



TUMEURS EPIDERMOIDES DE LA VERGE

La mise à jour à jour a été effectuée à partir des recommandations 2010 en onco-urologie (AFU, EAU, ESMO, INCA), et de publications importantes nouvelles ayant un impact sur la prise en charge des patients depuis 2009.

**Tout dossier doit être présenté en
RCP
avant tout acte thérapeutique**

**Conformément au plan cancer 2
Tout patient doit pouvoir bénéficier
D'une proposition d'essai**

L'ensemble des essais cliniques disponibles en Basse Normandie est accessible sur le site Ancelot dans la rubrique *Recherche clinique*

Les tumeur de pénis étant rare avec un pronostic sévère, il est souhaitable que le dossier puisse être discuté en RCP de recours régional pour des tumeurs cN+

**Tout patient ≥ 75 ans doit se voir proposer
en fonction de l'état général et des co-morbidités une
consultation d'oncogériatrie afin d'aider à la prise de la
décision thérapeutique et proposer un plan personnalisé de
soins adapté.**

SOMMAIRE

1- CLASSIFICATION	03
2- MODALITES DIAGNOSTICS	
2.1- Diagnostic	04
2.2- Bilan d'extension	04
3- MODALITES THERAPEUTIQUES	
3.1- Tumeur primitive	05
3.2- Aires ganglionnaires	05
3.3- Métastases	06
4- INDICATIONS THERAPEUTIQUES	
4.1 - Tumeur primitive	07
4.2- Extension ganglionnaire	08
4.3- Maladie métastatique	09
5- SURVEILLANCE	10
6- ANNEXES	
Annexe 1 – Classification histologique	11
Annexe 2 – Protocoles chimiothérapie	12
Annexe 3 - Arbre décisionnel aires ganglionnaires	13
Annexe 3 – Bibliographie	14

-1- CLASSIFICATION

1.1 - Classification TNM (2009)

T – Tumeur primitive :

Tx : tumeur non évaluable.

T0 : 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 **et** non faiblement différencié ou non indifférencié (T1 GI-II)
- T1b : tumeur envahissant le tissu conjonctif sous épithélial avec invasion lympho-vasculaire **et** faiblement différencié ou indifférencié (T1 GIII-IV)

T2 : tumeur envahissant les corps spongieux ou caverneux.

T3 : tumeur envahissant l'urètre.

T4 : Tumeur envahissant d'autres structures adjacentes.

N – Ganglions lymphatiques régionaux (clinique ou radiologique) :

Nx : non évaluable.

N0 : pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux.

N1 : métastase d'un seul ganglion inguinal mobile.

N2 : ganglions multiples ou bilatéraux mobiles.

N3 : ganglions inguinaux fixés ou ganglions pelviens, unilatéraux ou bilatéraux.

pN - Ganglions régionaux (biopsie ou exérèse)

pNx : non évaluable

pN0 : pas d'atteinte ganglionnaire régionale

pN1 : métastases ganglionnaire inguinale unique

pN2 : métastases ganglionnaires inguinales multiples ou bilatérales

pN3 : métastase ganglionnaire pelvienne, unilatérale ou bilatérale ou à distance

M – Métastases à distance :

Mx : non évaluable.

M0 : pas de métastase à distance.

M1 : présence de métastases à distance.

1.2 – Classification histologique

La classification utilisée est celle de l'OMS 2004 [annexe 1]

Grade Histologique

Gx : renseignements insuffisant pour classer le grade

G1 : bien différencié

G2 : moyennement différencié

G3-4 : faiblement différencié ou indifférencié

- 2 – MODALITES DU DIAGNOSTIC

2.1 - DIAGNOSTIC

1- Examen clinique du pénis :

- topographie tumorale,
- dimensions,
- nombre
- aspect ulcéré, infiltrant ou bourgeonnant
- longueur pénienne saine en amont de la tumeur,
- infiltration caverneuse, urétrale (urétrorragie), autres structures

2- Palpation des aires ganglionnaires inguinales (après antibiothérapie si lésion surinfectée).

3- Preuve histologique: biopsie-exérèse d'emblée si pas de doute diagnostique et geste non mutilant. Sinon biopsie +/- circoncision d'emblée si tumeur siégeant sur le gland et curiethérapie envisagée,

4 - Ponction cytologique (éventuellement sous échographie) si doute cN+ éventuellement après traitement antibiotique d'épreuve.

2.2 - BILAN D'EXTENSION

2.2.1 – Local

IRM si doute entre T1 et T2 clinique

2.2.2 - Ganglionnaire :

- Si cN0, pas de scanner pelvien systématique .TDM pelvien et inguinal si doute clinique ou examen difficile. (L'IRM, si indiquée pour le bilan local, peut permettre de faire le bilan ganglionnaire dans le même temps).

Option : Ganglion sentinelle possible si cN0 et pT1bG2 chirurgical

- si cN+, Scanner abdomino-pelvien

Option : - Petscan recommandé

2.2.3 A distance :

- TDM abdomino-pelvien si ganglions inguinaux prouvés histologiquement

Option : - Petscan

- Du fait de métastases à distances rares, pas de scanner thoracique ni scintigraphie osseuse systématique.

2.2.4 - Biologie : pas d'intérêt (SCC pour le suivi de l'efficacité thérapeutique en cas de maladie métastatique)

- 3 - MODALITES THERAPEUTIQUES

3 – 1 Tumeur primitive :

3.1.1 – Traitements conservateurs locaux pour pTis et pTa

- crèmes cytotoxiques : 5FU / Imiquimod 5%
- laser yag au CO2
- Photothérapie dynamique
- technique de Mosh (pTa G1 < 3 cm)

3.1.2 - Chirurgie :

La plus conservatrice possible avec marge – (si positif, reprise chirurgicale)

- 1 - *Biopsie exérèse* sur les tumeurs du gland à distance de l'urètre et du sillon balano-préputiale, Ø < 20 mm
- 2- *Circoncision* si tumeur limitée au prépuce et n'atteignant pas la couronne
- 3- *Amputation partielle*: si longueur du pénis restant d'au moins 3 cm et examen extemporané des limites de section,
- 4- *Amputation totale*,

3.1.3 – Curiethérapie

- Si tumeur du gland ou du sillon balano-préputial sans envahissement de l'albuginée des corps caverneux, d'une taille < 40mm et à distance de l'urètre et du méat
- La curiethérapie interstitielle par fils d'iridium 192 est la technique de choix.
- Circoncision systématique.
- Dose ≥ 60 Gy.

3.1.4 - La radiothérapie externe

- Ne devrait plus être utilisée (difficultés de positionnement du pénis pendant le traitement).
- Palliative si tumeur localement avancé ou métastatique (50 à 60 Gy).
- Circoncision systématique

[3.2 - Aires ganglionnaires](#)

3.2.1- Types de curage

- *Lymphadénectomie inguinale superficielle* : ablation des ganglions inguinaux superficiels en dedans de la grande veine saphène.
- *Lymphadénectomie inguinale totale (ou radicale)* : ablation de tous les ganglions inguinaux superficiels et profonds
- *Lymphadénectomie iliaque* : doit intéresser les 3 chaînes iliaques (externe, interne et primitive)

3.2.2- Radiothérapie inguinale

- Pas d'indication si cN0
- Amélioration contrôle local si exérèse incomplète ou marges positives

3.2.3- Chimiothérapie

Chimiothérapie à base de platine (protocole possible : TIP en 1^{ère} intention / sinon CDDP-5FU)

[3.3 - Métastases à distance](#)

- Chimiothérapie à base de platine (protocole possible : CDDP-5FU ou TIP)
- Traitement symptomatique.

- 4 – INDICATIONS THERAPEUTIQUES

4.1 - TUMEUR PRIMITIVE

4.1.1- Lésion Tis – Ta - T1a quelque soit le grade

- 1^{ère} intention : Laser
- option : autre traitement conservateur

4.1.2- Lésion T1b

- Biopsie-exérèse ou circoncision si lésion préputiale ou dans le sillon balano-préputial, avec marge négative
- Sinon, traitement conservateur type exérèse ou glandulectomie avec plastie
- *Option* :
 - curiethérapie
 - Patient non compliant : amputation partielle.

4.1.3- Lésion T2 du gland

- ⤴ Glandulectomie avec ou sans reconstruction de l'extrémité distale du corps du penis
- ⤴ *Option*:
 - curiethérapie
 - Amputation partielle si patient non compliant

4.1.4- Lésion T2 du corps du pénis

- ⤴ Si atteinte distale : amputation partielle
- ⤴ Si atteinte proximale : amputation totale
- ⤴ Reconstruction pénienne possible

4.1.5 – Lésion T3 ou T4

- Amputation pénienne totale avec urétrostomie périnéale
- Si T4, palliatif ou chimiothérapie

4.1.6 – Récidive locale

- ⤴ Si geste conservateur local initial et pas d'atteinte corps caverneux : nouveau geste conservateur
- ⤴ Si atteinte profonde : amputation partielle ou totale

4.2 - EXTENSION GANGLIONNAIRE (schéma récapitulatif annexe 3)

4.2.1- Patient cN0 :

- ⤴ pTis **ou** pTaG1 **ou** pT1a **ou** G1 quelque soit pT: surveillance des aires ganglionnaires
- ⤴ ≥ pT1b **ou** G2, ganglion sentinelle ou lymphadénectomie inguinale modifiée bilatérale. Si pN+, curage total

4.2.2- Patient cN1 N2 :

1^{er} temps

- Coté cN+ : Cytoponction recommandée :
 - si cytoponction positive : lymphadénectomie inguinale totale
 - si cytoponction négative : refaire cytoponction à distance ou lymphadénectomie inguinale modifiée
- Coté cN0, lymphadénectomie inguinale modifiée

2^{ème} temps : Lymphadénectomie iliaque uni ou bilatérale si :

- ≥ 2 ganglions inguinaux métastatiques
- effraction capsulaire sur un ganglion
- N+ iliaque sur bilan

Si pN2 ou pN3

- chimiothérapie adjuvante 3 à 4 cycles type TIP

4.2.3- Patient cN3

Chimiothérapie néo-adjuvante recommandée 4 cycles type TIP

- Si réponse objective : discuter chirurgie extensive inguinale et pelvienne
- Si stabilité ou progression : traitement palliatif / radiothérapie / chimiothérapie 2^{de} ligne

4.2.4- Apparition d'adénopathie inguinale à distance du traitement de la tumeur primitive :

- Si pas de prise en charge ganglionnaire initiale,
 - Curage inguinal

- Coté cN+ : Cytoponction recommandée :
 - si cytoponction positive : lymphadénectomie inguinale totale
 - si cytoponction négative : refaire cytoponction à distance ou lymphadénectomie inguinale modifiée
- Coté cN0, lymphadénectomie inguinale modifiée
 - Lymphadénectomie iliaque uni ou bilatérale si
 - ≥ 2 ganglions inguinaux métastatiques
 - effraction capsulaire sur un ganglion
 - N+ iliaque sur bilan
- Si récurrence ganglionnaire, lymphadénectomie inguinale totale du coté de la récurrence (si possible) associée à une chimiothérapie néo-adjuvante ou adjuvante.

4.3– MALADIE METASTATIQUE

- ⤴ Chimiothérapie
- ⤴ Radiothérapie
- ⤴ Soins palliatifs

– 5 – SURVEILLANCE

Cf tableau page 10

	FREQUENCE SURVEILLANCE		EXAMEN SURVEILLANCE
	1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	3 ^e , 4 ^e , 5 ^e année	
Tumeur Pénienne			
Traitement conservateur	3 mois	6 mois	Examen clinique ou autopalpation
Amputation	6 mois	12 mois	Examen clinique ou autopalpation
Aires ganglionnaires			
Pas de curage initial	3 mois	6 mois	Examen clinique ou autopalpation
pN0 après curage	6 mois	12 mois	- Examen clinique ou - Autopalpation - Echographie inguinale +/- cytoponction si ADP
pN+ après curage	3 mois	6 mois	- Examen clinique ou - Autopalpation - Echographie inguinale +/- cytoponction si ADP

ANNEXE 1 – CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE OMS 2004

Lésions précancéreuses

- Néoplasie intra-épithélial grade III
- Maladie de Bowen
- Erythrodyplasie de Queyrat
- Maladie de paget

Tumeurs épithéliales malignes

- Carcinome épidermoïde
 - Carcinome basaloïde
 - Carcinome condilomateux
 - Carcinome verruqueux
 - Carcinome papillaire, NOS
 - Carcinome sarcomateux
 - Carcinome mixte
 - Carcinome adénosquameux
- Carcinome à cellule de Merkel
- Carcinome épidermoïde de type neuro-endocrine
- Carcinome sébacées
- Carcinome à cellule claire
- Carcinome à cellule basale

Tumeurs mélanocytaires

- Naevi mélanocytaires
- Mélanome

Tumeurs mésenchymateuses

Tumeur bénigne	Tumeur maligne	Tumeur intermédiaire
hémangiome	Sarcome de kaposi	Fibroblastome à Cellules géantes
Lymphangiome	Hémangioendothéliome épithéloïde	
Neurofibrome	Angiosarcome	Dermatofibrosarcome De Danier Ferrand
Schwannome	Leiomyosarcome	
Tumeur à cellules granuleuses	Rhabdomyosarcome	
Leiomyome	Histiocytome fibreux malin	
Myointimome	Sarcome épithélioïde	
Tumeur du glomus	Synoviosarcome	
Hystiocytome fibreux	Sarcome à cellule claire	
Xanthogranulome juvénile	Tumeur nerveuse périphérique maligne	
	Sarcome d'Ewing	
	Osteosarcome extra squelettique	
	T. neuroectodermal périphérique	

Tumeurs hématopoiétiques

Tumeurs secondaires

ANNEXE 2 – PROTOCOLES DE CHIMIOTHERAPIE

PROTOCOLE TIP

- Paclitaxel 175 mg/m² sur 3h J1
- Ifosfamide 1200 mg/m² J1 à J3
- Cisplatine 25 mg/m² J1 à J3

- 1 cures toutes les 3 à 4 semaines, 4 cures en néo-adjuvant

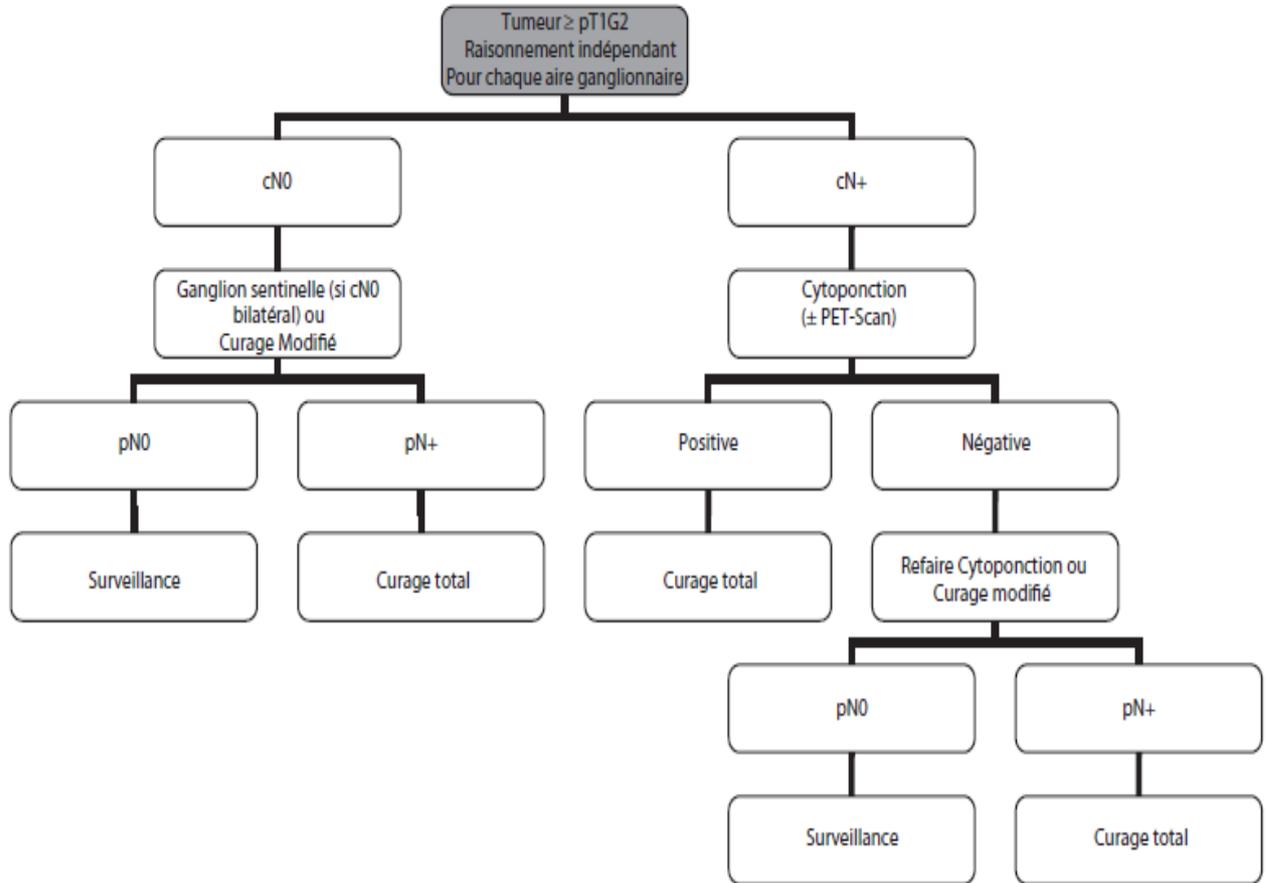
PROTOCOLE CDDP-5FU

- Cisplatine 100 mg/m² sur 1h J1
- 5FU 1000 mg/m² sur 24h J1 à J4

- 1 cures toutes les 3 semaines, 6 cures maximum

ANNEXE 3- ARBRE DECISIONNEL AIRE GANGLIONNAIRE

Raisonnement à appliquer de manière indépendante pour chaque aire ganglionnaire inguinale (droite et gauche)



ANNEXE 4 – BIBLIOGRAPHIE

- 1- AFU : Recommandations 2010-2013 en onco-urologie, volume 20 – Novembre 2010 – Supplément 4 – S279 à S287**
- 2- EAU Penile Cancer Guidelines 2009, European Urology 57 (2010) 1002 – 1012**
- 3- Pagliaro and al, Neoadjuvant paclitaxel, Ifosfamide, and Cisplatin chemotherapy for metastatic penile cancer : a phase II study. JCO Volume 28. Number 24, August 20 2010: 3851 – 3856.**
- 4- Tumors of the urinary system and male genital Organs. Worth Health organization Classification of Tumors. Pathology and genetics. Édition 2004 279 – 298.**