

Module 10	Cancérologie	Oncohématologie	Auteur : Pr Jacqmin
Titre	TUMEUR DU PENIS		
Objectifs pédagogiques	○ savoir faire le diagnostic d'un cancer de la verge et adresser le patient dans un centre adapté		
ENC Item	N/A		
Objectifs ENC :	N/A		

Il s'agit d'un cancer rare dans les pays développés. Il représente 0,4% des cancers de l'homme. Il est plus fréquent en Afrique, en Asie et en Amérique du sud.

Il survient le plus souvent après 50 ans et est souvent associé à un phimosis et favorisé par l'infection chronique sous-jacente.

Les MST et particulièrement les infections à HPV (human papillomavirus) surtout du type 16 et 18 favorisent sa survenue.

Dans 95% des cas il s'agit de lésions épidermoïdes, les autres formes sont des tumeurs basocellulaires, des mélanomes, sarcome, sarcome de Kaposi ou des métastases d'autres tumeurs.

La localisation la plus fréquente est le sillon balano-préputial. On y trouve une lésion végétante souvent ulcérée et saignant au contact. On doit alors rechercher une induration sous-jacente de la verge, en particulier au niveau des corps caverneux. La palpation des creux inguinaux recherche des adénopathies suspectes.

Le diagnostic est souvent tardif en raison du phimosis qui peut masquer la lésion, ou de la peur ou de l'ignorance du patient qui a vu la lésion progresser lentement.

Non traité, l'évolution se fait vers la destruction du gland, l'invasion des corps caverneux et l'atteinte des ganglions inguinaux. Les métastases les plus fréquentes sont pulmonaires ou hépatiques, plus rarement osseuses, cérébrales ou cutanées.

La survie à 5 ans est de 50%. Le facteur pronostique le plus important est la présence ou l'absence d'atteinte ganglionnaire. Pour les N- la survie est de 66%, pour les N+ la survie est de 27%.

La stadification habituellement utilisée est celle de l'UICC ou TNM 97.

Le bilan d'extension comprend un prélèvement ganglionnaire et un scanner thoraco-abdominopelvien.

TRAITEMENT :

Chirurgie :

Dans les petites lésions l'excision locale avec une marge de 1 à 2cm peut suffire. Pour les lésions plus volumineuses on aura recours à la pénectomie partielle avec une marge de sécurité de 2cm ou à la pénectomie totale associée à une urètrostomie périnéale.

Le curage ganglionnaire est controversé pour son rôle thérapeutique. Sa morbidité est de 30 à 50% essentiellement un lymphœdème ou une nécrose cutanée.

Radiothérapie :

Elle est faite par voie externe à la dose de 60 Gray ou bien sous forme de Curiethérapie par mise en place d'implants dans la verge qui permettent la délivrance d'une dose plus élevée que la technique externe en limitant l'irradiation des organes de voisinage.

Chimiothérapie :

Elle n'est indiquée qu'en cas de métastases viscérales.