

Καρκίνος του Πέους

Δρ. Θωμάς Αρβανιτάκης

Διευθυντής Ουρολογικού Τμήματος
Νοσοκομείο “ Ο Άγιος Σάββας” Αθηνών.

Περίληψη: Στο άρθρο ανασκόπησης περιγράφονται στατιστικά επιδημιολογικά ,παράγοντες κινδύνου, κλινικά συμπτώματα του καρκίνου του πέους ,διαγνωστικές μέθοδοι και θεραπευτικές επιλογές, όπως χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία.

Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στη χειρουργική αντιμετώπιση, όταν υπάρχουν μονόπλευρες η αμφοτερόπλευρες λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Επιδημιολογία - αιτιολογικοί παράγοντες

Ο καρκίνος του πέους είναι μια σπάνια κακοήθης πάθηση με συχνότητα 0,1-0,9 περιστατικά ανά 100.000 άνδρες στις δυτικές κοινωνίες ^{1,2} Αντιθέτως υπάρχουν χώρες στην Αφρική, Ασία και Νότιο Αμερική, όπου ο καρκίνος του πέους αποτελεί σοβαρό πρόβλημα υγείας με συχνότητα που φθάνει και το 20% όλων των καρκίνων στον άνδρα ^{3,4}. Από τα παραπάνω φαίνεται πως η συχνότητα του καρκίνου του πέους είναι πιο συχνή στις μη ανεπτυγμένες χώρες. Η διαφορά αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι στις χώρες αυτές οι συνθήκες τοπικής υγιεινής είναι εντελώς ανύπαρκτες.

Ο χρόνιος ερεθισμός του πέους από το σμήγμα, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει και φίμωση του πέους, πιστεύεται πως είναι ο κυριότερος αιτιολογικός παράγοντας του καρκίνου του πέους. Το 1996 η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία ενημερώνει την Παιδιατρική Εταιρεία ότι η περιτομή δεν αποτελεί αποτελεσματικό μέτρο πρόληψης για τον καρκίνου του πέους. Το 1996 η Καναδική Παιδιατρική Εταιρεία υπολόγισε ότι το κόστος 100.000 περιτομών είναι 3,8 εκατομύρια δολάρια, που οδηγεί σε πρόληψη δύο περιπτώσεων καρκίνου, με αποτέλεσμα το κόστος της πρόληψης να είναι εκατό φορές περισσότερο από το κόστος της θεραπείας. Πάντως, παρά τις διαφωνίες όσον αφορά τη δράση του σμήγματος, η φίμωση ανευρίσκεται στο 25-75% των ασθενών με καρκίνο του πέους. Επίσης η ανάπτυξη καρκίνου του πέους έχει συνδεθεί και με ορισμένους υπότυπους (τον 16 και τον 18) του ανθρώπινου θηλωματοδούς ιού.

Ιστοπαθολογία

Προκαρκινωμάτωσης δερματολογικές βλάβες

Σε αυτή την κατηγορία βλαβών κατατάσσονται η λευκοπλακία, η σκληρωτική βαλανίτιδα και τα γιγαντιαία κονδυλώματα (όγκοι Buschke-Löwenstein), τα οποία και έχουν σχέση με τον HPV.

Καρκίνωμα in situ του πέους

Στην κατηγορία αυτή του καρκίνου του πέους εντάσσονται η ερυθροπλασία του Queyrat και η νόσος του Bowen.

Διηθητικό καρκίνωμα του πέους

Ιστολογικά πρόκειται για νεόπλασμα εκ πλακωδών κυττάρων στο 95% των περιπτώσεων, ενώ το υπόλοιπο 5% αφορά διάφορους ιστολογικούς τύπους συχνότερος από τους οποίους είναι το σάρκωμα και το μελάνωμα και σπανιότερα το καρκίνωμα βασικοκυτταρικού τύπου.

Κλινική εικόνα - Φυσική εξέλιξη

Τα κλινικά σημεία στον καρκίνο του πέους ποικίλλουν από μια μικρή και συνήθως ανώδυνη βλάβη (ελκωτική ή εξωφυτική) μέχρι εκτεταμένη βλάβη, που μπορεί να οδηγήσει σε αυτόματα μερικό ακρωτηριασμό του πέους. Η βλάβη μπορεί να εντοπίζεται σε οποιοδήποτε σημείο του πέους. Η εντόπιση κατά σειρά συχνότητας είναι: βάλανος 48%, ακροποσθία 21%, βάλανος και ακροποσθία 9%, βαλανοποσθική αύλακα 6%, σώμα πέους 2%⁵. Η κλινική εξέταση του πέους πρέπει να περιλαμβάνει την εξέταση των παρακάτω χαρακτηριστικών:

- 1) Διάμετρος της βλάβης
 - 2) Εντόπιση της βλάβης
 - 3) Αριθμός ελκών
 - 4) Μορφολογία ελκών
 - 5) Χρώμα της βλάβης
 - 6) Ορια-Κινητικότητα της βλάβης
- (Eur Urol 2002:42(3)199-203)

Αρκετοί ασθενείς προσέρχονται παραπονούμενοι για φίμωση από πολύ καιρό, ενώ μερικοί παραπονούνται για φίμωση που εμφανίσθηκε σε σύντομο χρονικό διάστημα και αυτό θα πρέπει να μας οδηγήσει στη σκέψη ότι πιθανόν να υποκρύπτεται καρκίνος⁶. Άλλα συμπτώματα δυνατόν να είναι ο κνησμός, αίσθημα καύσου, αιμορραγία από τη βλάβη και σε περιπτώσεις που η βλάβη εντοπίζεται κοντά στο έξω στόμιο της ουρήθρας δυνατόν να υπάρχει και δυσουρία.

Στα αρχικά στάδια δεν υπάρχει πόνος και είναι ένας λόγος που καθυστερεί ο ασθενής να ζητήσει ιατρική βοήθεια. Εάν η βλάβη παραμείνει χωρίς θεραπεία αυξάνεται συνήθως με αργό ρυθμό, με αποτέλεσμα τη διάβρωση

της βάλανου και των σπραγγωδών σωμάτων και τέλος μεγάλη αιμορραγία, συρίγγια, ακόμη και επίσχεση ούρων.

Μεταστατική νόσος

Η πρώτη συνήθως εντόπιση των μεταστάσεων αφορά τους βουβωνικούς λεμφαδένες. Η ακροποσθία και το δέρμα του πέους δίνουν μεταστάσεις στους επιφανειακούς βουβωνικούς λεμφαδένες, ενώ η βάλανος και τα σπραγγώδη σώματα δίνουν μεταστάσεις και στους εν τω βάθει βουβωνικούς λεμφαδένες. Σύμφωνα με τον Cabanas⁷ ο πρώτος αδένας που προσβάλλεται βρίσκεται στο μηριαίο δακτύλιο και επί τα εντός της μηριαίας φλέβας και ονομάζεται λεμφαδένας φρουρός (sentinel node). Κατά τη διάγνωση περίπου 40% των ασθενών εμφανίζουν ψηλαφητούς διογκωμένους βουβωνικούς λεμφαδένες⁸. Στο 50% αυτών των ασθενών η διόγκωση των αδένων είναι αποτέλεσμα φλεγμονής από τον όγκο⁹. 20% των ασθενών που δεν έχουν διογκωμένους λεμφαδένες έχουν μικροσκοπικές μεταστάσεις¹⁰. Απομακρυσμένες μεταστάσεις στους πνεύμονες, ήπαρ, οστά, εγκέφαλο είναι σπάνιες και το ποσοστό κυμαίνεται από 1-10%¹¹⁻¹².

Η διάγνωση δεν έχει δυσκολίες, αρκεί να τη σκεφθεί κανείς και να την επιβεβαιώσει με βιοψία, που γίνεται εύκολα στο εξωτερικό ιατρείο, χωρίς νάρκωση. Διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από οξυτενή κονδύλωμα, τραυματική εξέλκωση, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα και από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως συφιλιδικό έλκος.

Απεικονιστικός έλεγχος

Για τον έλεγχο της επέκτασης της πρωτοπαθούς εστίας έχει χρησιμοποιηθεί το υπερηχογράφημα και προσφάτως και η μαγνητική τομογραφία του πέους. Στην πρωτοπαθή εστία βοηθάει στον καθορισμό των χειρουργικών ορίων, ώστε η τομή να γίνει 2 εκ. περιφερικότερα της βλάβης.

Η αξονική τομογραφία συμβάλει κυρίως στην εκτίμηση των λεμφαδενικών μεταστάσεων, ενώ είναι περιορισμένη η χρήση της στην εκτίμηση της πρωτοπαθούς εστίας. Η εκτίμηση των λεμφαδένων στηρίζεται στο μέγεθος και όχι στη διαταραχή της αρχιτεκτονικής του αδένα.¹³

Τέλος, η κυτταρολογική εξέταση των λεμφαδένων μετά από παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA) βοηθάει στη διαφορική διάγνωση μεταξύ φλεγμονώδους βλάβης ή μεταστατικής βλάβης. Η βιοψία του φρουρού λεμφαδένα, όπως είχε αυτή περιγραφεί από τον Cabanas, όταν δεν υπάρχουν ψηλαφητοί διογκωμένοι λεμφαδένες, δεν έχει πλέον ένδειξη λόγω των πολλών ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων. Αντίθετα τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται μια νέα τεχνική στη διάγνωση των μεταστάσεων στους βουβωνικούς λεμφαδένες, όταν αυτοί δεν είναι ψηλαφητοί, αλλά από τα χαρακτηριστικά του πρωτοπαθούς όγκου υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για τη διήθησή τους. Γίνεται ενδοδερμική έγχυση τεχνητού πέριξ του

φρουρού αδένα. Μετά από λίγες ώρες με τη βοήθεια γ-κάμερας εντοπίζεται ο φρουρός αδένας. Επί θετικού αποτελέσματος εκτελείται ο λεμφαδενικός καθαρισμός. Για τον έλεγχο απομακρυσμένων μεταστάσεων χρησιμοποιούν η ακτινογραφία θώρακος και επί κλινικών συμπτωμάτων το σπινθηρογράφημα οστών.

Σταδιοποίηση

Η σταδιοποίηση σύμφωνα με το σύστημα TNM (WHO 1997/2002) έχει ως εξής:

T0: Δεν υπάρχουν στοιχεία πρωτοπαθούς όγκου

Tx: Ο πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να εκτιμηθεί

Tis: Καρκίνος in situ (νόσος του Bowen, ερυθροπλακία του Queyrat).

Ta: Μη διηθητικό μυρμηκιδες (verrucous) καρκίνωμα του πέους

T1: Ο όγκος διηθεί τον υποεπιθηλιακό συνδετικό ιστό.

T2: Ο όγκος διηθεί το σπογγιώδες ή τα σηραγγώδη σώματα

T3: Ο όγκος διηθεί την ουρήθρα ή τον προστάτη

T4: Ο όγκος διηθεί παρακείμενα όργανα (περίνεο, ηβική σύμφυση).

Nx: Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν

NO: Δεν υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες.

N1: Έχει προσβληθεί ένας μονήρης επιφανειακός βουβωνικός λεμφαδένας.

N2: Έχουν προσβληθεί επιφανειακοί βουβωνικοί λεμφαδένες άμφω ή πολλαπλοί ετερόπλευρα.

N3: Έχουν προσβληθεί οι εν τω βάθει βουβωνικοί ή /και οι πυελικοί λεμφαδένες ετερόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα

Mx : Οι απομακρυσμένες μεταστάσεις δεν μπορούν να εκτιμηθούν

MO: Δεν ανιχνεύονται απομακρυσμένες μεταστάσεις

M1 : Υπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων

Προγνωστικοί Παράγοντες για τον Καρκίνο του Πέους

Η πρόγνωση της νόσου, η σχετική με την επιβίωση εξαρτάται από την ύπαρξη διηθημένων λεμφαδένων, από τον αριθμό και τη θέση αυτών των διηθημένων λεμφαδένων, αλλά και από την εξωκαψική λεμφαδενική επέκταση. Για την ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων προγνωστικοί παράγοντες έχει βρεθεί ότι αποτελούν η θέση το μέγεθος και το στάδιο (grade) του πρωτοπαθούς όγκου και η διηθηση των σηραγγωδών σωμάτων. Αυτοί οι παράγοντες αποτελούν και τα κριτήρια βάσει των οποίων οι ασθενείς κατηγοριοποιούνται σε 3 κατηγορίες κινδύνου (χαμηλού-μετρίου υψηλού κινδύνου) για την

ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων και επομένως σχεδιασμού περαιτέρω αντιμετώπισης.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Πρωτοπαθής βλάβη

Η αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς βλάβης εξαρτάται από το στάδιο και τη θέση αυτής .

Καρκίνωμα in situ

Για τις βλάβες αυτής της κατηγορίας έχουν εφαρμοσθεί πολλές συντηρητικές τεχνικές διατήρησης του πέους οι οποίες και είναι:

1. τοπική εκτομή της βλάβης
2. χρήση laser (Nd-Yag ή CO2)
3. φωτοδυναμική θεραπεία
4. εφαρμογή κρέμας φθοριοουρακίλης (5-FU)
5. Κρυοθεραπεία

Χειρουργική θεραπεία

Σε διηθητικούς όγκους του πέους η χειρουργική θεραπεία φαίνεται να δίνει τα καλύτερα αποτελέσματα, όσον αφορά την επιβίωση των ασθενών. Ανάλογα με το στάδιο της νόσου και την εντόπιση της βλάβης υπάρχουν οι εξής χειρουργικές επιλογές:

A. Περιτομή - τοπική εκτομή του όγκου

Μικρά νεοπλάσματα (σταδίου \leq T_a-T₁ G₁-2) που εντοπίζονται στην ακροποσθία αντιμετωπίζονται με περιτομή, με την προϋπόθεση ότι η εκτομή θα γίνει σε υγιή όρια 2 εκ. περιφερικότερα της βλάβης. Ο κίνδυνος υποτροπής μετά την περιτομή κυμαίνεται σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία από 15% έως 30%¹⁴. Επομένως οι ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτομή πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά για τον κίνδυνο τοπικής υποτροπής. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις μικρών βλαβών, που εντοπίζονται στη βάλανο ή στο σώμα του πέους, μπορεί κανείς να αποφασίσει την τοπική εκτομή του όγκου, αφού την ώρα της επέμβασης ληφθούν αρκετές βιοψίες από τα περιφερικά όρια, ώστε να είναι σίγουρος ότι η εκτομή θα γίνει σε υγιείς ιστούς¹⁵. Βασική προϋπόθεση για τέτοια επέμβαση αποτελεί η εγγύηση πως ο ασθενής θα παρακολουθείται τακτικά, ώστε σε περίπτωση υποτροπής να υποβληθεί έγκαιρα σε ριζική επέμβαση. Επίσης σε ασθενείς αυτού του σταδίου της νόσου μπορούν να εφαρμοσθούν η ακτινοθεραπεία, και η θεραπεία με laser με ικανοποιητικά ποσοστά υποτροπής (βλέπε παρακάτω αυτές τις θεραπείες).

B. Μερικός ακρωτηριασμός

Σε ασθενείς σταδίου \geq T₁G₃ και εφόσον η βλάβη εντοπίζεται στη βάλανο ή στο περιφερικό τμήμα των σηραγγωδών σωμάτων ο μερικός ακρωτηριασμός αποτελεί τη θεραπεία εκλογής.

Γ. Ολικός ακρωτηριασμός

Σε ασθενείς σταδίου \geq T₁G₃ και σε περιπτώσεις που η βλάβη είναι εκτεταμένη και καταλαμβάνει μεγάλο τμήμα

των σηραγγωδών τμημάτων προς τη βάση του πέους η θεραπεία εκλογής είναι ο ολικός ακρωτηριασμός.

Ακτινοθεραπεία:

Παρά το γεγονός ότι ο ακρωτηριασμός προσφέρει τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας στον καρκίνο του πέους, εντούτοις το ψυχολογικό τραύμα του ασθενούς είναι πάρα πολύ μεγάλο. Για το λόγο αυτό από πολλά χρόνια χρησιμοποιείται η ακτινοθεραπεία στην αντιμετώπιση του καρκίνου του πέους με καλά αποτελέσματα σε επιλεγμένες περιπτώσεις.¹⁵ Σήμερα χρησιμοποιούνται δύο είδη ακτινοθεραπείας:

A. Βραχυθεραπεία

Επιτυγχάνεται είτε με την εμφύτευση ραδιενεργών βελονών (ραδίου, ιριδίου, τανταλίου) εντός του όγκου, είτε με επαφή ραδιενεργού υλικού με τον όγκο. Πιο συχνά χρησιμοποιείται η εμφύτευση ραδιενεργών βελονών, επειδή είναι απλή και επιτρέπει την ομοιογενή χορήγηση 70 Gy σε 5-7 ημέρες. Συνήθως στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών γίνεται καλά ανεκτή.

B. Εξωτερική ακτινοβολία

Συνήθως χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που δεν μπορεί να γίνει βραχυθεραπεία καθώς επίσης και ανακουφιστικά σε ανεγχείρητες περιπτώσεις.⁴¹ Απαιτείται ειδική συσκευή για την τοποθέτηση του πέους και βέβαια η διάρκεια είναι μεγάλη. Απαιτείται θεραπεία 6-7 εβδομάδων και συνολική δόση 65-70 Gy. Πρέπει να γνωρίζουμε πως το καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων είναι ακτινοάντοχο και οι μεγάλες δόσεις που χρειάζονται συνοδεύονται από επιπλοκές.

Laser

Τα τελευταία χρόνια στην αντιμετώπιση του καρκίνου του πέους χρησιμοποιούνται τα Laser. Για μικρά επιφανειακά νεοπλάσματα κατάλληλο είναι το Nd: YAG Laser. Προκαλεί καταστροφή του όγκου σε βάθος 3-5 χιλ. και μετά την απόπτωση της εσχάρας σε διάστημα 6-8 εβδομάδων, αν και υπάρχει απώλεια ιστού, διατηρείται η ανατομία του πέους με πολύ μικρές αλλοιώσεις και το κοσμητικό αποτέλεσμα είναι πολύ καλό. Αν και τα αποτελέσματα κρίνονται ικανοποιητικά, απαιτείται ακόμη μεγάλο χρονικό διάστημα παρακολούθησης των ασθενών για να είμαστε σίγουροι για τα μακροχρόνια αποτελέσματα.¹⁶

Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία αποτελεί ένα επιπλέον όπλο στα χέρια του γιατρού για την αντιμετώπιση του καρκίνου του πέους, κυρίως για να αποφευχθεί ο μερικός ακρωτηριασμός με τα γνωστά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Ο Pizzosago και συν.¹⁷ χρησιμοποιούν συνδυασμό μπλεομυκίνης, μεθοτρεξάτης και βινκριστίνης για την αντιμετώπιση μεγάλων όγκων της βαλάνου. Χορηγούνται σε εβδομαδιαία βάση για 8-12 εβδομάδες και μετά το τέλος της θεραπείας χρησιμοποιεί Laser για την κατα-

στροφή του όγκου με πολύ καλά αποτελέσματα.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται συνδυασμός κυτταροστατικών και ιντερφερόνης με ενθαρρυντικά αποτελέσματα, χρειάζεται όμως μεγαλύτερος αριθμός ασθενών για να έχουμε σίγουρα αποτελέσματα.¹⁸

Αντιμετώπιση των μεταστάσεων στους βουβωνικούς λεμφαδένες

Χειρουργική θεραπεία

Ο λαγονομηροβουβωνικός λεμφαδενικός καθαρισμός αναμφιβόλως προσφέρει το μεγαλύτερο ποσοστό ίασης των ασθενών με λεμφαδενική μεταστατική νόσο. Οι οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας προτείνουν:

1) Σε ασθενείς με μικρούς επιφανειακούς όγκους και χωρίς ψηλαφητούς λεμφαδένες τη στιγμή της αρχικής αντιμετώπισης της νόσου (ασθενείς σταδίου pTis, pT_a G1-2, Pt1G1) δεν προβαίνουμε σε άμεσο λεμφαδενικό καθαρισμό, δεδομένου ότι η πιθανότητα μετάστασης είναι μικρή, αλλά με την αυστηρή προϋπόθεση ότι θα παρακολουθούνται τακτικά. Συνήθως η μετάσταση εμφανίζεται τα πρώτα 3 χρόνια.

2) Σε ασθενείς ενδιάμεσου κινδύνου (σταδίου pT1G2) και χωρίς ψηλαφητούς λεμφαδένες, στη θεραπευτική μας προσέγγιση θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας την ύπαρξη αγγειακής ή λεμφικής διήθησης από τον πρωτοπαθή όγκο και τα κακοήθη χαρακτηριστικά του όγκου και αναλογως να συστήσουμε ένα εντατικό πρόγραμμα παρακολούθησης, ή να προχωρήσουμε σε τροποποιημένη λεμφαδενεκτομή. Εναλλακτικά μπορεί να γίνει δειγματοληπτική βιοψία του φρουρού λεμφαδένα με τη βοήθεια της μεθόδου με το ραδιενεργό τεχνητίο που περιγράφηκε ανωτέρω και ανάλογα με τα αποτελέσματα αυτής να τροποποιήσουμε την προσέγγισή μας.

3) Σε όγκους σταδίου T₂, T₃ ή Grade 3 και χωρίς ψηλαφητούς λεμφαδένες θα πρέπει να γίνεται προφυλακτικός λεμφαδενικός καθαρισμός, επειδή η πιθανότητα μετάστασης είναι πολύ μεγάλη. Η επιβίωση φθάνει το 88% μετά από προφυλακτικό λεμφαδενικό καθαρισμό, ενώ το ποσοστό μειώνεται στο 38% μετά από καθυστερημένη επέμβαση.

4) Σε περίπτωση θετικών ψηλαφητών λεμφαδένων ετερόπλευρα πρέπει να γίνεται και αμφοτερόπλευρος τροποποιημένος ή ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός, γιατί λόγω επικοινωνίας των λεμφαγγείων υπάρχει 50% πιθανότητα να είναι θετικοί και οι ετερόπλευροι λεμφαδένες. Η επιβίωση μετά αμφοτερόπλευρο λεμφαδενικό καθαρισμό φθάνει το 50%, ενώ μετά ετερόπλευρο μειώνεται στο 24%. Επίσης ένα θέμα περαιτέρω προβληματισμού είναι πότε πρέπει να προχωράμε σε πυελική λεμφαδενεκτομή. Σύμφωνα λοιπόν και πάλι με τις πρόσφατες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας, όταν ανευρίσκονται δύο ή περισσότεροι διηθημένοι

βουβωνικοί λεμφαδένες θα πρέπει να γίνεται άμεση η καθυστερημένη λεμφαδενεκτομή των πυελικών λεμφαδένων, καθώς αυτή προσφέρει ποσοστά ίασης μεταξύ 15-54%.

Χημειοθεραπεία

Ο συνδυασμός κυταροστατικών φαρμάκων στην αντιμετώπιση των λεμφαδενικών μεταστάσεων έχει δώσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα και τα τελευταία χρόνια έχει αντικαταστήσει την ακτινοθεραπεία σε μεγάλο βαθμό, όπως αναφέραμε και πιο πάνω. Οι συνδυασμοί φαρμάκων που χρησιμοποιούνται είναι: Vincristine+ Bleomycin + Methotrexate, ή Cisplatin +5-FU. Αυτοί οι συνδυασμοί χημειοθεραπείας μπορούν να δοθούν είτε ως νεο-επικουρική είτε ως επικουρική θεραπεία .

Πρόγραμμα παρακολούθησης ασθενών με καρκίνο του πέους

Οι περισσότερες υποτροπές εμφανίζονται τα 2 πρώτα χρόνια μετά την αρχική θεραπεία και ιδιαίτερη αξία έχει η έγκαιρη διάγνωση των λεμφαδενικών μεταστάσεων. Ο έλεγχος περιλαμβάνει την κλινική εξέταση, την ακτινογραφία θώρακος και την αξονική τομογραφία κοιλίας. Έτσι ανάλογα με την αρχική αντιμετώπιση της νόσου οι οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας προτείνουν το παρακάτω πρόγραμμα παρακολούθησης των ασθενών:

1) Συντηρητική θεραπεία

Εξέταση κάθε 2 μήνες τον 1ο και 2ο χρόνο, κάθε 3 μήνες τον 3ο χρόνο και κάθε 6 μήνες τον 4ο-5ο χρόνο.

2)Μερική η ολική πρεεκτομή

Εξέταση κάθε 4 μήνες τον 1ο και 2ο χρόνο, κάθε 6 μήνες τον 3ο χρόνο και κάθε χρόνο το 4ο-5ο έτος.

Μετά από λεμφαδενεκτομή με (-) λεμφαδένες παρακολούθηση κάθε 4 μήνες τον 1ο χρόνο και κάθε 6 μήνες τον 2ο χρόνο και κατόπιν δεν κρίνεται απαραίτητη.

Μετά από λεμφαδενεκτομή με (+) λεμφαδένες παρακολούθηση σύμφωνα με το πρωτόκολλο του νοσοκομείου. Συμπερασματικά το καρκίνωμα του πέους είναι από τους λίγους όγκους όπου η λεμφαδενεκτομή προσφέρει υψηλά ποσοστά ίασης, ακόμα και όταν υπάρχει διήθηση των λεμφαδένων. Η τακτική και τα μεσοδιαστήματα της παρακολούθησης σχετίζονται άμεσα με την αρχική θεραπεία του πρωτοπαθούς όγκου και των περιοχικών λεμφαδένων.

Summary

Penile Cancer

Dr. Thomas Arvanitakis

This review article describes epidemiological statistics, risk factors, clinical symptoms of cancer, diagnostic methods and therapeutic options such as surgery,

chemotherapy and radiotherapy.

Particular attention is given to surgical treatment when there are unilateral or bilateral lymph nodes metastases.

Βιβλιογραφία

1. Resel L, Prieto A, Daez A, et al. Carcinoma of the penis: our experience in 22 cases, 22nd Congress Intern d' Urology Sevilla, Spain, 1991.
2. Νεοπλάσματα του πέους, Α.Ρεμπελάκος Θ.Αρβανιτάκης 2000, Astra Zeneka 2002
3. Persky L. Epidemiology of cancer of the penis. Recent results. Cancer Res 1977, 60- 97.
4. Denniston DC. First do no harm. The true Seeker. Proceedings of the First International Symposium on Circumcision, 1989, 1(3):37.
5. Hanno PM, Vein AJ. A clinical manual of urology. Appleton-Century Crofts, Norwalk, Connecticut, 1988.
6. Licklider S. Jewish penile cancer. J Urol 1961, 86:89.
7. Derrick FC, Lynch KM, Kretkowski RC, Varbrough WJ. Epidermoid carcinoma of the penis:Computer analysis of 87 cases. J Urol 1973, 110:303-305.
8. Pratt-Thomas HR, Heins HC, Lathan E, et al. The carcinogenic effect of human smegma: An experimental study. Cancer 1956, 9:671.
9. Preston EN. Whither the foreskin. JAMA 1970, 213(11): 1853-1858.
10. Wolbarst A. Circumcision and penile cancer. Lancet 1932, 1(5655):150-153.
10. Reddy DG, Baruah IK. Carcinogenic action of human smegma. Arch Pathol 1963, 75:414-420.
11. Narayana AS, Olney LE, Loening SA, et al. Carcinoma of the penis: Analysis of 219 cases.Cancer 1982, 49:2185.
12. Norman RN, Millard OH, Mack FG, et al. Carcinoma of the penis. An 11year review. Can J Surg 1983, 26:426.
13. Whitfield HN, Hendry WF. Textbook of genitourinary surgery. Churchill Livingstone,Edinburgh, London, New York, 1986.
14. Fraley EE, Zhang G, Sazona R, et al. Cancer of the penis. Prognosis and treatment plans, Cancer 1985, 55:1618.
15. Ufrin G, Huben R. Benign and malignant lesions of the penis: Adult and Pediatric Urology.Chicago, Year Book Medical Publishers 1987, p 1462.
16. Kinner DG, DeKernion JB. Genitourinary Cancer. W. B. Saunders Company. London 1978, p.498.
17. Urgers JK, Badalament RA, Drago JR. Penile cancer. Urol Clin N Am 1992, 247.
18. Marcial VA, Figueroa-Coton, Marcial RA. Carcinoma of the penis. Radiology 1962, 79:209-210.