

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ

O.R. Brouwer (co-chair), S.T. Tagawa (co-chair), M. Albersen, B. Ayres, J. Crook, M.S. van der Heijden, P.A.S. Johnstone<sup>1</sup>, A. Necchi, P. Oliveira, L.C. Pagliaro, A. Parnham, C.A. Pettaway, C. Protzel, R.B. Rumble, D. Sánchez Martínez, P.E. Spiess Patient Advocates: K. Manzie, J-D. M5 arcus, J. Osborne Panel Associates: T. Antunes-Lopes, L. Barreto, R. Campi, S. Fernandez Pello, H.A. Garcia Perdomo, I. Greco, M. Kailavasan, A. Sachdeva, V.I. Sakalis, L. Zapala

## Εισαγωγή

Ο καρκίνος του πέους έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ασθενούς σε πολλούς παραμέτρους και παραμένουν πολλές ανάγκες που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Οι κατευθυντήριες οδηγίες έχουν επιλέξει να τονίσουν τη σημασία της ποιότητας ζωής του ασθενούς με καρκίνο του πέους στην εισαγωγή των οδηγιών για να τονίσουν ότι οι σημαντικές συναισθηματικές, κοινωνικές και σωματικές ανάγκες θα πρέπει να συζητηθούν και να αντιμετωπιστούν νωρίς μέσω μιας ολιστικής και διεπιστημονικής προσέγγισης του ασθενούς.

## Επιδημιολογία

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του πέους αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας, φτάνοντας σε μέγιστη εμφάνιση κατά την έκτη δεκαετία της ζωής. Παρόλα αυτά η νόσος εμφανίζεται και σε νεότερους άντρες. Είναι πιο συχνός σε περιοχές με υψηλή επίπτωση του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) και περίπου το ένα τρίτο έως το ήμισυ των περιπτώσεων αποδίδονται σε καρκινογένεση που σχετίζεται με τον HPV. Μια μικρή αύξηση της συχνότητας παρατηρείται στις Δυτικές/ανεπτυγμένες χώρες, που πιθανότητα οφείλεται στα υψηλότερα ποσοστά μόλυνσης από HPV. Αυτό συμβαίνει και σε διάφορους άλλους τύπους καρκίνου.

## Παράγοντες κινδύνου

Η λοίμωξη από τον HPV παραμένει ο κύριος παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του πέους. Διάφοροι άλλοι παράγοντες έχουν εντοπισθεί όπως η φίμωση, η χρόνια φλεγμονή του πέους, ο σκληρυντικός λειχήνας, το κάπνισμα, η φωτοθεραπεία με υπεριώδη ακτινοβολία Α και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

## Παθολογία

Το πλακώδες καρκίνωμα του πέους (SCC) ευθύνεται για πάνω από το 95% των περιπτώσεων. Έχουν εντοπιστεί διάφοροι ιστολογικοί υπότυποι του πλακώδους καρκινώματος (SCC) με διακριτά σχήματα ανάπτυξης, κλινικής επιθετικότητας και συσχέτισης με τον HPV. Υπάρχουν διάφορες μικτές μορφές με την κονδυλώδη – βασαλοειδή μορφή να αποτελεί την πιο συχνή (50-60%). Η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του πέους (PeIN) θεωρείται η πρόδρομη βλάβη του καρκίνου του πέους.

Άλλες κακοήθεις βλάβες του πέους περιλαμβάνουν τις μελανοκυτταρικές και σαρκωματικές βλάβες, τους μεσεγχυματικούς όγκους, τα λεμφώματα και τις μεταστάσεις.

### Παθολογική αναφορά

Για σκοπούς τυποποίησης και συλλογής δεδομένων, το σύνολο των δεδομένων από τη Διεθνή Συνεργασία για τον καρκίνο (ICCR) θα πρέπει να χρησιμοποιείται όπου είναι δυνατόν. Η παθολογική αναφορά θα πρέπει να περιλαμβάνει την ανατομική θέση του πρωτοπαθή καρκίνου, τον ιστολογικό τύπο του SCC, grade, την περινευρική διήθηση, το βάθος διήθησης, την αγγειακή διήθηση (φλεβική/λεμφική), το ακανόνιστο πρότυπο ανάπτυξης και μέτωπο διήθησης, διήθηση της ουρήθρας, διήθηση σπληγγώδους/σπογγώδους σώματος, χειρουργικά όρια και αποτελέσματα ανοσοιστοχημείας p16 (IHC).

Συστάσεις για την παθολογική αξιολόγηση δειγμάτων όγκου	Βαθμός Σύστασης
Η παθολογική αξιολόγηση των δειγμάτων καρκίνου του πέους πρέπει να περιλαμβάνει το pTNM στάδιο και grade του όγκου.	Ισχυρή
Η παθολογική αξιολόγηση των δειγμάτων καρκίνου του πέους πρέπει να περιλαμβάνει μια αξιολόγηση του p16 με ανοσοιστοχημεία.	Ισχυρή
Η παθολογική αξιολόγηση των δειγμάτων καρκίνου του πέους θα πρέπει να ακολουθεί το συνοπτικό έκθεσης δεδομένων του Διεθνούς Συνόλου Δεδομένων ICCR.	Ισχυρή

### Συστήματα σταδιοποίησης και ταξινόμησης

Η 8η έκδοση UICC/AJCC θα πρέπει να χρησιμοποιείται για την σταδιοποίηση του καρκίνου του πέους.

**Πίνακας 1:** Κλινική και παθολογική ταξινόμηση TNM του καρκίνου του πέους σύμφωνα με την 8η έκδοση της UICC/AJCC

Κλινική Ταξινόμηση Παθολογική Ταξινόμηση
T (Ορισμός του όγκου)
Tx Μη αξιολογήσιμος καρκίνος
T0 Χωρίς ανίχνευση πρωτογενούς όγκου
Tis (CIS) Καρκίνωμα in situ ( Ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία Πέους - PeIN)

Ta Όγκος μη διηθητικός
T1 Όγκος διηθεί το συνδετικό ιστό κάτωθεν του επιθηλίου
T1a Ο όγκος διεισδύει στον υποεπιθήλιακο συνδετικό ιστό χωρίς λεμφοαγγειακή διήθηση ή περινευρική διήθηση και δεν είναι πτωχά διαφοροποιημένος
T1b Ο όγκος διεισδύει στον υποεπιθήλιακο συνδετικό ιστό με λεμφοαγγειακή διήθηση ή περινευρική διήθηση ή είναι πτωχά διαφοροποιημένος
T2 Ο όγκος διεισδύει στο σπογγιώδες σώμα με ή χωρίς διήθηση της ουρήθρας
T3 Ο όγκος διεισδύει στο σπαραγγώδη σώμα με ή χωρίς διήθηση της ουρήθρας
T4 Ο όγκος διεισδύει σε άλλες παρακείμενες δομές
<b>N (Ορισμός των λεμφαδένων)</b>
cNX: Περιφερικοί λεμφαδένες δεν μπορούν να αξιολογηθούν
cN0: Κανένας ψηλαφητός ή οπτικά μεγεθυμένος βουβωνικός λεμφαδένας
cN1: Ψηλαφητός, κινητός, μονόπλευρα βουβωνικός λεμφαδένας
cN2: Ψηλαφητοί, κινητοί, πολλαπλοί ή αμφοτερόπλευρα βουβωνικοί λεμφαδένες
cN3: Σταθερή βουβωνική λεμφαδενική μάζα ή πυελική λεμφαδενοπάθεια, ετερόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα
<b>M (Ορισμός της απομακρυσμένης μετάστασης)</b>
M0 Χωρίς απομακρυσμένη μετάσταση
M1 Απομακρυσμένη μετάσταση
<b>Παθολογική ταξινόηση</b>
Οι κατηγορίες pT αντιστοιχούν στις κλινικές κατηγορίες
Οι κατηγορίες pN βασίζονται σε βιοψία ή χειρουργική εκτομή
<b>pN – Περιφερικοί λεμφαδένες</b>
pNX - Οι περιφερικοί λεμφαδένες δεν μπορούν να αξιολογηθούν
pN0 - Καμία μετάσταση σε περιφερικούς λεμφαδένες
pN1 - Μετάσταση σε έναν ή δύο βουβωνικούς λεμφαδένες (μονόπλευρη)
pN2 - Μετάσταση σε περισσότερους από δύο μονόπλευρους βουβωνικούς λεμφαδένες ή αμφοτερόπλευρα
pN3 - Μετάσταση σε πυελικούς λεμφαδένες (μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη) ή εκτεταμένη λεμφαδενική μετάσταση σε περιοχικούς λεμφαδένες

<b>pM - Μακρινές μεταστάσεις</b>
pM1 - Μακρινές μεταστάσεις επιβεβαιωμένες μικροσκοπικά
<b>G – Ιστολογική κατάταξη - Grade</b>
Gx Η βαθμίδα διαφοροποίησης GX δεν μπορεί να αξιολογηθεί.
G1 Καλά διαφοροποιημένος
G2 Μέτρια διαφοροποιημένος
G3 Κακά διαφοροποιημένος
G4 Αδιαφοροποίητος

## Διάγνωση και σταδιοποίηση

### Κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει την επισκόπηση και ψηλάφηση ολόκληρου του πέους και των βουβωνικών περιοχών. Προσδιορίζονται οι διαστάσεις, η ανατομική θέση και η έκταση της βλάβης. Η κλινική εξέταση είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο για την εκτίμηση του όγκου του πέους και τον προσδιορισμό του κλινικού σταδίου T. Η προσεκτική ψηλάφηση των βουβωνικών χώρων για τον εντοπισμό πιθανά παθολογικά διογκωμένων λεμφαδένων θα πρέπει να αποτελεί μέρος της αρχικής εκτίμησης ασθενών με πιθανό καρκίνο του πέους.

### Βιοψία πέους

Η βιοψία σε πρωτοπαθή όγκο πέους θα πρέπει να πραγματοποιείται όταν η διάγνωση είναι αμφίβολη για την ακριβή φύση της βλάβης. Η ιστολογική επιβεβαίωση είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό θεραπευτικού πλάνου με τοπικές θεραπείες, ακτινοθεραπεία ή χειρουργική εξαίρεση.

### Απεικόνιση

Η μαγνητική τομογραφία (MRI) είναι χρήσιμη όταν υπάρχει αμφιβολία για την διήθηση των σηραγγωδών σωμάτων (cT3) ή αν υπάρχουν θεραπευτικές επιλογές για την διαφύλαξη οργάνων.

Υπερηχογράφημα (US) σε περίπτωση αδυναμίας διενεργείας Μαγνητικής Τομογραφίας.

## Σταδιοποίηση λεμφαδένων

Η παρουσία και η επέκταση των λεμφαδένων στον καρκίνου του πέους είναι ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης για τον ασθενή. Υπάρχουν μελέτες όπου έδειξαν βελτίωση στην επιβίωση των ασθενων μετά από εξαίρεση λεμφαδένων με μικρομεταστάσεις που δεν είναι ακόμη ψηλαφητοι (N0).

Ως τρέχουσες μη επεμβατικές επιλογές σταδιοποίησης όπως η CT ή PET/CT δεν είναι αξιόπιστες για την διάγνωση μικρομεταστατικής νόσου (δεν πρέπει να χρησιμοποιείται τακτικά σε ασθενείς N0).

Η χειρουργική σταδιοποίηση προτείνεται σε ασθενείς με cN0 υψηλού κινδύνου για την ύπαρξη λεμφικής διήθησης (pT1b). Καρκίνοι σταδίου pT1a G2 θεωρούνται ενδιάμεσου κινδύνου. Σε ασθενείς με καρκίνο χαμηλού κινδύνου (pT1G1) ο κίνδυνος ύπαρξης μεταστάσεων είναι πολύ μικρός γι' αυτό δεν είναι απαραίτητη η χειρουργική σταδιοποίηση.

Ο βουβωνικός λεμφαδενικός καθαρισμός είναι η πιο αξιόπιστη διαδικασία σταδιοποίησης αλλά συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας. Η δυναμική βιοψία λεμφαδένα φρουρού (DSNB) έχει δείξει υψηλή διαγνωστική ακρίβεια και χαμηλή νοσηρότητα, ειδικά σε κέντρα μεγάλου όγκου. Η βιοψία με λεπτή βελόνη υπό την καθοδήση υπερηχογράφου (FNAC) σε ύποπτα διογκωμένους λεμφαδένες μπορεί να μειώσει την ανάγκη διενέργειας DSNB όταν ο όγκος είναι θετικός επιτρέποντας την γρηγορότερη έναρξη θεραπείας.

Σε ασθενείς cN+, θα πρέπει να γίνεται ιστολογική επιβεβαίωση με βιοψία και περαιτέρω απεικόνιση για σταδιοποίηση πυελικών και απομακρυσμένων λεμφαδένων. Η απεικόνιση με 18FDG-PET/CT έδειξε υψηλότερη ευαισθησία/ειδικότητα απο την CT.

<b>Συστάσεις για τη διάγνωση και την ταξινόμηση</b>	<b>Βαθμός σύστασης</b>
<b>Αξιολόγηση Πρωτογενούς όγκου</b>	
Πραγματοποιήστε μια λεπτομερή φυσική εξέταση του πέους και των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, καταγράφοντας τον τύπο, το μέγεθος και την τοποθεσία της παθολογίας, συμπεριλαμβανομένης της έκτασης και της εισβολής σε (παρακείμενες) δομές.	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε μαγνητική τομογραφία (MRI) του πέους/πρωτογενούς όγκου (δεν είναι απαραίτητη η τεχνητή στύση) όταν υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με την διήθηση στα σηραγγώδη και/ή τη δυνατότητα (συντηρητικής) χειρουργικής επέμβασης. Εάν δεν είναι διαθέσιμη η MRI, προτείνεται υπέρηχο (US) ως εναλλακτική επιλογή.	Ασθενής

Λάβετε μια προθεραπευτική βιοψία της πρωτογενούς πάθησης όταν η κακοήθεια δεν είναι κλινικά εμφανής ή όταν σχεδιάζεται μη χειρουργική αγωγή της πρωτογενούς πάθησης (π.χ. τοπικά προϊόντα, λέιζερ, ακτινοθεραπεία).	Ισχυρή
<b>Λεμφαδένες βουβωνικής χώρας (LNs)</b>	
Πραγματοποιήστε μια φυσική εξέταση και των δύο μηριαίων περιοχών. Καταγράψτε τον αριθμό, τη πλευρότητα και τα χαρακτηριστικά κάθε αισθητού/ύποπτου βουβωνικού λεμφαδένα.	Ισχυρή
<b>Κλινικά αρνητικοί λεμφαδένες (cN0)</b>	
Εάν δεν υπάρχουν ψηλαφητοί/ύποπτοι λεμφαδένες (cN0) στη φυσική εξέταση, προτείνετε χειρουργική σταδιοποίηση λεμφαδένων σε όλους τους ασθενείς με υψηλό κίνδυνο μικρομεταστατικής νόσου (T1b ή ανώτερο).	Ισχυρή
Σε περίπτωση της πάθησης T1a G2, συζητήστε επίσης την παρακολούθηση ως εναλλακτική της χειρουργικής σταδιοποίησης λεμφαδένων σε ασθενείς που είναι πρόθυμοι να υποβληθούν σε αυστηρή παρακολούθηση.	Ασθενής
Όταν απαιτείται χειρουργική σταδιοποίηση λεμφαδένων, προσφέρετε δυναμική βιοψία κεντρικού λεμφαδένα φρουρού (DSNB). Εάν δεν είναι διαθέσιμη η DSNB και η αναπομπή δεν είναι εφικτή, ή εάν επιθυμείται από τον ασθενή μετά από ενημέρωση, προσφέρετε θεραπεία με αφαίρεση λεμφαδένων βουβωνικού χώρου (ILND) (ανοιχτή ή ενδοσκοπική).	Ισχυρή
Εάν είναι προγραμματισμένη η DSNB, πραγματοποιήστε πρώτα υπέρηχο των μηριαίων περιοχών, με λεπτή βελόνα απόσπασης κυττάρων (FNAC) από αισθητικά ανωμαλούς λεμφαδένες υπερηχογραφικά.	Ισχυρή
<b>Κλινικά αρνητικοί λεμφαδένες (cN+)</b>	
Εάν υπάρχει αισθητός/ύποπτος λεμφαδένας στη φυσική εξέταση (cN+), λάβετε βιοψία (εικονοκαθοδηγούμενη) για επιβεβαίωση της μεταστατικής λεμφαδενικής νόσου πριν αρχίσετε τη θεραπεία.	Ισχυρή
Σε ασθενείς με cN+, σταδιοποιήστε την πύελο και αποκλείστε τις απομακρυσμένες μεταστάσεις με PET/CT 18FDG ή CT του θώρακα και της κοιλιακής περιοχής πριν από την έναρξη της θεραπείας.	Ισχυρή

## Διαχείριση της νόσου

### Θεραπεία του πρωτοπαθή όγκου

Οι κύριοι στόχοι της αγωγής του κύριου όγκου είναι η πλήρης αφαίρεση του όγκου, η οποία πρέπει να ισορροπεί με την βέλτιστη διατήρηση του οργάνου χωρίς να υπονομεύεται ο ογκολογικός έλεγχος.

## Επιφανειακή μη διηθητική νόσος (PeIN, Ta)

Η περιτομή θα πρέπει να είναι η κύρια χειρουργική επιλογή και συνιστάται στενή παρακολούθηση πριν από την έναρξη επιπλέον αγωγής.

### Τοπικές θεραπείες

Η τοπική θεραπεία με imiquimod (IQ) ή 5-φθοουρακίλη (5-FU) είναι αποτελεσματικές μη επεμβατικές θεραπευτικές επιλογές πρώτης γραμμής.

### Αφαίρεση με λέιζερ

Η αφαίρεση με λέιζερ είναι μια εναλλακτική θεραπευτική επιλογή.

### Χειρουργική

Η εκτεταμένη PeIN, η παρουσία απομεινάρων PeIN στα όρια αποκοπής ή η υποτροπή νόσου μετά από αφαίρεση με λέιζερ ή τοπική θεραπεία μπορούν να αντιμετωπιστούν με χειρουργική αφαίρεση/επαναπροσδιορισμό της βαλάνου (glans resurfacing).

## Διηθητική νόσος που περιορίζεται στον πέος (cT1/T2)

Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου, την ιστολογία, το στάδιο, τη βαθμολογία, την τοποθεσία και τις προτιμήσεις του ασθενούς. Έχει δειχθεί ότι η ελάχιστη απόσταση της αποκοπής (> 1 χιλιοστό) είναι ασφαλής από ογκολογική άποψη. Επομένως, όταν είναι εφικτό, πρέπει να προσφέρεται θεραπεία διατήρησης του οργάνου (περιτομή, ευρεία τοπική αφαίρεση, επαναπροσδιορισμός της βαλάνου, πνεεκτομή), όταν είναι εφικτό. Αν και οι θεραπείες διατήρησης του οργάνου συνδέονται με υψηλότερα ποσοστά υποτροπής σε σύγκριση με τη ριζική χειρουργική-ακρωτηριασμός, υπάρχει μικρή επίδραση στη μακροπρόθεσμη επιβίωση. Τα υψηλότερα ποσοστά ελεύθερης νόσου από υποτροπή που παρατηρούνται μετά τον ακρωτηριασμό πρέπει να ζυγίζονται έναντι της αρνητικής επίδρασης στη σεξουαλική λειτουργία και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

### Πνεεκτομή

Οι ασθενείς με όγκους που περιορίζονται στο πέος και την ακροποσθία και δεν είναι κατάλληλοι για ευρεία τοπική αφαίρεση ή επαναπροσδιορισμό της βαλάνου είναι καλοί υποψήφιοι για πνεεκτομή. Οι ασθενείς με κακή αγγειακή λειτουργία, διαβήτη, ανοσοκαταστολή ή προηγούμενη ακτινοθεραπεία στην περιοχή του μηρού είναι λιγότερο κατάλληλοι για μεταμόσχευση λόγω υψηλότερου ποσοστού αποτυχίας.

## Μερική πееκτομή

Η μερική πееκτομή συνήθως εφαρμόζεται σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου ( $\geq T3$ ). Τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι τα ποσοστά ελευθερίας από υποτροπή μετά από ακρωτηριασμό ήταν υψηλότερα από αυτά των χειρουργικών επεμβάσεων διατήρησης του πέους, υποδεικνύοντας ότι μια ευρύτερη αφαίρεση προστατεύει από την τοπική υποτροπή και θα πρέπει πάντα να συζητείται ως μια εναλλακτική επιλογή.

## Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία, είτε με εξωτερική ακτινοθεραπεία (EBRT) (με ελάχιστη δόση 60 Gy), είτε με βραχυθεραπεία (για όγκους  $< 4$  εκατοστά διάμετρο), αποτελεί μια εναλλακτική προσέγγιση διατήρησης του οργάνου σε επιλεγμένους ασθενείς με όγκους T1-2. Τα αναφερόμενα αποτελέσματα είναι καλύτερα με τη βραχυθεραπεία.

## Τοπική υποτροπή μετά από επέμβαση διατήρησης του οργάνου

Μια δεύτερη επέμβαση διατήρησης του οργάνου μπορεί να πραγματοποιηθεί σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει διήθηση σπαραγγωδών σωμάτων. Σε περιπτώσεις μεγάλης ή υψηλού σταδίου υποτροπής, απαιτείται μερική ή ολική πееκτομή, εκτός αν ο όγκος δεν μπορεί να αφαιρεθεί ή έχουν διαγνωστεί παράλληλες λεμφαδενικές ή απομακρυσμένες μεταστάσεις.

## Τοπικά προχωρημένη νόσος (T3-T4)

Για ασθενείς με στάδιο  $\geq cT3$ , η (μερική ή ολική) πееκτομή είναι το πρότυπο. Η ριζική πееκτομή και η ανακατατοπιστική ουροδιέγερση μέσω περινεϊακής ουρηθροστομίας επιφυλάσσονται για ασθενείς στους οποίους μια αφαίρεση με όρια χωρίς όγκο θα οδηγούσε στην αδυναμία ούρησης όρθια ή ακράτεια.

Συστάσεις για την PeIN, Ta-cT1/T2 και T3-T4 νόσο	Βαθμός σύστασης
Προσφέρετε μια ισορροπημένη και εξατομικευμένη συζήτηση για τα οφέλη και τους κινδύνους των πιθανών επιλογών θεραπείας με στόχο την κοινή λήψη αποφάσεων.	Ισχυρή
Ενημερώστε τους ασθενείς για το υψηλότερο κίνδυνο τοπικής επανεμφάνισης κατά τη χρήση θεραπειών που διατηρούν το όργανο σε σύγκριση με το χειρουργικό ακρωτηριασμό.	Ισχυρή
<b>Τοπική θεραπεία</b>	
Προσφέρετε θεραπεία με επιφανειακή εφαρμογή 5-φθοουρακίλης ή imiquimod σε ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένη ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του πέους (PeIN).	Ασθενής
Κλινική αξιολόγηση των επιδράσεων της θεραπείας μετά από ένα διάστημα χωρίς θεραπεία και σε περιπτώσεις αμφιβολίας πραγματοποιήστε βιοψία. Αν η επιφανειακή θεραπεία αποτύχει, δεν πρέπει να επαναληφθεί.	Ασθενής



<b>Καυτηριασμός με λέιζερ</b>	
Προσφέρετε καυτηριασμό με λέιζερ χρησιμοποιώντας CO <sub>2</sub> ή Nd:YAG λέιζερ σε ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένες ενδοεπιθηλιακές νόσους (PeIN), Ta ή T1 βλάβες.	Ασθενής
<b>Θεραπεία διατήρησης οργάνου: χειρουργική επέμβαση (περιτομή, ευρεία τοπική εκτομή, βαλανεκτομή και επαναπροσδιορισμό της βάλανου)</b>	
Προσφέρετε χειρουργική επέμβαση διατήρησης και αναπλαστικές τεχνικές σε ασθενείς με βλάβες περιορισμένες στην βάλανο και την ακροποσθία (PeIN, Ta, T1-T2) που είναι πρόθυμοι να υποβληθούν σε αυστηρή παρακολούθηση.	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε διεγχειρητική ανάλυση χειρουργικών ορίων σε περιπτώσεις αμφιβολίας για την ολοκλήρωση της εκτομής.	Ασθενής
Προτείνετε επέμβαση διατήρησης του οργάνου σε ασθενείς με μικρές υποτροπές που δεν εμπλέκουν τα σηραγγώδη σώματα.	Ασθενής
<b>Διατήρηση του οργάνου: ακτινοθεραπεία (EBRT και βραχυθεραπεία)</b>	
Προσφέρετε ακτινοθεραπεία σε επιλεγμένους ασθενείς με επαληθευμένες βιοψίες T1 ή T2 αλλοιώσεων.	Ισχυρή
<b>Ακρωτηριαστικές χειρουργικές επεμβάσεις (μερική και ολική πееκτομή)</b>	
Προσφέρετε μερική πееκτομή, με ή χωρίς ανακατασκευή, σε ασθενείς με διήθηση των σηραγγωδών σωμάτων (T3) και εκείνους που δεν είναι πρόθυμοι να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης του οργάνου ή δεν είναι πρόθυμοι να συμμορφωθούν με αυστηρή παρακολούθηση.	Ισχυρή
Προσφέρετε ολική πееκτομή με περινεϊκή ουροθροστομία σε ασθενείς με διηθητική νόσο που δεν μπορούν να υποβληθούν σε μερική πееκτομή.	Ισχυρή
Προσφέρετε ακρωτηριασμό σε ασθενείς με μεγάλες τοπικές υποτροπές ή εμπλοκή των σηραγγωδών σωμάτων.	Ασθενής
<b>Πολυμορφική θεραπεία</b>	
Προσφέρετε νεοεπικουρική χημειοθεραπεία, ακολουθούμενη από χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς που ανταποκρίνονται σε χημιοθεραπεία-ακτινοθεραπεία, σε ασθενείς με μη εξαιρέσιμες πρωτογενείς βλάβες ή σε ασθενείς με τοπικά προχωρημένη νόσο που αρνούνται τη χειρουργική διαχείριση.	Ασθενής

### Θεραπεία cN1-2 νόσου

Η θεραπεία των περιφερικών λεμφαδένων είναι κρίσιμη για την επιβίωση των ασθενών. Η παρουσία και έκταση της εμπλοκής των λεμφαδένων αποτελεί τον πλέον σημαντικό προγνωστικό παράγοντα σε ασθενείς με καρκίνο του πέους.

## Ριζική εξαίρεση των μεγάλων βουβωνικών λεμφαδένων

Η ανοιχτή ριζική εξαίρεση των μεγάλων βουβωνικών λεμφαδένων παραμένει η θεραπεία εκλογής για ασθενείς με νόσο cN1-2 (συμπεριλαμβανομένων ασθενών με θετική DSNB). Η ριζική εξαίρεση των βουβωνικών λεμφαδένων συνεπάγεται σημαντική νοσηρότητα λόγω της λεμφικής αποστράγγισης από τα πόδια και τον όρχι. Εμφανίζονται επίσης ελάχιστα επεμβατικές (ενδοσκοπικές) προσεγγίσεις, αν και η ανάλυση αυτή είναι κυρίως περιορισμένη σε ασθενείς με cN0 και με περιορισμένα δεδομένα παρακολούθησης, που αποκλείουν την ενσωμάτωσή της στην τρέχουσα κατευθυντήρια γραμμή.

<b>Σύσταση για ασθενείς με νόσο cN1-2</b>	<b>Βαθμός σύστασης</b>
Σε ασθενείς με νόσο cN1, προτείνετε είτε:  Αφαίρεση λεμφαδένων ομόπλευρα με διατήρηση της περιτονίας (fascial-sparing ILND).  Ανοιχτή ριζική αφαίρεση λεμφαδένων ομόπλευρα, με διατήρηση της σαφηνούς φλέβας, αν είναι δυνατόν.	Ισχυρή
Σε ασθενείς με νόσο cN2, προτείνετε ανοιχτή ριζική αφαίρεση λεμφαδένων ομόπλευρα, με διατήρηση της σαφηνής φλέβας, αν είναι δυνατόν.	Ισχυρή
Προσφέρετε ελάχιστης επέμβασης στην αφαίρεση λεμφαδένων ομόπλευρα μόνο σε πλαίσιο κλινικής δοκιμής, σε ασθενείς με νόσο cN1-2.	Ισχυρή
Προσφέρετε χημειοθεραπεία ως εναλλακτική προσέγγιση στην αρχική χειρουργική επέμβαση σε επιλεγμένους ασθενείς με ευμεγέθη, κινητούς βουβωνικούς λεμφαδένες ή αμφοτερόπλευρους (cN2), οι οποίοι είναι υποψήφιοι για χημειοθεραπεία με βάση το cisplatin και ταξάνες.	Ασθενής
Ολοκληρώστε τη χειρουργική διαχείριση των λεμφαδένων βουβωνικά και πυελικά εντός 3 μηνών από τη διάγνωση (εκτός αν ο ασθενής έχει υποβληθεί σε προηγούμενη νεοεπικουρική χημειοθεραπεία)	Ασθενής

## Προφυλακτικός λεμφαδενικός καθαρισμός πυέλου (PLND)

Ο προφυλακτικός λεμφαδενικός καθαρισμός πυέλου (PLND) στις περισσότερες περιπτώσεις αντιπροσωπεύει μια διαδικασία που μπορεί να εντοπίσει υποψήφιους για πρόωρη αγωγή μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας, αν και σε επιλεγμένους ασθενείς μπορεί επίσης να παρέχει θεραπευτικό όφελος. Ανάμεσα σε διάφορες προδιαγραφές, ο αριθμός των θετικών βουβωνικών λεμφαδένων και η παρουσία εξωλεμφικής επέκτασης συνδέεται με θετική ομόπλευρη μεταστατική λεμφαδενοπάθεια λεκάνης.

Συστάσεις για προφυλακτική PLND	Βαθμός σύστασης
<p>Προσφέρετε ανοιχτή ή ελάχιστα επεμβατική προληπτική αφαίρεση λεμφαδένων στη πύελο ομόπλευρα στους ασθενείς εάν:</p> <p>Τρεις ή περισσότεροι βουβωνικοί λεμφαδένες εμπλέκονται σε μία πλευρά κατά την παθολογική εξέταση.</p> <p>Αναφέρεται εξωαγγειακή επέκταση κατά την παθολογική εξέταση.</p>	Ασθενής
<p>Ολοκληρώστε τη χειρουργική διαχείριση των λεμφαδένων βουβωνικά και στη πύελο εντός 3 μηνών από τη διάγνωση (εκτός αν ο ασθενής έχει υποβληθεί σε προηγούμενη νεοεπικουρική χημειοθεραπεία).</p>	Ασθενής

## cN3 νόσος

Οι ασθενείς με σταθερή βουβωνική μάζα (δηλαδή στο δέρμα ή στις υποκείμενες δομές) ή με πυελική λεμφαδενοπάθεια καθορίζονται ως cN3.

- Η χειρουργική μόνο σπάνια θα θεράψει ασθενείς με cN3 νόσο.
- Ακόμα και όταν είναι τεχνικά δυνατό, η αρχική χειρουργική επέμβαση συνδέεται με σημαντικές επιπλοκές που μπορεί να καθυστερήσουν ή να εμποδίσουν την παροχή αγωγής μετεγχειρητικής θεραπείας.
- Περίπου οι μισοί ασθενείς με cN2-3 ανταποκρίνονται στη συνδυαστική χημειοθεραπεία. Οι ασθενείς που ανταποκρίνονται και υποβάλλονται στη συνέχεια σε βουβωνικό/πυελικό λεμφαδενικό καθαρισμό έχουν μέσο όρο επιβίωσης περίπου 50% στα 5 χρόνια.
- Ο λεμφαδενικός βουβωνικός καθαρισμός σε ασθενείς με cN3 συχνά απαιτεί την αφαίρεση του επικαλύπτοντος δέρματος για την αποτελεσματική αφαίρεση μιας μεγάλης και ακίνητης μάζας.

- Τα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με τους ασθενείς cN3 είναι σχεδόν ανύπαρκτα για να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα ή η ασφάλεια της ελάχιστα επεμβατικής αποκοπής των βουβωνικών λεμφαδένων.

<b>Συστάσεις για νόσο cN3</b>	<b>Βαθμός σύστασης</b>
Προσφέρετε νεοεπικουρική χημειοθεραπεία χρησιμοποιώντας μία συνδυασμένη θεραπεία με cisplatin και ταξάνες σε ασθενείς που είναι κατάλληλοι για χημειοθεραπεία και έχουν εμπλοκή των λεμφαδένων της πυέλου ή εκτεταμένη προσβολή των βουβωνικών λεμφαδένων (cN3), προτιμώντας την έναντι της αρχικής χειρουργικής επέμβασης.	Ασθενής
Προσφέρετε χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς που ανταποκρίνονται στην νεοεπικουρική χημειοθεραπεία και είναι εφικτή η αφαίρεση.	Ισχυρή
Προσφέρετε χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν κατά τη διάρκεια της νεοεπικουρική χημειοθεραπεία, αλλά είναι εφικτή η αφαίρεση. Σκεφτείτε επίσης στη (χημειο) ακτινοθεραπεία.	Ασθενής
Μην προτείνετε ενδοσκοπική λεμφαδενεκτομή	Ισχυρή

## Πολυμορφική χημειοθεραπεία/ακτινοθεραπεία στη διαχείριση των (περιφερικών) λεμφαδένων

### Συστηματική θεραπεία

#### Προεγχειρητική χημειοθεραπεία (NAC)

Λαμβάνοντας υπόψη την κακή πρόγνωση της αρχικής χειρουργικής επέμβασης, η NAC αποτελεί μια δυνητικά κατάλληλη προσέγγιση για ασθενείς με περιφερική και/ή εκτεταμένη/ακίνητη εμπλοκή των σταθερών λεμφαδένων του λεκάνης (cN3) ή επιλεγμένους ασθενείς με (μεγάλη) αμφοτερόπλευρη εμπλοκή (cN2). Σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται, τα πιθανά οφέλη της χειρουργικής θα πρέπει να επαναξιολογηθούν, καθώς η πρόγνωση είναι δυσμενής για αυτούς τους ασθενείς.

## Μετεγχειρητική χημειοθεραπεία

Δεν υπάρχουν ισχυρά δεδομένα που να υποστηρίζουν τη χρήση μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας για τη βελτίωση της συνολικής επιβίωσης μετά τη χειρουργική αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου και των εμπλεκόμενων λεμφαδένων. Ωστόσο, σε ένα υποσύνολο υγιών ασθενών με πολύ υψηλό κίνδυνο υποτροπής, μετά από ισορροπημένη συζήτηση των κινδύνων και οφελών της μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας, μπορεί να προταθεί.

<b>Συστάσεις για νεοεπικουρική και επικουρική θεραπεία</b>	<b>Βαθμός σύστασης</b>
Προσφέρετε νεοεπικουρική χημειοθεραπεία χρησιμοποιώντας μία συνδυασμένη θεραπεία με cisplatin και ταξάνες σε ασθενείς που είναι κατάλληλοι για χημειοθεραπεία και έχουν εμπλοκή των λεμφαδένων της πυέλου ή εκτενή προσβολή των βουβωνικών λεμφαδένων (cN3), προτιμώντας την έναντι της αρχικής χειρουργικής επέμβασης.	Ασθενής
Προσφέρετε χημειοθεραπεία ως εναλλακτική προσέγγιση στην αρχική χειρουργική επέμβαση σε επιλεγμένους ασθενείς με ογκώδη, κινητούς βουβωνικούς λεμφαδένες ή αμφοτερόπλευρη προσβολή (cN2), οι οποίοι είναι υποψήφιοι για χημειοθεραπεία με βάση το cisplatin και ταξάνες.	Ασθενής
Κάντε μια ισορροπημένη συζήτηση των κινδύνων και οφελών της επικουρικής χημειοθεραπείας με ασθενείς υψηλού κινδύνου με χειρουργικά αφαιρεμένη νόσο, ιδίως με αυτούς που έχουν παθολογική εμπλοκή των λεμφαδένων της πυέλου(pN3). Ανατρέξτε επίσης στην ενότητα για τη επικουρική ακτινοθεραπεία.	Ασθενής

## Ακτινοθεραπεία

Η πρωτογενής και η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο του πέους με εμπλοκή στους λεμφαδένες παραμένει αμφιλεγόμενη, αφού δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις. Σε ορισμένα ιδρύματα χρησιμοποιείται ακτινοθεραπεία για τη διαχείριση των περιφερικών λεμφαδένων στον καρκίνο του πέους, βασιζόμενη σε ενδείξεις και εμπειρία από άλλα μέρη με επίδραση καρκίνου κεφαλής/τραχήλου και καρκίνο του εξωτερικού γεννητικού συστήματος (vulva). Όπως και σε άλλα μέρη με επίδραση καρκίνου κεφαλής/τραχήλου, οι ιοί HPV μπορεί επίσης να προβλέπουν αυξημένη ανταπόκριση στην συνδυασμένη χημειοθεραπεία-ακτινοθεραπεία.

<b>Συστάσεις για ακτινοθεραπεία</b>	<b>Βαθμός σύστασης</b>
Προσφέρετε επικουρική ακτινοθεραπεία (με ή χωρίς χημειοευσαιθησία) σε ασθενείς με νόσο pN2/N3, συμπεριλαμβανομένων αυτών που έλαβαν προηγούμενη νεοεπικουρική χημειοθεραπεία.	Ασθενής
Προσφέρετε οριστική ακτινοθεραπεία (με ή χωρίς χημειοευσαιθησία) σε ασθενείς που δεν είναι πρόθυμοι ή μη δυνάμενοι να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση.	Ασθενής
Προσφέρετε ακτινοθεραπεία (με ή χωρίς χημειοευσαιθησία) σε ασθενείς με νόσο cN3 που δεν είναι υποψήφιοι για πολυπαραγοντική χημειοθεραπεία.	Ασθενής

## Παρηγορητική θεραπεία για προχωρημένη νόσο

### Συστημική θεραπεία

- Χαμηλού επιπέδου δεδομένα υποστηρίζουν τη χρήση χημειοθεραπείας με βάση το πλατίνη ως την προτιμώμενη προσέγγιση στην πρωτογενή παρηγορητική συστηματική θεραπεία. Οι επιλογές περιλαμβάνουν τριπλέτες (docetaxel, cisplatin & 5-FU [TPF], paclitaxel, ifosfamide, & cisplatin [TIP]) και διπλές θεραπευτικές αγωγές (PF, paclitaxel/carborplatin), με τις διπλές αγωγές να φαίνεται να έχουν λιγότερες τοξικότητες.
- Δεν υπάρχουν αποτελεσματικά δεύτερης γραμμής παρηγορητικά πρωτόκολλα χημειοθεραπείας. Σε πολλές μελέτες, η χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής συνδέθηκε με μέση επιβίωση λιγότερη από 6 μήνες.
- Αρχικές μελέτες φάσης II ή μελέτες καλαθού περιλάμβαναν θεραπεία αντι-επιδερμικού παράγοντα ανάπτυξης (EGFR) ή αναστολή ελέγχου σε προχωρημένη νόσο με ανάμικτα αποτελέσματα, επομένως δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα για να συμπεριληφθούν στην τρέχουσα κατευθυντήρια γραμμή. Συνεπώς, συνιστάται ιδιαίτερα η συμπερίληψη ασθενών με προχωρημένο πλακώδες καρκίνωμα του πέους μετά από έκθεση σε χημειοθεραπεία σε μελέτες.

### Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στην παρηγορητική θεραπεία

Είναι σημαντικός στην περίπτωση του καρκίνου του πέους και θα πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με τις ιδιαίτερες παρουσιάσεις, όπως για παράδειγμα έλκη που είναι σταθερά σε λεμφαδένες ή δερματική λεμφαγγειακή εξάπλωση. Ενώ οι τυπικές παρηγορητικές θεραπευτικές προσεγγίσεις θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ευρέως, οι παρόχοι υπηρεσιών θα πρέπει να γνωρίζουν ότι ενδέχεται να απαιτηθεί επανεκτίμηση του ασθενούς με ακτινοθεραπεία.

<b>Συστάσεις για συστηματική και παρηγορητική θεραπεία σε προχωρημένο καρκίνωμα πέους</b>	<b>Βαθμός σύστασης</b>
Συστημικές θεραπείες:	
Προσφέρετε σε ασθενείς με απομακρυσμένες μεταστάσεις, χημειοθεραπεία με βάση το πλατίνη ως την προτιμώμενη προσέγγιση για την πρώτη γραμμή παρηγορητικής συστηματικής θεραπείας.	Ασθενής
Μην προσφέρετε μπλεομυκίνη λόγω του κινδύνου πνευμονικής τοξικότητας.	Ισχυρή
Προσφέρετε σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο κάτω από χημειοθεραπεία με πλατίνη τη δυνατότητα να εγγραφούν σε κλινικές μελέτες, συμπεριλαμβανομένων πειραματικών θεραπειών σε φάση 1 ή "basket" μελέτες.	Ισχυρή
Ακτινοθεραπεία	
Προσφέρετε ακτινοθεραπεία για τον έλεγχο των συμπτωμάτων (παρηγορητική) στο προχωρημένο στάδιο της νόσου.	Ισχυρή

## Παρακολούθηση και ποιότητα ζωής

### Παρακολούθηση

Από ογκολογική άποψη, η παρακολούθηση είναι σημαντική, καθώς η έγκαιρη ανίχνευση της υποτροπής μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες για καταπολέμηση της νόσου. Οι τοπικές ή περιφερικές επανεμφανίσεις συνήθως συμβαίνουν εντός δύο ετών από την πρωτογενή αγωγή. Παρατίθεται ένα προτεινόμενο πρόγραμμα παρακολούθησης στον Πίνακα 2.

### Πίνακας 2

	Διάστημα παρακολούθησης		Εξετάσεις και ερευνητικές εξετάσεις	Ελάχιστη διάρκεια παρακολούθησης
	Έτος 1-2	Έτος 3-5		
<b>Συστάσεις παρακολούθησης πρωτοπαθή όγκου</b>				
Θεραπεία διατήρησης πέους	3 μήνες	6 μήνες	Τακτική εξέταση από γιατρό ή αυτοεξέταση. Επανάληψη βιοψίας μετά από	5 έτη

			τοπική ή λέιζερ θεραπεία για PeIN (προαιρετικό).	
Ακρωτηριασμός	3 μήνες	Ετήσια	Τακτική εξέταση από γιατρό ή αυτοεξέταση.	5 έτη
<b>Συστάσεις παρακολούθησης βουβωνικών λεμφαδένων</b>				
Επιτήρηση	3 μήνες	6 μήνες	Τακτική εξέταση από γιατρό ή αυτοεξέταση. Υπερήχος ± λεπτή βελόνα για την λήψη κύτταρων (FNAC - Fine Needle Aspiration Cytology) (προαιρετικό).	5 έτη
pNO	3 μήνες	Ετήσια	Τακτική εξέταση από γιατρό ή αυτοεξέταση. Υπερήχος ± λεπτή βελόνα για την λήψη κύτταρων (FNAC - Fine Needle Aspiration Cytology) (προαιρετικό).	5 έτη
pN+	3 μήνες	6 μήνες	Τακτική εξέταση από γιατρό ή αυτοεξέταση. Υπερήχος ± λεπτή βελόνα για την λήψη κύτταρων (FNAC - Fine Needle Aspiration Cytology) (προαιρετικό), CT θώρακος/Κοιλίας ή PET/CT (προαιρετικό)	5 έτη



## Ποιότητα ζωής και υπηρεσίες υποστήριξης του ασθενούς

Ο καρκίνος του πέους έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής (QoL) με πολλούς τρόπους και υπάρχουν ακόμα πολλές ανεκπλήρωτες ανάγκες που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Η παρακολούθηση δεν αφορά μόνο την αξιολόγηση της επανεμφάνισης της νόσου, αλλά οι άνδρες μπορεί να χρειάζονται πιο συχνές επισκέψεις από αυτές που προτείνονται παραπάνω, με διάφορα μέλη της πολυδιάστατης ομάδας που παρέχει υπηρεσίες υποστήριξης στον ασθενή και αντιμετωπίζει προκλήσεις στην ποιότητα ζωής.

Η πρόσβαση σε ψυχολογική υποστήριξη, συμβουλευτική και ψυχοσεξουαλική θεραπεία αποτελούν κρίσιμα στοιχεία μιας ολοκληρωμένης και πολυδιάστατης υπηρεσίας υποστήριξης του ασθενούς.

Ιδανικά, μετά από χειρουργική επέμβαση στους λεμφαδένες, οι ασθενείς θα πρέπει να ανατίθενται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες λεμφοιδημάτων για αξιολόγηση και διαχείριση πριν αναπτυχθεί σημαντικό λεμφοίδημα.

## Συγκεντροποίηση των υπηρεσιών καρκίνου του πέους

Η κεντρικοποίηση των υπηρεσιών για τον καρκίνο του πέους έχει ορισμένα πλεονεκτήματα εκτός από την παροχή αυτών των σημαντικών υποστηρικτικών υπηρεσιών στους ασθενείς. Αυτά περιλαμβάνουν την παροχή ενός περιβάλλοντος όπου μπορεί να γίνει πολυδιάστατη συζήτηση των περιστατικών μαζί με εξειδικευμένη παθολογική εκτίμηση, παροχή χειρουργικής επέμβασης με διατήρηση του πέους και των λεμφαδένων, πιο ακριβείς δοκιμές ανίχνευσης λεμφαδένων φρουρών και ελάχιστα επεμβατική χειρουργική. Επιπλέον, οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε μεγαλύτερη ομάδα ειδικευμένων, συμπεριλαμβανομένων ψυχολογικών υπηρεσιών και υπηρεσιών επιβίωσης από λεμφοίδημα. Η κεντρικοποίηση των υπηρεσιών για τον καρκίνο του πέους δημιουργεί επίσης ευκαιρίες για έρευνα και διεξαγωγή κλινικών δοκιμών με έναν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών σε μια σπάνια νόσο.

<b>Συστάσεις για την παρακολούθηση και την ποιότητα ζωής:</b>	<b>Βαθμός σύστασης</b>
Παρέχετε φροντίδα για τον καρκίνο του πέους ως μέρος μιας εκτεταμένης πολυδιάστατης ομάδας που αποτελείται από ουρολόγους ειδικευμένους στον καρκίνο του πέους, εξειδικευμένους νοσηλευτές, παθολόγους, ουροακτινολόγους, ειδικούς στην πυρηνική ιατρική, ιατρούς ογκολόγους και ακτινολόγους, θεραπευτές λεμφοιδήματος, ψυχολόγους, συμβούλους, ομάδες παρηγορητικής φροντίδας για έγκαιρο έλεγχο των συμπτωμάτων, χειρουργούς αναπλαστικής, αγγειοχειρουργούς και σεξολόγους.	Ισχυρή

<p>Παρακολουθείτε τους άνδρες μετά τη θεραπεία για τον καρκίνο του πέους, αρχικά κάθε τρεις μήνες για 2 χρόνια και στη συνέχεια λιγότερο συχνά για αξιολόγηση της επανεμφάνισης της νόσου και προσφορά υπηρεσιών υποστήριξης στον ασθενή μέσω της εκτεταμένης πολυδιάστατης ομάδας. Κατά την απαλλαγή, συνιστάται η αυτοεξέταση με εύκολη πρόσβαση πίσω στο κλινικό ιατρείο καθώς η τοπική ανακούφιση μπορεί να συμβεί αργά.</p>	<p>Ισχυρή</p>
<p>Συζητήστε τις ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του πέους και των θεραπειών του με τον ασθενή και προσφέρετε ψυχολογική υποστήριξη και υπηρεσίες συμβουλευτικής.</p>	<p>Ισχυρή</p>
<p>Συζητήστε τις αρνητικές επιπτώσεις των θεραπειών για τον κύριο όγκο στην εμφάνιση, την αίσθηση, την ουρολογική και τη σεξουαλική λειτουργία του πέους, έτσι ώστε ο ασθενής να είναι πιο προετοιμασμένος για τις προκλήσεις που μπορεί να αντιμετωπίσει.</p>	<p>Ισχυρή</p>
<p>Συζητήστε το δυνητικό αποτέλεσμα του λεμφοιδήματος ως συνέπεια της θεραπείας των βουβωνικών και πυελικών λεμφαδένων και αξιολογείστε τους ασθενείς για αυτό κατά την παρακολούθηση και αναφέρετε τους θεραπευτές λεμφοιδήματος εγκαίρως.</p>	<p>Ισχυρή</p>