

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Peniskarzinom und Hodenkarzinom

Vukanovic D

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2016; 23 (Sonderheft

2) (Ausgabe für Österreich), 9-10

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



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

Peniskarzinom und Hodenkarzinom

D. Vukanovic

■ Peniskarzinom

Eine retrospektive Studie von Trama et al. [1] von 1999–2007 zeigt eine Analyse von 86 Krebsregistern europaweit. International finden sich deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der 5-Jahres-Überlebensrate, wobei Norwegen mit 82,9 % und Deutschland mit 65,6 % vorne liegen. Hier stellt sich die Frage, ob eine Zentralisierung der Therapie eine Verbesserung bringen würde.

In einer Studie von Djajadiningrat et al. [2] wurde eine Gruppe von 212 Patienten bezüglich ihres „High-risk“-HPV-Status analysiert. 25 % zeigten einen positiven hr-HPV-Befund, wobei bei 79 % HPV 16 nachgewiesen werden konnte. Die HPV-positiven Tumoren hatten einen signifikanten Überlebens-Benefit von 96 %, wohingegen HPV-negative Tumoren nur 82 % erreichten. Demzufolge haben HPV-negative Patienten eine schlechtere Prognose.

Die Studie von Hanchanale et al. [3] untersuchte bei 104 Patienten retrospektiv die Aussagekraft eines MRT-Stagings inkludierend die Stadien pT1–pT3. Dabei zeigten sich für die Vorhersage einer Infiltration der Tunica albuginea eine Sensitivität von 82 % und eine Spezifität von 74 %, wohingegen eine schlechte Vorhersage für eine Urethra-Infiltration getroffen werden konnte.

Als Standard zur Erhebung des Lymphknotenstatus wird eine DSNB beibehalten. Hierfür wird einen Tag vor der OP Technetium verabreicht. Zeigen sich > 4 Lymphknoten positiv, wird eine bilaterale LA empfohlen. Bei N2/N3-Patienten wird eine neoadjuvante TIP weiterhin als Standard bestätigt.

■ Hodenkarzinom

Epidemiologie

Die oben genannte retrospektive Studie von Trama et al. [1] zeigte hinsichtlich des Hodenkarzinoms eine 10%ige Differenz zwischen West- und Osteuropa. Die Problemländer hierbei sind Estland, Litauen und Kroatien. Dabei hat sich in den letzten 10 Jahren keine signifikante Änderung ergeben. Allerdings entwickelte sich als problematische Folge der Chemotherapie (Cisplatin = kardiotoxisch) ein häufiges Auftreten von Sekundärmalignomen und kardiovaskulären Komplikationen mit Todesfolge. Eine zentralisierte Therapie kann hingegen das Überleben deutlich verbessern.

Forschung

Im Rahmen einer Studie von Fankhauser et al. [4] ist eine PD-L1-Expression bei 73 % der Seminome und bei 64 % der

Nicht-Seminome zu finden. Allerdings besteht keine Korrelation zum Tumorstadium.

Hinsichtlich der Stadieneinteilung gibt es keine exakte standardisierte histopathologische Befundung, sodass sich im T-Stadium bezüglich der Rete-testis-Infiltration, der Tunica-vaginalis-Invasion und der Fett-Invasion erhebliche Differenzen ergeben [5]. Außerdem hat sich bis jetzt keine einheitliche Immunhistochemie etabliert – ein Vorhaben, das in weiterer Zukunft verfolgt werden sollte. Zum Beispiel zeigt sich bei immatorem Teratom eine Differenz von 32 % bei Experten und von 68 % im Netzwerk.

„miRNAs“ werden aktuell als neue Tumormarker validiert. Dabei ist eine Serum-Analyse problemlos möglich und korreliert gut mit dem Nachweis von TC (auch ohne interne Kontrolle) [6].

Risikofaktoren/TIN

Eisenberg et al. [7] beschreiben ein erhöhtes CA-Risiko bei infertilen Männern (Testis 1,99 %, Blase 2,29 %, Prostata 1,78 %), bei Hodenatrophie und Mikrolithiasis.

Hodentumoren sind außerdem die einzigen Tumoren, die mit Marihuana-Konsum assoziiert sind (nicht mit Nikotin!). Allerdings besteht keine Dosis-Wirkungs-Beziehung. Im Gegensatz dazu senkt Kokain das Erkrankungsrisiko [8].

Die Relevanz einer kontralateralen Biopsie hinsichtlich einer TIN-Diagnose ist bei Keimzelltumoren fraglich. In einer Studie von Kier et al. wurde gezeigt, dass es zwischen biopsierten und nicht-biopsierten Patienten keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des Auftretens von kontralateralen Zweitumoren gibt [9].

Eine RLA wird bei testikulären Stromatumoren im klinischen Stadium I immer noch diskutiert.

Frühstadien Seminom/Nicht-Seminom

Bei Seminomen ist die Rezidivrate mit der Tumorgröße assoziiert. Diese betrug bei „low risk“ (keine Rete-testis-Infiltration, Tumor < 4 cm) 2,9 %. Demgegenüber liegt bei Nicht-Seminomen die Rezidivrate bei „high risk“ mit 1× BEP bei 3,2 %.

Nachsorge

Die Rezidivrate im klinischen Stadium I beträgt 19 % bei Nicht-Seminomen und 13 % bei Seminomen [10]. Die Detektion mittels CT liegt bei den Seminomen bei 87 %, bei den Nicht-Seminomen bei 44 %, zusätzlich beträgt die Detektion durch Marker bei Nicht-Seminomen 48 %.

Die Nachsorge bei Nicht-Seminomen ist für 2 Jahre und bei Seminomen für 3 Jahre vorgesehen, wobei das letzte CT nach 5 Jahren erfolgen sollte.

Zusammenfassung eines Vortrags von Prof. Dr. Peter Albers, Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, im Rahmen des 9. Uro-Update, 19.–20. Februar 2016, Berlin/Düsseldorf

Metastasierte Stadien und Chemotherapie

Das Risiko für venöse Thrombosen liegt bei einem initialen Tumordurchmesser von > 5 cm (transversal) bei bis zu 22 % [11].

Je nach Prognosestadium sollte bei „good prognosis“ 3× PEB/4× EP verabreicht werden, hingegen bei „poor prognosis“ (Tumor > 5 cm, LDH > 2,25× ULN, pulmonale Metastasen) 4× BEP/3× BEP + 1× EP [12].

Bei Hirnmetastasen ergibt sich eine relativ gute Prognose, wobei hier eine alleinige Chemotherapie ohne chirurgische oder strahlentherapeutische Intervention erfolgen sollte. Im Gegensatz dazu ergibt sich bei Auftreten von Knochenmetastasen eine schlechte Prognose mit alleiniger Chemotherapie.

In einer Studie von Cheney et al. wurde ein Vergleich zwischen Roboter-RLA und RTR angestellt. Der Vorteil der Roboter-RLA liegt in einer kürzeren Liegezeit und weniger Blutverlust, die Nachteile ergeben sich aus einer langen OP-Zeit (5,5 Stunden) und einer Konversion bei jedem 6. Patienten, wohingegen die Konversion bei RTR nur bei jedem 4. Patienten liegt [13].

Nachsorge

Relevante Toxizitäten der Chemotherapie liegen im ersten Jahr und bei älteren Patienten im kardialen Bereich sowie hinsichtlich eines verdoppelten Sekundärmalignomrisikos bei Erstlinientherapie und einer Verdreifachung dieses Risikos bei Rezidivtherapie.

Zusätzlich erhalten 78 % aller TC-Patienten bei mehr als 5 Jahre dauernder Nachsorge mehr als die empfohlene Strahlendosis. Dadurch wurde das Risiko hinsichtlich der CT-induzierten Malignomrate mit 2,1 % gemessen. Die Reduktion der CT-Häufigkeit und der Einsatz von „Low-dose“-CT hat dieses Risiko von 2 % auf 1 % gesenkt [14].

Literatur:

1. Trama A, Foschi R, Larrañaga N, et al. Survival of male genital cancers (prostate, testis and penis) in Europe 1999–2007: Results from the EURO-CARE-5 study. *Eur J Cancer* 2015; 51: 2206–16.
2. Djajadiningrat RS, van Werkhoven E, Horrenblas S. Prophylactic pelvic lymph node dissection in patients with penile cancer. *J Urol* 2015; 193: 1976–80.
3. Hanchanale V, Yeo L, Subedi N, et al. The accuracy of magnetic resonance imaging (MRI) in predicting the invasion of the tunica albuginea and the urethra during the primary staging of penile cancer. *BJU Int* 2016; 117: 439–43.
4. Fankhauser CD, Curioni-Fontecedro A, Allmann V, et al. Frequent PD-L1 expression in testicular germ cell tumors. *Br J Cancer* 2015; 113: 411–3.
5. Berney DM, Algaba F, Amin M, et al. Handling and reporting of orchidectomy specimens with testicular cancer: areas of consensus and variation among 25 experts and 225 European pathologists. *Histopathology* 2015; 67: 313–24.
6. Spiekermann M, Dieckmann KP, Balks T, et al. Is relative quantification dispensable for the measurement of microRNAs as serum biomarkers in germ cell tumors? *Anticancer Res* 2015; 35: 117–21.
7. Eisenberg ML, Li S, Brooks JD, et al. Increased risk of cancer in infertile men: analysis of U.S. claims data. *J Urol* 2015; 193: 1596–601.
8. Huang YH, Zhang ZF, Tashkin DP, et al. An epidemiologic review of marijuana and cancer: an update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2015; 24: 15–31.
9. Kier MG, Lauritsen J, Almstrup K, et al. Screening for carcinoma in situ in the contralateral testicle in patients with testicular cancer: a population-based study. *Ann Oncol* 2015; 26: 737–42.
10. Kollmannsberger C, Tandstad T, Bedard PL, et al. Patterns of relapse in patients with clinical stage I testicular cancer managed with active surveillance. *J Clin Oncol* 2015; 33: 51–7.
11. Srikanthan A, Tran B, Beausoleil M, et al. Large retroperitoneal lymphadenopathy as a predictor of venous thromboembolism in patients with disseminated germ cell tumors treated with chemotherapy. *J Clin Oncol* 2015; 33: 582–7.
12. Fedyanin M, Tryakin A, Bulanov A, et al. Chemotherapy intensification in patients with advanced seminoma and adverse prognostic factors. *J Cancer Res Clin Oncol* 2015; 141: 1259–64.
13. Cheney SM, Andrews PE, Leibovich BC, et al. Robot-assisted retroperitoneal lymph node dissection: technique and initial case series of 18 patients. *BJU Int* 2015; 115: 114–20.
14. Su D, Faiena I, Tokarz R, et al. Comparative analysis of the risk of radiation exposure and cost of reduced imaging intensity for surveillance of early-stage nonseminomatous germ cell tumors. *Urology* 2015; 85: 141–6.

Korrespondenzadresse:

Ass. Dr. *Damir Vukanovic*
 Abteilung für Urologie
 A.ö. KH Oberwart
 A-7400 Oberwart, Dornburggasse 80
 E-Mail: damir.vukanovic@gmail.com



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](#)