

ONCO

HAUTS-DE-FRANCE
RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE



RÉFÉRENTIEL RÉGIONAL

DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS UROLOGIQUES

JUIN 2019



Généralités

Rein

Prostate

Vessie

Voies
excrétrices

Testiculaires

Pénis

SOMMAIRE

I. Généralités	3
II. Rein	8
1. Diagnostic.....	8
2. Classification TNM.....	9
3. Traitement.....	10
4. Surveillance post-traitement.....	12
5. Consultation d'oncogénétique.....	13
III. Prostate	14
1. Diagnostic.....	14
2. Bilan pré thérapeutique.....	15
3. Classification TNM.....	18
4. Traitement.....	19
5. Surveillance post traitement.....	24
IV. Vessie	25
1. Diagnostic.....	25
2. Classification TNM.....	26
3. Traitement.....	27
4. Surveillance.....	31
V. Voies excrétrices	32
1. Diagnostic.....	32
2. Bilan d'extension.....	32
3. Traitement.....	32
4. Surveillance.....	33
VI. Testicules	34
1. Diagnostic.....	34
2. Classification TNM / pTNM.....	36
3. Marqueurs tumoraux sériques.....	37
4. Traitement.....	38
5. Surveillance.....	39
VII. Pénis	41
1. Diagnostic.....	41
2. Classification TNM/pTNM.....	42
3. Traitement.....	43
4. Surveillance.....	45

I. Généralités

► Documents de travail :

- Référentiels ONCOLOR : <http://www.oncolor.org/>
- CCAFU 2016-2018, Recommandations en onco-urologie 2018-2020 du CCAFU
- Classification UICC TNM des tumeurs malignes, 8^{ème} édition, 2017

► Dates de publication

Version 1 : Juin 2006

Version 2 : Juillet 2015

Version 3 : Août 2019

Ce référentiel constitue des propositions thérapeutiques qui servent de fondements aux avis émis en réunion de concertation pluridisciplinaire. Il doit être apprécié sous la responsabilité de médecins dans le respect des principes déontologiques d'indépendance et d'exercice personnel de la médecine conformément à l'article 64 du code de déontologie médicale, et en fonction de l'état pathologique du patient.

Ce référentiel a été élaboré par des professionnels de santé sur base de leur expertise, de l'état des connaissances scientifiques au moment de leur élaboration. Ainsi, il ne peut être exclu qu'au moment de leur consultation pour la pratique médicale quotidienne, les données mises à disposition soient incomplètes, inexactes ou obsolètes. Il revient aux professionnels de santé de déterminer et de décider, sous leur responsabilité, de faire ou non application des référentiels.

Conformément à la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, « lorsque le praticien propose au patient de ne pas appliquer l'avis de la RCP mais de recourir à un autre traitement, il doit pouvoir le justifier et il est nécessaire de le mentionner dans le dossier ».

► Lien vers la fiche RCP UROLOGIE : <https://www.onco-hdf.fr/documents-utiles/professionnels/fiches-rcp/>

Rappel :

Pour chaque RCP, le quorum applicable est **a minima** celui de la HAS ou de la DGOS :

I. Quorum HAS :

« La pluridisciplinarité correspond à la présence d'au moins 3 spécialités différentes qui doivent être adaptées au type de la RCP. »

II. Quorum DGOS :

« L'organisation des RCP doit prévoir un quorum de base pour chaque type d'organe, prévoyant au minimum 3 spécialités différentes dont un oncologue, un chirurgien et un radiologue. »

Le groupe de travail Urologie adopte le quorum HAS qui prévoit la présence d'au moins 3 spécialités différentes en RCP.

Contributeurs

■ Coordination du groupe régional UROLOGIE :

Pr Arnauld VILLERS, Chirurgien urologue, CHU de Lille

■ Contributeurs – Mise à jour du référentiel :

Réunions du groupe de professionnels « Urologie » :

Dr Jean-Louis BONNAL, Chirurgien urologue, Hôpital Saint Philibert, Lomme

Dr Antoine BROUCQSAULT, Chirurgien urologue, CH Roubaix

Dr Aurélien CARNOT, Oncologue médical, Centre Oscar Lambret

Dr Alexis HUGENTOBLER, Médecin nucléaire, Hôpital Privé La Louvière, Lille

Dr Anaïs JOUIN, Oncologue radiothérapeute, Centre de cancérologie Les Dentellières, Valenciennes

Mme Clémence LACHAMBRE, Interne d'urologie, CHU Amiens-Picardie

Dr Jonathan OLIVIER, Chirurgien urologue, CHU de Lille

Dr Olimpia OLSZYK, Oncologue radiothérapeute, Centre Galilée, Lille

Dr David PASQUIER, Oncologue radiothérapeute, Centre Oscar Lambret, Lille

Pr Nicolas PENEL, Oncologue médical, Centre Oscar Lambret, Lille

Dr Emilia RAD-QUESNEL, Oncologue médicale, CH Roubaix

Pr Fabien SAINT, Chirurgien urologue, CHU Amiens-Picardie

Dr Mazen TAJJOUR, Chirurgien urologue, CH Laon

Dr Gérald TOURNEUR, Chirurgien urologue, CH Abbeville

Pr Arnauld VILLERS, Chirurgien urologue, CHU de Lille

Relecture :

Dr Kamal ACHKAR, Chirurgien urologue, GHPSO, Creil

Dr Charles BALLEREAU, Chirurgien urologue, Hôpital Privé de la Louvière, Lille

Dr Jean-Louis BONNAL, Chirurgien urologue, Hôpital Saint Philibert GHICL, Lomme

Dr Marie CHALTIN, Oncologue radiothérapeute, GCS Public Privé du Littoral Centre Joliot Curie, Saint Martin Boulogne

Dr Franck DARLOY, Oncologue radiothérapeute, Pôle d'Imagerie et de Cancérologie du Pont St Vaast, Dechy

Dr Sylvain DEWAS, Oncologue radiothérapeute, Centre Bourgogne, Lille

Dr Bertrand ETIENNE, Radiologue, Hôpital Privé Le Bois, Lille

Dr Thomas FRANCOIS, Chirurgien urologue, CHU Amiens-Picardie

Dr Thomas FORZINI, Chirurgien urologue, CHU Amiens-Picardie

Dr Pascal GILLIOT, Chirurgien urologue, Clinique Anne d'Artois, Béthune

Dr Claire GIRAUD-GENOUVILLE, Oncologue Médicale, Pôle d'Imagerie et de Cancérologie du Pont St Vaast, Dechy

Dr Anaïs JOUIN, Oncologue radiothérapeute, Centre de cancérologie Les Dentellières, Valenciennes

Dr Guillaume MARIE, Médecin Généraliste, CH Boulogne sur mer

Dr David PASQUIER, Oncologue radiothérapeute, Centre Oscar Lambret, Lille

Dr Olimpia OLSZYK, Oncologue radiothérapeute, Centre Galilée, Lille

Dr Hassan RHLIOUCH, Oncologue radiothérapeute, Centre Marie Curie, Arras

Dr Sylvie ROHART-DECORDOUE, Oncologue radiothérapeute, Centre Bourgogne, Lille

Dr Fabien SEIFEDDINE, Chirurgien urologue, Clinique Saint Christophe, Soissons

Dr Mazen TAJJOUR, Chirurgien urologue, CH Laon

Dr Gérald TOURNEUR, Chirurgien urologue, CH Abbeville

Modalités d'organisation de la RCP

1. Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit, avec son accord, être présenté en RCP avant le premier acte thérapeutique. Il peut s'agir d'un enregistrement simple avec validation par le Président de séance ou d'une discussion pluridisciplinaire. Le plan de traitement sera ensuite proposé au patient.
2. Si le traitement correspond à un traitement standard (décrit dans les Référentiels Régionaux d'aide à la décision en RCP) il fera l'objet d'un simple enregistrement en RCP avant l'acte thérapeutique
3. S'il y a différentes alternatives thérapeutiques, le dossier fera l'objet d'une discussion en RCP avant l'acte thérapeutique.
4. Les dossiers concernant une chirurgie des cancers de l'œsophage, du foie, du pancréas, du rectum sous péritonéal et de l'ovaire feront obligatoirement l'objet d'une discussion avant l'acte thérapeutique et en présence du chirurgien qui opérera le patient (cf. critères d'agrément).
5. En cas d'acte de radiologie interventionnelle à visée diagnostique ou de chirurgie réalisée en urgence, la discussion du dossier du patient en RCP pourra avoir lieu après l'intervention : le dossier ne sera pas seulement enregistré après l'acte, il devra faire l'objet d'une discussion en RCP pour la suite du traitement.
6. Les Soins Oncologiques de Support sont intégrés dans l'organisation des RCP







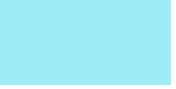


■ Exigences qualité dans la prise en charge

- Les modalités de prise en charge du patient font l'objet d'une discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) tenant compte de son âge, du Performance Status (PS), de ses comorbidités, du stade TNM, des caractéristiques biologiques de la tumeur et de la situation sociale. Les informations sont transmises dans les meilleurs délais au médecin traitant.
- Les différents aspects de la maladie et des traitements sont expliqués au patient et à ses proches. Des documents d'information sur les différents aspects de la maladie et des thérapeutiques sont disponibles et remis au patient, ainsi qu'un document traçant le Parcours Personnalisé de Soins (PPS).
- Les protocoles et schémas thérapeutiques sont écrits, disponibles, connus et régulièrement actualisés. Il existe des protocoles relatifs à la prise en charge des effets secondaires.
- Le patient doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge de la douleur.
- Le patient doit bénéficier de soins de support (diététique, réhabilitation...) tout au long de la prise en charge. (Cf. [Logigrammes de prise en charge nutritionnelle des patients atteints de cancer élaboré par la SFNEP](#))
- Le patient peut bénéficier de soins palliatifs par une équipe et/ou une structure spécialisée, fixe ou mobile.
- Le patient et sa famille peuvent bénéficier d'une prise en charge psychologique et d'une prise en charge sociale.
- En cas de constatation de plusieurs cas de cancers dans la famille du patient, une consultation d'oncogénétique peut être proposée.
- La participation à un protocole de recherche clinique doit être envisagée à toutes les étapes de la maladie
- Le patient peut bénéficier d'une offre d'éducation thérapeutique (ETP) (Cf. [Annuaire des ressources en cancérologie dans les Hauts-de-France](#))

Charte graphique

La charte graphique permet de concevoir de manière identique les arbres de décision dans chaque référentiel régional.

L'arborescence décisionnelle est constituée des formes suivantes :

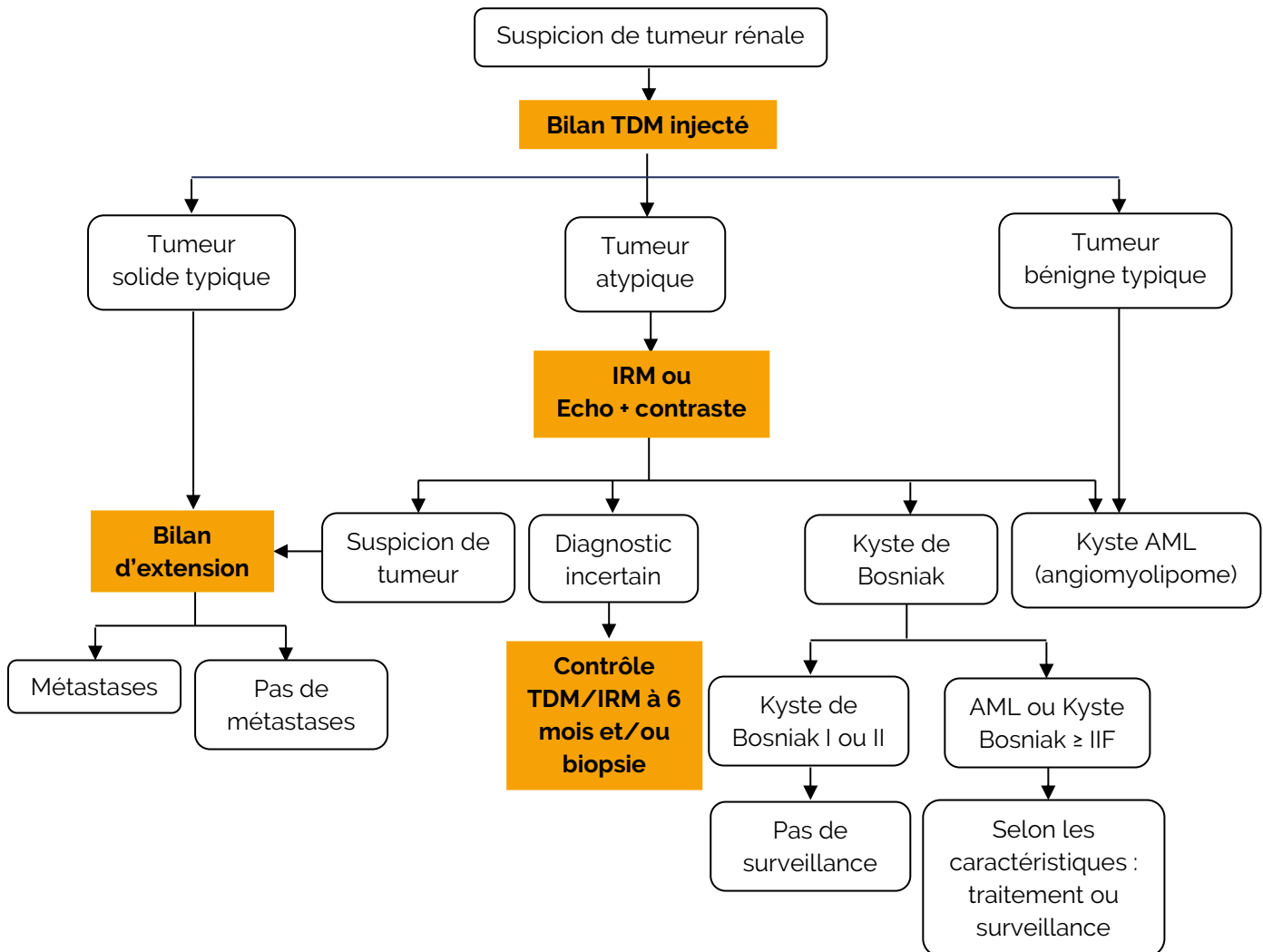
	Situation de prise en charge
	Question
	Diagnostic / Examens
	Chirurgie
	Radiothérapie
	Traitement médical spécifique (Chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie, ...)
	Traitements combinés (Radiothérapie Chimiothérapie concomitante, ...)
	Suivi / Surveillance
	Discussion en RCP

Glossaire

ADP : Adénopathie
AML : Angiomyolipome
ASAP : Atypical Small Acinar Proliferation
BP : Biopsie de Prostate
CCAFU : Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie
CR : Compte-Rendu
CEC : Circulation Extra Corporelle
CECOS : Centre d'Etude et de Conservation du Sperme
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
ECOG : échelle de l'Eastern Cooperative Oncology Group
ELV : Envahissement Lympho-Vasculaire
ETP : Education Thérapeutique du Patient
FH : gène Fumarate Hydratase
FLCN : gène Foliculin
HAS : Haute Autorité de Santé
HIFU : High Intensity Focused Ultrasound
IPOP : Instillation Post-Opératoire précoce de mitomycine C
ILV : Invasión Lympho-Vasculaire
IMRT : Intensity Modulated Radiation Therapy / Radiothérapie par modulation d'intensité
MET : proto-oncogène MET
NUT : Néphro-Urétérectomie Totale
PIN : Néoplasie prostatique intraépithéliale
PSA : Prostate Specific Antigen / Antigène Prostatique Spécifique
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RTUP : Résection Trans-Urétrale de Prostate
RTUV : Résection Endoscopique de Vessie
SDHB : Succinate Dehydrogenase complex iron sulfur subunit B
TFPM : Tumeur à Faible Potentiel de Malignité
TR : Toucher Rectal
UICC : Union for International Cancer Control
UPR : Urétéro Pyélographie Rétrograde
VHL : Von -Hippel-Lindau

II. Rein

■ 1. Diagnostic



Place de la biopsie rénale (cf. CCAFU 2018) :

<https://www.urofrance.org/base-bibliographique/recommandations-francaises-du-comite-de-cancerologie-de-lafu-actualisation-7>

- Avant la décision de surveillance active d'une petite tumeur rénale (faible)
- Avant de réaliser un traitement ablatif percutané (faible)
- Avant tout traitement systémique s'il n'y a pas de preuve histologique (tumeur non extirpable ou situation métastatique pour laquelle une néphrectomie n'est pas envisagée) (fort)
- Dans le cas d'une néphrectomie partielle techniquement difficile pour éliminer une tumeur bénigne (faible)
- En cas d'incertitude diagnostique sur l'imagerie : lymphome, sarcome, « pseudotumeur » du rein, métastase rénale d'une autre tumeur (faible)

■ 2. Classification TNM

Source : UICC 2017

T : Tumeur primitive

TX	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de tumeur primitive
T1	Tumeur ≤ 7cm dans sa plus grande dimension, limitée au rein
T1a	Tumeur ≤ 4 cm
T1b	Tumeur > 4 cm et ≤ 7 cm
T2	Tumeur > 7cm dans sa plus grande dimension, limitée au rein
T2a	Tumeur > 7 cm mais ≤ à 10 cm
T2b	Tumeur > 10 cm, limitée au rein
T3	Tumeur étendue aux veines majeures ou envahissant les tissus périrénaux mais respectant la glande surrénale homolatérale sans dépasser le fascia de Gérota
T3a	Tumeur envahissant la veine rénale ou ses branches segmentaires ou tumeur envahissant la région pyélocalicelle ou la graisse périrénale et/ou la graisse du sinus rénal (péripelvienne) mais sans dépasser le fascia de Gérota
T3b	Tumeur étendue dans la veine cave au-dessous du diaphragme
T3c	Tumeur étendue dans la veine cave au-dessus du diaphragme ou envahissant la paroi de la veine cave
T4	Tumeur étendue au-delà du fascia de Gérota (extension contigüe à la glande surrénale homolatérale incluse)

N : Ganglions régionaux

Nx	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques
N0	Pas d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Métastase(s) ganglionnaire(s) régionale(s)

M : Métastases à distance

M0	Pas de métastases à distance
M1	Métastase tissulaire à distance

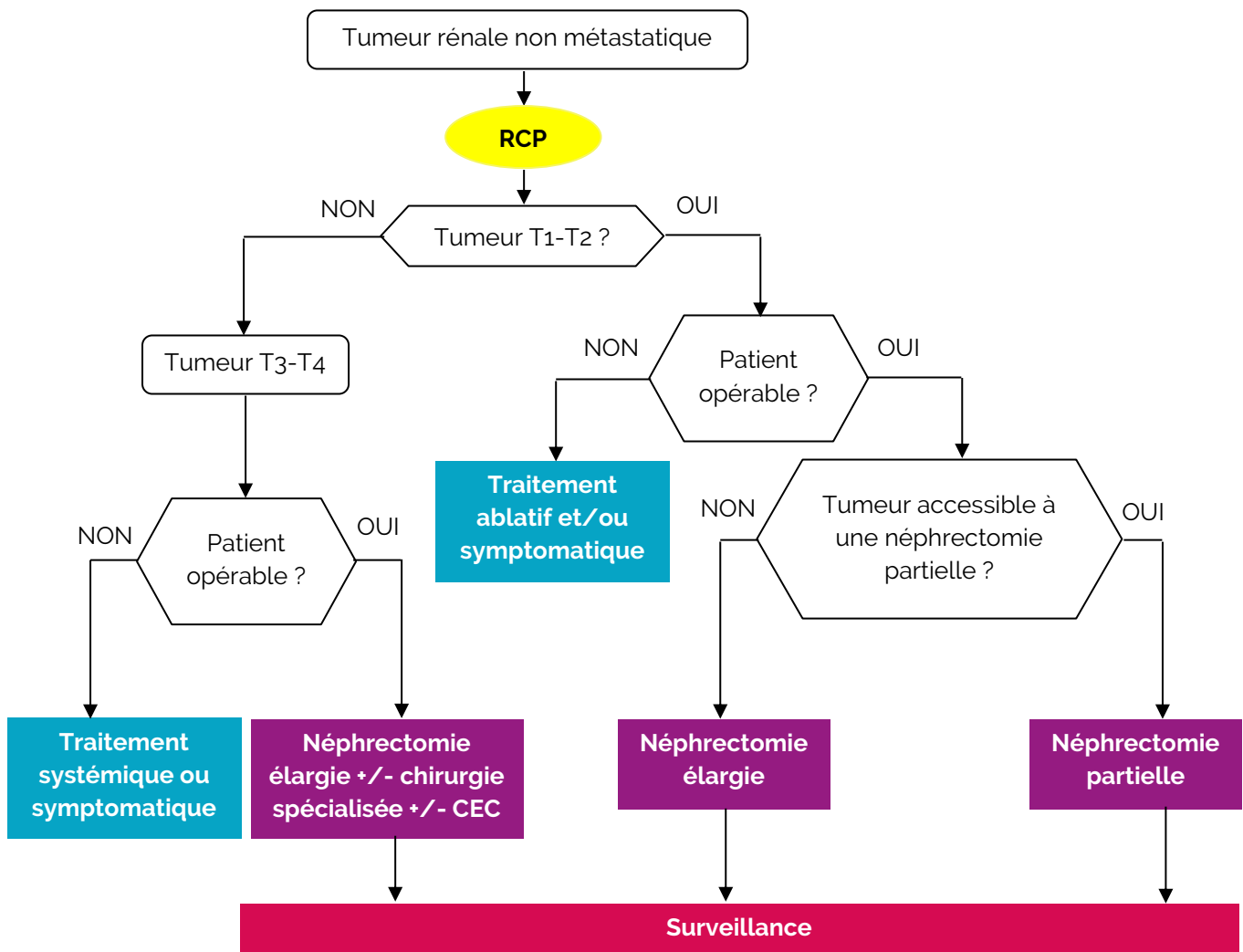
Critères de risque intermédiaire (Source CCAFU 2018-2020 : rein)

Tableau 6 La classification de l'IMDC (Heng).

Classification de l'IMDC (Heng)	
Index de Karnofsky (<i>performance status</i>)	Inférieur à 80 %
Intervalle libre entre le diagnostic et le traitement systémique	Inférieur à un an
Hémoglobinémie	Inférieure à la normale
Calcémie corrigée	Supérieure à la normale
Thrombocytémie	Supérieure à la normale
Neutrophilie	Supérieure à la normale
0 facteur : bon pronostic	
1 ou 2 facteurs : pronostic intermédiaire	
3 facteurs ou plus : mauvais pronostic	

■ 3. Traitement

► Tumeur rénale non métastatique



Traitement thermo-ablatif par Cryothérapie et Radiofréquence en alternative à la chirurgie partielle à discuter en fonction de la taille de la tumeur, son caractère non kystique et le bilan d'opérabilité. Cryothérapie limitée à certains centres. Indiquée pour une tumeur proche des vaisseaux du hile.

Contact au CHU de Lille : Dr Benoit Renard, Radiologue, service du Pr Puech, imagerie génito-urinaire : **03.20.44.61.91**

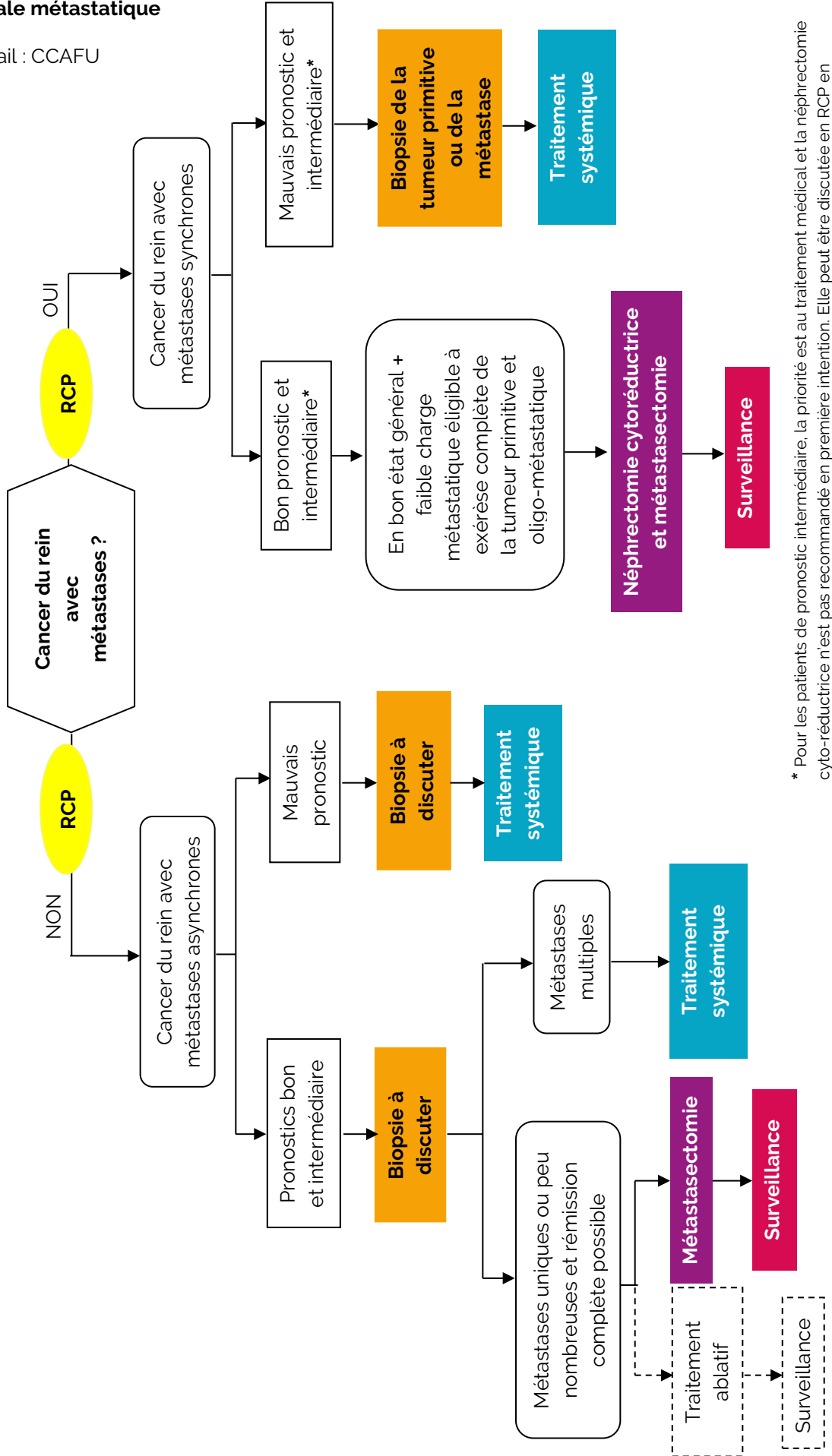
Contact au CHU d'Amiens : Dr Cédric Renard et Dr Cyril Chivot, Service de radiologie : **03.22.08.80.00**

Contact à l'Hôpital Privé Le Bois à Lille : Dr Bertrand Etienne, Radiologue Imagerie IRIS, Service de radiologie interventionnelle de l'Hôpital Privé Le Bois : **03.20.22.56.12**

Contact au CH de Valenciennes : Dr Marc Haberlay et Dr Xavier Pauwels, Radiologues interventionnels, service de radiologie interventionnelle et thérapies mini invasives : **03.27.14.04.31**

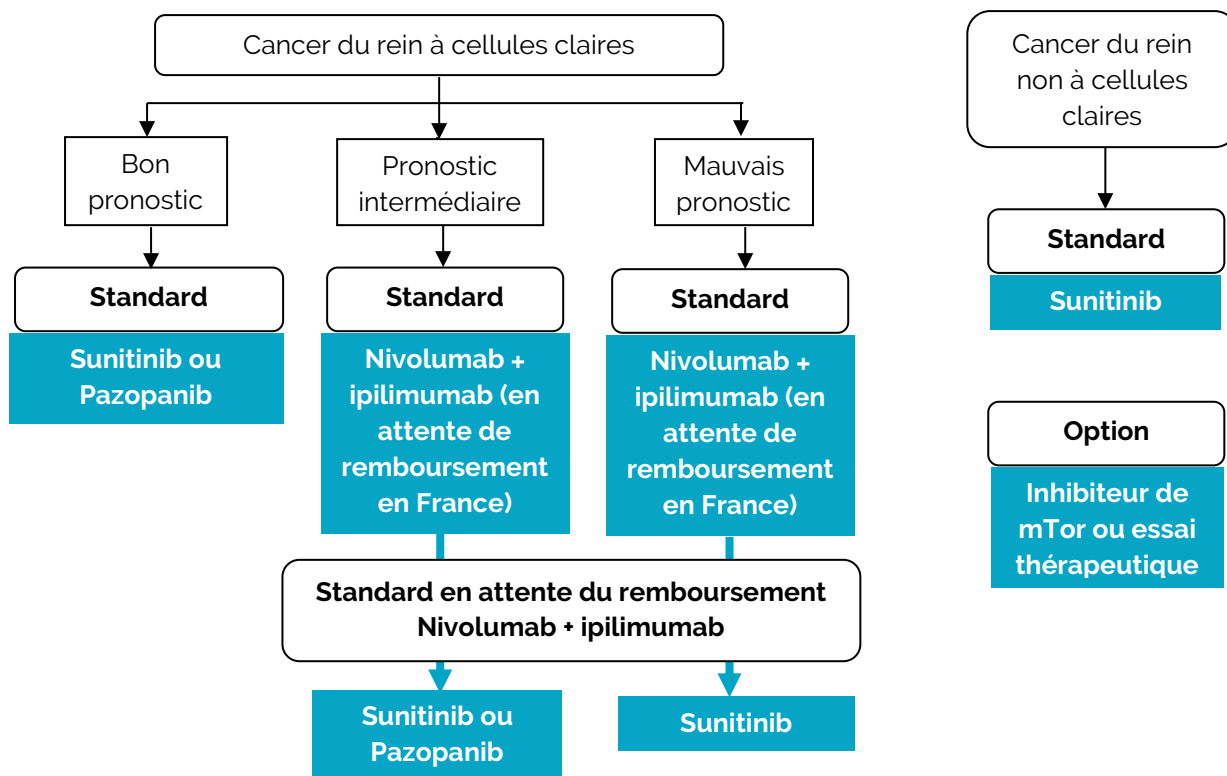
► Tumeur rénale métastatique

Source de travail : CCAFU



* Pour les patients de pronostic intermédiaire, la priorité est au traitement médical et la néphrectomie cyto-réductrice n'est pas recommandée en première intention. Elle peut être discutée en RCP en fonction des caractéristiques tumorales, de l'état général du patient et de ses préférences.

► Traitement médical du cancer du rein métastatique



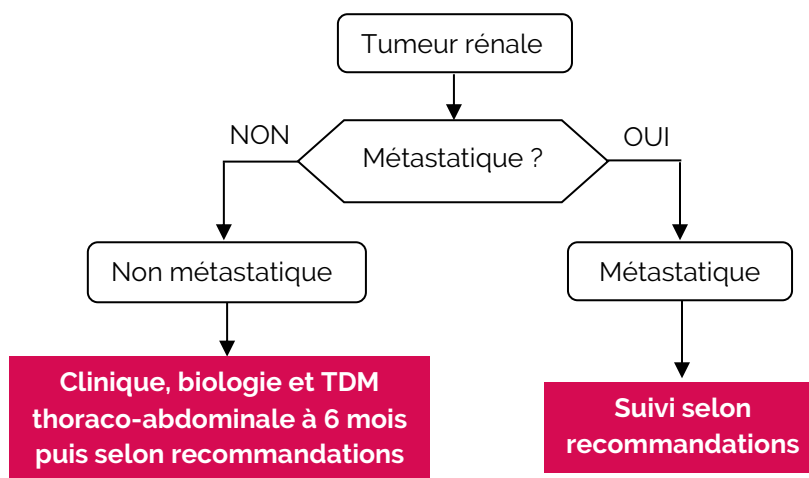
2^{ème} ligne : NIVOLUMAB **ou** CABOZANTINIB

3^{ème} ligne : NIVOLUMAB **ou** CABOZANTINIB

Option : AXITINIB / SORAFENIB / EVEROLIMUS

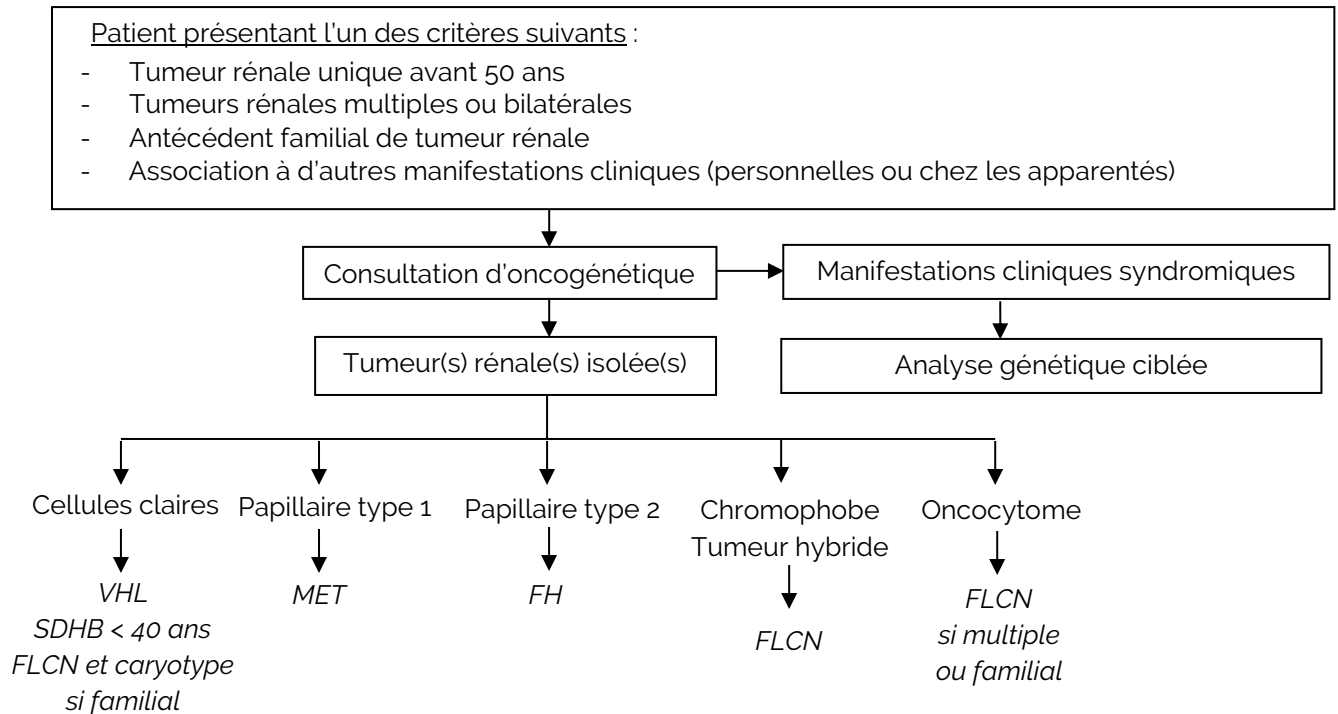
■ 4. Surveillance post-traitement

La surveillance permet de dépister les complications post opératoires, de surveiller la fonction rénale, de détecter les éventuelles récurrences locales ou contralatérales et les métastases.



■ 5. Consultation d'oncogénétique

Source : CCAFU



Réseau INCA national cancers rares du rein (CARARE) qui recense :

- Toute tumeur avant 50 ans
- Toute tumeur qui n'est pas à cellules claires ou papillaires

Cancers rares du rein – Réseau CARARE

Centre de référence des cancers rares du rein : CLCC Institut Gustave Roussy – 01.42.11.54.10

En cas de tumeurs rares, demander une relecture systématique dans le cadre de CARARE

Signalement par le médecin pathologiste au Pr Xavier LEROY, Anatomopathologiste au CHU de Lille. Téléphone Standard : 03.20.44.49.85

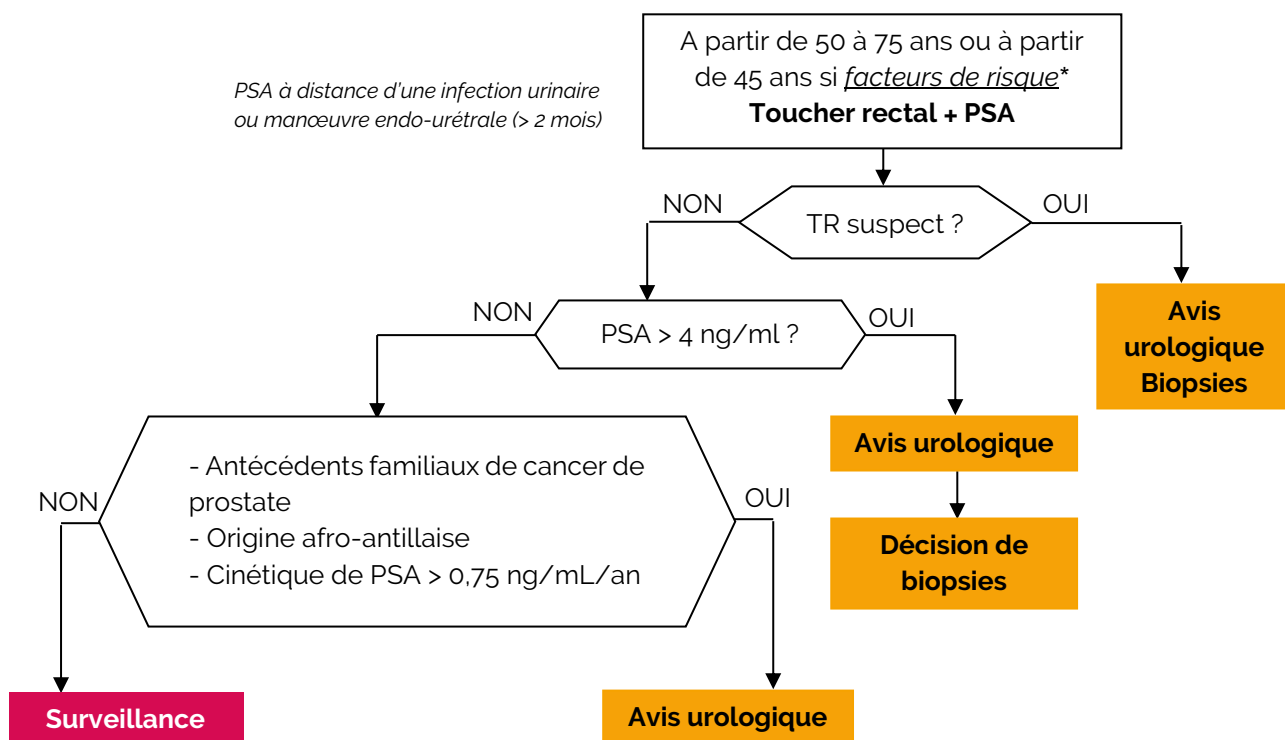
III. Prostate

■ 1. Diagnostic

Recommandations de l'Association Française d'Urologie (AFU <http://www.urofrance.org/>) pour le dépistage individuel du cancer de la prostate si l'espérance de vie est \geq à 10 ans : Un dosage du PSA sérique total et un toucher rectal tous les ans dès 50 ans et jusqu'à 75 ans (dès 45 ans si risque familial ou ethnique).

Incidence et mortalité en France en 2009

Avec 53 917 nouveaux cas estimés en 2011, les cancers de la prostate restent les cancers les plus fréquents chez l'homme. Le taux d'incidence brut est de 97,7 pour 100 000, le taux d'incidence standardisé mondial étant de 97,7. En 2011, c'est autour de 70 ans que l'incidence est la plus forte et l'âge médian de diagnostic se situe juste avant 70 ans. Avec 8 893 décès estimés en 2011, ce cancer est au 5e rang des décès par cancer. Il représente 7,5% de l'ensemble des décès par cancer et se situe au 3e rang chez l'homme. Le taux de mortalité standardisé est de 11,3. En 2009, les taux de mortalité augmentent régulièrement avec l'âge et l'âge médian de décès par cancer de la prostate se situe après 83 ans.



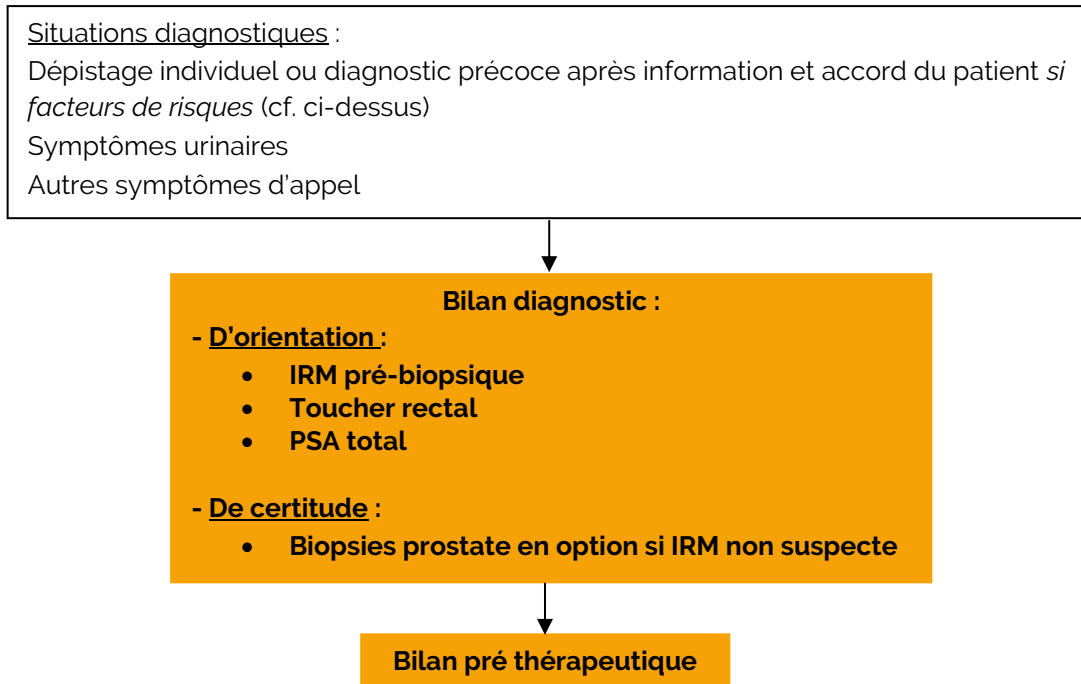
* *Facteurs de risque* :

- antécédents familiaux connus de prostate ou du sein
- ethnie afro-antillaise

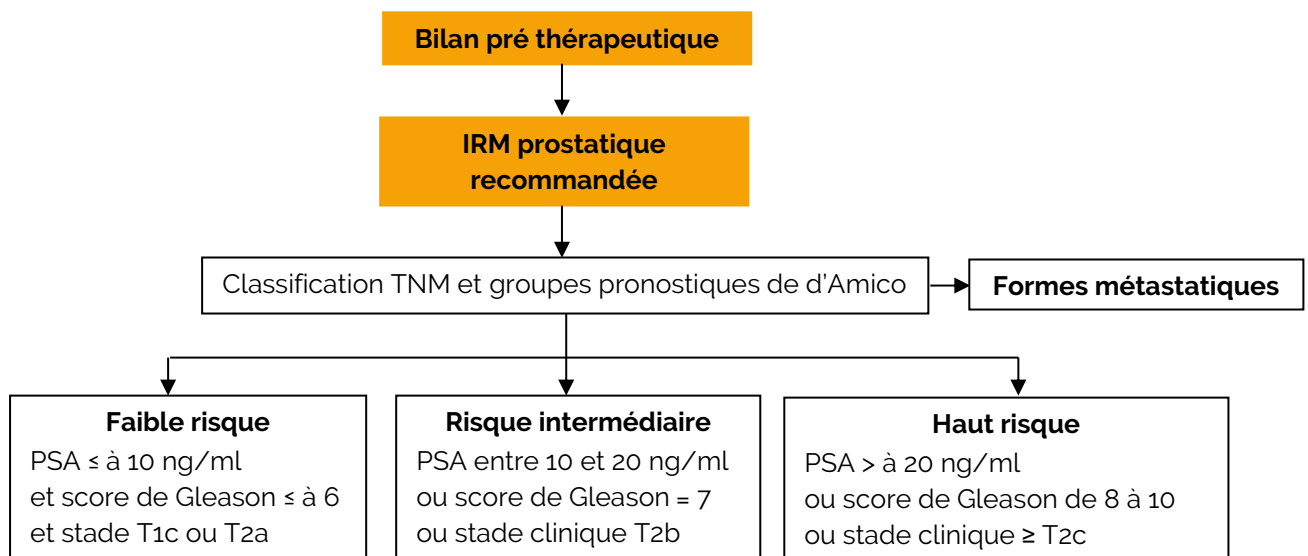
Avis oncogénétique en cas de formes héréditaires.

Pr Sophie Lejeune, service d'oncogénétique, CHU Lille

Le diagnostic peut se faire dans différentes circonstances



■ 2. Bilan pré thérapeutique



Il faut tenir compte d'une éventuelle prise de Finasteride ou de Dutasteride (inhibiteur de 5 α reductase) susceptible d'abaisser de moitié le taux de PSA même en cas de cancer prostatique

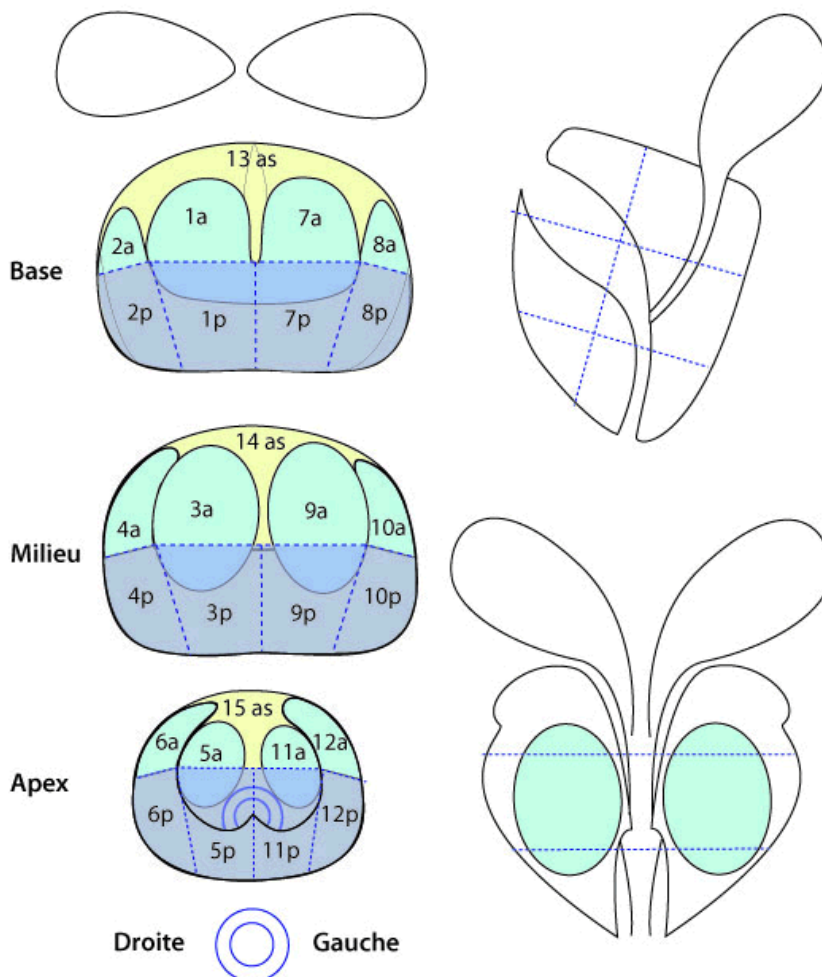
Score PIRADS recommandé pour le CR de l'IRM

Risque intermédiaire : on peut prendre en compte le grade group ISUP 2 et 3 et le pourcentage de biopsies envahies (critères de Zumsteg)

Le radiologue peut renseigner un schéma anatomique détaillant les lésions observées et précisant un intervalle de confiance de 1 à 5 pour les lésions décrites. L'IRM peut être effectuée avant biopsie dans le cadre du dépistage.

Schéma de la prostate de localisation des lésions suspectes vues à l'IRM

Vésicules séminales



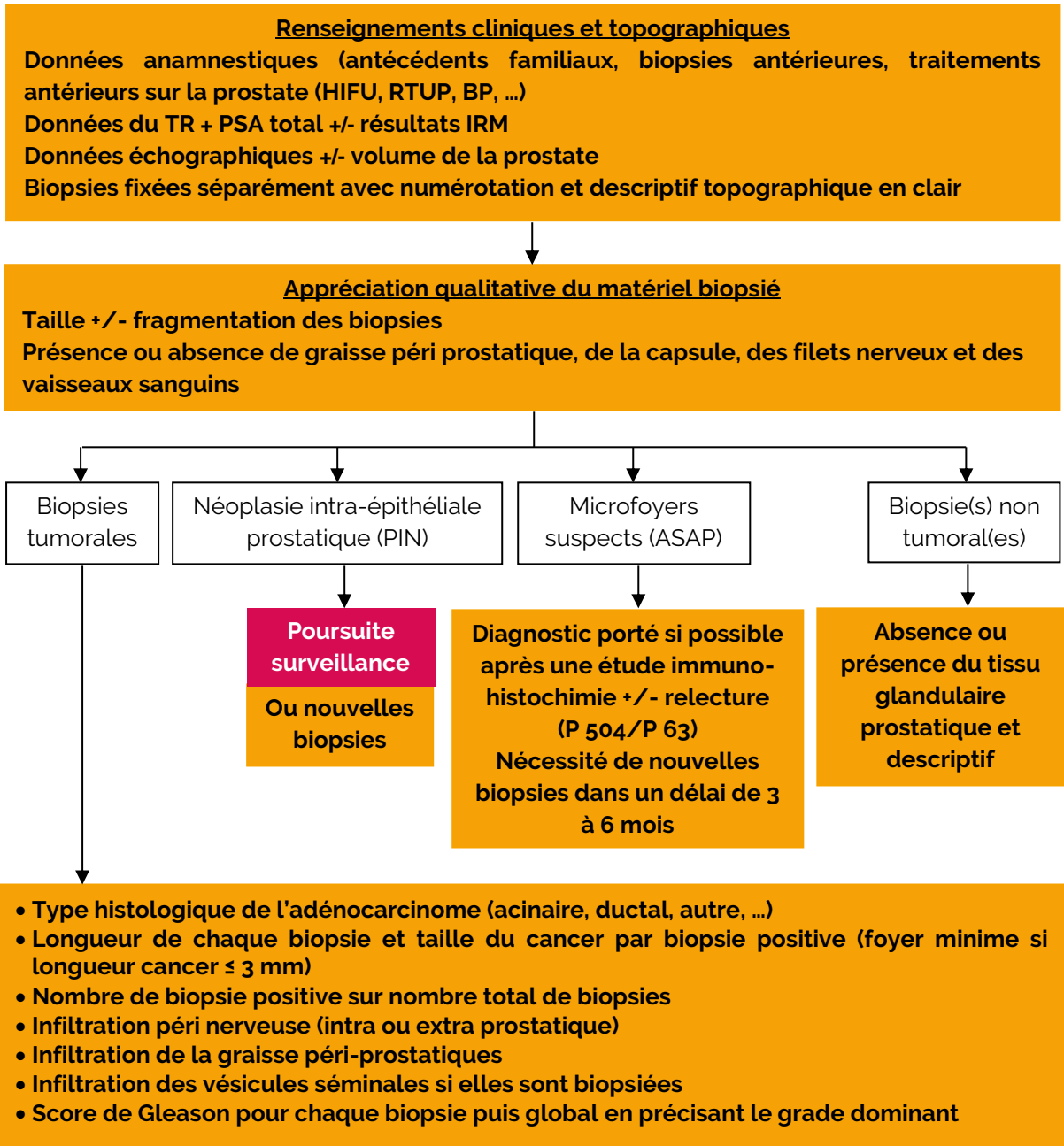
Référence

A. Villers, F. Marliere, A. Ouzzane, P. Puech, L. Lemaître
MRI in addition to or as a substitute for prostate biopsy : The clinician's point of view.
Diagnostic and Interventional Imaging (2012) 93, 262-267

► Recommandations pour la bonne pratique des biopsies prostatiques (CCAFU 2013) :

<http://www.urofrance.org/publications-livres/publications-scientifiques/resultats-de-la-recherche/html/recommandations-pour-la-bonne-pratique-des-biopsies-prostatiques.html>

► Anatomopathologie du cancer de la prostate



Faible risque	Risque intermédiaire	Haut risque
- IRM pelvienne (Pas d'autre examen)	- IRM pelvienne - Scintigraphie osseuse - Curage ganglionnaire en cas de prostatectomie	- IRM pelvienne - Scintigraphie osseuse - Curage ganglionnaire en cas de prostatectomie - TEP Choline (optionnelle)

■ 3. Classification TNM

Source : UICC 2017 *modifié CCAFU*

T : Tumeur primitive

TX	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de tumeur primitive
T1	Tumeur indétectable cliniquement, non palpable ou non visible en imagerie
T1a	Tumeur de découverte fortuite lors d'un examen histologique représentant moins de 5% du tissu réséqué et score de gleason ≤ 6
T1b	Tumeur de découverte fortuite lors d'un examen histologique représentant plus de 5% du tissu réséqué et score de gleason ≤ 7
T1c	Tumeur identifiée par biopsie à l'aiguille, par exemple dans le cas d'antigène prostatique spécifique (PSA) élevé
T2	Tumeur palpable et limitée à la glande prostatique (apex et capsule compris)
T2a	Tumeur envahissant la moitié ou moins d'un seul lobe
T2b	Tumeur envahissant plus de la moitié d'un lobe mais pas les 2 lobes
T2c	Tumeur envahissant les 2 lobes
T3	Extension tumorale au-delà de la capsule prostatique*
T3a	Extension extraprostatique (uni- ou bilatérale) incluant l'envahissement microscopique du col vésical
T3b	Tumeur envahissant la ou les vésicule(s) séminale(s)
T4	Tumeur fixée ou envahissant des structures adjacentes autres que les vésicules séminales : sphincter externe, rectum, muscles élévateurs et/ou paroi pelvienne
Note	*L'invasion de l'apex ou de la capsule prostatique sans la dépasser est classée T2 et non T3

N : Ganglions régionaux

Nx	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N0	Pas d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
Note	Les métastases de moins de 0,2 cm peuvent être classées pNmi
N1mi	Métastase ganglionnaire < 0,2 cm

M : Métastases à distance

M0	Pas de métastases à distance
M1	Métastases à distance
M1a	Adénopathie(s) non régionale(s)
M1b	Os
M1c	Autre(s) localisation(s)

Classification histo-pronostique ISUP

Groupe 1 : ancien Gleason 3+3. Correspond à une tumeur bien différenciée

Groupe 2 : ancien Gleason 3+4 (majorité de grade 3). Tumeur bien à moyennement différenciée

Groupe 3 : ancien Gleason 4+3 (majorité de grade 4). Tumeur moyennement différenciée

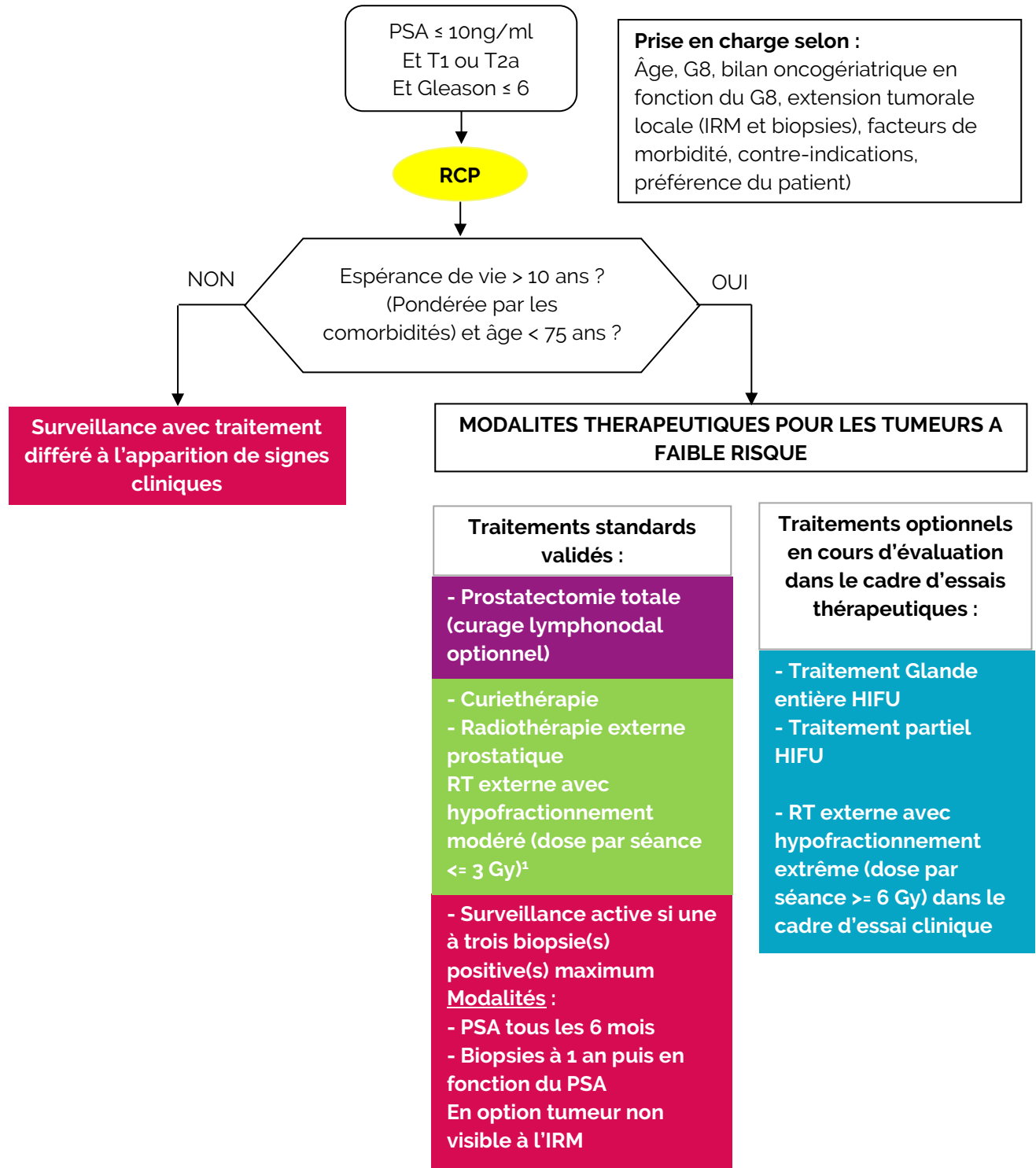
Groupe 4 : ancien Gleason 4+4. Tumeur peu différenciée

Groupe 5 : ancien Gleason 9 ou 10, comprenant des cellules de grade 5, dites indifférenciées

■ 4. Traitement

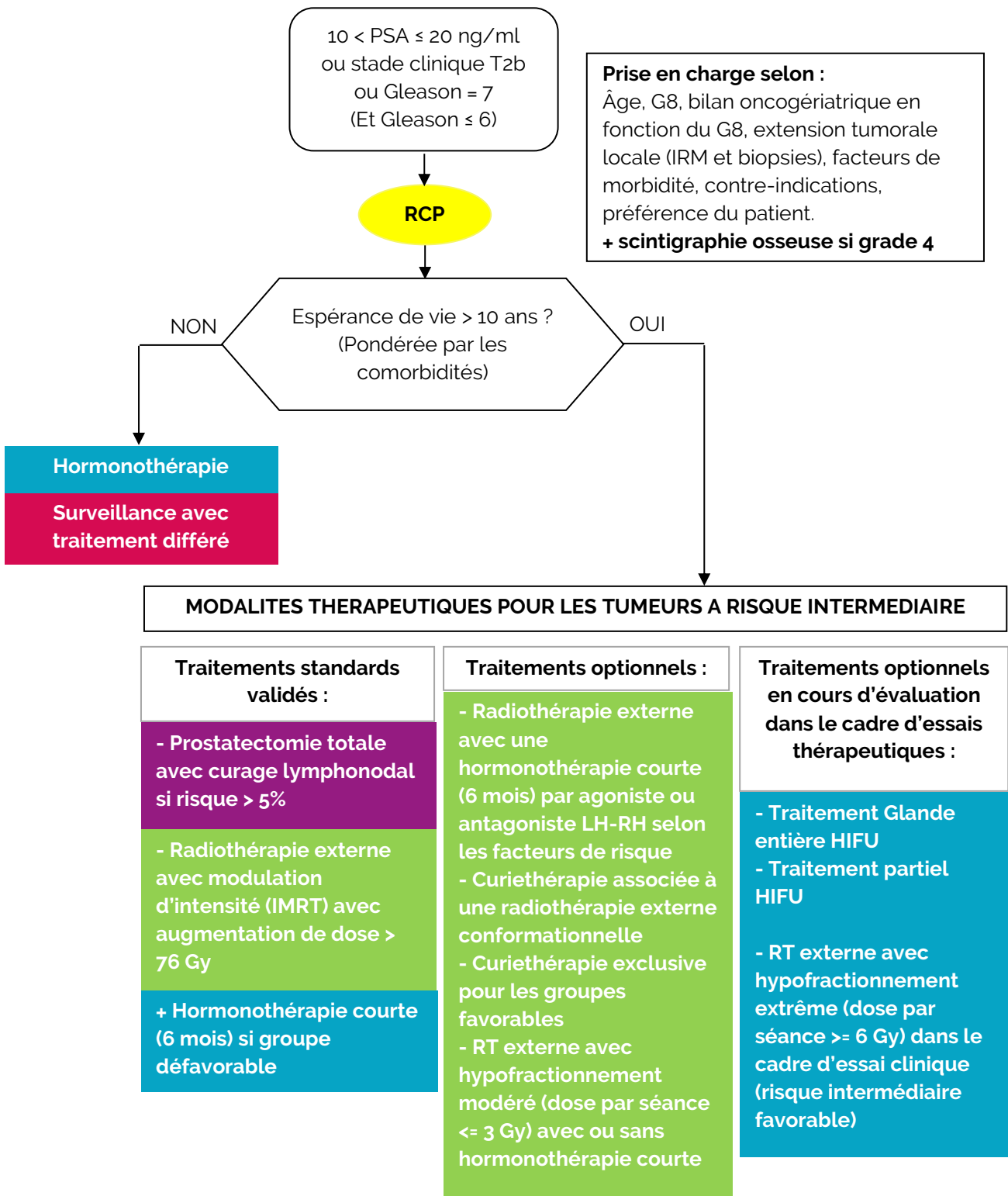
Source : CCAFU

► Cancer de la prostate à faible risque

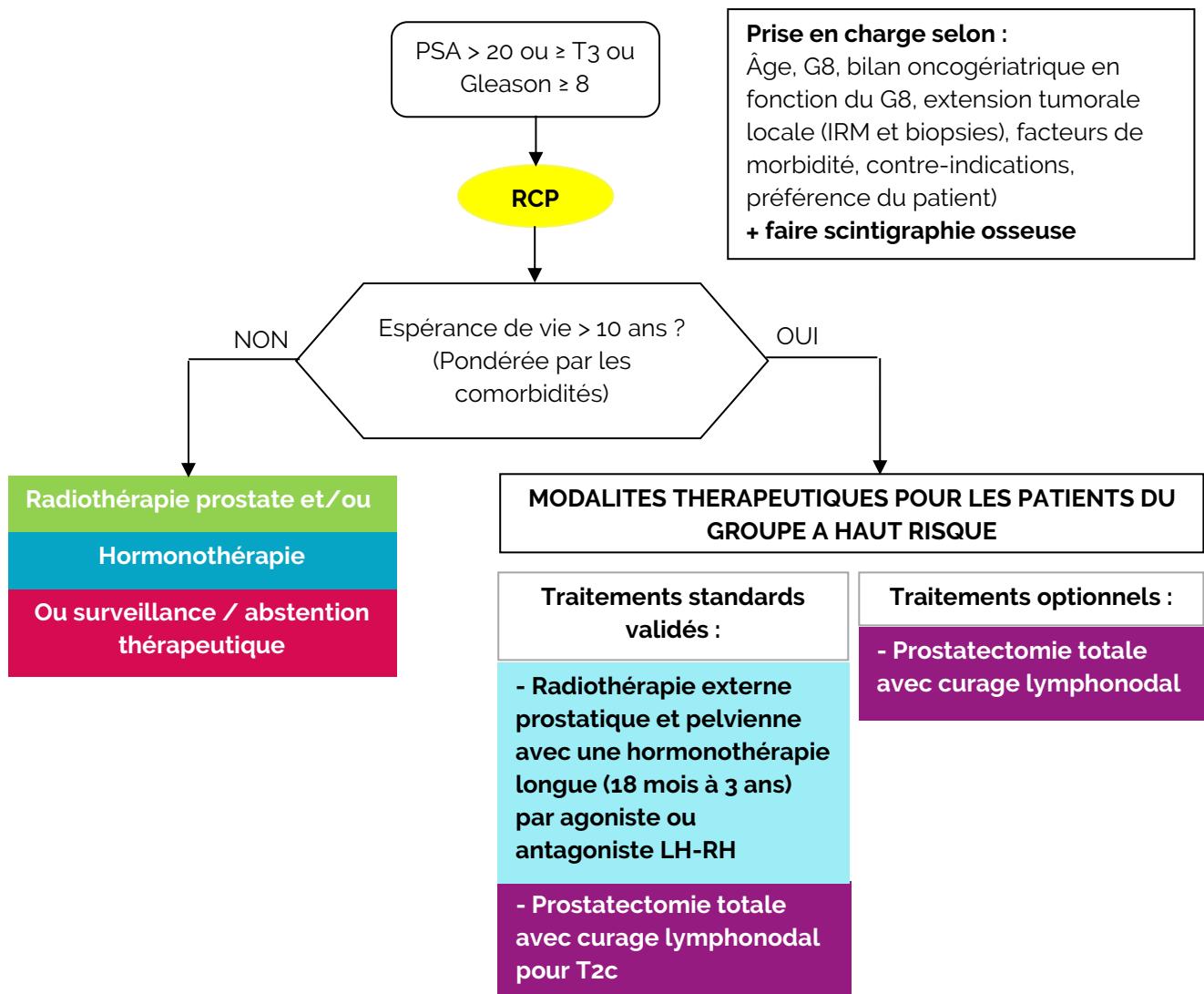


¹Langrand-Escure, J., R. de Crevoisier, C. Llagostera, G. Créhange, G. Delaroche, C. Lafond, C. Bonin, F. Bideault, P. Sargos, S. Belhomme, D. Pasquier, I. Latorzeff, S. Supiot, and C. Hennequin. 2018. "Dose Constraints for Moderate Hypofractionated Radiotherapy for Prostate Cancer: The French Genito-Urinary Group (GETUG) Recommendations." *Cancer Radiothérapie: Journal De La Societe Francaise De Radiothérapie Oncologique* 22(2):193-98.

► Cancer de la prostate à risque intermédiaire



► Cancer de la prostate à haut risque

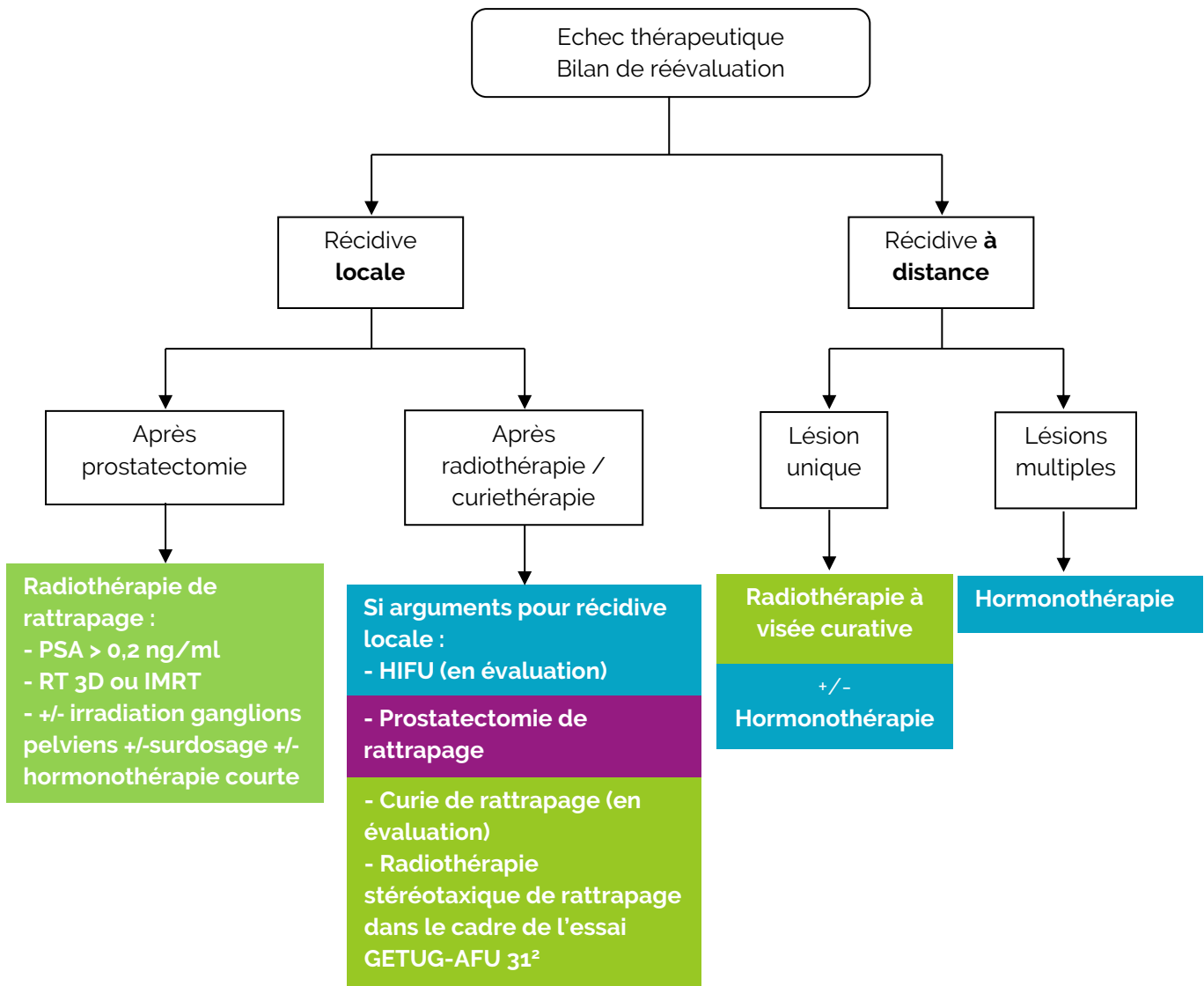
**Radiothérapie adjuvante**

Une atteinte extra-capsulaire (pT3), surtout si elle s'accompagne de marges positives, est associée à un risque de récurrence plus élevé : une radiothérapie adjuvante à la prostatectomie totale peut être proposée (Recommandation de grade A)

En cas de curage si examen extemporané ou définitif positif : la prostatectomie n'est pas réalisée

Remarque : En cas de stade N1, une indication d'hormono-radiothérapie est possible.

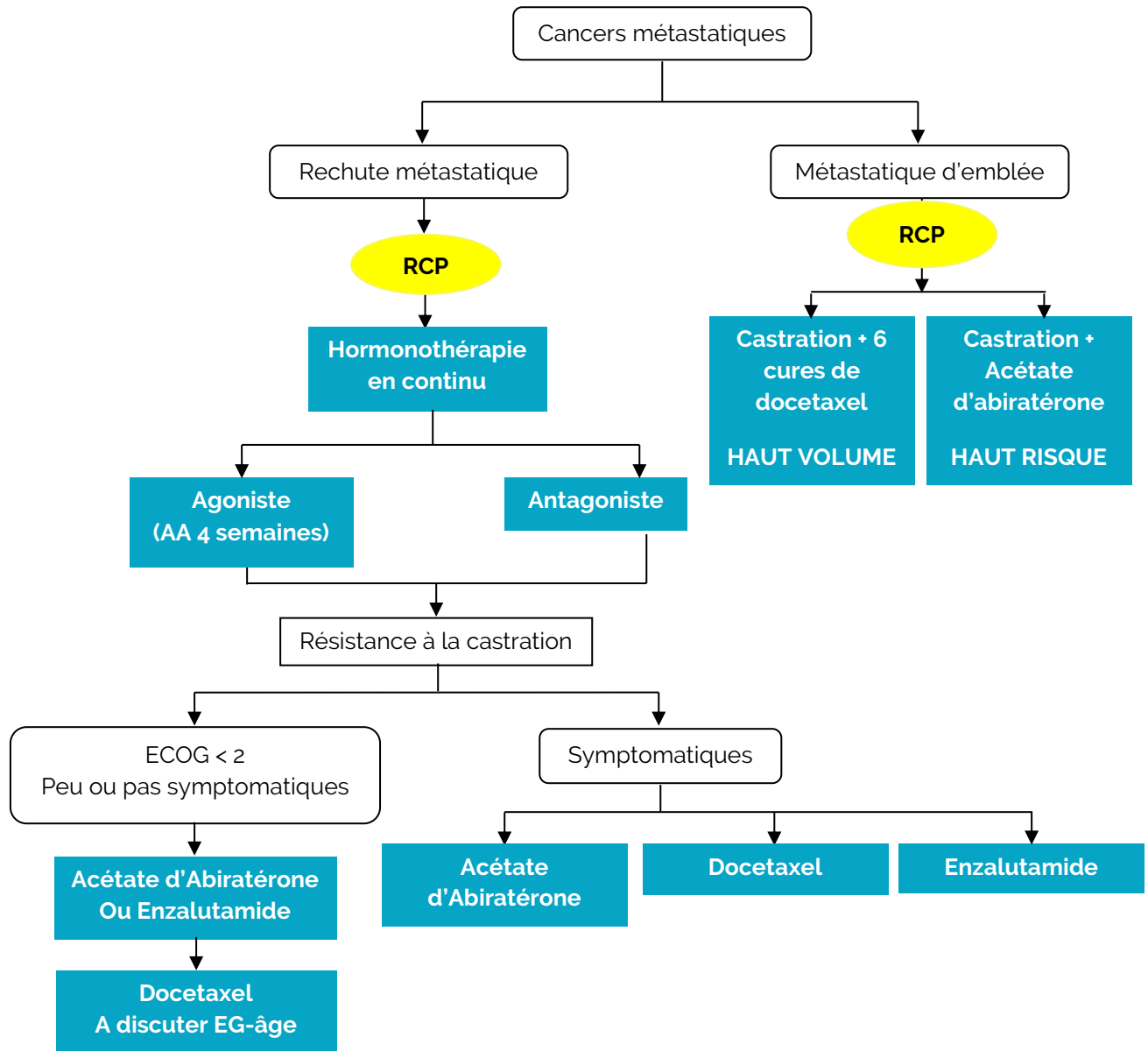
► Echec des traitements locaux



²Etude GETUG-AFU 31 : <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03438552>

Chez les patients M0 résistants à la castration avec un temps de doublement du PSA < 10 mois, un traitement par hormonothérapie de nouvelle génération (ATU) peut être proposé.

► Cancers métastatiques



Le traitement des lignes ultérieures sera en fonction du traitement réalisé en 1^{ère} ligne :

- Acétate d'abiratérone
- Enzalutamide
- Docetaxel
- Cabazitaxel après échec docetaxel

Remarque : Proposer une irradiation prostatique associée à de l'hormonothérapie chez les patients au stade M1 avec maladie de bas volume selon les critères CHARTED.

Traitement ciblant l'os : 2 molécules disponibles

(Acide Zolédronique) et Denosumab

- Supériorité de Denosumab démontrée (niveau de preuve de grade A)
- Pas de néphrotoxicité
- Risque d'hypocalcémie sévère (ne pas oublier supplémentation en vitamine D et calcium)

Attention : risque d'ostéonécrose des maxillaires ++++

- Bilan dentaire des soins dentaires
- Durée du traitement recommandée : 24 mois +/- réévaluation

Prévention des effets secondaires (CCAFU 2013) :

<http://urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/recommandations-en-onco-urologie-2013-du-ccafu-cancer-de-la-prostate.html>

Séquences thérapeutiques à définir en fonction des données actuelles :

Résistance croisée, moindre efficacité de la chimiothérapie après AA, Enzalutamide avant Docetaxel

■ 5. Surveillance post traitement**Objectifs :**

- Détecter une récurrence
- Evaluer les séquelles éventuelles des traitements et prises en charge

Méthodes :

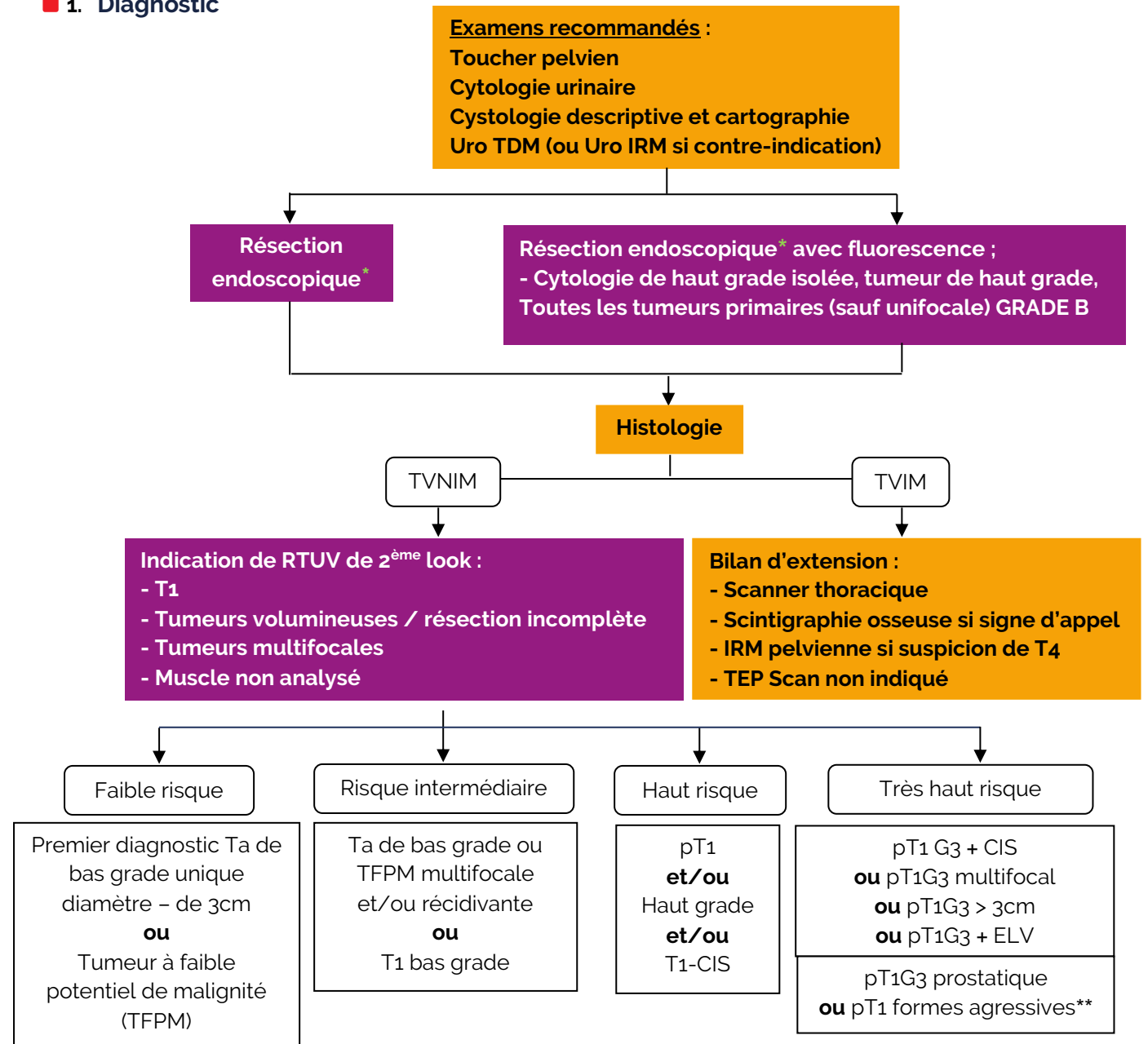
- Clinique : Intérêt du TR à évaluer en fonction du type de traitement réalisé
- Biologique :
 - PSA
 - Testostérone (en cas de castration chimique si suspicion d'échappement hormonal)

Remarque : aucun intérêt du dosage du PSA libre

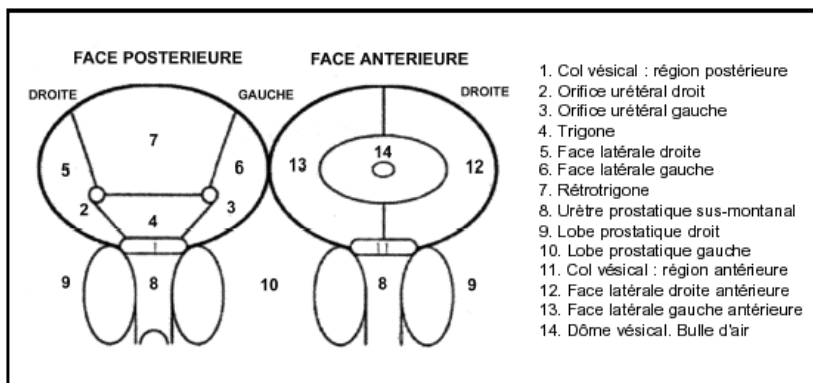
Surveillance en fonction du type de traitement : <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/recommandations-en-onco-urologie-2013-du-ccafu-cancer-de-la-prostate.html>

IV. Vessie

1. Diagnostic



* **Cartographie vésicale** (Source : cf. ONCOLOR) :



** *Variants histologiques : carcinomes urothéliaux micropapillaires, microkystiques, à différenciation trophoblastique ; carcinomes épidermoïdes ou adénocarcinomes purs ou majoritaires (sup 50%) ; formes en nids, plasmocytoïde, sarcomatoïde, rhabdoïde, lymphoépithéliomatoïde, à grandes cellules, indifférenciées ; carcinomes neuroendocrines, à petites cellules, carcinoïdes, invasion lymphovasculaire sur la RTUV*

■ 2. Classification TNM

Source : UICC 2017

T : Tumeur primitive

TX	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de tumeur primitive
Ta	Carcinome de type papillaire non infiltrant
Tis	Carcinome in situ plan : « flat tumour »
T1	Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial
T2	Tumeur envahissant la musculature
T2a	Tumeur envahissant la musculature superficielle (moitié interne)
T2b	Tumeur envahissant la musculature profonde (moitié externe)
T3	Tumeur envahissant le tissu pérvésical
T3a	Atteinte microscopique
T3b	Atteinte macroscopique (masse extra-vésicale)
T4	Tumeur envahissant l'une ou l'autre des structures suivantes : prostate, vésicules séminales, utérus, vagin, paroi pelvienne et paroi abdominale
T4a	Prostate, vésicules séminales, utérus, ou vagin
T4b	Paroi pelvienne ou paroi abdominale

N : Ganglions régionaux

Nx	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N0	Pas d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Atteinte d'un seul ganglion lymphatique pelvien (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou pré-sacré)
N2	Métastase dans de multiples ganglions pelviens (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou pré-sacré)
N3	Métastase(s) ganglionnaire(s) iliaque(s) primitive(s)

M : Métastases à distance

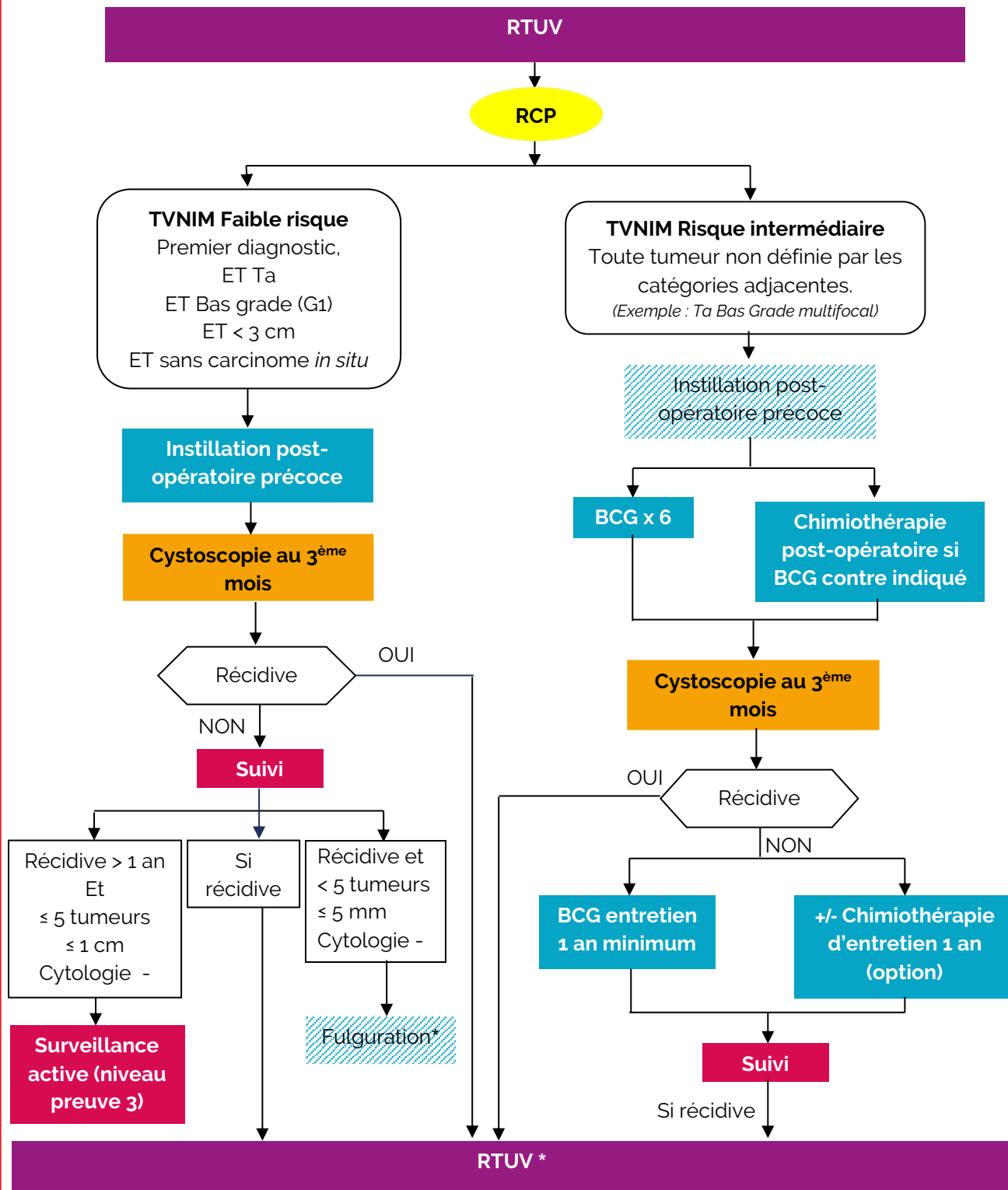
M0	Pas de métastases à distance
M1a	Atteinte métastatique de ganglions lymphatiques non régionaux
M1b	Autres sites métastatiques

■ 3. Traitement

Source : CCAFU

► TVNIM

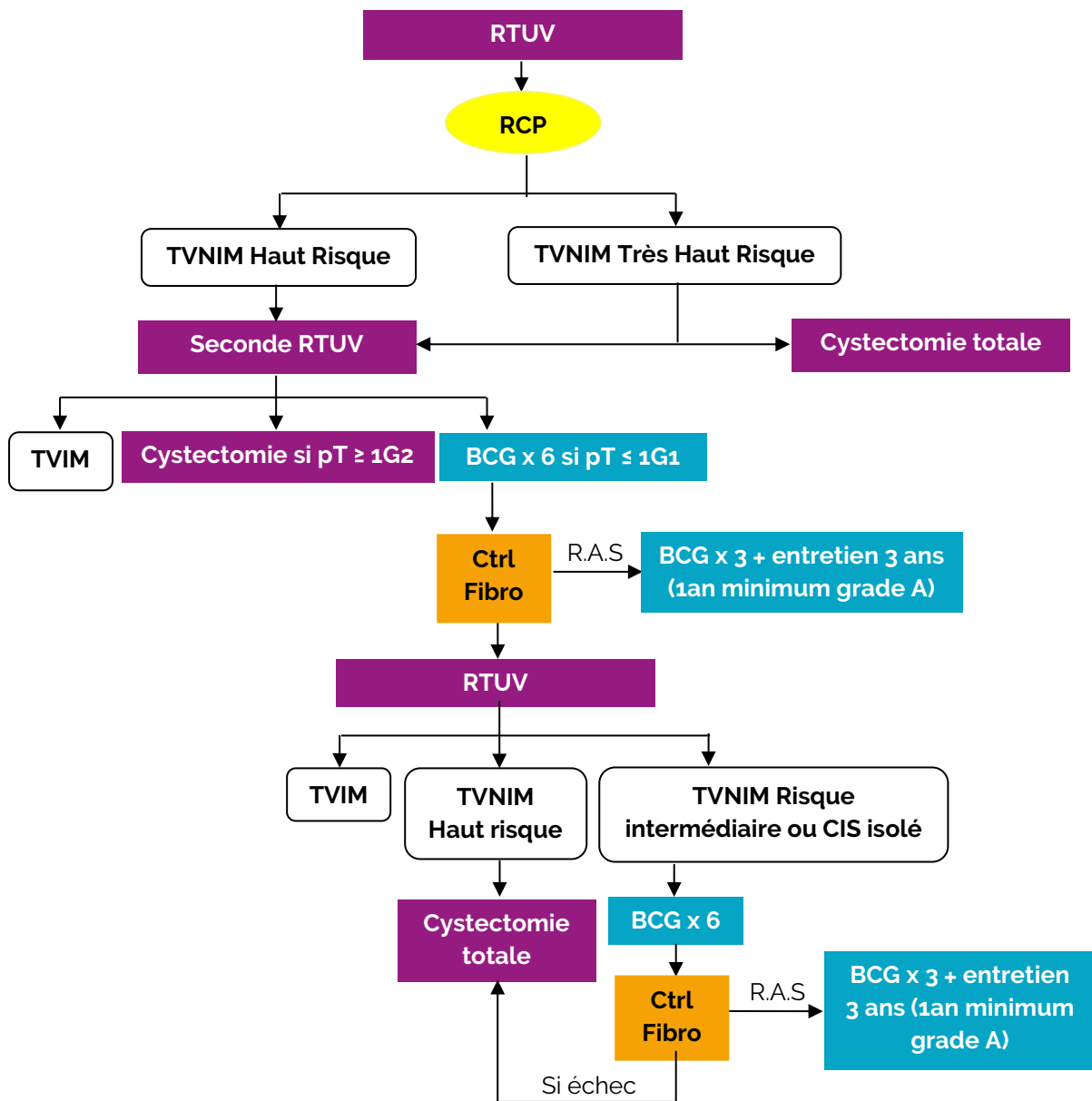
Prise en charge des TVNIM de faible risque et risque intermédiaire



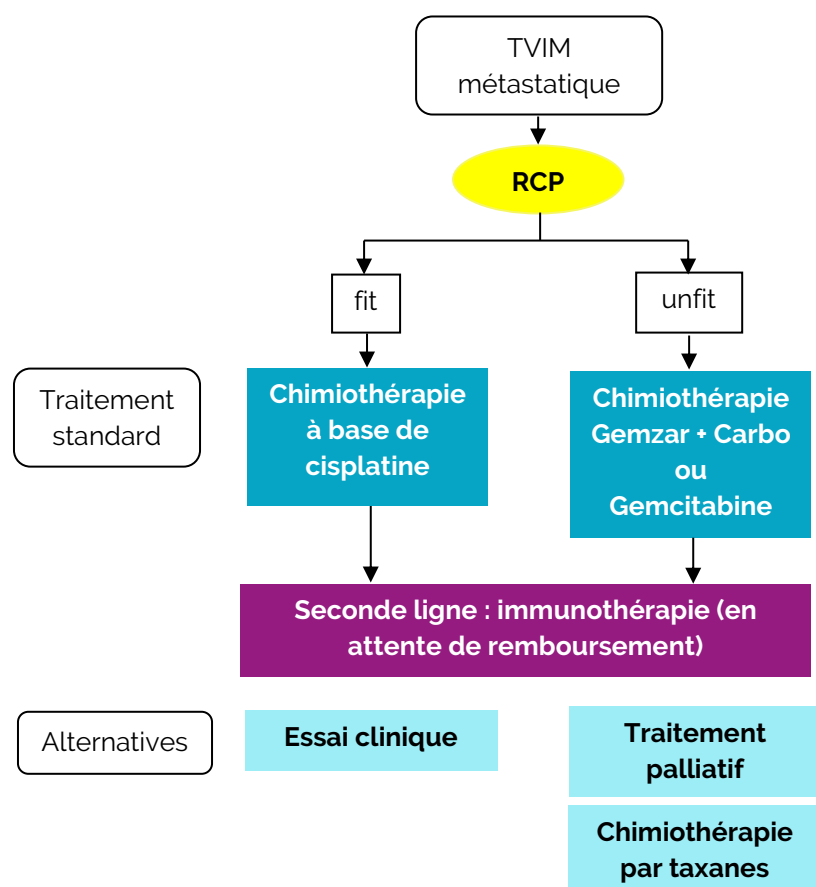
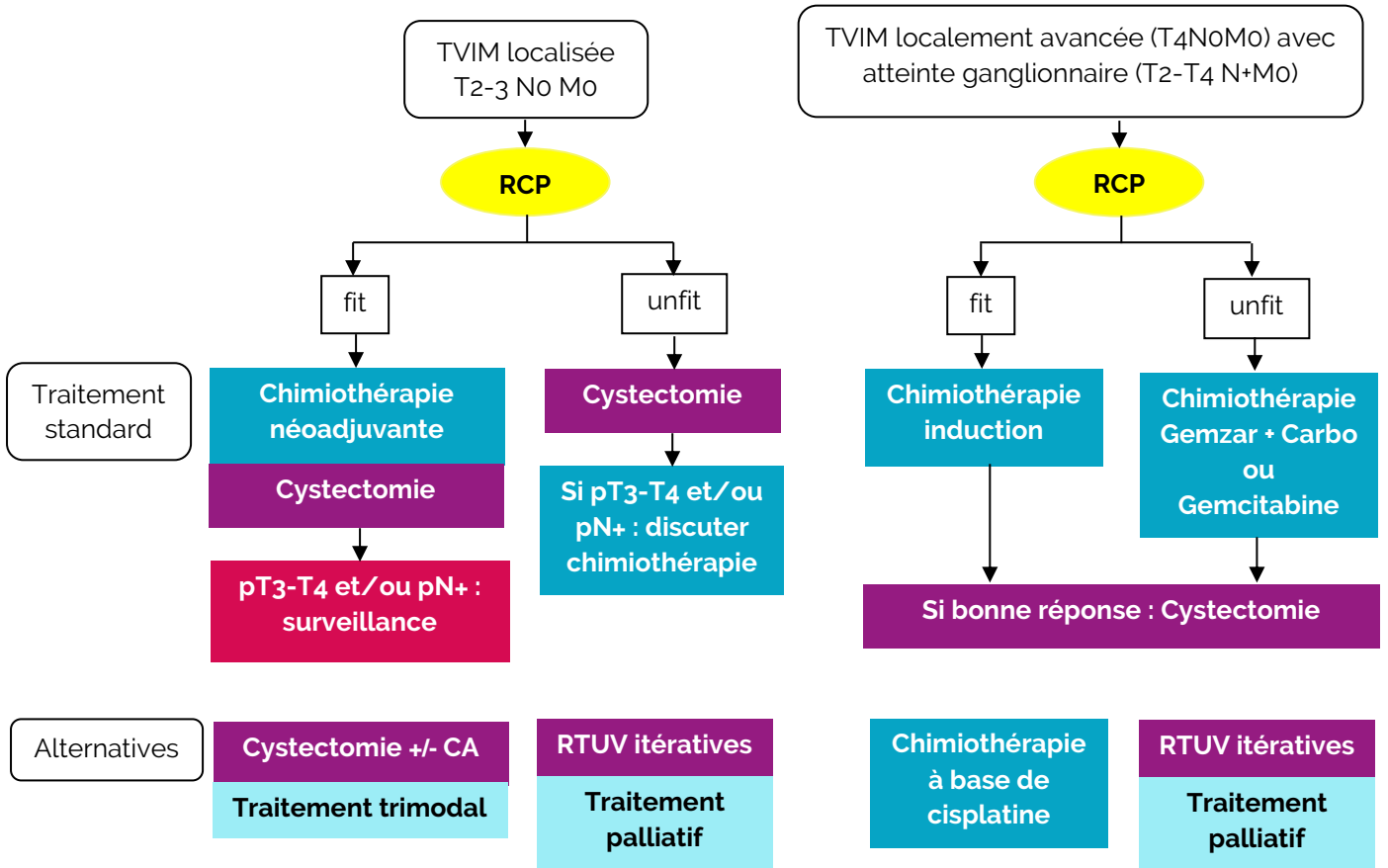
*En cas de fulguration, elle doit être associée à une histologie

Le photodiagnostic par HEXVIX doit être disponible si besoin en référant le patient à un centre équipé.

Prise en charge des TVNIM de haut risque



► TVIM



■ Chimiothérapie néoadjuvante

Source : CCAFU - Rationnel : <http://urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/recommandations-en-onco-urologie-2013-du-ccafu-tumeurs-de-la-vessie.html>

La chimiothérapie doit comporter au moins du cisplatine. Elle ne doit être réalisée que si l'état général et la fonction rénale le permettent. L'état général du patient doit rester satisfaisant pour permettre ensuite le traitement local chirurgical optimal.

Le traitement local ne doit pas être différé (délai de 3 mois maximum entre le TU et la chirurgie).

Recommandations de la chimiothérapie dans les tumeurs de vessie à haut risque métastatique

Situation	Patients	Grade	
		A	B
Néoadjuvant	PS ≤ 1 et Clairance créat ≥ 60 ml/min	MVAC ou HD-MVAC	GC
	PS > 1 et Clairance créat < 60 ml/min	Pas de CTN	

■ Chimiothérapie adjuvante Source : CCAFU

« Si la chimiothérapie néoadjuvante a fait la preuve de son efficacité, l'utilisation de la chimiothérapie post-opératoire reste débattue. Plusieurs essais randomisés, dont le dernier publié en 2015, n'ont pas réussi à démontrer le bénéfice en survie globale de la chimiothérapie adjuvante versus chimiothérapie à la récurrence pour les tumeurs pT3-T4 ou pN+. La plupart de ces études n'étaient pas parvenues à inclure le nombre de sujets initialement prévu. Dans une méta-analyse publiée en 2014, il existait une tendance à l'amélioration de la survie globale avec une amélioration significative de la survie sans progression versus surveillance. Par conséquent, la chimiothérapie adjuvante peut être proposée en cas de tumeur à haut risque de récurrence sur les données de l'analyse anatomopathologique et notamment : stade pT3 et pT4, statut ganglionnaire N+, marges chirurgicales positives. Elle doit être discutée au cas par cas avec les patients, en évaluant la balance bénéfice/risque. Cette chimiothérapie adjuvante ne doit pas être réalisée si la fonction rénale est altérée (clairance < 60 mL/min) ou si l'état général du patient ne le permet pas. Il n'y a pas d'indication à réaliser une chimiothérapie adjuvante après une chimiothérapie néoadjuvante. »

■ Métastatiques

Recommandations :

- Chimiothérapie à base de sels de platine en 1ère ligne. Favoriser une chimiothérapie à base de cisplatine si la fonction rénale le permet.
- Soins de support :
 - Cystectomie ou pelvectomie de confort en cas de tumeur symptomatique
 - Dérivation urinaire externe
 - Radiothérapie palliative ou des métastases
 - Résection endoscopique palliative
 - Traitement symptomatique

Ligne	Patients	
	Fit	Unfit
Première	GC ou MVAC Grade A	G ou G-Carbo si PS ≤ 1 Grade B
Ligne	Patients	
Deuxième	Immunothérapie (non disponible) Soins palliatifs	Option : Paclitaxel hebdomadaire Essai clinique

■ 4. Surveillance

Source : CCAFU

En raison du risque de récurrence tumorale et de progression de la maladie vésicale, la fréquence des cystoscopies est à moduler en fonction du groupe de risque pour une surveillance adaptée. L'objectif du suivi est d'éviter un retard dans le diagnostic et la prise en charge thérapeutique de récurrences tumorales de haut grade à fort potentiel d'infiltration musculaire menaçant la vie du patient. Ainsi, le résultat de la première cystoscopie à 3 mois de la RTUV initiale est un facteur pronostique très important tant pour la récurrence tumorale que pour le risque de progression musculaire (Niveau de preuve 3).

Les examens du suivi sont effectués selon le groupe de risque de la maladie vésicale (Recommandation de grade C).

Risque	Examen de suivi
Faible (EORTC < 7)	Cystoscopie : au 3e et 12e mois puis annuelle pendant 5 ans (à vie si persistance de l'intoxication tabagique).
Intermédiaire (7 < EORTC < 13)	Cystoscopie : au 3e, 6e, 12e mois puis semestrielle pendant 5 ans (à vie si persistance de l'intoxication tabagique) puis annuelle pendant 10 ans. Cytologie urinaire : recommandée, couplée à la cystoscopie Uro-TDM : tous les 2 ans et en cas de cytologie positive ou de symptôme en faveur d'une atteinte du haut appareil.
Elevé (EORTC > 14)	Cystoscopie : au 3e, 6e, 9e, 12e mois, puis tous les 3 mois la 2e année, puis annuelle à vie. Cytologie urinaire : 3e, 6e, 9e, 12e mois, puis tous les 6 mois la 2e année, puis semestrielle pendant 5 ans puis annuelle à vie. Uro-TDM : tous les 2 ans ou si cytologie positive ou de symptôme en faveur d'une atteinte du haut appareil.

V. Voies excrétrices

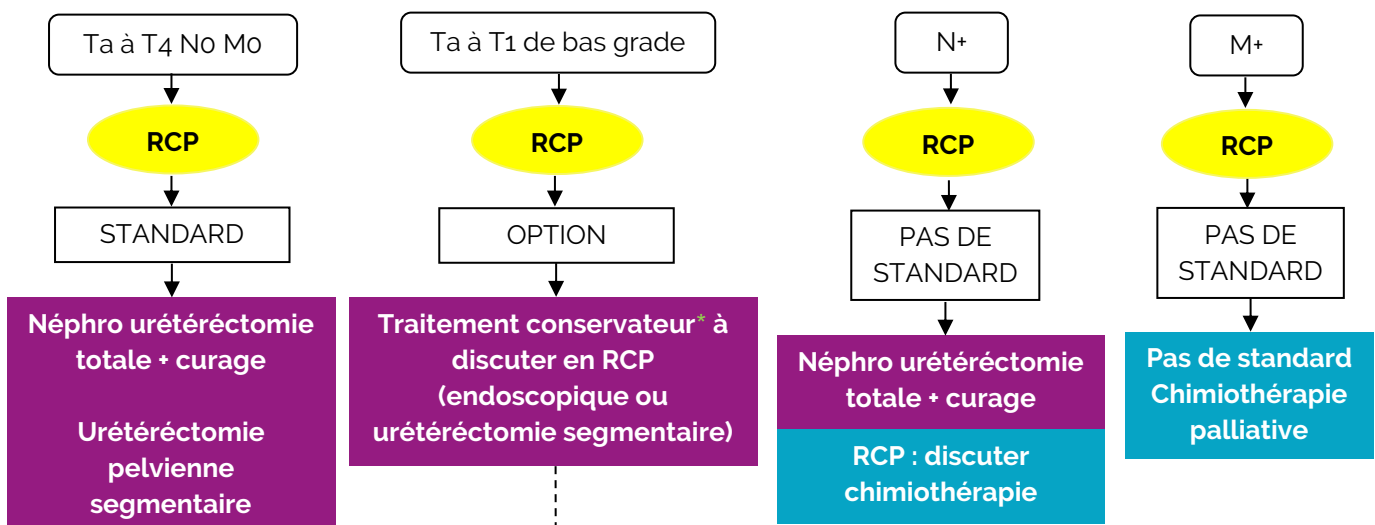
■ 1. Diagnostic

- Uroscanner (ou UroIRM si contre-indication)
- Cystoscopie
- Cytologie
- UPR
- Urétéroscopie souple avec biopsie conseillée

■ 2. Bilan d'extension

- TDM thoracique
- Scintigraphie osseuse si signe d'appel
- TEP scan non indiqué
- TDM cérébral si signe d'appel

■ 3. Traitement



*CRITERES NECESSAIRES DU TRAITEMENT CONSERVATEUR (Source : CCAFU)

- Tumeur unifocale (Recommandations de grade B)
- Taille (plus grand diamètre) < 1 CM (Recommandations de grade B)
- Tumeur de bas grade en cytologie ou sur les biopsies (Recommandations de grade B)
- Aucun élément en faveur d'une infiltration à l'uro TDM (Recommandations de grade B)
- Traitement conservateur complet envisageable (Recommandations de grade C)
- Surveillance endoscopique (urétéroscopie souple) rapprochée si possible (Recommandations de grade C)
- Information et compliance du patient vis-à-vis du rythme de surveillance (Recommandations de grade B)

IPOP délai 7 à 10 jours si NUT (niveau de preuve 1)

Chimiothérapie adjuvante (pT2-T4 No-N3 Mo) délai 90 jours si NUT (niveau de preuve 1 Etude POUT)

■ 4. Surveillance

Source : CCAFU

(RECOMMANDATION DE GRADE C)

En cas de NUT, pendant au moins 5 ans :

1) TVEUS non infiltrante Cystoscopie/cytologie urinaire à 3 mois, puis annuellement uro-scanner tous les ans pendant 5 ans minimum.

2) TVEUS infiltrante Cystoscopie/cytologie urinaire à 3 mois, puis annuellement uro-scanner tous les 6 mois pendant 2 ans, puis annuellement pendant 10 ans minimum.

Après traitement conservateur, pendant au moins 5 ans :

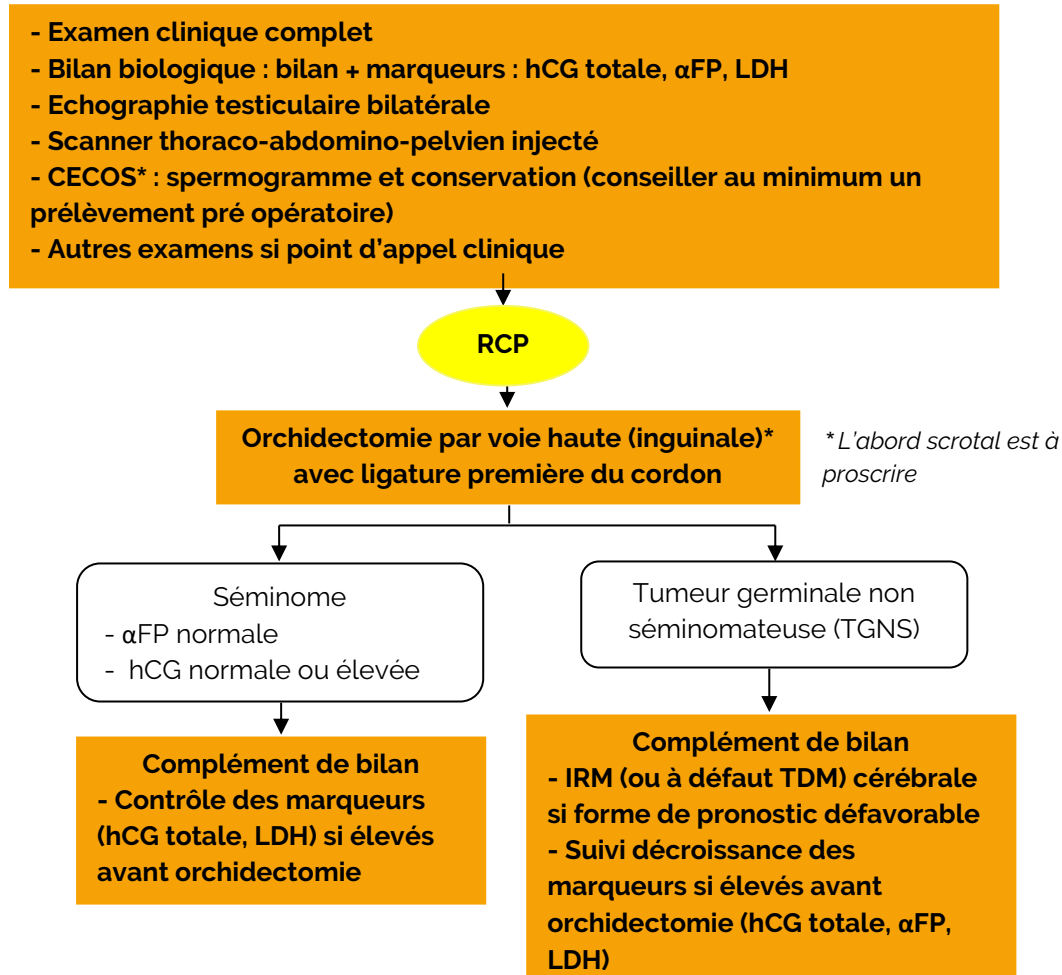
– Cytologie, uro-scanner à 3 mois, puis à 6 mois, puis tous les ans.

– Cystoscopie, urétéroscopie et cytologie in situ à 3 mois, à 6 mois puis tous les 6 mois pendant 2 ans, puis tous les ans pendant 5 ans minimum.

VI. Testicules

■ 1. Diagnostic

► Tumeurs germinales testiculaires



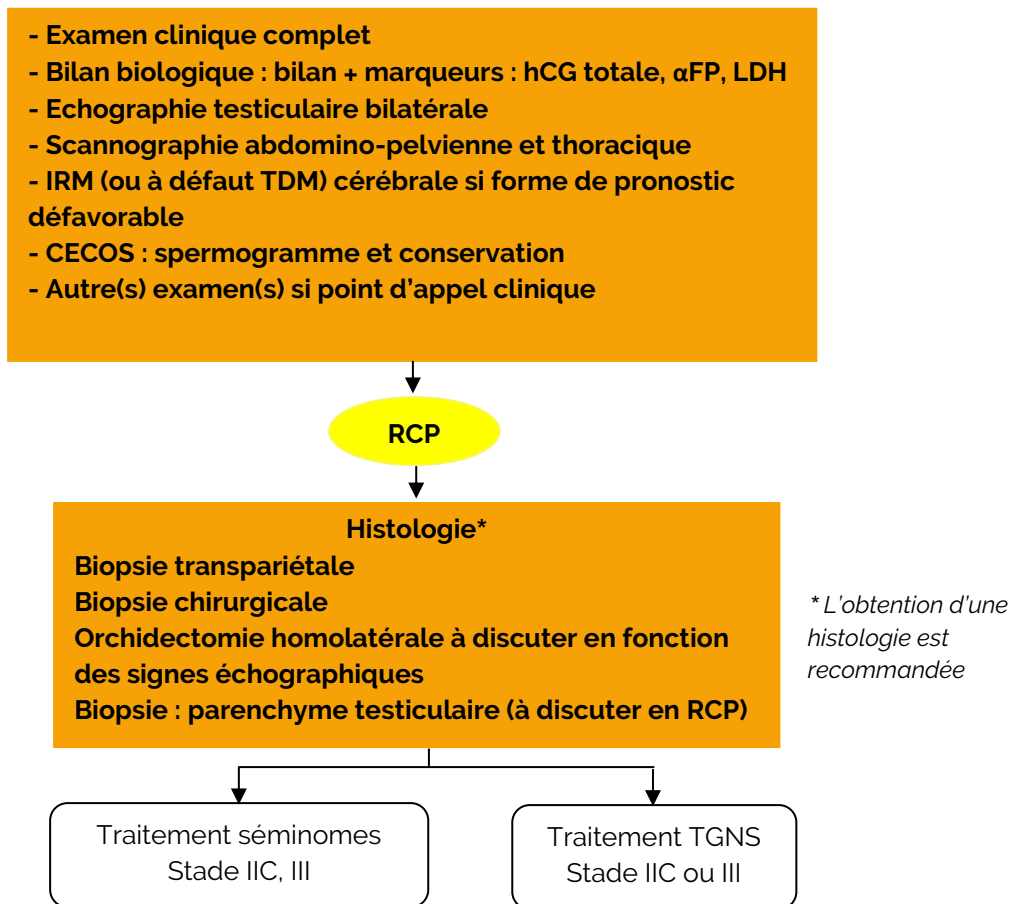
RCP de recours :

- Tumeur sur testicule unique et indications de chirurgie partielle
- Rechute
- Biopsies testicule controlatéral
- Résidus tumoraux opérés à histologie positive
- Tumeur testiculaire autre que tumeurs germinales

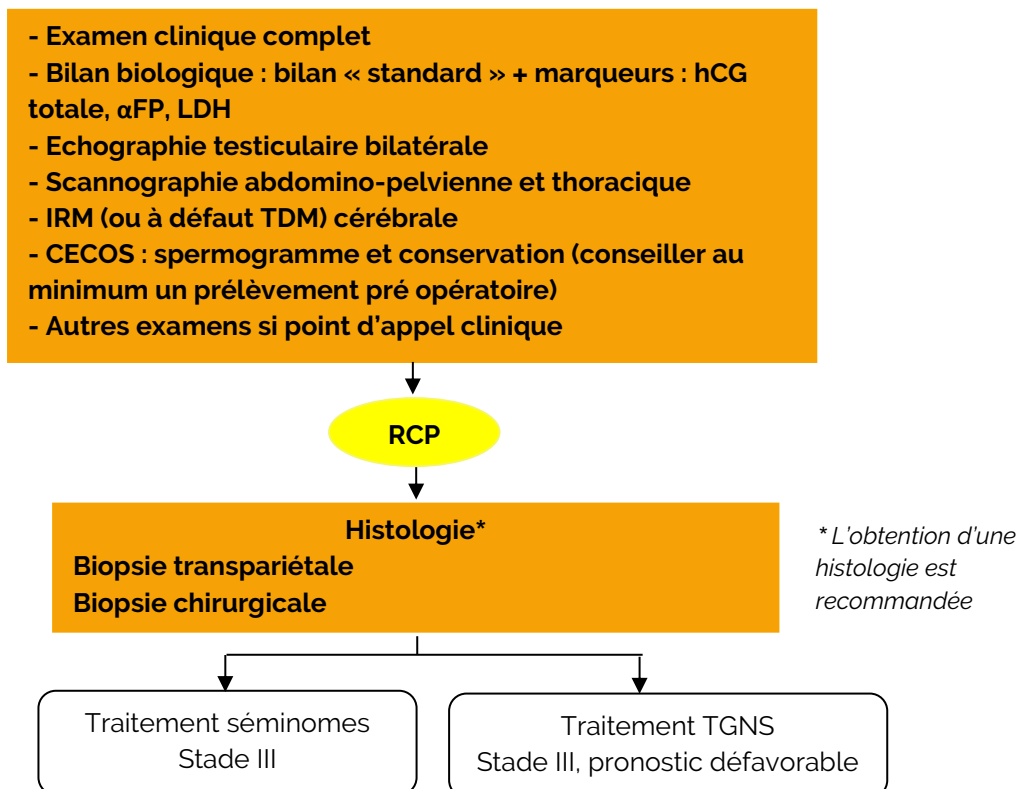
***CECOS de Lille** : CHU de Lille Hôpital Calmette – Boulevard Professeur Jules Leclercq – 59037 Lille cedex – Tél : 03.20.44.66.33

CECOS Amiens : CHU Amiens Picardie Site Sud Service de Médecine et biologie de la reproduction, cytogénétique et CECOS de Picardie, Centre de Biologie Humaine – Avenue René Laennec – 80480 Salouël – Tél : 03.22.08.73.80

► Tumeurs germinales du rétropéritoine



► Tumeurs germinales du médiastin



■ 2. Classification TNM / pTNM

Source : CCAFU

pT : Tumeur

pTX	Non évaluable
pT0	Pas de tumeur primitive identifiée
pTis	Néoplasie germinale in situ
pT1	Tumeur limitée au testicule (y compris envahissement du rete testis) sans invasion lymphovasculaire
pT2	Tumeur limitée au testicule (y compris envahissement du rete testis) avec invasion lymphovasculaire au sein du testicule ou du cordon OU Tumeur envahissant les tissus mous du hile ou l'épididyme ou pénétrant le feuillet viscéral de la vaginale sur l'albuginée avec ou sans invasion lymphovasculaire
pT3	Tumeur envahissant le cordon spermatique par continuité (un envahissement discontinu serait considéré d'origine lymphovasculaire et relèverait d'un stade M1)
pT4	Tumeur envahissant le scrotum avec ou sans invasion lymphovasculaire

N : Ganglions régionaux

cNX	Non évaluables
cN0	Pas de ganglion pathologique
cN1	Ganglion pathologique unique ou multiples, tous ≤ 2 cm de grand axe
cN2	Ganglion pathologique unique ou multiples, un au moins > 2 cm mais aucun ≤ 5 cm
cN3	Ganglion pathologique > 5 cm de grand axe

pNX	Non évaluables
pN0	Pas de ganglion pathologique
pN1	Ganglion pathologique unique ≤ 2 cm de grand axe OU ≤ 5 ganglions tous ≤ 5 cm
pN2	Ganglion pathologique unique > 2 cm mais ≤ 5 cm OU > 5 ganglions tous ≤ 5 cm OU extension extra-ganglionnaire
pN3	Ganglion pathologique > 5 cm de grand axe

M : Métastases à distance

Mx	Non évaluables
M0	Absence de métastase
M1a	Métastases pulmonaires et ganglions en dehors du rétropéritoine
M1b	Autres sites métastatiques

■ 3. Marqueurs tumoraux sériques

Source : UICC 2017

SX	Etude des marqueurs sériques non disponible ou non réalisée							
S0	Les taux de marqueurs sériques sont dans des limites normales							
	LDH (UI/L)			hCG (UI/mL)			AFP (ng/ml)	
S1	< 1,5 x N	et	< 5000	et	< 1000			
S2	1,5 - 10 x N	ou	5000 - 50 000	ou	1000 - 10 000			
S3	> 10 x N	ou	> 50 000	ou	> 10 000			

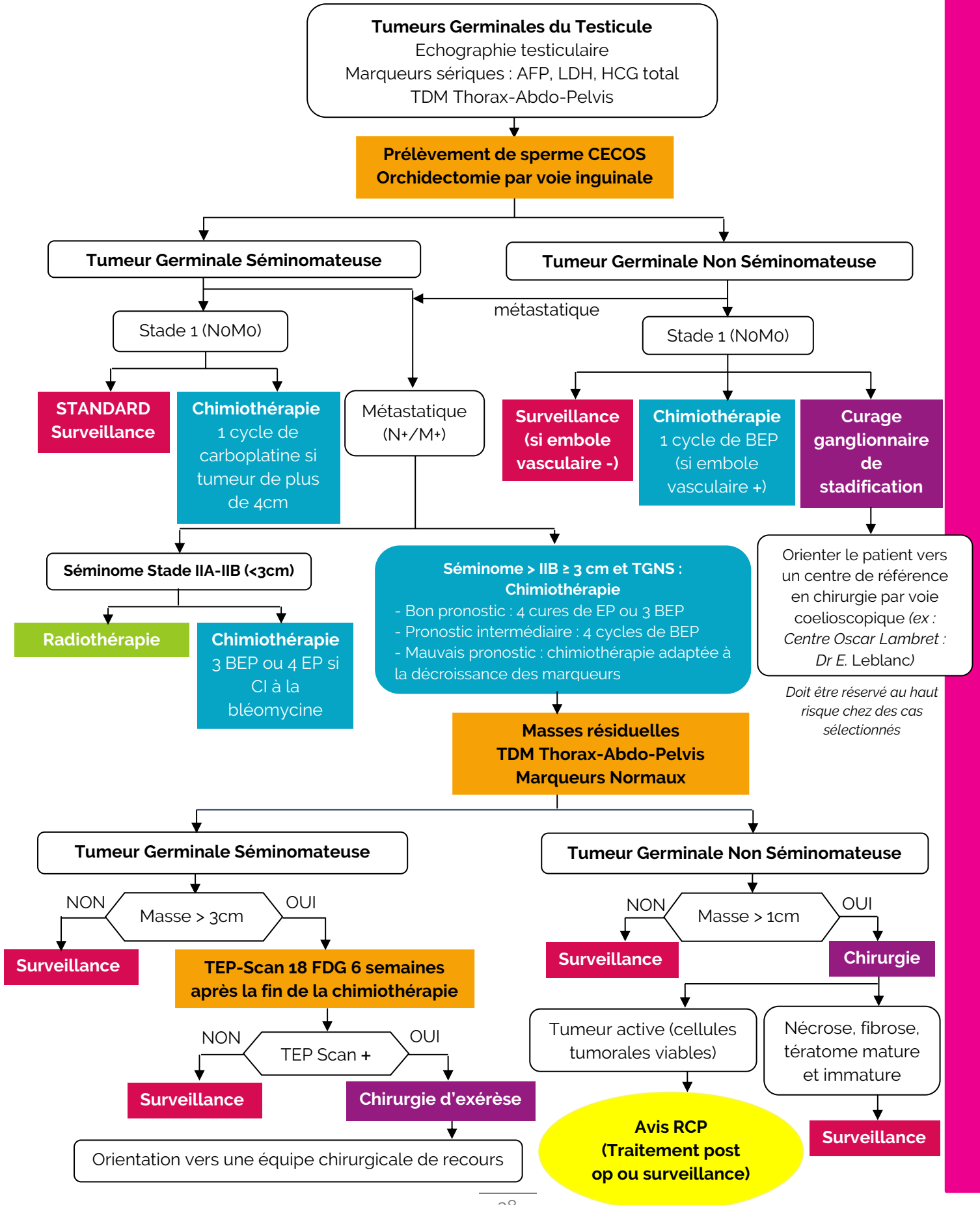
N est la limite supérieure de la normale du taux de LDH

Groupe ment pronostiques

Stade 0	pTis	No	Mo	S0
Stade I	pT1-T4	No	Mo	SX
Stade IA	pT1	No	Mo	S0
Stade IB	pT2-T4	No	Mo	S0
Stade IS	Tous pT/Tx	No	Mo	S1-S3
Stade II	Tous pT/Tx	N1-N3	Mo	SX
Stade IIA	Tous pT/Tx	N1	Mo	S0
	Tous pT/Tx	N1	Mo	S1
Stade IIB	Tous pT/Tx	N2	Mo	S0
	Tous pT/Tx	N2	Mo	S1
Stade IIC	Tous pT/Tx	N3	Mo	S0
	Tous pT/Tx	N3	Mo	S1
Stade III	Tous pT/Tx	Tous N	M1a	SX
Stade IIIA	Tous pT/Tx	Tous N	M1a	S0
	Tous pT/Tx	Tous N	M1a	S1
Stade IIIB	Tous pT/Tx	N1-N3	Mo	S2
	Tous pT/Tx	Tous N	M1a	S2
Stade IIIC	Tous pT/Tx	N1-N3	Mo	S3
	Tous pT/Tx	Tous N	M1a	S3
	Tous pT/Tx	Tous N	M1b	Tous S

■ 4. Traitement

Principe général : RCP à chaque étape de la prise en charge



Note : Les personnes âgées de moins de 25 ans peuvent bénéficier d'une prise en charge selon les recommandations de l'INCa.

■ **5. Surveillance**

Sources : CCAFU 2016-2018 ; ASCO 2016, NCCN 2016

Le suivi est clinique, biologique et radiologique.

Il n'existe pas de consensus sur la fréquence de réalisation des examens et la durée du suivi (5 ou 10 ans) Les recommandations reposent sur l'accord d'experts. Un suivi à 10 ans est recommandé pour les TGNS de stade initial avancé (risque de rechute tardive).

L'intérêt de la TEP dans le suivi des tumeurs germinales n'est pas établi. Une TEP de référence peut être proposée 3 mois après la fin de la chimiothérapie pour les TGS métastatiques en cas de masse résiduelle de plus de 3 cm.

L'IRM cérébrale est recommandée en cas de signe clinique évocateur

La surveillance du testicule controlatéral par échographie annuelle est recommandée.

Le 1er bilan de référence doit être effectué 1 mois après la fin du traitement (examen clinique, biomarqueurs, TDM)

Modalité	M1	M3	M6	M9	M12	M15	M18	M21	M24	M30	M36	M42	M48	M54	M60
TGS stade I															
Examen clinique, marqueurs	■		■		■		■		■	■	■		■		■
Scanner TAP			■		■		■		■		■				■
TGNS stade I ILV-															
Examen clinique*, marqueurs	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■		■
Scanner TAP			■		■				■		■				■
TGNS stade I ILV+															
Examen clinique*, marqueurs	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Scanner TAP			■		■		■		■		■				■
<i>*Chez un patient sans plainte fonctionnelle, l'examen clinique peut n'être réalisé que tous les 6 mois</i>															

Figure 3. Modalités de suivi des TG de stade I.

Source : Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2018 -2020 : tumeurs germinales du testicule

Modalité	M1	M3	M6	M9	M12	M15	M18	M21	M24	M30	M36	M42	M48	M54	M60
TGTm de pronostic bon ou intermédiaire selon l'IGCCCG, en rémission complète après chimiothérapie, sans lésion active dans les masses résiduelles															
Examen clinique*, marqueurs															
Scanner TAP															
<i>*Chez un patient sans plainte fonctionnelle, l'examen clinique peut n'être réalisé que tous les 6 mois</i>															

Modalité	M2	M4	M6	M8	M10	M12	M16	M20	M24	M30	M36	M42	M48	M54	M60
TGTm de mauvais pronostic selon l'IGCCCG ou après lésion active dans les masses résiduelles															
Examen clinique*, marqueurs															
Scanner TAP															
<i>*Le pronostic étant déterminé par l'évolution à distance, l'examen clinique peut n'être réalisé que tous les 2 dosages biologiques lorsque ceux-ci restent normaux.</i>															

Figure 4. Modalités de suivi des TG de stade II et III selon le risque évolutif (échelle de temps différente).

Source : Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2018 -2020 : tumeurs germinales du testicule

Protocoles de chimiothérapie :

Protocole EP

- Cisplatine J1 à J5 : 20 mg/m²/J
- Etoposide J1 à J5 : 100 mg/m²/J
- **Reprise à J22**

Protocole BEP

- Bléomycine : 30 mg à J1, J8 et J15
- Etoposide J1 à J5 : 100 mg/m²/J
- Cisplatine J1 à J5 : 20 mg/m²/J
- **Reprise à J22**

Protocole VIP

- Etoposide J1 à J5 : 75 mg/m²/J
- Ifosfamide J1 à J5 : 1200 mg/m²/J
- Cisplatine J1 à J5 : 20 mg/m²/J
- Mesna J1 à J5 : 1500 mg/m²/J
- **Reprise à J22**

Protocole VeIP

- Vinblastine J1 et J2 : 0,11 mg/kg/J
- Ifosfamide J1 à J5 : 1200 mg/m²/J
- Cisplatine J1 à J5 : 20 mg/m²/J
- Mesna J1 à J5 : 1500 mg/m²/J
- **Reprise à J22**

Protocole TIP

- Paclitaxel J1 : 175 mg/m²/J
- Ifosfamide J1 à J5 : 1200 mg/m²/J
- Cisplatine J1 à J5 : 20 mg/m²/J
- Mesna J1 à J5 : 1500 mg/m²/J
- **Reprise à J22**

VII. Pénis

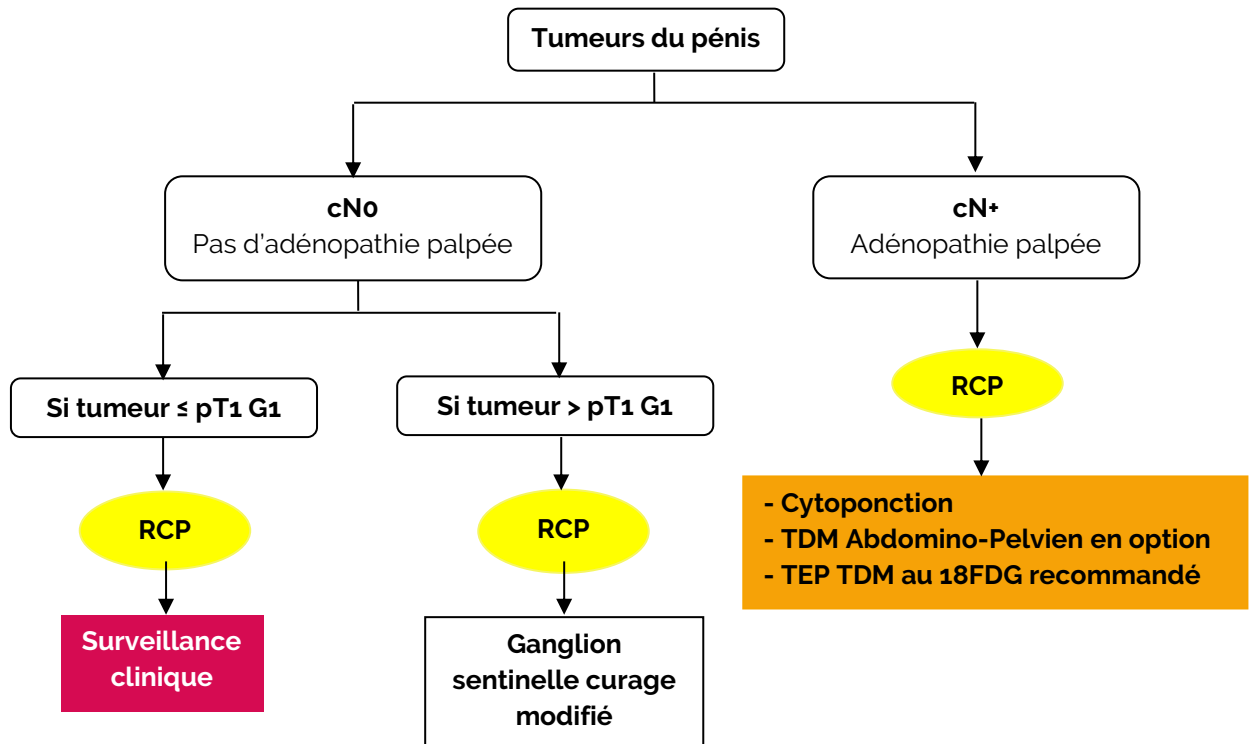
■ 1. Diagnostic

Note :

- Examen du conjoint pour recherche d'infection HPV préconisée
- Prise en charge en centre de recours urologique et dermatologique

► Examens cliniques :

- Biopsies
- Palpation aires ganglionnaires
- IRM de verge après érection pharmaco-induite



■ 2. Classification TNM/pTNM

Source : UICC 20017

T : Tumeur

TX	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ (néoplasie intraépithéliale pénienne – PeIN)
Ta	Carcinome épidermoïde non invasif localisé (carcinome verruqueux inclus)
T1	Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial <i>Gland : invasion du chorion</i> <i>Corps de la verge : quelle que soit la situation de la tumeur, invasion du tissu conjonctif entre l'épiderme et les corps érectiles</i>
T1a	Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial sans invasion lymphovasculaire ou périnerveuse et qui n'est pas « peu différenciée »
T1b	Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial avec invasion lymphovasculaire ou périnerveuse ou qui est « peu différenciée »
T2	Tumeur envahissant les corps spongieux avec ou sans invasion de l'urètre
T3	Tumeur envahissant le corps caverneux avec ou sans invasion de l'urètre
T4	Tumeur envahissant d'autres structures adjacentes

N : Ganglions régionaux

NX	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N0	Pas de ganglion lymphatique inguinal palpable ou manifestement augmenté de volume
N1	Ganglion inguinal unilatéral palpable mobile
N2	Ganglions inguinaux palpables mobiles multiples ou bilatéraux
N3	Masse ganglionnaire inguinale fixée ou adénopathie(s) pelvienne(s) unilatérale(s) ou bilatérale(s)

pNX	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
pN0	Pas de ganglions lymphatiques régionaux
pN1	Métastase dans un ou deux ganglions inguinaux
pN2	Métastases dans plus de deux ganglions inguinaux unilatéraux ou atteinte métastatique inguinale bilatérale
pN3	Atteinte métastatique unilatérale ou bilatérale des ganglions lymphatiques pelviens ou extension extraganglionnaire des ganglions lymphatiques régionaux

M : Métastases à distance

M0	Pas de métastases à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance

■ 3. Traitement

Stade T (type de lésion)	Options thérapeutiques Posthémectomie conseillée	Grade
Tis	Crèmes cytotoxiques puis surveillance rapprochée Laser CO2 ou Yag puis surveillance rapprochée Biopsie-exérèse ou resurfaçage	
	Photothérapie dynamique avec biopsie de contrôle obligatoire	
Ta, T1a	Curiethérapie Si tumeur < 4cm	
	Laser CO2 ou Yag puis surveillance rapprochée	
	Biopsie-exérèse/resurfaçage/glandulectomie	
T1b, T2	Biopsie-exérèse/glandulectomie	
	Curiethérapie Si tumeur < 4cm	
	Amputation partielle (dans des cas sélectionnés)	
T3 proximaux	Amputation partielle si possible	
T3 du corps du pénis	Amputation totale et urétérostomie périnéale	
T4	Chimiothérapie néo-adjuvante et amputation si répondeur	
Récidive locale après chirurgie conservatrice	Chirurgie conservatrice si les corps caverneux ne sont pas envahis	
	Amputation partielle ou totale	

Source : Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2018 -2020 : tumeurs du pénis

Recommandations des indications thérapeutiques des aires ganglionnaires				
Aires ganglionnaires	Options thérapeutiques	Niveau de preuve	Grade de recommandation	
Pas de ganglion palpé	Type de lésion pénienne pTis, pTaG1, pT1aG1	- Surveillance	2a	B
	≥ pT1b G2	- Ganglion sentinelle - OPTION : Lymphadénectomie inguinale modifiée bilatérale	2a	B
Ganglion palpé	- Lymphadénectomie inguinale totale du côté N+ - Lymphadénectomie inguinale modifiée du côté cN0	2a	B	
Ganglions fixés	- Chimiothérapie néo-adjuvante - Lymphadénectomie inguinale totale si bon répondeur - Radiothérapie ou prise en charge palliatif si non répondeur	2a	B	
Ganglion pelvien	- Lymphadénectomie pelvienne si au niveau inguinal : - > 2 ganglions métastatiques - Dépassement capsulaire - Image vue à la TDM en pelvien - Chimiothérapie néo-adjuvante ou adjuvante	2a	B	
Place de la chimiothérapie	Surveillance si pN0 ou pN1 Chimiothérapie néo-adjuvante ou adjuvante si ≥ pN2	2b	B	

Remarque : En cas de maladie métastatique, chimiothérapie palliative.

■ 4. Surveillance

Source : CCAFU « Il n'existe pas de consensus dans les modalités et la fréquence de la surveillance. »

Recommandations régionales :

- Dépister une dermatose pré-néoplasique sous-jacente (notamment le lichen, éventuellement avec l'aide d'un Dermatologue) qu'il faudra prendre en charge après la prise en charge du carcinome afin de limiter le risque d'apparition d'une nouvelle lésion
- Si ADP palpable avec cytoponction neg, discuter surveillance. Si ADP reste palpable : TEP, Adenectomie, ou Surveillance très rapprochée (pas de délai dans le référentiel pour cette situation pas si rare et à risque +++)

Modalité	M1	M3	M6	M9	M12	M15	M18	M21	M24	M30	M36	M42	M48	M54	M60
Traitement local non chirurgical															
Apprentissage de l'auto-examen régulier															
Examen clinique															
Biopsie	Au moindre doute et Au moins une biopsie négative dans les deux si CIS														
Traitement local chirurgical (biopsie exérèse, glandulectomie partielle ou resurfage)															
Apprentissage de l'auto-examen régulier															
Examen clinique															
Traitement après glandulectomie partielle, amputation partielle ou totale															
Apprentissage de l'auto-examen régulier															
Examen clinique															

Figure 3. Suivi local du pénis après différents types de traitement (biopsie au moindre doute par inspection ou palpation).

Modalité	M1	M3	M6	M9	M12	M15	M18	M21	M24	M30	M36	M42	M48	M54	M60
Sans curage initial															
Apprentissage autopalpation régulière															
Examen clinique															
Après curage initial pN0 ou GS négatif															
Apprentissage autopalpation régulière															
Examen clinique															
Cytoponction sous échographie optionnelle															
Après curage initial positif (pN+)															
Apprentissage autopalpation régulière															
Examen clinique															
Cytoponction sous échographie optionnelle															
Imagerie	18FDG TEP-TDM, IRM et scanner TAP : utilisation et rythme à définir au cas par cas en RCP														

Figure 4. Suivi loco-régional des aires ganglionnaires en fonction de la prise en charge initiale.

Source : Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2018 -2020 : tumeurs du pénis