

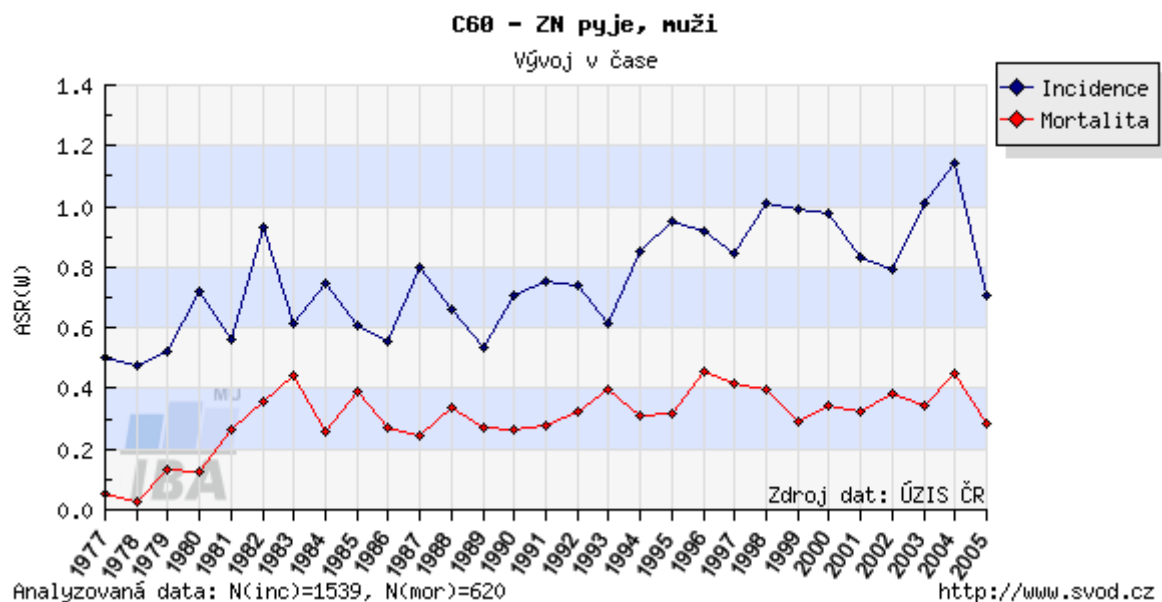
Zhoubné nádory penisu

Definice

Zhoubné nádory penisu jsou onemocnění s relativně řídkým výskytem. Tvoří přibližně 0,5-1 % všech nádorů u mužů. Nejčastější jsou nádory epitelové. Spinocelulární karcinom představuje 90-95 % všech nádorů penisu. Mezenchymové maligní nádory, především fibrosarkom a melanosarkom, se vyskytují zhruba v 3-5 % případů. Do penisu mohou též metastazovat zhoubné nádory jiných lokalit (ledvin, prostaty nebo močového měchýře).

Epidemiologická data

Nádory penisu postihují převážně muže vyššího věku (40 let a výše), ale výjimkou není výskyt tohoto onemocnění i u jedinců mladších 30ti let. Je známá rozdílná geografická distribuce nádorů penisu. V Evropě a angloamerickém regionu jde o onemocnění relativně řídké, které tvoří v průměru kolem 0,1 - 2 % všech zhoubných nádorů. Naproti tomu v některých zemích Afriky, Asie a Jižní Ameriky představují nádory penisu až 10-20 % všech maligních tumorů. Česká republika patří mezi státy s poměrně nižším výskytem tohoto onemocnění. V roce 2005 dosáhly incidence a mortalita přepočtené na evropský standard hodnot 0,7/100 000, respektive 0,28/100 000.



Etiologie a patogeneze

Nejčastější příčinou vzniku nádorů penisu je chronické dráždění v oblasti předkožky a glans penis. Obvykle to bývá způsobeno neléčenou fimózou. Retinované smegma obsahuje kancerogeny indol a skatol, které se spolupodílejí na rozvoji nádorového procesu. Dále se při vzniku nádorů penisu může uplatňovat infekce HPV viry, především high risk typy 16, 18 a 33. Sexuální přenos u virové infekce je nepochybný, nechráněný pohlavní styk se proto může spolupodílet na vzniku a rozvoji nádoru. V malém počtu onemocnění je popsán i familiární

výskyt. U Židů a Muslimů, kde se provádí cirkumcize v raném dětství, je nulový výskyt karcinomu penisu.

Klinický obraz

Premaligní změny na glans penis a předkožce s více než 30 % pravděpodobností rozvoje spinocelulárního karcinomu jsou.

- ✚ balanitis xerotica obliterans - bělavé léze v oblasti předkožky a glans penis
- ✚ penilní intraepiteliální neoplázie (karcinoma in situ – erythroplasia Quyerat a m. Bowen)

Rozlišení je pouze histologické. Raritně předchází rozvoj karcinomu nález cornu cutaneum nebo bowenoidní papuly.

Vlastní spinocelulární karcinom penisu začíná zarudnutím na vnitřním listu předkožky a glans penis nebo objevením se tuhých bledých lézí. Rozvoj nádoru může mít exofytický nebo endofytický charakter. Při exofytickém typu růstu nádoru se zarudlá slizniční léze mění a nabývá květákovitý charakter tmavě červené barvy. Povrchové části nádoru podléhají později nekrotickým změnám s bakteriální superinfekcí způsobující odporný zápach. Nádor dále infiltruje přilehlé části penisu. Může dojít až k poruchám mikce. Při endofytickém charakteru růstu dochází k velmi rychlé infiltraci kavernózních těles a rozvoji metastatického procesu.

Nádory penisu metastazují především lymfatickou cestou do oblasti povrchových tříselných uzlin. Dále mohou být postiženy hluboké tříselné uzliny a uzliny pánevní. Postižené uzliny mohou vytvořit tuhý paket, který sekundárně infiltruje kožní kryt, může jím proniknout a vytvořit chronickou lymfatickou píštěl. Může dojít i k infiltraci femorální tepny a následnému těžkému krvácení. Metastazování krevní cestou je velmi vzácné, nejčastěji bývají postiženy plíce nebo játra.

Diagnostický postup

- ✚ anamnéza (osobní, rodinná, profesionální)
- ✚ klinické vyšetření

Primární tumor

- ✚ klinické fyzikální vyšetření (aspekce, palpce, vyšetření per rectum)
- ✚ odběr biopsie z nádorové léze na histologické vyšetření
- ✚ ultrasonografické vyšetření penisu
- ✚ NMR penisu fakultativně - může přinést informace o lokálním rozsahu onemocnění

Regionální lymfatické uzliny

- ✚ klinické fyzikální vyšetření (aspekce, palpce)
- ✚ ultrasonografické vyšetření tříselné krajiny
- ✚ možnost je biopsie pod ultrazvukovou kontrolou nebo dynamická sentinelová biopsie

Pánevní uzliny a vzdálené metastázy (jen v případě pozitivních inguinálních uzlin)

- ✚ CT nebo NMR malé pánve
- ✚ RTG plic
- ✚ ultrasonografie břicha

- ✚ kostní scan u symptomatických pacientů

Léčebný postup:

A. Lokální léčba

Léčba Tis, Ta T1

Základem pro léčbu povrchových lézí na penisu je provedení cirkumcize. Možnosti ošetření těchto nádorů jsou:

- ✚ excize nádoru
- ✚ kryoterapie
- ✚ laser (CO2 nebo NdYAG)
- ✚ imiquimod 5 % lokálně
- ✚ radioterapie, jak zevní tak i intersticiální
- ✚ Mohsova operace

Léčba T1 G3, T2

- ✚ parciální amputace penisu, event. glansektomie
- ✚ radikální amputace penisu (+ perineální uretrotomie)
- ✚ radioterapie (zevní radioterapie, brachyterapie)

Volba rozsahu operace závisí na lokálním rozsahu nádoru a vlastní velikosti penisu. Základní podmínkou pro provedení parciální amputace je, aby při zachování radikality výkonu mohl nemocný močit ve stoje, případně měl možnost pohlavního styku.

Léčba nádorů T3, T4:

- ✚ radikální amputace penisu (+ perineální uretrotomie)
- ✚ emaskulinizace (= totální amputace penisu + bilaterální orchiektomie + resekce kůže skróta + perineální uretrotomie)

Léčba lokální recidivy: v případě lokální recidivy po provedené zachovné operaci je indikována dle rozsahu nálezu parciální či radikální amputace penisu

B. Léčba metastáz v inguinálních uzlinách

- ✚ modifikovaná inguinální lymfadenektomie
- ✚ radikální inguinální lymfadenektomie
- ✚ diskutována je pánevní lymfadenektomie u pacientů s pozitivními tříselnými uzlinami (je doporučována při nálezu 2 a více pozitivních tříselných uzlin, při extrakapsulární infiltraci nebo tvoří-li pozitivní tříselné uzliny pakety).

Klinicky nepalpovatelné uzliny (pTis, pTa G1-2, pT1 G1) lze po bioptickém průkazu negativity pouze sledovat. U nepalpovatelných uzlin pT1 G2 a vyšším gradu je indikace

k provedení oboustranné inguinální lymfadenektomie (především vždy při vaskulární invazi), stejně tak je spojena s vertikálním růstem tumoru (pT2-4).

Klinicky palpovatelné uzliny jsou indikací k bilaterální inguinální radikální lymfadenektomii. Při jednostranném postižení lze na protilehlé straně provést modifikovanou inguinální lymfadenektomii. Fixovaný paket uzlin primárně je indikací k podání systémové chemoterapie nebo radioterapie nebo radioterapie s konkomitantní chemoterapií. Dle odpovědi nádoru může následovat inguinální lymfadenektomie.

Léčba zářením

Radioterapie může snížit riziko lokální recidivy, vliv na přežití prokázán není. Lze zvážit dle rozsahu postižení uzlin a radikality chirurgického výkonu.

Aduvantní radioterapie – zevní záření

- ✚ neradikálně provedení inguinální lymfadenektomie nebo poškození uzlin během operace
- ✚ lokální recidiva

Adjuvantní chemoterapie

Systémová chemoterapie v případě nádorové positivity inguinálních uzlin, vliv na přežití či lokální kontrolu však jednoznačně prokázán nebyl

Možné režimy: cDDP + metotrexát + bleomycin, cDDP + 5-FU.

C. Léčba generalizovaného onemocnění

- ✚ Systémová chemoterapie na basi platinových derivátů
- ✚ Symptomatická léčba

Prevence:

Včasně provedení cirkumcize a chráněný pohlavní styk.

Prognostické faktory:

- ✚ Rozsah nádoru (lokoregionální postižení, lymfatické postižení, vzdálené metastázy)
- ✚ Nádorový grading

Dispenzarizace pacientů po ukončené léčbě

Klinické, laboratorní a zobrazovací vyšetření včetně ultrasonografie třísel se provádí 1x za 3 měsíce během prvních 1-2 let, dle rozsahu onemocnění a předchozí léčby je později možno intervaly prodloužit na 6 měsíců. Další zobrazovací metody (RTG plic, CT pánve), indikujeme v závislosti na rozsahu onemocnění 1x za rok. Specializovaná urologická

vyšetření (uroflowmetrie, ultrasonografie) indikujeme v závislosti na předchozí léčbě a průběhu onemocnění.