Glansektomie při léčbě verukózního karcinomu penisu

MUDr. Slavomír Klátil

Urologické oddělení, KNTB Zlín, a.s., Zlín

Skvamózní karcinom penisu je vzácně se vyskytující onemocnění, které postihuje téměř výhradně starší neobřezané muže. Verukózní karcinom je poměrně raritní varianta skvamózního karcinomu, která se tvoří pouze v 5–16 % karcinomů penisu. V následující kazuistice jsme popsali náhodný nález verukózního karcinomu penisu u 60letého muže, který podstoupil cirkumcizi a pro nález nádoru byla pacientovi provedena glansektomie.

Klíčová slova: karcinom penisu, verukózní karcinom, cirkumcize, glansektomie.

Glansectomy by treatment penile verrucous carcinoma

Penile squamous cell carcinoma is a rare cancer and almost exclusively a lesion of uncircumcised older men. Verrucous carcinoma is an uncommon variant that accounts for only 5 % to 16 % of all penile squamous cell carcinomas. The following case report describes penile verrucous carcinoma in a 60 – year old white man as an incidental finding during circumcision. The patient subsequently underwent glansectomy.

Key words: penile cancer, verrucous carcinoma, circumcision, glansectomy.

Úvod

Karcinom penisu není ve většině oblastí Evropy příliš častým onemocněním, nicméně se jedná o onemocnění závažné. V Evropě i USA je incidence onemocnění nižší než 1 na 100 000, zatímco v Brazílii představuje míra incidence 8,3 na 100 000 (1). Incidence karcinomu penisu v České republice činila v roce 2011 1,08 na 100 000 a mortalita dosahovala přibližně 30 % (graf 1). V absolutních číslech bylo v České republice v r. 2011 diagnostikováno celkem 63 případů (2). Karcinom penisu představuje vzácný typ karcinomu ze skvamózních buněk, který většinou vzniká z epitelu vnitřního listu předkožky a kůže glans penisu. Nádor může růst exofyticky, endofyticky nebo povrchově infiltrativně. Z histologického hlediska se v 95 % případů karcinomu penisu jedná o tumor ze skvamózních buněk. Zbývajících 5 % tvoří sarkomy, melanomy, bazaliomy, lymfomy

a vzácně i sekundární tumory. Obřízka provedená v dětském věku snižuje riziko karcinomu penisu 3–5krát, zatímco obřízka provedená u dospělých mužů nemá žádnou protektivní ochranu. Incidence karcinomu penisu se zvyšuje s věkem (1, 3).

Za hlavní rizikové faktory lze považovat fimózu, špatnou hygienu, kouření, chronické zánětlivé stavy (např. balanopostitidu, balanitis xerotica obliterans), fotochemoterapii pomocí UVA paprsků, vyšší počet sexuálních partnerů (4). Celá řada kazuistik navíc uvádí průkaz high risk HPV DNA (sérotyp 16, 18, 31) ve spojitosti s karcinomem penisu, přičemž tyto výsledky byly potvrzeny v populačních kontrolovaných studiích, avšak u verukózního karcinomu penisu nebyla prokázána žádná souvislost s infekcí HPV. V nedávné době započatý program HPV vakcinace jako prevence onemocnění karcinomem čípku může mít v budoucnos-

ti podstatný dopad na incidenci karcinomu penisu (1, 3). Primární nádor je nejčastěji lokalizován na glandu ve 48 %, předkožce ve 21 %, glandu i předkožce současně v 9 %, v sulcus coronarius v 6 % a jen ve 2 % na těle penisu. V čase diagnózy jsou hmatné inguinální uzliny u 58 % pacientů, z nich u 17–54 % se jedná o metastatické postižení, u ostatních o zánětlivé. 20 % pacientů s nehmotnými uzlinami má stejně uzlinové mikrometastázy. Celkové 5leté přežití u karcinomu penisu je 52 %, v rozmezí: 66 % u nemocných s negativními inguinálními uzlinami a 27 % u nemocných s pozitivními inguinálními uzlinami. V případech postižení pánevních uzlin je 5leté přežívání udáváno v rozmezí 0–38,4 % (3). Strategie léčby představuje hlavní a nejčastěji diskutovaný problém tohoto onemocnění. Vždy je nutné stanovit rozsah primární léze a posoudit uzlinové postižení. Primární ložisko je nutno verifikovat histologic-

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Slavomír Klátil, slavomirklatil@seznam.cz

Urologické oddělení, KNTB Zlín, a.s., Havlíčkovo nábř. 600, 762 75 Zlín

Cit. zkr: Urol. praxi 2016; 17(1): 32–34

Článek přijat redakcí: 27. 10. 2014

Článek přijat k publikaci: 12. 11. 2014

Graf 1. Incidence a mortalita na karcinom penisu v ČR v období 1977–2011 (podle 2)

ky. K určení hloubky invaze je nejspolehlivější MRI, což umožní nemocné správně indikovat k zachovnému výkonu (1).

Kazuistika

Pacient, 60 let, s několikaletou anamnézou fimózy byl elektivně objednan k cirkumcizi. Poslední rok prodělal opakovaně balanopostitidu, nově se přidaly i dysurie. Pacient byl v dobrém biologickém stavu, náruživý kuřák, pohlavní styk měl naposledy v 45 letech. Fyzikální vyšetření odhalilo absolutní fimózu, tříselné uzliny nebyly palpačně hmatné, UZ vyšetření (sondou 7,5 MHz) neprokázalo inguinální lymfadenopatii. Při operaci jsme provedli resekci stenotizujícího prstence předkožky. Obnažený glans pokrývala cirkulárně ohraničená bělošedivá kvěťkovitá léze o průměru 30 x 42 mm nepřesahující pod úroveň sulcus coronarius (obrázek 1). Při kompresi na tělo žaludu se objevila výrazně zápachající putridní sekrece, zevní ústí uretry bylo na pohled intaktní. Odebrali jsme biopsii excizi z ložiska na histologické vyšetření. Histopatolog následně popsal verukózně utvářenou dlaždicobuněčnou lézi s výraznou hyper a parakeratózou, v epitelu byly přítomné jen mírné atypie, koilocyty nepřítomny, mitóza ojedinělá, ve spodině nádoru byl disperzní chronický zánětlivý infiltrát s největší pravděpodobností se tedy jedná o verukózní karcinom (obrázek 2). Na doporučení onkochirurgické komise jsme přistoupili k operačnímu řešení v druhé době – glansektomii (obrázek 3) s krytím vrcholu kavernózních těles vlastní kůží penisu (obrázek 4). Chirurgické okraje o šířce 3 mm byly negativní. Byla stanovena diagnóza verukózního karcinomu penisu pTaNxMx. Pooperační

rána se zhojila per primam a s kosmetickým výsledkem operace byl pacient velmi spokojen. Nadále dochází na pravidelné kontroly do urologické ambulance. Metody sledování zahrnují pohled, fyzikální a ultrazvukové vyšetření inguinální oblasti.

Diskuze

Historie glansektomie v léčbě karcinomu penisu spadá do roku 1996, kdy bylo její použití popsáno při léčbě karcinomu penisu lokalizovaného na glans penis (Austoni et al.). Později se tato technika rozmohla. U mužů nevyžadujících z estetických důvodů vytvoření neoglandu doporučujeme provést pokrytí jen vlastní kůží těla penisu, u ostatních vytvoření neoglandu pomocí dermoepidermálního štěpu (angl. Split-thickness skin graft – STSG). K pokrytí lze užít i kožní štěp v plné síle nebo štěp z bukální sliznice (5). Ve stadiu pTa/T1a je indikována léčba zachovávající penis, přičemž možnosti léčby je hned několik: lokální excize nádoru s cirkumcizí, laserová ablace, glans resurfacing, glansektomie s/bez rekonstrukční části operace s využitím kožního štěpu. U nádorů do 4 cm lze indikovat i radioterapii nebo brachyterapii. Způsob terapie závisí na velikosti tumoru a jeho lokalizaci, jeho vztahu k zevnímu ústí uretry a samozřejmě na preferenci pacienta (4). Verukózní karcinom penisu jen velmi zřídka metastazuje do regionálních lymfatických uzlin bez ohledu na jeho velikost či dobu trvání nemoci (6). U pacienta s nehmotnými regionálními inguinálními uzlinami ve stadiu Tis, TaG1, T1G1 lze doporučit pouhé sledování (1). Glansektomie u pacientů s karcinomem penisu pTa, pT1 a pT2 s invazí pouze do spongiózního tělesa má nejlepší onkologické výsledky a lokální recidiva se vyskytuje

Obr. 1. Verukózní karcinom penisu rovnoměrně pokrývající celý glans **Obr. 2.** Řez povrchovou vrstvou tumoru (z nádorových papil se masivně odlučují parakeratotické hmoty) **Obr. 3.** Zresekovaný glans penis **Obr. 4.** Vrchol kavernózních těles je kryt vlastní kůží penisu

do 8%. Přesto v léčbě nižších T kategorií nádorů penisu se zbytečně stále často užívá mutilující parciální amputace (4).

Závěr

Parciální amputace penisu je poměrně snadný výkon, nicméně z pohledu nových možností (prezentovaná glansektomie, radioterapie, lokální ošetření pomocí laserů atd.) je to často zbytečně radikální a mutilující výkon (7). Indikace ke glansektomii jsou tumory, které nelze ošetřit méně radikálně (excize, circumcize, lokální ablace – lasery – Nd: YAG či CO₂, fotodynamická léčba, či topická léčba krémy s 5-fluorouracilem či 5% imiquimodem) (5). Dle EAU Guidelines jsou ke glansektomii určeny tumory T1b a T2. Vždy navíc musíme přihlídnout k rozsahu poškození i u CIS, pTa a pT1a,

a proto vidíme prostor pro glansektomii i pro tyto nižší T kategorie. Orgán šetřící výkon včetně glansektomie lze užít až u 80 % nádorů penisu (1, 9). Glansektomie není vhodná u lézí invadujících do korpora kavernosa. Jedna z dalších možností je Mohsova mikrografická operace (postupné seřezávání tumorózního ložiska za opakovaného vyšetřování spodiny ze zmrazeného preparátu), která je však velice technicky náročná a zdlouhavá a proto není moc užívána. Radioterapie sice zachovává penis, ale lokální recidiva se objevuje v 10-30 % a 40 % pacientů prodělá chronickou radiační reakci, při které se často vyskytuje hluboká

radiační nekróza, která si vynutí amputaci (5, 10). Rozlišujeme dva rozdílné přístupy, a to ozařování zevním paprskem nebo intersticiální brachyterapií. Základními výhodami glansektomie oproti parciální amputaci je psychologický a kosmetický efekt, téměř nezměněná možnost mikce a sexuální funkce. Z chirurgicko-onkologického hlediska však stále platí pravidlo úplného odstranění tumoru s minimálním odstraněním zdravé tkáně s přihlédnutím k zachování sexuální funkce (8).

Autor prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

LITERATURA

- Guidelines on Penile Cancer. In: www.uroweb.com [online]. 2014 [cit. 2014-10-27]. Dostupné z: http://www.uroweb.org/gls/pdf/12%20Penile%20Cancer_LR.pdf.
- Incidence a mortalita – vývoj v čase. In: Www.svod.cz [online]. [2014] [cit. 2014-10-27]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor>.
- Poněšický J, Kolombo I, Porš J, et al. Karcinom penisu: Standardní postup diagnostiky a léčby. Nové směry. Urolog. praxi. 2009; (10)(1): 29–34.
- Chocholatý M. Rekonstrukční operace u lokalizovaného karcinomu penisu. Zdravotnické noviny. Lékařské listy. 2014; 10: 5–6.
- Hora M, Pizinger K, Bursa V, Sviták M, et al. Glansektomie v léčbě karcinomu penisu. Česká urologie. 2011; 15(1): 15–23.
- Seixas AL, Ornellas AA, Marota A, et al. Verrucous carcinoma of the penis: retrospective analysis of 32 cases. Journal of Urology. 1994; 152(5): 1476–1479.
- Hatzichridou DG, Apostolidis A, Tzortzis V, et al. Glansectomy: an alternative surgical treatment for Buschke-Löwenstein tumors of the penis. Urology. 2001; 57(5): 966–969.
- Hakky TS, Kim T, Spiess PE. Karcinom penisu: terapeutická výzva. Urologické listy. 2010; 8(4): 28–31.
- Morelli G, Pagni R, Mariani C, Campo G, Menchini-Fabris F, Minervini R, Minervini A. Glansectomy with split thickness skin graft for the treatment of penile carcinoma. International Journal of Impotence Research. 2009; 21(5): 311–314.
- Kanik AB, Lee J, Wax F, Bhawan J. Penile verrucous carcinoma in a 37-year-old circumcised man. Journal of the American Academy of Dermatology. 1997; 37(2): 329–331.