

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Δρ. Αναστάσιος Παππάς

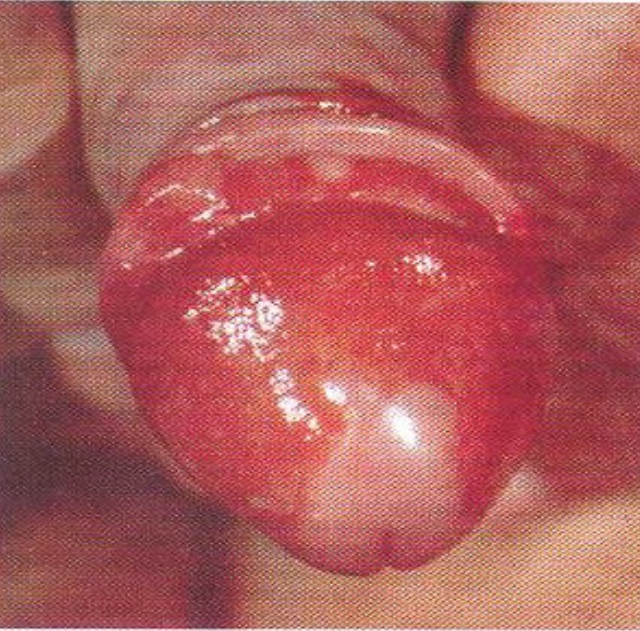
Διευθυντής Ε.Σ.Υ.

Επιστημονικά υπεύθυνος

Ουρολογικού Τμήματος

Νοσοκομείου << Άγιος Σάββας >>

- Την τελευταία 5ετία νοσηλεύσαμε στο Τμήμα μας 42 νέα περιστατικά με καρκίνο πέους. Περίπου 8 περιστατικά το χρόνο.
- Προ 20ετίας νοσηλεύαμε περίπου 15 νέα περιστατικά με καρκίνο πέους.
- Συχνότερη αιτία η μακροχρόνιος φίμωση.
- Η ηλικία των ασθενών ήταν από 48 μέχρι 91 ετών μέσος όρος 67,14 έτη.



2.1. Βαλανίτις μετά από επαφή.



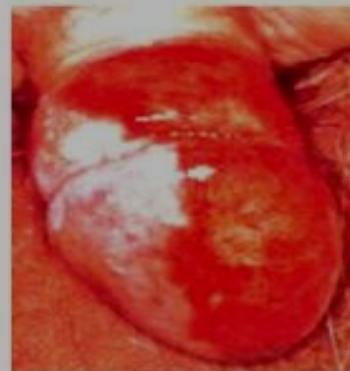
2.2. Βαλανίτις πλάσματοκυτταρική.



2.3. Απλή βυλίανίτις



2.4. (Pity) Bowenoid papulosis



2.5. Χρόνια βυλίανίτις.



2.6. Κοιτίτιδα Bierchke



2.7. Ερύθημα γυννητικών ισθμώνων.



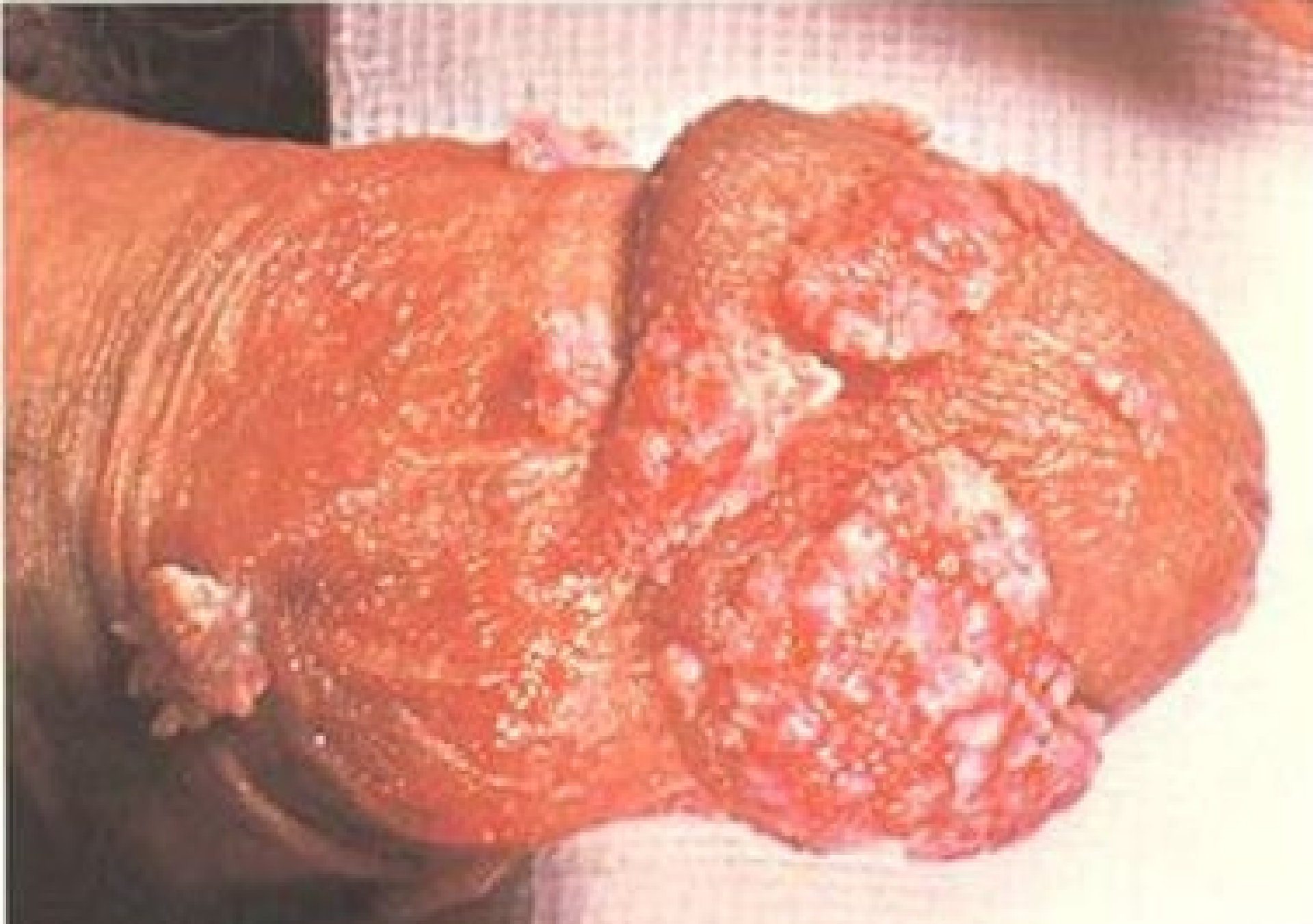
2.8. Ερυθροπλακία του Quoy και Jackman



2.9. Πλακώδης λευκοπλακία βυλίανιτις.



Έρπης.



κονδυλώματα



Εικ. 5. Ερυθηματώδης βλάβη τύπου της ερυθροκύστα του Queyrat.

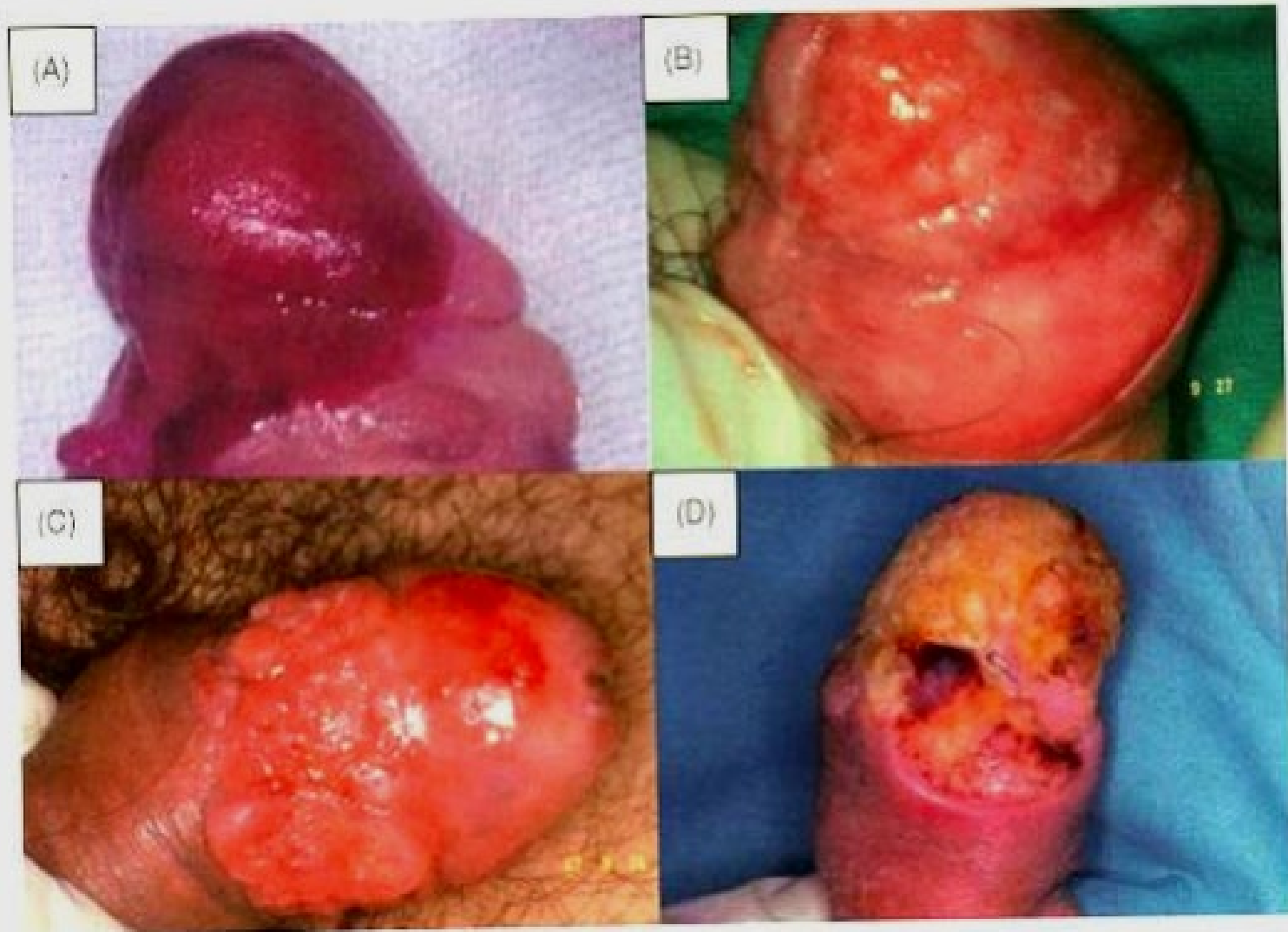


Fig. 1 - Photographs of different peniscopic patterns of early-stage carcinomas. Panel A: type R; panel B: type W; panel C: type C; panel D: type E.

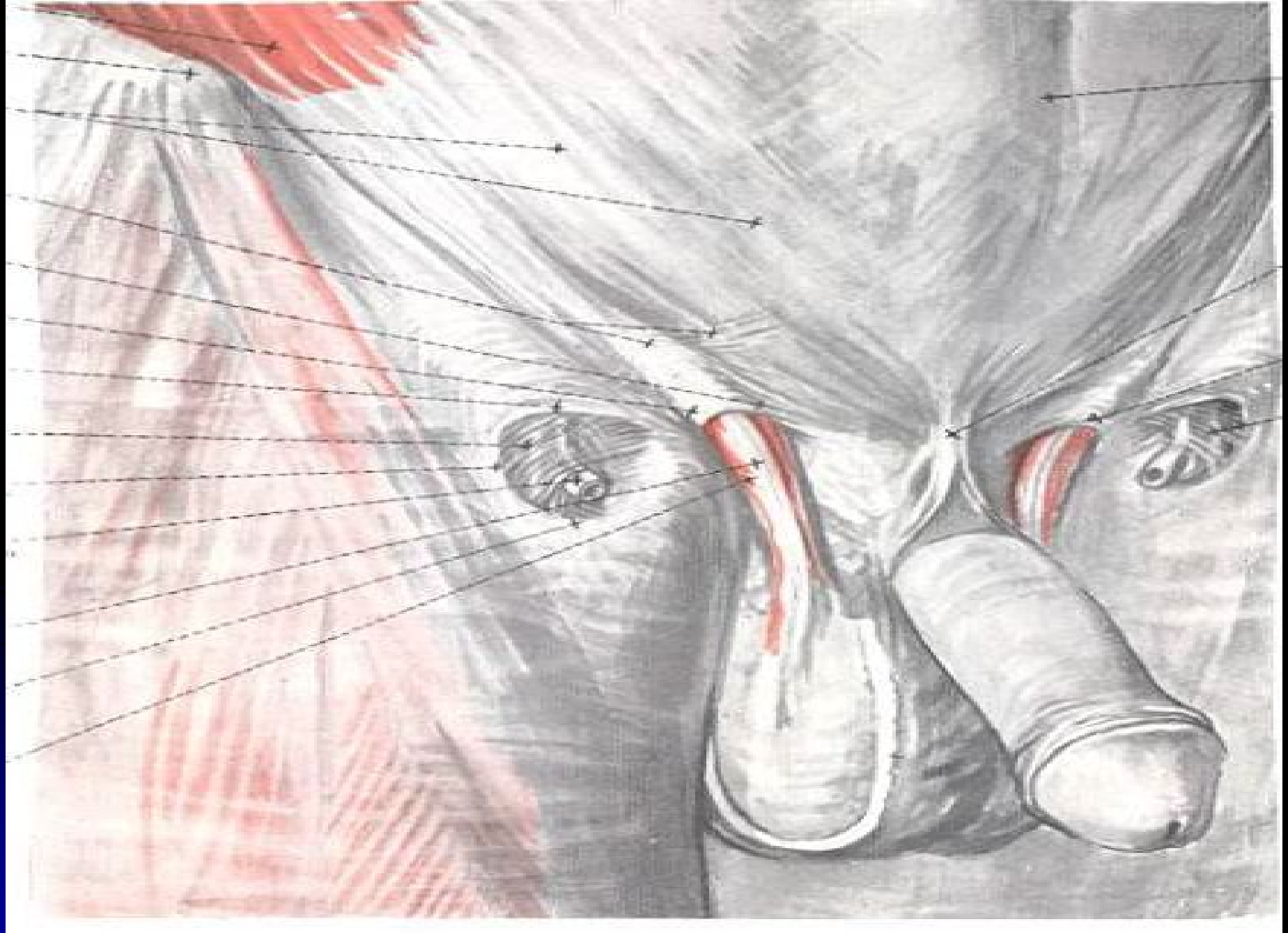
**Ο καρκίνος του πέους είναι σπάνιος σχετικά
καρκίνος, αλλά πολύ επιθετικός.**



ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ

Α. Με αψηλάφητους βουβωνικούς λεμφαδένες:

- Σε στάδια pTis, pTaG1-2, pT1G1 συνιστάται παρακολούθηση και σε μη συνεπείς ασθενείς τροποποιημένη λεμφαδενεκτομή.
- Σε στάδια pT2, > pT2 ή G3 συνιστάται λεμφαδενεκτομή πλήρης η τροποποιημένη.
- Σε στάδιο pT1G2 η απόφαση της παρακολούθησης ή της λεμφαδενεκτομής εξαρτάται από την ιστολογική (διήθηση αγγείων, λεμφαγγείων, έκταση όγκου κ.λ.π.).
- **Είναι δυνατή η βιοψία του φρουρού λεμφαδένα σεσημασμένου με κολλοειδές Tc και εάν είναι θετικός ή είναι ψηλαφητοί οι αδένες συνιστάται βουβωνική λεμφαδενεκτομή. Την εφαρμόσαμε σε λίγα περιστατικά αλλά δεν διαπιστώσαμε κανένα πρακτικό όφελος.**
- Σε ευμεγέθη νόσο συνήθως γίνεται συγχρόνως άμφω βουβωνική λεμφαδενεκτομή.
- Η ακτινοθεραπεία αντενδείκνυται γιατί δεν προλαμβάνει τις μεταστάσεις και δημιουργεί ίνωση που δεν επιτρέπει την κλινική παρακολούθηση και χειρουργική αφαίρεση μετά.
- European Association Urology Guidelines 2007. European Urology Today Oct –Nov 2007.

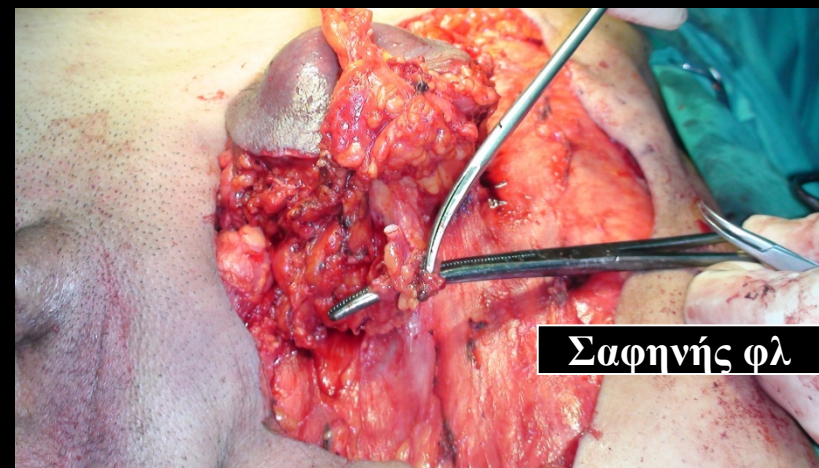
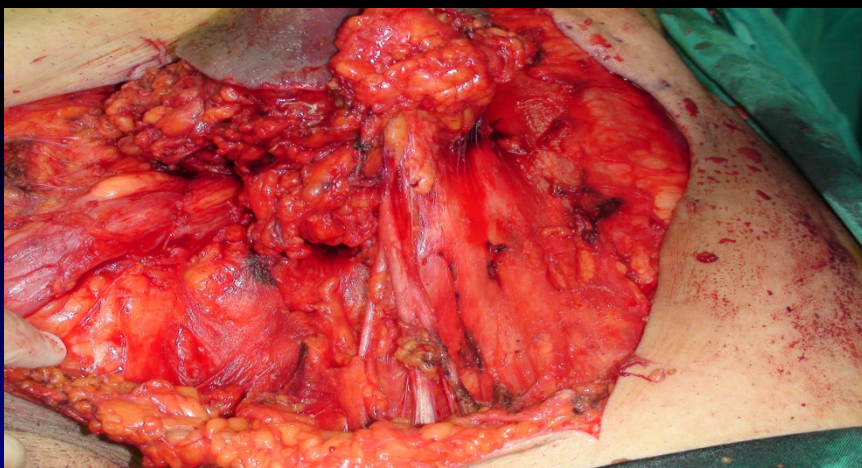


Αφαίρεση βουβωνικών λεμφαδένων με διατήρηση της σαφηνούς φλέβας.

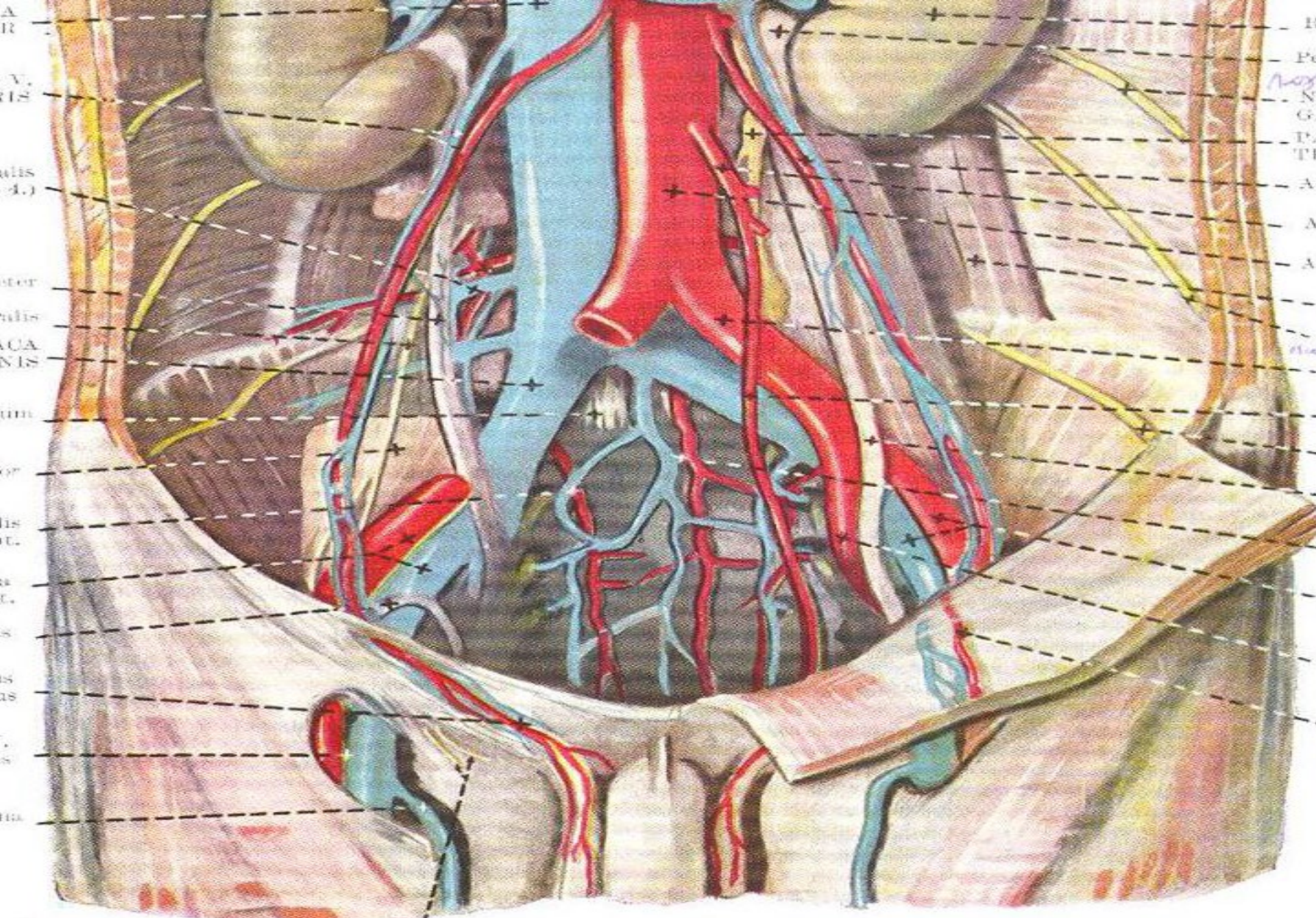


Βουβωνική λεμφαδενεκτομή

03/03/2010



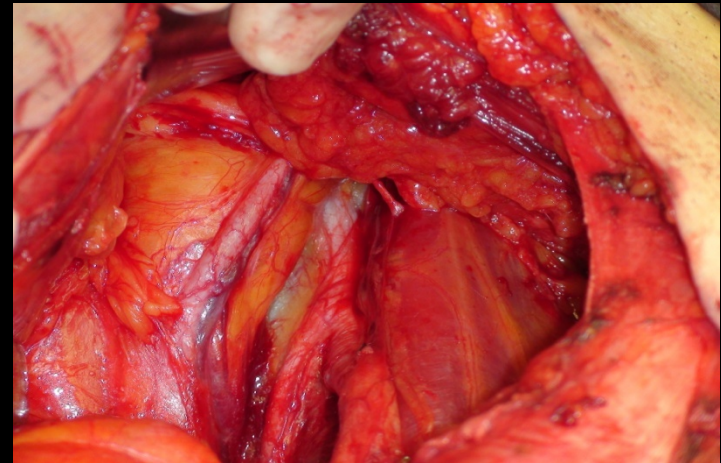
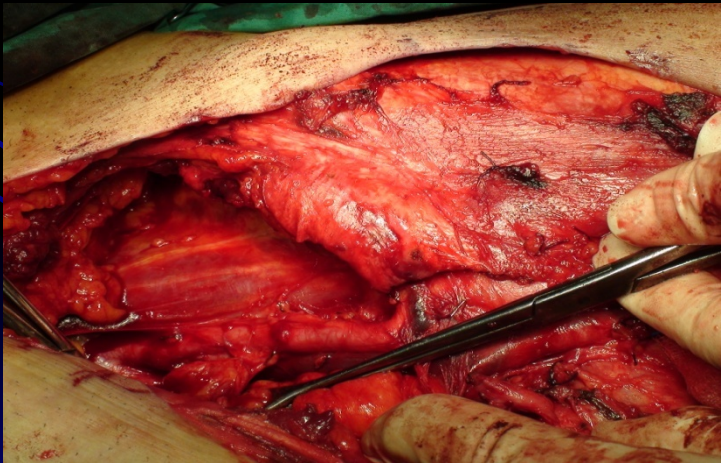
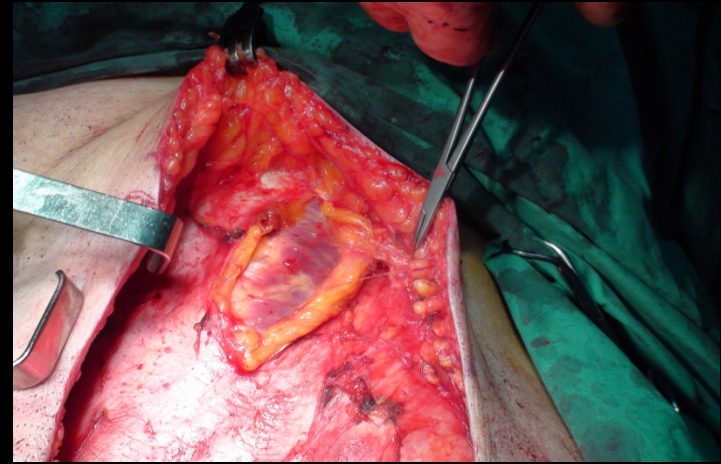
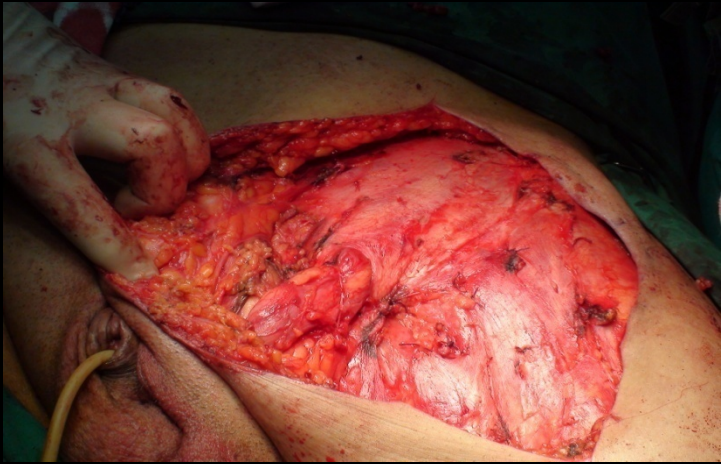
Σαφηνής φλ



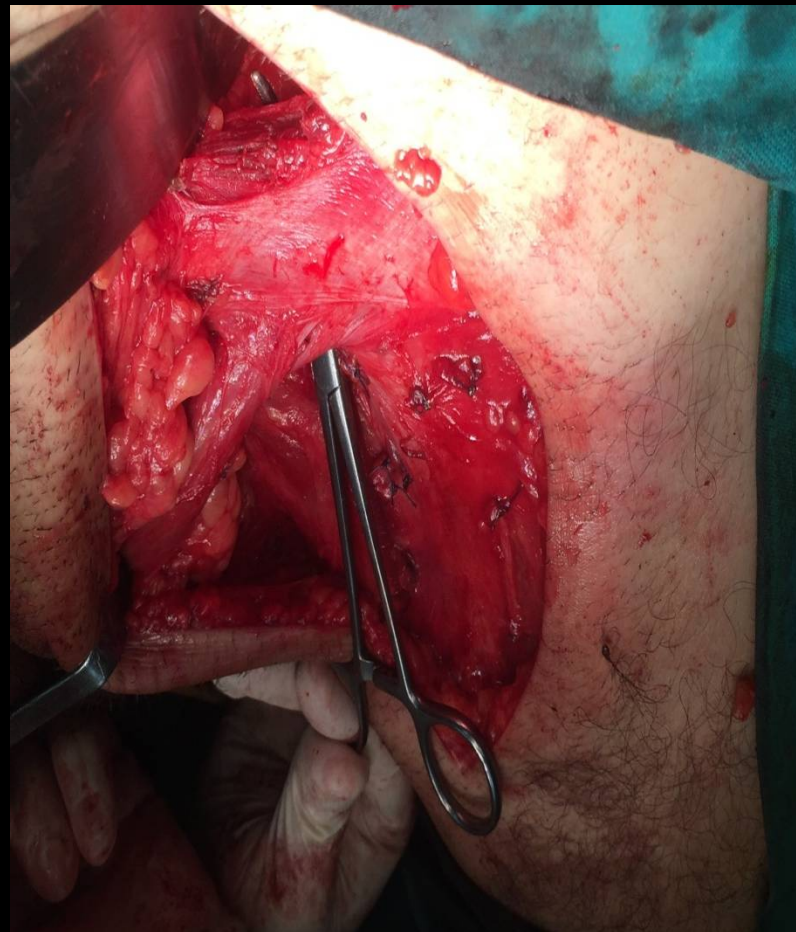
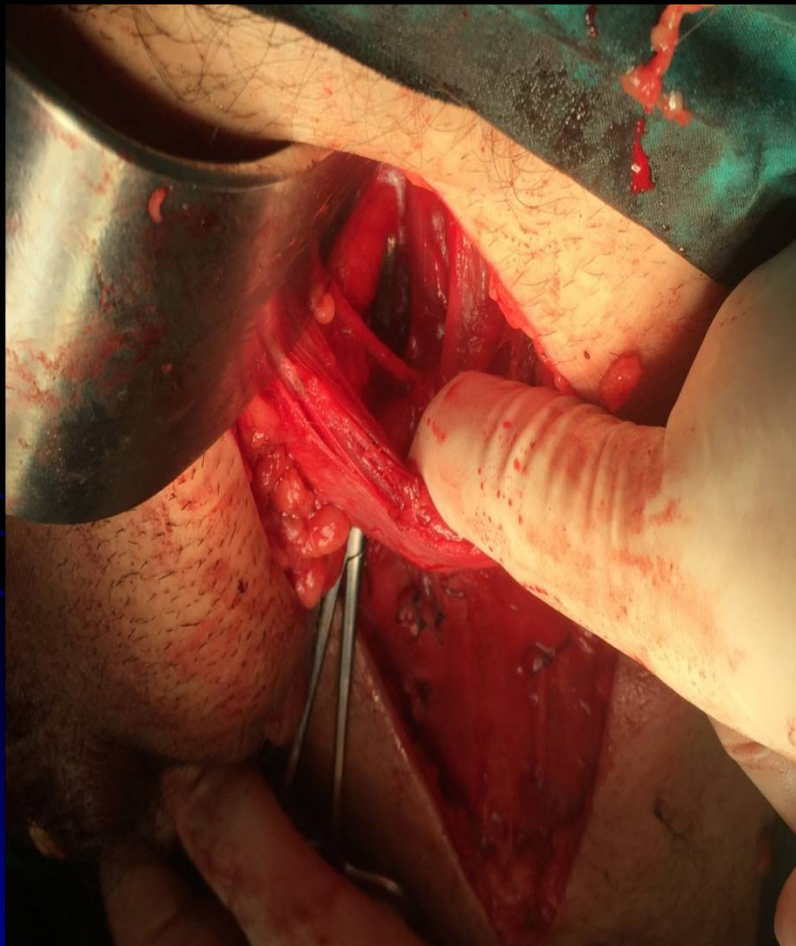
R. femoralis n. genitofemoralis

ΕΙΚ. 158: ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ ΤΟΥ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΧΩΡΟΥ

Πυελική λεμφαδενεκτομή



Λαγόνιος λεμφαδενεκτομή με εκτομή του λεμφαδένα
στο μηριαίο δακτύλιο πάνω από την αρτηρία



Λεμφοίδημα κάτω άκρων μετά βουβωνική
αμφοτερόπλευρο λεμφαδενεκτομή και ακτινοθεραπεία



Λεμφοίδημα κάτω άκρων μετά βουβωνική και
λαγόνιο αμφοτερόπλευρο λεμφαδενεκτομή και
ακτινοθεραπεία



Σύγκλειση δέρματος.



Παροχέτευση τραύματος



ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ

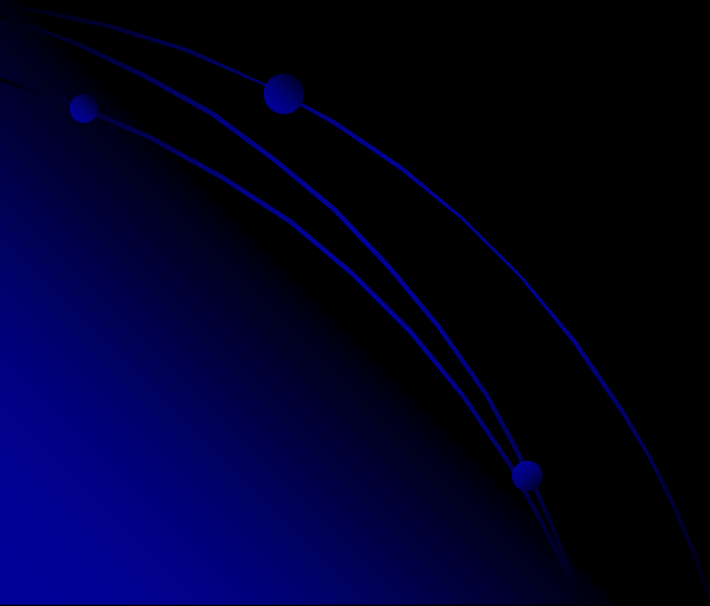
Σε ψηλαφητούς βουβωνικούς λεμφαδένες πρέπει να γίνεται άμεσα παρακέντηση και κυτταρολογική και να αποφεύγεται η εκτομή του αδένος γιατί έχουμε τοπική διασπορά .

- **Συνιστάται αμφοτερόπλευρη ριζική λεμφαδενεκτομή.**
- Πυελική λεμφαδενεκτομή συνιστάται στις περιπτώσεις που υπάρχουν τουλάχιστον 2 βουβωνικοί λεμφαδένες διηθημένοι ή υπάρχει εξωαδενική διήθηση.
- Στους ασθενείς με καθηλωμένες βουβωνικές μάζες ή θετικούς πυελικούς αδένες σε CT – MRI συνιστάται χημειοθεραπεία και άμεσα μετά ριζική λαγονοβουβωνική λεμφαδενεκτομή.
- **Η ακτινοθεραπεία σε διηθημένους λεμφαδένες έχει την μισή 5ετή επιβίωση από την λεμφαδενεκτομή και δημιουργεί σημαντικές επιπλοκές (τήξη, διαπύση, νέκρωση, διάβρωση αγγείων).**
- **Η χρήση της ακτινοθεραπείας προεγχειρητικά είναι δυνατόν να μικρύνει τις μάζες αλλά δημιουργεί συνήθως φλεγμονώδεις και ινώδεις συμφύσεις που καθιστούν την ριζική επέμβαση αδύνατη χωρίς να αποφεύγονται οι επιπλοκές.**

Ελληνική Ουρολογία, Τόμος 8, Τεύχος 1 σελ. 46-50 Ιαν. - Μαρτ. 1996.
- **Ακτινοθεραπεία είναι δυνατόν να εφαρμοσθεί μετά την εγχείρηση για να ελαττώσουμε τον κίνδυνο τοπικής υποτροπής στο δέρμα.**

ΠΥΕΛΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΚΤΟΜΗ

- Είναι προτιμότερο να γίνεται με δύο τομές στους λαγόνιους βόθρους πάνω από τα λαγόνια αγγεία και να μην διατέμνεται ο βουβωνικός σύνδεσμος.



ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΚΤΟΜΗ

- Μετά λεμφαδενεκτομή οι συχνότερες επιπλοκές είναι: θρόμβωση φλεβών, πνευμονική εμβολή, νεκρώσεις του δέρματος, διαπυήσεις, λεμφόρροια και οιδήματα σκελών και οσχέου.
- Τα οιδήματα στα σκέλη μειώνονται όταν είναι δυνατόν να διατηρηθεί η σαφηνής φλέβα. Εάν δεν υπάρχει block λεμφαδένων στην περιοχή με λίγη προσοχή είναι σχετικά εύκολο και επιδιώκουμε την διατήρησή της.
- Οι νεκρώσεις του δέρματος αντιμετωπίζονται με εκτομή και επανασυμπλησίαση του δέρματος.
- Τα ράμματα αφαιρούνται μετά την 15η ημέρα.
- Συνήθης χρόνος νοσηλείας 15 με 20 ημέρες και επούλωσης των τραυμάτων περίπου 1 μήνας.

European Association Urology Guidelines 2007. European Urology Today Oct –Nov 2007. European Urology Vol. 52, Iss. 4 October 2007.

Τα Νεοπλάσματα του Πέους Α. Ρεμπελάκος, Θ. Αρβανιτάκης 2000.

Λεμφοίδημα κάτω άκρων μετά βουβωνική αμφοτερόπλευρο λεμφαδενεκτομή και ακτινοθεραπεία



Ολική πεεκτομή και λεμφαδενεκτομή, περινεϊκή ουρηθροστομία και κάλυψη κενού με το όσχεο.



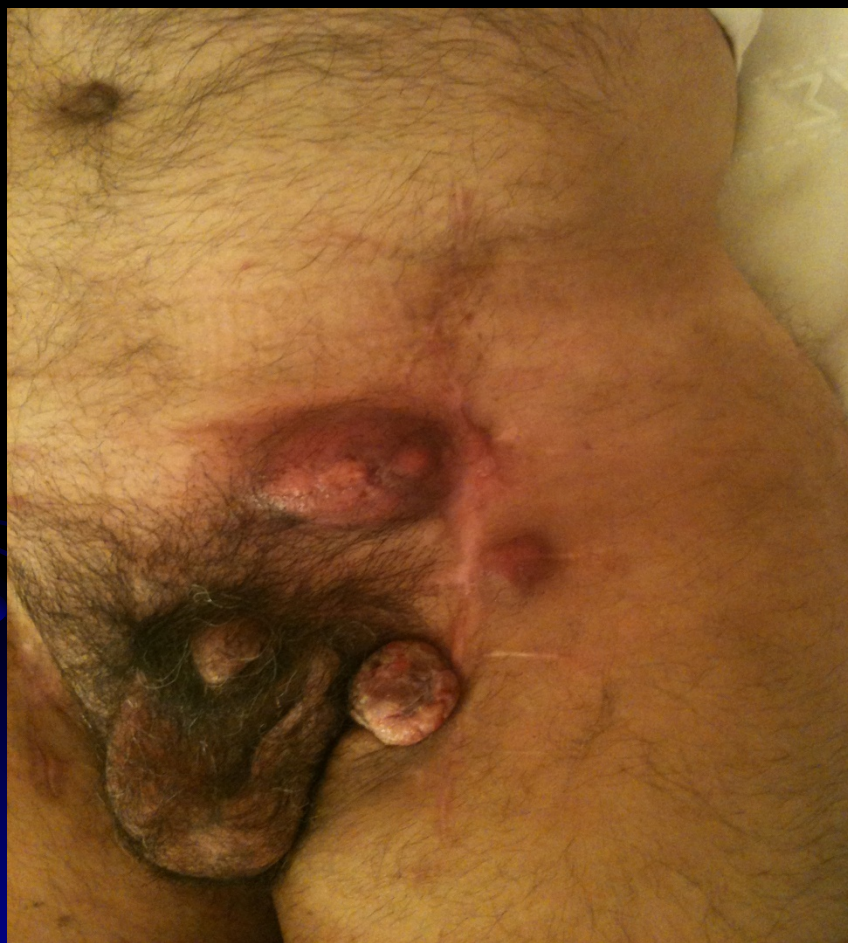
Τελική συρραφή δέρματος και επικάλυψη τραύματος



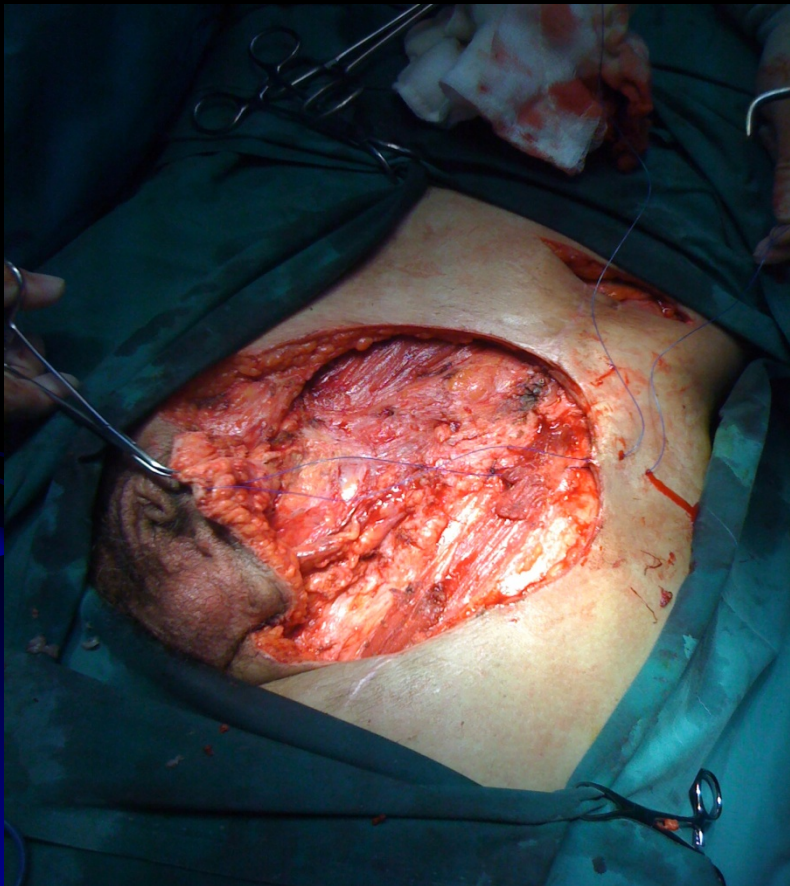
Καρκίνος πέους που διηθούσε ουρήθρα, όσχεο και βουβωνικούς λεμφαδένες και έγινε λεμφαδενεκτομή, ευνουχισμός και περινεϊκή ουρηθροστομία. Κάλυψη κενού με κινητοποίηση δέρματος υπογαστρίου.

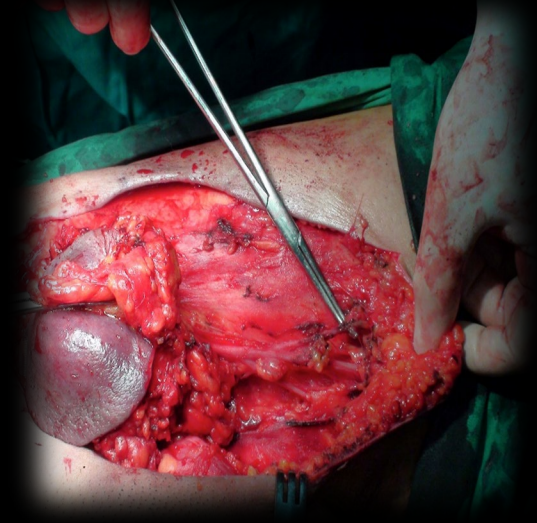


**Μεταστατική διήθηση δέρματος και λεμφαδένων.
Υποτροπή.**



Εκτομή δέρματος και λεμφαδένων και σύγκλειση τραύματος





**Υποτροπή μετά μερική πεεκτομή. Εκτομή
λεμφαδενεκτομή και κάλυψη ευμεγέθους κενού με το
όσχεο και κινητοποίηση του πέριξ δέρματος.**



Επιπλοκές 5ετίας σε μία ομάδα 66 ασθενών που υποβλήθηκαν σε μερική ή πλήρη λεμφαδενεκτομή:

- *Πρώιμες επιπλοκές που εμφανίστηκαν:*
- *διάσπαση τραύματος σε 20 ασθενείς (52,63%)*
- *μόλυνση τραύματος σε 16 ασθενείς (42,10%)*
- *παρατεταμένη λεμφόρροια σε 16 ασθενείς (42,10%)*
- *νέκρωση δερματικού κρημνού σε 6 ασθενείς (15,78%)*
- *λεμφοίδημα σε 2 ασθενείς (5,26%)*
- *θρόμβωση σε 2 ασθενείς (5,26%)*
- *θρομβοεμβολή σε 1 ασθενή (2,63%)*
- *Καθυστερημένες επιπλοκές που εμφανίστηκαν:*
- *λεμφοίδημα κάτω άκρου σε 6 ασθενείς (15,78%)*
- *λεμφοκήλες σε 4 ασθενείς (10,52%), εκ των οποίων 2 χρειάστηκαν παροχέτευση*
- *λεμφοίδημα οσχέου που χρειάστηκε πλαστική χειρουργική αποκατάσταση σε ένα ασθενή (2,63%)*
- **Συμπεράσματα**
- Τα αποτελέσματα έδειξαν πως, παρότι η πρώιμη λεμφαδενεκτομή στο καρκίνο του πέους αποτελεί σημαντικό μέρος της χειρουργικής θεραπείας της νόσου και σχετίζεται άμεσα με την επιβίωση των ασθενών από τη νόσο. Πρέπει να εκτελείται από έμπειρους χειρουργούς γιατί σχετίζεται με σοβαρή νοσηρότητα που απαιτεί πρόσθετη νοσηλεία και εάν δεν είναι πλήρης έχει σημαντικότερη επίπτωση στην επιβίωση.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΗΘΗΜΕΝΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΩΝ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΕΘΥΣ.

- Οι διηθημένοι λεμφαδένες και οι τοπικές υποτροπές πρέπει να αφαιρούνται γιατί τήκονται, διαπυούνται και νεκρώνονται με αποτέλεσμα τοπική άφθονη παραγωγή πολύ δύσσομου υγρού που δεν ανέχονται ούτε οι οικείοι ούτε οι διπλανοί νοσηλευόμενοι και τελικά οδηγούν σε διάβρωση των αγγείων και αιμορραγίες.
- Η σύγκλειση του τραύματος συνήθως επιτυγχάνεται με κιντοποίηση του γειτονικού δέρματος μετά του υποδορίου λίπους.
- Απαιτείται εμπειρία και λίγη φαντασία.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ

- Παλαιότερα σχήματα με bleomycin προσέθεταν επιπλέον στους ασθενείς και έντονη δύσπνοια.
- Μέχρι πρόσφατα εφαρμόζαμε σχήματα με Cisplatin και 5FU με επιθυμία για προσθήκη ταξάνης.
- Υπάρχει σχετική απροθυμία από τους Ογκολόγους για αντιμετώπιση ασθενών με προχωρημένο καρκίνο πέους επειδή δεν υπάρχει ιδιαίτερη ανταπόκριση.
- Μόνο σε ένα περιστατικό παρατηρήσαμε σαφή υποχώρηση της νόσου διάρκειας 4-5 μηνών με καρβοπλατίνη και γεμισιταβίνη (Carboplatin & Gemsar).
- Τελευταία προσπαθούμε να εφαρμόσουμε συμπληρωματική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία σε προχωρημένα περιστατικά άμεσα μετά την λεμφαδενεκτομή.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΙΒΙΩΣΗ

Ανάλογα με το στάδιο, την ιστολογική μορφή και το Grade.

- Η 5ετής επιβίωση κυμαίνεται στο 52%.
- Στους ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες η 5ετής επιβίωση κυμαίνεται στο 66%.
- Όσο ριζικότερη η αρχική αντιμετώπιση τόσο καλύτερη η επιβίωση.
- Στους ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες η 5ετής επιβίωση κυμαίνεται στο 27%.
- Παρόμοια επιβίωση έχουμε και στα περιστατικά μας.
- Την χειρότερη επιβίωση έχουν τα περιστατικά που προσέρχονται με τοπική υποτροπή και διηθημένους λεμφαδένες μετά την αρχική αντιμετώπιση.
- Στους ασθενείς με διηθημένους πνευλικούς λεμφαδένες η 5ετής επιβίωση κυμαίνεται 0 - 38,4%.
18% στις ΗΠΑ σε μας 0%.

- Ο θάνατος στους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του πέους επέρχεται συνήθως από σηψαιμία που προκαλείται από φλεγμονή και τήξη των λεμφαδένων και του όγκου.
- Εάν δεν έχει γίνει βουβωνικός λεμφαδενοκυστικός καθαρισμός συχνός είναι ο θάνατος από αιμορραγίες από τον εξελκωμένο όγκο και τα διηθημένα αγγεία.
- **European Association Urology Guidelines 2007.**
European Urology Today Oct –Nov 2007.



Θεραπεία εκλογής του καρκίνου του όρχεως είναι η ορχεκτομή με βουβωνική τομή και απολίνωση του σπερματικού τόνου στο έσω βουβωνικό στόμιο.

- Και σε αμφοτερόπλευρη εντόπιση η θεραπεία εκλογής παραμένει η ορχεκτομή.
- Τελευταία σε αμφοτερόπλευρη εντόπιση με φυσιολογική τεστοστερόνη όταν ο όγκος καταλαμβάνει λιγότερο από 30% γίνεται προσπάθεια να αφαιρεθεί και να διατηρηθεί ο όρχις για να υπάρχουν σπερματοζώαρια και κυρίως τεστοστερόνη.
- Εάν υπάρχει Tin συνιστάται συμπληρωματική ακτινοθεραπεία 20Gy.



Fig. 1 - Benign intratesticular lesion.

20Hz

20Hz

5/3

75/1

7/ 86

5 DC=0

15 2mm

10 0mm

*

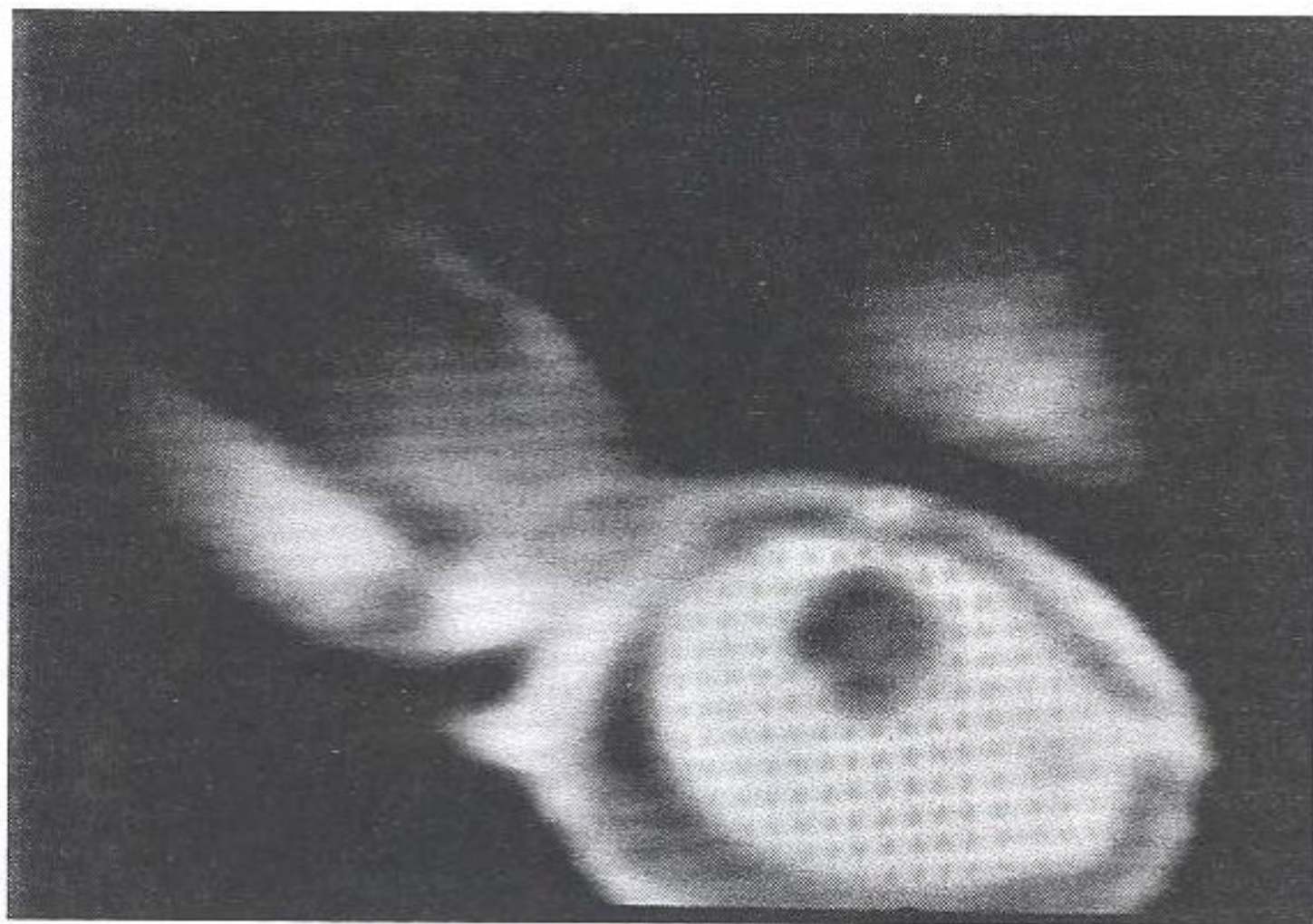
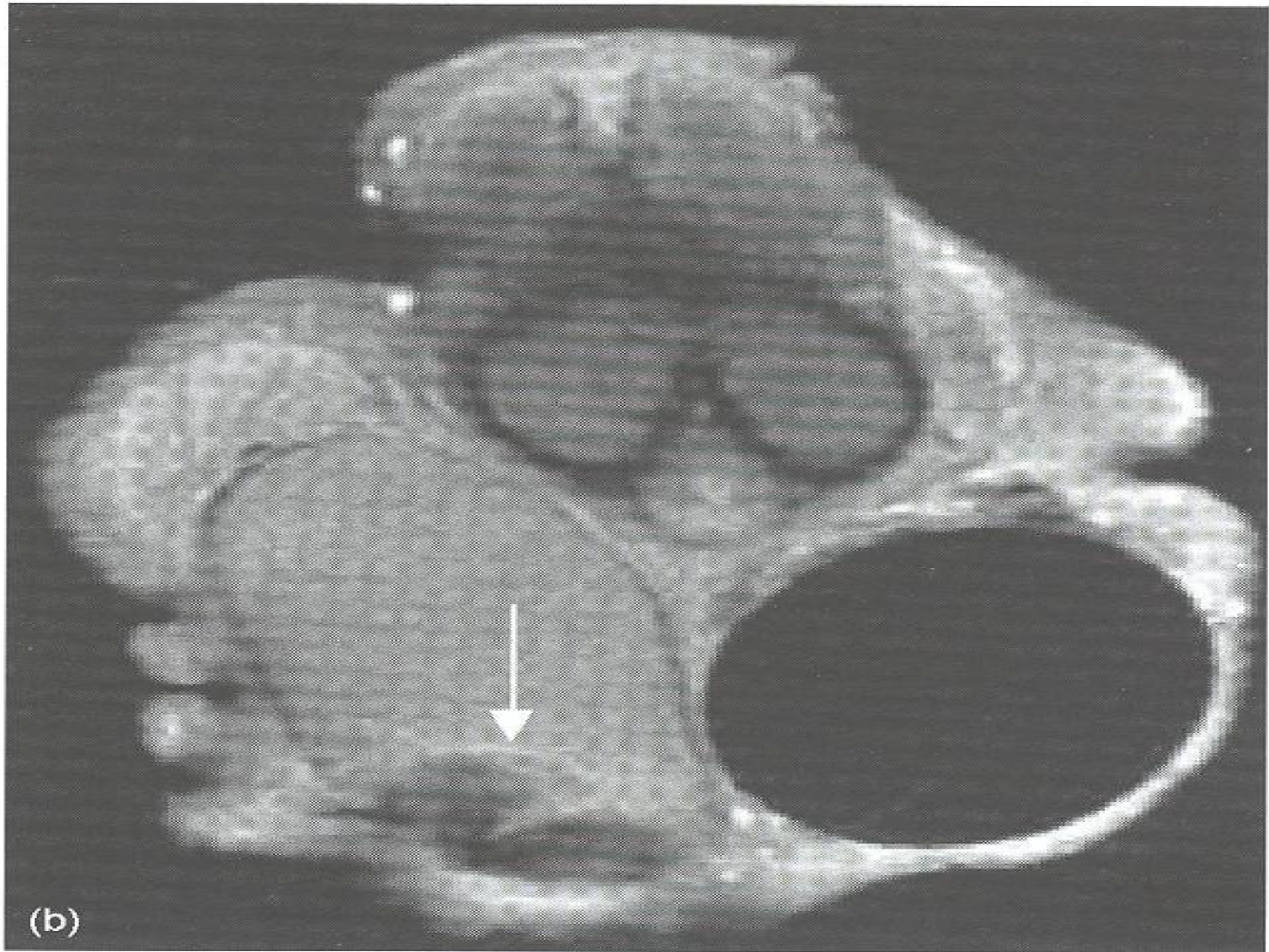


FIG. 3. T2-weighted image of upper pole tumor demonstrates pseudocapsule of higher density. Tumor itself has low signal intensity and appears to have 3 small tumor nodules.



Fig. 7 Scrotal sonography, score 3. Marked abnormalities, large intratesticular hypoechogenic lesion, >5 mm in diameter.



(b)

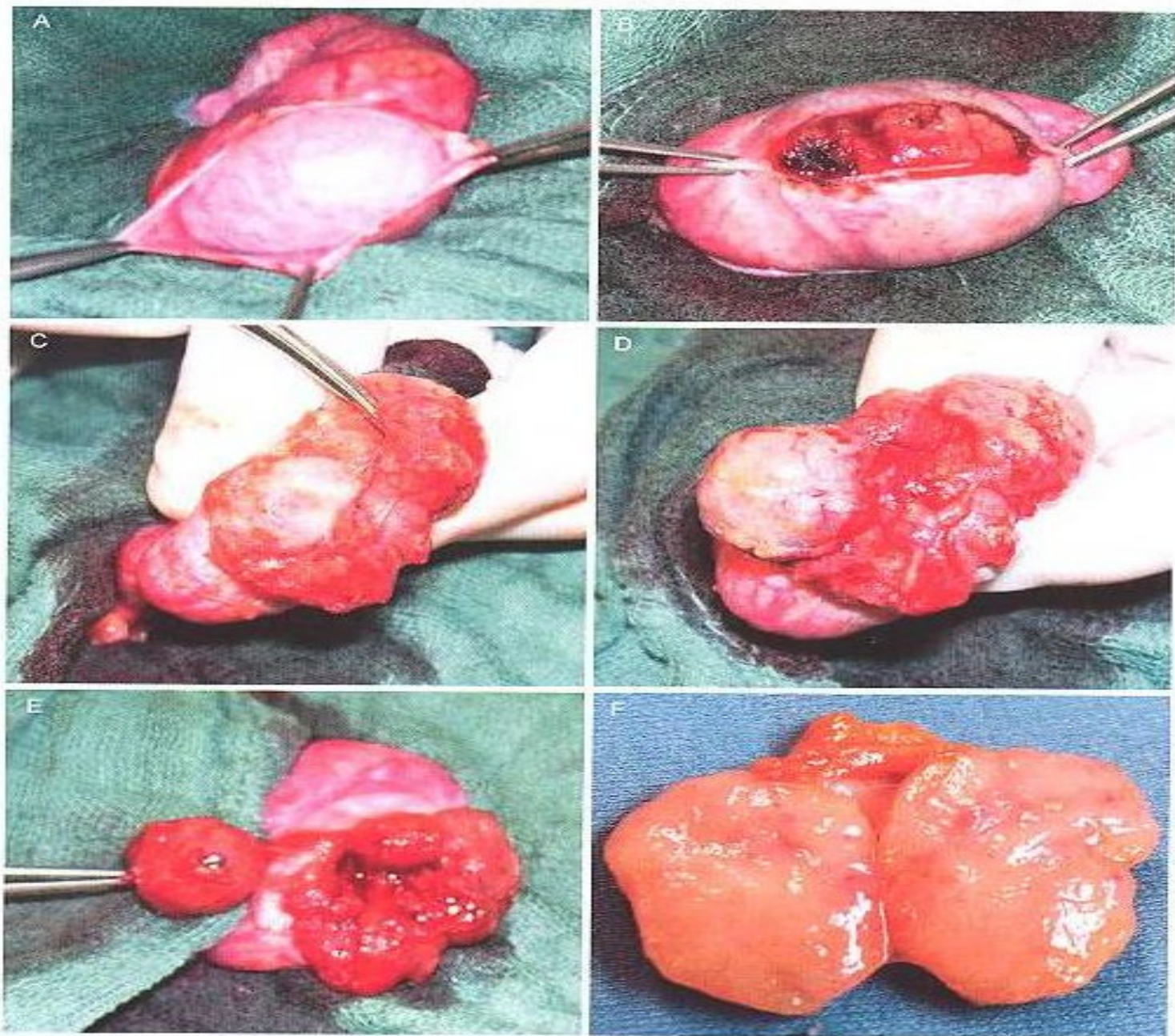


Fig. 1 - The critical steps of the operative technique. (A) Incision of tunica vaginalis. (B) Incision of tunica albuginea just above the tumour. (C) The testicular parenchyma is gently peeled away from the tumour, which exhibits a typical pseudocapsule. (D) The tumour is completely exposed. (E) The tumour is completely excised. (F) The tumour is split into two halves; one is sent for frozen section examination, the other for definitive pathology.

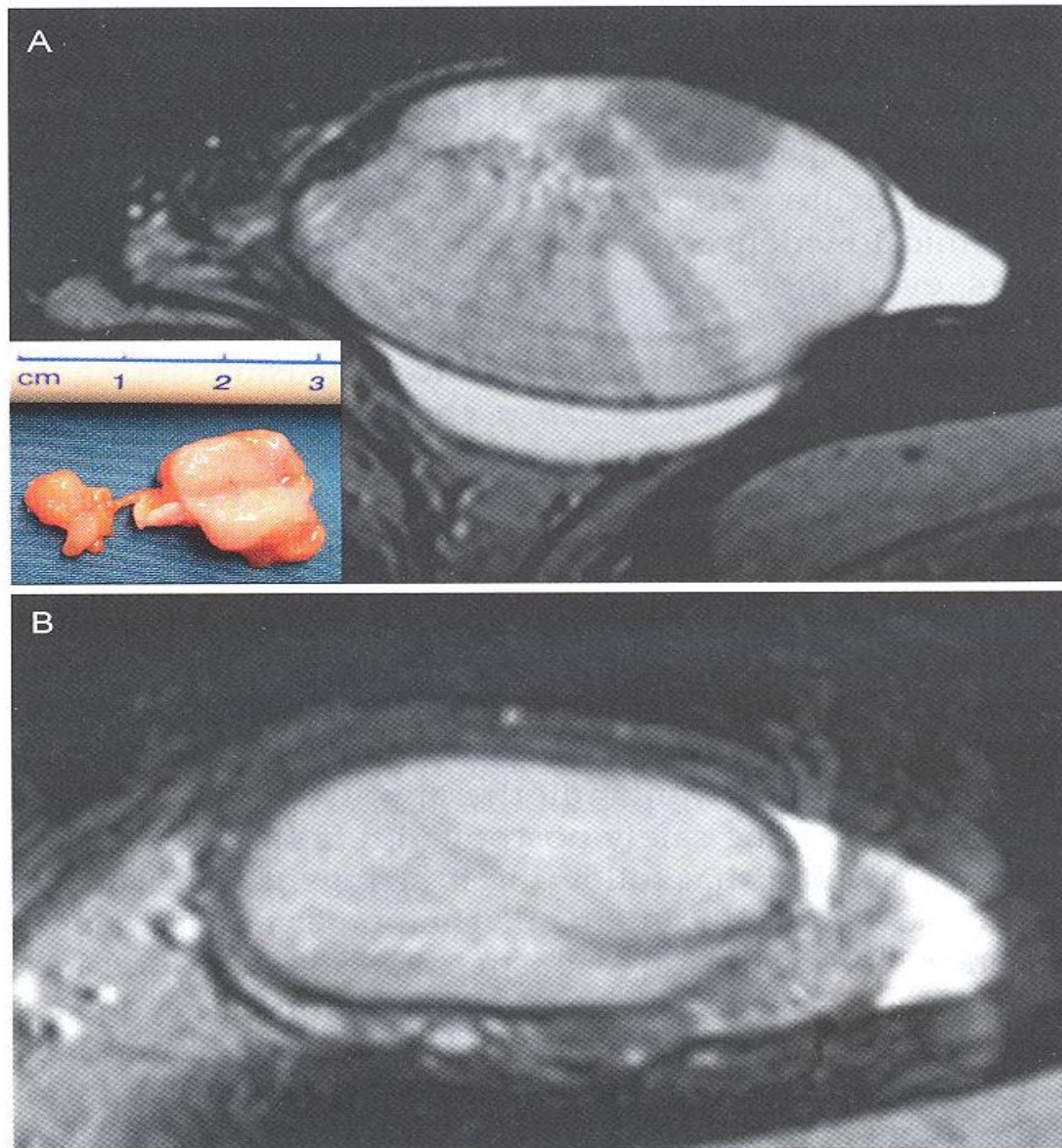
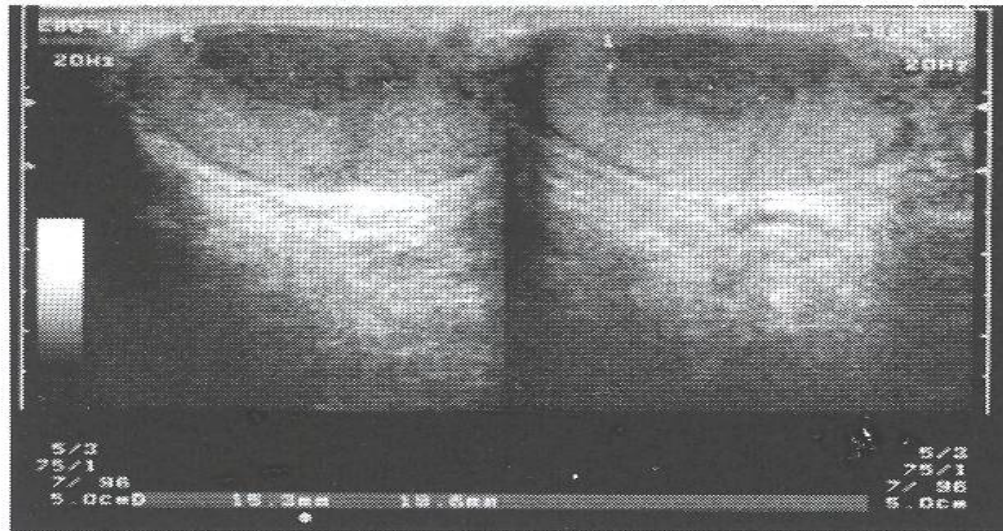
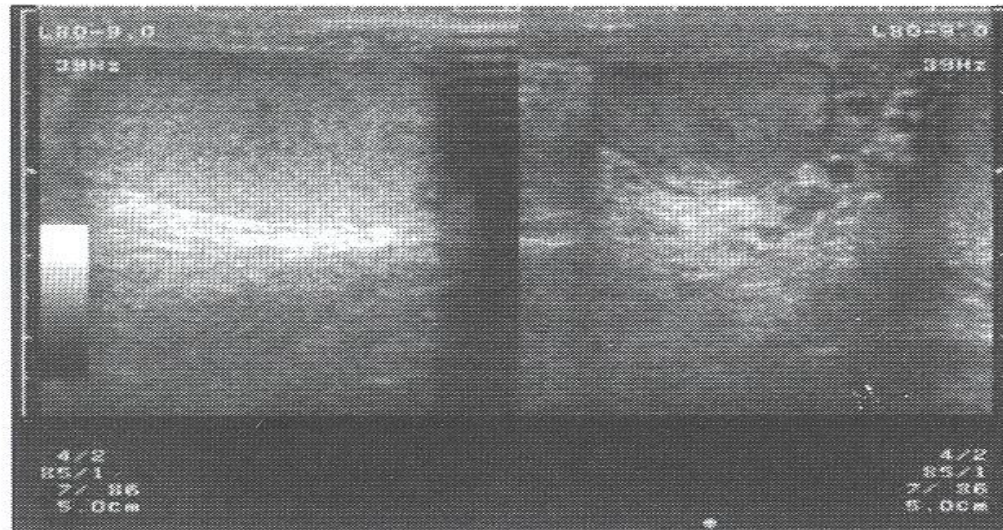


Fig. 2 – Sagittal T2-weighted magnetic resonance image of a testis (A) before and (B) after organ-sparing surgery for a segmented seminoma. No changes in testicular parenchyma are detectable after surgery. In the insert, the surgical specimen clearly corresponds to the preoperative image.



A



B

FIGURE 2. (A) Hypoechoic lesion. (B) Same testis at 3-month ultrasound examination.

Σε αμφοτερόπλευρο καρκίνο των όρχεων ή σε μονήρη όρχι πολυκεντρικές Γερμανικές μελέτες (8 κέντρων) συστήνουν την εκκυρήνιση του όγκου σαν θεραπευτική επιλογή με άριστα μετεγχειρητικά αποτελέσματα εάν εφαρμόζονται οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- Πολύ καλή πληροφόρηση και συγκατάθεση του ασθενούς.
- Ο όγκος να περιορίζεται εντός του οργάνου και να μην ξεπερνά τα 20mm.
- **Πριν την εγχείρηση σπερμοδιάγραμμα και κατάψυξη σπέρματος ή και λήψη σπέρματος κατά την επέμβαση.**
- **Φυσιολογική προεγχειρητική τιμή τεστοστερόνης**
- Χειρουργική εμπειρία με την μέθοδο.
- Βουβωνική προσπέλαση.
- Ισχαιμία με εφαρμογή ψύξης.
- Πολλαπλές βιοψίες από τους πέριξ του όγκου ιστούς.
- Μερικοί εφαρμόζουν μικροχειρουργική.
- Συμπληρωματική τοπική μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία για αποφυγή τοπικών υποτροπών, που είναι συχνές.
- **Πολύ καλή, συνεπή και συνεχή μετεγχειρητική παρακολούθηση.**

J. Urol. 166, 2161-2165. 2001.

Eur. Urol. 51, 34-44. 2007.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

ΔΡ. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΠΑΠΠΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Ε.Σ.Υ.
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
“ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ”

*Αιματουρία: >3 ερυθρά κ.ο.π. μετά από
φυγοκέντρωση.*

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ Ο ΈΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ Ca.

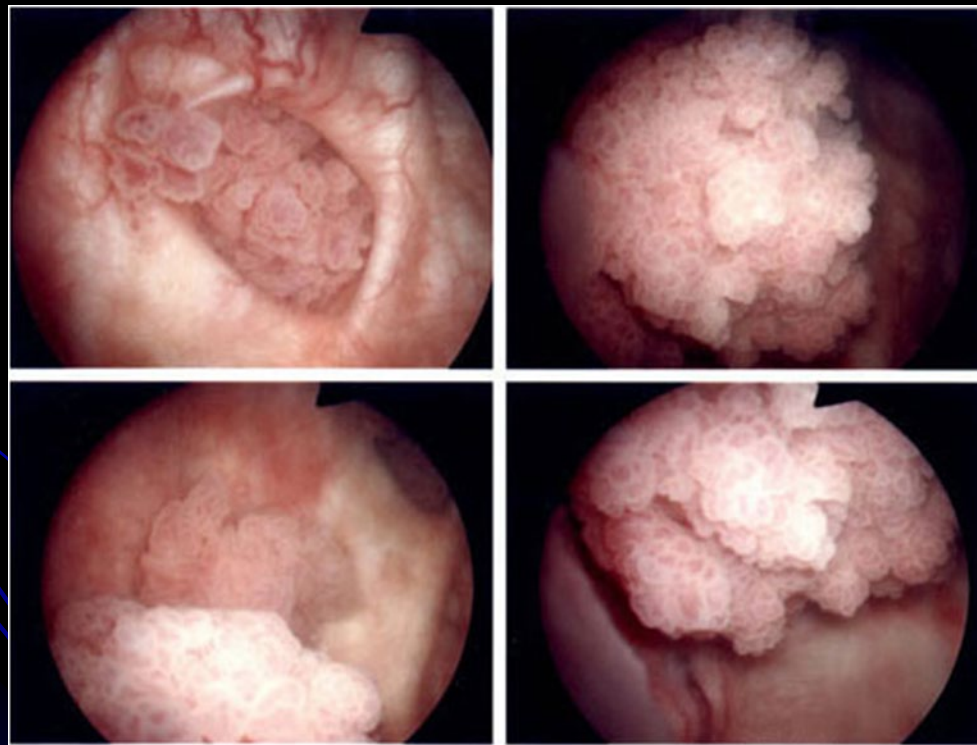
- **Μικροσκοπική - Μακροσκοπική - Με πήγματα.**
- Αρχική: βλάβες ουρήθρας και προστατικής ουρήθρας.
- Ολική: βλάβες ουροδόχου κύστης και ανώτερης μοίρας.
- Τελική: βλάβες κυστικού αυχένος.
- Ανώδυνη - Επώδυνη: σε φλεγμονές (δυσουρία) και σε απόφραξη ουρητήρων από λίθους ή πήγματα (κωλικού).
- Απαραίτητες εξετάσεις: Γεν. αίματος, αιμορραγικός έλεγχος, διασταύρωση, γενική ούρων (αιμοσφαιρίνη, ερυθρά και μορφή αυτών, πυοσφαίρια, λεύκωμα) και καλλιέργεια ούρων.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

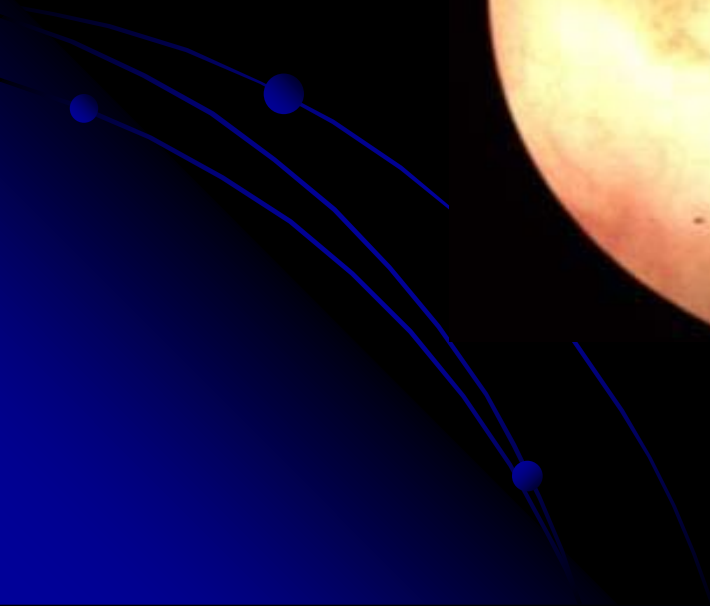
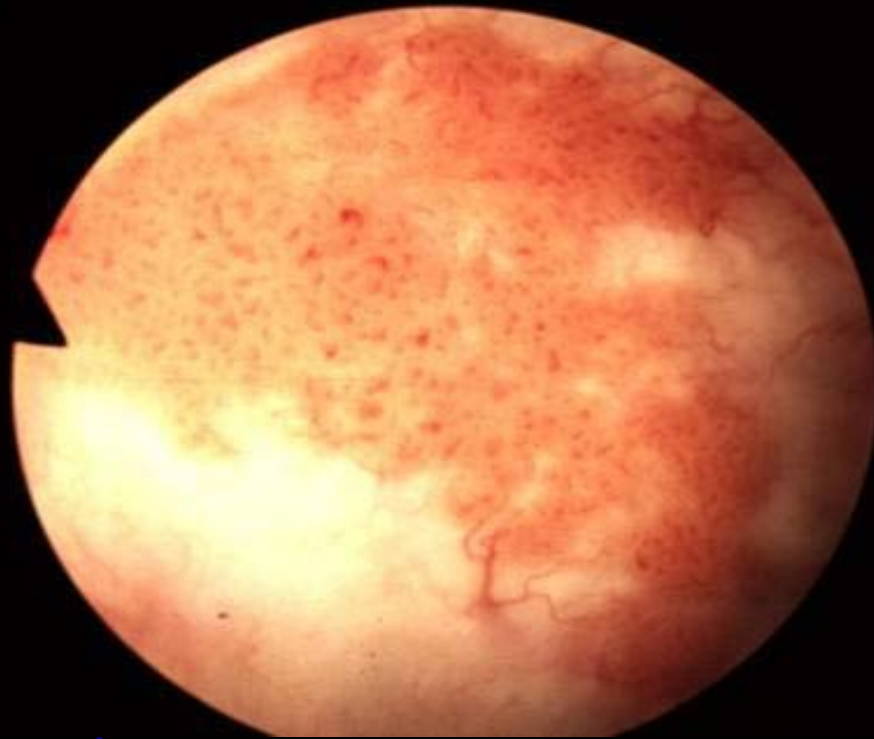


ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΥΣΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ : η τελική εξέταση που επιβεβαιώνει τη διάγνωση.



CIS



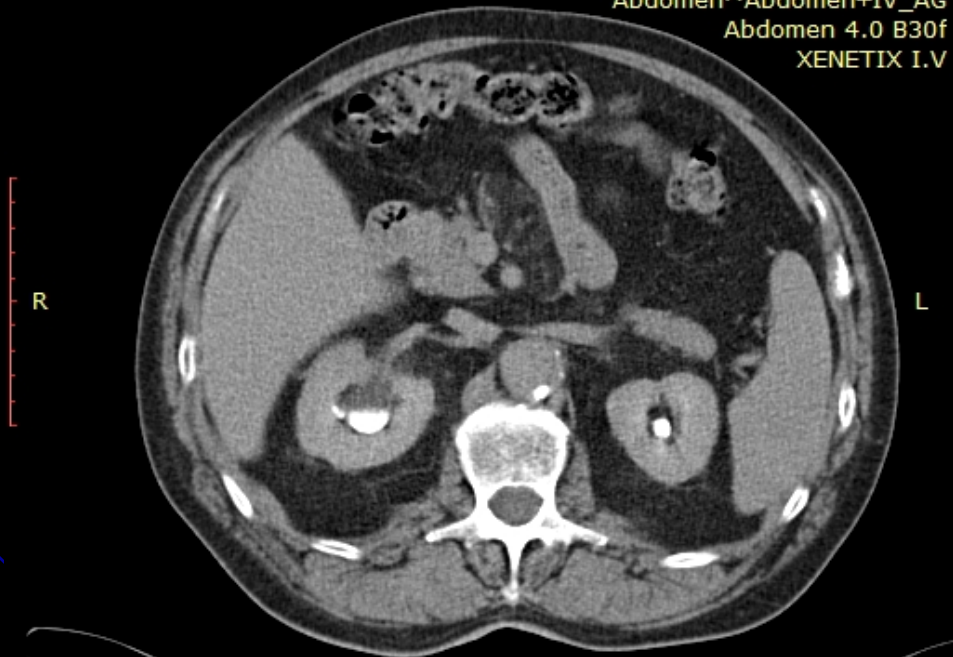
Σε συχνές υποτροπές πρέπει να ερευνείται το
ανώτερο ουροποιητικό



Im: 28/70
Se: 4

A

ADAMOPOULOS MILTIADIS 13
200440
1/1/1947 M
PIDK AG ANARGYROI
1
Abdomen^Abdomen+IV_AG
Abdomen 4.0 B30f
XENETIX I.V



WL: 40 WW: 400 [D]
T: 4.0mm L: 548.0mm

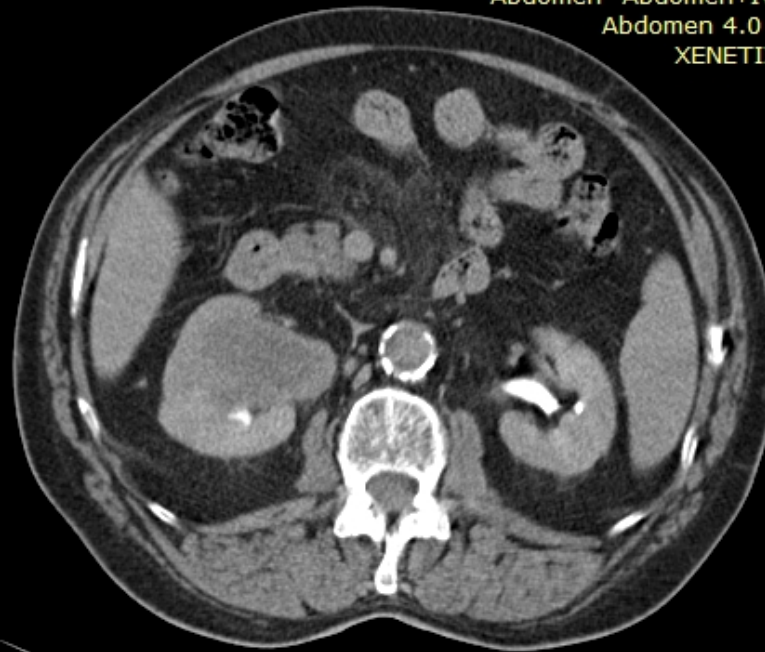
297mA 120kV
23/1/2019 2:00:43 μμ

Im: 33/70
Se: 4

A

ADAMOPOULOS MILTIADIS 13
200440
1/1/1947 M
PIDK AG ANARGYROI
1
Abdomen^Abdomen+IV_AG
Abdomen 4.0 B30f
XENETIX I.V

R



L

WL: 40 WW: 400 [D]
T: 4.0mm L: 568.0mm

P

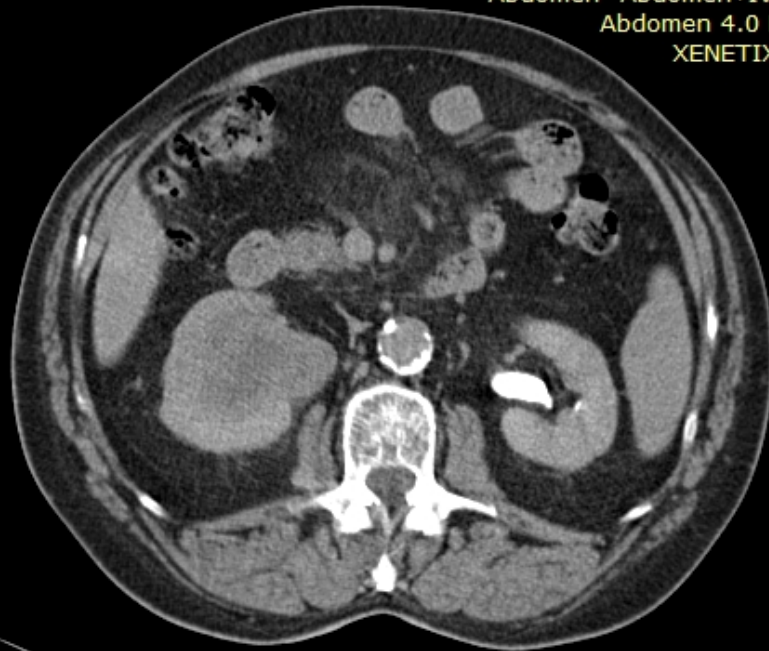
297mA 120kV
23/1/2019 2:00:44 μ m

Im: 34/70
Se: 4

A

ADAMOPOULOS MILTIADIS 13
200440
1/1/1947 M
PIDK AG ANARGYROI
1
Abdomen^Abdomen+IV_AG
Abdomen 4.0 B30f
XENETIX I.V

R



L

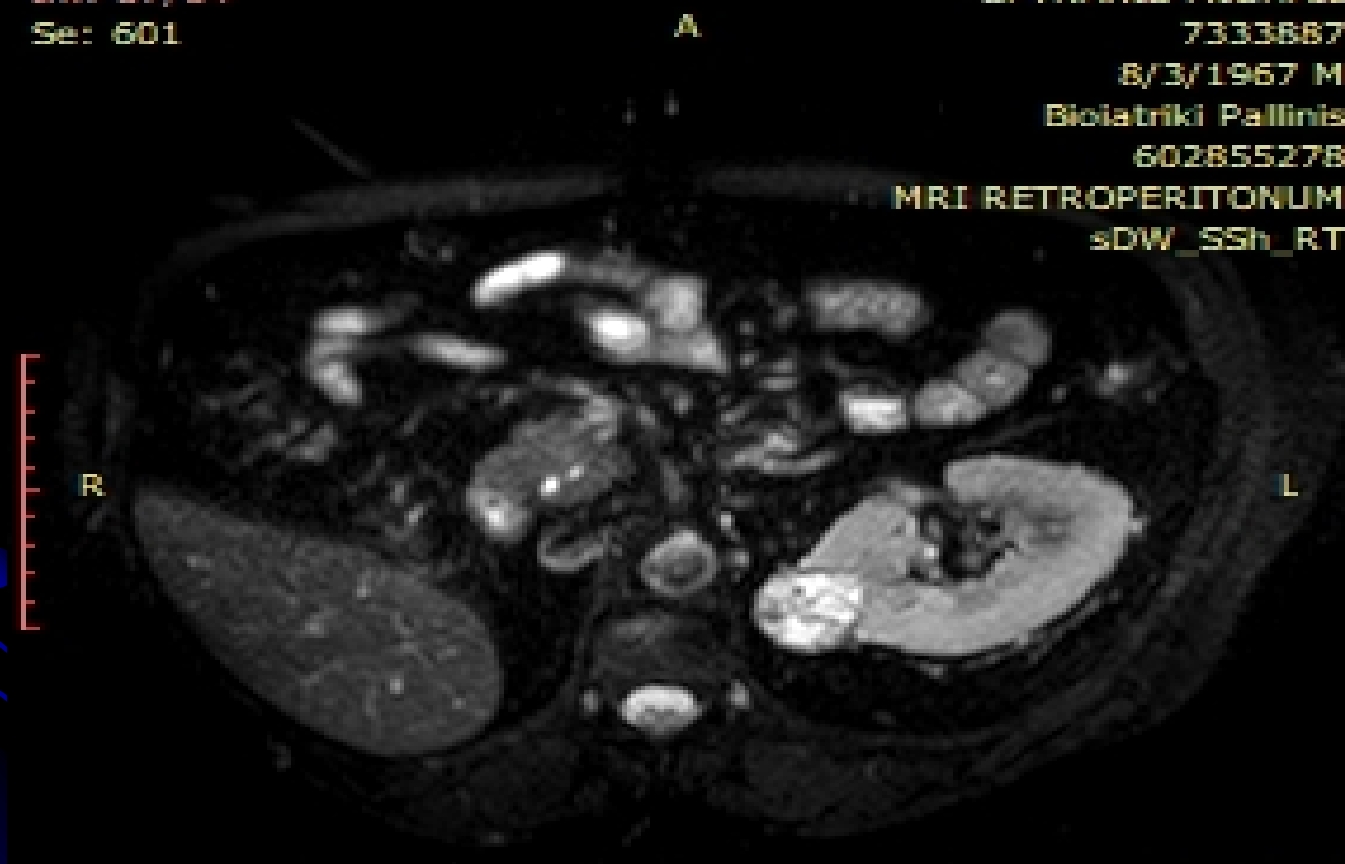
WL: 40 WW: 400 [D]
T: 4.0mm L: 572.0mm

P

297mA 120kV
23/1/2019 2:00:44 μ m

Im: 37/64
Ser: 601

SFYRAKIS MICHAEL
7333887
8/3/1967 M
Biatriki Pallinis
602855278
MRI RETROPERITONUM
sDW_SSh_RT



WL: 194 WW: 337 [D]
T: 6.0mm L: 74.2mm

P

FS: 1.5
TR: 2307.3 TE: 58.1
11/2/2019 12:09:17 $\mu\mu$



Μόλις διαγνώσθηκε
διηθητικό Ca κύστεως..

- Ριζική Κυστεκτομή ?
- Μερική κυστεκτομή?
- Χημειοθεραπεία?
- Ακτινοβολία?
- Συνδυασμός?



Πριν την κυστεκτομή θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν η έκταση και το στάδιο της νόσου, η γενική κατάσταση της υγείας (American Society of Anesthesiologists score) και η ποιότητα ζωής.

- **Καλύτερα αναισθησιολογικά φάρμακα, νεώτερα φάρμακα γενικής υποστήριξης, λιγότερο επιθετικές χειρουργικές τεχνικές σε εξειδικευμένα κέντρα και καλύτερη μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών σε μονάδες εντατικής θεραπείας μείωσε την περιεγχειρητική θνητότητα στο 5% (>4,5%) στους 80ριδες, ενώ στους νέους είναι 0 έως 3%.**
- **Η πιθανή θνησιμότητα σε άτομα άνω των 75 είναι 10-50%.**
- **Η μέση επιβίωση μετά κυστεκτομή είναι πάνω από 2 χρόνια και η πιθανή 5ετής επιβίωση σε αυτή την ηλικία είναι 37-68%.**
- **Η καλύτερη συνεργασία καρδιολόγων, αναισθησιολόγων, φυσιοθεραπευτών, ψυχολόγων και ουρολόγων τα τελευταία έτη μείωσε την περιεγχειρητική θνητότητα των 80ριδων στο 3%.**
- **Eur. Urol. Iss. 3 March 2007. Eur. Urol. 45 Febr. 2004.**

Συμπεράσματα

- Η Κυστεκτομή σε ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου με μυοδιηθητικό καρκίνο ουροδόχου κύστης έχει αυξημένη μετεγχειρητική νοσηρότητα αλλά όχι και αυξημένη θνητότητα και θα πρέπει να συνιστάται έγκαιρα στους ασθενείς που έχουν προσδόκιμο επιβίωσης > των 2 ετών σε εξειδικευμένα κέντρα.
- Σε ασθενείς με μονήρεις όγκους, μικρής διαμέτρου < 3cm και χωρίς εξωκυστική επέκταση θα πρέπει η διουρηθρική να είναι όσο το δυνατόν ριζικότερη γιατί είναι δυνατόν να θεραπευθούν με συμπληρωματική χημειοθεραπεία ακτινοθεραπεία σε ποσοστό 34% και μπορεί να αποφύγουν μια άσκοπη κυστεκτομή (10% των κυστεκτομών είναι T0).

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ

- Η επισκόπηση και ψηλάφηση συνήθως θέτουν την διάγνωση.
- Σε αμφιβολία η κυτταρολογική ή η βιοψία επιβεβαιώνουν την διάγνωση. Το υπερηχογράφημα μπορεί να βοηθήσει στη διήθηση των σηραγγωδών σωμάτων.
- Οι βουβωνικοί λεμφαδένες ελέγχονται με την ψηλάφηση και εάν είναι ψηλαφητοί η FNA βοηθά στη διάγνωση.
- Η αξονική τομογραφία κοιλίας βοηθά στη διάγνωση διηθημένων πυελικών λεμφαδένων και μεταστάσεων καθώς και η positron emission tomography (PET/CT) με ^{18}F -FDG. Η μαγνητική τομογραφία MRI με ενδοπεϊκή έγχυση προσταγλανδίνης έχει χρησιμοποιηθεί στη σταδιοποίηση.
- Ακτινογραφία θώρακος για διάγνωση μεταστάσεων.
- Το σπινθηρογράφημα οστών συνιστάται μόνο σε συμπτωματικούς ασθενείς.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ ΕΙΝΑΙ ΚΥΡΙΩΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

- Όταν η βλάβη εντοπίζεται στην πόσθη συνιστάται περιτομή.
- Σε Tα-T1,G1-2 εφαρμογή Laser, χειρουργική αφαίρεση της βλάβης με πλαστική (την εφαρμόζουμε συνήθως σε προκαρκινοματώδεις βλάβες), ακτινοθεραπεία, βραχυθεραπεία, βαλανεκτομή.
- Οι υποτροπές με τις μεθόδους αυτές είναι 15-25% και κατά άλλους 10-50%. Μετά μια πλήρη αφαίρεση το ποσοστό υποτροπής είναι 9-24%. Κύκλοι χημειοθεραπείας μετά συντηρητικές θεραπείες έδωσαν ελπιδοφόρα μηνύματα.

Επί υποτροπής συνιστάται άμεση μερική πεεκτομή.

- Σε T1,2,3,4 και G3 συνιστάται ανάλογα μερική πεεκτομή, ολική πεεκτομή ή και ενουχισμός με περινεϊκή ουρηθροστομία.
- Ακτινοθεραπεία (υψηλές δόσεις σε σύντομο χρονικό διάστημα) και βραχυθεραπεία (εμφύτευση ραδιενεργών βελονών ραδίου, ιριδίου, τανταλίου ή άμεση επαφή του όγκου με ραδιενεργό υλικό) μπορούν να εφαρμοσθούν με πολύ καλά αισθητικά αποτελέσματα σε όγκους με διάμετρο < 4cm με επιτυχία 56-70%.
- Μετακτινικά εμφανίζονται συχνά στενώσεις του έξω στομίου (15-30%), στενώσεις της ουρήθρας 20-35%, τηλεαγγειεκτασίες 90% και νεκρώσεις βαλάνου και δέρματος.
- Σαν τμήμα αποφεύγουμε την ακτινοθεραπεία γιατί έχουμε παρατηρήσει υποτροπές μετά την εφαρμογή της (2 περιστατικά).

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΒΑΛΑΝΕΚΤΟΜΗ ή ΜΕΡΙΚΗ ΠΕΕΚΤΟΜΗ

- Η συχνότερη επιπλοκή είναι το στένωμα του έξω στομίου της ουρήθρας που αντιμετωπίζεται με διαστολές και εάν υποτροπιάζει συχνά με πλαστική του έξω στομίου της ουρήθρας.
- Τοπική υποτροπή της νόσου. Το ποσοστό υποτροπής μετά περιτομή φθάνει το 30%. Είναι σπάνια μετά μερική πεεκτομή. Συνήθως εμφανίζεται μετά 2-3 χρόνια.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ

- Μόνο σε ένα περιστατικό παρατηρήσαμε σαφή υποχώρηση της νόσου διάρκειας 2-3 μηνών.
- Παλαιότερα σχήματα με bleomycin προσέθεταν επιπλέον στους ασθενείς και έντονη δύσπνοια.
- Τελευταία προσπαθούμε να εφαρμόσουμε συμπληρωματική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία σε προχωρημένα περιστατικά άμεσα μετά την λεμφαδενεκτομή.
- Προσπαθούμε να εφαρμόσουμε σχήμα με προσθήκη ταξάνης.
- Υπάρχει σχετική απροθυμία από τους Ογκολόγους για αντιμετώπιση ασθενών με προχωρημένο καρκίνο πέους.

Χημειοθεραπεία στον καρκίνο του πέους

- Νεότερα πρωτόκολλα έχουν προσθέσει και ταξάνες αλλά στην Ελλάδα δεν επιτρέπεται να προστίθενται ακόμη.
- Μόνο σε έναν ασθενή είδαμε μακροσκοπική υποχώρηση της νόσου για 3μήνες μετά χημειοθεραπεία και μετά επιδείνωση της νόσου.
- Υπάρχει σχετική απροθυμία από τους Ογκολόγους για αντιμετώπιση ασθενών με προχωρημένο καρκίνο πέους.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ

- Προενυδάτωση: 1000ml Sodium Chloride 0,9% + 1000ml Dextrose 5%

- **1^η ημέρα:**

100 ml mannitol, 2 amp Decadron (8mgx2), 2 amp Zofron σε 200ml Sodium Chloride.

Cisplatin 120mg σε 200ml Sodium Chloride 0,9% εντός 30min.

500 mgr 5FU σε 1000ml Dextrose 5% εντός 8 ωρών,

500 mgr 5FU σε 1000ml Dextrose 5% εντός 8 ωρών,

500 mgr 5FU σε 1000ml Dextrose 5% εντός 8 ωρών.

Ώρα 20.00 1amp Zofron και 1amp Decadron σε 100ml Sodium Chloride 0,9%.

Μέτρηση ούρων κάθε 6 ώρες και εάν τα ούρα είναι < 800ml : 1amp Lasix ενδοφλέβια.

- **2^η ημέρα:**

500 mgr 5FU σε 1000ml Dextrose 5% εντός 8 ωρών,

500 mgr 5FU σε 1000ml Dextrose 5% εντός 8 ωρών,

500 mgr 5FU σε 1000ml Dextrose 5% εντός 8 ωρών.

Tabl Zofron 1x3.

Μέτρηση ούρων κάθε 6 ώρες και εάν τα ούρα είναι < 800ml : 1amp Lasix ενδοφλέβια.

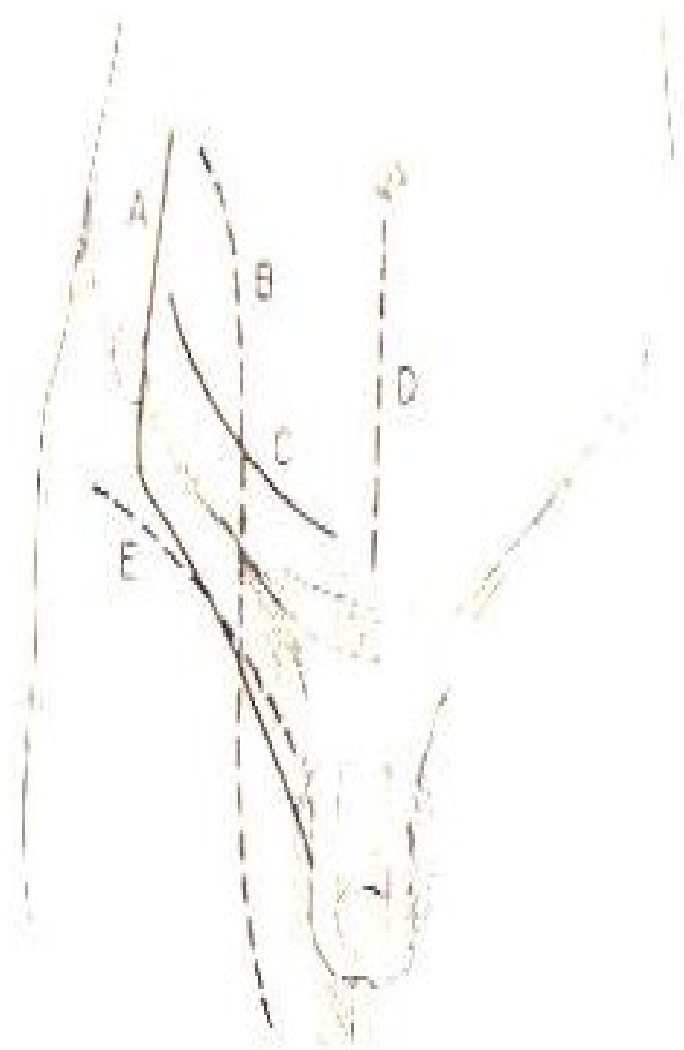
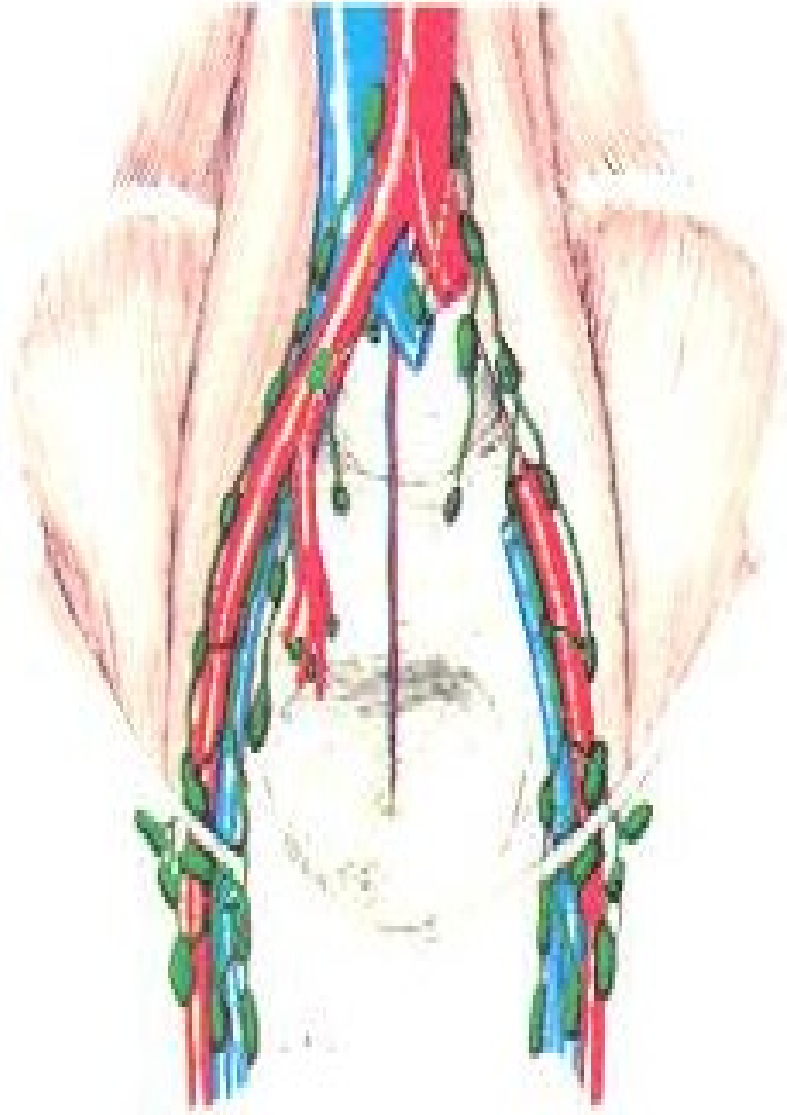
- **3^η ημέρα: όπως η 2^η.**

4^η ημέρα: όπως η 2^η.

5^η ημέρα: όπως η 2^η.



Εικόνα 1. Όριο ριζικής και τροποποιημένης παγονοβουβωνικής περιφρενεκτομής. Από: Campell's Urology, Eighth Edition.



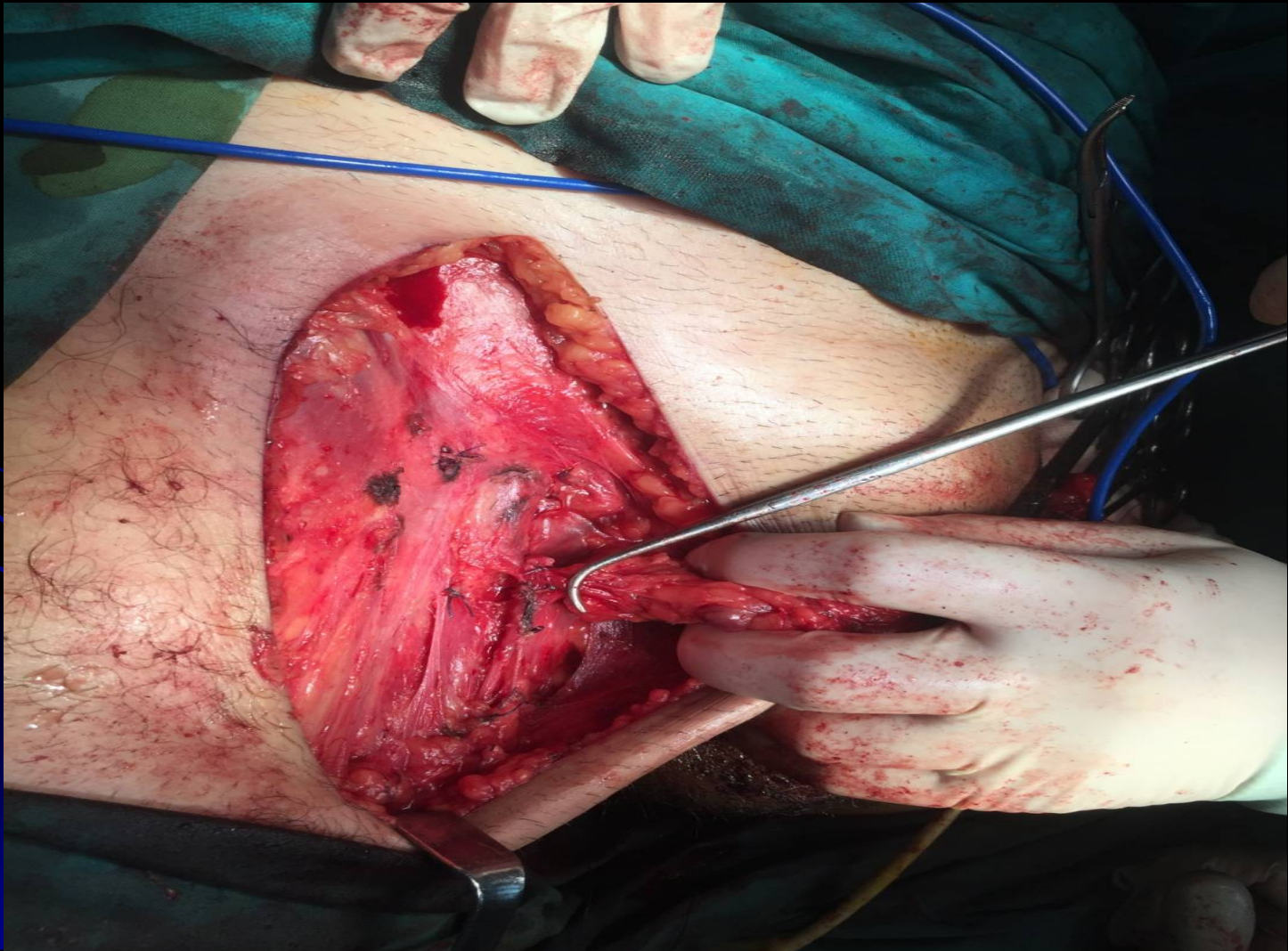
Εικόνα 4.16. Λειτουργίες των διαφορετικών τμημάτων.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΚΤΟΜΗ

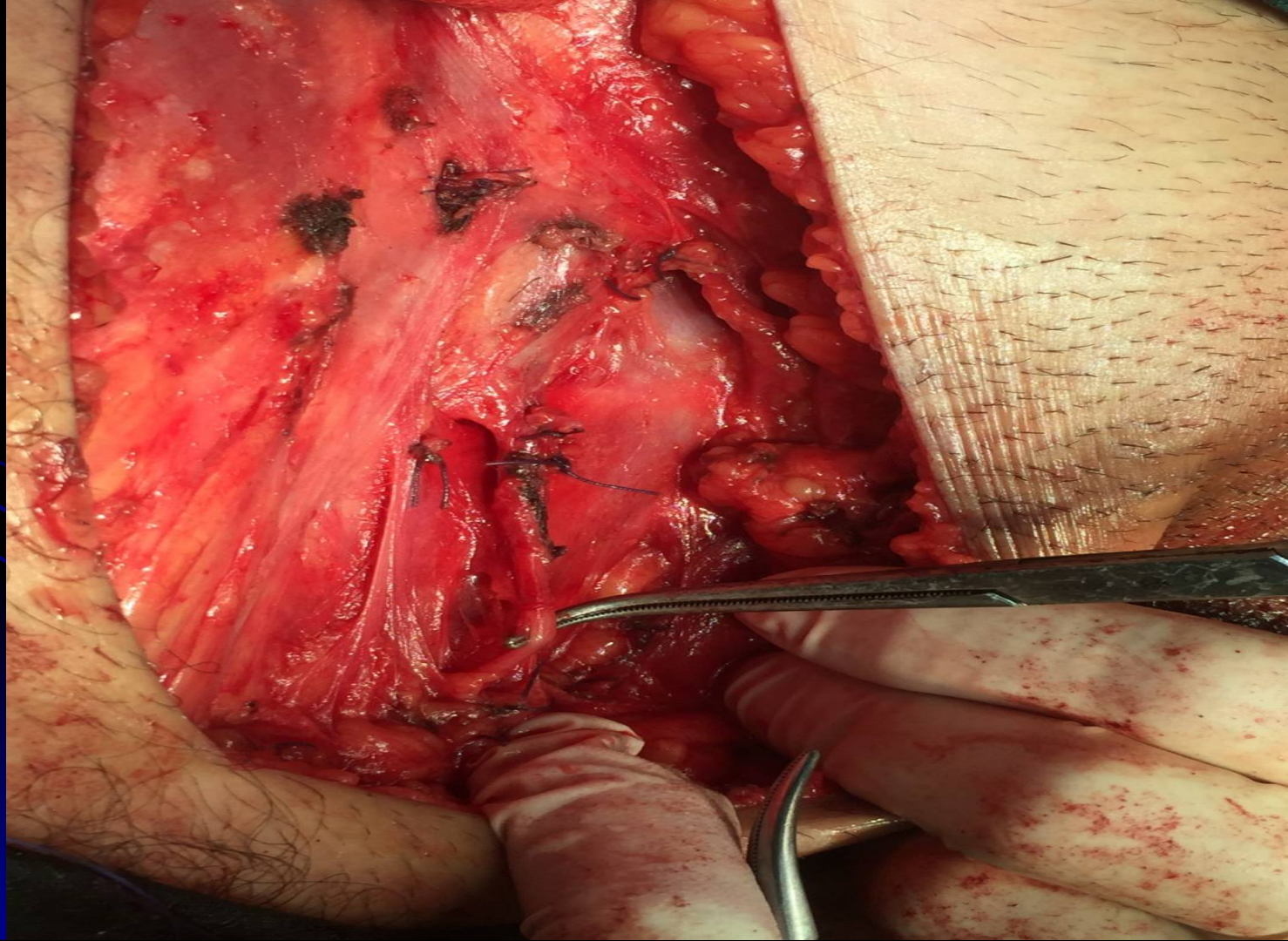
- Μετά λεμφαδενεκτομή οι συχνότερες επιπλοκές είναι: θρόμβωση φλεβών, πνευμονική εμβολή, νεκρώσεις του δέρματος, διαπυήσεις, λεμφόρροια και οιδήματα σκελών και οσχέου.
- Τα οιδήματα στα σκέλη μειώνονται όταν είναι δυνατόν να διατηρηθεί η σαφηνής φλέβα.
- Οι νεκρώσεις του δέρματος αντιμετωπίζονται με εκτομή και επανασυμπλησίαση του δέρματος.
- Τα ράμματα αφαιρούνται μετά την 15η ημέρα.

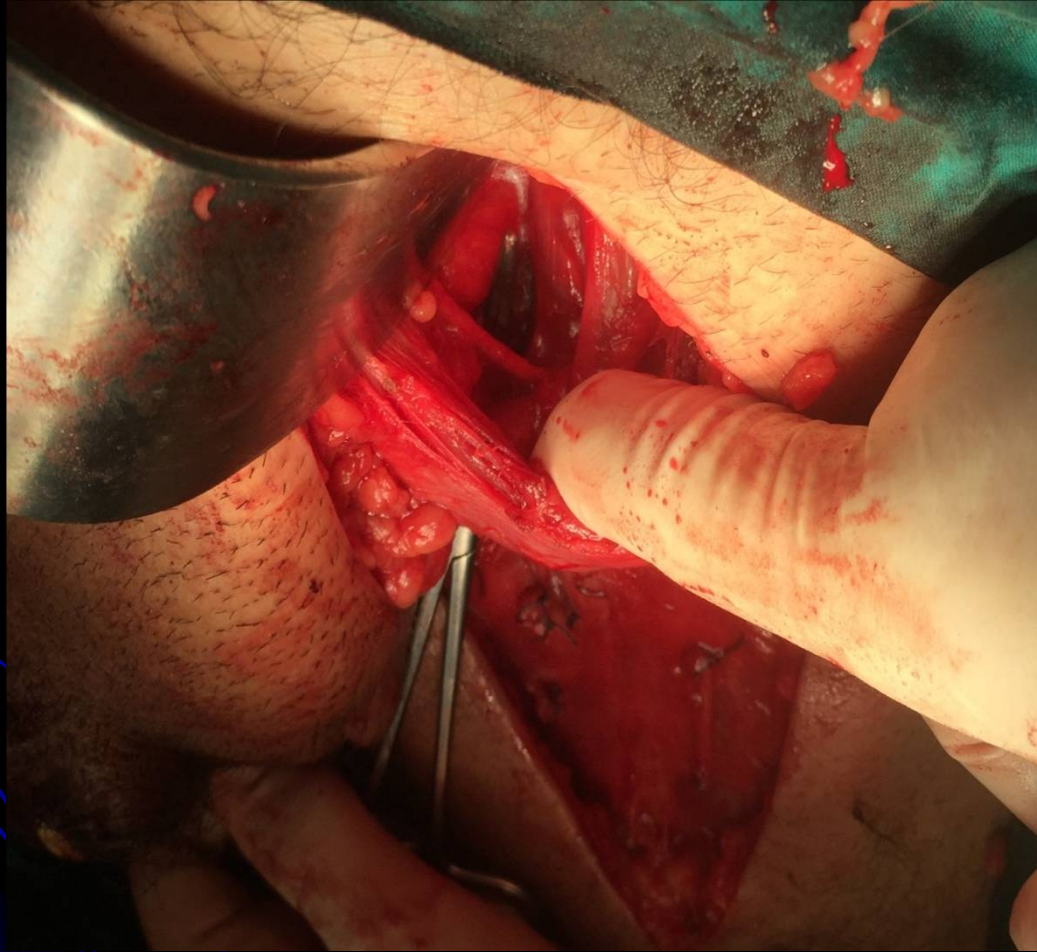
European Association Urology Guidelines 2007. European Urology Today Oct –Nov 2007. European Urology Vol. 52, Iss. 4 October 2007.

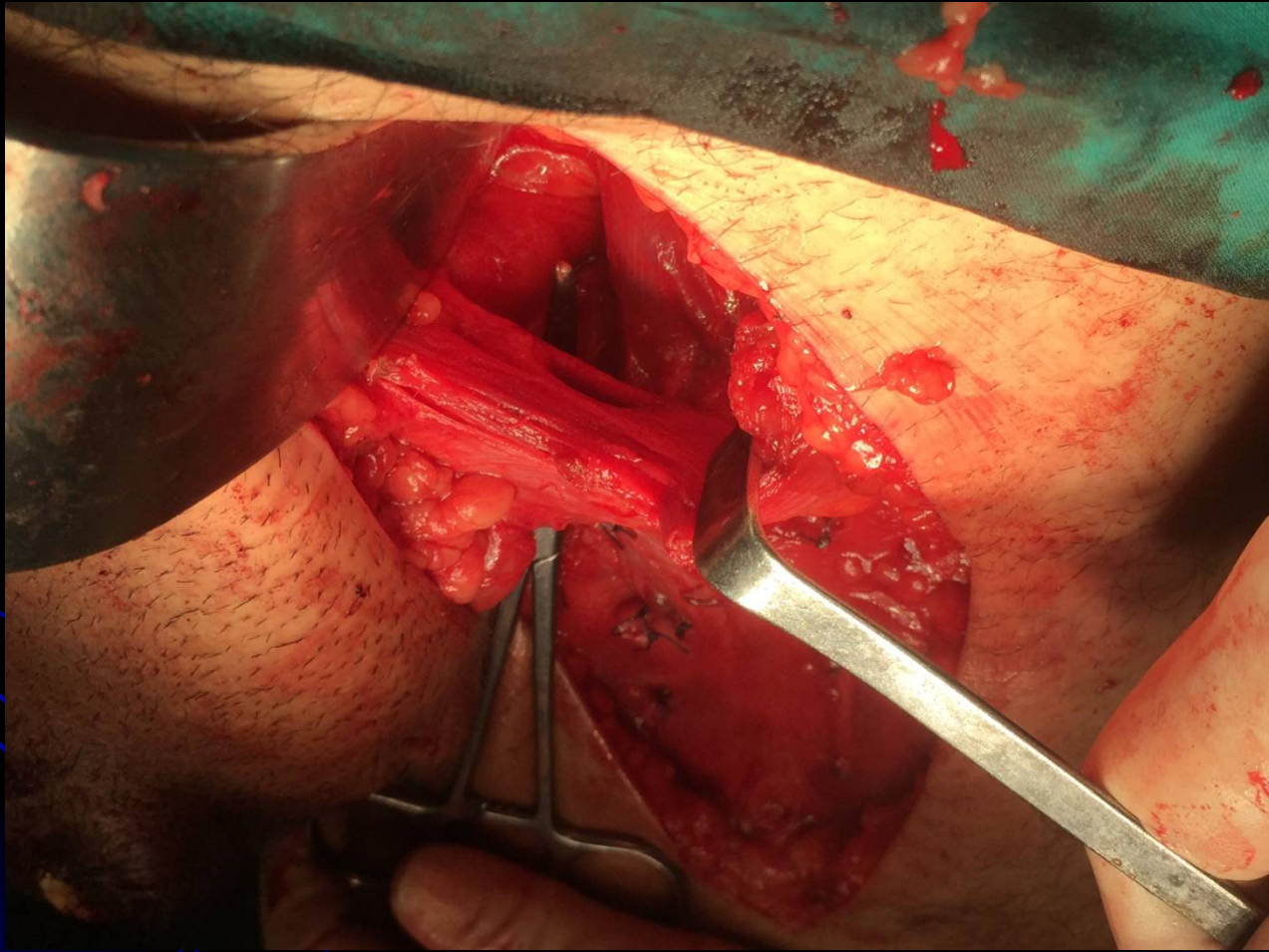
Τα Νεοπλάσματα του Πέους Α. Ρεμπελάκος, Θ. Αρβανιτάκης 2000.



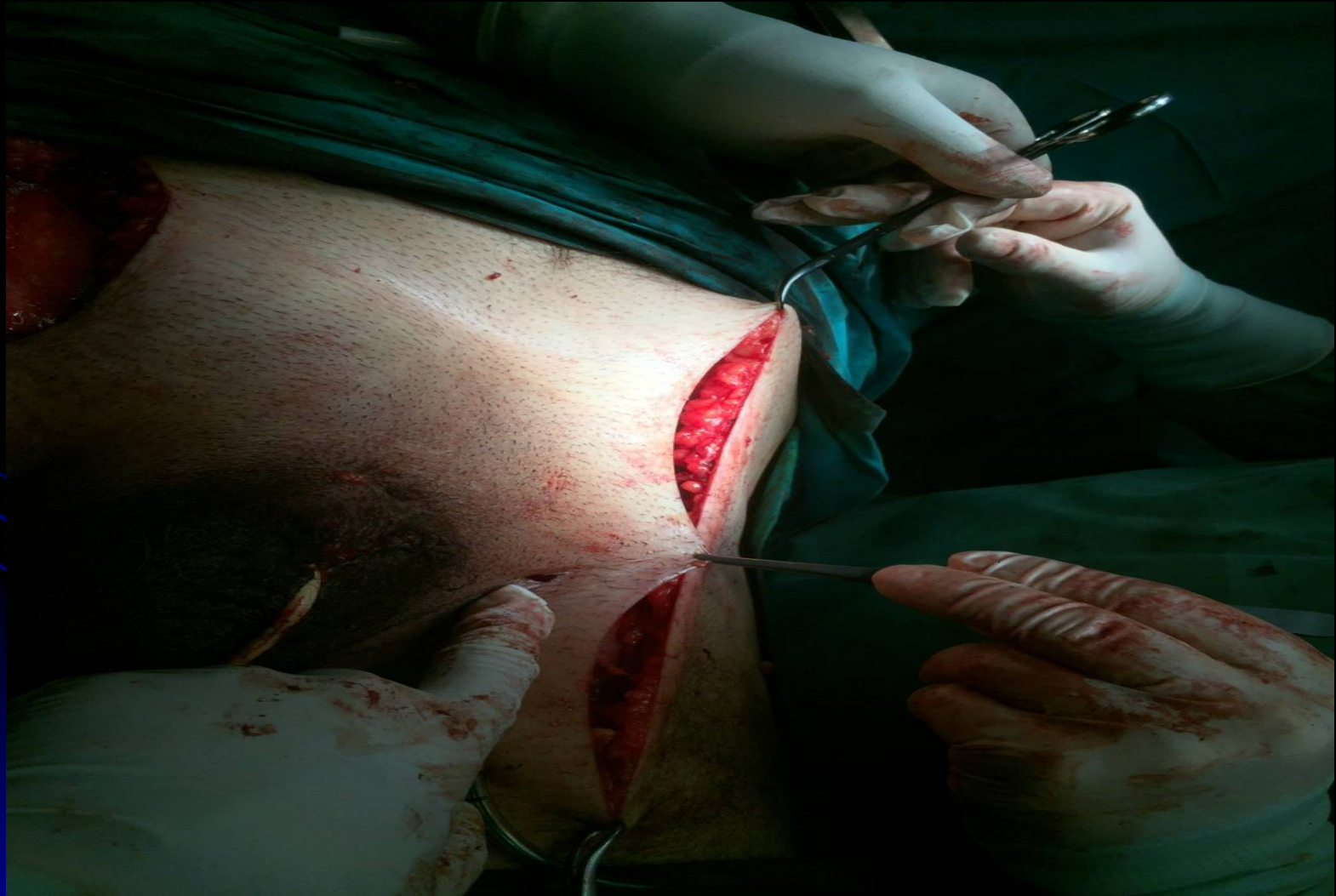
Διατήρηση της σαφηνούς φλέβας.



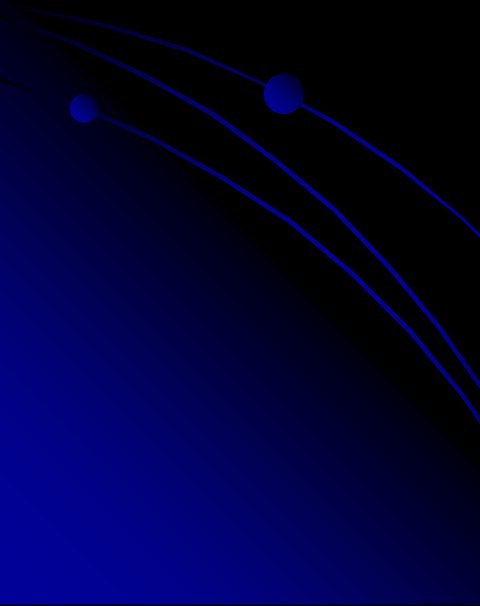
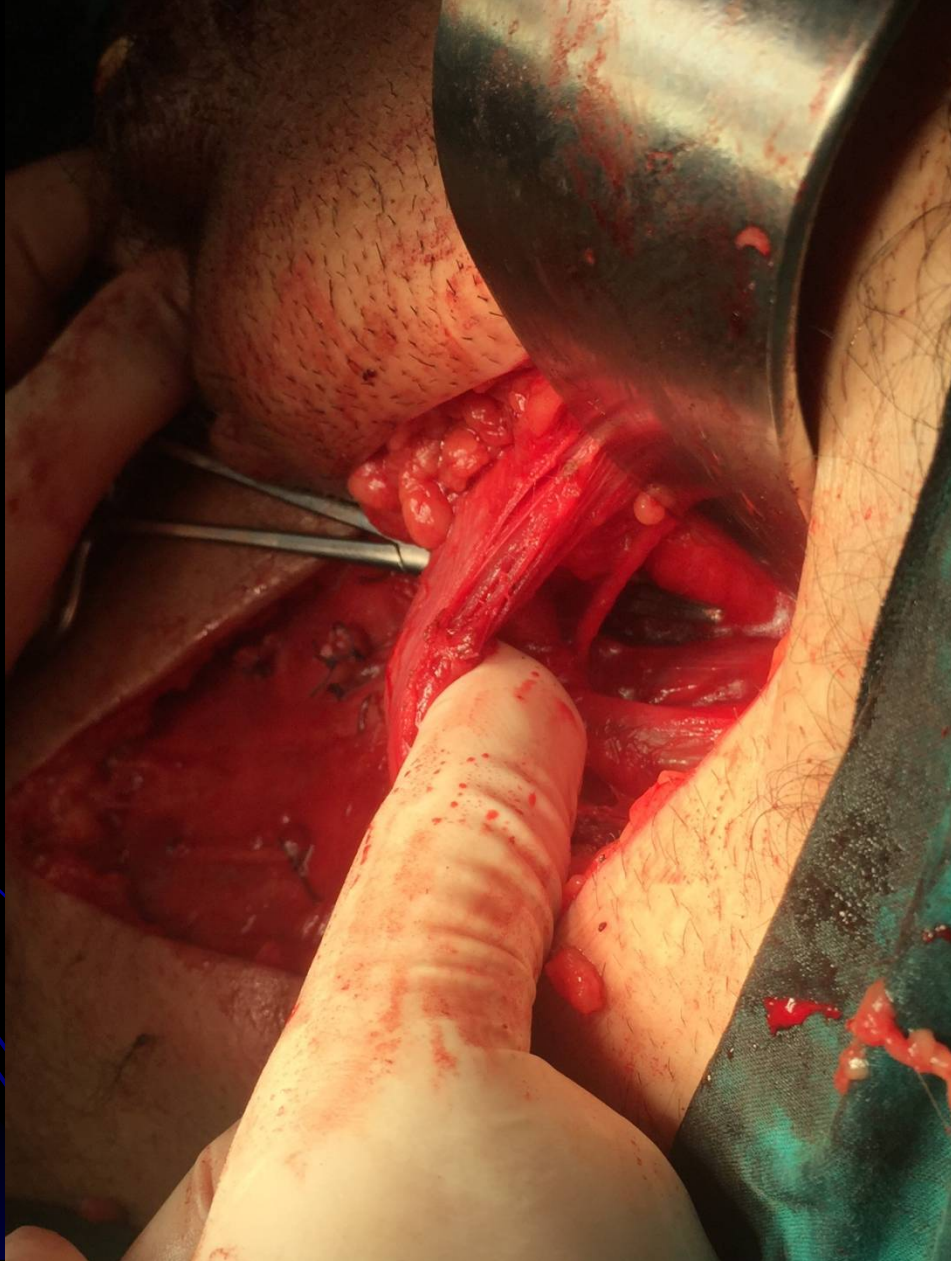














ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΚΤΟΜΗ

- Μετά λεμφαδενεκτομή οι συχνότερες επιπλοκές είναι: θρόμβωση φλεβών, πνευμονική εμβολή, νεκρώσεις του δέρματος, διαπυήσεις, λεμφόρροια και οιδήματα σκελών και οσχέου.
- Τα οιδήματα στα σκέλη μειώνονται όταν είναι δυνατόν να διατηρηθεί η σαφηνής φλέβα. Εάν δεν υπάρχει block λεμφαδένων στην περιοχή με λίγη προσοχή είναι σχετικά εύκολο και επιδιώκουμε την διατήρησή της.
- Οι νεκρώσεις του δέρματος αντιμετωπίζονται με εκτομή και επανασυμπλησίαση του δέρματος.
- Τα ράμματα αφαιρούνται μετά την 15η ημέρα.
- Συνήθης χρόνος νοσηλείας 15 με 20 ημέρες και επούλωσης των τραυμάτων περίπου 1 μήνας.

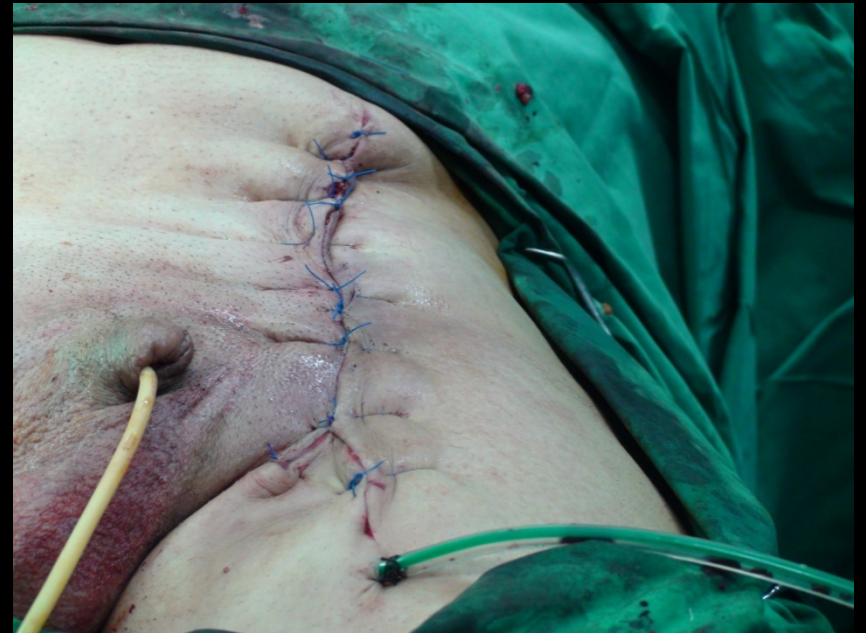
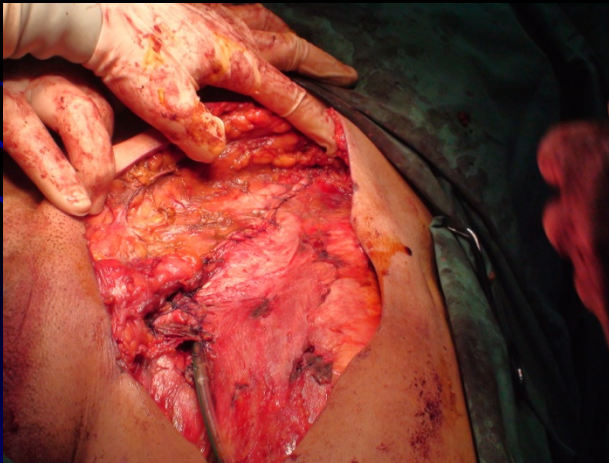
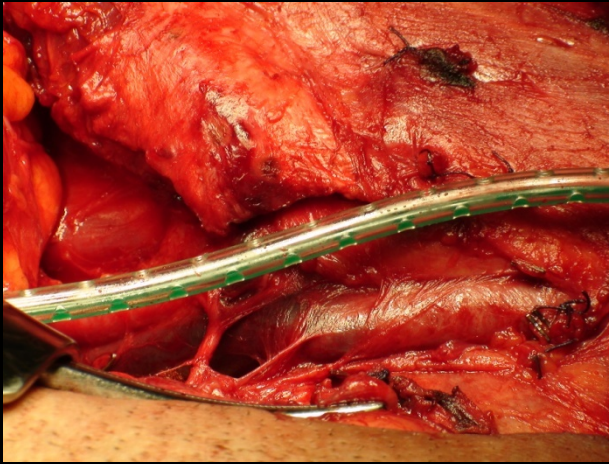
European Association Urology Guidelines 2007. European Urology Today Oct –Nov 2007. European Urology Vol. 52, Iss. 4 October 2007.

Τα Νεοπλάσματα του Πέους Α. Ρεμπελάκος, Θ. Αρβανιτάκης 2000.

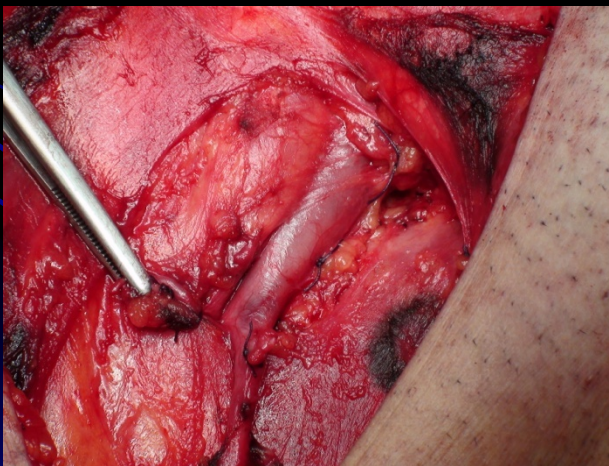
Λεμφοίδημα κάτω άκρων μετά βουβωνική αμφοτερόπλευρο λεμφαδενεκτομή και ακτινοθεραπεία



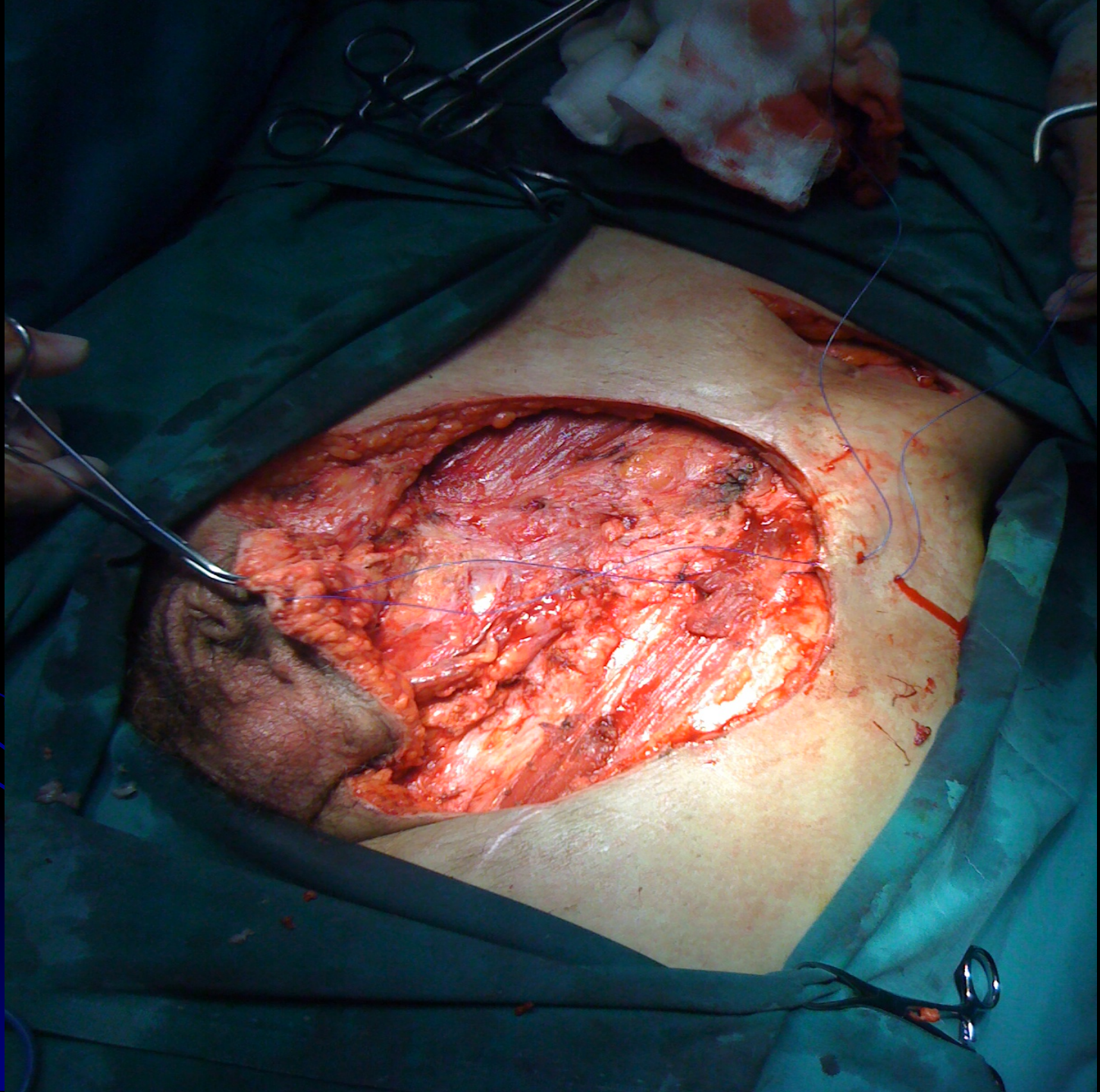
Σύγκλειση τραύματος



Ετερόπλευρος βουβωνικός λεμφαδενικός καθαρισμός-Τελικό αποτέλεσμα



- **Αποτέλεσμα ιστολογικής:**
- **Αρ. Βloc βουβωνικών λεμφαδένων: μετάσταση από επιδερμοειδές Ca βαλάνου.**
- **Αρ. Πυελικοί και Δεξ. Βουβωνικοί λεμφ.: χωρίς μετάσταση.**

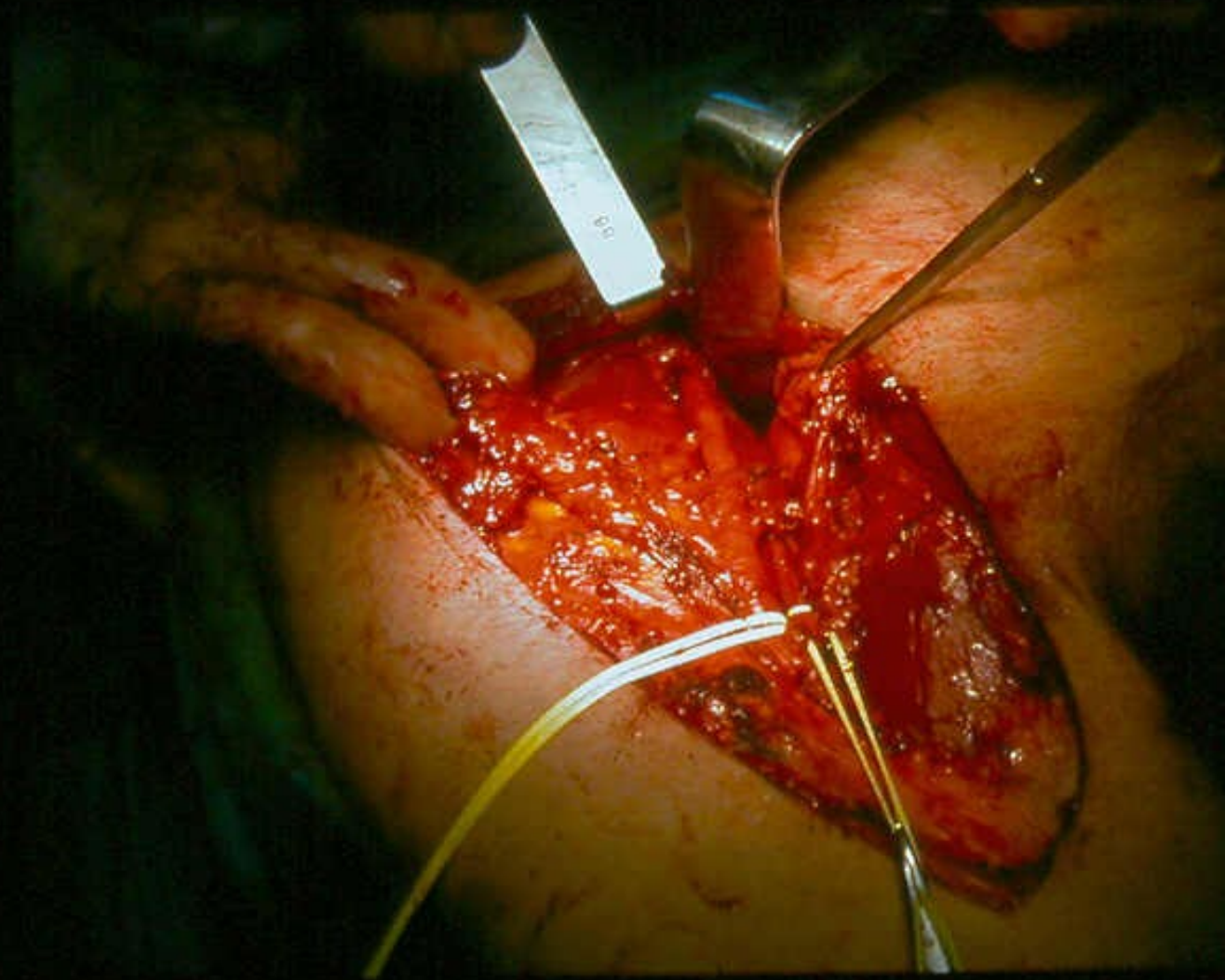


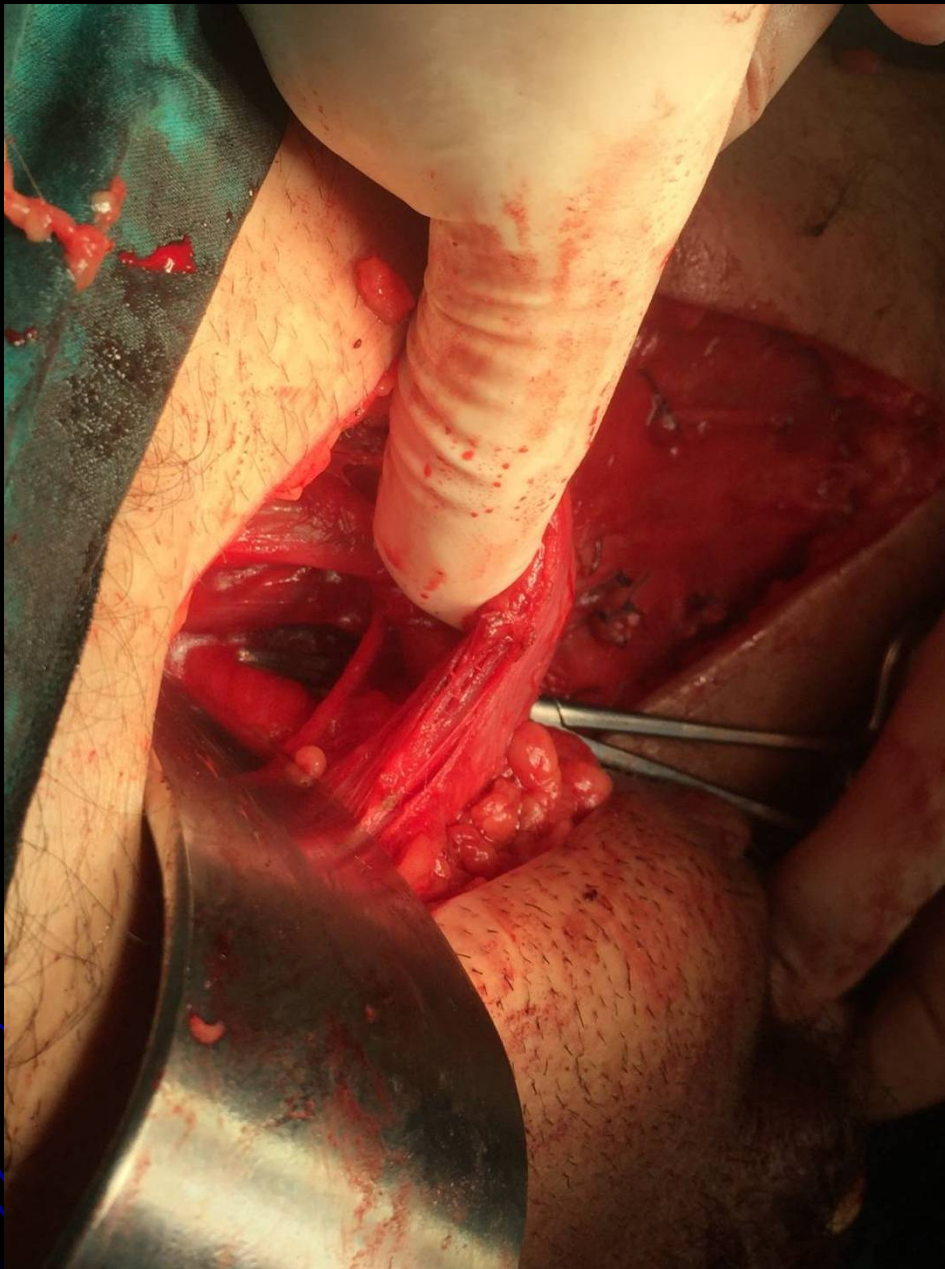


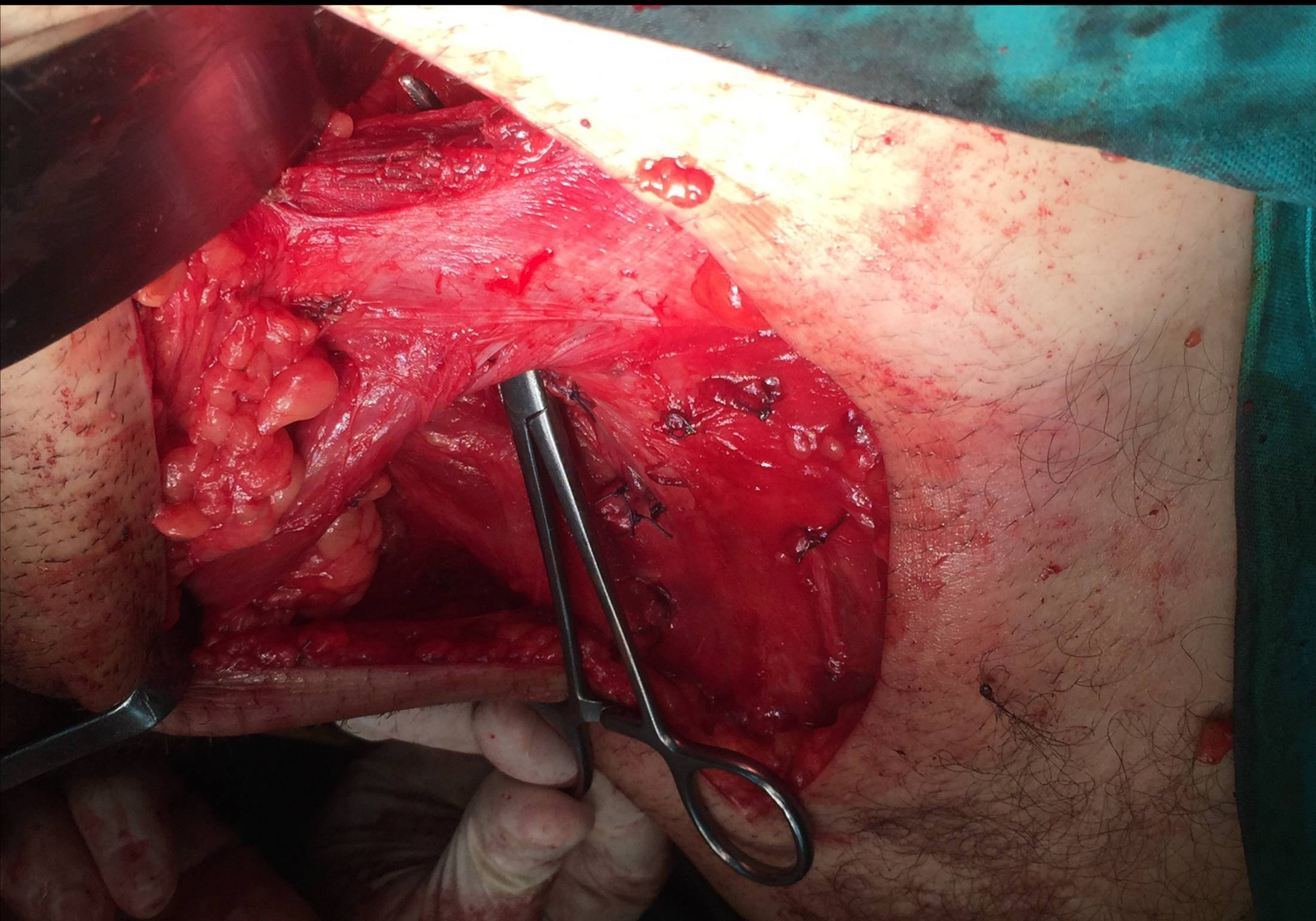


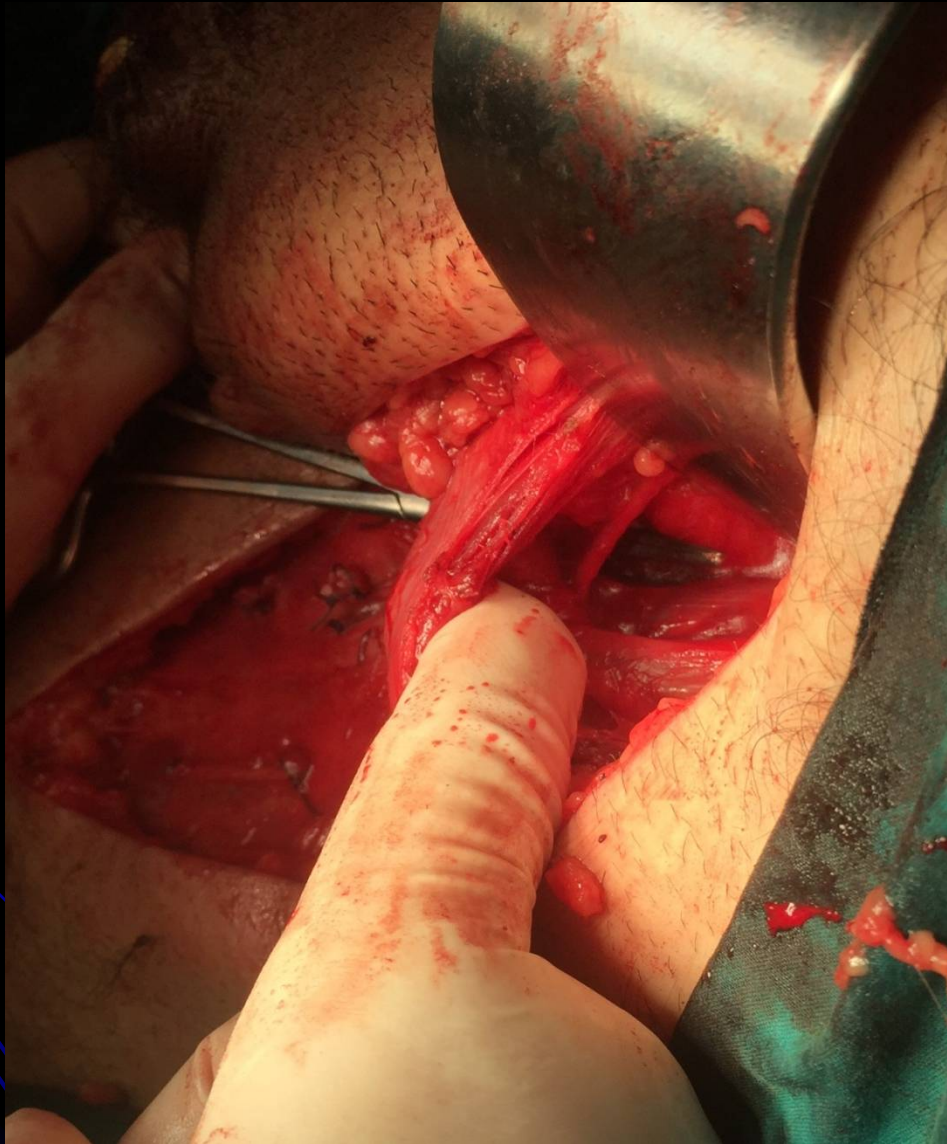


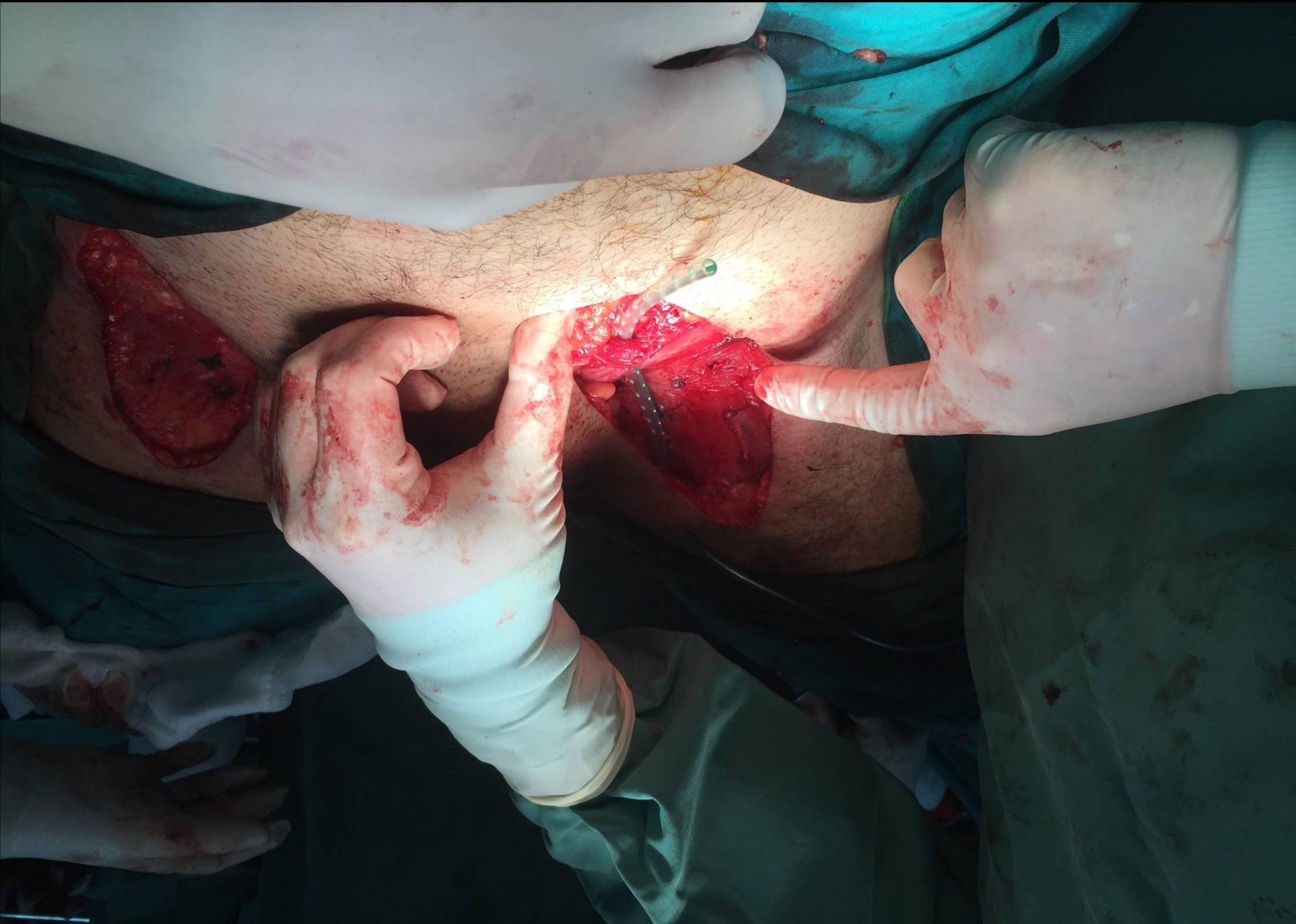


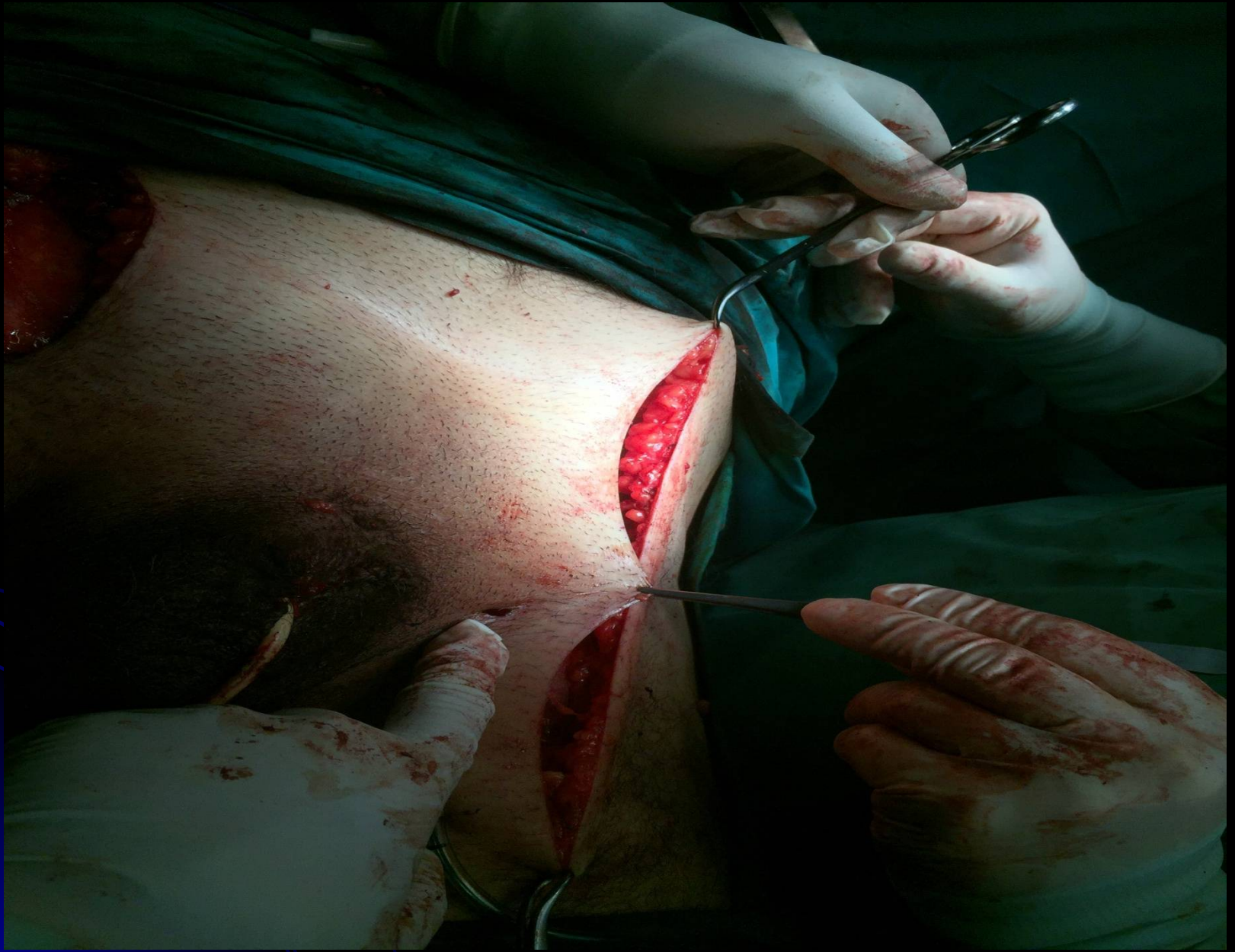














• Ευχαριστώ για την προσοχή σας.

