

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Peniskarzinom mit exulzerierten
Lymphknotenmetastasen links
inguinal**

Presich K, Catomio I, Riedl CR

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (3)

(Ausgabe für Österreich), 35-36

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (3)

(Ausgabe für Deutschland), 32-33

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (3)

(Ausgabe für Schweiz), 33-34

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 MIT EXULZERIERTEN LYMPHKNOTENMETASTASEN LINKS INGUINAL

KASUISTIK

Im Oktober 2001 wurde ein 53-jähriger Patient mit ausgedehnten exulzerierten Lymphknotenmetastasen rechts inguinal an einer auswärtigen chirurgischen Abteilung vorgestellt. Im Rahmen der Durchuntersuchung fand sich eine verhärtete, von einem nicht retrahierbaren Präputium verdeckte Glans als mögliches Primum. Eine Circumcision sowie Biopsie aus der Glans ergaben das histologische Ergebnis eines invasiven, schwach verhornenden Plattenepithelkarzinoms mittleren Differenzierungsgrades (G2–G3). In einer Unterbauch-Computertomographie wurde rechts inguinal ein ausgedehnter, ca. 10 cm messender, teils solider, teils nekrotischer Prozeß, bis an die großen Gefäße heranreichend, beschrieben. Die linke Leiste war unauffällig.

In weiterer Folge wurde eine totale Penektomie mit en-bloc-Resektion der inguinalen Lymphknoten rechts und die plastisch-chirurgische Deckung mit einem myokutanen gestielten Rektuslappen durchgeführt sowie ein perineales Urethrostoma angelegt (Histo nach UICC: pT2, pN2, M0). Die inguinale Lymphadenektomie links war zu einem späteren Zeitpunkt geplant.

Der postoperative Verlauf war in Anbetracht des großen Eingriffes zufriedenstellend. Der myokutane

Lappen heilte gut ein. Doch schon ein Monat später bestand sowohl sonographisch als auch radiologisch der Verdacht auf rasch wachsende Lymphknotenmetastasen links inguinal, die daraufhin auch exstirpiert und histologisch bestätigt wurden.

Nach einem weiteren Monat entleerten sich nekrotische Gewebsteile, offenbar aus Tumorrezidiven entlang der Iliaca externa-Gefäße, aus bereits spontan perforierten Wundrändern des transplantierten Hautlappens. Es kam wiederholt zur Infektion des nekrotischen Tumorgewebes, so daß der Patient immer wieder hoch anfiel. Der AZ des Patienten verschlechterte sich trotz adäquater konservativer Therapie zusehends, so daß er schließlich 3 Monate nach Erstdiagnose am Tumorprogreß verstarb.

DISKUSSION

Das Peniskarzinom tritt in weniger als 0,4 % aller Krebsfälle bei Männern auf, es finden sich histologisch vorwiegend Plattenepithelkarzinome. Diese entstehen zumeist an der Glans und an der Innenfläche der Vorhaut. Das Wachstum beginnt in Form von erhabenen roten, derben Plaques oder als Ulcus. Metastasen befallen in erster Linie die oberflächlichen und tiefen Inguinallymph-

knoten, erst später andere Organe. Am Peniskarzinom verstirbt man durch unkontrollierte regionale lymphatische Tumorausbreitung mit Hautnekrosen, chronischen Infektionen, Kachexie und Sepsis.

Fernmetastasen treten bei weniger als 10 % der Patienten auf, häufig in Lunge, Leber und Knochen. Die Fünfjahres-Überlebensrate beträgt bei Befall der Inguinallymphknoten 30–50 %. Sind die Iliacal-Lymphknoten befallen, fällt die Fünfjahres-Überlebensrate auf 20 %. Bei Anwesenheit von Fernmetastasen ist die Heilungschance gleich Null.

Aufgrund des guten Allgemeinzustands sowie des Alters des Patienten, aber auch wegen der nicht mehr versorgbaren Situation der Ulcera in der rechten Leiste, die dem Patienten den alltäglichen Kontakt mit anderen Personen erschwerte bzw. unmöglich machte, entschlossen wir uns trotz des offenbar fortgeschrittenen Tumorstadiums für eine Radikaloperation. Die operative Versorgung durch radikale en-bloc-Resektion des gesamten Tumorgebiets penil und inguinal sowie die plastische Deckung des großen Hautdefekts (ca. 10 x 20 cm) mit einem myokutanen Lappen stellt derzeit die beste Methode dar und wurde kürzlich auch publiziert [Tabatabaei and McDougal, J Urol 2003; 169: 118]. In diesem Bericht wurden 3 Fälle dargestellt, die nach Radikalchirurgie mit einem abdominalen Rotationslappen ge-

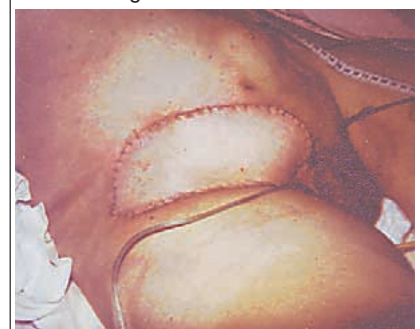
Abbildung 1



Abbildung 2



Abbildung 3



deckt wurden. Es traten keine Wundheilungsstörungen auf, bei einem Patienten wurde sogar 3 Wochen postoperativ mit einer additiven Strahlentherapie begonnen, die problemlos vertragen wurde. Das kurze Follow-up von 4–8 Monaten läßt allerdings noch keine Aussage bezüglich des onkologischen Ergebnisses zu.

Kritisch betrachtet, muß die Indikation zu großen rekonstruktiven Eingriffen bei Patienten mit ausgedehnten

inguinalen Lymphknotenmetastasen im Rahmen eines Peniskarzinoms sehr eingeschränkt gesehen werden. Allerdings steht nicht nur die onkologisch-radikale Zielsetzung im Vordergrund, auch die physische, psychische und soziale Situation können eine Operation wie die beschriebene notwendig machen. Mit Hilfe etablierter plastisch-chirurgischer Verfahren lassen sich auch große, durch die Radikaloperation entstandene Hautdefekte zufriedenstellend decken, ohne die Rekonvaleszenz unnö-

tig zu verlängern, auch wenn in vielen Fällen eine Lebensverlängerung durch den Eingriff nicht mehr möglich ist.

Korrespondenzadresse:

*Prim. Univ.-Doz. Dr. Claus Riedl
Vorstand der Urologischen Abteilung,
Thermenklinikum Baden
A-2500 Baden, Wimmergasse 19
E-mail:
claus.riedl@thermenklinikum-
baden.at*

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](#)