

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Peniskarzinom

Loidl W

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 53-54

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

DIAGNOSE, THERAPIE UND NACHSORGE DES PENISKARZINOMS

1. KLASSIFIKATION

Pathologie

95 % der Fälle sind Plattenepithelkarzinome. In einigen Fällen ist eine sogenannte prä-maligne Läsion zuvor vorhanden (bowenoides Papulosis, Erythroplasia Queyrat)

TNM-Klassifikation 1997

- Tx Primärer Tumor kann nicht beurteilt werden
T0 Kein Primärtumor
Tis Carcinoma in situ
Ta Nicht invasives verruköses Karzinom
T1 Tumor infiltriert das subepitheliale Bindegewebe
T2 Tumor infiltriert das Corpus spongiosum oder cavernosum
T3 Tumor infiltriert die Urethra oder Prostata
T4 Tumor infiltriert andere angrenzende Strukturen

Regionäre Lymphknoten

- Nx Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0 Keine Lymphknotenmetastasen
N1 Metastasen in einem einzigen inguinalen Lymphknoten
N2 Metastasen in multiplen oder bilateral superfiziell vorliegenden Lymphknoten
N3 Metastasen in tiefen inguinalen oder pelvinalen Lymphknoten (unilateral oder bilateral)

Metastasierung

- Mx Metastasen können nicht beurteilt werden
M0 keine Metastasen
M1 Fernmetastasen gesichert

2. DIAGNOSTIK

Primärläsion

- Physikalische Untersuchung inkludiert exakte Bestimmung der Durchmesser
- Beschreibung der Lokalisation und Anzahl der Läsion sowie der Morphologie
- Wichtig ist auch die Beziehung zu angrenzenden Strukturen
- Bildgebende Verfahren: Ultraschall, MRI

- Zytologie oder Histologie im Zweifelsfall

Regionäre Lymphknoten

- Nicht palpable Lymphknoten: Es gibt derzeit keine Indikation für bildgebende Verfahren oder histologische Untersuchungen für nicht palpable Lymphknoten.
- Tastbare Lymphknoten: Auf folgende Parameter ist zu achten:
Durchmesser der Knoten
Lokalisation (uni- oder bilateral)
Anzahl der Knoten in jeder Region
Mobilität der Knoten
Beziehung zur benachbarten Struktur
Konsekutives Ödem der Beine oder des Skrotums
Eine histologische Diagnose ist indiziert (Feinnadel- oder Stanzbiopsie).

Fernmetastasierung

Bildgebende Verfahren: Computertomographie des kleinen Beckens und Abdomens, Thorax-Röntgen, ev. Knochen-Scan.

3. THERAPIE DES PENISKARZINOMS

Primärläsion

- Penile intraepitheliale Neoplasie: Konservatives Vorgehen (Lasertherapie, Kryotherapie, lokale Exzision oder Mohs-OP-Technik).
- Kategorie Ta1 Grad 1–2: Hier wird ebenfalls eine peniskonservierende Strategie empfohlen (Lasertherapie, lokale Exzision + rekonstruktive Operation, Brachytherapie), partielle Amputation optional bei Patienten mit schlechter Compliance.
- Kategorie T1 Grad 3, T ≥ 2: Hier ist die partielle oder totale Amputation abhängig von der Ausdehnung des Tumors. Eine adjuvante Chemotherapie bei konservativem Vorgehen ist experimentell.
- Lokalrezidiv: Hier kann konservativ vorgegangen werden, wenn die Invasion in die Corpora cavernosa ausgeschlossen ist, wenngleich in den meisten Fällen eine partielle oder totale Amputation empfehlenswert ist.

Regionäre Lymphknoten

Bei Patienten mit pTis pTa Grad 1–2 oder pT1 Grad 1 ist eine Kontrolle der regionären

Lymphknoten empfehlenswert. Bei Patienten mit höherem Risiko (pT > 2 oder Grad 3) ist eine modifizierte oder radikale Lymphadenektomie empfehlenswert. Bei Patienten mit Stadium pT1 Grad 1 (intermediate risk) wird eine vaskuläre oder lymphatische Invasion als Hilfe zur Therapieentscheidung hergenommen. Eine strikte Einhaltung des Follow-up ist optional. Eine modifizierte Lymphadenektomie kann im Falle von positiven Lymphknoten jederzeit zur radikalen Lymphadenektomie ausgeweitet werden. Optional ist die Markierung des sogenannten Sentinel-Lymphknotens mittels Isosulphan-Blau oder 99 mTc möglich.

Bei palpablen Lymphknoten ist die bilaterale radikale Lymphadenektomie die Standardempfehlung. Die pelvine Lymphadenektomie wird dann empfohlen, wenn mindestens 2 positive inguinale Lymphknoten oder eine extrakapsuläre Invasion vorliegt. Eine modifizierte Lymphadenektomie kann primär durchgeführt werden, wenn kontralateral nicht tastbare Lymphknoten vorliegen.

Patienten mit fixierten inguinalen Lymphknotenmassen oder pelvinalen Lymphknotenmetastasen sollen einer induktiven Chemotherapie zugeführt werden. Darauf folgend kann eine radikale ilioinguinale Lymphadenektomie durchgeführt werden.

Eine Alternative wäre die präoperative Radiotherapie. Wenn inguinale Lymphknoten im Verlauf des Nachsorgeprogramms auftreten, sind 2 Empfehlung vorhanden:

1. Bilaterale radikale inguinale Lymphadenektomie
2. Inguinale Lymphadenektomie auf der Seite, auf der die positiven Knoten aufgetreten sind.

Eine adjuvante Chemotherapie wird dann empfohlen, wenn mindestens 2 positive Lymphknoten oder extrakapsuläres Knochenwachstum vorliegen. Optional gibt es hier ebenfalls eine Radiotherapie.

Fernmetastasen

Hier gibt es keine echte Empfehlung, da die Effektivität der Chemotherapie gering ist. Sie kann optional verwendet werden.

4. FOLLOW UP

Primärtumor

Konservativ behandelte Patienten sollen in den ersten 2 Jahren 2-monatlich, im dritten Jahr 3-monatlich nachgesorgt werden, danach 6-monatlich (Lokalstatus). Patienten, welche eine partielle oder totale Penektomie hinter sich haben,

sollen 4-monatlich die ersten 2 Jahre, halbjährlich das dritte Jahr und danach jährlich untersucht werden.

Regionäre Lymphknoten und Fernmetastasen bei Surveillance-Patienten

Nach Entfernung des primären Tumors ist eine Leistenevaluation alle 2 Monate für die ersten 2 Jahre, alle 3 Monate für das dritte Jahr und alle 6 Monate für die nächsten 2 Jahre empfohlen.

Inguinal lymphadenektomierte Patienten (pN0) erhalten eine physikalische Evaluation, alle 4 Monate die ersten 2 Jahre, danach 6-monatlich das nächste Jahr. Nach inguinaler Lymphadenektomie bei pN1-3 kann keine spezifische Follow-up-Empfehlung gegeben werden, hier ist eine physikalische Untersuchung im CT sowie Lungenröntgen notwendig. Ein Knochenscan wird bei symptomatischen Patienten empfohlen.

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](#)