

# REMARQUES A PROPOS DU CANCER DU PENIS

MARCEL DARGENT

Professeur de la Faculté de Médecine de Lyon (France) Directeur du Centre Anticancéreux de Lyon  
Chirurgien des Hôpitaux

Il s'agit seulement de quelques remarques éparses à propos du cancer du pénis et des communications précédentes.

## Remarques a propos de l'étiologie

135 cas recueillis de 1924 à 1961 au Centre Anticancéreux de Lyon nous ont permis d'étudier avec une certaine précision l'influence classique du phimosis. On doit considérer quatre groupes d'individus:

- Les individus qui n'ont pas été circoncis (comportant tous ceux qui ont été circoncis moins de deux ans avant la première consultation, pour un phimosis compliqué, toujours symptomatique du début du cancer: 91 sur 135 = 67,4%.
- Les individus circoncis après l'âge de 25 ans, mais plus de deux ans avant l'apparition du cancer, pour des phimosis anciens compliqués de balanite: 11 sur 135 = 8,2%.
- Les individus circoncis avant l'âge de 25 ans, généralement pour un phimosis serré: 33 sur 135 = 24,4%.
- Les individus circoncis à la naissance = 0 (tableau 1).

La blennorragie a souvent été relevée dans le groupe 3, la syphilis et la leucoplasie dans les groupes 1 et 2.

Ces faits confirment la notion que la date de la circoncision est un facteur très important puisque dans notre série, 163 cancers (77%) apparaissent après 50 ans et que la circoncision avait été pratiquée avant 25 ans dans 24,4% des cas. L'induction du processus malin était vraisemblablement commencée et la circoncision ne l'a pas empêchée.

## Remarques à propos du risque d'envahissement ganglionnaire

L'envahissement ganglionnaire est un problème très important dans l'évolution du cancer du pénis et l'opportunité de l'évidement ganglionnaire de la région inguinale doit être discutée.

En se référant à la notion d'envahissement ou de non envahissement du système caverneux et en définissant comme T1 et T2 de la nomenclature internationale T.N.M. les lésions de plus ou de moins de 2 cm n'infiltrant pas ces structures, alors que les T3 et T4 comptent un envahissement limité ou total, on aboutit aux notions suivantes (tableau 2) en les appréciant sur le plan clinique (135 cas) et histologique (42 cas opérés).

Il apparaît que pour des formes T1 et T2 il peut exister des ganglions du type N2 ou N3 d'après la définition clinique mais que les envahissements histologiquement confirmés sont rares. Ils sont par contre fréquents pour les types T3 et T4.

Les cinq cas du type T1 et T2 répondent:

- à une forme du frein,
- à 3 localisations primitives du gland étendues au sillon balano-préputial,
- à une localisation T2 sur la muqueuse du gland.

Pour la récurrence, il s'agissait d'un type infiltrant.

Pour les 12 cas opérés, on a pu établir les correspondances entre les types cliniques et l'envahissement histologique (Tab. 3).

La métastase ganglionnaire maligne peut s'observer dans des ganglions apparemment indemnes.

Une adénopathie palpable et mobile uni ou bilatérale (N1) est maligne 12 fois sur 30.

Dans 2 cas, une adénopathie déjà importante et fixée était seulement inflammatoire.

Tableau 1

## FACTEURS ETIOLOGIQUES

	Non circoncis	Circoncis adultes (+ de 2 ans avant le début et après 25 ans pour le phimosis)	Circoncis avant l'âge de 25 ans (phimosis)	Circoncis à la naissance	Blennorragie (avouée)	Syphilis	Leucoplasie
No. de cas	91	11	33	0	11	8	4
%	67,4	8,2	24,4		10,4	6	4,4

Tableau 2  
ADENOPATHIES & STADE TUMORAL  
STADE TUMORAL & DONNEES HISTOLOGIQUES

Stades et caractères cliniques	ADENOPATHIES CLINIQUES			ADENOPATHIES HISTOLOGIQUES	
	N0	N1	N2 et 3	N+	N0
Pas d'envahissement des corps caverneux (T. I et II)	37	32	10	5+	12
Envahissement des corps caverneux (T. III et IV)	6	26	17	12	12
Stades non précisés		1	4		
Formes en récives			2	1	
	43	59	33	18	21

+ Les 5 adénopathies N+ à des stades I & II correspondent:

- à une localisation primitive du frein
- à 3 localisations primitives du gland étendues au sillon balano-préputial
- à 1 localisation sur la muqueuse du gland.

Tableau 3  
RAPPORT ENTRE LES ASPECTS CLINIQUES & ANATOMO-PATHOLOGIQUES DES GANGLIONS

ASPECT CLINIQUE	N0 (5)	N1 (30)	N2 et 3 (7)	TOTAL (42)
GANGLIONS ENVAHIS	1	12	5	18
N+ GANGLIONS NON ENVAHIS	4	18	2	24
N—				

Tableau 4  
VALEUR PRONOSTIQUE DES ADENOPATHIES EN FONCTION DE L'ASPECT CLINIQUE

Nombre total des cas	Nombre de cas suivis 5 ans	Perdus de vue	Morts par cancer	Morts par af. int.	Survies à 5 ans
N0 43	29	3	7	1	15
N1 59	47	2	16	3	26
N2 et N3 33	29	0	27	1	1
TOTAL 135	105	5	50	8	42

Comme un grand nombre de malades n'ont pas été soumis à la dissection des ganglions inguinaux, il est intéressant de connaître sur une série de 105 cas suivis cinq ans, le pronostic en fonction de l'examen clinique (Tab. 4).

Pour le groupe N0, les 7 morts par cancer comportaient au moins 4 fois une évolution maligne dans la région inguinale.

Pour les groupes N1, N2, N3, le pronostic est de plus en plus grave et les malades morts par cancer ont presque tous présenté des adénopathies inguinales malignes lorsqu'ils n'avaient pas subi d'évidement ganglionnaire. Il est très difficile d'apprécier numériquement le taux de cette complication du fait qu'elle est apparue très souvent à l'occasion d'une récurrence pénienne.



Cancer du scrotum avec adénopathie inguinale géante.

Tableau 5

**TRAITEMENT ISOLE DES LESIONS DE LA VERGE: 52 malades**

a) *Chirurgie: 13 cas*

Delais	AMPUTATIONS & EMASCULATIONS = 10 cas					ELECTROCHIRURGIE = 3 cas				
	No. de cas	Survies	Décès cancer	Décès A. I.	P. V.	No. de cas	Survies	Décès cancer	Décès A. I.	P. V.
1 an	10	5	5			3	3			
2 ans	5	4	1			3	3			
3 ans	4	3	1			3	2	1		
4 ans	3	3				2	2			
5 ans	3	2			1	2	2			
Survies: 2 sur 10						Survies: 2 sur 3				

b) *Physiothérapie: 28 cas*

Delais	RADIOTHERAPIE: 7 cas					RADIUMTHERAPIE: 21 cas				
	No. de cas	Survies	Décès cancer	Décès A. I.	P. V.	No. de cas	Survies	Décès cancer	Décès A. I.	P. V.
1 an	7	6		1		21	18	3		
2 ans	6	4	1	1		18	17	1		
3 ans	4	3		1		17	16	1		
4 ans	3	3				16	15			
5 ans	3	3				15	14	1		1
Survies: 3 sur 7						Survies: 14 sur 21				

c) *Traitements associés de la lésion locale: 11 cas (radiothérapie et chirurgie pour récurrence ou vice-versa)*

Delais	No. de cas	Survies	Décès cancer	Décès A. I.	P. V.
1 an	11	8	3		
2 ans	8	6	1	1	1
3 ans	6	5	1		
4 ans	5	5			
5 ans	5	5			
survies: 5 sur 11					

26 survies sur 52 cas = 50%

(21 cas récents montrent des succès à trois ans du CO<sup>60</sup> (11-8 succès))

Tableau 6

## TRAITEMENT DE LA LESION ET DES GANGLIONS

## A) CHIRURGIE LOCALE &amp; GANGLIONNAIRE: 26 cas

	Chirurgie locale et ganglionnaire = 19 cas					Chirurgie locale et ggl. + RX. = 7 cas				
	No. de cas	Survies	Décès cancer	Décès A. I.	P. V.	No. de cas	Survies	Décès cancer	Décès A. I.	P. V.
1 an	19	13	4		2	7	7			
2 ans	13	11	2			7	6			
3 ans	11	10	1			6	4	1	1	
4 ans	10	8	1	1		4	4			
5 ans	8	8				4	4			

## B) PHYSIOTHERAPIE LOCALE &amp; CHIRURGIE GANGLIONNAIRE: 7

1 an	7	6		1
2 ans	6	5	1	
3 ans	5	5		
4 ans	5	5		
5 ans	5	4	1	

## C) TRAITEMENT LOCAL &amp; PHYSIOTHERAPIE GANGLIONNAIRE: 8

1 an	8	4	3	1
2 ans	4		4	
3 ans				
4 ans				
5 ans				

*Remarques à propos du traitement*

Les types de traitements ont été très variés et l'on ne peut qu'en donner une vue d'ensemble.

Nous avons en général adopté la physiothérapie (roentgentherapie à 200 Kv, radiumpuncture, appareil moulé radifère) pour les lésions des types T1 et T2. En général, l'évidement ganglionnaire n'a pas été proposé lorsqu'il s'agissait d'un type N0 et parfois même N1.

Par contre, nous avons surtout adopté la chirurgie complétée par évidement ganglionnaire en discontinuité ou en monobloc lorsqu'une émasculation était pratiquée, lorsqu'il s'agissait de lésions du type T3 et T4, que l'examen des groupes ganglionnaires répondait au type N0, N1, N2 ou N3.

Les résultats relevés dans les séries suivies cinq ans sont figurés dans les tableaux 5, 6 en tenant compte du lot soumis à la chirurgie des ganglions inguinaux ou non.

Le choix des traitements énoncés plus haut ne permet pas de comparer la valeur respective de la phy-

siothérapie et de la chirurgie puisque tous les cas soumis à la chirurgie étaient par définition plus graves et plus adénogènes que les autres.

Il semble en général que les cas traités par Radiumthérapie soient exposés plus longtemps aux risques de récurrence et d'évolution maligne, alors que les cas soumis à la chirurgie ont un pronostic sévère pendant trois ans puis semblent ensuite mieux stabilisés.

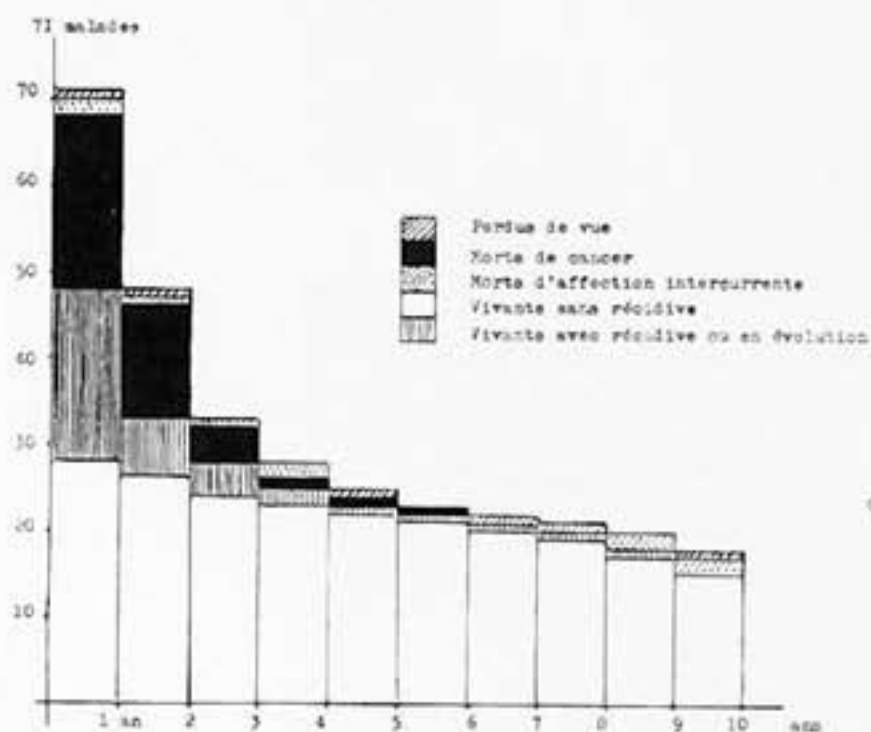
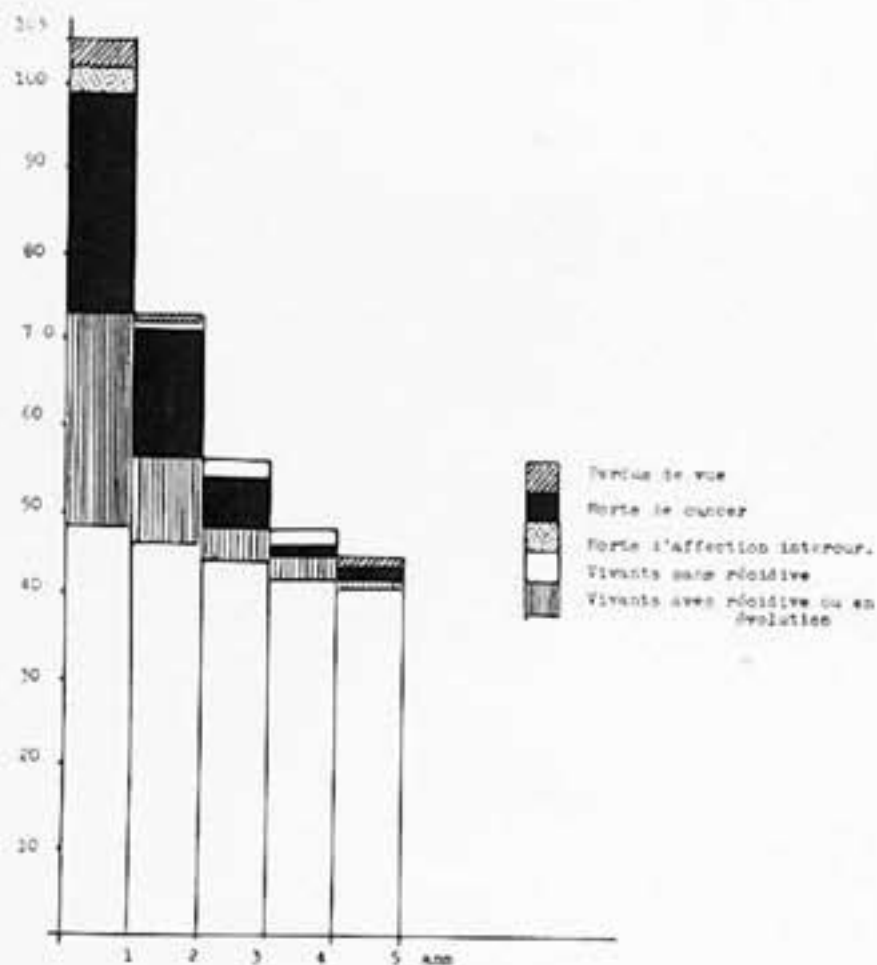
On peut remarquer aussi que l'irradiation systématique de l'aîne, sans évidement chirurgical est inefficace, alors qu'elle semble améliorer les résultats après la dissection de l'aîne.

Un tableau d'ensemble montre que l'extension tumorale a une importance primordiale et que le type T1 est d'un excellent pronostic (Tab. 7).

Une courbe d'ensemble des survies à cinq et dix ans montre que le risque d'évolution maligne sous forme de récurrences ou de métastases est très important pendant les trois ans qui suivent le traitement mais qu'il demeure pendant les dix années et même plus longtemps. La fréquence parmi les affections dites

Tableau 7  
SURVIES A CINQ ANS EN FONCTION DU STADE DE LA LESION LOCALE

	Nombre de cas	Perdus de vue	Morts par cancer ds les 5 premières années	Morts par af. interc.	SURVIES
T.1	11	0	1	0	10
T.2	49	4	19	4	22
T.3	31	1	20	3	10
T.4	5	0	5	0	0
T.?	6	0	5	1	0
	105				42 (40%)



"intercurrentes" de complications pulmonaires (7) fatales, dans les années consécutives nous font soupçonner une possibilité de métastases pulmonaires, mais l'absence de contrôle nécropsique ne permet pas de faire plus qu'une hypothèse.

Dans les séries récentes de malades suivis trois ans, on relève pour 21 cas non soumis au traitement ganglionnaire, 14 formes du type T2 traitées par Cobaltothérapie avec 8 succès.

Pour 8 cas soumis au traitement chirurgical en monobloc avec la dissection ganglionnaire, on relève 3 succès à trois ans; le malade est porteur d'un méat urétral sus pubien après exérèse des corps caverneux dans la totalité.

#### RESUME

Le diagnostic précoce du cancer pénien permet des traitements conservateurs par les radiations ionisan-

tes ou parfois l'électrochirurgie. Le caractère multifocal des lésions (cancéreuses ou précancéreuses) doit conduire à un contrôle fréquent des résultats pour pouvoir traiter une récidive dès son début. On peut appliquer le "wait and see" pour les territoires ganglionnaires. Il n'en est plus de même lorsque les systèmes caverneux sont envahis. La chirurgie sous forme d'amputation du pénis mobile, sans urétrotomie périnéale, est formellement conseillée comme opération de routine. L'émasculatation en monobloc doit être exceptionnelle. L'évidement ganglionnaire de l'aîne doit toujours être proposé, même si les ganglions sont à peine palpables. Le choix d'une incision (verticale sans branche transversale), l'ouverture de la gaine du couturier pour drainer la lymphe vers la profondeur, l'utilisation du drain d'aspiration de Redon diminuent beaucoup les risques de lymphorrhée et d'œdème chronique du membre inférieur.

Lorsque l'adénopathie est apparemment fixée et inflammatoire, il est bon de procéder en deux temps: amputation du pénis suivie dix à quinze jours après d'évidement ganglionnaire, afin d'éviter les complications vasculaires et tissulaires graves d'une exposition des vaisseaux fémoraux en milieu septique.

#### RESUMEN

El diagnóstico precoz del cáncer de pene permite hacer tratamientos conservadores por medio de radiaciones ionizantes y a veces por electrocirugía. El carácter multifocal de las lesiones (cancerosas o precancerosas) trae como consecuencia la obligación de controlar frecuentemente a los enfermos para tratar las recidivas en el momento en que se presente. Se puede aplicar el "wait and see" para los territorios ganglionares. La actuación es distinta cuando los

cuerpos cavernosos están invadidos. La cirugía en forma de amputación del pene, sin ureterostomía perineal es la operación de rutina que debe aconsejarse. La emasculación en monoblock debe ser excepcional. El vaciamiento ganglionar de la ingle debe proponerse siempre, aun cuando los ganglios sean apenas palpables. La elección de una incisión (vertical sin rama transversal), la abertura de la vaina del sartorio para drenar la linfa hacia la profundidad, la utilización del dren de aspiración de Redon disminuyen los riesgos de linforrea y de edema crónico del miembro inferior.

Cuando la adenopatía tiene aspecto inflamatorio y está fija, es conveniente proceder en dos tiempos: amputación del pene seguida 10 a 15 días después de vaciamiento ganglionar, con el objeto de evitar las complicaciones de vasos y tejidos en un medio séptico.