@hotmail.fr, Yankhoba Diop : diopjacob@gmail.com, El Hadji Souleymane Sarr : essarr77@yahoo.fr Pauline Diousse : pauidousse@yahoo.fr , Saint Charles Kouka :saintkouka@yahoo.fr, Yoro Diallo yorodiallo@hotmail.com,

### RESUME

Le carcinome sarcomatoïde en est une variante rare du carcinome épidermoïde, de haut grade de malignité, agressive et de pronostic sombre. Nous rapportons un (01) cas chez un jeune adulte de 32 ans. Le but de ce travail est de présenter à travers une revue de la littérature, les caractères épidémiologique et morphologique de cette affection ; et aussi de décrire les difficultés du diagnostic histopathologique. **Mots-clés :** carcinome sarcomatoïde, pénis, circoncision, Sénégal

### SUMMARY

The sarcomatoid carcinoma is a rare histological form, high grade malignancy, aggressive and dark prognosis. We report a (01) case in a young adult of 32 years. The aim of this work is to present, through a review of the literature, the epidemiological and morphological characteristics of this affection; and also to describe the difficulties that the pathologist may encounter in diagnosis of this condition. **Keys words:** sarcomatoid carcinoma, phallus, immunochemistry, Senegal.

### INTRODUCTION

Les tumeurs malignes du pénis sont dominées par les carcinomes épidermoïdes. Leur incidence atteint 17 % de tous les cancers masculins dans certains pays en voie de développement[1]. Les facteurs étiologiques sont nombreux : défaut d'hygiène d'où le rôle protecteur de la circoncision, le phimosis, les lésions précancéreuses (lichen scléro-atrophique, la maladie de Bowen, erythroplastie de Queyrat), l'infection à HPV (humanpapilloma viruset les antécédents d'herpès génital[1,2]. Le carcinome sarcomatoïde en est une variante histologique rare, de haut grade de malignité, agressive et de pronostic sombre [2]. Le diagnostic histologique est difficile lié à l'existence d'un double contingent carcinomateux et fusiforme à l'examen histologique standard. Cette variante du carcinome épidermoïde est rarement décrit dans la littérature et le taux de mortalité serait élevé entre 40 et 75% [2]. Nous rapportons un (01) cas diagnostiqué au laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique de Thiès (Sénégal). Le but de ce travail est de présenter à travers une revue de la littérature les caractères épidémiologique et morphologique de cette affection, en mettant l'accent sur les difficultés que le pathologiste rencontre dans le diagnostic de cette affection.

### OBSERVATION

Le cas étudié porte sur un patient de 32 ans, célibataire, sans enfant, sans antécédents

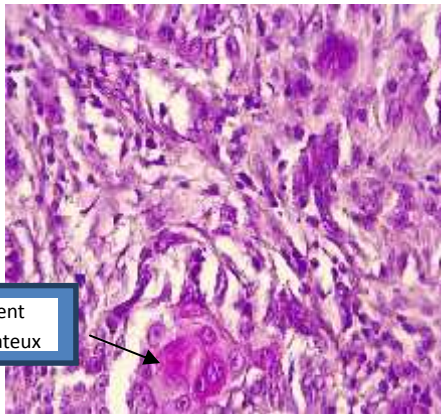
médicaux et chirurgicaux particuliers, qui consulte au service d'urologie du Centre Hospitalier Régional de Thiès pour une masse ulcéro-bourgeonnante du pénis, associée à une dysurie, et évoluant depuis 01 an.



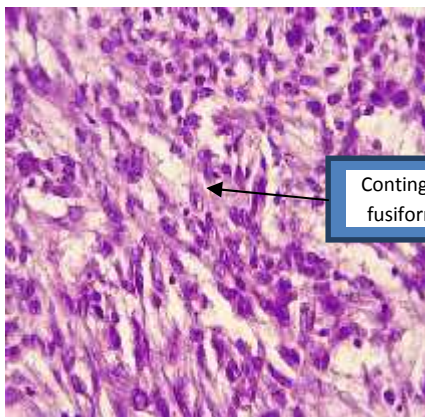
**Figure 1 :** lésion ulcéro-bourgeonnante du pénis

L'examen physique montrait une tumeur mesurant 4 cm de grand axe, localisée sur le sillon balano-préputial, à base d'implantation large, d'aspect blanchâtre, friable, et saignant au contact [Figure 1]. Les aires ganglionnaires inguinales étaient libres. Une biopsie a été réalisée dans un premier temps, et analysée après coloration à l'hématoxyline éosine. Le bilan biologique (hémoglobine, leucocytes, plaquettes) était normal, de même que

l'échographie abdominale, la radiographie pulmonaire et l'uroscanner. Après consentement du patient, une penectomie des 2/3 a été réalisée sous anesthésie générale. Les suites opératoires étaient simples. Aucun traitement adjuvant n'a été proposé au patient. L'examen histologique de la pièce opératoire montrait une prolifération tumorale maligne à double contingent sarcomateux et fusiforme. Le contingent carcinomateux était constitué de lobules et de massifs infiltrant souvent centrés par des globes cornés. Ces massifs étaient constitués de cellules polygonales jointives et très atypiques dans un stroma fibro-inflammatoire. Le contingent sarcomatoïde était marqué par une prolifération de volumineuses cellules fusiformes aux noyaux pléomorphes, disposées en faisceaux entrecroisés dans un stroma lâche myxoïde. Les mitoses étaient atypiques et nombreuses [Figure 2, 3]. Il n'avait pas été retrouvé de caractère dysplasique sur les fragments cutanés de surface, et les limites de résection proximale étaient saines.



Contingent carcinomateux

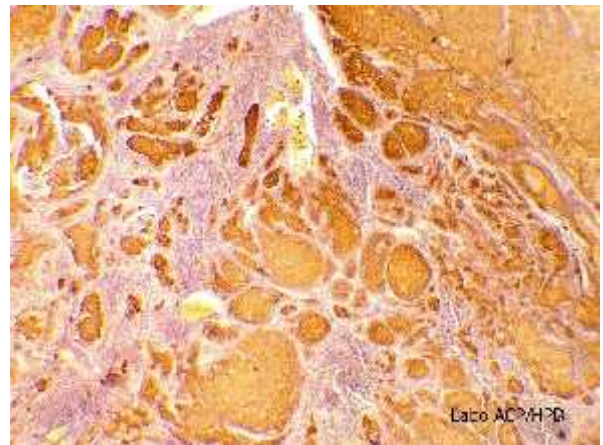
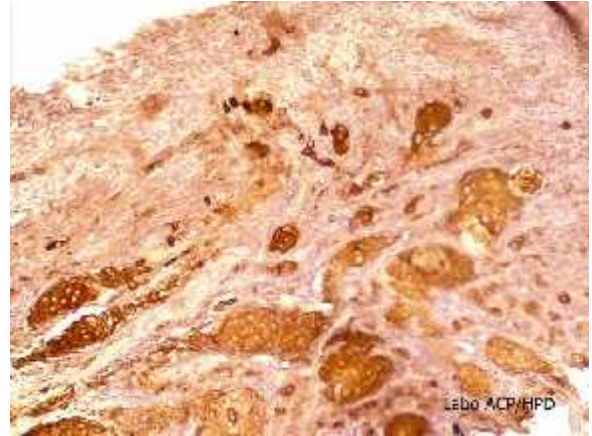


Contingent fusiforme

**Figures 2 et 3 :** carcinome sarcomatoïde (double contingent carcinomateux et fusiformes). Coloration Hématoxyline éosine, (grossissement 10)

Les tests immunohistochimiques à l'EMA et à la CPK étaient positifs [Figure 4, 5]. Les

données paracliniques, histologiques et immunohistochimiques confirmaient le diagnostic de carcinome épidermoïde à cellules fusiformes (sarcomatoïde) PT2N0M0.



**Figures 4 et 5 :** Immunomarquage à la cytokeratine des cellules tumorales. (grossissement 40)

L'évolution du patient a été marquée sur une reprise tumorale 6 semaines après l'intervention chirurgicale sur le moignon restant. Par la suite, le malade a été libéré puisqu'il a souhaité poursuivre ses soins dans une autre structure hospitalière. Le patient a été perdu de vue pour le suivi.

### DISCUSSION

Le cancer de la verge est rare au Sénégal, où il représenterait 0,35% de l'ensemble des cancers [1, 4]. Cependant dans la mesure où dans notre pays peu de patients bénéficient d'une preuve histologique, le nombre de cas signalés est probablement inférieur à la réalité. Le rôle protecteur de la circoncision dans l'apparition des cancers de la verge et des maladies sexuellement transmissibles 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 [1, 5]. La circoncision est

pratiquée en Afrique depuis plus de 4000 ans, et actuellement deux tiers des hommes de ce continent sont circoncis [5]. Au Sénégal, cette pratique est largement répandue tant chez les musulmans, les chrétiens, que chez les animistes [1]. Si l'on regroupe les cas de cancers de la verge diagnostiqués dans notre pays, plus du 1/3 est observé chez des hommes circoncis [1]. En effet la circoncision ne protégerait du cancer de la verge que lorsqu'elle est réalisée précocement dans les premières années de la vie ou avant la puberté [1, 4]. Les lésions précancéreuses n'ont pas été observées chez notre patient, bien que leur rôle soit évoqué par de nombreux auteurs [1, 6]. En effet, l'ADN du virus du papillome humain (HPV 16 et 18) est responsable 50% des cas de cancer du pénis [4]. Certains auteurs recommandent un dépistage systématique du cancer du pénis chez les partenaires masculins des patientes présentant une néoplasie du col utérin [7]

L'âge moyen au diagnostic du cancer du pénis est de 50 ans [1, 2]. D'autres auteurs ont décrit des cas diagnostiqués chez des sujets jeunes avant la cinquantaine [3, 4]. Nous pensons comme certains auteurs [1, 4] que le cancer de la verge survient beaucoup plus tôt au Sénégal, mais les malades sont vus tardivement à cause des tabous qui entourent les affections de la sphère génitale et le psychisme des malades qui ne s'inquiètent pas de lésions inflammatoires et/ou tumorales.

Sur le plan macroscopique, les lésions ont une présentation ulcéro-végétante dans la majorité des cas, à base d'implantation assez large [2, 3]. Elles débutent habituellement au niveau du gland, et s'étendent ensuite au niveau de la face épithéliale du prépuce ou du sillon balano-préputial [1, 6]. De nombreuses théories histogénétiques ont été proposées, initialement ces tumeurs étaient considérées comme des carcinosarcomes correspondant à l'association de deux contingents malins séparés, l'un d'origine épithélial, l'autre d'origine mésenchymateuse [8, 9]. Actuellement la théorie la plus admise est celle d'une cellule maligne épithéliale capable de se différencier à la fois en cellule épidermoïde et en cellules fusiformes. De plus, il a pu être montré qu'il existe au cours de l'embryogénèse, une plasticité morphologique et phénotypiques des cellules épithéliales. En condition tumorale, les cellules épithéliales sont capables de perdre leur polarité et d'acquérir un aspect fusiforme et des propriétés mésenchymateuses, et cette différenciation divergente peut aller jusqu'à la réalisation de tissu. La tumeur peut se présenter soit sous forme purement sarcomatoïde, soit le plus souvent associée au contingent carcinomateux comme c'est le cas chez notre patient. En l'absence de

différenciation épithéliale morphologique, le diagnostic histologique est très difficile. La population fusiforme peut prendre des aspects morphologiques variables et trompeurs : storiforme (ressemblant à un histiocytofibrome malin), en faisceaux entrecroisés (tel un léiomyosarcome), en chevrons (fibrosarcome), avec une différenciation osseuse et/ou cartilagineuse. De ce fait, seul l'immunohistochimie permet le diagnostic histologique ultime. La recherche de lésion de dysplasie épithéliale au niveau des berges de l'ulcération de surface peut également être un point important à retenir pour rechercher des stigmates d'infection à HPV.

Il n'existe aucune autre méthode curative en dehors de la chirurgie pour éviter une progression locale, une évolution régionale et générale de la maladie. Dans la majorité des cas, l'intervention chirurgicale se déroule sans complication [1, 4] comme c'est le cas chez notre patient. Cependant, il faut penser au retentissement psychologique lié à la modification du schéma corporel pouvant nécessiter une prise en charge spécifique.

### CONCLUSION

Le carcinome sarcomatoïde du pénis est une variante du carcinome épidermoïde, rare à développement rapide. Le contingent fusiforme peut prendre des aspects variés et trompeurs d'où l'intérêt de l'immunohistochimie dans le diagnostic de ces lésions. La chirurgie demeure la seule méthode thérapeutique et doit s'accompagner d'une prise en charge psychologique.

### REFERENCES

- 1- **Gueye SM, Diagne BA, BA M.** Le cancer de la verge : aspects épidémiologiques et problèmes thérapeutiques au Sénégal. Médecine d'Afrique Noire : 1992,39(8/9).
- 2- **Koujalagi RS, Uppin SM, Togale MD, Chetan JV .** Sarcomatoid carcinoma of penis : a rare penile neoplasm. Journal of Evidence based Me, pISSN-2349-2562, eISSN-2349-2570/vol.1/Issue11/Nov 17,2014.
- 3- **Lont AP, Gallee MPW, Snijders P.** Sarcomatoid squamous celle carcinoma of the penis: a clinical and pathological study of 5 cases. The journal of urology. Vol.172,932-935, September 2004. DOI: 10.1097/01.ju.0000136363.90911.e5
- 4- **Kouka SCN, Diallo Y, Seck F.** Penile cancer: Report of 3 cases and review of the literature. Medical and surgical urology 2017, 6:1 doi: 10.4172/2168-9857, 1000182
- 5- **Auvert Bertran.** La circoncision et la prévention de l'infection par le VIH en Afrique. Question de santé publique. N°16, Mars 2012.
- 6- **Nouri A, Elkarni H, El Yacoubi S.** Cancer du pénis : a propos de 6 cas avec revue de la littérature. African Journal of urology (2012) 18, 66-70.

**7- Barrasso R, De Brux J, Croissant O.** High prevalence of papillomavirus associated penile intraepithelial neoplasia in sexual partners of women with cervical intraepithelial neoplasia. N Engl J Med(1987) 317:916-923.

**8- Axcrona K, Brennhovd B, Andersen Morten.** Sarcomatoid squamous cell carcinoma of the penis. Acta Oncology, 2010; 49: 128-130.

**9- Kuroda I, Ishida T, Aoyagi T.** Sarcomatoid carcinoma of the penis; Clinical Medecine. Vol.3, No1, 10-12(2014)

**Conflits d'intérêts :** Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

**Contribution des auteurs :** Tous les auteurs ont contribué à l'élaboration de ce travail et ont lu et approuvé la version finale du manuscrit

**Remerciements :** Nous remercions le Dr Adamson Phiri pour la traduction en anglais d'une partie de ce document.