

Journal für  
**Urologie und Urogynäkologie**

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Erkrankungen des Penis**

Padevit C

*Journal für Urologie und  
Urogynäkologie 2013; 20 (1)  
(Ausgabe für Schweiz), 7-9*

*Journal für Urologie und  
Urogynäkologie 2013; 20 (1)  
(Ausgabe für Österreich), 7-9*

Homepage:

**[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

**Indexed in Scopus**

**Member of the**



**[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)**

**Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz**

**P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz**

# Erkrankungen des Penis

C. Padevit

## ■ Einleitung

Ob angeborene Fehlbildung, gutartige oder im seltenen Fall bösartige Erkrankungen des Penis: Sie alle stellen den Urologen meist vor eine größere Herausforderung, da der Penis beim Mann ein hochsensibles und intimes Organ darstellt. Häufig besteht bis zur Konsultation beim Arzt eine lange Leidensgeschichte. Im Folgenden beschränkt sich diese Kurzübersicht auf die Beschreibung der Präputialphimose, des Peniskarzinoms und der Penisdeviation.

## ■ Phimose, Paraphimose

Die Verengung der Vorhaut wird als Phimose definiert. Sie ist meist angeboren. Sekundäre Formen treten bei ungenügender Hygiene, Diabetes mellitus, ausgeprägter Balanoposthitis und Lichen sclerosus et atrophicus in der Regel postentzündlich auf, häufig um das 60. Altersjahr. Beim Einklemmen der phimotischen Vorhaut hinter dem Sulcus coronarius mit Ausbildung einer ödematösen Schwellung, Schmerzen und fehlender Reponierbarkeit spricht man von einer Paraphimose. Therapie der Wahl ist in der Regel die plastische Zirkumzision.

## ■ Peniskarzinom

Das Peniskarzinom (Abb. 1) ist eine relativ seltene Erkrankung. Männer erkranken am häufigsten um das 6. Lebensjahrzehnt daran. Die Inzidenz des Peniskarzinoms liegt bei 1–2 Neuerkrankungen/100.000 Männer/Jahr. Schweizweit

erkranken pro Jahr etwa 50 Männer an diesem malignen Tumor, dies entspricht einer Rate von 0,8 % aller malignen Tumoren beim Mann [1]. Histologisch handelt es sich in 95 % um ein Plattenepithelkarzinom. Hauptrisikofaktoren sind: Phimose, chronische Balanoposthitis, Lichen sclerosus et atrophicus. Die Infektion mit HPV-Viren Typ 16 und 18 ist beim Peniskarzinom in 17–80 % nachweisbar und wird als möglicher karzinogener Faktor diskutiert [2]. Prämale Läsionen sind in Tabelle 1 zusammengefasst, Tabelle 2 gibt einen Überblick über die TNM-Klassifikation des Peniskarzinoms.

Besteht klinisch der Verdacht auf ein Peniskarzinom, wird die Diagnose biopsisch gesichert, ebenso werden palpierbare inguinale Lymphknoten biopsiert.

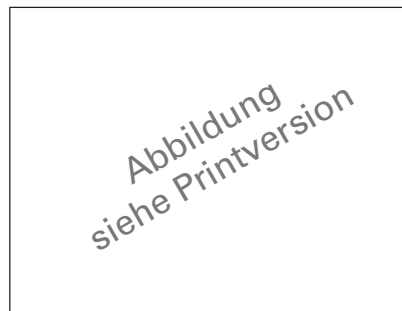


Abbildung 1: Exulzeriertes Peniskarzinom

Tabelle 1: Prämale Läsionen des Peniskarzinoms. Nach [7].

Pseudokanzerosen	Fakultative Präkanzerosen	Obligate Präkanzerosen (penile intraepitheliale Neoplasien oder Carcinoma in situ)
Bowenoide Papulosis Condylomata Buschke-Löwenstein-Tumor Angiome Fibrome, Myome	Hyperkeratose mit Hornbildung Balanitis xerotica Chronisch-entzündliche Prozesse	Leukoplakia Erythroplasia Queyrat Morbus Bowen



**Tabelle 2:** TNM-Klassifikation des Peniskarzinoms. Nach [7].

<b>T – Primärtumor</b>	
TX	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Keine Evidenz für einen Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
Ta	Nicht invasives verruköses Karzinom
T1	Tumor infiltriert subepitheliales Bindegewebe
T2	Tumor infiltriert Corpus spongiosum oder cavernosum
T3	Tumor infiltriert Urethra oder Prostata
T4	Tumor infiltriert andere Nachbarstrukturen
<b>N – Regionale Lymphknoten</b>	
NX	Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0	Keine Evidenz für regionäre Lymphknotenmetastasen
N1	Metastase in einem solitären inguinalen Lymphknoten
N2	Metastasen in multiplen oder bilateralen oberflächlichen Lymphknoten
M3	Metastase(n) in tiefen inguinalen oder Beckenlymphknoten, uni- oder bilateral
<b>M – Fernmetastasen</b>	
MX	Fernmetastasen können nicht beurteilt werden
M0	Keine Evidenz für Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen vorhanden

Zum Nachweis von regionalen Metastasen (inguinal oder iliakal) wird ein Becken-CT/PET-CT empfohlen, zum Ausschluss von Fernmetastasen zusätzlich ein Lungenröntgen und evtl. eine Knochenszintigraphie [3]. Die Behandlung des Primärtumors erfolgt für die Stadien Tis, Ta–1, G1–2 lokal mittels Tumorexzision oder Lasertherapie, bei T1G3 und Stadien T ≥ 2 wird die Penisteilamputation oder die totale Penisamputation durchgeführt. Die Lymphadenektomie wird bei palpablen inguinalen Lymphknoten in jedem Fall durchgeführt, bei Tumoren T ≥ 2 oder G3 auch bei nicht palpierbaren Lymphknoten. Bei Tis-, TaG1- und T1G1-Karzinomen wird eine Überwachung durchgeführt, bei T1G2-Tumoren falls verfügbar eine Sentinellymphknoten-Biopsie. Im Frühstadium als lokalisierter Tumor ohne Lymphknotenmetastasen hat das Peniskarzinom beste Heilungschancen, die 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei 70–90 %, bei mikroskopischer Lymphknotenmetastasierung liegt sie um 50 %, bei beidseitigem Lymphknotenbefall im Leisten- und Beckenbereich unter 10 %.

### ■ Penisdeviation

Die Inzidenz der kongenitalen Penisdeviation liegt unter 1 % [4]. Typischerweise besteht keine erektile Dysfunktion, die Ausübung des Geschlechtsverkehrs kann allerdings erschwert bis unmöglich sein. Therapeutisch ist bei be-

stehendem Leidensdruck eine operative Korrektur möglich, die operativen Verfahren entsprechen denjenigen zur Behandlung der Induratio penis plastica (IPP). Die Ätiologie der IPP ist weiterhin unklar, am wahrscheinlichsten sind repetitive Mikrotraumen der Tunica albuginea. Es kommt zu Einziehungen und Knoten, welche später Narben und Kalkplaques bilden. In der ersten Phase der Erkrankung kommt es zunächst zur schmerzhaften Entzündung, anschließend folgt die fibrotische Phase mit Plaquebildung. Häufig assoziierte Begleiterkrankungen sind Dupuytren'sche Kontrakturen, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Hyperurikämie, chronischer Alkoholabusus. Die Prävalenz liegt zwischen 0,4 und 9 % [5]. Die Klinik besteht in Schmerzen bei Erektion, sichtbarer Penisdeviation, palpablen Indurationen und einer erektilen Dysfunktion. Häufig ist die Plaque am Dorsum penis gelegen mit entsprechender dorsaler Deviation.

Die Therapieoptionen umfassen medikamentöse, intraläsionale Injektionen, physikalische und operative Verfahren (Tab. 3) [6]. Welches Therapieverfahren auch angewendet wird: Es handelt sich dabei nicht um eine Kausaltherapie. Vor einer operativen Korrektur ist es von entscheidender Wichtigkeit, die Patienten darüber aufzuklären, dass postoperativ mit einer Penisverkürzung, einem subjektiv unbefriedigenden Ergebnis, einem Rezidiv und Erektionsstörungen

**Tabelle 3:** Therapie der Penisdeviation. Mod. nach [6].

<b>Medikamentöse Therapieoptionen</b>
Vitamin E: Dosen zwischen 400 und 800 mg/d
Potassium aminobenzoate, Potaba
Tamoxifen
Colchicin
<b>Intraläsionale Injektionen</b>
Steroide
Kollagenasen
Verapamil
Interferon (α-2B)
<b>Physikalische Therapie</b>
Iontophorese
Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)
Penisstreckung
Radiotherapie

zu rechnen ist. Die Operation sollte unbedingt nur bei Patienten in der stabilen Erkrankungsphase (Stillstand der Deviation mindestens seit 6 Monaten) und bei massiven Problemen beim Geschlechtsverkehr durchgeführt werden.

Operativ kann entweder ein Plikationsverfahren (z. B. Schröder-Essed, Nesbit) oder ein resezierendes Verfahren (Resektion der Plaque) mit anschließender Defektdeckung (V. saphena, Gore-Tex, Tachosil) angewendet werden. Als Ultima ratio kann die Implantation einer Penisprothese erfolgen.

### ■ Zusammenfassung

Erkrankungen des Penis stellen für den Mann und das betroffene Paar eine große Belastung dar. Erst bei hohem Leidensdruck werden die bestehenden Schamgefühle überwunden und der Arzt konsultiert. Vor allem bei neu aufgetretener symptomatischer Phimose beim 60–70-jährigen Mann ist die Indikation zur Zirkumzision aus hygienischen und karzinomprophylaktischen Gründen großzügig zu stellen. Wenn auch selten, soll bei Hautveränderungen an der Glans und am Präputium bioptisch ein Peniskarzinom ausgeschlossen werden. Nach wie vor liegen zur Behandlung der Induratio penis plastica (IPP) keine Kausaltherapien vor, da die Pathogenese und Ätiologie dieser Krankheit noch nicht restlos geklärt ist.

**Literatur:**

1. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, et al. Cancer incidence in five continents. Vol. VIII. IARC Scientific Publications. No. 155. IARC, Lyon, France, 2002.
2. Dillner J, von Krogh G, Horenblas S, et al. Etiology of squamous cell carcinoma of the penis. Scand J Urol Nephrol Suppl 2000; 205: 189–93.
3. Pizzocaro G, Algaba F, Horenblas S, et al.; European Association of Urology (EAU) Guidelines Group on Penile Cancer. EAU penile cancer guidelines 2009. Eur Urol 2010; 57: 1002–12.
4. Yachia D, Beyar M, Aridogan IA, et al. The incidence of congenital penil curvature. J Urol 1993; 150: 1478–9.
5. Hatzmouratidis K, Eardley I, Giuliano F, et al.; European Association of Urology. EAU guidelines on penile curvature. Eur Urol 2012; 62: 543–52.
6. Sternig P, Riedl C. Leitlinie Induratio penis plastica. J Urol Urogynäkol 2008; 15 (Sonderheft 6): 10–1.
7. Stancik I, Hörtl W, De Santis M. Peniskarzinom – Leitlinien des Arbeitskreises für Urologische Onkologie AUO der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie. J Urol Urogynäkol 2008; 15 (4): 14–7.

**Korrespondenzadresse:**

*Dr. med. Christian Padevit  
Leitender Arzt Klinik für Urologie  
EBU Certified Training Centre  
Kantonsspital Winterthur  
CH-8401 Winterthur  
E-Mail: christian.padevit@ksw.ch*

---

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)