



**ANNALES
DE
L'UNIVERSITE
MARIEN NGOUABI**

Sciences de la santé

VOL. 18 – N° 2 – ANNEE 2018

ISSN : 1815 – 4433

www.annalesumng.org

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI SCIENCES DE LA SANTE



VOLUME 18, NUMERO 2, ANNEE 2018

www.annalesumng.org

SOMMAIRE

Directeur de la publication :
J. R. IBARA

Rédacteur en chef :
J. GOMA-TCHIMBAKALA

Rédacteur en chef adjoint :
G. MONABEKA

Comité de Lecture :
B.I. ATIPO-IBARA (Brazzaville)
A. ATTIA KOFFI (Abidjan)
C. BOURAMOUE (Brazzaville)
C. GOMBE-MBALAWA (Brazzaville)
L. H. ILOKI (Brazzaville)
A. ITOUA NGAPORO (Brazzaville)
G. S. KIMBALY-KAKY (Brazzaville)
D. MOUKASSA (Brazzaville)
G. MOYEN (Brazzaville)
A. MOYIKOUA (Brazzaville)
H. TSIBA (Brazzaville)
G.A. OKIEMY (Brazzaville)
G. ONDZOTTO (Brazzaville)
A. POUYE (Dakar)
J. ZE MIKANDE (Kinshasa)

Comité de Rédaction :
A. ELIRA-DOCKEKIA (Brazzaville)
A. MBIKA CARDORELLE
(Brazzaville)
J. F. PEKO (Brazzaville)

Webmaster :
R. D. ANKY

Administration – Rédaction :
Université Marien NGOUABI
Direction de la Recherche
B.P. 69, Brazzaville – Congo
E-mail : annales@umng.cg

ISSN : 1815 - 4433

- 1 GENRE ET FACTEURS ASSOCIÉS AU VIEILLISSEMENT EN SANTÉ DANS UNE COMMUNAUTÉ URBAINE EN RÉPUBLIQUE DU CONGO**
VOUMBO MATOUMONA MAVOUNGOU Y.V.Y., MABIALA C., KINSAKIENO P. R., NKOUA OBA J., MAFOUKILA C. M.
- 11 LE TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL ET SURVENUE D'ARTHRIQUES AU COURS DE L'INFECTION A VIH/SIDA**
LAMINI N'SOUNDHAT N E, NDZIESSI G, DIAFOUKA M, NTSIBA H, BILECKOT R
- 18 DEUX NOUVEAUX CAS D'AINHUM**
LENGA-LOUMINGOU I.A, LOUMINGOU J.R, NTSIBA H
- 23 TROUBLES DU SOMMEIL ET TRAVAIL POSTE CHEZ LES INFIRMIERS D'UN HOPITAL DU CONGO-BRAZZAVILLE**
EBATETOU-ATABOHO E, MOUKASSA D
- 31 SYNDROME DE LEVÉE D'OBSTACLE POST OPÉRATOIRE : UNE ANALYSE DE 5 CAS AU CHU PR BOCAR S SALL DE KATI AU MALI**
KASSOGUE A., DIARRA A, BERTHE HJG, DIALLO MS., COULIBALY MT., CISSE D.
- 37 CANCER DU PÉNIS À BRAZZAVILLE : ANALYSE D'UNE SÉRIE DE 13 CAS**
ONDZIEL OPARA SA, BANGA MOUSS RB, ODZEBE AWS, NKOUA-EPALA B, KIMPAMBOUDI A, ATIPO-ONDONGO AM, DIMI Y, DAMBA JJ, NDOUNGA E, PEKO JF, BOUYA PA

- 44 PROFIL SPERMIOLOGIQUE DE L'HOMME
PORTEUR DE VARICOCÈLE**
*ODZÉBÉ AWS, ONDZIEL OPARA AS,
ONDONGO ATIPO A, BANGA MOUSS R, DIBINGUE C A,
BOUYA PA.*
- 51 ASPECTS ECHOCARDIOGRAPHIQUES ET
SCANNOGRAPHIQUES AU COURS DE L'EMBOLIE
PULMONAIRE AIGUË DANS LE SERVICE DE
CARDIOLOGIE DU CHU DE BRAZZAVILLE (CONGO)**
*MONGO NGAMAMI SF, ELLENGA MBOLLA BF, KOUALA
LANDA CM, MAKANI BASSAKOUAHOU JK, IKAMA MS,
BAKEKOLO RP, BANI AM, ONDZE KAFATA LI, GOMBET
TRA, KIMBALLY KAKY SG*
- 58 IMPORTANCE QUANTITATIVE DES DASRI AU
NIVEAU DE L'HÔPITAL RÉGIONAL
À LA VILLE DE TÉTOUAN, MAROC**
*RAOUI S.M, BOUGATOUCH Y., ERRACHIDI F.,
CHADLI N. , RACHIQ S.*
- 68 FACTEURS PRÉDICTIFS DE L'OUBLI LACUNAIRE
« EFFET GOMMAGE » CHEZ L'ÉTUDIANT EN
MÉDECINE À BRAZZAVILLE**
*OSSOU-NGUIET PM, MPANDZOU GA, OBONDZO
ALOPA K, MOTOULA LATOU HD, SOUNGA
BANDZOUZI EP, DIATEWA J, ELLENGA-MBOLLA BF*



CANCER DU PÉNIS À BRAZZAVILLE : ANALYSE D'UNE SÉRIE DE 13 CAS

ONDZIEL OPARA SA¹, BANGA MOUSS RB¹, ODZEBE AWS¹, NKOUA-EPALA B², KIMPAMBOUDI A³,
ATIPO-ONDONGO AM¹, DIMI Y¹, DAMBA JJ¹, NDOUNGA E², PEKO JF⁴, BOUYA PA¹.

¹Service d'urologie- andrologie CHU de Brazzaville,

²Service d'oncologie médicale et radiothérapie CHU de Brazzaville,

³Service de chirurgie et d'oncologie de l'hôpital de base de Makélékélé,

⁴Service d'anatomo-pathologie CHU Brazzaville.

Email : odzebe_s@yahoo.fr

RESUME

Objectif : étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques du cancer du pénis à Brazzaville.

Patients et Méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 13 cas de cancer du pénis observés à Brazzaville entre 1985 et 2016.

Résultats : L'âge moyen des patients au moment du diagnostic était de 60,35 ans (42 et 78 ans). Le délai moyen de consultation était de 18 mois (2 et 34 mois). Une tumeur était PT1, 10 tumeurs PT2-T3 et 2 PT4. Le traitement chirurgical a été réalisé chez 11 patients, il a consisté en une biopsie exérèse de la tumeur et une amputation partielle ou totale du pénis. Sur le plan anatomopathologique il s'agissait d'un carcinome épidermoïde dans tous les cas. Les marges chirurgicales étaient positives chez 2 patients. Le grade était G1-2 dans 8 cas et G3-4 chez 5 patients. Un seul curage ganglionnaire bilatéral s'était avéré positif. La chimiothérapie était réalisée chez 8 patients. Quatre patients étaient décédés pendant la période d'études.

Conclusion : le cancer du pénis est rare dans notre contexte. Le délai de consultation est tardif. Le carcinome épidermoïde est le seul type histologique rencontré.

Mots-clés : Cancer, verge, Diagnostic, Circoncision, Congo

ABSTRACT

Objective : To describe the various parameters of semen of adult patients with varicocele

Patients and methods: A retrospective and descriptive study was conducted at the University Hospital of Brazzaville, over a period of 9 years and 8 months (1 January 2005 to 30 August 2014). It focused on 255 carriers varicocele patients aged over 17 years.

Results : The incidence of varicocele was 5.95%. The mean age was 35.47 ± 8,33ans (range 18 and 63 years). Infertility was the most frequent reason for consultation (73.33%), it was primary in 68.24% of cases. Varicocele was bilateral in 70.59% of cases, left and right in 15.69% and 13.72%. Grade 2 was predominant (39.57%) followed by grade 3 (31.55%) and 1 (26.74%).

The mode of collection of semen was coitus interruptus in 60.80% and 30.20% by masturbation. Spermogram abnormality were represented by the hypospermia in 7.84% of cases, oligozoospermia in 47.06% of the cases, azoospermia in 13.33%, asthénozoospermie in 76.47%, nécrozoospermie in 32.94% and teratozoospermia cases in 61.57% cases.

Conclusion : The varicocele is a common pathology in urology diagnosed most often in cases of infertility. It is responsible for semen abnormality.

Mots-clés : cancer, penile, diagnosis, circumcision, Congo

INTRODUCTION

Le cancer du pénis est une tumeur rare comme en témoigne la faible incidence [1, 2] et le faible nombre de cas rapportés [3 ; 4]. Plusieurs facteurs sont évoqués dans la survenue de ce cancer, parmi lesquels, l'infection par HPV, l'inflammation chronique liée à la macération et le manque d'hygiène locale, le phimosis, le tabac et la photochimiothérapie aux ultraviolets A [2, 5]. La circoncision joue un rôle préventif lorsqu'elle est réalisée dans la période néonatale ou avant la puberté. Le traitement de la tumeur primitive consiste en une amputation pour les tumeurs infiltrant les corps caverneux ou un traitement conservateur pour les tumeurs limitées au gland si le diamètre est inférieur à 30 mm, à condition d'avoir réalisé une circoncision première [6]. Dans notre contexte, le diagnostic est le plus souvent tardif, posant le problème de l'acceptabilité de l'amputation. L'objectif de cette étude était d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques du cancer du pénis à Brazzaville.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective portant sur 13 cas de cancer du pénis observés au CHU de Brazzaville (service d'urologie, et d'oncologie médicale et Radiothérapie) et dans les 4 Hôpitaux de base de Brazzaville entre janvier 1985 et décembre 2016, soit une période de 31 ans.

On été inclus dans cette étude tous les patients admis pour cancer du pénis ayant un dossier médical complet. L'examen clinique du pénis était suffisant pour évoquer le diagnostic qui était confirmé par l'examen

anatomopathologique de la pièce opératoire ou de biopsie tumorale. Pour évaluer l'extension, un curage ou une cytoponction ganglionnaire était réalisé en cas d'adénopathies. Une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne était réalisée chez certains patients qui avaient des adénopathies inguinales palpées. Les paramètres étudiés étaient la fréquence, l'âge, le délai de la consultation, la notion de circoncision, le siège de la tumeur, le bilan d'extension, le type histologique, le stade (TNM 2009 [2]), l'attitude thérapeutique et les aspects évolutifs.

RÉSULTATS

Treize cas de cancer du pénis ont été diagnostiqués à Brazzaville, durant la période d'études, parmi lesquels 11 au CHU et 2 à l'Hôpital de Base de Makélékélé (service de chirurgie et oncologie). Parmi les cas observés au CHU, 5 patients étaient suivis dans le service d'urologie et 6 dans le service d'oncologie médicale et radiothérapie. Dans le service d'urologie le cancer du pénis représentait 0,077 % de l'ensemble des cancers observés et occupait le 5^{ème} rang après le cancer de la prostate, de la vessie, du rein et des testicules. L'âge moyen des patients au moment du diagnostic était de 60,35 ans (42 et 78 ans). Le délai moyen de consultation était de 18 mois (2 et 34 mois). Tous les patients étaient circoncis depuis leur enfance, avant la puberté. Sur le plan clinique, la tumeur était ulcéro-bourgeonnante chez huit patients, ulcérée chez trois patients et bourgeonnante chez deux patients. La tumeur siégeait sur le gland chez quatre patients, sur le tiers distal du corps du pénis chez deux patients, sur le gland et une partie du corps du pénis chez

cinq patients et s'étendait du gland au pubis chez deux patients. Les figures 1, 2 et 3 montrent les caractères cliniques des tumeurs observées.

Le tableau I rapporte la répartition des patients selon le stade (TNM 2009) et les aspects thérapeutiques.

Sur le plan anatomopathologique il s'agissait d'un carcinome épidermoïde dans tous les cas (figure 4). Le grade histologique était G1-2 chez 8 patients et G3-4 chez 5 patients. Le traitement chirurgical était réalisé chez 11 patients. Chez deux patients au stade PT4 le traitement était palliatif. Les marges chirurgicales étaient positives chez 2 patients qui ont été rattrapés par un second geste chirurgical. Le curage ganglionnaire bilatéral était réalisé chez trois patients et la cyto-ponction ganglionnaire bilatérale chez cinq patients. Un seul curage ganglionnaire bilatéral s'était avéré positif, chez les autres il s'agissait des adénopathies inflammatoires. Nous avons observé un cas de suppuration de la plaie après curage ganglionnaire. La chimiothérapie adjuvante était réalisée chez 8 patients. Il s'agissait principalement des patients ayant séjourné dans les services d'oncologie. Le protocole utilisé était fait de 5 Fluoro-uracile 500mg/m²/J₁-J₅ et de Cisplatine 100mg/m²/J₁-J₅ selon un rythme de 21 jours pendant six mois. Il n'y avait pas de différence, sur le plan évolutif, avec les patients n'ayant pas reçu de chimiothérapie. Quatre patients étaient décédés dont 2 au stade métastatique respectivement à 3 mois et 2 ans après le diagnostic.

DISCUSSION

Le cancer du pénis est une tumeur rare à Brazzaville. Deux études antérieures réalisées dans le service d'urologie du CHU de Brazzaville avaient rapporté trois cas observés en 17 ans, entre 1990 et 2007 [3 ; 4]. Dans la série de Magoha et al, au Kenya, le cancer du pénis représente 5,1% des cancers urologiques [8]. Il s'agit d'un cancer qui survient chez des sujets entre 40 et 50 ans [4, 7, 8]. Le délai de consultation est long en Afrique [7, 9]. Le tabou sur la sexualité et les organes génitaux dans nos régions fait que les pathologies des organes génito-externes soient encore une maladie honteuse expliquant le retard à la consultation. La plupart de malades considéraient ces lésions comme étant des maladies mystérieuses liées à un sort et préféraient d'abord faire recours à la médecine traditionnelle. Le facteur de risque lié à l'infection à HPV comme décrit dans la littérature est le plus fréquemment rencontré. Le rôle de la circoncision dans la prévention serait lié au fait qu'elle offre aux patients des meilleures conditions d'hygiène locale. Plusieurs séries rapportent des pourcentages élevés des patients non circoncis parmi les cas des cancers du pénis [8, 9, 10]. L'examen clinique par la palpation est essentiel pour le diagnostic. Le symptôme le plus fréquent est une induration du pénis, dans sa portion distale dans 95% des cas (gland, prépuce, col du gland) [2]. Les tumeurs primitives du corps pénien sont beaucoup plus rares, en revanche les tumeurs secondaires, localisées aux corps caverneux, témoignent d'une maladie systémique. En cas de doute diagnostique, l'évaluation para clinique doit comprendre : une biopsie tumorale, une cytoponction ganglionnaire et

une tomodensitométrie (TDM) thoraco-abdomino-pelvienne en présence d'adénopathies inguinales palpables [6].

Le traitement chirurgical doit être le plus conservateur possible. Il dépend des possibilités techniques en fonction de la taille et de la localisation de la tumeur. Une marge de sécurité de 5 mm est considérée comme suffisante pour des lésions invasives. En cas d'amputation partielle, la longueur du pénis restante doit être au moins de 3 cm [2]. Le traitement conservateur est réalisé pour les tumeurs limitées au gland si le diamètre est inférieur à 30 mm, à condition d'avoir réalisé une circoncision première. En cas de métastases ganglionnaires cliniques, le curage ganglionnaire a une place bien définie permettant une survie spécifique à 5 ans supérieure à 80 % si le nombre de métastase ganglionnaire est 1-2. En cas d'extension ganglionnaire plus importante, une association chimiothérapie et chirurgie doit être discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) chez les patients jeunes. Le problème majeur du curage reste la morbidité qui est, au minimum, de 30 % dans les meilleures séries. En présence d'un patient cN1, avec une métastase unique, un curage inguinal superficiel et profond est nécessaire avec un curage inguinal superficiel modifié controlatéral. Il n'existe aucune donnée dans la littérature montrant l'intérêt d'une radiothérapie complémentaire, même en cas de rupture capsulaire. En présence d'un patient cN2 avec plusieurs métastases ganglionnaires uni- ou bilatérales, la morbidité du curage et la faible survie des patients après curage ganglionnaire, doit inciter à envisager une chimiothérapie en

première ligne de traitement, de type 5 FU-Cisplatine. En cas de réponse significative à la chimiothérapie, et chez un patient jeune, la chirurgie secondaire doit être discutée. En présence d'un patient cN3 (adénopathies inguinales fixées ou adénopathies pelviennes) ou en présence de métastases systémiques, une discussion en RCP est nécessaire pour envisager la réalisation d'une chimiothérapie de première ligne [6].

CONCLUSION

Le cancer du pénis est rare à Brazzaville. Le délai de consultation tardif est lié au tabou sur la sexualité dans nos régions. Le carcinome épidermoïde est le seul type histologique rencontré. Le traitement souvent réalisé au stade tardif donne des mauvais résultats.

REFERENCES

1. Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, et al. Cancer Incidence in Five Continents, Vol.X. Lyon : International Agency for research on Cancer ; 2013.
2. P. Sèbe, L. Ferretti, P.H. Savoie, N. Morel-Journel, et al. Tumeurs malignes du pénis : Recommandations en onco-urologie 2016-2018 du CCAFU. Progrès en Urologie 2016, 27, Suppl. 1 S167-180.
3. Bouya PA et al. Deux observations congolaises de tumeur de verge. Carcinologie Pratique en Afrique 2000 ; 3 : 42-3.
4. Odzebe AWS, Bouya PA, Nkoua Mbon JB et al le cancer de la verge : à propos d'un cas et revue de la littérature. Androl 2010 ; 20 : 273-5.

-
5. Visser O, Adolfsson J, Rossi S, Verne J, Gatta G, Maffezzini M, et al. Incidence and survival of rare urogenital cancers in Europe. *Eur J Cancer* 2012 ; 48:456-64.
 6. Olivier Bouchot, Jérôme Rigaud. Diagnostic et traitement du cancer du pénis. *Presse Med.* 2010 ; 39: 871–877.
 7. Sow Y, Thiam A, Fall B, et al. Cancer du pénis au Sénégal : aspects cliniques et thérapeutiques. *Andrologie* 2012 ; 22 : 102-107.
 8. Magoha GA, Ngumi ZW. Cancer of the penis at Kenyatta National Hospital. *East Afr Med J.* 2000 ; 77(10): 526-30.
 9. Magoha GA, Kaale RF. Epidemiological and clinical aspect of carcinoma of penis at Kenyatta National Hospital. *East Afr Med J.* 1995 ; 72 (6): 359-61.
 10. Luciano AF, Aguinaldo CN, Mario R, et al. Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. *Int Braz J Urol* 2008 ; 34: 587-91.

Tableau I : Stade de la tumeur et Aspects thérapeutiques

		Nombre de cas
TNM	PT1	1
	PT2-3	10
	PT4	2
	cN0	3
	cN1	0
	cN2	8
	cN3	2
	M+ (Foie=1 ; Poumons=1)	2
Gestes	Biopsie exérèse de la tumeur	2
	Biopsie simple	2
	Amputation partielle de verge	6
	Amputation totale	3



Figure 1 : Tumeur Ulcéro-bourgeonnante PT1 du tiers distal du corps du pénis.



Figure 2 : Tumeur ulcéreuse PT3 du corps du pénis.



Figure 3 : Tumeur ulcéreuse PT4.

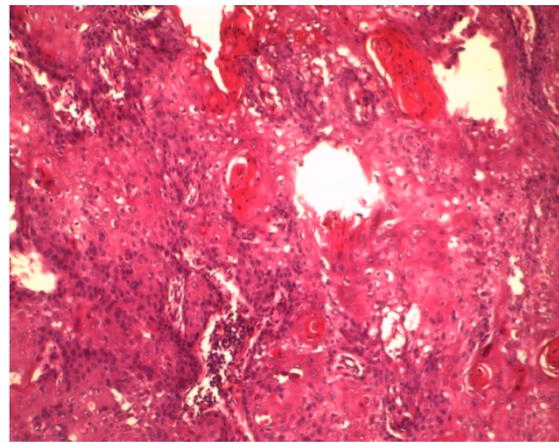


Figure 4 : carcinome épidermoïde du pénis (aspect histologique).