

Καρκίνος πέους Τοπική Θεραπεία

Καλογερόπουλος Θεόδωρος
Επιμελητής Α
Ουρολογική Κλινική
Α.Ο.Ν.Α <<ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ>>

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

➤ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Στις Η.Π.Α-ΕΥΡΩΠΗ η ετήσια επίπτωση είναι < 1 στους 100.000 άνδρες

➤ Στην ΑΣΙΑ-ΑΦΡΙΚΗ-ΝΟΤΙΑ ΑΜΕΡΙΚΗ αντιπροσωπεύει το 10-20% των κακοηθειών στους άνδρες

➤ Στην Ουγκάντα είναι ο πιο συχνός καρκίνος

➤ ΗΛΙΚΙΑ

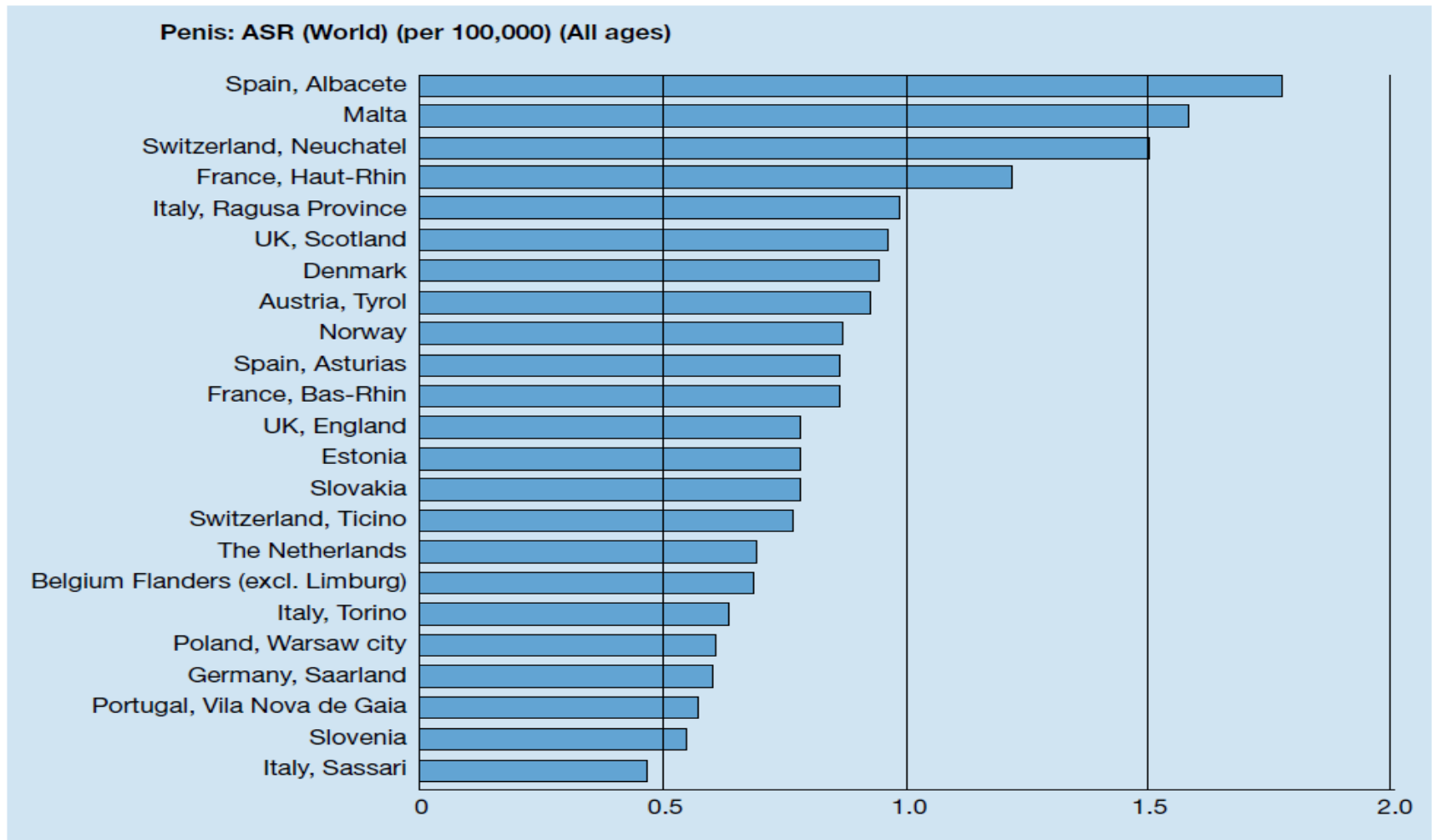
Η επίπτωση της νόσου αυξάνεται όσο αυξάνεται η ηλικία με το peak στις ηλικίες 50-70 ετών

➤ Εντούτοις έχουν αναφερθεί περιστατικά σε νεαρούς ενήλικες και παιδιά

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

ΕΤΗΣΙΑ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Figure 3.1: Annual incidence rate (world standardised) by European region/country*



ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

➤ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ-ΦΥΛΗ

Λευκοί Ισπανοί 1,01/100000

Alaskan, native/American Indians 0,77/100000

Μαύροι 0,62/100000

Λευκοί 0,51/100000

➤ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η περιτομή σε νεαρή ηλικία μειώνει 3-5 φορές τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του πέους καθώς αφαιρεί το μισό περίπου ιστό που αναπτύσσεται ο καρκίνος του πέους. (μουσουλμάνοι, εβραίοι).

***Η ΠΕΡΙΤΟΜΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΟ ΖΩΗ ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΕΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

EAU Guidelines 2018

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

➤ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Υπάρχει σταθερή δόσοεξαρτώμενη συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και πεικίου καρκίνου [κίνδυνος χ 4-5]

(Daling et al., 2005; Dillner, von Krogh, Horenblas, & Meijer, 2000).

➤ ΚΑΚΗ ΤΟΠΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ-ΦΙΜΩΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΣ Χ 11-16 ΦΟΡΕΣ

➤ ΤΟ ΣΜΗΓΜΑ ΔΕΝ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΠΛΕΟΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Van Howe et al, Eur Acad Derm Venereol 2006

➤ ΧΡΟΝΙΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ (Σκληροατροφικός λειχήνας, βαλαποσθίτιδες κτλ.)

➤ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΩΡΙΑΣΗΣ ΜΕ ΡΥΝΑ (PSORALEN+UVA Ακτινοβολία)

➤ ΠΟΛΛΑΠΛΟΙ ΕΡΩΤΙΚΟΙ ΣΥΝΤΡΟΦΟΙ


➤ ΠΡΩΙΜΗ ΕΝΑΡΞΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΕΠΑΦΩΝ (Χ 3-5 ΦΟΡΕΣ)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ HPV-ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ


- Το **DNA του ιού HPV** έχει αναγνωρισθεί στο **70-100%** των in situ καρκινωμάτων και στο **30-40%** των διηθητικών καρκίνων του πέους
- Ο **HPV** προάγει την καρκινογένεση αλληλεπιδρώντας με ογκογονίδια [**p53,rb-gene**]
- Τα στελέχη **6, 11, 16, 18 του HPV** είναι υπεύθυνα για το 70% των τραχηλικών καρκίνων και για το 90% των γεννητικών κονδυλωμάτων.
- Πιο συγκεκριμένα τα **στελέχη 16, 18 του HPV** φαίνεται να σχετίζονται αιτιολογικά με το **30-40%** των καρκίνων του πέους του αιδοίου και του φάρυγγα.
- Οι σύντροφοι των ασθενών με καρκίνο πέους δεν έχουν αυξημένη επίπτωση καρκίνου τραχήλου της μήτρας.
- Ωστόσο η παρουσία του **HPV** δε φαίνεται να επηρεάζει ούτε την **10-ετή πρόγνωση** ούτε την **ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων** σε ασθενείς με καρκίνο του πέους

HPV ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΕΟΥΣ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΑU GUIDELINES 2018



It remains unclear whether HPV-associated penile cancer has a different prognosis to non-HPV-associated penile cancer. A significantly better 5-year disease-specific survival was reported for HPV-positive versus HPV-negative cases (93% vs. 78%) [27], while others reported no difference in lymph node metastases and a 10-year survival rate [28].



There is no direct association between the incidence of penile cancer and cervical cancer. However, both cancers are independently linked with the prevalence of HPV infections [29, 30]. Female sexual partners of patients with penile cancer do not have an increased incidence of cervical cancer. There is no current recommendation for HPV vaccination in boys because of a different HPV-associated risk pattern in penile and anal cancer. The epidemiological effects of HPV vaccination in girls are also awaited [31, 32].

ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΟΜΑΤΩΔΕΙΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΣΠΟΡΑΔΙΚΑ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΕΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

- Δερματικό κέρασ ή Υπερκεράτωση του Horn.
- Οξυτενή κονδυλώματα.
- Bowenoid papulosis.(Προσβάλει νεαρούς κάτω των 30 ετών)
- Ξηρωτική,αποφρακτική βαλανίτιδα (σκληροατροφικός λειχήνας).
- Λευκοπλακία.
- Γιγαντιαία κονδυλώματα (**LOWENSTEIN-BUSCHKE TUMOR**)(HPV 11,6 το 30-42% εξαλλαγή προς καρκίνο).
- Νόσος PAGET.

ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ

ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΟΜΑΤΩΔΕΙΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ-Cis

- Ερυθροπλασία Queyrat (καρκίνωμα in situ, 10-30% εξαλλαγή σε SCC).
- Νόσος του Bowen (καρκίνωμα in situ, 5% εξαλλαγή σε SCC).

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ BOWEN



ΕΡΥΘΡΟΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ
QUEYRAT



ΣΚΛΗΡΩΤΙΚΟΣ
ΛΕΙΧΗΝΑΣ



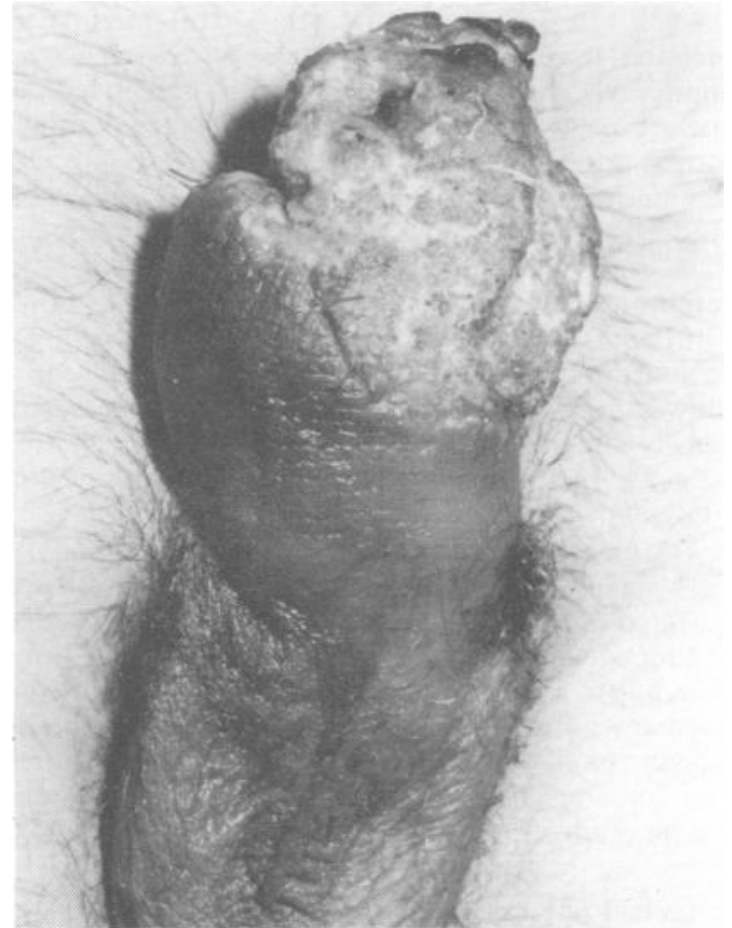
BOWENOID PAPULOSIS OF THE PENIS



ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΗ



Lowenstein – buschke tumor



ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ

- Το 95% των καρκίνων του πέους είναι **πλακώδες καρκίνωμα**
 1. Κλασσικό πλακώδες **SCC**
 2. Βασαλοειδές (**basaloid**)
 3. Μυρμηγκιωδές-κονδυλωματώδες (**Warty**)
 4. Αδενοπλακώδες
 5. Σαρκωματώδες
 5. Διάφοροι υπότυποι του ακροχορδονώδους- **Verrucous**.
- Κακόηθες μελάνωμα 2% και βασικοκυτταρικό καρκίνωμα λιγότερο συχνά < 2%.
- Μεσεγγυματικοί όγκοι σαρκωματώδεις 1%-< 3%: σάρκωμα Kaposi, αγγειοσάρκωμα, επιθηλιοειδές αιμαγγειοενδοθηλίωμα.
- Μεταστάσεις στο πέος από καρκίνο σε άλλα όργανα είναι πάρα πολύ σπάνιες: ουροδόχο κύστη, προστάτη, νεφρό, ορθό και λέμφωμα.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ

Συχνότητα και έκβαση

Table 3.3: Histological subtypes of penile carcinomas, their frequency and outcome

Subtype	Frequency (% of cases)	Prognosis
Common SCC	48-65	Depends on location, stage and grade
Basaloid carcinoma	4-10	Poor prognosis, frequently early inguinal nodal metastasis [39]
Warty carcinoma	7-10	Good prognosis, metastasis rare
Verrucous carcinoma	3-8	Good prognosis, no metastasis
Papillary carcinoma	5-15	Good prognosis, metastasis rare
Sarcomatoid carcinoma	1-3	Very poor prognosis, early vascular metastasis
Mixed carcinoma	9-10	Heterogeneous group
*Pseudohyperplastic carcinoma	< 1	Foreskin, related to lichen sclerosus, good prognosis, metastasis not reported
Carcinoma cuniculatum	< 1	Variant of verrucous carcinoma, good prognosis, metastasis not reported
Pseudoglandular carcinoma	< 1	High-grade carcinoma, early metastasis, poor prognosis
Warty-basaloid carcinoma	9-14	Poor prognosis, high metastatic potential [40] (higher than in warty, lower than in basaloid SCC)
Adenosquamous carcinoma	< 1	Central and peri-meatal glans, high-grade carcinoma, high metastatic potential but low mortality
Mucoepidermoid carcinoma	< 1	Highly aggressive, poor prognosis
Clear cell variant of penile carcinoma	1-2	Exceedingly rare, associated with HPV, aggressive, early metastasis, poor prognosis, outcome is lesion-dependent, frequent lymphatic metastasis [41]

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

- Ελκωτική ή εξωφυτική βλάβη
- Φίμωση
- Κνησμός
- Αίσθημα καύσου
- Αιμορραγία
- Δυσουρία



ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο πρωτοπαθής όγκος εντοπίζεται:

1) Βάλανο του πέους	48%
2) Ακροποσθία	21%
3) Ακροποσθία και στη βάλανο	9%
4) Στεφανιαία αύλακα	6%
5) Σώμα του πέους	< 2%

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

- Μεγάλο ποσοστό (50%) των ασθενών εμφανίζεται στο γιατρό με καθυστέρηση (περίπου 1 χρόνο). Ενοχοποιούνται η ντροπή, ο φόβος, η αμέλεια και η άγνοια του ασθενούς.
- Κατά την αρχική εξέταση, το ποσοστό 58% (20-96%) υπάρχουν ψηλάδαδενες. Σε ποσοστό 17-40% υπάρχουν εμφαδενικές μεταστάσεις και σε ποσοστό 17-40% υπάρχουν φλεγμονώδη αντίδραση από

Association Urology Guidelines 2007.

European Urology Vol. 52, Iss. 4 October 2007.

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

ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΒΛΑΒΗ

- **Ακρογωνιαίο λίθο στην τοπική σταδιοποίηση της πρωτοπαθούς βλάβης αποτελεί η κλινική εξέταση.**

Grade B L.E EAU Guidelines 2018

- **Καταγραφή χαρακτήρων της βλάβης**
 - i. Μέγεθος
 - ii. Εντόπιση
 - iii. Αριθμός
 - iv. Μορφολογία
 - v. Χρώμα, όρια βλάβης
 - vi. Επαφή με της βλάβης με τις ανατομικές δομές του πέλους

ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΒΛΑΒΗ

- **Κυτταρολογική ή ιστολογική διάγνωση**
 - ✓ Εξαίρεση πρωτοπαθούς βλάβης(ενίοτε θεραπευτική)
 - ✓ Λήψη ιστοτεμαχίου
 - ✓ F.N.A
 - ✓ BRUSH BIOPSY

- **Απεικονιστικές μέθοδοι στην πρωτοπαθή βλάβη**

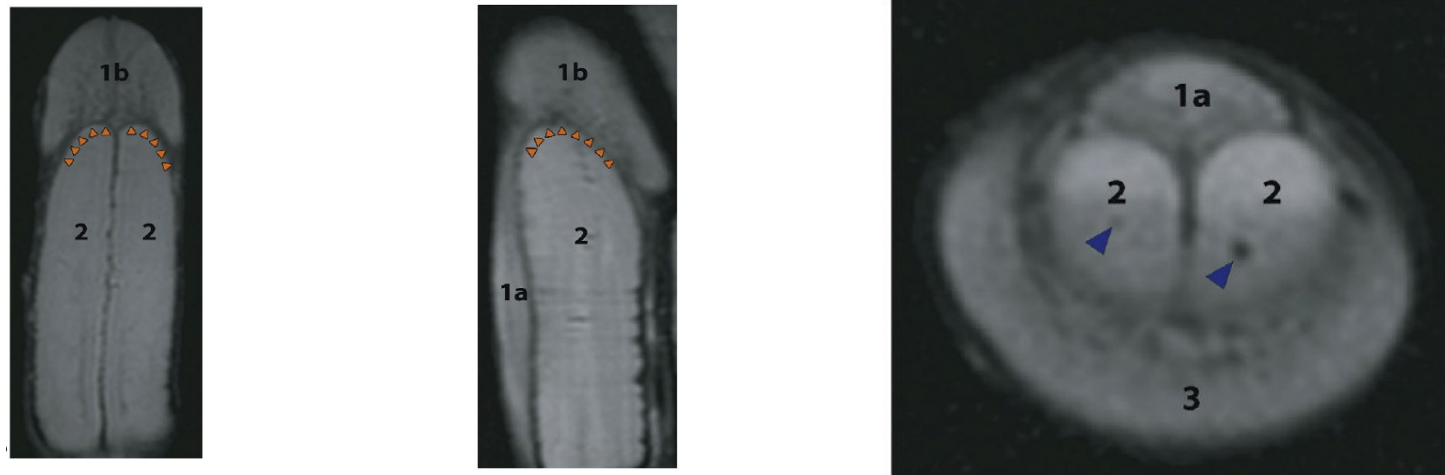
Το **U/S** και η **MRI** μπορούν να μας δώσουν πληροφορίες για την τοπική επέκταση του όγκου και κυρίως για τη διήθηση των σηραγγωδών σωμάτων (MRI με ταυτόχρονη πρόκληση στύσης με προσταγλανδίνη E1)

Penile Cancer

The Role of Magnetic Resonance Imaging in the Local Staging of Penile Cancer

Oliver Kayes, Suks Minhas, Clare Allen, Chris Hare, Alex Freeman, David Ralph*

St Peter's Hospital and The Institute of Urology, London, UK



- Η μελέτη απέδειξε ότι η MRI του πέους έχει υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα όσο αφορά την τοπική σταδιοποίηση του όγκου
- Έχει μεγάλη ακρίβεια στην εκτίμηση της διήθησης των σηραγγωδών σωμάτων και την επιλογή των πιο συντηρητικών θεραπειών στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει διήθηση αυτών

Σταδιοποίηση κατά TNM

Tis Καρκίνωμα in situ

Ta Μη διηθητικό εκβλαστικό καρκίνωμα

T1 Διήθηση του υποεπιθηλιακού συνδετικού ιστού

T1a Χωρίς λεμφαγγειακή διήθηση / καλής ή μέσης διαφοροποίησης (T1G1-2)

T1b Με λεμφαγγειακή διήθηση / κακής διαφοροποίησης-αδιαφοροποίητο (T1G3-4)

T2 Διήθηση σπογγώδους ή σηραγγώδους σώματος

T3 Διήθηση ουρήθρας

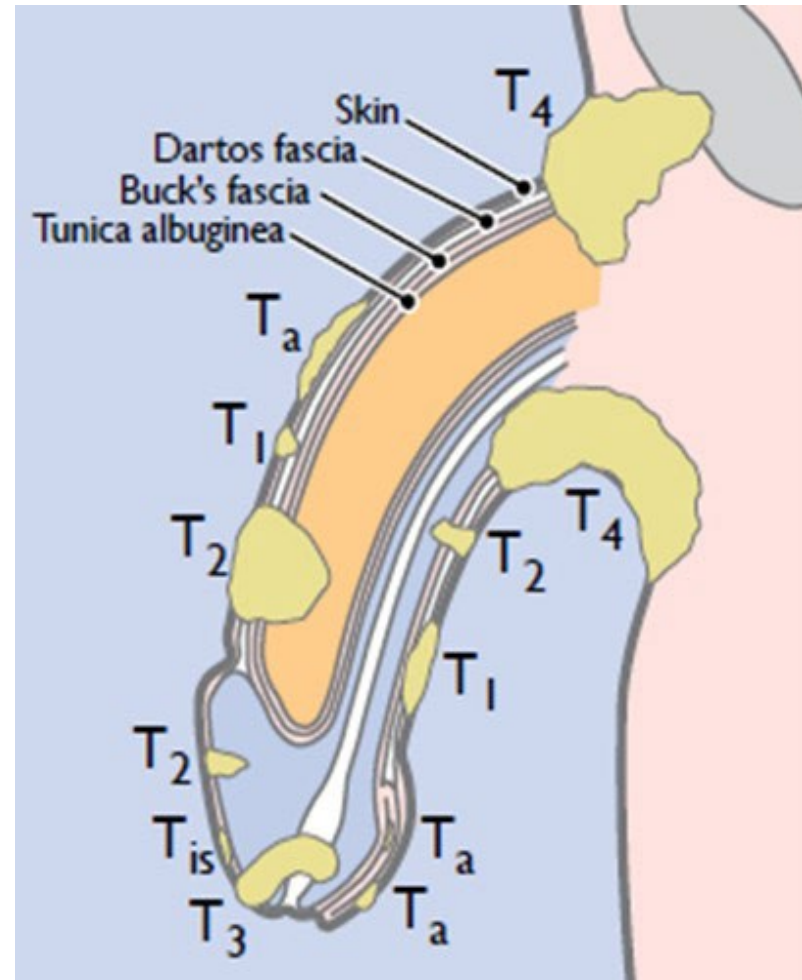
T4 Διήθηση άλλων γειτονικών δομών

N1 Μετάσταση σε μονήρη-κινητό βουβωνικό λεμφαδένα.

N2 Μετάσταση σε περισσότερους ή αμφοτερόπλευρους ψηλαφητούς, κινητούς βουβωνικούς λεμφαδένες.

N3 Μετάσταση σε ακίνητους βουβωνικούς ή πυελικούς λεμφαδένες.

M1 Με απομακρυσμένες μεταστάσεις



Σταδιοποίηση κατά Grade

Βαθμός διαφοροποίησης

Παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά

GI

Υψηλής διαφοροποίησης νεόπλασμα

GII

Μέσης διαφοροποίησης νεόπλασμα

GIII

Χαμηλής διαφοροποίησης νεόπλασμα

Θεραπεία πρωτοπαθούς βλάβης

- Ανάλογα με το T στάδιο της πρωτοπαθούς βλάβης την σταδιοποίηση κατά Grade, και την ύπαρξη ή όχι λεμφαγγειακής διήθησης, οι ασθενείς με καρκίνο του πέους διακρίνονται σε 3 κατηγορίες:

1. **Ασθενείς χαμηλού κινδύνου** : pTis, pTaG1-G2, pT1G1.
2. **Ασθενείς ενδιάμεσου κινδύνου** : pT1G2.
3. **Ασθενείς υψηλού κινδύνου**: pT \geq T2 ή όποιο T αλλά G3.

Με βάση την παραπάνω ταξινόμηση μπορεί να εφαρμοσθεί μια <<***risk adapted treatment***>>

Θεραπεία πρωτοπαθούς βλάβης Ασθενείς χαμηλού κινδύνου Ta-Tis

- Επί πολλαπλών βλαβών στην βάλανο ή όταν συνυπάρχει και λοίμωξη από HPV συνίσταται βαλανεκτομή ή/και περιτομή για την αποφυγή των υποτροπών (15%).
- Στις υπόλοιπες περιπτώσεις **συντηρητικές θεραπείες** με :
- Εφαρμογή κρέμας 5-FU(φλουουρακίλης) για ασθενείς σταδίου Tis.
- Εφαρμογή κρέμας imiquimod 5%(cr.aldara) με καλά αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα σε επίπεδες βλάβες.
- Εφαρμογή Laser(Nd-Yag,CO₂) σε μικρές περιφερικές επιφανειακές βλάβες.
- Φωτοδυναμική θεραπεία.
- Mohs μικροχειρουργική για ασθενείς σταδίου Ta (αφαίρεση της βλάβης στρώμα-στρώμα υπό την καθοδήγηση του μικροσκοπίου μέχρις ότου φθάσουμε σε αρνητικό για κακοήθεια ιστό με βάση τις T.B.).

Θεραπεία πρωτοπαθούς βλάβης Ασθενείς χαμηλού κινδύνου T1G1

Γενικά προτιμάται η συντηρητική θεραπεία.

- Όταν η βλάβη εντοπίζεται στην **βάλανο** εφαρμόζεται Laser CO2.
- Όταν η βλάβη εντοπίζεται στην **ακροποσθία** ή την **στεφαναία αύλακα** γίνεται περιτομή με βαλανεκτομή/εκτομή του όγκου επί υγιών χειρουργικών ορίων (παλαιότερα συνηθίζονταν τα 2 εκ., τελευταία δεδομένα αναφέρουν ότι αρκούν 3-4 χιλ.)

Penile Cancer Treatment , National Cancer Inst,US

Όλα τα παραπάνω προϋποθέτουν τυπικούς στο follow-up ασθενείς. Αν αυτοί δεν συμμορφώνονται συστήνεται μερική πτεκτομή.

Θεραπεία πρωτοπαθούς βλάβης Ασθενείς ενδιαμέσου κινδύνου T1G2

- Σε όγκους της βάλανου εφαρμόζεται βαλανεκτομή ή ευρεία εκτομή της βλάβης με Laser επί υγιών ορίων για τυπικούς στο follow-up ασθενείς.
- Εξωτερική ΑΚΘ.
- Βραχυθεραπεία.

Γενικά η βαλανεκτομή έχει τα χαμηλότερα ποσοστά τοπικής υποτροπής(2%) ενώ οι υπόλοιπες μέθοδοι δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους(15%).

- Όγκοι βάσης πέους ή όταν το πειϊκό κολόβωμα δεν είναι ικανού μεγέθους για κολπική διείσδυση ή κατευθυνόμενη ούρηση αντιμετωπίζονται με ριζική πτεκτομή με περινεϊκή ουρηθροστομία.

Η πρώιμη διάγνωση τοπικής υποτροπής δεν επηρεάζει το προσδόκιμο επιβίωσης.

Θεραπεία πρωτοπαθούς βλάβης ΑΚΘ

- Η ΑΚΘ μπορεί να εφαρμοσθεί σε ασθενείς σταδίου T1-T2 με βλάβη < 4 cm. (LE: 2B)
- Εναλλακτικά μπορεί να εφαρμοσθεί η βραχυθεραπεία αναφέρεται ότι έχει καλύτερα αποτελέσματα από την ΑΚΘ.(70-90 % τοπικός έλεγχος της νόσου).
- Επίσης έχει εφαρμοσθεί συνδυασμός εξωτερικής ΑΚΘ και βραχυθεραπείας με συνολική δόση τουλάχιστον 60 Gy.

Θεραπεία πρωτοπαθούς βλάβης-Βραχυθεραπεία

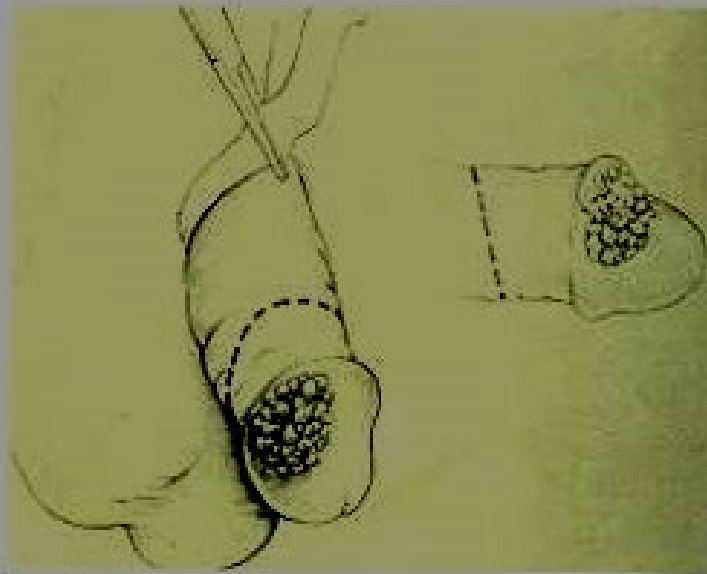


Fig. 1. Intraoperative photograph of two-plane, six-needle implant. Catheter *in situ*. Styrofoam collar around penis.

Θεραπεία πρωτοπαθούς βλάβης Ασθενείς σταδίου T2 στη βάλανο

- Βαλανεκτομή.
- Εναλλακτικά μερική βαλανεκτομή σε όγκους μεγέθους που καλύπτουν λιγότερο από τη μισή βάλανο και που εξασφαλίζεται η στενή παρακολούθηση του ασθενούς.

Βαλανεκτομή



Εικόνα 4α
Το χαιμός περιδείσει στη βάση του πέους βοηθά την αιμόσταση.



Εικόνα 4β: Ο όγκος καλύπτεται για να αποφευχθεί η διασπορά κυττάρων στο τραύμα. Τα εν τω βάθει αγγεία έχουν παρασκευασθεί.

Βαλανεκτομή



Θεραπεία πρωτοπαθούς βλάβης

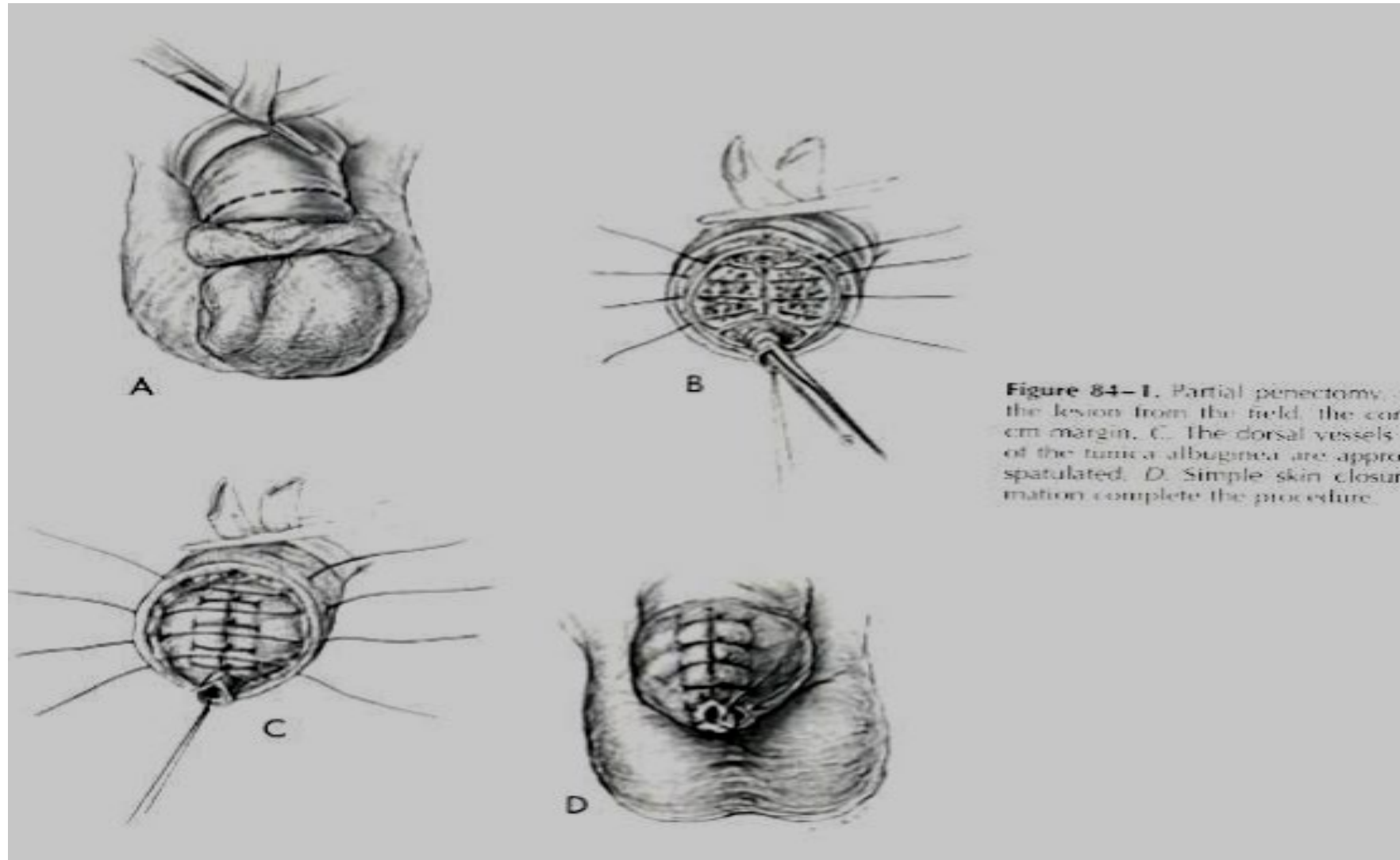
Ασθενείς σταδίου T2 στα σηραγγώδη και T3

- Όταν ο όγκος εντοπίζεται περιφερικά (άκρο του πέους) εφαρμόζεται μερική πτεεκτομή.
- Όταν ο όγκος εντοπίζεται κεντρικότερα στο πέος και είναι μεγαλύτερου μεγέθους εφαρμόζεται μερική ή ριζική πτεεκτομή.

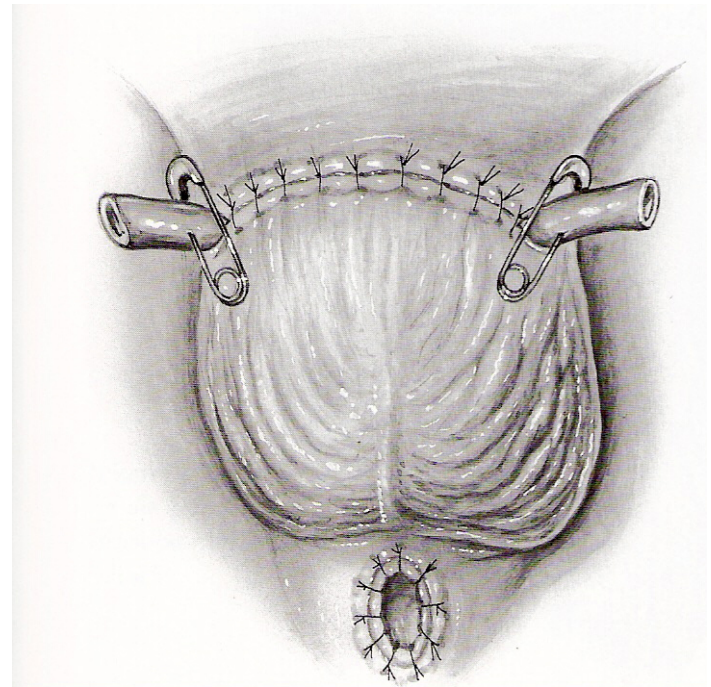
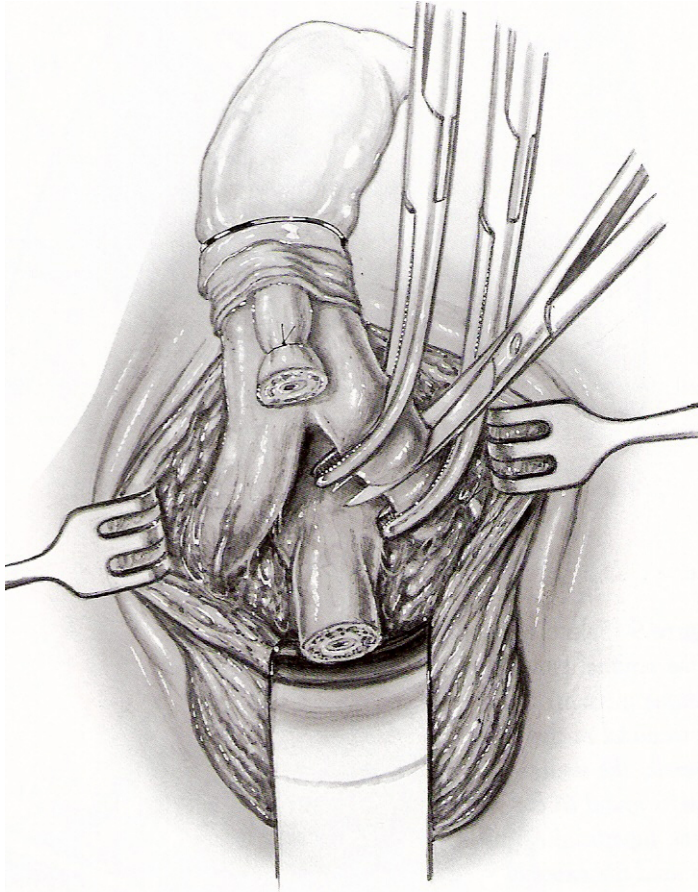
Σε μερική πτεεκτομή πρέπει να εξασφαλίζονται 3-5 χιλ. ελεύθερο νόσου εγχειρητικό όριο (παλαιότερα αναφέρονταν 2 εκ.).



Μερική πεεκτομή



Ριζική πεεκτομή



Θεραπεία πρωτοπαθούς βλάβης Ασθενείς σταδίου T4

- Παρηγορητική ΑΚΘ σε ασθενείς κακής γενικής κατάστασης με μεταστάσεις σε παρακείμενα όργανα και κακή πρόγνωση.
- Εναλλακτικά νέο-επικουρική ΧΜΘ και κατόπιν ριζική πεεκτομή.
- Ριζική πεεκτομή και επικουρική ΑΚΘ.

Προχωρημένος καρκίνος πέους T4



Θεραπεία τοπικής υποτροπής

- Αν έχουμε τοπική υποτροπή μετά από συντηρητική θεραπεία χωρίς διήθηση των σηραγγωδών σωμάτων εφαρμόζεται εκ νέου συντηρητική αγωγή.
- Σε μεγάλη διηθητική υποτροπή εφαρμόζεται ριζική ή μερική πτεεκτομή.

Οι τοπικές υποτροπές που εμφανίζονται μετά από διατήρηση του οργάνου στις περισσότερες περιπτώσεις έχουν καλή πρόγνωση όμως όταν εμφανιστούν μετά από πτεεκτομή έχουν φτωχή πρόγνωση.

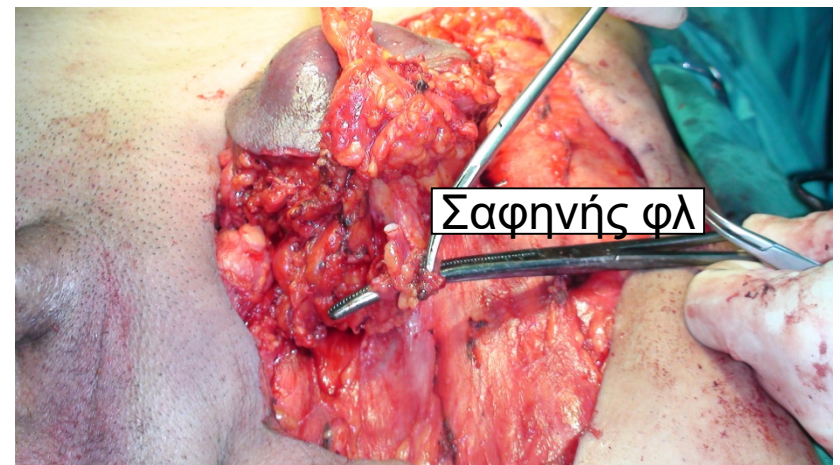
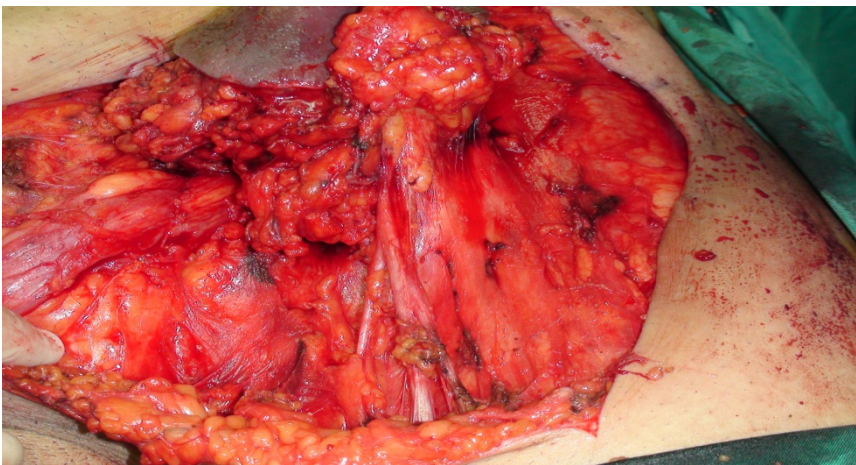
Παρουσίαση περιστατικού

- Ασθενής 53 ετών
- 12/11/09 Μερική πεεκτομή
- Καλά διαφοροποιημένο επιδερμοειδές καρκίνωμα ακροχορδονώδους τύπου
- T1G1
- 13/1/10 Μικρή ψηλαφητή διόγκωση Αριστερά
- FNA φλεγμονή-Ab

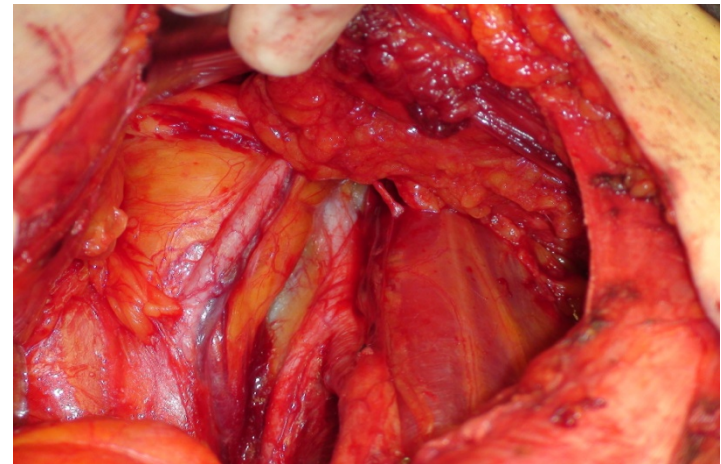
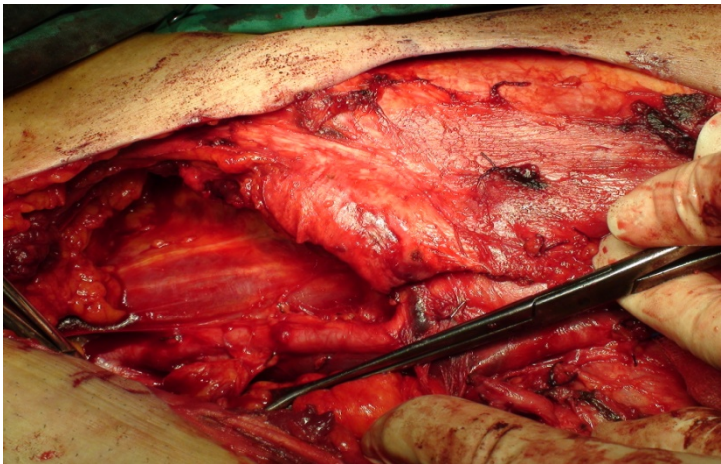
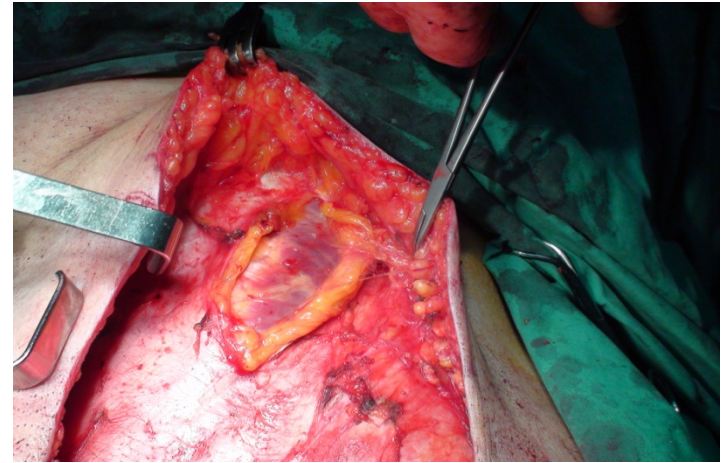
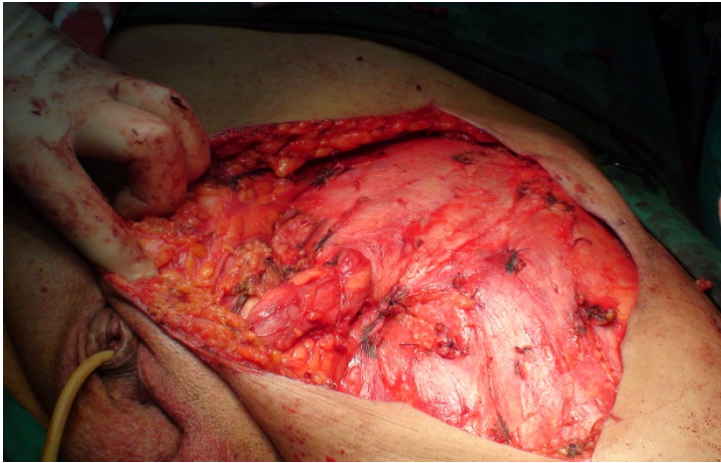


Βουβωνική λεμφαδενεκτομή

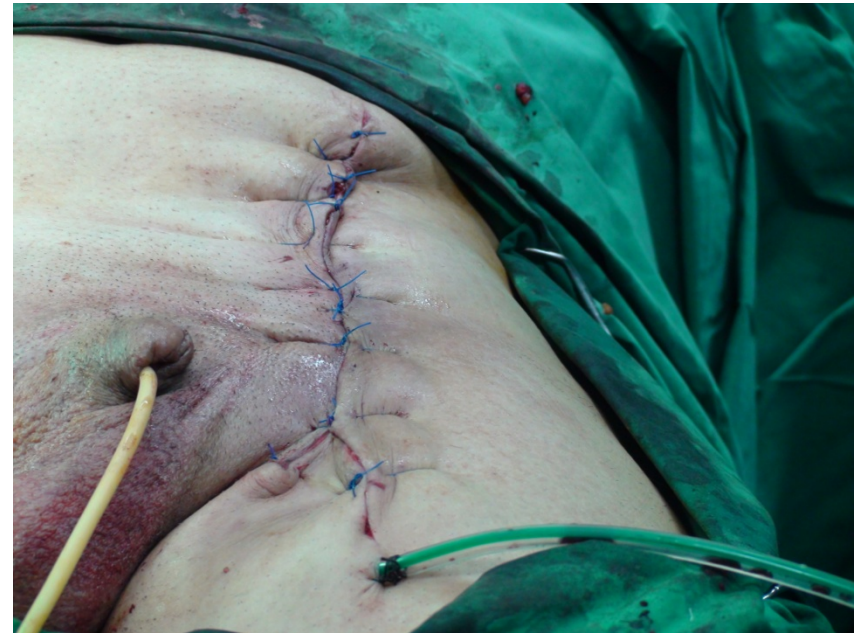
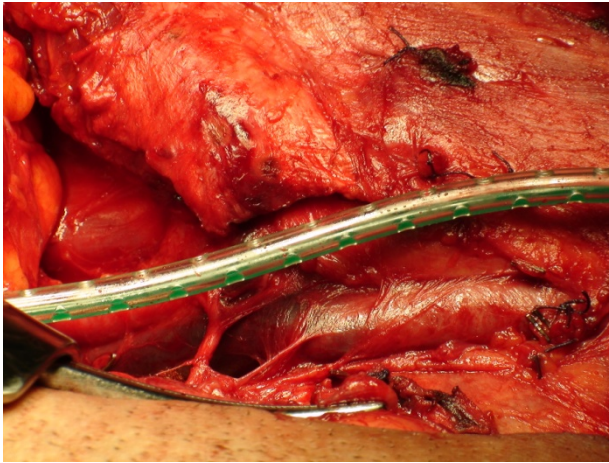
03/03/2010



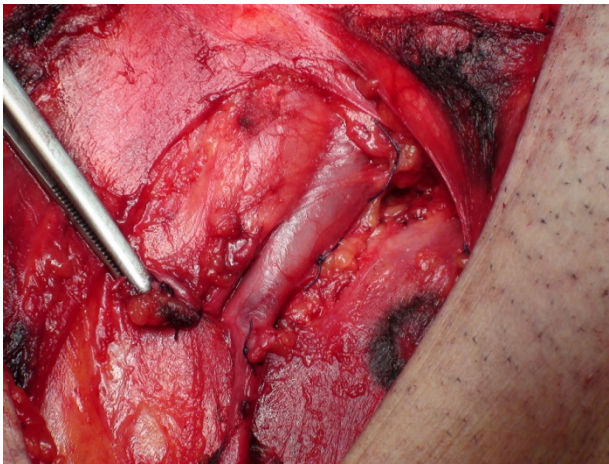
Πυελική λεμφαδενεκτομή



Σύγκλειση τραύματος



Ετερόπλευρος βουβωνικός λεμφαδενικός καθαρισμός-Τελικό αποτέλεσμα



Επιπλοκές μετά από βαλανεκτομή , μερική πτεεκτομή λεμφαδενεκτομή

- 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 πτεεκτομή. Συνήθως εμφανίζεται μετά 2-3 χρόνια.
- Μετά λεμφαδενεκτομή οι συχνότερες επιπλοκές είναι: θρόμβωση φλεβών, πνευμονική εμβολή, νεκρώσεις του δέρματος, διαπυήσεις, λεμφόρροια και οιδήματα σκελών και οσχέου.

Επιπλοκές μετά την λεμφαδεκτομή





Παρακολούθηση ασθενών με καρκίνο πέους

	Interval of follow-up		Examinations and Investigations	Maximum length of follow-up	GR
	Years 1 and 2	Years 3, 4 and 5			
<i>Recommendations for follow-up of primary tumour</i>					
Penile-preserving treatment	3 months	6 months	Regular physician or self-examination	5 years	C
Amputation	6 months	1 year	Regular physician or self-examination	5 years	C
<i>Recommendations for follow-up of the inguinal lymph nodes</i>					
'Wait-and-see'	3 months	6 months	Regular physician or self-examination Ultrasound with FNAB	5 years	C
pN0	6 months	1 year	Regular physician or self-examination Ultrasound with FNAB	5 years	C
pN+	3 months	6 months	Regular physician or self-examination Ultrasound with FNAB	5 years	C

Επιβίωση των ασθενών με καρκίνο πέους

- Η 5ετής επιβίωση κυμαίνεται στο 52%.
- Στους ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες η 5ετής επιβίωση κυμαίνεται στο 66%.
- Στους ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες η 5ετής επιβίωση κυμαίνεται στο 27%.
- Στους ασθενείς με διηθημένους πυελικούς λεμφαδένες η 5ετής επιβίωση κυμαίνεται 0 - 38,4%.
- Ο θάνατος σε αυτούς τους ασθενείς επέρχεται συνήθως από τοπικές επιπλοκές, όπως φλεγμονή του όγκου και των λεμφαδένων, σηψαιμία και αιμορραγίες από τον εξελκωμένο όγκο και τα διηθημένα αγγεία.

Η επιβίωση εξαρτάται από την ιστολογική μορφή, το στάδιο και το grade της νόσου

Ευχαριστώ!

Η ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΕΘΥΣ

Θ. Φ. ΑΡΒΑΝΙΤΑΚΗΣ



ΙΟΥΝΙΟΣ 2010