

Référentiel régional de RCP (RR-RCP)

**PRISE EN CHARGE DES  
CANCERS UROLOGIQUES**

Version Juillet 2015



# CANCERS UROLOGIQUES

## REFERENTIEL NORD PAS DE CALAIS

### REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement les professionnels de santé d'avoir contribué au travail de ce référentiel régional.

- ✓ **Date du référentiel adopté** : Juin 2006
- ✓ **Date d'actualisation** : Mai 2014
- ✓ **Date de publication** : Juillet 2015



Réseau Régional de Cancérologie Onco Nord Pas de Calais  
180 Rue Eugène Avinée – Parc Eurasanté – 59120 LOOS  
Tel : 03 20 13 72 10 - Fax : 03 20 86 11 27 [info@onco-npdc.fr](mailto:info@onco-npdc.fr) - Site Internet : [www.onco-npdc.fr](http://www.onco-npdc.fr)

# SOMMAIRE

<b>I. PRINCIPES GENERAUX .....</b>	<b>4</b>
<b>II. CONTRIBUTEURS.....</b>	<b>5</b>
<b>III. DECISION THERAPEUTIQUE EN CANCEROLOGIE .....</b>	<b>6</b>
<b>IV. CHARTE GRAPHIQUE.....</b>	<b>8</b>
<b>V. RECHERCHE CLINIQUE .....</b>	<b>9</b>
<b>VI. EXIGENCES QUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE.....</b>	<b>9</b>
<b>VII. REIN .....</b>	<b>10</b>
a) Bilan diagnostic.....	10
b) Classification TNM .....	11
c) Traitement.....	12
d) Surveillance .....	15
e) Consultation d'oncogénétique .....	16
<b>VIII. PROSTATE .....</b>	<b>17</b>
a) Diagnostic.....	17
b) Bilan pré thérapeutique .....	18
c) Classification TNM .....	20
d) Traitement.....	21
e) Surveillance .....	24
<b>IX. VESSIE.....</b>	<b>25</b>
f) Diagnostic.....	25
g) Classification TNM .....	26
h) Traitement.....	27
i) Surveillance .....	31
<b>X. VOIES EXCRETRICES .....</b>	<b>32</b>
a) Diagnostic.....	32
b) Bilan d'extension.....	32
c) Traitement.....	32
d) Surveillance .....	33
<b>XI. TESTICULES.....</b>	<b>34</b>
a) Diagnostic.....	34
b) Classification TNM/ pTNM.....	36
c) Marqueurs tumoraux sériques.....	37
d) Traitement.....	38
e) Surveillance .....	39
<b>XII. PENIS .....</b>	<b>41</b>
a) Diagnostic.....	41
b) Classification TNM .....	42
c) Traitement.....	43
d) Surveillance .....	44

# I. PRINCIPES GENERAUX

---

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 ».

\*\*\*\*\*

Article 64 (article r.4127-64 du code de la santé publique)

« Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.

Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. »

\*\*\*\*\*

## II. CONTRIBUTEURS

---

### **Coordination du groupe régional Urologie :**

Pr A. Villers, Urologue, CHRU de Lille

### **Sous-groupes de travail :**

#### ○ Rein :

Dr C. Ballereau, Urologue, Hôpital Privé La Louvière

Dr N. Berthon, Urologue, Polyclinique du Bois

Dr A. Caty, Oncologue médicale, Centre Galilée Lille

Dr C. Damaj, Urologue, CH Saint Omer

Dr V. Flamand, Urologue, CHRU de Lille

Dr N. Penel, Oncologue médical, Centre Oscar Lambret

#### ○ Prostate :

Dr I. Bonnet, Oncologue médicale, CH Valenciennes

Dr P. Danjou, Urologue, CH Lens

Dr P. Martin, Oncologue radiothérapeute, Centre Bourgogne

Dr D. Pasquier, Oncologue radiothérapeute, Centre Oscar Lambret

Pr A. Villers, Urologue, CHRU de Lille

#### ○ Vessie / TVES :

Dr P. Colin, Urologue, Hôpital Privé La Louvière

Dr F. Laestadius, Oncologue médical, Centre Oscar Lambret

Dr E. Lecornet, Urologue, Polyclinique Hénin Beaumont

Dr A. Ouzzane, Urologue, CHRU de Lille

Dr D. Pasquier, Oncologue radiothérapeute, Centre Oscar Lambret

#### ○ Testicules / Verge :

Pr A. Adenis, Oncologue médical, Centre Oscar Lambret

Dr S. Barbet, Urologue, Centre MCO Côte d'Opale

Dr A. Caty, Oncologue médicale, Centre Galilée Lille

Dr N. Deligny, Oncologue médicale, Centre de Cancérologie Les Dentellières Valenciennes

Dr H. Kouto, Oncologue radiothérapeute, Centre Galilée Lille

Dr F. Marcelli, Urologue, CHRU de Lille

Dr F. Laestadius, Oncologue médical, Centre Oscar Lambret

Dr N. Penel, Oncologue médical, Centre Oscar Lambret

Dr T. Ryckewaert, Médecin généraliste, Centre Oscar Lambret

### **Relectures**

➔ Présentation lors du Résou du 21.06.2014 et du 15.12.2014

➔ Ensemble du groupe de professionnels régional Urologie

➔ Validation lors du Résou du 20.06.2015

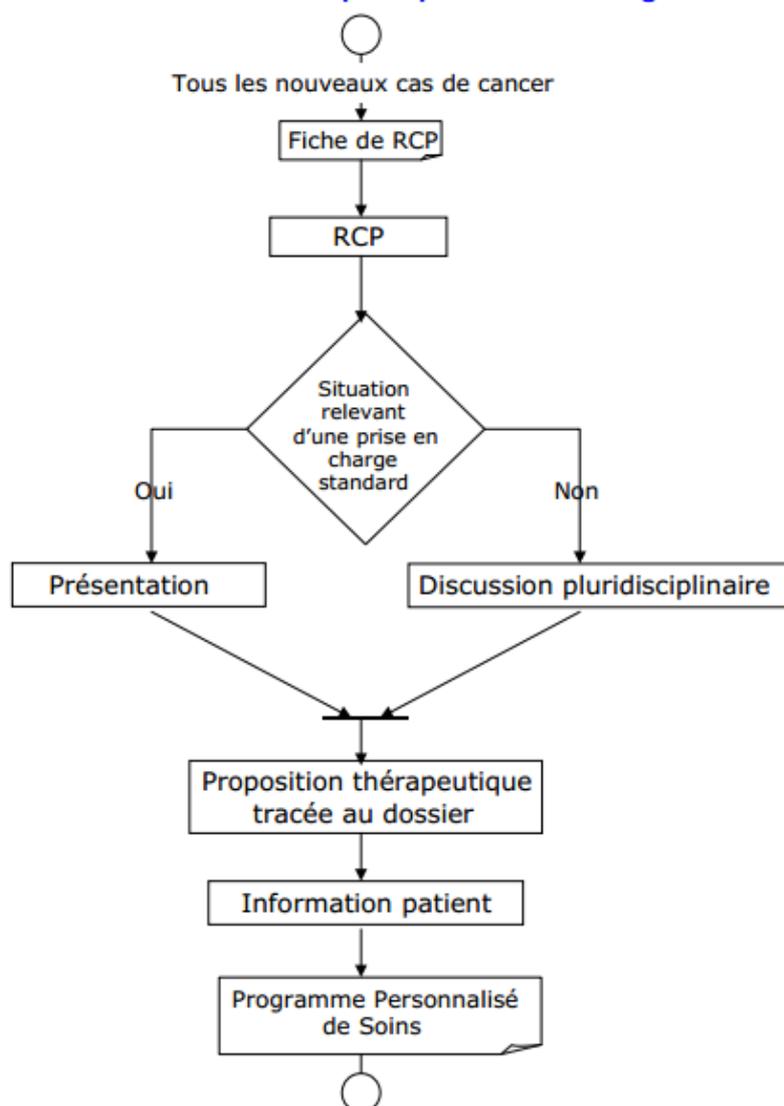
### III. DECISION THERAPEUTIQUE EN CANCEROLOGIE

Extrait du livret HAS/INCa « Réunion de concertation pluridisciplinaire en Cancérologie », Juin 2006.

juin 2006



#### Décision thérapeutique en cancérologie



## **Modalités d'organisation de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) dans le NPDC**

1- Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit être **présenté et validé par le président** de séance de la RCP **avant le premier acte thérapeutique**. Il peut s'agir d'un enregistrement simple 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. critère 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**.

**6- Les SOS sont intégrés dans l'organisation des RCP**

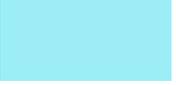
Fiche RCP Urologie en annexe 1

## IV. 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, ...)
	Traitement combinés (Radiothérapie Chimiothérapie concomitante, ...)
	Suivi / Surveillance
	Discussion en RCP

## V. RECHERCHE CLINIQUE

### **Essais cliniques nationaux et régionaux :**

INCa (Registre des essais cliniques) : <http://www.e-cancer.fr/recherche/recherche-clinique/registre-des-essais-cliniques/registre-des-essais-cliniques>

INCa (Essais Nord Pas de Calais) : [http://www.e-cancer.fr/recherche/recherche-clinique/registre-des-essais-cliniques/registre-des-essais-cliniques/recherche-avancee?EC\\_keywords=&familleorganique=0&organe=0&promoteur=&typeessai=0&randomise=&specialite=0&region=17&deptid=0&etablissement=&biomarqueurActive=0&biomarqueur=0&alteration=0&alteration\\_nojs=0&date\\_export=](http://www.e-cancer.fr/recherche/recherche-clinique/registre-des-essais-cliniques/registre-des-essais-cliniques/recherche-avancee?EC_keywords=&familleorganique=0&organe=0&promoteur=&typeessai=0&randomise=&specialite=0&region=17&deptid=0&etablissement=&biomarqueurActive=0&biomarqueur=0&alteration=0&alteration_nojs=0&date_export=)

Essais cliniques régionaux en Urologie : [http://www.onco-npdc.fr/page\\_In-372.html](http://www.onco-npdc.fr/page_In-372.html)

## VI. EXIGENCES QUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE

Annuaire régional d'offre de soins de support : <http://www.onco-npdc.fr/cartographie/annuaire-adultes>

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. 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. »

**Source : Référentiel national RCP Cancers du Poumon, INCa, CRRC, ACORESCA et sociétés savantes**

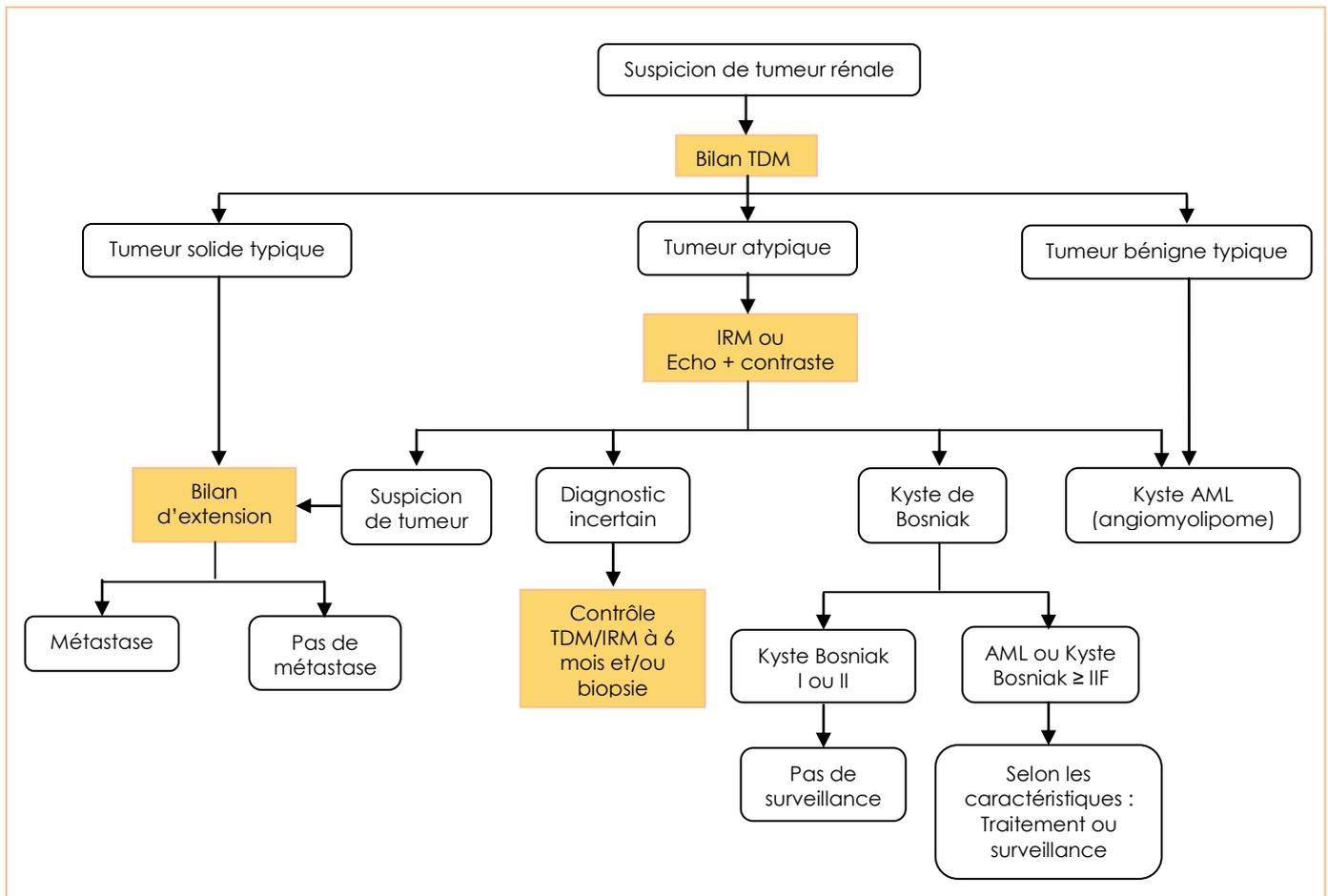
### **PRINCIPE GENERAL**

Une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) est mise en place à chaque étape de la prise en charge

## VII. REIN

### a) Bilan diagnostic

Source : ONCOLOR, Référentiel Rein 2012



**Place de la biopsie rénale** (Cf. CCAFU 2013):

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

## b) Classification TNM

Source : Classification UICC TNM des tumeurs malignes, 7<sup>ème</sup> édition, 2009



### T : Tumeur

<b>TX</b>	Le statut tumoral ne peut être défini
<b>T1a</b>	Tumeur ≤ à 4 cm localisée au rein
<b>T1b</b>	Tumeur > à 4 cm et ≤ à 7 cm localisée au rein
<b>T2a</b>	Tumeur localisée au rein > à 7 ≤ à 10 cm
<b>T2b</b>	Tumeur localisée au rein > à 10 cm
<b>T3a</b>	Envahissement du tissu adipeux péri rénal et / ou le tissu adipeux hilair mais pas le fascia de Gerota et / ou thrombus macroscopique dans le VR ou dans l'une de ses branches
<b>T3b</b>	Thrombus dans la veine cave sous le diaphragme
<b>T3c</b>	Tumeur s'étendant dans la veine cave au dessus du diaphragme ou envahissant la paroi musculaire de la veine cave
<b>T4</b>	Tumeur infiltrant au-delà du fascia de Gerota et / ou envahissement par contiguité de la surrénale

### N : Ganglions régionaux

<b>Nx</b>	Pas d'évaluation du statut GG
<b>N0</b>	Pas de métastases GG
<b>N1</b>	Métastase régionale GG dans un seul GG
<b>N2</b>	Métastase régionale GG dans plus d'un GG

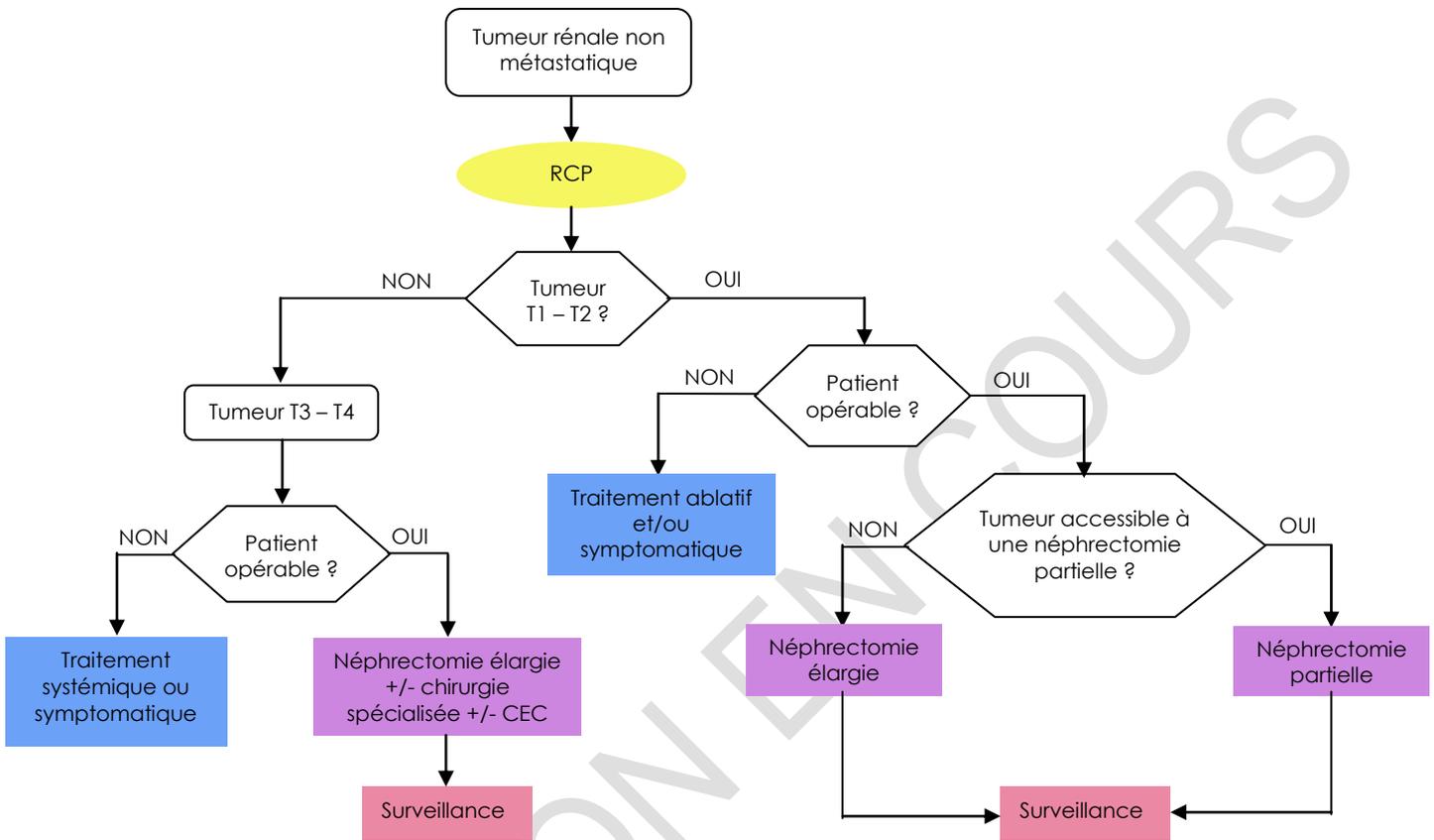
### M : Métastases à distance

<b>Mx</b>	Pas d'évaluation du statut métastatique
<b>M1</b>	Pas de métastases
<b>M2</b>	Métastase tissulaire à distance

### c) Traitement

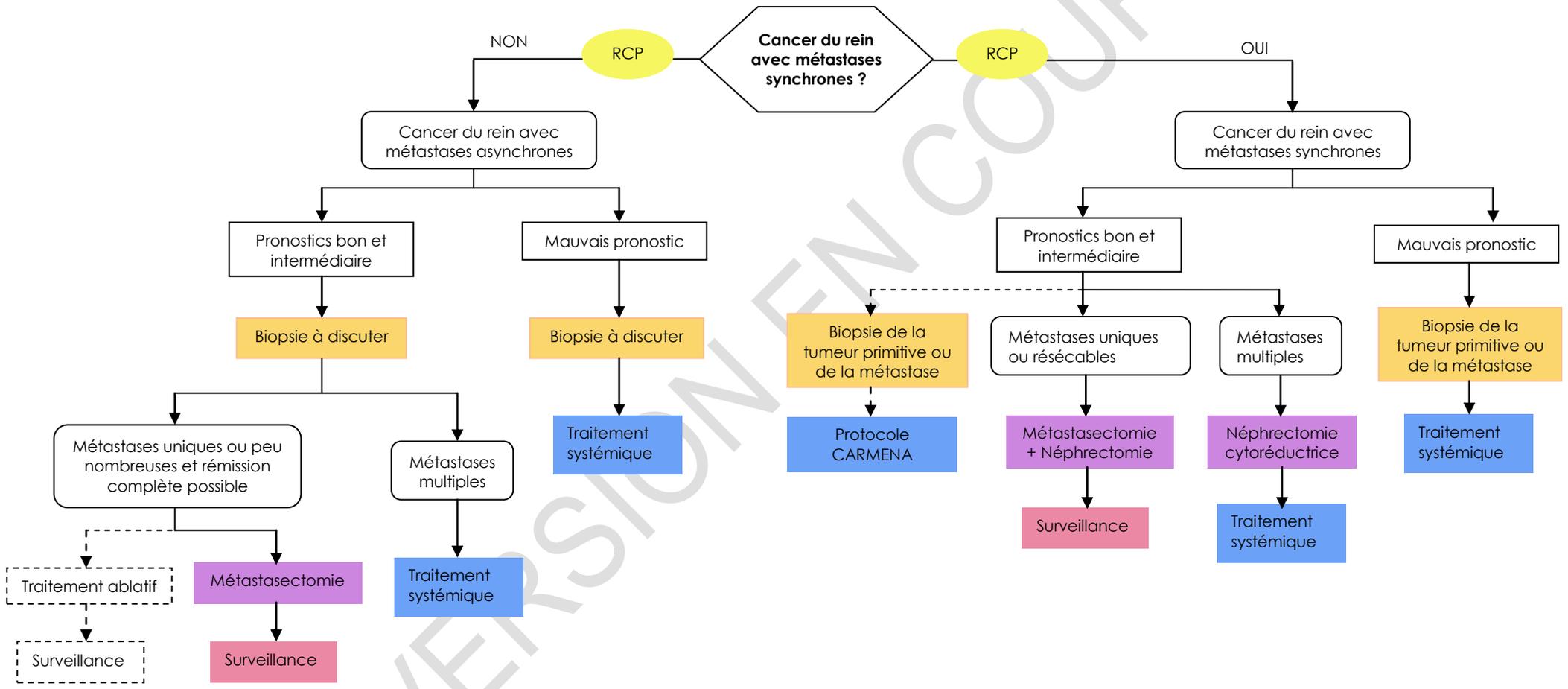
- o **Tumeur rénale non métastatique**

Source : ONCOLOR, Référentiel Rein 2012



o **Tumeur rénale métastatique**

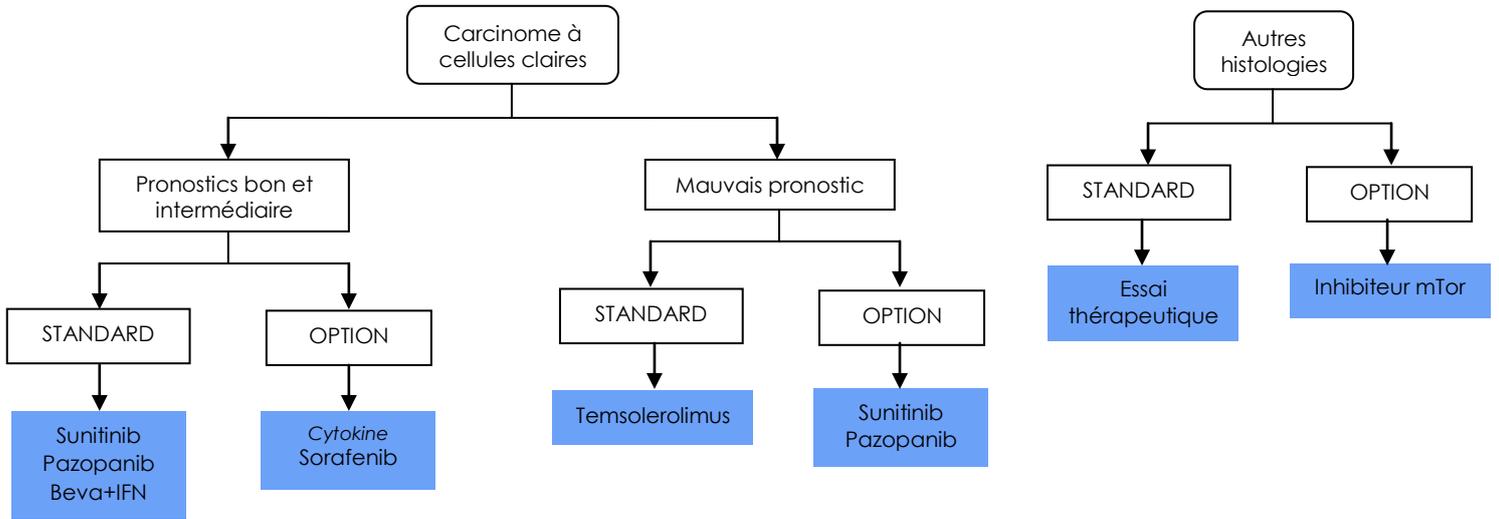
Source : CCAFU 2013, Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Cancer du rein



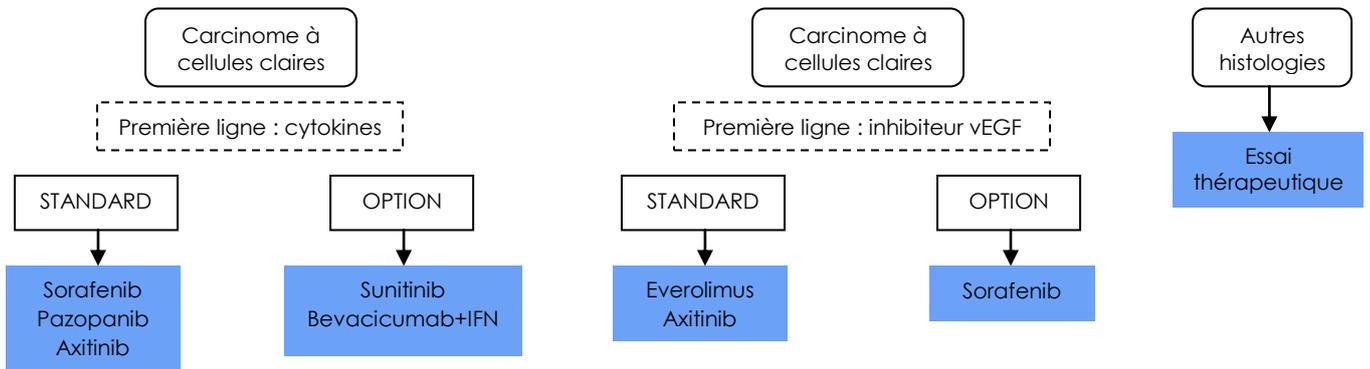
➔ Traitement médical du cancer du rein métastatique



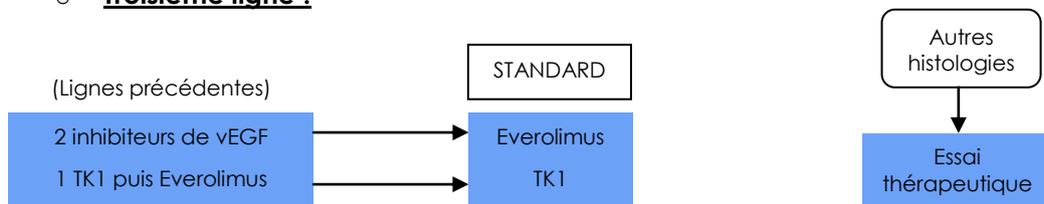
○ **Première ligne :**



○ **Deuxième ligne :**



○ **Troisième ligne :**

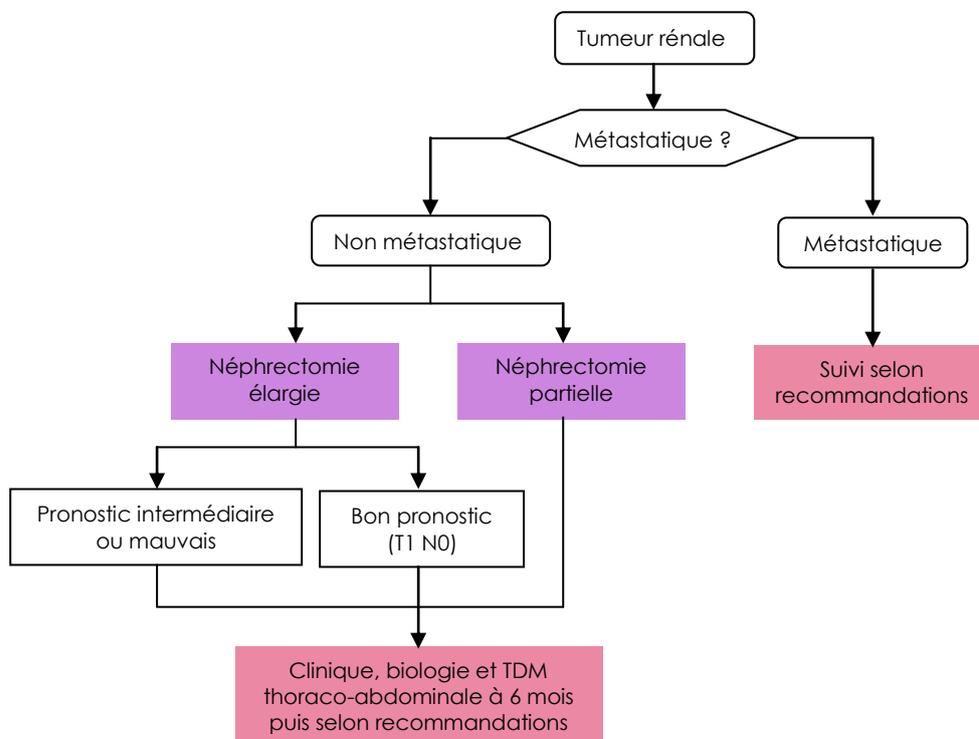


## d) Surveillance



Source : ONCOLOR, Référentiel Rein 2012

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.



## e) Consultation d'oncogénétique



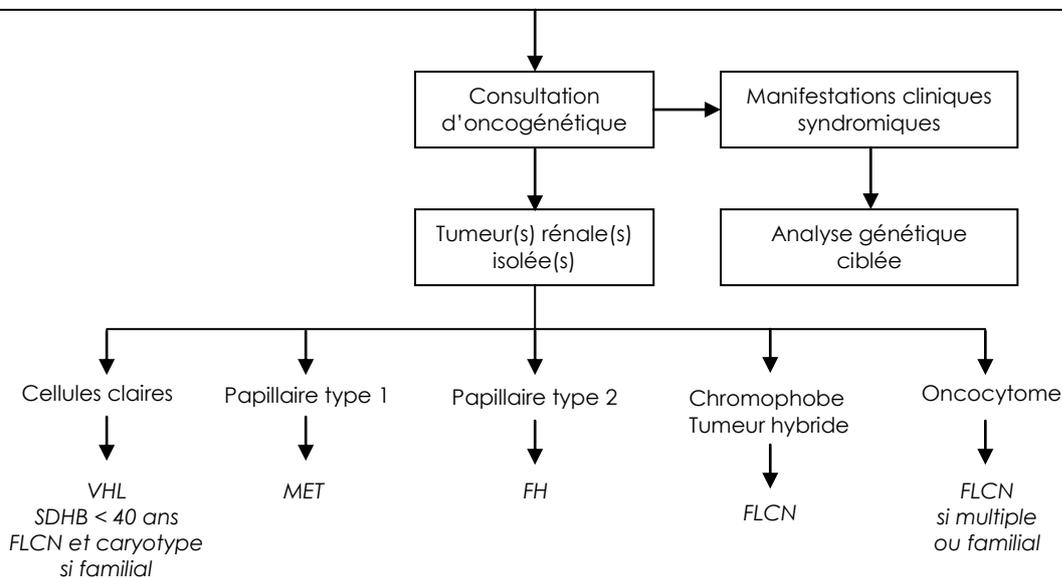
Source : CCAFU 2013, Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Cancer du rein (PREDIR 2012, simplifié)

**Rubrique oncogénétique (ONCO NPDC) :** <http://www.onco-npdc.fr/prises-charge-specifiques/onco-genetique/onco-genetique.html>

Patient présentant l'un des critères suivants :

- Tumeur rénale unique avant 40 ans\* (carcinome à cellules claires) ou quelque soit l'âge (papillaire type 1, papillaire type 2, chromophile, tumeur hybride oncocytome-chromophile)
- Tumeurs rénales multiples ou bilatérales
- Antécédent familial de tumeur rénale
- Association à d'autres manifestations cliniques (personnelles ou chez les apparentés)

\* ou 50 ans selon avis des oncogénéticiens +/- tumorothèque



## VIII. PROSTATE

### a) Diagnostic

Source : ONCOLOR, Référentiel Prostate 2012

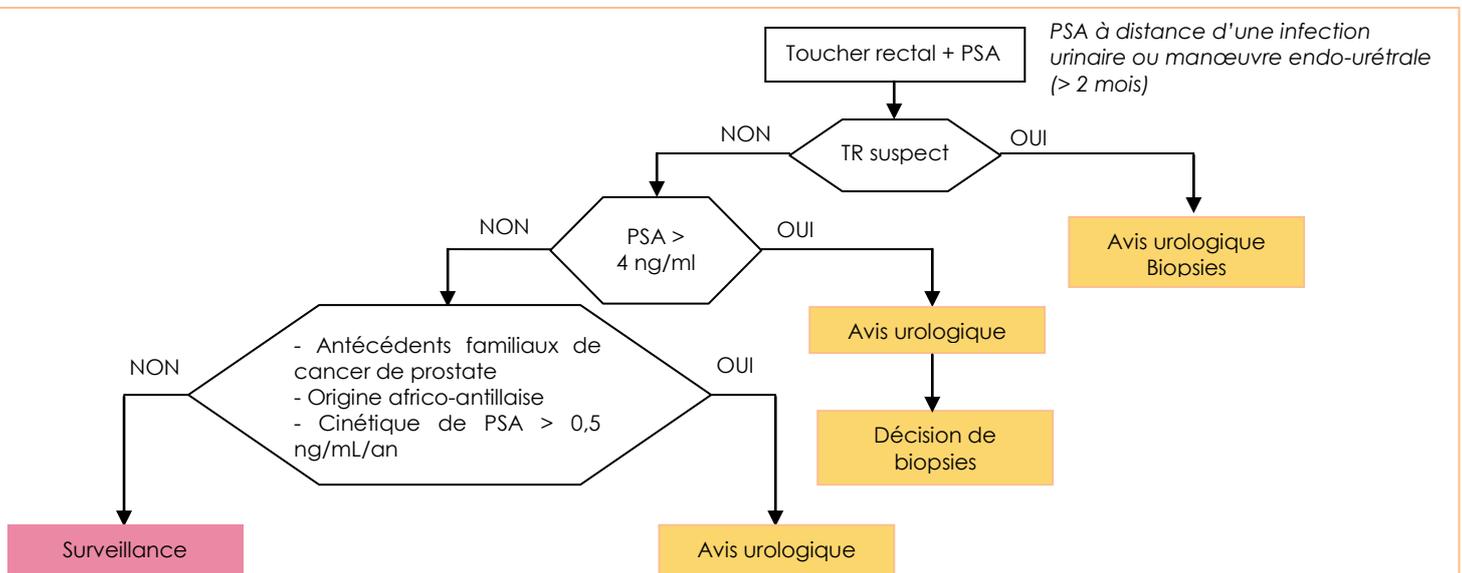


Prostate

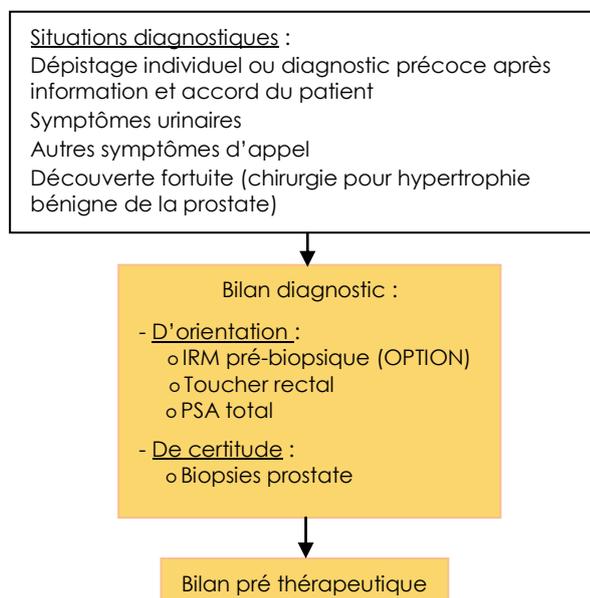
**Recommandations de l'Association Française d'Urologie** (AFU <http://www.urofrance.org/>) pour le dépistage individuel du cancer de la prostate si l'espérance de vie est  $\geq$  à 10 ans : Un dosage du PSA sérique total et un toucher rectal tous les ans dès 50 ans et jusqu'à 75 ans (dès 45 ans si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

#### Incidence et mortalité en France en 2009

Avec 53 465 nouveaux cas estimés en 2009, les cancers de la prostate restent les cancers les plus fréquents chez l'homme. Le taux d'incidence brut est de 176 pour 100000, le taux d'incidence standardisé mondial étant de 99,4. En 2009, 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 8 950 décès estimés en 2009, 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 80 ans.

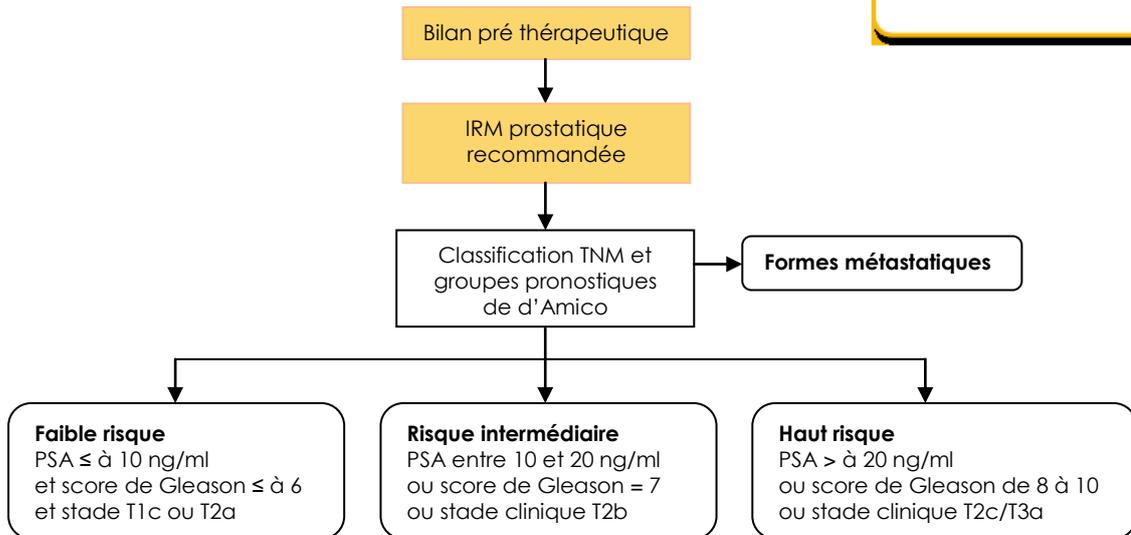


Le diagnostic peut se faire dans différentes circonstances :



## b) Bilan pré thérapeutique

Source : ONCOLOR, Référentiel Prostate 2012

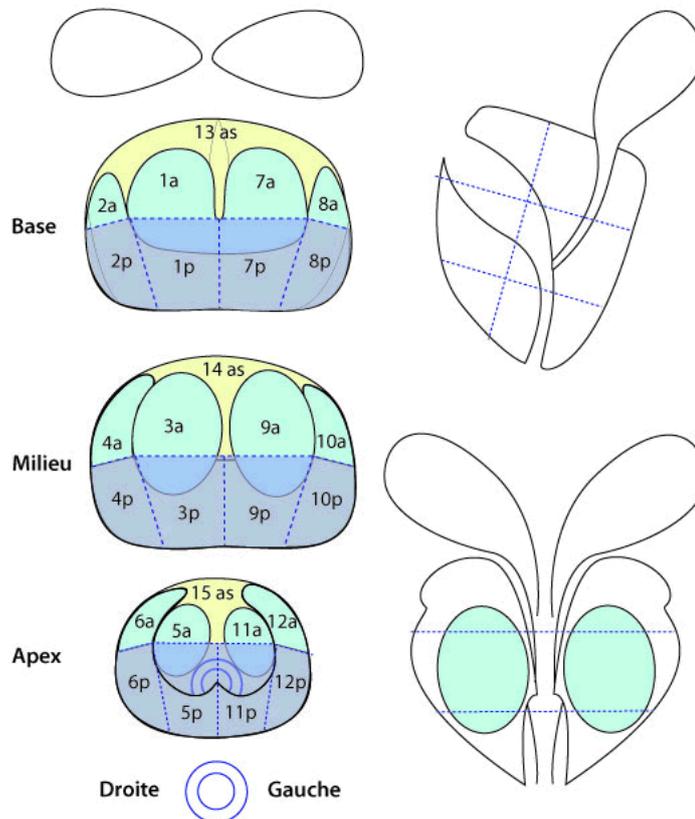


*Il faut tenir compte d'une éventuelle prise de Finasteride ou de Dutasteride (inhibiteur de 5  $\alpha$  reductase) susceptible d'abaisser de moitié le taux de PSA même en cas de cancer prostatique*

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



© Oncolor  
Adapté d'après Dickinson et al.

#### 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 [\[1\]](#)



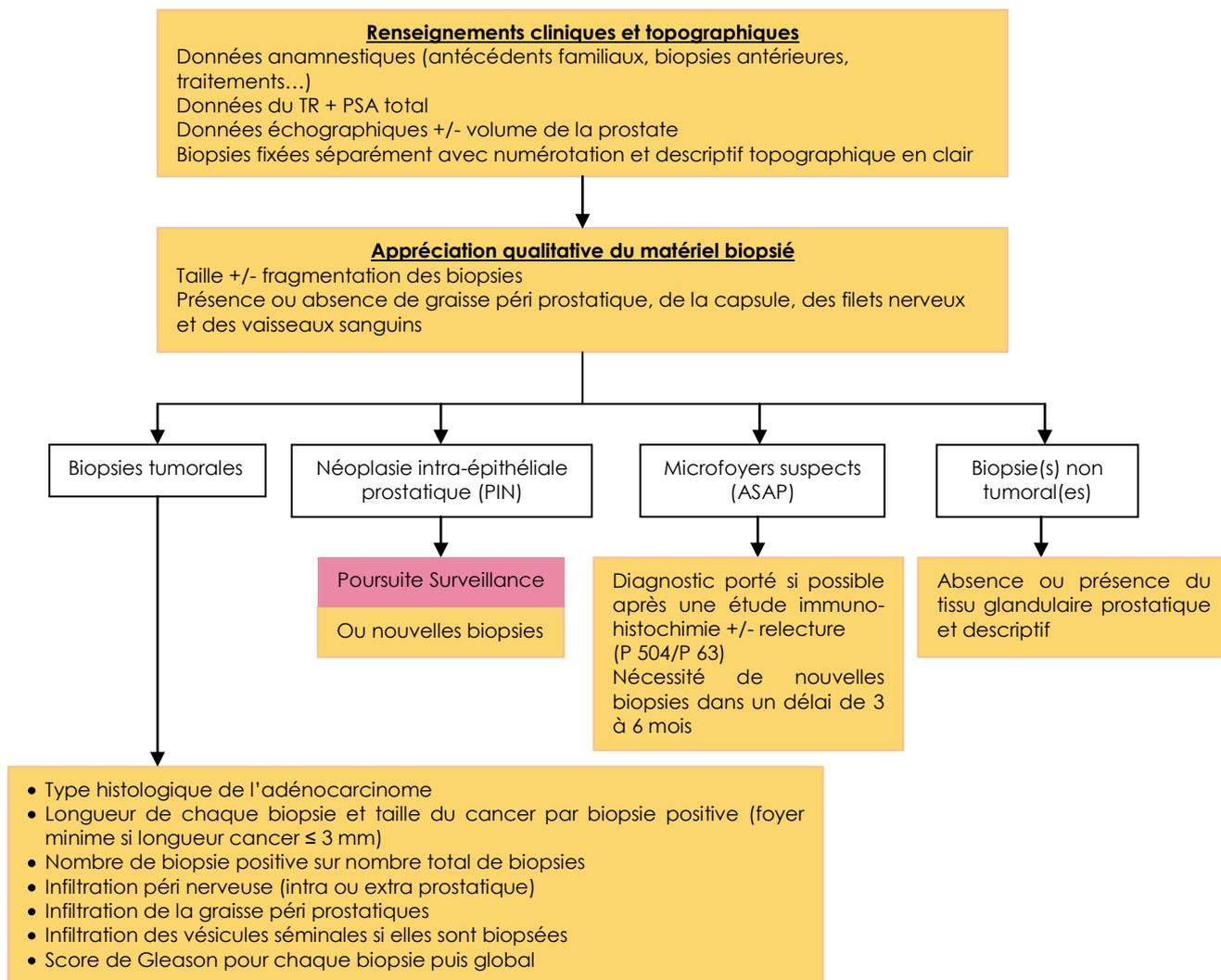
**Recommandations pour la bonne pratique des biopsies prostatiques**

(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 :**

Source : ONCOLOR, Référentiel Prostate 2012



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)

## c) Classification TNM

Source : Classification UICC TNM des tumeurs malignes, 7<sup>ème</sup> édition, 2009



### T : Tumeur

<b>TX</b>	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
<b>T0</b>	Pas de signe de tumeur primitive
<b>T1</b>	Tumeur indétectable ni cliniquement, ni par imagerie
<b>T1a</b>	Tumeur de découverte fortuite lors d'un examen histologique représentant moins de 5% du tissu réséqué
<b>T1b</b>	Tumeur de découverte fortuite lors d'un examen histologique représentant plus de 5% du tissu réséqué
<b>T1c</b>	Tumeur identifiée par biopsie à l'aiguille, par exemple dans le cas d'antigène prostatique spécifique (PSA) élevé
<b>T2</b>	Tumeur limitée à la glande prostatique
<b>T2a</b>	Tumeur envahissant la moitié ou moins d'un seul lobe
<b>T2b</b>	Tumeur envahissant plus de la moitié d'un lobe mais pas les 2 lobes
<b>T2c</b>	Tumeur envahissant les 2 lobes
<b>T3</b>	Extension tumorale au-delà de la capsule prostatique
<b>T3a</b>	Extension extracapsulaire (uni- ou bilatérale) incluant l'envahissement microscopique du col vésical
<b>T3b</b>	Tumeur envahissant la ou les vésicule(s) séminale(s)
<b>T4</b>	Tumeur fixée ou envahissant d'autres structures que les vésicules séminales (sphincter externe, rectum, muscles élévateurs ou la paroi pelvienne)

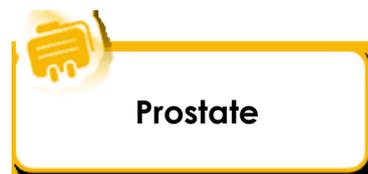
### N : Ganglions régionaux

<b>Nx</b>	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
<b>N0</b>	Pas d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
<b>N1</b>	Atteinte ganglionnaire régionale
<b>N1 mi</b>	Métastase ganglionnaire $\leq$ 0,2 cm (optionnel)

### M : Métastases à distance

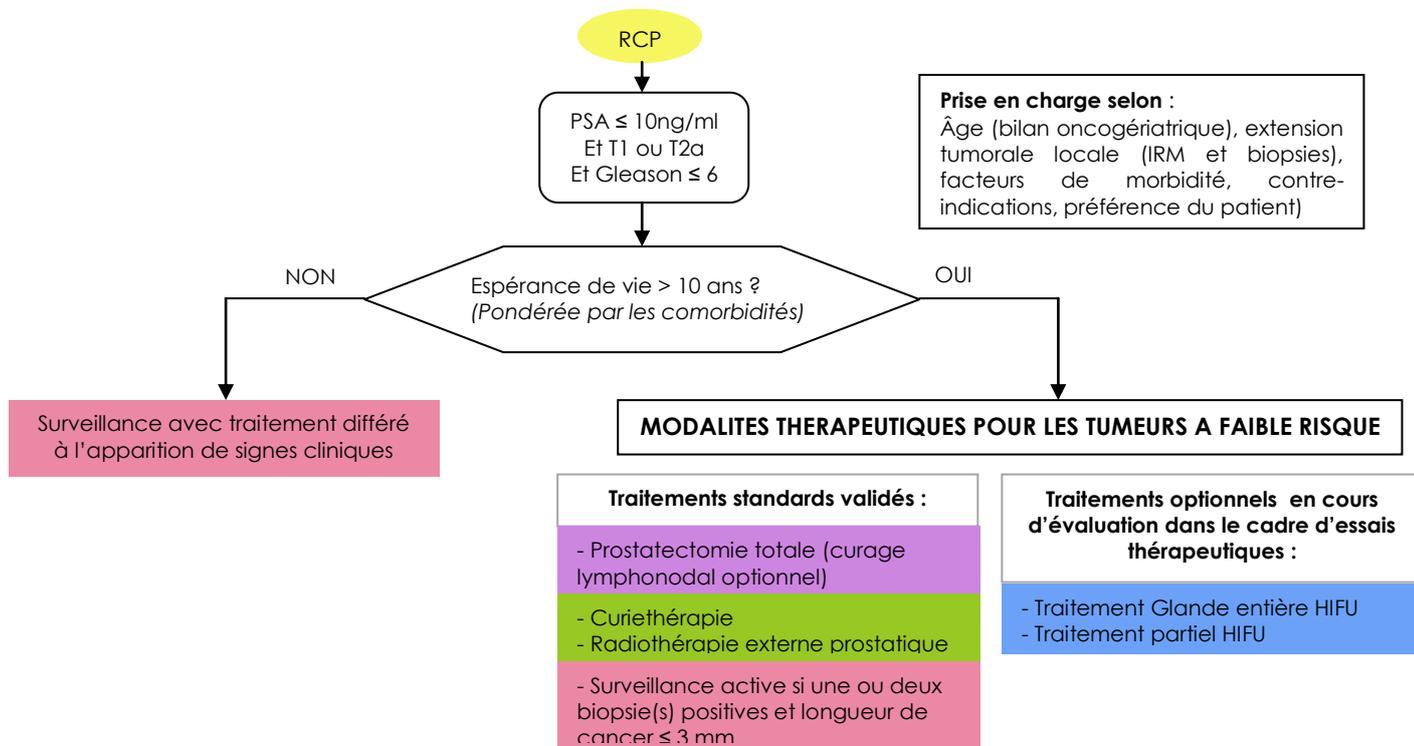
<b>M0</b>	Absence de métastase à distance
<b>M1</b>	Métastases à distance
<b>M1a</b>	Atteinte des ganglions non régionaux
<b>M1b</b>	Atteinte osseuse
<b>M1c</b>	Autres sites avec ou sans atteinte osseuse

## d) Traitement

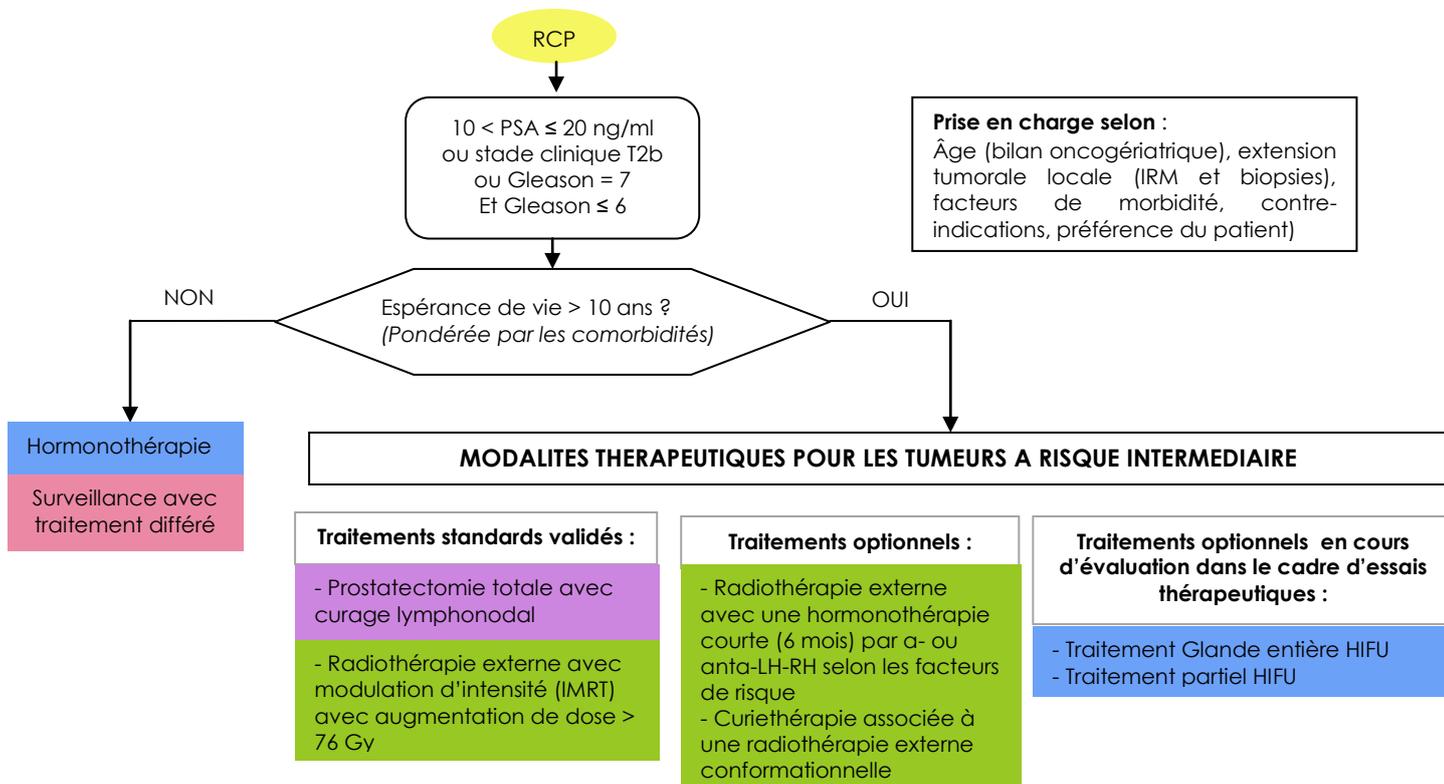


Sources : CCAFU 2013, Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Cancer de la prostate & ONCOLOR Référentiel Prostate 2012

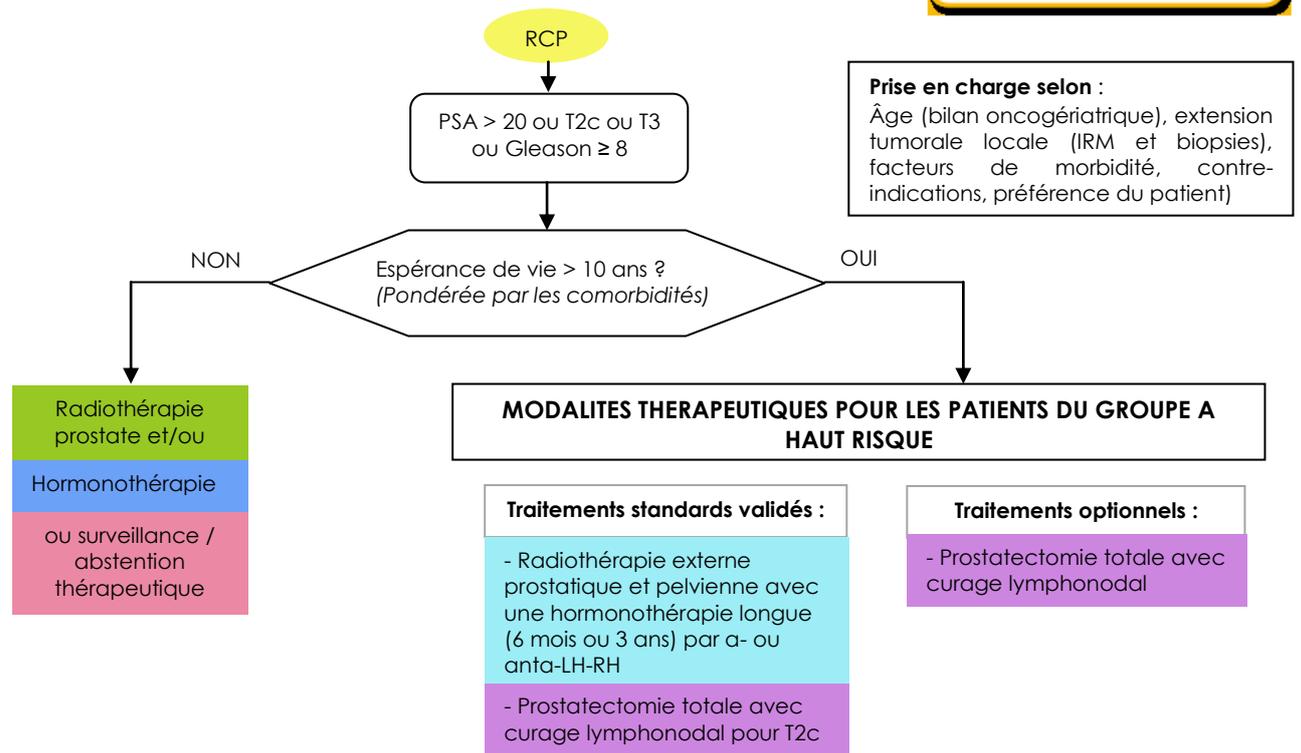
### o Cancer de la prostate à faible risque



### o Cancer de la prostate à risque intermédiaire



○ **Cancer de la prostate à haut risque**

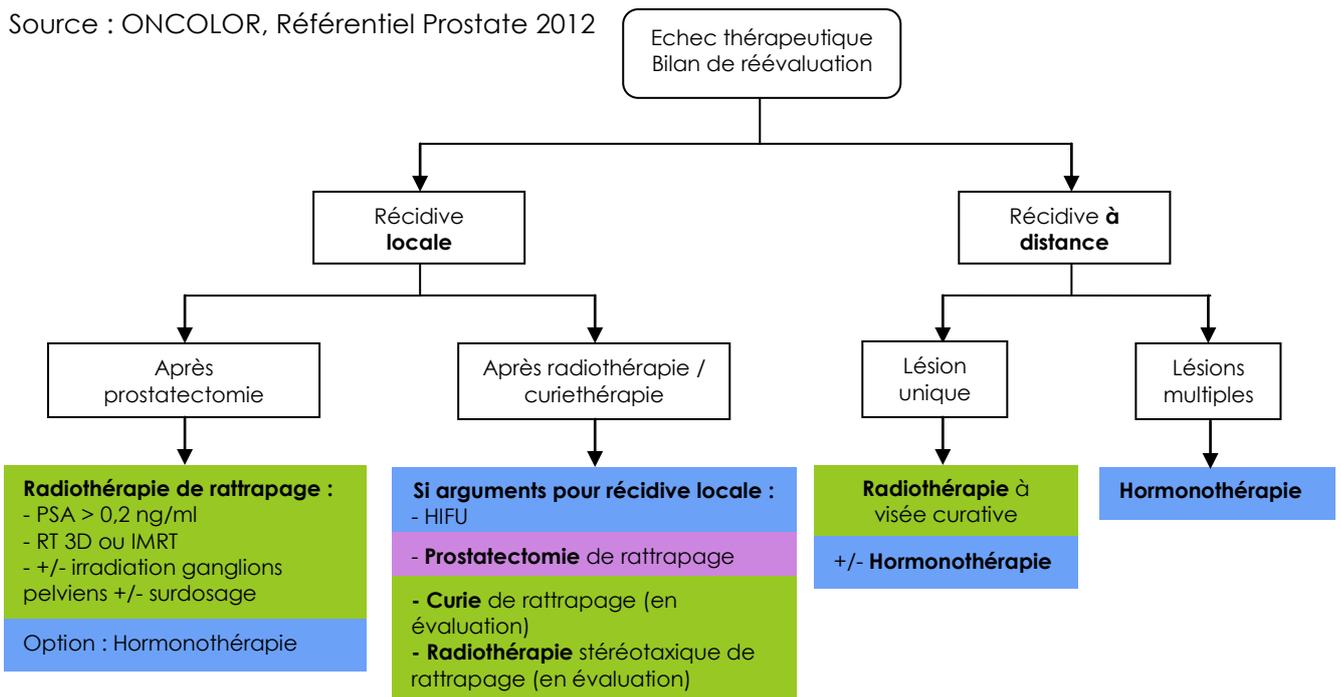


**Radiothérapie adjuvante**  
 Une atteinte extra-capsulaire (pT3), surtout si elle s'accompagne de marges positives, est associée à un risque de récurrence plus élevé : une radiothérapie adjuvante à la prostatectomie totale peut être proposée (Recommandation de grade A)

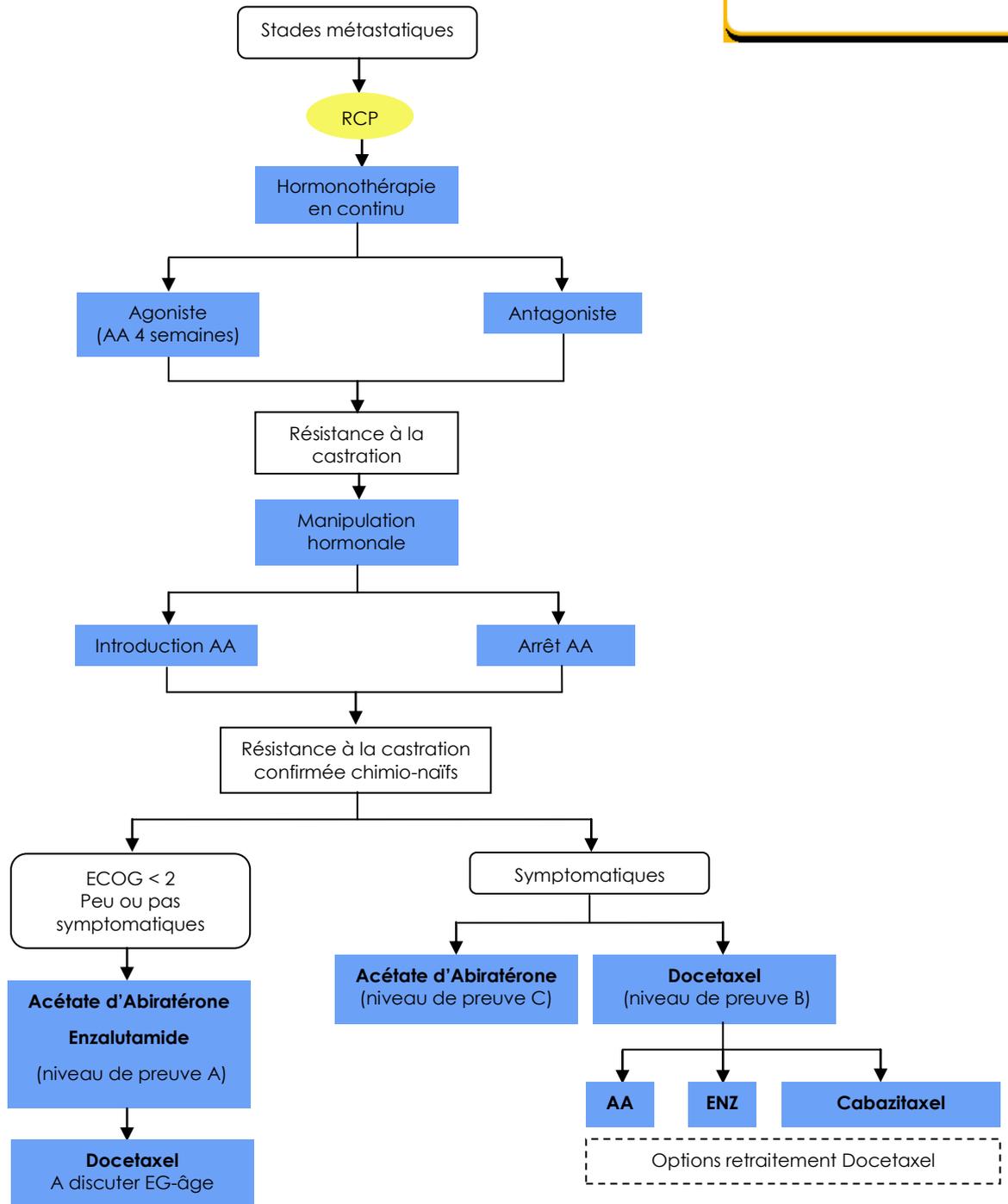
**En cas de curage si examen extemporané ou définitif positif** : la prostatectomie n'est pas réalisée

○ **Echec des traitements locaux**

Source : ONCOLOR, Référentiel Prostate 2012



○ **Cancers métastatiques**



**Traitement ciblant l'os** : 2 molécules disponibles

- (Acide Zolédronique)

- Denosumab

- Supériorité du 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 et soins dentaires si nécessaires
  - Durée de traitement recommandée : 24 mois +/- réévaluation



**Prévention des effets secondaires** (Cf. 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***

## e) Surveillance

Objectifs :

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

Méthodes :

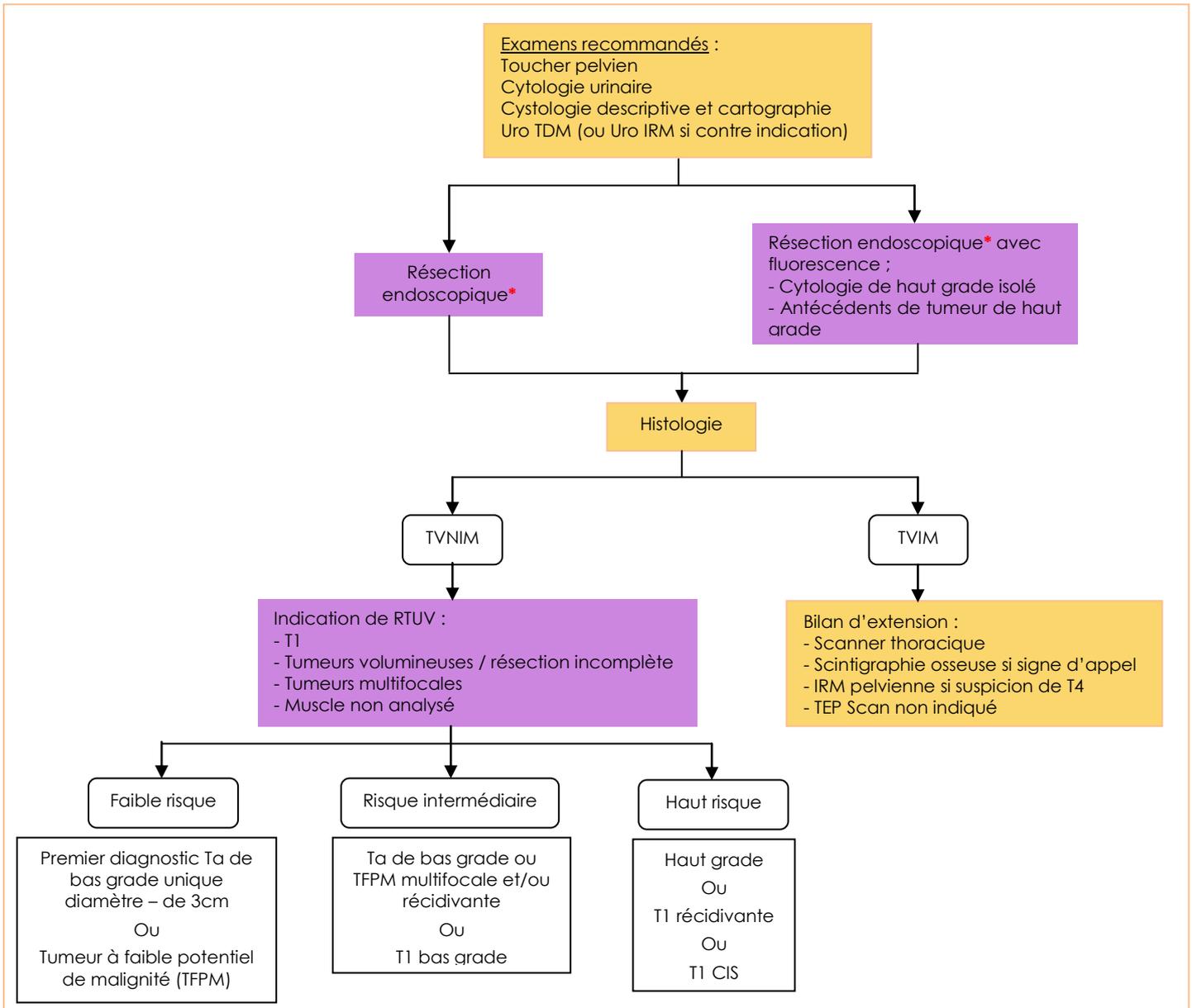
- o Clinique :  
Intérêt du TR à évaluer en fonction du type de traitement réalisé
- o Biologique :  
PSA  
Testostérone (en cas de castration chimique si suspicion d'échappement hormonal)

Remarque : aucun intérêt du dosage du PSA libre

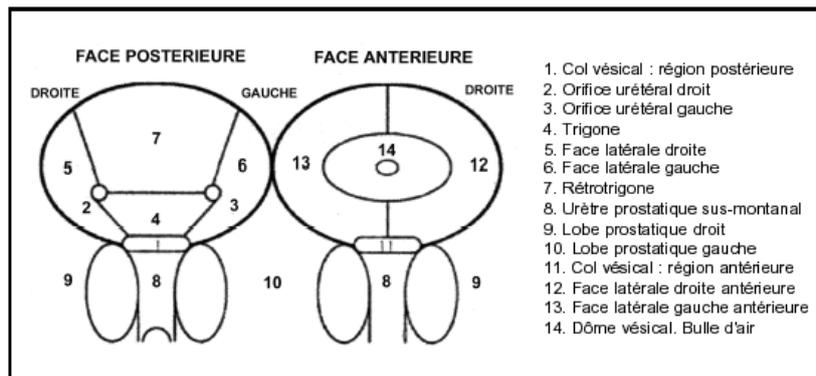
Surveillance en fonction du type de traitement : <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/recommandations-en-onco-urologie-2013-du-ccafu-cancer-de-la-prostate.html>

# IX. VESSIE

## f) Diagnostic



### \*Cartographie vésicale :



Source : ONCOLOR Référentiel Vessie 2012

## g) Classification TNM

Source : Classification UICC TNM des tumeurs malignes, 7<sup>ème</sup> édition, 2009



### T : Tumeur

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

### N : Ganglions régionaux

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

### M : Métastases à distance

<b>M0</b>	Absence de métastase à distance
<b>M1</b>	Métastases à distance

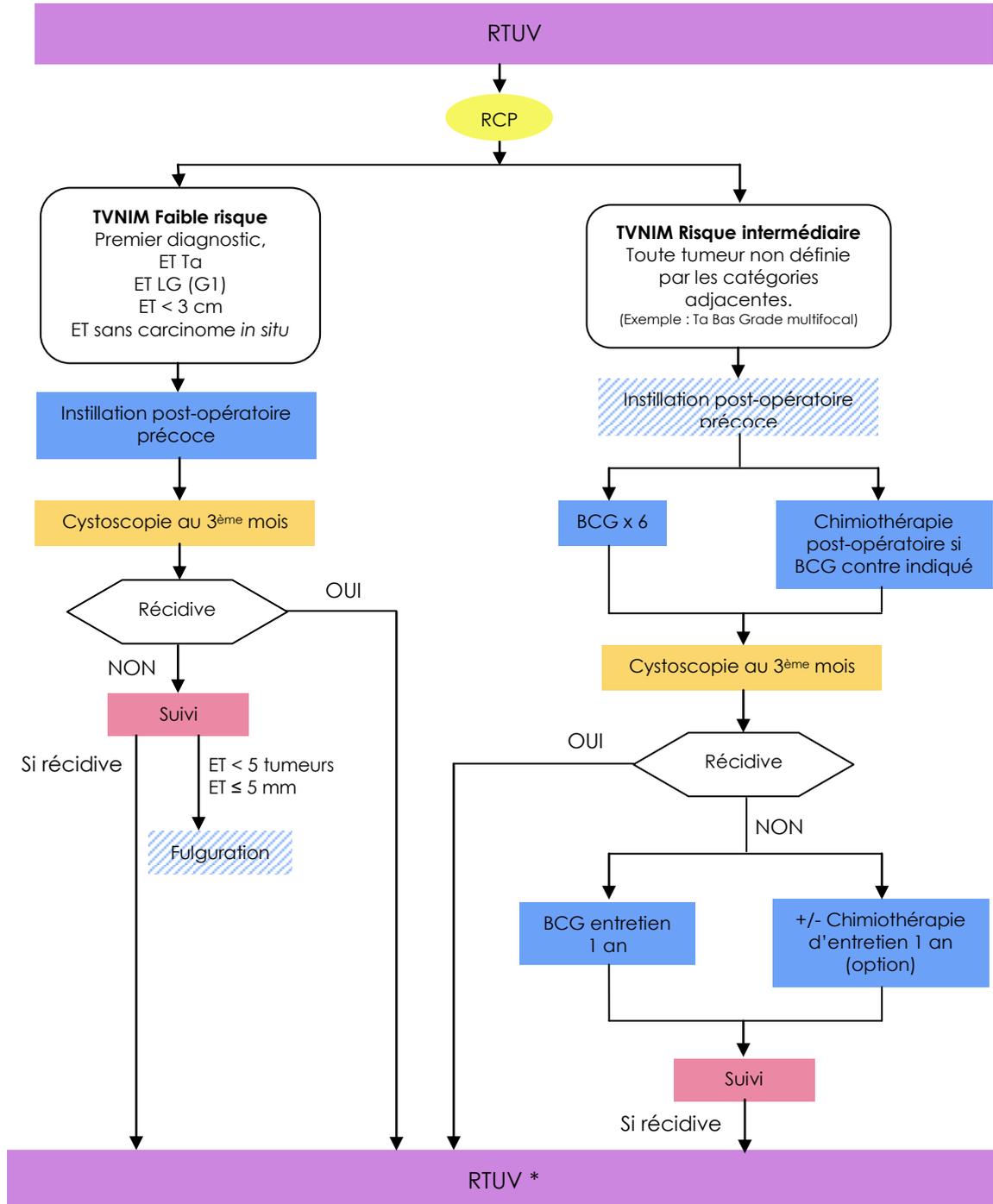
## h) Traitement



### ○ TVNIM

#### Prise en charge des TVNIM de faible risque et risque intermédiaire

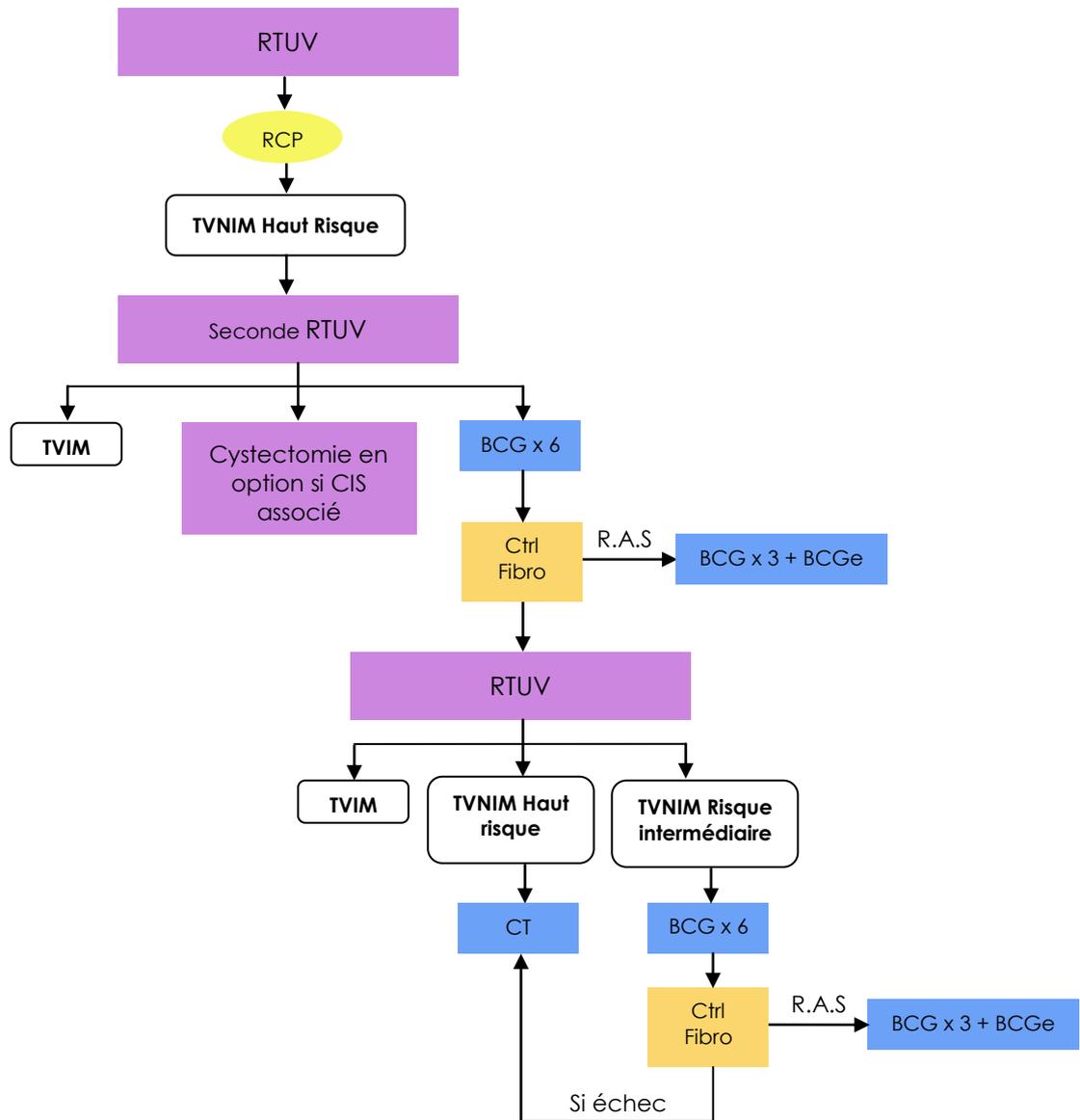
Source : Neuzillet Yann et collaborateurs, Forum du CCAFU, AFU 2013.



\* En cas de fulguration, elle doit être associée à une histologie  
Le photodiagnostic pour HEXVIX doit être disponible si besoin en référant le patient à un centre équipé

## Prise en charge des TVNIM de haut risque

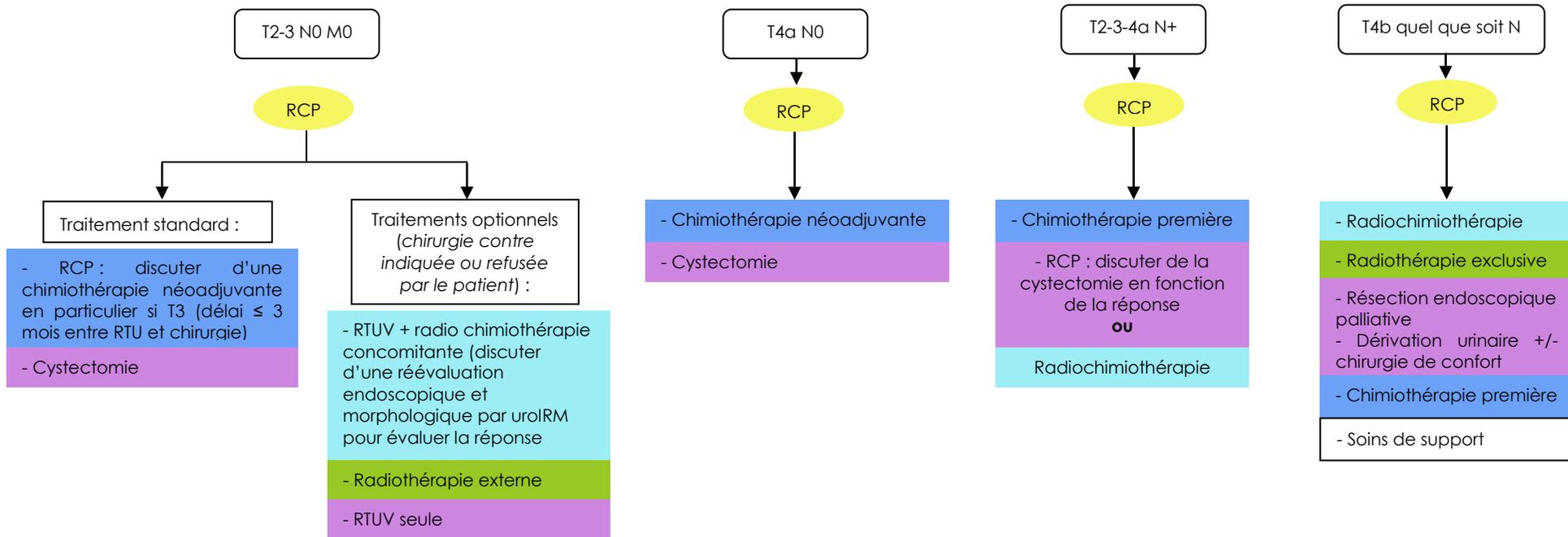
Source : Neuzillet Yann et collaborateurs, Forum du CCAFU, AFU 2013.



⇒ Cf. Annexes 2 Tables de l'EORTC pour la prédiction de la récurrence et de la progression des TVNIM

o TVIM

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



**Chimiothérapie néoadjuvante** (Source CCAFU 2013, Recommandations en uro-oncologie 2013 du CCAFU : Tumeurs de la vessie)

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 2013, Recommandations en uro-oncologie 2013 du CCAFU : Tumeurs de la vessie)

« La chimiothérapie adjuvante n'a pas encore fait la preuve de son efficacité dans les tumeurs infiltrantes de la vessie (**Niveau de preuve 2**). Elle peut être indiquée 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 (**Recommandation de grade B**). Cette chimiothérapie adjuvante ne doit pas être réalisée si la fonction rénale est altérée (clearance < 60 ml/mn) ou si l'état général du patient ne le permet pas (**Recommandation de grade A**) ».

**Métastatiques** (Source ONCOLOR Référentiel Vessie 2012 & CCAFU 2013, Recommandations en uro-oncologie 2013 du CCAFU : Tumeurs de la vessie)

Recommandations :

- ⇒ Chimiothérapie à base de sels de platine en 1<sup>ère</sup> 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

Lignes	Patients	
	Fit	Unfit
Première	MVAC/MVAC-HD/GC Grade A	G ou G-Carbi si PS ≤ 1 Grade B
Deuxième	Vinflunine Grade A	Soins de support Grade A

## i) Surveillance

Source : CCAFU 2013, Recommandations en uro-oncologie 2013 du CCAFU : Tumeurs de la vessie

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
<b>Faible (EORTC &lt; 7)</b>	Cystoscopie : au 3e et 12e mois puis annuelle pendant 10 ans (à vie si persistance de l'intoxication tabagique).
<b>Intermédiaire (7 &lt; EORTC &lt; 13)</b>	Cystoscopie : au 3e, 6e, 12e mois puis annuelle pendant 15 ans (à vie si persistance de l'intoxication tabagique). 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.
<b>Elevé (EORTC &gt; 14)</b>	Cystoscopie : au 3e, 6e, 9e, 12e mois, puis tous les 6 mois la 2e année, puis annuelle à vie. Cytologie urinaire : 3e, 6e, 9e, 12e mois, puis tous les 6 mois la 2e année, 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.

# X. VOIES EXCRETRICES



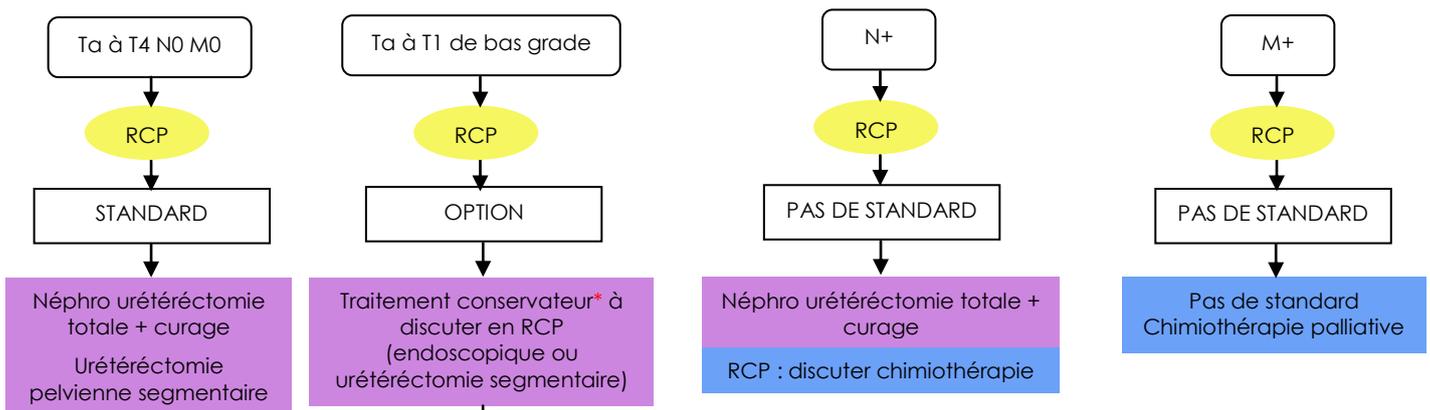
## a) Diagnostic

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

## b) Bilan d'extension

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

## c) Traitement



**\*CRITERES NECESSAIRES DU TRAITEMENT CONSERVATEUR**

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)**

Source : CCAFU 2013, Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure

## d) Surveillance



Source : CCAFU 2013, Recommandations en uro-oncologie 2013 du CCAFU : Tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure

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

#### **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.

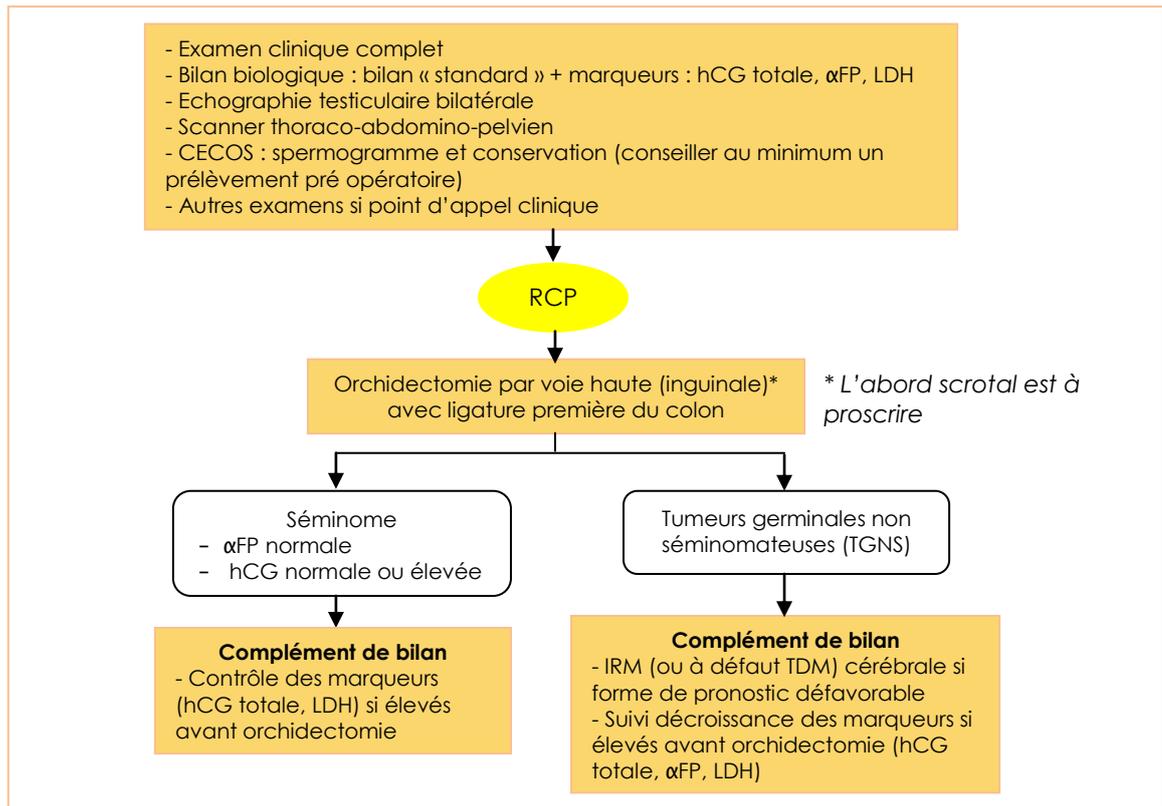
## XI. TESTICULES

### a) Diagnostic

(Source ONCOLOR Référentiel Tumeurs germinales 2012)



#### • Tumeurs germinales testiculaires

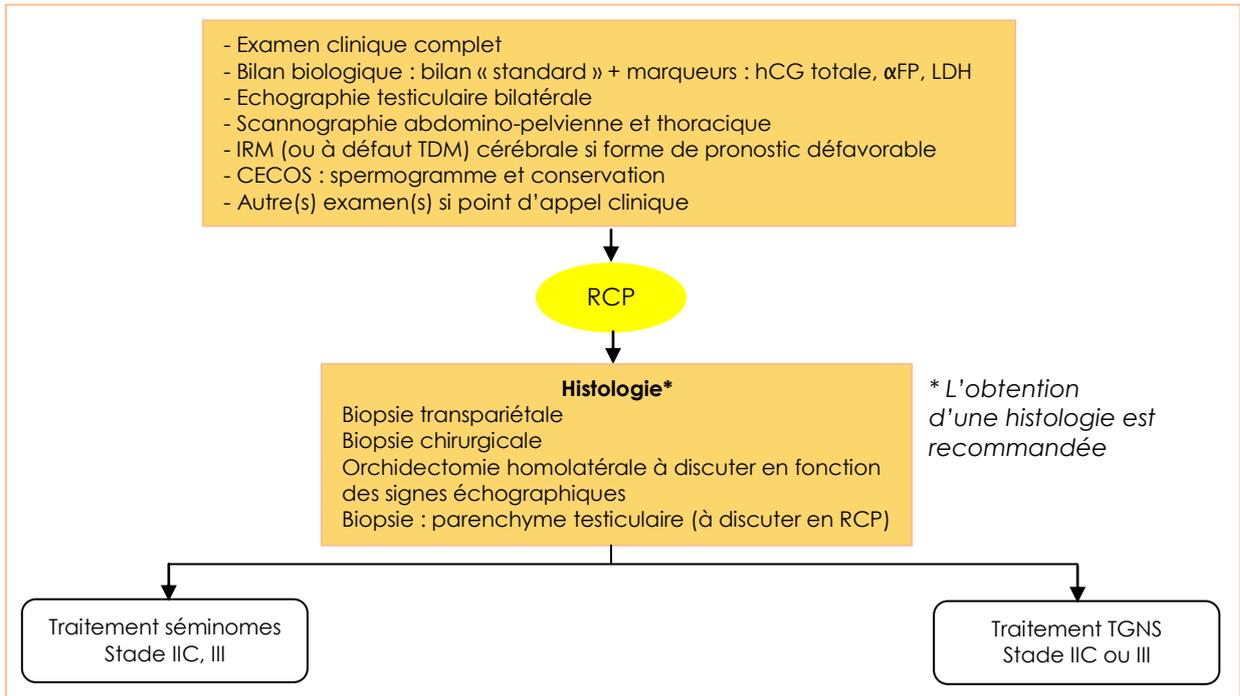


RCP de recours :

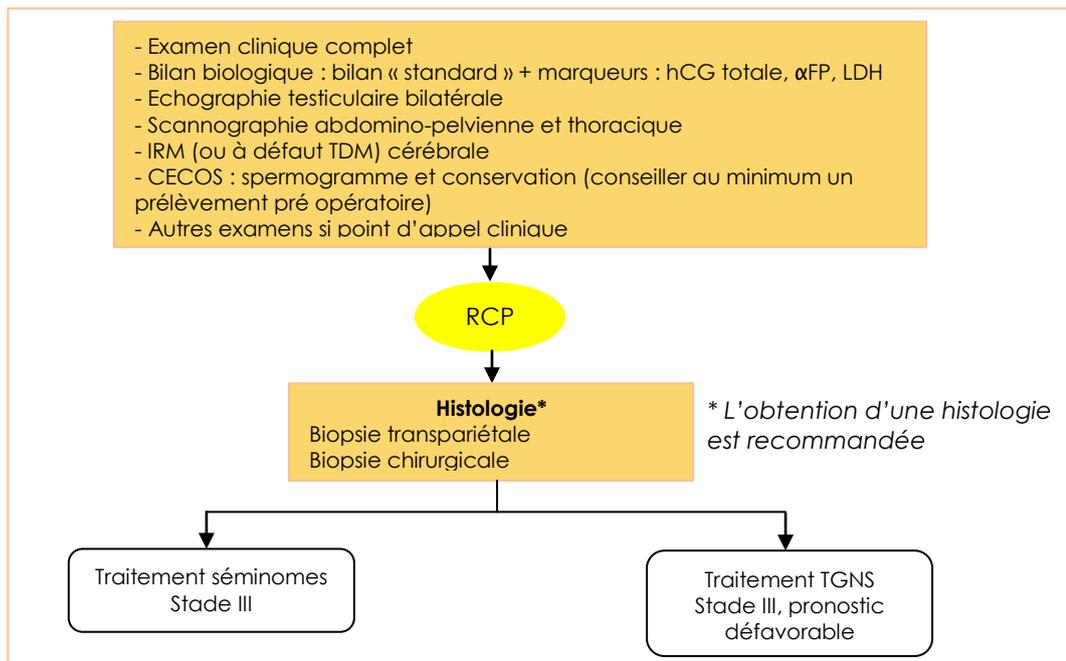
- Tumeur sur testicule unique et indications de chirurgie partielle
- Rechute
- Biopsies testicule controlatéral
- Résidus tumoraux opérés à histologie positive
- Tumeur testiculaire autre que tumeurs germinales



## • Tumeurs germinales du rétropéritoine



## • Tumeurs germinales du médiastin



## b) Classification TNM/ pTNM

Source : Classification UICC TNM des tumeurs malignes,  
7<sup>ème</sup> édition, 2009

### T : Tumeur

<b>pTX</b>	Impossibilité d'apprécier l'extension de la tumeur primitive
<b>pT0</b>	Pas de signe de tumeur primitive (par exemple lésion cicatricielle dans le testicule)
<b>pTis</b>	Carcinome intra-tubulaire (carcinome in situ)
<b>pT1</b>	Tumeur limitée au testicule et à l'épididyme sans invasion vasculaire/lymphatique ; ou extension atteinte possible de l'albuginée mais pas de la vaginale
<b>pT2</b>	Tumeur limitée au testicule et à l'épididyme avec invasion vasculaire/lymphatique ou extension tumorale au-delà de l'albuginée avec atteinte de la vaginale
<b>pT3</b>	Tumeur envahissant le cordon spermatique avec ou sans envahissement lymphatique/vasculaire
<b>pT4</b>	Tumeur envahissant le scrotum avec ou sans envahissement lymphatique/vasculaire

### N : Ganglions régionaux

<b>Nx</b>	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
<b>N0</b>	Pas de métastase ganglionnaire lymphatique régionale
<b>N1</b>	Envahissement d'un seul ganglion lymphatique $\leq 2$ cm dans sa plus grande dimension ou de plusieurs ganglions lymphatiques dont aucun ne dépasse 2cm dans sa plus grande dimension
<b>N2</b>	Envahissement d'un seul ganglion lymphatique $> 2$ cm mais $\leq 5$ cm dans sa plus grande dimension ou de plusieurs ganglions lymphatiques avec au moins un ganglion $> 2$ cm mais $\leq 5$ cm dans sa plus grande dimension
<b>N3</b>	Métastase dans un ganglion lymphatique $> 5$ cm dans sa plus grande dimension

<b>pNX</b>	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
<b>pN0</b>	Pas de métastase ganglionnaire lymphatique régionale
<b>pN1</b>	Envahissement d'un seul ganglion lymphatique $\leq 2$ cm dans sa plus grande dimension ou atteinte de 5 ganglions lymphatiques ou moins, aucun $> 2$ cm dans sa plus grande dimension
<b>pN2</b>	Envahissement d'un seul ganglion lymphatique $> 2$ cm mais $\leq 5$ cm dans sa plus grande dimension ou de plus de 5 ganglions lymphatiques, aucun $> 5$ cm, ou extension tumorale extra-ganglionnaire évidente
<b>pN3</b>	Métastase dans un ganglion lymphatique $> 5$ cm dans sa plus grande dimension

### M : Métastases à distance

<b>M0</b>	Pas de métastases à distance
<b>M1a</b>	Métastase dans des ganglions lymphatiques non régionaux, ou dans le poumon
<b>M1b</b>	Autres localisations

### c) Marqueurs tumoraux sériques

Source : Classification UICC TNM des tumeurs malignes, 7<sup>ème</sup> édition, 2009



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

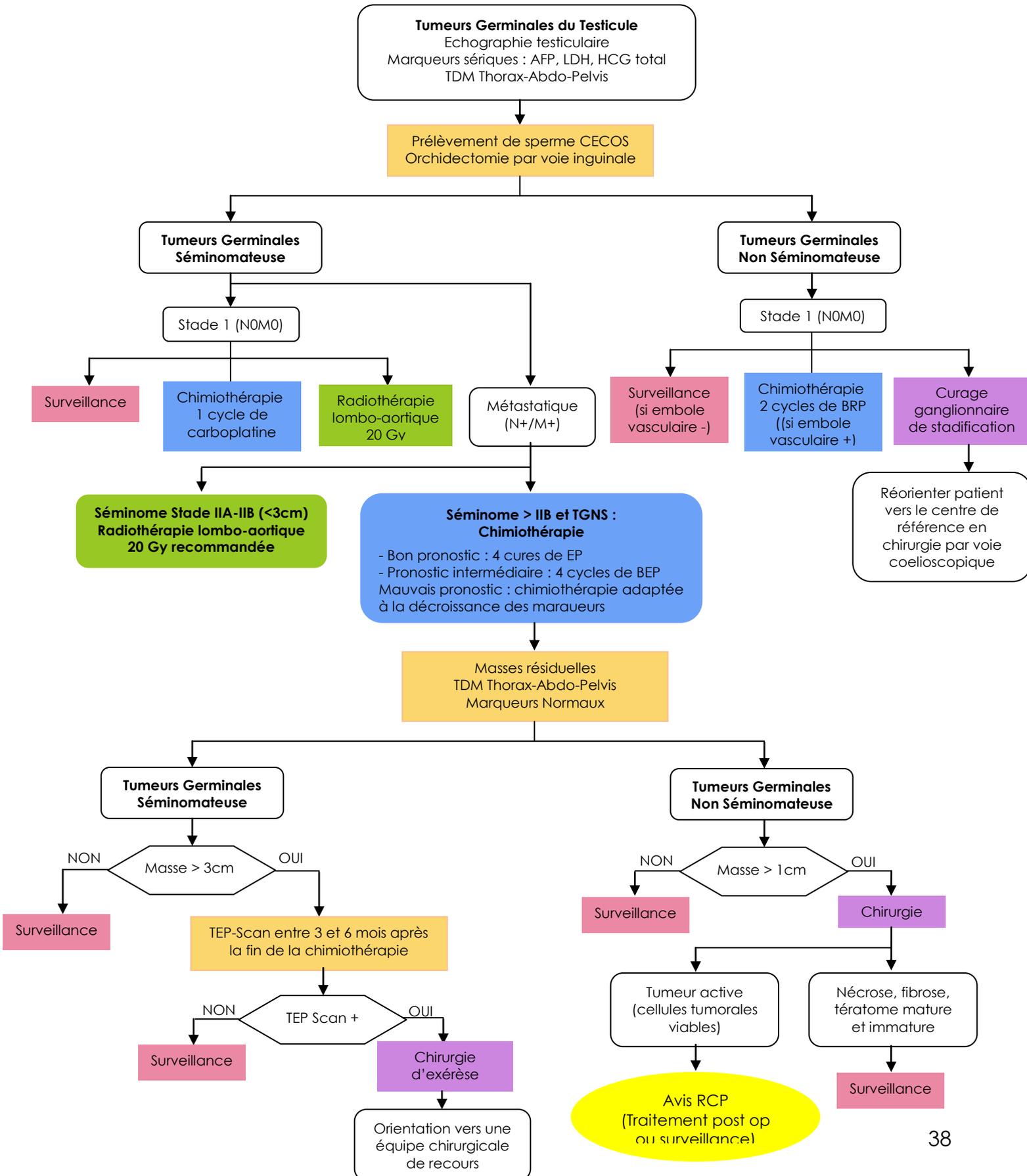
#### Groupement par stades

Stade 0	pTis	N0	M0	S0, SX
Stade I	pT1-4	N0	M0	SX
Stade IA	pT1	N0	M0	S0
Stade IB	pT2-4	N0	M0	S0
Stade IS	Tous pT/Tx	N0	M0	S1-S3
Stade II	Tous pT/Tx	N1-N3	M0	SX
Stade IIA	Tous pT/Tx	N1	M0	S0
	Tous pT/Tx	N1	M0	S1
Stade IIB	Tous pT/Tx	N2	M0	S0
	Tous pT/Tx	N2	M0	S1
Stade IIC	Tous pT/Tx	N3	M0	S0
	Tous pT/Tx	N3	M0	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	M0	S2
	Tous pT/Tx	Tous N	M1a	S2
Stade IIIC	Tous pT/Tx	N1-N3	M0	S3
	Tous pT/Tx	Tous N	M1a	S3
	Tous pT/Tx	Tous N	M1b	Tous S

## d) Traitement

Source : CCAFU 2013, Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Tumeurs germinales du testicule

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



**Remarque :** Le groupe de professionnels régional privilégie l'option radiothérapie pour les séminomes stade 1

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

### e) Surveillance

Source : Référentiel régional ONCOLOR, Tumeurs germinales, 2012

⇒ **Echographie testicule restant annuelle**

TGS		1 <sup>ère</sup> année	2 <sup>ème</sup> année	3 <sup>ème</sup> à 5 <sup>ème</sup> année	6 <sup>ème</sup> à 10 <sup>ème</sup> année
Surveillance ou radiothérapie ou chimiothérapie (carboplatine (Hors AMM))	Examen clinique et marqueurs ( $\alpha$ FP, LDH, hCG)	Tous les 4 mois	Tous les 4 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois
	TDM thoraco-abdomino-pelvien (si radiothérapie : espacer à 12 mois)	Tous les 6 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois	Tous les 12 mois

**Remarque :** Le TAP peut être espacé à 1 an en cas de RP lomboaortique réalisée

TGNS		1 <sup>ère</sup> année	2 <sup>ème</sup> année	3 <sup>ème</sup> à 5 <sup>ème</sup> année	6 <sup>ème</sup> à 10 <sup>ème</sup> année
Surveillance	Examen clinique et marqueurs ( $\alpha$ FP, LDH, hCG)	Tous les 3 mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois
	TDM thoraco-abdomino-pelvien	Tous les 6 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois	Tous les 12 mois
Chimiothérapie ou lymphadénectomie	Examen clinique et marqueurs ( $\alpha$ FP, LDH, hCG)	Tous les 3 mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois
	TDM thoraco-abdomino-pelvien	Tous les 12 mois	Tous les 12 mois	Tous les 12 mois	Tous les 12 mois

Tumeur germinale testiculaire métastatique	1 <sup>ère</sup> année	2 <sup>ème</sup> année	3 <sup>ème</sup> à 5 <sup>ème</sup> année	6 <sup>ème</sup> à 10 <sup>ème</sup> année
Examen clinique et marqueurs ( $\alpha$ FP, LDH, hCG)	Tous les 3 mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois
Radio thoracique	Tous les 3 mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois
TDM abdomino-pelvien	Tous les 6 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois	Tous les 12 mois

**Remarque :** échographie scrotale : 1 fois par an



### Protocoles de chimiothérapie :

#### Protocole EP

- ⇒ Cisplatine J1 à J5 : 20 mg/m<sup>2</sup>/J
- ⇒ Etoposide J1 à J5 : 100 mg/m<sup>2</sup>/J
- ⇒ **Reprise à J22**

#### Protocole BEP

- ⇒ Bléomycine : 30 mg à J1, J8 et J15
- ⇒ Etoposide J1 à J5 : 100 mg/m<sup>2</sup>/J
- ⇒ Cisplatine J1 à J5 : 20 mg/m<sup>2</sup>/J
- ⇒ **Reprise à J22**

#### Protocole VIP

- ⇒ Etoposide J1 à J5 : 75 mg/m<sup>2</sup>/J
- ⇒ Ifosfamide J1 à J5 : 1200 mg/m<sup>2</sup>/J
- ⇒ Cisplatine J1 à J5 : 20 mg/m<sup>2</sup>/J
- ⇒ Mesna J1 à J5 : 1500 mg/m<sup>2</sup>/J
- ⇒ **Reprise à J22**

#### Protocole VeiP

- ⇒ Vinblastine J1 et J2 : 0,11 mg/kg/J
- ⇒ Ifosfamide J1 à J5 : 1200 mg/m<sup>2</sup>/J
- ⇒ Cisplatine J1 à J5 : 20 mg/m<sup>2</sup>/J
- ⇒ Mesna J1 à J5 : 1500 mg/m<sup>2</sup>/J
- ⇒ **Reprise à J22**

#### Protocole TIP

- ⇒ Paclitaxel J1 : 175 mg/m<sup>2</sup>/J
- ⇒ Ifosfamide J1 à J5 : 1200 mg/m<sup>2</sup>/J
- ⇒ Cisplatine J1 à J5 : 20 mg/m<sup>2</sup>/J
- ⇒ Mesna J1 à J5 : 1500 mg/m<sup>2</sup>/J
- ⇒ **Reprise à J22**

## XII. PENIS

### a) Diagnostic



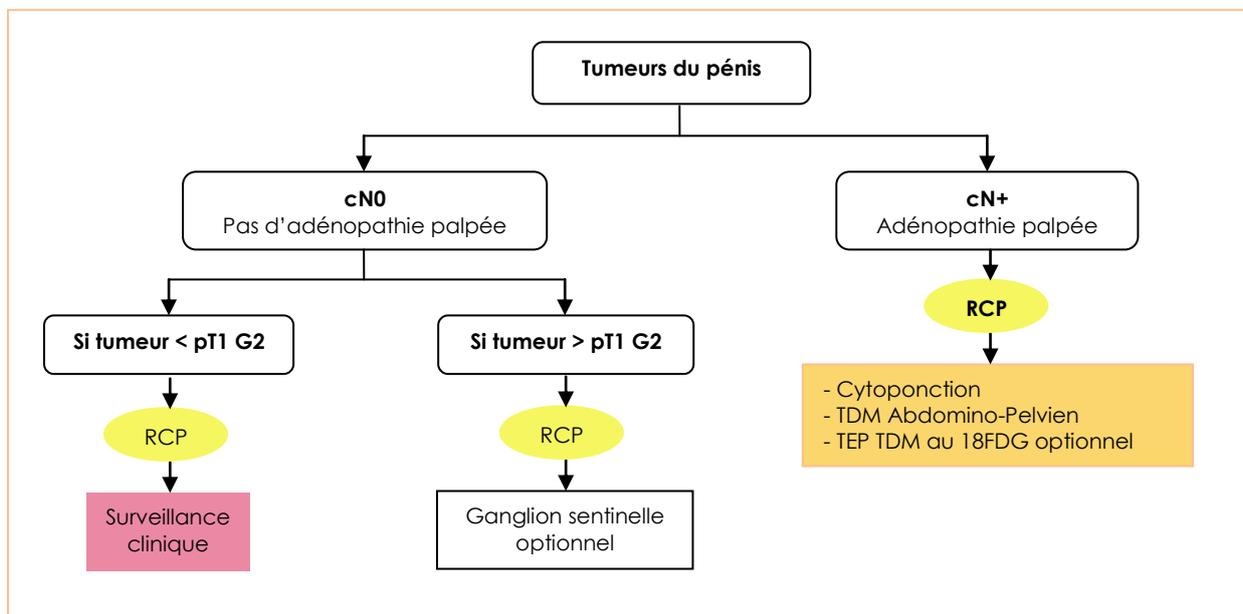
Source : CCAFU 2013, Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Tumeurs germinales du testicule

#### **Note :**

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

#### **Examens cliniques :**

Biopsie  
Palpation aires ganglionnaires  
IRM de verge



## b) Classification TNM

Source : Classification UICC TNM des tumeurs malignes,  
7<sup>ème</sup> édition, 2009



### T : Tumeur

<b>TX</b>	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
<b>T0</b>	Pas de signe de tumeur primitive
<b>Tis</b>	Carcinome in situ
<b>Ta</b>	Carcinome verruqueux non infiltrant
<b>T1</b>	Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial
<b>T1a</b>	Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial sans invasion des vaisseaux lymphatiques et qui n'est pas « peu différencié » ou « indifférencié »
<b>T1b</b>	Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial avec invasion des vaisseaux lymphatiques ou qui est « peu différencié » ou « indifférencié »
<b>T2</b>	Tumeur envahissant les corps spongieux ou caverneux
<b>T3</b>	Tumeur envahissant l'urètre
<b>T4</b>	Tumeur envahissant d'autres structures adjacentes

### N : Ganglions régionaux

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

<b>pNx</b>	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
<b>pN0</b>	Pas de ganglions lymphatiques régionaux
<b>pN1</b>	Métastase dans un seul ganglion inguinal
<b>pN2</b>	Métastases dans de multiples ganglions inguinaux ou atteinte métastatique inguinale bilatérale
<b>pN3</b>	Atteinte métastatique unilatérale ou bilatérale des ganglions lymphatiques pelviens ou extension extra-ganglionnaire des ganglions lymphatiques régionaux

### M : Métastases à distance

<b>M0</b>	Pas de métastases à distance
<b>M1</b>	Présence de métastase(s) à distance



### c) Traitement

Recommandations des indications thérapeutiques de la lésion pénienne			
Type de lésion	Options thérapeutiques	Niveau de preuve	Grade de recommandation
Tis, Ta, T1a	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biopsie – exérèse</li> <li>- Posthectomie</li> <li>- Laser CO2 ou Yag en option</li> <li>- Curiethérapie</li> </ul>	2b	C
T1b ou T2 du gland			C
T2 du corps du pénis			B
T3	- Amputation totale	2b	B
T4	Chimiothérapie néo-adjuvante et amputation si répondeur	3	C
Récidive locale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgie conservatrice</li> <li>- Amputation partielle ou totale</li> </ul>	2b	B

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ganglion sentinelle</li> <li>- OPTION : Lymphadénectomie inguinale modifiée bilatérale</li> </ul>	2a	B
Ganglion palpé	Cytoponction à l'aiguille			
	Négative	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance et refaire cytoponction</li> <li>- Lymphadénectomie inguinale modifiée bilatérale</li> </ul>	2a	B
	Positive	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lymphadénectomie inguinale totale du côté N+</li> <li>- Lymphadénectomie inguinale modifiée du côté cN0</li> </ul>	2a	B
Ganglions fixés		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chimiothérapie néo-adjuvante</li> <li>- Lymphadénectomie inguinale totale si bon répondeur</li> <li>- Radiothérapie ou prise en charge palliatif si non répondeur</li> </ul>	2a	B
Ganglion pelvien		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lymphadénectomie pelvienne si au niveau inguinal :</li> <li>- &gt; 2 ganglions métastatiques</li> <li>- Dépassement capsulaire</li> <li>- Image vue à la TDM en pelvien</li> <li>- Chimiothérapie néo-adjuvante ou adjuvante</li> </ul>	2a	B
Place de la chimiothérapie		<ul style="list-style-type: none"> <li>Surveillance si pN0 ou pN1</li> <li>Chimiothérapie néo-adjuvante ou adjuvante si ≥ pN2</li> </ul>	2b	B

## d) Surveillance

Source : CCAFU 2013, Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Tumeurs germinales du testicule



« 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 +++)

<b>Recommandations pour la surveillance des cancers du pénis</b>				
	<b>Fréquence de surveillance</b>		<b>Examen de surveillance</b>	<b>Grade de recommandation</b>
	<b>1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année</b>	<b>3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> année</b>		
Suivi de la tumeur pénienne				
Traitement conservateur	3 mois	6 mois	- Examen clinique ou - Auto palpation	C
Amputation	6 mois	12 mois	- Examen clinique ou - Auto-palpation	C
Suivi des aires ganglionnaires				
Surveillance sans lymphadénectomie initiale	3 mois	6 mois	- Examen clinique ou - Auto-palpation	C
pN0 après lymphadénectomie	6 mois	12 mois	- Examen clinique ou - Auto-palpation - Echographie inguinale - Cytoponction si adénopathie	C
pN+ après lymphadénectomie	3 mois	6 mois	- Examen clinique ou - Auto-palpation - Echographie inguinale - Cytoponction si adénopathie	C



**FICHE RCP  
UROLOGIE**

**Annexe 1**

**Informations générales sur le patient**

**Consentement** :  OUI  NON Identifiant patient INSC visible : .....

NOM D'USAGE : ..... **NOM DE NAISSANCE** : .....

**PRENOM** : ..... **Date de naissance** : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| Age : ...

**Ville de naissance** : ..... **Sexe** :  HOMME  FEMME

Adresse : .....

**Ville de résidence** : ..... Code Postal : |\_|\_|\_|\_|

Précédent passage en RCP :  OUI  NON

**Contexte de la RCP**

**RCP du** |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| RCP de recours :  OUI  NON

**Cas discuté en RCP** :  OUI  NON Lieu de la RCP : .....

FINESS : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Visio conférence : .....

**Intitulé de la RCP** :  Urologie

**Motif de la RCP** :

Démarche diagnostique  Surveillance après traitement  Autre : .....

Proposition de traitement  Ajustement thérapeutique

Commentaires : .....

**Médecin responsable de la séance** : .....

**Médecin référent** (demandeur): ..... Etablissement du médecin référent: .....

Médecin présentant le dossier (si différent du médecin référent du dossier) : .....

Médecin traitant : .....

Participants et présents :

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....



**FICHE RCP  
UROLOGIE**

**Informations cliniques (TNM) et paracliniques**

**Circonstances de découverte :**

*Choix unique*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dépistage organisé   | <input type="checkbox"/> Circonstance non connue |
| <input type="checkbox"/> Dépistage individuel | <input type="checkbox"/> Manifestation clinique  |
| <input type="checkbox"/> Découverte fortuite  |  |

Commentaires : .....

**Co morbidités :**

**Pathologie cardiovasculaire digestive**

- Artérite des membres inférieurs
- OHTA
- Insuffisance coronarienne
- Valvulopathie
- Trouble du rythme
- Insuffisance cardiaque
- Autre

**Pathologie rénale neuropsychiatrique**

- Insuffisance rénale
- Autre

**Grossesse**

**Pathologie métabolique**

- Diabète insulino-dépendant
- Obésité
- Hyperlipidémie
- Autre

**Pathologie respiratoire**

- Insuffisance respiratoire
- Asthme
- BPCO
- Autre

**Traitements associés**

- Anticoagulant
- Antiagrégant
- Autre

**Pathologie hépato-**

- Insuffisance hépatique
- Cirrhose
- Autre

**Pathologie**

- Polynévrite
- Syndrome démentiel
- Autre

**Autres : .....**

**Antécédents**

Antécédents personnels carcinologiques : .....

Antécédents familiaux carcinologiques : .....

**Etat général**

**Capacité de vie OMS :**  0  1  2  3  4  Ne sait pas

Poids actuel : ..... Poids habituel : .....  
Variation de poids (%) : ..... Taille : ..... IMC : .....

**Siège de la tumeur primitive :**

*Choix multiple, 2 organes maxi*

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Organes génitaux de l'homme, autres et non précisé | <input type="checkbox"/> Testicules |
| <input type="checkbox"/> Vessie   | <input type="checkbox"/> Bassinet   |
| <input type="checkbox"/> Organes génitaux de l'homme, autres et non précisé | <input type="checkbox"/> Prostate   |
| <input type="checkbox"/> Rein, à l'exception du bassinet                    | <input type="checkbox"/> Urètre     |
| <input type="checkbox"/> Urètre   | <input type="checkbox"/> Verge      |



**FICHE RCP  
UROLOGIE**

Autre

Non connu

**Nom de l'organe coché n°1**

**Code CIM** (Cf. Annexe)

**TNM** : ..... (cf. annexe)

Latéralité  Gauche  Droite  Bilatérale  NA

Commentaires :

.....  
.....  
.....

**Nom de l'organe coché (si deux organes cochés) n°2**

**Code CIM** (Cf. Annexe)

**TNM** : ..... (cf. annexe)

Latéralité  Gauche  Droite  Bilatérale  NA

Commentaires :

.....  
.....  
.....

**Cas présenté en RCP ce jour (si Localisation différente de la tumeur primitive) :**

Phase initiale  Rechute 1\_1\_1/1\_1\_1/1\_1\_1\_1\_1  Suspicion  NA

Locorégionale

Biologique

Métastases localisation  Osseuse  hépatique  pulmonaire  pleurale  péritonéale  
 Méningée  ovarienne  cérébrale  cutanée  ganglionnaire  
 Autre .....

Commentaires : .....  
.....

**Informations paracliniques :**

**Marqueurs au diagnostic :**

KI 67 : ..... FISH : ..... NSE : ..... Autre : .....

<p><b>+ <u>Si Rein</u> :</b> EGF : ..... VGF : .....</p>	<p><b>+ <u>Si Testicules</u> :</b> Alpha foeto protéine (ng/ml) : ..... Béta HCG : ..... LDH : .....</p>	<p><b>+ <u>Si Prostate</u> :</b> PSA vélocité : ..... PSA (ng/ml) : ..... PSA libre / PSA total : ..... Chromogranine A (ng/ml) : .....</p>
--	--	---

**+ Si Rein : Facteurs pronostics de Motzer :**

Calcémie (mg/l) : ..... Taux hémoglobine (g/l) : .....

LDH (UI/l) : .....

bon  intermédiaire  mauvais



**FICHE RCP  
UROLOGIE**

**Facteurs de risque :**

- LDH > 1,5 N
- Hb < limite normale
- Calcémie corrigée > 2,5 mmol/L
- Délai entre diagnostic et inclusion < 1an
- Score de Karnofsky = 70

**Classification du risque selon MSKCC :**

- Mauvais pronostic (3 / 5 facteurs)
- Pronostic intermédiaire (1 à 2 / 5 facteurs)
- Bon pronostic

Commentaires : .....

.....

.....

Statut thérapeutique de la maladie :

- Non traitée antérieurement  En cours de traitement  Déjà traité

Traitements antérieurs réalisés :

- Chirurgie *Préciser : .....* Date de fin de traitement : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|
- Chimiothérapie *Préciser : .....* Date de fin de traitement : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|
- Radiothérapie *Préciser : .....* Date de fin de traitement : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|
- Radio et chimio concomitantes *Préciser : .....* Date de fin de traitement : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|
- Radio et chimio séquentielles *Préciser : .....* Date de fin de traitement : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|
- Thérapeutique ciblée *Préciser : .....* Date de fin de traitement : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|
- Hormonothérapie *Préciser : .....* Date de fin de traitement : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|
- Autre ..... Date de fin de traitement : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

**EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUES**

**ONGLET 1**

NOM DE L'ORGANE : .....

Prélèvements  OUI  NON  NSP

**Tableau de synthèse des prélèvements**

- Biopsie Date : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  NSP
- Pièce opératoire Date : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  NSP
- Cytologie Date : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  NSP
- Autre Date : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  NSP

**Prélèvement**

Nom du prélèvement (reprise du tableau) : .....

Adicap : .....

Type histologique :

*1 seul choix*

- Carcinome urothélial
- Carcinome épidermoïde
- Sarcome
- Adénocarcinome
- Carcinome neuroendocrine



**FICHE RCP  
UROLOGIE**

Précision : .....

Grade histologique (*Sauf si Prostate ou Rein*) :  1  2  3  4  Inconnu

**+ Si Prostate :**

Gleason : .....

**+ Si Rein :**

Score de Fuhrman :  1  2  3  4

Prélèvement adressé à une tumorothèque :  OUI  NON

**Si Prélèvement = Pièce opératoire**

**Si pN ≠ Nx**

Nombre de ganglions envahis : ..... Total ganglions prélevés : .....

**Classification pTNM**

1 <sup>ère</sup> liste T	2 <sup>ème</sup> liste T	1 <sup>ère</sup> liste N	2 <sup>ème</sup> liste N	1 <sup>ère</sup> liste M	2 <sup>ème</sup> liste M
pT0	a	pN0	a	pM0	a
pT1	b	pN1	b	pM1	b
pT2	c	pN2	c	pMx	c
pT3	mic	pN3	i-		
pT4		pN4	i+		
pTa		pNx	mi		
pTis					
pTx					

Commentaire. ....  
.....

**Résidu tumoral après chirurgie :**

*Choix unique*

- Rx  
 0 : Absence de lésion tumorale sur limites d'exérèse  
 1 : Limites d'exérèse tumorale à l'examen microscopique  
 2 : Résidu tumoral macroscopique

Commentaire. ....  
.....

Marqueurs au diagnostic : KI 67 : ..... FISH : ..... NSE : ..... Autre : .....

<b>+ Si Rein :</b> EGF : ..... VGF : .....	<b>+ Si Testicules :</b> Alpha foeto protéine (ng/ml) : ..... Béta HCG : ..... LDH : .....	<b>+ Si Prostate :</b> PSA vélocité : ..... PSA (ng/ml) : ..... PSA libre / PSA total : ..... Chromogranine A (ng/ml) : .....
--	---	---



**FICHE RCP  
UROLOGIE**

**ONGLET 2**

NOM DE L'ORGANE : .....

Prélèvements  OUI  NON  NSP

**Tableau de synthèse des prélèvements**

- Biopsie Date : / /   NSP  
 Pièce opératoire Date : / /   NSP  
 Cytologie Date : / /   NSP  
 Autre Date : / /   NSP

**Prélèvement**

Nom du prélèvement (reprise du tableau) : .....

Adicap : .....

Type histologique :

*1 seul choix*

- Carcinome urothélial  
 Carcinome épidermoïde  
 Sarcome  
 Adénocarcinome  
 Carcinome neuroendocrine

Précision : .....

Grade histologique (*Sauf si Prostate ou Rein*) :  1  2  3  4  Inconnu

**+ Si Prostate :**

Gleason : .....

**+ Si Rein :**

Score de Fuhrman :  1  2  3  4

Prélèvement adressé à une tumorothèque :  OUI  NON

**Si Prélèvement = Pièce opératoire**

**Si pN ≠ Nx**

Nombre de ganglions envahis : ..... Total ganglions prélevés : .....

**Classification pTNM**

1 <sup>ère</sup> liste T
pT0
pT1
pT2
pT3
pT4
pTa
pTis
pTx

2 <sup>ème</sup> liste T
a
b
c
mic

1 <sup>ère</sup> liste N
pN0
pN1
pN2
pN3
pN4
pNx

2 <sup>ème</sup> liste N
a
b
c
i-
i+
mi

1 <sup>ère</sup> liste M
pM0
pM1
pMx

2 <sup>ème</sup> liste M
a
b
c



**FICHE RCP  
UROLOGIE**

Commentaire.....  
.....

**Résidu tumoral après chirurgie :**

*Choix unique*

- Rx  
 0 : Absence de lésion tumorale sur limites d'exérèse  
 1 : Limites d'exérèse tumorale à l'examen microscopique  
 2 : Résidu tumoral macroscopique

Commentaire.....  
.....

Marqueurs au diagnostic : KI 67 :..... FISH :..... NSE :..... Autre :.....

<p><b>+ Si Rein :</b> EGF : ..... VGF : .....</p>	<p><b>+ Si Testicules :</b> Alpha foeto protéine (ng/ml) : ..... Béta HCG : ..... LDH : .....</p>	<p><b>+ Si Prostate :</b> PSA vélocité : ..... PSA (ng/ml) : ..... PSA libre / PSA total : ..... Chromogranine A (ng/ml) : .....</p>
---	---	--

**Proposition de prise en charge**

Résumé clinique : .....  
.....  
.....

**Nature de la proposition :**

*Choix unique :*

- Nécessité d'examens complémentaires       Proposition de traitement  
 Surveillance       Décision reportée  
 Arrêt des traitements

**Type de proposition :**

*Choix unique*

- Application d'un référentiel** (+liste ci-dessous à cocher)  
 Application d'un référentiel international .....  
 Application d'un référentiel national.....  
 Application d'un référentiel régional .....  
 Traitement hors AMM application d'un référentiel régional  
 **Traitement hors référentiel**  
 **Recours à une RCP régionale ou nationale**  
 A représenter en RCP

Essai clinique :  OUI  NON      Si oui préciser lequel .....

Description de la proposition thérapeutique : .....  
.....



**FICHE RCP  
UROLOGIE**

**Plan de traitement :** (choix multiples)

Traitement	Type de traitement (Cf. Annexe)	Commentaires	Structure/Professionnel
<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Curiethérapie <input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie conventionnelle <input type="checkbox"/> Hormonothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Thérapies ciblées <input type="checkbox"/> Radiothérapie osseuse <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle <input type="checkbox"/> Radiothérapie - Chimiothérapie simultanée <input type="checkbox"/> Endoscopie interventionnelle <input type="checkbox"/> Soins de support <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Chimiothérapie palliative <input type="checkbox"/> Chimiothérapie néoadjuvante <input type="checkbox"/> Radiothérapie antalgique osseuse <input type="checkbox"/> Radio hormonothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie palliative <input type="checkbox"/> Autre : .....			

Fiche RCP validée :  OUI  NON

Si oui, Date et Nom du valideur : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ .....

**ANNEXES**

**Codes CIM**

Bassinets :

C65 – Tumeur maligne du bassinets

Organe génitaux de l'homme, autres et non précisés

C63 – Tumeur maligne des organes génitaux de l'homme, autres et non précisés

C63.0 – Epididyme

C63.1 – Cordon spermatique

C63.2 – Scrotum

C63.7 – Autres organes génitaux de l'homme précisés

C63.8 – Lésion à localisations contiguës des organes génitaux de l'homme

C63.9 – Organe génital de l'homme, sans précision

Organes urinaires, autres et non précisés

C68 – Tumeur maligne des organes urinaires, autres et non précisés

Prostate

C61 – Tumeur maligne de la prostate

Rein à l'exception du bassinets

C64 – Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassinets

Testicule

C62 - Tumeur maligne du testicule

C62.0 – Tumeur maligne du testicule ectopique - Cryptorchidie

C62.1 – Tumeur maligne du testicule descendu

C62.9 – Tumeur maligne d'un testicule, sans précision



## FICHE RCP UROLOGIE

### Uretère

- C66 – Tumeur maligne de l'uretère

### Urètre

- Q64 – Autres malformations congénitales de l'appareil urinaire
- Q64.0 – Epispadias
  - Q64.1 – Exstrophie vésicale
  - Q64.2 – Valvules urétrales postérieures congénitales
  - Q64.3 – Autres formes d'atrésie et de sténose de l'urètre et du col de la vessie
  - Q64.4 – Malformation de l'ouraque
  - Q64.5 – Absence congénitale de la vessie et de l'urètre
  - Q64.6 – Diverticule congénital de la vessie
  - Q64.7 – Autres malformations congénitales de la vessie et de l'urètre
  - Q64.8 – Autres malformations congénitales précisées de l'appareil urinaire
  - Q64.9 – Malformation congénitale de l'appareil urinaire, sans précision

### Verge

- C60 – Tumeur maligne de la verge
- C60.0 – Tumeur maligne du prépuce
  - C60.1 – Tumeur maligne du gland
  - C60.2 – Tumeur maligne du corps de la verge
  - C60.8 – Tumeur maligne à localisations contiguës de la verge
  - C60.9 – Tumeur maligne de la verge, sans précision

### Vessie

- C67 – Tumeur maligne de la vessie

### Stades TNM

Extension locale		Extension ganglionnaire		Extension à distance <sup>ii</sup>	
1 <sup>ère</sup> liste T	2 <sup>ème</sup> liste T	1 <sup>ère</sup> liste N	2 <sup>ème</sup> liste T	1 <sup>ère</sup> liste M	2 <sup>ème</sup> liste T
<b>T0</b>	<b>a</b>	<b>N0</b>	<b>a</b>	<b>M0</b>	<b>a</b>
<b>T1</b>	<b>b</b>	<b>N1</b>	<b>b</b>	<b>M1</b>	<b>b</b>
<b>T2</b>	<b>c</b>	<b>N2</b>	<b>c</b>	<b>Mx</b>	<b>c</b>
<b>T3</b>		<b>N3</b>			
<b>T4</b>		<b>Nx</b>			
<b>Ta</b>					
<b>Tis</b>					
<b>Tx</b>					

### Types de traitement

Autres traitement spécifiques	Cyberknife
	Radiofréquence
Chimiothérapie	Ametycine
	Ametycine endo vésicale
	Carboplatine – Gemzar
	Cisplatine – Gemzar
	Cisplatine – Vepeside
	Javlor
	Jevtana
	Taxotère
Chirurgie	Amputation partielle de la verge
	Curage ganglionnaire
	Cystectomie



FICHE RCP  
UROLOGIE

	Cystectomie partielle
	Cysto-prostatectomie
	Cysto-prostatectomie totale avec cysto-entéroplastie éventuelle
	Cysto-prostatectomie totale avec urétrectomie
	Cysto-prostatectomie totale sans cysto-entéroplastie
	Laparoscopie exploratrice
	Laparotomie exploratrice
	Néphrectomie
	Néphrectomie droite élargie
	Néphrectomie gauche élargie
	Néphrectomie partielle
	Néphrectomie partielle sous coelioscopie
	Néphrectomie totale élargie
	Néphro-urétérectomie
	Orchidectomie droite
	Orchidectomie élargie
	Orchidectomie partielle
	Orchidectomie partielle par voie inguinale
	Orchidectomie totale par voie inguinale
	Pelvectomie
	Pelvectomie antérieure avec cysto-entéroplastie éventuelle
	Pelvectomie antérieure sans cysto-entéroplastie
	Prostatectomie radicale élargie
	Prostatectomie radicale élargie sous coelioscopie
	Pulpectomie
	Second look
	Urétrectomie
	Urétrectomie segmentaire
	Urétrectomie
Hormonothérapie	Agonistes
	Analogue lhrh seul
	Anandron
	Androcur
	Anti-androgène non stéroïdien
	Blocage androgénique complet
	Casodex
	Firmagon
	Zytiga (Arbiterone)
Immunothérapie	Bcgthérapie
	Bcgthérapie d'entretien
	Immucyst (Bcg atténué)
	Instillation post-opératoire précoce (IPOP)
	Interferon
	Interleukine
Soins du support	Antalgiques
	Renutrition
Thérapie ciblée	Afinitor
	Inlyta (Axitinib)
	Sutent (Sunitinib)
	Torisel (Temsirrolimus)
Traitements médicamenteux	Xgeva
	Zometa

## Annexe 2

### Tables de l'EORTC pour la prédiction de la récurrence et de la progression des TVNIM

Tables de l'EORTC pour la prédiction de la récurrence et de la progression des TVNIM			
	Facteur	Récurrence	Progression
Nombre de tumeurs	Unique	0	0
	2 à 7	3	3
	>7	6	3
Taille de la tumeur	<3cm	0	0
	≥3cm	3	3
Récurrences	Premier épisode	0	0
	≤1récurrence/an	2	2
	>1récurrence/an	4	2
Stade pT	pTa	0	0
	pT1	1	4
Carcinome in Situ	Absence	0	0
	Présence	1	6
Grade	G1	0	0
	G2	1	0
	G3	2	5
<b>Score total</b>		<b>0-17</b>	<b>0-23</b>

Scores :

TVNIM de faible risque = score < 7  
 TVNIM de risque intermédiaire = score 7-14  
 TVNIM de haut risque = score > 14