
Cancer de la verge : expérience du service d'urologie CHU Mustapha

Dr T.HAMADACHE




Introduction:

Le cancer du pénis est une pathologie très rare chez les hommes malgré cela il se manifeste de manière agressive.

De multiples facteurs de risque ont été identifiés. Il est à noter que les tumeurs à haut risque d'invasion ganglionnaire nécessitent une attitude agressive pour prévenir la morbidité et la mortalité associées à cette maladie

Environ 95 % des cancers touchant le pénis sont des carcinomes épidermoïdes.

Dans 5 % des cas il s'agit de carcinome à cellules de Merkel, carcinome à petites cellules, mélanome ou d'autres formes rares de cancer.




Facteurs de risques :

Absence de circoncision de l'enfant / tabagisme / lichen scléroatrophique / phimosis / accumulation de smegma / balanite / obésité / PUVA thérapie / virus HPV (HPV 16) (40% des cas) / partenaires sexuels multiples / mauvaise hygiène.

Clinique :

Lésion bourgeonnante ulcéro-nécrotique qui siège dans sa portion distale dans 95 % des cas : gland, prépuce, col du gland.

L'examen clinique a pour objectif de rechercher une extension par rapport aux structures péniennes (urètre et corps caverneux) et périnéale il doit rechercher ainsi la présence d'adénopathie inguinales



Biopsie :

Intérêt : affirmer un diagnostic histologique, surtout si le traitement conservateur est envisageable elle doit être profonde et jusqu'en zone saine

Bilan d'extension :

IRM permet :

Bilan d'extension local de la tumeur (corps caverneux, corps spongieux, albuginée)

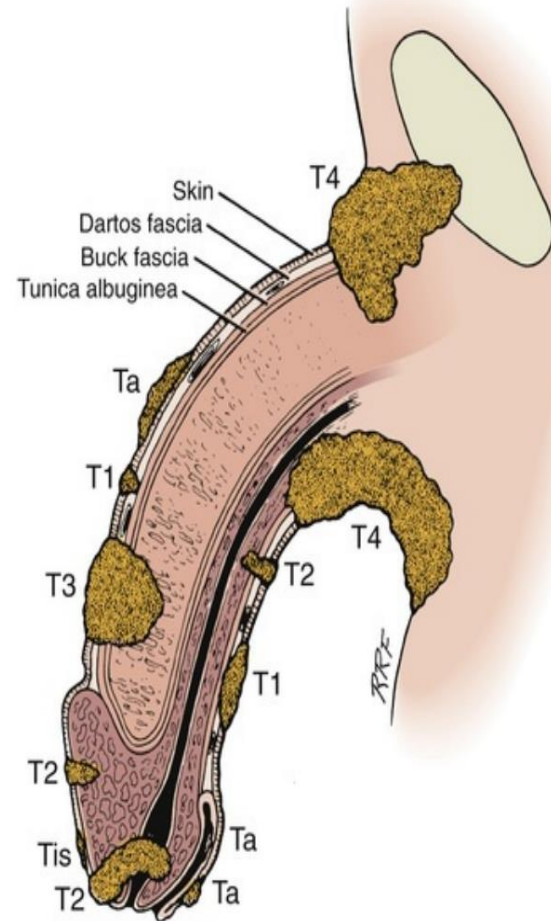
Bilan d'extension ganglionnaire inguinal et pelvien

TEP FDG : examen le plus sensible et le plus efficace dans la recherche de localisations secondaires, sensibilité accrue pour les micrométastases, mais indisponible le plus souvent.


TDM TAP : afin de rechercher des localisations secondaires ganglionnaires régionales et à distance.

Tableau 1 Classification TNM 2016.

T	Tumeur primitive
pTx	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
0	Pas de signe de tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ
Ta	Carcinome verruqueux non infiltrant
T1	Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial
T1a	Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial sans invasion lympho-vasculaire ou périneurale à l'exclusion du haut grade (grade 3 ou sarcomatoïde)
T1b	Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial avec invasion lympho-vasculaire ou périneurale ou de haut grade (grade 3 ou sarcomatoïde)
T2	Tumeur envahissant le corps spongieux avec ou sans invasion de l'urètre
T3	Tumeur envahissant le corps caverneux avec ou sans invasion de l'urètre
T4	Tumeur envahissant d'autres structures adjacentes
cN	Ganglions régionaux (clinique : palpation ou imagerie)
Nx	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux (ganglions inguinaux)
N0	Pas de ganglion inguinal palpé
N1	Palpation d'un seul ganglion unilatéral mobile
N2	Palpation de ganglions multiples ou bilatéraux mobiles
N3	Ganglions inguinaux fixés ou ganglions pelviens, unilatéraux ou bilatéraux
pN	Ganglions régionaux (pathologique : biopsie ou exérèse)
pNx	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux (ganglions inguinaux)
pN0	Pas d'atteinte ganglionnaire régionale
pN1	≤2 métastases ganglionnaires inguinales unilatérales sans extension extracapsulaire
pN2	>3 métastases ganglionnaires inguinales unilatérales ou atteinte bilatérale, sans extension extracapsulaire
pN3	Métastase ganglionnaire pelvienne, extension extracapsulaire
M	Métastases à distance
Mx	Renseignements insuffisants pour classer des métastases à distance
M0	Pas de métastase à distance
M1	Présence de métastases à distance
G	Grade histologique
Gx	Renseignements insuffisants pour classer le grade histologique
G1	Bien différencié
G2	Moyennement différencié
G3	Faiblement différencié
G4	Indifférencié



Groupes à risque de l'European Association of Urology

- Le pronostic des tumeurs du pénis dépend du risque de diffusion ganglionnaire inguinale.
 - L'EAU a proposé une stratification de ce risque en trois groupes selon l'analyse de la tumeur primitive (stade T et grade de la tumeur primitive).
 - Les groupes à risque sont :
 - les tumeurs à faible risque (\leq pT1G1) ;
 - les tumeurs de risque intermédiaire (pT1 G2) ;
 - les tumeurs à haut risque (pT1G3, pT2-3 G1-3).
 - Seules les aires ganglionnaires des tumeurs de faible risque peuvent être d'emblée surveillées. Dès le stade pT1G2, il faut réaliser une stadification lymphonodale invasive.
-
- 

Traitement :

Chirurgie :

Amputation partielle. Les impératifs de cette pénectomie, c'est une marge de 3,5 ou 8mm avec une longueur pénienne restante de plus de 3cm afin de garder des mictions correctes.

Si marge ou longueur insuffisante, une amputation pénienne totale avec urètrostomie périnéale est indiquée


Chimiothérapie :

Chimiothérapie neo adjuvante :

Indiquée lorsque le patient présente des ganglions inguinaux fixes ou ganglions pelviens, unilatéraux ou bilatéraux.

Chimiothérapie adjuvante :

Son avantage est de réaliser le traitement une fois le statut ganglionnaire indiqué pour les patients présentant des ganglions classés pN2 - pN3



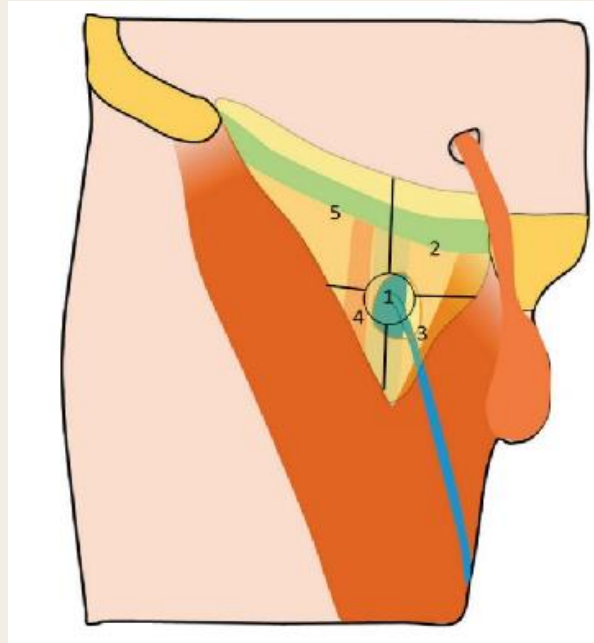


Curage ganglionnaire :

Curage inguinal modifié : cN0 à risques.

Lymphadénectomie inguinale totale, consiste en une ablation de tous les ganglions inguinaux du triangle de Scarpa.

Morbidité : lymphocèle, nécrose cutanée, l'infection pariétale et lymphœdème.



Topographie des régions de drainage lymphatique inguinal selon Daseler

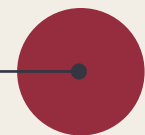
La lymphadectomie modifiée recommandée concerne les régions périsaphène (1), supéro-interne (2) et supéro-externe (5). Les régions inféro-interne (3) et inféro-externe (4) ne sont considérées que dans la lymphodénectomie radicale

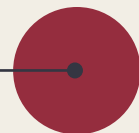
Cas n° 01

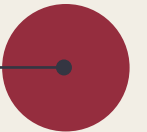


Tableau 2: Indications thérapeutiques en fonction du stade T (Tis,Ta,T1a). ^[4]

Stade T (type de la lésion)	Options thérapeutiques	Grade
Tis	Crèmes cytotoxiques puis surveillance rapprochée Laser au CO2 ou Yag puis surveillance rapprochée Biopsie-exérèse ou resurfaçage	Fort
	Photothérapie dynamique avec biopsie de control obligatoire	Faible
Ta, T1a	Curiethérapie	Fort
	Laser au CO2 ou Yag puis surveillance rapprochée	Fort
	Biopsie-exérèse /resurfaçage /glandulectomie	Fort

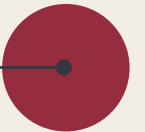


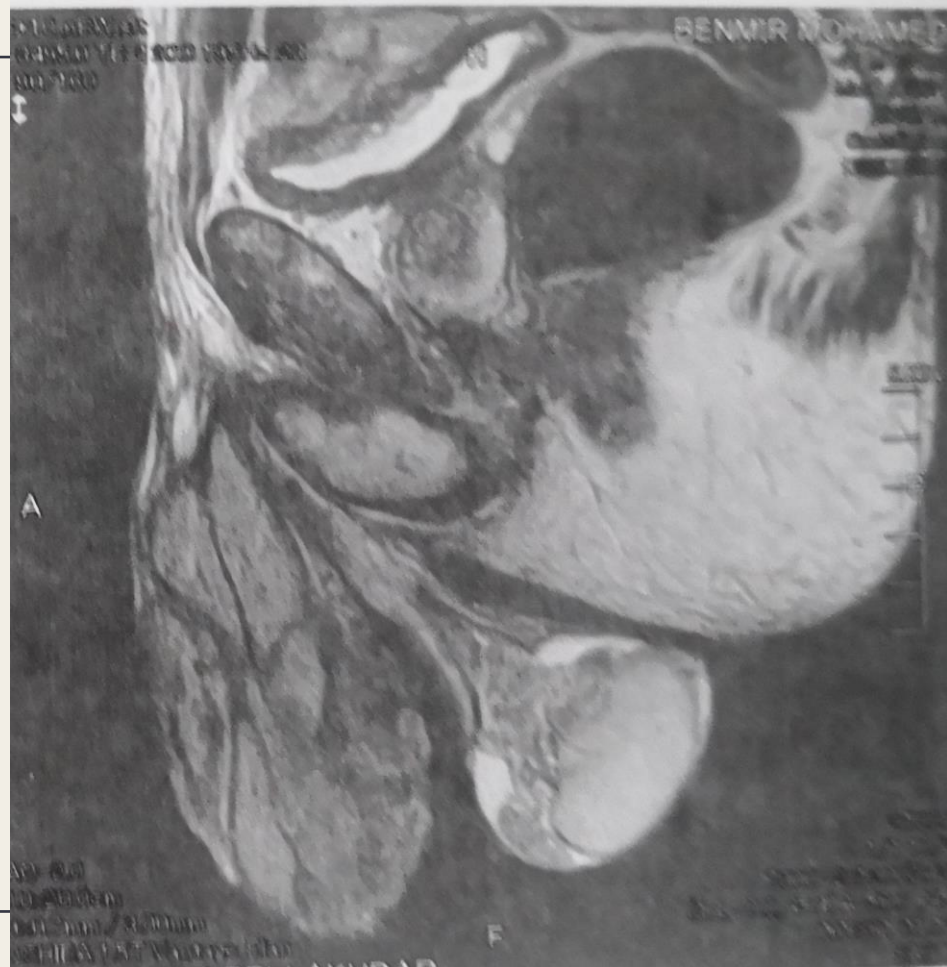
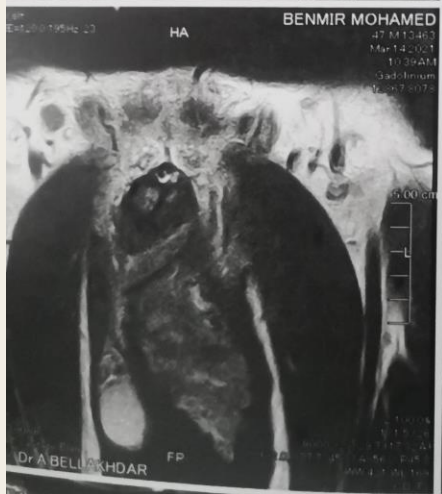




Recommandations de la prise en charge ganglionnaire et métastatique		Grade
Statut	Prise en charge	
cN0	Tis, Ta G1, T1G1: surveillance.	
	> T1G2: Ganglion sentinelle +/- curage inguinal modifié (bilatéral si GS indisponible ou controlatéral si GS unilatéral incomplet)	
cN1/cN2	Curage inguinal modifié avec analyse extemporanée	
pN+ (cytoponction ou sur examen extemporané)	Curage inguinal radical côté pN+ et modifié en controlatéral	
cN3 inguinal	Chimiothérapie néoadjuvante et curage radical si répondeur	
cN3 pelvien	Curage inguinal et pelvien (+/- chimiothérapie néoadjuvante)	
pN1	Surveillance (pas de curage pelvien)	
pN2/pN3 ou Adénopathies pelviennes suspectes à l'imagerie	Curage pelvien homolatéral	
pN2/pN3	Discuter uen chimiothérapie adjuvante	
Tous N	Radiothérapie non recommandée (sauf rares situations palliatives)	

Cas n°02



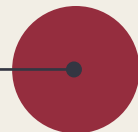


Recommandations de la prise en charge ganglionnaire et métastatique		Grade
Statut	Prise en charge	
cN0	Tis, Ta G1, T1G1: surveillance.	
	> T1G2: Ganglion sentinelle +/- curage inguinal modifié (bilatéral si GS indisponible ou controlatéral si GS unilatéral incomplet)	
cN1/cN2	Curage inguinal modifié avec analyse extemporanée	
pN+ (cytoponction ou sur examen extemporané)	Curage inguinal radical côté pN+ et modifié en controlatéral	
cN3 inguinal	Chimiothérapie néoadjuvante et curage radical si répondeur	
cN3 pelvien	Curage inguinal et pelvien (+/- chimiothérapie néoadjuvante)	
pN1	Surveillance (pas de curage pelvien)	
pN2/pN3 ou Adénopathies pelviennes suspectes à l'imagerie	Curage pelvien homolatéral	
pN2/pN3	Discuter uen chimiothérapie adjuvante	
Tous N	Radiothérapie non recommandée (sauf rares situations palliatives)	

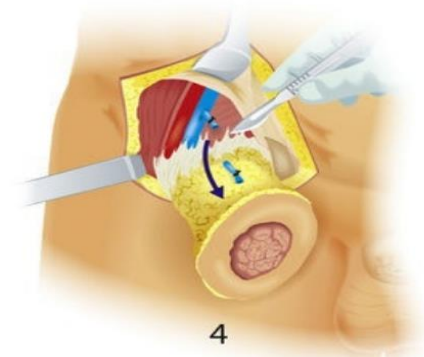
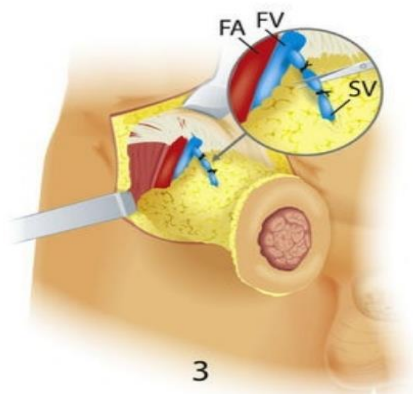
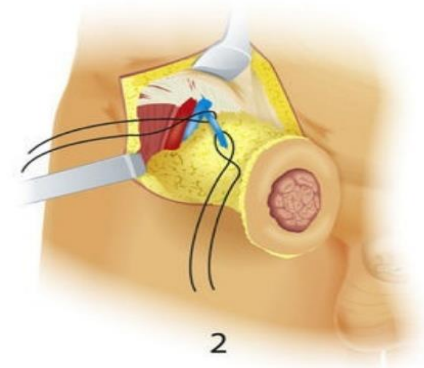
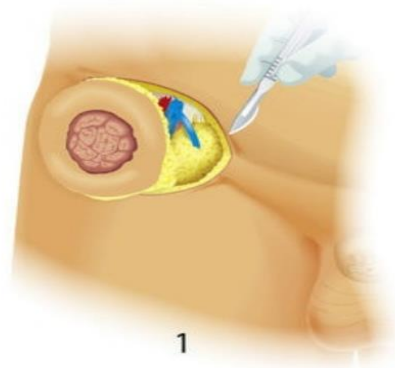


Stade T (type de lésion)	Options thérapeutiques	Grade
Tis	Crèmes cytotoxiques puis surveillance rapprochée Laser CO2 ou Yag puis surveillance rapprochée Biopsie-exérèse ou resurfaçage	
	Photothérapie dynamique avec biopsie de contrôle obligatoire	
Ta, T1a	Curiethérapie	
	Laser CO2 ou Yag puis surveillance rapprochée	
T1b, T2	Biopsie-exérèse/resurfaçage/glandulectomie	
	Curiethérapie	
T3 proximaux	Amputation partielle (dans des cas sélectionnés)	
	Amputation partielle si possible	
T3 du corps du pénis	Amputation totale et urétérostomie périnéale	
T4	Chimiothérapie néo-adjuvante et amputation si répondeur	
Récidive locale après chirurgie conservatrice	Chirurgie conservatrice si les corps caverneux ne sont pas envahis	
	Amputation partielle ou totale	

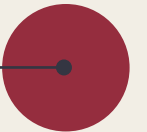
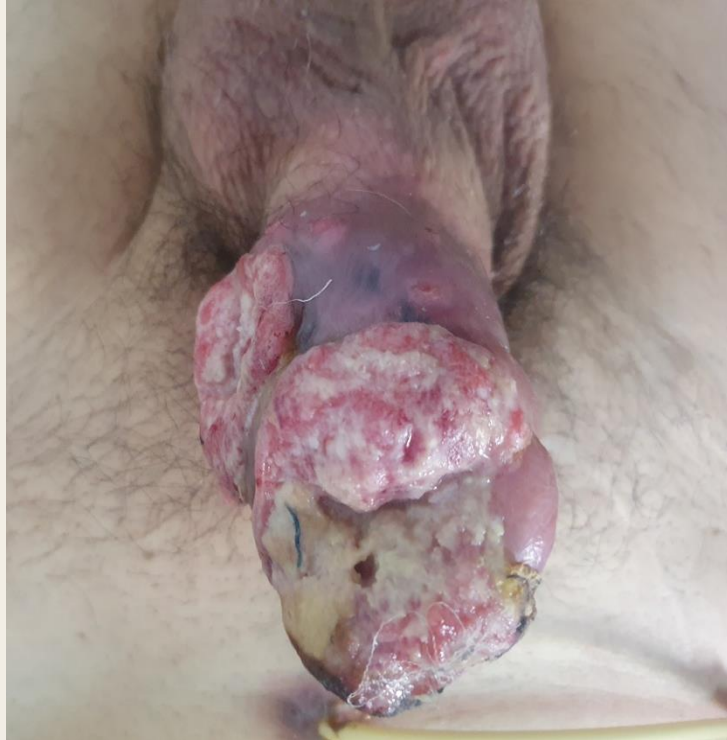




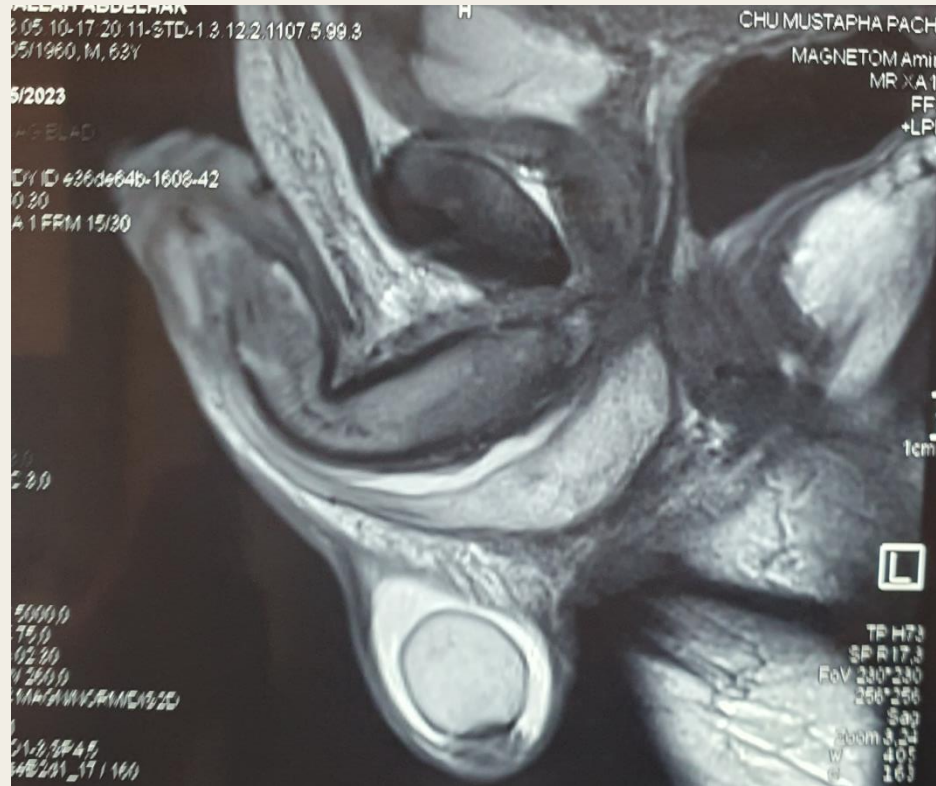


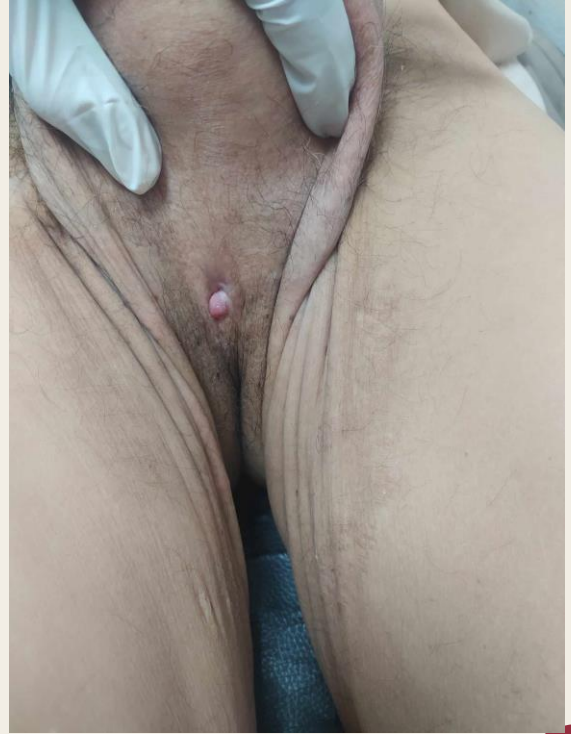


Cas n°03

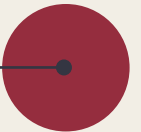








Cas n°04



3M947, M, 74Y

MAGNETOM A

RENT

MR X

2/2022

T2 TSE

t

DY ID 506d8d57-d65a-4a

5:12

A1 FRM 15/30

1cm

L

R 4880,0

E 86,0

A 02:21

VV 200,0

2 MAGN/NORM/DIS2D

2/SAT1

TP F28

SP L19,9

SL 3,0/0,9

FoV 210*210

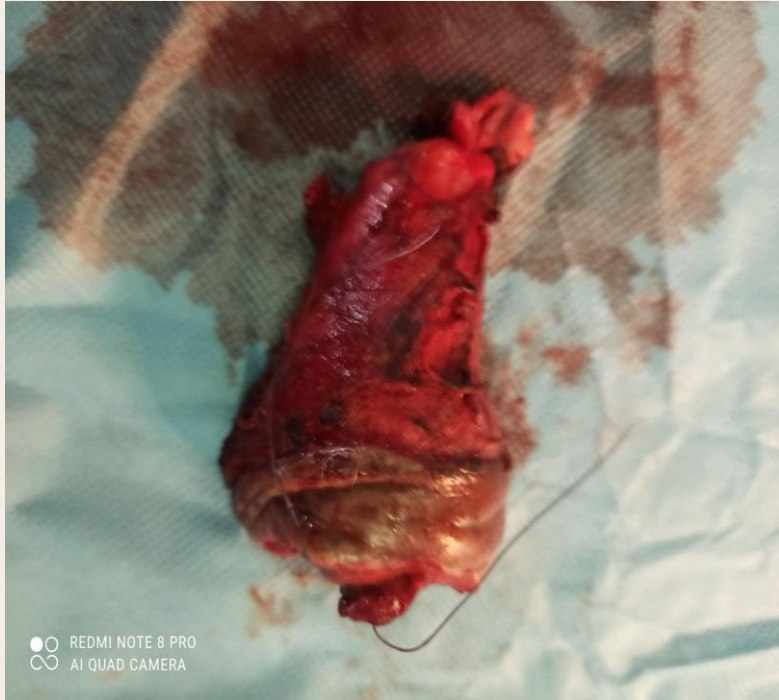
240*320

Sag

Zoom 1,33

W 696





Cas n°05



Pronostic :

La survie spécifique à 5 ans --> 100% pour les CIS / 84% pour les PT1 / 54% pour les PT2

Récidive locale

- Après chirurgie conservatrice : 15-30% dans les 2 premières années
- Après amputation péniennne totale : 4 – 5%

T2 taux de récidive : 17-35 %, taux de mortalité spécifique est de 21 à 31% à 3ans

Chirurgie conservatrice : 27% à 6ans avec une mortalité spécifique nulle.

Les facteurs péjoratifs de la récidive sont : envahissement péri nerveux, CIS, marge positive, haut grade

Lorsque les 4 paramètres sont présents, le risque de récidive est multiplié par 34.

Récidive ganglionnaire

- Si la récidive ganglionnaire inguinale est présente, une lymphadénectomie inguinale totale doit être proposée si elle n'a pas été réalisée au préalable.

Dans le cas contraire, une chimiothérapie avec radiothérapie palliative sont indiqués.



Conclusion

Le recours à des consultations spécialisées en urologie-dermatologie a un intérêt dans la prise en charge de la maladie à un stade précoce et ainsi favoriser les traitements conservateurs , bien qu'il existe un potentiel d'envahissement local et de métastase à distance, 80 % des cas de cancer du pénis peuvent être guéris s'ils sont diagnostiqués tôt. Le traitement du cancer du pénis peut sauver des vies, mais il aura sans aucun doute un impact important sur le bien-être psychosocial et la santé sexuelle du patient car il repose essentiellement sur la chirurgie qui peut être très mutilante.



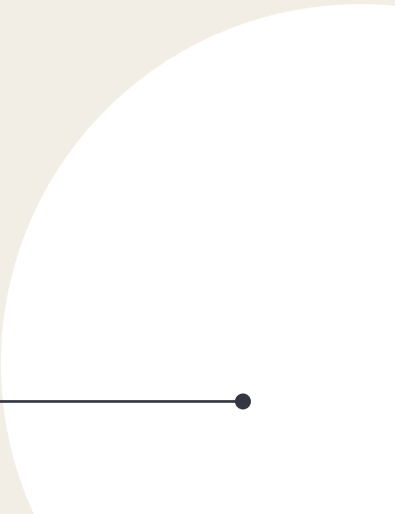


Thanks

Do you have any questions?

Tarek.d.hamadache@gmail.com

CREDITS: This presentation template was created by [Slidesgo](#), and includes icons by [Flaticon](#) and infographics & images by [Freepik](#)



- **Références bibliographiques :**

1. P.-H. Savoie, A. Fléchon, N. Morel-Journal, T. Murez, L. Ferretti, P. Camparo, L. Rocher, P. Sèbe, A. Méjean, Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2018–2020 : tumeurs du pénis, Progrès en Urologie, Volume 28, Supplement 1, 2018
2. Daubisse-Marliac L, et al. Long-term trends in incidence and survival of penile cancer in France. Cancer Epidemiol 2017;50:125—31 [Pt A]
3. Moses K, et al. Contemporary management of penile cancer: greater than 15 years MSKCC experience. Can J Urol 2014;21(2):7201—6.

