

KARCINOM PENISA

INCIDENCA:-rijetko u Evropi i SAD

-0,4-0,6% svih karcinoma u muskaraca

-1-2 novih slucajeva na 100 000 muskaraca

-25-75% prisustvo fimoze u toku manifestacije karcinoma(vecina muskaraca u SAD obrezano)

PROSJEKNA DOB MANIFESTOVANJA:55 GOD

GEOGRAFSKA RASPROSTRANJENOST:povecana incidenca(<20%) u Africi i Juznoj Americi

ETIOLOGIJA: ~cirkumcizija -rijetko medju Jevrejima(neonatalni period)

-povecana incidenca kod Muslimana(ako je cirkumcizija uradjena prije puberteta)

-cirkumcizija odraslih ne stiti od kasnijeg nastanka bolesti

~neadekvatna licna higijena sa vjerovatnom ulogom akumulacije smegme

~HPV 16,18,33-povacavaju incidencu Ca cerviksa kod partnerki muskaraca sa Ca penisa

PREKARCINOZNE LEZIJE -progresija bolesti u prosjeku kod 10&

Morbus Bowen -Ca in situ

Erthyroplasia de Queyrat -1/3 razvija similtano invazivni Ca penisa

-obicno obuhvata glans penisa

Leukoplakia -najcesce kod dijabeticara

Balanitis xerotica obliterans

Histologija invazivnog Ca penisa :

95% -planocelularni Ca

5-16% -verukozni Ca

- dobro ogranicena lezija;varijanta planocelularnog Ca
- ostalo -sporadicni oblici melanoma,bazeocelularnog Ca,Padzetove bolesti, Kaposijevog Sa

SJEDISTE KARCINOMA

- 48% glans
- 21% preputium
- 9% glans i preputium
- 6% sulcus coronalis
- <2% osovina
- 14-16% ostalo

Kasne manifestacije udružene sa Ca penisa

- 15-50% oboljelih odbija medicinski tretman vise od 1 god.(osjaccanje sramote,krivice,straha,licnog zanemarivanja,ignorisanje tegoba)
- 30-60% ima uvecane limfne zljezde u ingvinumu
 - ~50% zbog prisustva metastaza
 - ~ 50% zbog reaktivnih inflamatornih promijena

STUPNJEVANJE

DzEKSONOVA KLASIFIKACIJA(1966) -klinicka klasifikacija

- I -tumor zahvata glans i prepucijum ili oboje
- II -tumor zahvata cirkumfernciju penisa ili tijela,bez uvecanih limfnih cvorova
- III -tumor zahvata penis sa operabilnim metastazama u ingvinalnim limfaticima
- IV -tumor prosiren van osovine penisa sa neoperabilnim metastazama u ingvinalnim limfaticima,ili udaljenim metastazama

nedostaci Dzeksonove klasifikacije -pocetna primarna lezija nije stupnjevana
 - nepoznata priroda i obim metastatskih depozita

TNM KLASIFIKACIJA (1997)

T-primarni tumor

- TX tumor neprocjenjiv
- T0 odsustvo primarnog tumora
- Tis Ca in situ
- Ta neinvazivni verukozni Ca
- T1 tumor invadira subepitelno vezivno tkivo

T2	tumor invadira spongiozno ili kavernožno tijelo
T3	tumor invadira uretru ili prostatu
T4	tumor invadira ostale okolne structure

N-regionalni limfni cvorovi

NX	nemogućnost procjenjivanja
N0	odsustvo metastaza u regionalnim limfnim cvorovima
N1	tumor invadira jedan površni ingvinalni limfni cvor
N2	tumor invadira multiple ili obostrane površne ingvinalne limfatike
N3	tumor invadira duboke ingvinalne ili karlične limfatike jednostrano ili obostrano

M-udaljena metastaze

MX	nemogućnost procjenjivanja
M0	odsustvo udaljenih metastaza
M1	udaljene metastaze

Tabela 1,2,3

TRETMAN KARCINOMA PENISA

Tretman primarne lezije

1. Cirkumcizija - za lezije prepucijuma udaljene od koronalnog zlijeba
 - male i neinvazivne lezije
 - dobra hirurska ograničenost i postoperativno praćenje(ž)
visoka stopa rekurencije nakon cirkumcizije 22-50%
2. Mohs-ova mikrohirurgija - uklanjanje sloja po sloja kože pod lokalnom anestezijom
 - svaki uklonjeni sloj se klasifikuje po CCC
 - uvedeno 1942.god
 - rana zarasta intentionem per secundam
 - nakon tretmana glavic deformisan ili nedostaje
indikacije : male distalne lezije (<2-3 cm)

Tabela

3. Terapija laserom - efikasna kod Tis, Ta, T1 i nekih T2 lezija
a. Nd:YAG laser - talasna dužina 1060nm
 - duboko penetrira u tkivo (3-6 mm)
 - koagulise krvne sudove precnika do 5 mm

- stopa lokalne rekurencije 10% za T1
- 30% za T2
- 100% za T3

b.laser sa operativnim mikroskopom

- talasna duzina 10600 nm
- tkivna penetracija do 0,01 mm
- koagulise krvne sudove do 0,5 mm
- stiti tkivo

indikacije:male površne lezije

podaci iz studija – stopa rekurencije 15%

4.Parcijalna penektomija

- lezije u blizini koronalnog zlijeba koje zahvataju glavic i osovinu
- operativna ivica 2 cm udaljena od tumora
- stopa lokalne rekurencije 6%
- 70-80% 5-god. stopa prezivljavanja
- slabi rezultati estetske hirurgije
- alternativa-ekscizija glavica i rekonstrukcija kožnim graftovima

tabela

5.Totalna penektomija i perinealna uretostomija

- proksimalne lezije za operativnom lezijom do 2 cm
- multiple lezije koje zahvataju osovinu ili bazu penisa
- lezije koje zahtijevaju smanjenje duzine penisa(ž)
- bez lokalne rekurencije

6.Terapija zracenjem DXT

- prednost ima cirkumcizija -otkriva leziju
- smanjuje morbiditet od zracenja
- omogucava pracenje

indikacije :

- mlađji oboljeli sa malim lezijama(2-3 cm) na glavicu ili coronalnom zlijebu
- oboljeli koji odbijaju drugu vrstu tretmana
- oboljeli sa neoperabilnim tumorom

Tabela

TRETMAN INGVINALNIH LIMFNIH CVOROVA

Sirenje Ca penisa slijedi anatomsku raspodjelu limfnih cvorova

1. površni ingvinalni limfni cvorovi(8-25)
2. duboki limfni cvorovi(3-5)
3. limfni cvorovi male karlice

Ingvinalne matastaze najcesce se javljaju 2-3 godine nakon pocetne terapije

~tokom ovog perioda 2-3 puta mjesečna kontrola

Indikatori diseminacije primarne bolesti

- gradus primarnog tumora
- dubina invadiranja(kod oboljelih sa pozitivnim limfnim cvorovima dubina zahvacenosti >5 mm (tabela)
- stupnjevanje primarnog tumora
- prisustvo ili odsustvo vaskularne invazije
- >50% slabo diferentovanih celija
- lokalizacija Tu-distalni Tu-bolja prognoza
- >3 cm lezije-slabija prognoza

Tabela1,2

INGVINALNA LIMFADENEKTOMIJA

- samo 50% sa palpabilnom limfadenopatijom ima metastatsku bolest
- stoga,tretirati oralnim antibioticima 4-6 sedmica
- ako nakon antibiotske th limfadenopatija perzistira,razmotriti dalji tretman
- 20-30% sa pozitivnim ingvinalnim limfnim cvorovima ima pozitivne limfatike male karlice

Tabela1,2

Uloga potpune limfadenektomije kod pacijenata sa negativnim limfnim cvorovima

1. diskutabilno zbog cinjenice da ilioingvinalna limfadenektomija nosi visok morbiditet
2. infekcija rane,klizanje koznih graftova,flebitis,plućna embolija,nekroza grafta,onesposobljavajuci limfedem skrotuma i donjeg ekstremiteta
3. 1 u 50% slucajeva

DILEMA:Unilateralna ili bilateralna limfadenektomija kod pacijenata sa unilateralnom zahvacenoscu limfatika

1. bilateralna drenaza limfatika
2. 50% oboljelih pokazuje kontralateralne metastatske depozite

3. BILATERALNA LIMFADENEKTOMIJA – DA

Vrijeme limfadenektomije

1. **odmah** -u ovom slucaju,preporucuje se bilateralna limfadenektomija u inicijalne manifestacije bolesti
2. **odložena** -kontralateralna disekcija do nivoa siroke fascije
-prisustvo unilateralnih palpabilnih limfatika u toku inicijalne manifestacije bolesti;bilateralna disekcija nije indikovana

Uloga pelvicne limfadenektomije kod pacijenata sa palpabilnim ingvinalnim limfaticima

- incidenca 15-35%
- ograniceno prezivljavanje kod oboljelih sa pozitivnim pelvicnim limfaticima
- razmotriti mogucnost hirurske intervencije kod mladjih
- razmotriti primjenu adjuvantne hemoterapije

Tabela1,2,3

Uloga adjuvantne radioterapije kod pacijenata sa klinicki nepalpabilnim limfaticima

~25-29% naknadno razvija ingvinalne metastaze

zakljucak:

- radioterapija neefikasna kod pacijenata sa potvrđenom metastatskom bolesti
- radioterapija u cilju profilakse ne utice na tok bolesti

HEMOTERAPIJA

-nejasna uloga,nedovoljno podataka

Monokomponentna terapija

<i>Cisplatin</i>	15-30% djelimicna efikasnost
<i>Bleomicin</i>	45-50% djelimicna efikasnost
<i>Metotreksat</i>	61% djelimicna efikasnost

Kombinovana terapija

Vinkristin,Bleomicin,Metotreksat VBM

-82% stopa 5-god. prezivljavanja;kao adjuvantna terapija

-37% stopa 5-god. prezivljavanja;nakon hirurske intervencije

Cisplatin I 5-Fluorouracil

-23% djelimicna efikasnost

*ZAKLJUČAK:- dosadesnji podaci pretpostavljaju ulogu u regresiji limfadenopatije
-nema podataka iz prospektivnih randomoziranih studija*

*Prof. dr sci Bogdan S. Pajović, Prim.
urolog, sub.androlog*

