

## Suivi des tumeurs malignes du pénis

Cyril BASTIDE, François IBORRA, Nicolas MOTTET, Jean-Louis DAVIN

*Comité Organe Génitaux Externes du CCAFU*

---

### RESUME

**Les tumeurs du pénis sont des tumeurs potentiellement graves, peu fréquentes dans les pays occidentaux.**

**Le suivi est basé sur l'examen clinique et le scanner thoraco-abdomino-pelvien.**

---

Du fait de leur faible fréquence, les recommandations de suivi des tumeurs du pénis sont assez mal codifiées. Elles sont au mieux de niveau III, mais le plus souvent de niveau IV.

Le risque de récurrence locale, inguinale ou à distance après traitement d'un cancer du pénis dépend du stade pathologique, du grade, du statut ganglionnaire initial et du traitement initial effectué.

Après pénectomie partielle ou totale, le risque de récurrence locale varie entre 0 et 15% [4, 9]. En cas de traitement conservateur (tous stades confondus), le risque de récurrence locale apparaît plus élevé avec des taux très variables allant de 7,7% à 50% [1, 3, 8, 11]. Au moindre doute (excepté après curiethérapie), une biopsie profonde doit être réalisée qui seule affirmera la récurrence.

Après curiethérapie, l'indication d'une éventuelle biopsie doit être très prudente, surtout lors des premières années compte-tenu du risque de nécrose. Si elle est indiquée, elle doit être effectuée à minima, après un traitement antibiotique, anti-inflammatoire et antiseptique local de plusieurs semaines.

La grande majorité des récurrences locales ou ganglionnaires surviennent dans les deux ans qui suivent le traitement initial [2, 6]. Les récurrences ganglionnaires inguinales sont exceptionnelles après 5 ans. A l'inverse, des récurrences locales ont été observées dans plusieurs études après 5 ans, que le traitement initial soit conservateur ou non [5, 10, 11].

La survenue de ganglions inguinaux palpables à distance du traitement initial chez des patients avec des aires ganglionnaires initialement normales correspond à des métastases ganglionnaires

res dans l'immense majorité des cas [7]. Après un curage inguinal initial négatif, le risque de récurrence ganglionnaire est très faible.

La surveillance repose essentiellement sur l'examen clinique de la verge et des régions inguinales. La place de l'imagerie (scanner thoraco-abdomino-pelvien) est limitée aux patients ayant des métastases ganglionnaires initiales et en cas d'examen clinique difficile (patient obèse, régions remaniées en post-opératoire ...). L'IRM, l'échographie pénienne et la scintigraphie osseuse n'ont pas de place en routine.

Les examens biologiques ont peu de place, excepté en cas de lésion avancée avec un dosage initial du SCC élevé.

Le rythme du suivi est directement en rapport avec le type de traitement réalisé (conservateur ou non, curage inguinal ou non), le stade pathologique de la tumeur et le statut ganglionnaire initial.

Les recommandations du suivi pour le pénis, et les aires ganglionnaires inguinales sont résumées ci-dessous :

### SURVEILLANCE DU PENIS

Dans toutes les situations, l'auto-examen devrait jouer un rôle, malgré la médiocre compliance prévisible [retard habituel du diagnostic fréquent].

---

Adresse pour correspondance : Dr. C. Bastide, Service d'Urologie, Hôpital Nord, Chemin des Bourrellys, 13915 Marseille Cedex 20.

e-mail : [nastide.c@libertysurf.fr](mailto:nastide.c@libertysurf.fr)

Ref : BASTIDE C., IBORRA F., MOTTET N., DAVIN J.L. Prog. Urol., 2005, 15, 596-

**Tableau récapitulatif de recommandations minimales de suivi**

|                | Penis                    |                          | Aires inguinales         |                          |            |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
|                | Traitement conservateur  | Pénectomie               | Pas de curage            | Curage pN0               | Curage pN+ |
| 1ère année     | Clinique tous les 2 mois | Clinique tous les 4 mois | Clinique tous les 2 mois | Clinique tous les 4 mois |            |
| 2ème année     | Clinique tous les 2 mois | Clinique tous les 4 mois | Clinique tous les 2 mois | Clinique tous les 4 mois | Clinique / |
| 3ème année     | Clinique tous les 3 mois | Clinique tous les 6 mois | Clinique tous les 3 mois | Clinique tous les 6 mois | TDM        |
| 4-5ème années  | Clinique tous les 6 mois | Clinique tous les ans    | Clinique tous les 6 mois | /                        | TAP**      |
| 5-10ème années | Clinique tous les 6 mois | Clinique tous les ans    | /                        | /                        |            |

\*\* Il n'est pas possible actuellement de faire de recommandations argumentées sur les règles de suivi dans cette situation.

En cas de traitement conservateur : examen clinique tous les deux mois pendant deux ans, puis tous les 3 mois la troisième année. A partir de la quatrième année, examen clinique tous les 6 mois pendant au moins 10 ans.

En cas de pénectomie partielle ou totale : examen clinique tous les 4 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois la troisième année. Ensuite tous les ans pendant au moins dix ans.

### SURVEILLANCE GANGLIONNAIRE

En l'absence de lymphadénectomie inguinale initiale: examen clinique tous les deux mois pendant deux ans puis tous les 3 mois la troisième année. Ensuite tous les 6 mois pendant encore 2 ans.

En cas de lymphadénectomie inguinale initiale :

- Si curage négatif, examen clinique tous les 4 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois la troisième année (la récurrence ganglionnaire après 3 ans est exceptionnelle chez les patients pN0).
- Si curage positif, examen clinique, et scanner thoraco-abdomino-pelvien recommandés dans la surveillance (il n'existe aucun consensus sur le rythme de cette surveillance).

Travail réalisé par le sous-comité Organes Génitaux Externes du Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie (CCAFU) : Nicolas MOTTE, Christophe AVANCES, Stéphane CULINE, François IBORRA, Georges KOURI, Agnès LESOURD, Frédéric MICHEL, Laurence ROCHER.

### REFERENCES

1. BISSADA N.K., YAKOUT H.H., FAHMY W.E., GAYED M.S., TOUIJER A.K., GREENE G.F., HANASH K.A. : Multi-institutional long-term experience with conservative surgery for invasive penile carcinoma. J. Urol., 2003 ; 169 : 500-502.
2. D'ANCONA C.A., DE LUENA R.G., QUERNE F.A., MARTINS M.H., DENARDI F., NETTO N.R. JR. : Long-term follow-up of penile carcinoma treated with penectomy and bilateral modified inguinal lymphadenectomy. J. Urol., 2004 ; 172 : 498-501.

3. GOTSADZE D., MATVEEV B., ZAK B., MAMALADZE V. : Is conservative organ-sparing treatment of penile carcinoma justified ? Eur. Urol., 2000 ; 38 : 306-312.
4. HOFFMAN M.A., RENSHAW A.A., LOUGHLIN K.R. : Squamous cell carcinoma of the penis and microscopic pathologic margins : how much margin is needed for local cure ? Cancer, 1999 ; 85 : 1565-1568.
5. HORENBLAS S., NEWLING D.W. : Local recurrence tumour after penis-conserving therapy. A plea for long-term follow-up. Br. J. Urol., 1993 ; 72 : 976-979.
6. HORENBLAS S., VAN TINTEREN H., DELEMARRE J.F.M., MOONEN L.M.F., LUSTIG V., VAN WAARDENBURG E.W. : Squamous cell carcinoma of the penis. III. Treatment of regional lymph nodes. J. Urol., 1993 ; 149 : 492-497.
7. HORENBLAS S., VAN TINTEREN H. : Squamous cell carcinoma of the penis. IV. Prognostic factors of survival : analysis of tumor, nodes and metastasis classification system. J. Urol., 1994 ; 151 : 1239-1243.
8. MOBILIO G., FICARRA V. : Genital treatment of penile carcinoma. Curr. Opin. Urol., 2001 ; 11 : 299-304.
9. ROZAN R., ALBUISSON E., GIRAUD B., BOITEUX J.P., DAUPLAT J. ET LE GETUG : Epithéliomas de la verge traités par chirurgie. Prog. Urol., 1996 ; 6 : 926-935.
10. SANZ MAYAYO E., RODRIGUEZ-PATRON RODRIGUEZ R., GOMEZ GARCIA I., GARCIA ORTELLS D., GARCIA NAVAS R., GARCIA GONZALEZ R., ESCUDERO BARRILERO A. : Late recurrence of penile epidermoid carcinoma. Actas Urol. Esp., 2003 ; 27 : 829-831.
11. WINDAHL T., ANDERSSON S.O. : Combined laser treatment for penile carcinoma: results after long-term follow-up. J. Urol., 2003 ; 169 : 2118-2121.

### SUMMARY

**Follow-up of malignant tumours of the penis. Association Française d'Urologie Oncology Committee guidelines.**

*Tumours of the penis are potentially serious tumours, but are uncommon in western countries. Follow-up is based on clinical examination and thoracoabdominopelvic CT scan.*