




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



RECOMMANDATION

Prise en charge thérapeutique des tumeurs de l'urètre. Recommandations du comité de cancérologie de l'Association française d'urologie

Treatment of primary urethral carcinoma. Guidelines from the French Urological Association. Cancer committee

F. Iborra^a, J. Rigaud^b, C. Bastide^c,
N. Mottet^{d,*}, les membres du sous-comité organes
génitaux externes du comité de cancérologie de
l'AFU¹

^a Polyclinique Saint-Roch, Montpellier, France

^b Service d'urologie, CHU de Nantes, Nantes, France

^c Service d'urologie, CHU de Marseille, Marseille, France

^d Service d'urologie, clinique mutualiste, 23, rue le Verrier,
42013 Saint-Étienne cedex 2, France

Reçu le 17 novembre 2008 ; accepté le 11 décembre 2008

Disponible sur Internet le 10 février 2009

MOTS CLÉS

Urètre ;
Cancer ;
Traitement

Résumé La littérature qui est consacrée au traitement des carcinomes primitifs de l'urètre est très limitée. Elle est représentée par des petites séries, des cas cliniques ou des avis d'experts. Toutes les recommandations sont de niveau IV. Le type de traitement est principalement conditionné par la topographie tumorale, plus que par le type histologique. Pour les lésions T1–2 de l'urètre antérieur, la chirurgie est l'option la plus utilisée. Chez la femme, la radiothérapie est une option intéressante. Pour les lésions évoluées, l'association radiothérapie–chimiothérapie est le standard thérapeutique ; le protocole optimal reste à définir. Les tumeurs intradiverticulaires sont principalement des adénocarcinomes. La chirurgie seule semble souvent insuffisante.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.mottet@wanadoo.fr (N. Mottet).

¹ A. Lesourd, S. Culine, X. Durand, membres du sous-comité organes génitaux externes du comité de cancérologie de l'AFU ont participé à la réalisation de cette recommandation.

KEYWORDS

Urethra;
Tumor;
Treatment

Summary The literature dealing with the treatment of primary uretral carcinoma is very limited. Most of it is based on small series, case report or expert opinions. These guidelines are level IV. The treatment modality is mainly based on the lesion topography and not on the histology. For anterior T1 or 2 lesions, surgery is the most often used modality. In women, radiotherapy might be an attractive option. For more advanced lesions, the combination of radiotherapy and chemotherapy is the standard of care. The optimal protocol remains to be defined. Intradiverticular lesions in women are mainly adenocarcinoma. Surgery only is often inadequate.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Généralités

Chez les femmes, le carcinome épidermoïde (CE) représente 44,9% des cas; l'adénocarcinome (ADC) 26,8%; le carcinome urothélial (CU) 21,7%. Chez l'homme, le CE représente 68% des cas, le CU 17,5%, et l'ADC 4,6% [1]. Si le type histologique peut orienter vers un choix de chimiothérapie (CT), il modifie peu la stratégie chirurgicale [2].

L'urètre se divise en plusieurs parties. Sa segmentation est fonction de la classification adoptée: anatomique, anatomopathologique, chirurgicale, physiologique. Nous utiliserons la classification anatomopathologique qui est la plus logique pour la prise en charge thérapeutique. Chez l'homme, l'urètre antérieur correspond à l'urètre spongieux et l'urètre postérieur à l'urètre membraneux et prostatique. Chez la femme, les deux tiers proximaux de l'urètre sont l'urètre postérieur et le tiers distal l'urètre antérieur.

Les tumeurs de l'urètre antérieur ont un bon pronostic. Elles sont de diagnostic plus précoce et sont bien différenciées permettant parfois une approche conservatrice. Les tumeurs de l'urètre postérieur sont de mauvais pronostic car souvent localement évoluées au moment du diagnostic.

Nous avons exclus de cette analyse les tumeurs cervicales vésicales étendues à l'urètre (pT4 vessie).

Le traitement de la lésion primaire : méthodes thérapeutiques

Les traitements conservateurs (en dehors de la radiothérapie)

La résection endoscopique, la fulguration et la vaporisation laser peuvent traiter par voie endoscopique les petites lésions. Elles ont été utilisées seules ou en association avec une CT locale en général à base de 5FU [3].

La BCG thérapie intravésicale selon le schéma classique hebdomadaire pendant six semaines a été proposée pour les CU de l'urètre prostatique de stade pTa, pT1 et pTis. Le rationnel repose sur la synthèse induite par le BCG de cytokines et en particulier d'IL2. Ces produits induisent une activité antitumorale au niveau de l'ensemble de l'urothélium vésical et prostatique. Le temps de contact n'aurait pas une grande importance, le BCG se fixant aux protéines de la matrice extracellulaire [4]. Il n'y a pas d'indication de résection prostatique spécifique en dehors de la résection initiale diagnostique de la tumeur.

L'urèrectomie segmentaire antérieure ne s'applique qu'aux lésions distales. L'exérèse doit se faire avec une marge de sécurité de 2 cm confirmée par un examen extemporané. La lésion doit donc se situer à distance du sphincter externe. L'intervention est réalisée en position gynécologique. Chez la femme, l'exposition du champ opératoire se fait par suspension des grandes lèvres et mise en place d'une valve vaginale. Après mise en place d'un fil tracteur sur le méat urétral, l'incision circonférentielle autour du méat urétral est poursuivie longitudinalement sur la paroi vaginale antérieure. La dissection doit se faire en zone saine en réséquant si nécessaire la paroi vaginale. L'urètre est spatulé et anastomosé à la paroi vaginale créant un méat hypospade intravaginal. Une sonde vésicale est mise en place et un tampon vaginal. Il est retiré le deuxième jour postopératoire et la sonde vésicale le cinquième. En cas de tumeurs intradiverticulaires, le geste d'exérèse est similaire en réséquant tout le diverticule en passant à distance. Des exérèses élargies sont parfois nécessaires: urèrectomie totale ou pelvectomie antérieure emportant la paroi antérieure du vagin [5].

Chez l'homme, après une posthextomie systématique et déshabillage de la verge, l'urètre spongieux est séparé des corps caverneux. La résection segmentaire urétrale suivie d'une anastomose terminotermale est rarement possible. Dans la majorité des cas, l'urètre distal est réséqué jusqu'à la fossette naviculaire et l'intervention est terminée par une urostomie pénienne ou périnéale, fonction du niveau de section. Une sonde vésicale est laissée en place pour deux jours.

Pour les tumeurs très distales on peut réaliser une glansectomie avec résection de l'urètre distal. L'intervention se termine par une urétrostomie pénienne ventrale. Il est parfois possible de réaliser une reconstruction glandulaire comme pour les CE. Pour les résections peu étendues de l'urètre, il est possible de faire une uréthroplastie à partir d'un lambeau de muqueuse buccale [6].

Dans les deux sexes, la création d'un méat hypospade expose à une sténose méatique. La fréquence de cette complication est mal évaluée. Chez la femme, les deux autres complications les plus fréquentes sont l'incontinence et la rétention. Si Di Marco rapporte 42% d'incontinence postopératoire, (soit aggravation, soit apparition d'une incontinence à l'effort) [2] la moitié distale de l'urètre peut être réséqué chez la femme sans risque d'incontinence pour Ornellas et al. [7]. La rétention postopératoire est plus rare, 8% [2].

Les résections étendues

Chez la femme, la nécessité d'avoir des marges chirurgicales négatives peut conduire à des résections élargies. Un fil de traction est suturé sur le méat urétral. L'incision est courbe, passant entre le bord inférieur de la symphyse pubienne et le méat. Elle est prolongée latéralement vers les branches ischio-pubiennes, puis une colpotomie antérieure emportant toute la paroi vaginale adhérente à la tumeur est réalisée. L'urètre est disséqué jusqu'au col vésical où l'urètre est sectionné et le col fermé. La dérivation urinaire se fait par vésicostomie incontinentive ou continente selon la technique de Mitrofanoff ou de Montie. La difficulté technique de cette intervention réside dans la fermeture du col vésical car quelque soient les artifices techniques utilisés, le risque de reperméabilisation spontané est réel. La pelvectomie antérieure emportant toute la paroi antérieure du vagin reste alors une bonne option. L'intervention doit se faire par un double abord périnéal et abdominal.

Chez l'homme, la pénectomie partielle reste le standard pour les lésions infiltrantes distales évoluées (pT3). La technique est similaire à celle utilisée pour les cancers de la verge. Le plus souvent il faut réaliser une cystoprostatectomie, réalisée par un double abord abdominopérinéal. Le patient est installé en position gynécologique cuisses peu fléchies car l'intervention débute par le temps abdominal. La vessie et la prostate sont mobilisées selon la technique de la cystoprostatectomie. La pièce opératoire est pédiculée sur l'apex prostatique. Les cuisses sont ensuite fléchies pour permettre l'abord périnéal. L'incision périnéale est en Y inversé. Les deux bras de l'Y doivent aller jusqu'aux tubérosités ischiatiques. Après ouverture latérale des fosses ischio-rectales, section des attaches uréthro-rectales. Pour réséquer l'urètre distal, il faut faire une incision périméatique prolongée sur la face ventrale de la verge. L'urètre bulbomembraneux est ensuite disséqué pour rejoindre la dissection abdominale au niveau de l'apex prostatique.

Les exérèses supraélargies

Ce sont de véritables périnectomies, rarement justifiées. Chez la femme, la résection peut être étendue à la vulve, au clitoris, à la partie inférieure de la symphyse pubienne. Il peut être nécessaire de refaire un plancher périnéal par plastie musculaire. Chez l'homme, l'exérèse peut être étendue à la totalité de la verge, voire du scrotum, et à l'arche pubien.

Les complications chirurgicales sont celles de toute chirurgie majeure. La seule spécificité est la fréquence élevée des infections locales : 7 %, pouvant conduire à des décès [2].

La gestion des aires ganglionnaires

Le drainage lymphatique de l'urètre antérieur se fait vers les ganglions inguinaux superficiels et profonds, rarement vers les ganglions iliaques externes. Le drainage lymphatique de l'urètre postérieur se fait vers les ganglions pelviens. La dissémination hémotogène ne se voit que dans les lésions localement évoluées.

Des ganglions inguinaux sont palpables dans 20 % des cas et contrairement aux tumeurs de la verge ils sont toujours

métastatiques. La technique du curage inguinal est identique à celle des tumeurs de la verge. Dans les tumeurs de l'urètre, il n'y a pas de place pour un curage inguinal prophylactique. Le curage ne doit être réalisé que du côté des adénopathies palpables.

Le curage pelvien n'est réalisé que si l'intervention débute par une cystectomie. La technique est identique à celle des curages fait pour cystectomie. Sa valeur curatrice n'a jamais été démontrée.

La radiothérapie et la brachythérapie

Ces techniques ont été peu étudiées et il n'existe pas de consensus clair sur les doses et les champs.

Chez la femme, la brachythérapie est réalisée sous anesthésie générale. La patiente est installée en position gynécologique. La source utilisée est l'iridium 192. Le diagramme d'implantation est fonction de l'étendue de la tumeur. Après contrôle radiologique de l'implantation des guides, une dose de 60 à 70 Gy est délivrée en six à sept jours. La radiothérapie externe est réalisée par un champ qui doit couvrir le périnée et la totalité de l'urètre. Latéralement, il doit être assez large pour couvrir les régions inguinales. En haut, il doit remonter jusqu'à L5 pour couvrir les ganglions pelviens. La dose délivrée au pelvis est de 50 Gy avec un surdosage inguinal de 5 à 10 Gy en présence de ganglions palpables. Pour Grigsby une dose de 50 à 65 Gy est suffisante pour les tumeurs de taille inférieure au centimètre. Pour les tumeurs supracentimétriques, la dose délivrée à la tumeur doit être de 70 à 85 Gy [8]. Pour les lésions volumineuses, on peut associer brachythérapie et radiothérapie externe. La dose de radiothérapie externe doit être de 60 Gy. L'association à la brachythérapie doit porter la dose délivrée à la tumeur à 80 Gy.

Chez l'homme, la brachythérapie utilise l'iridium 192. Une posthécotomie doit être réalisée avant l'implantation. Il est nécessaire de maintenir la verge dans un cylindre perforé pour la mise en place des aiguilles. Une dose de 60 à 65 Gy est délivrée en cinq à six jours selon la même technique que pour les CE de la verge. La radiothérapie externe impose l'utilisation d'une boîte perforée pour maintenir la verge et permettre des champs parallèles opposés. Il est préférable d'utiliser des doses quotidiennes de 18 à 20 Gy pour une dose totale tumeur de 50 à 55 Gy. Les champs doivent couvrir les régions inguinales et pelviennes. S'il existe des adénopathies inguinales, la dose inguinale peut être augmentée de 10 Gy. En cas d'adénopathies pelviennes en imagerie, la dose pelvienne doit être de 70 à 75 Gy, avec réduction des champs après 50 Gy.

Les complications de la radiothérapie

Chez l'homme, les complications les plus fréquentes sont l'œdème de la verge réversible en quelques semaines et les sténoses méatiques. Les ulcérations et les nécroses péniennes sont plus rares. Il faut éviter toute biopsie dans l'année qui suit une radiothérapie pénienne car le risque de nécrose est important. Chez la femme, le taux de complication après radiothérapie est de 49 %, avec 15 % de complications sévères :

- des sténoses urétrales ;
- des istules, nécroses ;
- des cystites radiques ;
- des rétractions vaginales [9].

La chimiothérapie

Il n'existe que peu de données sur la CT adjuvante ou néoadjuvante dans les cancers de l'urètre. Dinney et al. en 1994 ont rapporté quatre longs répondeurs (sur huit patients) traités par CT néoadjuvante à base de cisplatine et chirurgie [10]. Actuellement, la CT s'intègre dans le cadre d'une prise en charge multimodale. L'utilisation des molécules s'est faite par analogie aux autres cancers mais le protocole optimal reste à définir.

Dans les CU de l'urètre, il est logique de penser que les meilleurs protocoles de CT sont ceux qui ont fait la preuve de leur efficacité dans les CU de vessie : le MVAC ou l'Association gemcitabine et cisplatine. Pour les CE, le choix des molécules s'est fait à partir des résultats encourageants obtenus dans les CE de la tête, du cou et du canal anal [11]. Les molécules le plus souvent utilisées ont été : la mitomycine, le 5FU, et plus récemment le cisplatine et le docetaxel. Pour les ADC de l'urètre, il existe très peu de données. Quelques cas cliniques ont été rapportés. Les molécules le plus souvent citées sont le cisplatine, le 5FU, la méthotrexate et la Vinblastine. Aucune analogie n'a été faite avec les CT utilisées dans les ADC colorectaux et en particulier sur l'intérêt des nouvelles molécules.

Les thérapies combinées

La rareté de ces tumeurs et la diversité des traitements proposés rendent toute analyse difficile. Il apparaît cependant que la monothérapie des formes localement évoluées est décevante, conduisant dès les années 1990 à utiliser des traitements combinés. Les résultats actuels sont encourageants. La série la plus homogène vient d'être publiée par Cohen et al. [12]. Dans cette étude monocentrique, 18 patients ont reçu le même protocole thérapeutique entre 1991 et 2006 (protocole de Nigro utilisé pour les CE du canal anal). La majorité des patients étaient des CE de stade T3, T4, N1, N2. Le champ d'irradiation a couvert les régions inguinales, les ganglions iliaques externes et le périnée jusqu'à la partie supérieure du sacrum. La dose délivrée a été de 45 à 65 Gy en 25 fractions pendant cinq semaines. La tumeur urétrale a reçu un surdosage de 12 à 15 Gy. La CT a comporté du 5FU débuté avec la radiothérapie, en

perfusion à la posologie de 1 mg/m² pendant 24 h les jours un à quatre et 29 à 32 et de la mitomycine en perfusion, 10 mg/m² à j1 et j29. La première évaluation est faite à six semaines.

Indications et résultats

Nous séparerons dans les indications et l'analyse des résultats les tumeurs de l'urètre antérieur des tumeurs de l'urètre postérieur. Le type histologique de la tumeur ne modifie pas le traitement local.

Les tumeurs de l'urètre antérieur

Chez l'homme, les tumeurs n'envahissant pas le corps spongieux (Ta, Tis, T1) et de petite taille (< 1 cm) peuvent être traitées de façon conservatrice par résection, fulguration ou vaporisation laser. Il y a peu de séries rapportant des résultats dans ce type d'indication (Tableau 1).

Pour les tumeurs T2 ou T1 non accessibles à une chirurgie conservatrice et pour les tumeurs très distales (méat ou fosse naviculaire), la glansectomie suivie d'un geste de reconstruction est une bonne option. En cas de lésion plus proximale, l'urétréctomie segmentaire avec une marge de sécurité de 2 cm reste le traitement de référence avec reconstruction par urétroplastie si possible ou création d'un méat hypospade. Smith et al. rapporte une expérience de dix patients (stade T1, T2) traités par urétréctomie antérieure avec reconstruction [6]. Il n'y a eu aucune récurrence locale. Le Tableau 1 résume les principales séries dont les effectifs sont très faibles. Pour les lésions localement évoluées (T3), le traitement de référence reste la pénectomie partielle avec une marge de sécurité de 2 cm. Il n'y a pas de donnée sur la radiochimiothérapie dans ce type d'indication [17].

Chez la femme, les lésions méatiques de petite taille peuvent être traitées par une vaporisation laser mais on ne dispose d'aucune donnée sur les résultats. Pour les lésions distales T1–T2, la chirurgie et la radiothérapie sont deux options sont possibles. Dalbagni rapporte dans ces indications une survie spécifique à cinq ans de 71% [18] après chirurgie. Bracken et al. rapportent dans une série historique de 81 patientes traitées par radiothérapie externe une survie à cinq ans de 60% pour les tumeurs inférieure à 2 cm [19].

Pour les lésions localement évoluées (T3) de l'urètre antérieur, la tendance actuelle est aux thérapies combinées. Pour ces tumeurs la radiothérapie externe seule ne donne

Tableau 1 Les traitements conservateurs et les résections segmentaires des tumeurs de l'urètre antérieur.

	N	Geste	T	Suivi
Mandler et Pool [14]	3	Excision, fulguration	< T2	10 ans
Konnak [3]	5	Résection, fulguration, excision	< T2	72 mois
Gheiler et al. [15]	3	Urétréctomie partielle	T1–2	36 mois
Hakenberg et al. [16]	3	Urétréctomie partielle	T1–2	12 – 71 mois
Smith et al. [6]	10	Urétréctomie partielle	T1–2	26+ mois

Aucun patient n'a reçu de traitement adjuvant.

Tableau 2 Traitements combinés radiochimiothérapie des tumeurs urétrales.

	N	Radiothérapie	Chimiothérapie	Stade	Récidive	Suivi (mois)
Licht et al. [21]	2	30 à 50 Gy	5 FU + MMC	T2–3 N0	Non	43–94
	2 ^a			T2 N1 ^a –2 ^b	Non	7–98
Hara et al. [23]	2	60 Gy	5 FU + MMC	T2 N2	Oui (inguinal)	42
				T2 N0	Non	27
Oberfield et al. [22]	2	45 Gy	5 FU + MMC	> T1 ^a	Non	18–48

^a Tumeur urètre bulbo-membraneux.

^b Tumeur urètre méatique chez l'homme 5 FU : 5 fluoro-uracile ; MMC : mitomycine C.

pas de bons résultats avec 45% de survie à cinq ans pour les tumeurs de 2 à 4 cm, l'association radiothérapie externe et brachythérapie semble améliorer le contrôle local. Cela a été suggéré par Milosevic et al. à partir de 34 tumeurs primitives localement évoluées, dont 19 étaient siégeaient sur l'urètre postérieur [20]. L'association radiochimiothérapie qui représente le traitement de référence des tumeurs localement évoluées de l'urètre sera envisagée avec les tumeurs de l'urètre postérieur car la prise en charge est identique.

Les tumeurs intradiverticulaires se voient surtout chez la femme et sont dans la majorité des cas des adénocarcinomes. La chirurgie conservatrice en passant à distance du diverticule est parfois possible mais ne semble pas donner de bons résultats, avec jusqu'à 73% de récurrence locale ou à distance pour Rajan et al. [5]. Les exérèses élargies sembleraient donner de meilleurs résultats [5]. Il n'existe que des données anecdotiques concernant la prise en charge multimodales des tumeurs intradiverticulaires. Par analogie aux CE, il semblerait qu'une attitude plus agressive (radiochimiothérapie néoadjuvante) soit plus adaptée à ce type de tumeurs [19].

Les tumeurs de l'urètre postérieur (hors CU)

Les tumeurs limitées n'infiltrant pas le corps spongieux (Ta, Tis, T1) peuvent être traitées de façon conservatrice par résection, fulguration ou vaporisation laser. Mais les tumeurs de l'urètre postérieur sont souvent de diagnostic tardif, à un stade localement avancé (T3, T4). La prise en charge est identique chez la femme et l'homme. Pendant longtemps la chirurgie est restée le standard thérapeutique. Il s'agit d'une chirurgie majeure et mutilante et les résultats sont médiocres. Pour Dalbagny et al., 14% des patients traités par chirurgie exclusive n'ont pas récidivé avec un suivi moyen de 44 mois [18]. La survie spécifique à cinq ans a été de 33% pour les stades T3, T4. Pour Ornellas et al., les survies à cinq

ans pour les tumeurs de l'urètre proximal traitées par chirurgie exclusive étaient de 33% et la radiothérapie externe adjuvante ou néoadjuvante n'a pas modifié le pronostic [7]. Dans la série de Dimarco et al., ou la majorité des patients ont été traités par radiothérapie exclusive, le taux de récurrence est de 52% tous stades confondus avec 71% de décès dans les cinq ans suivant la récurrence [2]. Dans la série de Milosevic et al. (34 patientes), il y avait 19 tumeurs de l'urètre postérieur, 8 T1–2, 11 T3, 15 T4, il y a eu 21 récurrences locales [20]. Les mauvais résultats des monothérapies (chirurgie et radiothérapie) ont conduit au développement des thérapies combinées. Les premiers résultats anecdotiques mais encourageants ont été rapportés à partir des années 1990 (Tableau 2).

Actuellement, la radiochimiothérapie est devenue le standard thérapeutique dans les tumeurs de l'urètre localement évoluées de stade T3 T4 ; mais le meilleur protocole reste encore à définir. Compte tenu de l'expérience acquise dans le traitement du CE du canal anal et des données récentes [13], le protocole de Nigro et al. peut être proposé dans la prise en charge des CE de l'urètre localement avancés. La prise en charge des échecs de l'association radiochimiothérapie est difficile, tous les non répondeurs décédant dans l'année suivant la chirurgie de rattrapage [12]. En revanche, la chirurgie de rattrapage après récurrence secondaire permet d'obtenir des survies sans maladie à six ans [12].

Les tumeurs de l'urètre prostatique

Les tumeurs de l'urètre prostatique sont très rares et sont dans la majorité des cas des carcinomes urothéliaux (CU). Les CU primitifs de l'urètre prostatique sont un diagnostic d'élimination. Il faut pour retenir ce diagnostic s'assurer de la normalité de tout l'urothélium vésical par des biopsies randomisées. Cheville sur une revue de 50 patients a divisé les CU de l'urètre prostatique en cinq catégories :

Tableau 3 CU de l'urètre prostatique.

	N	T	RC (%)	Progression (%)	Suivi (mois)
Schelhammer et al. [26]	17	Tis	70	22	64
Palou et al. [27]	18	Tis	77,7	16,6	31
Canda et al. [28]	12	Ta, T1, Tis	58	25	62,5

Impact du BCG. CU : carcinome urothélial.

- les CIS de l'urètre prostatique ;
- les CIS des canaux prostatiques ;
- les CU avec invasion du stroma prostatique ;
- les CU avec extension extraprostatique ;
- les CU avec métastases ganglionnaires [24].

Pour les lésions n'infiltrant pas le stroma prostatique le traitement de référence est la résection endoscopique associée à une BCG thérapie. Le contrôle local est de 48 % avec un recul de 43.7 mois [25]. Pour Cheville la survie spécifique à 5 ans est de 100 % [24] (Tableau 3).

Pour les CU de l'urètre prostatique envahissant le stroma, la prostatectomie radicale semble être le traitement de référence. Dans la série de Cheville et al., la survie spécifique à cinq ans est de 45 % [24]. En cas d'extension extraprostatique, le traitement le plus souvent rapporté a été la cystoprostatectomie. Le pronostic reste cependant mauvais, sans survivant à cinq ans [24]. Il paraît logique de proposer pour ces patients une CT néoadjuvante type M-VAC ou gemcitabine et cisplatine selon le même schéma que pour les carcinomes vésicaux.

Conclusion

Les tumeurs urétrales sont des lésions dont le pronostic est redoutable dès qu'elles sont évoluées. Si pour les lésions localisées, un traitement unique est souvent suffisant, un traitement multimodal semble nécessaire en cas de lésion évoluée. Une attitude thérapeutique standardisée au niveau national permettrait seule d'améliorer la prise en charge. Leur rareté justifie à elle seule une standardisation des pratiques.

Références

- [1] Swartz MA, Porter MP, Lin DW, Weiss NS. Incidence of primary urethral carcinoma in the United States. *Urology* 2006;68:1164–8.
- [2] Dimarco DS, Dimarco CS, Zincke H, Webb MJ, Bass SE, Slezak JM, et al. Surgical treatment for local control of female urethral carcinoma. *Urol Oncol* 2004;22:404–9.
- [3] Konnak JW. Conservative management of low-grade neoplasms of the male urethra: a preliminary report. *J Urol* 1980;123:175–7.
- [4] Ratliff TL, Haaff EO, Catalona WJ. Interleukin-2 production during intravesical bacille Calmette-Guérin therapy for bladder cancer. *Clin Immunol Immunopathol* 1986;40:375–9.
- [5] Rajan N, Tucci P, Mallouh C, Choudhury M. Carcinoma in female urethral diverticulum: case reports and review of management. *J Urol* 1993;150:1911–4.
- [6] Smith Y, Hadway P, Ahmed S, Perry MJ, Corbishley CM, Watkin NA. Penile-preserving surgery for male distal urethral carcinoma. *BJU Int* 2007;100:82–7.
- [7] Ornellas AA, Khouri FR, Campos F, Koifman N, Quirino R. Cancer of the urethra in women: experience of the National Institute of Cancer of Brazil: 1992–1997. *Prog Urol* 1999;9:292–8.
- [8] Grigsby PW. Carcinoma of the urethra in women. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998;41:535–41.
- [9] Garden AS, Zagars GK, Delclos L. Primary carcinoma of the female urethra. Results of radiation therapy. *Cancer* 1993;71:3102–8.
- [10] Dinney CP, Johnson DE, Swanson DA, Babaian RJ, von Eschenbach AC. Therapy and prognosis for male anterior urethral carcinoma: an update. *Urology* 1994;43:506–14.
- [11] Rapidis AD, Trichas M, Stavrinidis E, Roupakia A, Ioannidou G, Kritselis G, et al. Induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiation in advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: final results from a phase II study with docetaxel, cisplatin and 5-fluorouracil with a four-year follow-up. *Oral Oncol* 2006;42:675–84.
- [12] Cohen MS, Triaca V, Billmeyer B, Hanley RS, Girshovich L, Shuster T, et al. Coordinated chemoradiation therapy with genital preservation for the treatment of primary invasive carcinoma of the male urethra. *J Urol* 2008;179:536–41, discussion 541.
- [13] Nigro ND, Vaitkevicius VK, Considine Jr B. Dynamic management of squamous cell cancer of the anal canal. *Invest New Drugs* 1989;7:83–9.
- [14] Mandler JI, Pool TL. Primary carcinoma of the male urethra. *J Urol* 1966;96:67–72.
- [15] Gheiler EL, Tefilli MV, Tiguert R, de Oliveira JG, Pontes JE, Wood Jr DP. Management of primary urethral cancer. *Urology* 1998;52:487–93.
- [16] Hakenberg OW, Franke HJ, Froehner M, Wirth MP. The treatment of primary urethral carcinoma—the dilemmas of a rare condition: experience with partial urethrectomy and adjuvant chemotherapy. *Onkologie* 2001;24:48–52.
- [17] Sharp DS AK. Surgery of penile and urethral carcinoma. In: Kavoussi LR NA, Partin AW, Peters CA, editor. *Campbell's Urology* 9th edition. 9 ed. Saunders Elsevier. Philadelphia; 2007, p. 1011–1022.
- [18] Dalbagni G, Zhang ZF, Lacombe L, Herr HW. Female urethral carcinoma: an analysis of treatment outcome and a plea for a standardized management strategy. *Br J Urol* 1998;82:835–41.
- [19] Bracken RB, Johnson DE, Miller LS, Ayala AG, Gomez JJ, Rutledge F. Primary carcinoma of the female urethra. *J Urol* 1976;116:188–92.
- [20] Milosevic MF, Warde PR, Banerjee D, Gospodarowicz MK, McLean M, Catton PA, et al. Urethral carcinoma in women: results of treatment with primary radiotherapy. *Radiother Oncol* 2000;56:29–35.
- [21] Licht MR, Klein EA, Bukowski R, Montie JE, Saxton JP. Combination radiation and chemotherapy for the treatment of squamous cell carcinoma of the male and female urethra. *J Urol* 1995;153:1918–20.
- [22] Oberfield RA, Zinman LN, Leibenhaut M, Girshovich L, Silverman ML. Management of invasive squamous cell carcinoma of the bulbomembranous male urethra with coordinated chemoradiotherapy and genital preservation. *Br J Urol* 1996;78:573–8.
- [23] Hara I, Hikosaka S, Eto H, Miyake H, Yamada Y, Soejima T, et al. Successful treatment for squamous cell carcinoma of the female urethra with combined radio- and chemotherapy. *Int J Urol* 2004;11:678–82.
- [24] Cheville JC, Dundore PA, Bostwick DG, Lieber MM, Batts KP, Sebo TJ, et al. Transitional cell carcinoma of the prostate: clinicopathologic study of 50 cases. *Cancer* 1998;82:703–7.
- [25] Bretton PR, Herr HW, Whitmore Jr WF, Badalament RA, Kimmel M, Provet J, et al. Intravesical Calmette-Guérin bacillus therapy for in situ transitional cell carcinoma involving the prostatic urethra. *J Urol* 1989;141:853–6.
- [26] Schellhammer PF, Ladaga LE, Moriarty RP. Intravesical Calmette-Guérin bacillus for the treatment of superficial transitional cell carcinoma of the prostatic urethra in association with carcinoma of the bladder. *J Urol* 1995;153:53–6.
- [27] Palou J, Xavier B, Laguna P, Montlleo M, Vicente J. In situ transitional cell carcinoma involvement of prostatic urethra: Calmette-Guérin bacillus therapy without previous transurethral resection of the prostate. *Urology* 1996;47:482–4.
- [28] Canda AE, Tuzel E, Mungan MU, Yorukoglu K, Kirkali Z. Conservative management of mucosal prostatic urethral involvement in patients with superficial transitional cell carcinoma of the bladder. *Eur Urol* 2004;45:465–9, discussion 469-70.