

CANCER DU PÉNIS

Vous êtes porteur d'une lésion bourgeonnante ou ulcéreuse située au niveau du pénis, le plus souvent au niveau du gland, voire du prépuce.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Cette lésion est peu fréquente dans nos pays occidentaux, environ 0,7 à 0,8% des cancers de l'homme adulte (17% dans les pays du Sud-Est asiatique ou au Brésil).

Ce cancer se manifeste essentiellement chez les hommes de 60 ans non circoncis, principalement sous forme d'un carcinome épidermoïde ; les formes à type de carcinome baso-cellulaire et les mélanomes sont rares.

Il existe un important retard diagnostique, entre l'apparition initiale de la lésion et la première consultation spécialisée.

L'évolution est progressive, locale puis régionale vers les relais ganglionnaires inguinaux puis pelviens.

RAPPELS ANATOMIQUES

Le pénis, également appelé « verge » en France, appartient à l'appareil génital masculin et a une double fonction : urinaire et sexuelle. Il se compose de 3 corps cylindriques : les 2 corps caverneux, en canon de fusil, utiles pour obtenir une érection, et le corps spongieux, placé en dessous des corps caverneux, qui entoure le canal urinaire appelé urètre, et qui se termine par le gland en avant des corps caverneux. Le gland est recouvert du prépuce.

SIGNES CLINIQUES

Un cancer du pénis a, le plus souvent, comme origine le défaut d'hygiène, aggravé par l'existence d'un phimosis empêchant tout décallotage. Le recours à des soins réguliers d'hygiène, avec décallotage systématique, reste dans ces cas la meilleure des préventions. Les autres causes d'apparition de ces tumeurs sont : une maladie dermatologique du gland ou du prépuce pouvant se Cancériser secondairement, parfois associée au virus du papillome humain (HPV). Le diagnostic d'une lésion pré-cancéreuse est difficile, imposant systématiquement une consultation dermatologique spécialisée et une biopsie pour avoir un examen anatomo-pathologique. Il est utile de savoir qu'une tache rouge, persistante au niveau du gland, malgré une hygiène correcte, doit alerter et imposer une consultation en dermatologie ou en urologie.

À ses débuts, la lésion est indolore. Les signes cliniques apparaissent au cours de l'évolution de la tumeur : brûlures, démangeaisons, saignement au contact, et surtout augmentation de volume du gland du pénis, parfois masquée par un phimosis. Les signes urinaires sont rares.

L'impossibilité nouvelle d'un décallotage doit étonner et imposer une consultation rapide.

DIAGNOSTIC

Il est avant tout clinique, basé sur la palpation du pénis, de la tumeur et des aires ganglionnaires inguinales.

Au niveau du gland, l'examen clinique confirme la tumeur, mesure sa taille et recherche surtout une extension aux corps caverneux en amont. Ce n'est qu'en cas de doute diagnostique qu'une biopsie de la tumeur sera réalisée. L'IRM pénienne ou l'échographie pénienne permet de confirmer une extension à l'albuginée (membrane) des corps caverneux en cas de doute. Ces examens sont indolores, mais nécessitent une bonne expérience de l'opérateur.

La palpation des aires inguinales est systématique à la recherche de ganglions inguinaux palpables, en particulier au-dessous du pli de la cuisse. Un examen par tomodensitométrie ou une IRM peut être utile pour dépister des métastases inguinales passées inaperçues à l'examen clinique, en particulier chez les patients obèses.

TRAITEMENT

En présence d'une tumeur du pénis, une étude des voies de drainage lymphatique peut être réalisée ; il s'agit d'une recherche de ganglion inguinal sentinelle, comme dans le cancer du sein. Cette exploration s'effectue par injection d'un liquide radio-marqué permettant la détection des voies de drainage lymphatique de la tumeur retrouvée par scintigraphie.

Au niveau de la tumeur du gland, deux types de traitement peuvent être proposés : une amputation partielle ou totale du pénis, fonction de l'étendue de la tumeur au niveau du gland, ou un traitement conservateur du gland par curiethérapie (implantation d'aiguilles d'irridium) pour les lésions limitées, inférieures à 30 mm.

En cas de tumeur du prépuce, une circoncision peut suffire à condition que la lésion soit éloignée du gland.

En cas de tumeur infiltrant les corps caverneux, une amputation du pénis s'impose, associée à une chirurgie des aires inguinales. En cas d'absence de ganglions palpables, la recherche de ganglion inguinal sentinelle permet de s'assurer de l'absence de métastase inguinale. Si ce ganglion sentinelle est positif, une chirurgie large enlevant l'ensemble des ganglions inguinaux est nécessaire. En cas de ganglion palpable, une chirurgie large inguinale doit être réalisée.

Si la fonction urinaire sans incontinence est toujours conservée, la fonction sexuelle après traitement est fonction du type de traitement proposé pour la tumeur du pénis.

COMPLICATIONS

Au niveau du pénis, les séquelles sont essentiellement psychologiques liées à la modification du schéma corporel et à l'investissement de cet organe masculin. Les complications liées au traitement peuvent être des complications urinaires par rétrécissement du canal urinaire, des complications sexuelles par perte de longueur du pénis ou par insensibilité en cas de traitement par curiethérapie.

Au niveau des aires inguinales, les complications sont fréquentes du fait de l'anatomie particulière de cette région.

PRONOSTIC

Les groupes de bon pronostic conjuguent une tumeur limitée au gland, de faible taille sans infiltration des corps caverneux, pour lesquelles un traitement conservateur doit être proposé. Les risques de métastases inguinales sont faibles.

Les groupes de mauvais pronostic par la présence de métastases ganglionnaires sont les tumeurs présentant un envahissement des corps caverneux. Une exploration ganglionnaire est indispensable dans ces cas.

***Mots-clés :** cancer du pénis, carcinome épidermoïde, phimosis*

***Date de publication :** 08/03/2011*