

Νεότερες απόψεις στον καρκίνο του πέους

Θ. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ¹, Θ. ΑΡΒΑΝΙΤΑΚΗΣ²

¹Ειδικευόμενος Ουρολόγος Ουρολογικής Κλινικής ΑΟΝΑ «Ο Αγ. Σάββας»

²Αν. Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής ΑΟΝΑ «Ο Αγ. Σάββας»,

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 κοινωνίες¹. 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 άνδρα¹. Από τα παραπάνω φαίνεται πως η συχνότητα του καρκίνου του πέους είναι πιο μεγάλη 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 καρκίνο του πέους. Το 1996 η Καναδική Παιδιατρική Εταιρεία υπολόγισε ότι το κόστος 100.000 περιτομών είναι 3,8 εκατομμύρια 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 στη δράση του σμήγματος, η φίμωση ανευρίσκεται στο 25-75% των ασθενών με καρκίνο του πέους². Επίσης, η ανάπτυξη καρκίνου του πέους έχει συνδεθεί και με ορισμένους υποτύπους (τον 16 και τον 18) του ανθρώπινου θηλωματοδότη ιού (HPV)³.

Ιστοπαθολογία⁴

Προκαρκινωμάτεις δερματολογικές βλάβες

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

Καρκίνωμα in situ του πέους

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

Διθητικό καρκίνωμα του πέους

Ιστολογικά πρόκειται για νεόπλασμα εκ πλακωδών κυττάρων στο 95% των περιπτώσεων ενώ το υπόλοιπο 5% αφορά σε 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 αυτόματο 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%, βελανοδοστική αύλακα 6%, σώμα πέους 2%². Η κλινική εξέταση του πέους πρέπει να περιλαμβάνει την εξέταση των παρακάτω χαρακτηριστικών⁵:

- 1) Διάμετρος της βλάβης
- 2) Εντόπιση της βλάβης
- 3) Αριθμός ελκών
- 4) Μορφολογία ελκών
- 5) Χρώμα της βλάβης
- 6) Όρια - Κινητικότητα της βλάβης.

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

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

Μεταστατική νόσος

Η πρώτη, συνήθως, εντόπιση των μεταστάσεων αφορά στους 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 58% 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 κονδυλώματα, τραυματική εξέλιξη, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα και από τα άλλα 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 (MRI) του πέους¹³. Στην πρωτοπαθή εστία, βοηθάει στον καθορισμό των χειρουργικών ορίων, ώστε η τομή να γίνει 2 εκ. περιφερικότερα της βλάβης.

Η αξονική τομογραφία συμβάλλει, 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 αδένα¹⁴.

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 Cabanas⁷, όταν δεν υπάρχουν ψηλαφητοί διογκωμένοι λεμφαδένες, δεν έχει πλέον ένδειξη, λόγω των πολλών ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων¹⁵.

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^{16,17}. Γίνεται ενδοδερμική έγχυση τεχνιτίου περίξ 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)¹⁸ έχει ως εξής:

T0: Δεν υπάρχουν στοιχεία πρωτοπαθούς όγκου.

Tx: Ο πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να εκτιμηθεί.

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

Ta: Μη διθητικό μυρμηκώδες (verrucous) καρκίνωμα του πέους.

T1: Ο όγκος διηθεί τον υποεπιθηλιακό συνδετικό ιστό.

T2: Ο όγκος διηθεί το σπογγώδες ή τα σπραγγώδη σώματα.

T3: Ο όγκος διηθεί την ουρήθρα ή τον προστάτη.

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

Nx: Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν.

N0: 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.

M0: 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 επέκταση¹⁹. Για την ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων, προγνωστικοί παράγοντες έχει βρεθεί ότι αποτελούν η θέση, το μέγεθος και το στάδιο (grade) του πρωτοπαθούς όγκου και η διήθηση των σπραγγωδών σωμάτων²⁰. 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 αντιμετώπισης²¹.

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 είναι²²:

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 για διθητικούς όγκους του πέους

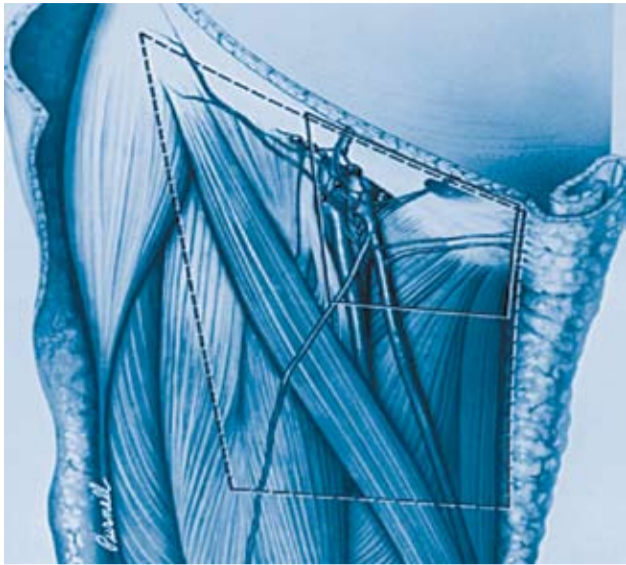
Σε διθητικούς όγκους του πέους η χειρουργική θεραπεία φαίνεται να δίνει τα καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά στην επιβίωση των ασθενών. Ανάλογα με το στάδιο της νόσου και την εντόπιση της βλάβης υπάρχουν οι εξής χειρουργικές επιλογές:

Περιτομή - Τοπική εκτομή του όγκου

Μικρά νεοπλάσματα (σταδίου ≤ T_a-T₁ G₁-G₂) 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 από την περιτομή κυμαίνεται, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, από 15% έως 30%²³. Επομένως, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτομή πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά για τον κίνδυνο τοπικής υποτροπής. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις μικρών βλαβών που εντοπίζονται στη βάλανος 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 ιστούς²⁴. 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 εφαρμοστούν η ακτινοθεραπεία και η θεραπεία με laser με ικανοποιητικά ποσοστά υποτροπής (βλέπε παρακάτω για αυτές τις θεραπείες).

Μερικός ακρωτηριασμός

Σε ασθενείς σταδίου ≥ T₁G₃ και εφόσον η βλάβη εντοπίζεται στη βάλανος ή στο περιφερικό τμήμα των σπραγγω-



Εικόνα 1. Ορια ριζικής και τροποποιημένης λαγονοβουβωνικής λεμφαδεκτομής. Από: Campells Urology, Eighth Edition.

δών σωμάτων, ο μερικός ακρωτηριασμός αποτελεί τη θεραπεία εκλογής^{25,26}.

Ολικός ακρωτηριασμός

Σε ασθενείς σταδίου \geq T1G3 και σε περιπτώσεις που η βλάβη είναι εκτεταμένη και καταλαμβάνει μεγάλο τμήμα των σπαραγγωδών 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 πολλή χρόνια χρησιμοποιείται η ακτινοθεραπεία στην αντιμετώπιση του καρκίνου του πέους, με καλά αποτελέσματα σε επιλεγμένες περιπτώσεις²⁴. Σήμερα χρησιμοποιούνται δύο είδη ακτινοθεραπείας:

Βραχυθεραπεία

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

Εξωτερική ακτινοβολία

Συνήθως χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που δεν μπορεί να γίνει βραχυθεραπεία, καθώς επίσης και ανακουφιστικά σε ανεγκύριτες περιπτώσεις. Απαιτεί 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 πηλακωδών 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 νεοπλασμάτα κατάλληλο είναι το Nd-Yag Laser. Προκαλεί καταστροφή του όγκου σε βάθος 3-5 χιλ. και, μετά, απόπτωση της εσχάρας σε διάστημα 6-8 εβδομάδων και 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 αποτελέσματα²⁷.

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. Οι Pizzocaro και συν.²⁸ χρησιμοποιούν συνδυασμό μπλεομυκίνης, μεθοτρεξάτης και βινκριστίνης για την αντιμετώπιση μεγάλων όγκων της βελάνου. Χορηγούνται σε εβδομαδιαία βάση για 8-12 εβδομάδες και, μετά το τέλος της θεραπείας, χρησιμοποιείται Laser για την καταστροφή 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.

Αντιμετώπιση των μεταστάσεων στους βουβωνικούς λεμφαδένες

Χειρουργική θεραπεία

Ο λαγονοβουβωνικός λεμφαδενικός καθαρισμός αναμφίβολως προσφέρει το μεγαλύτερο ποσοστό ίασης των ασθενών με λεμφαδενική μεταστατική νόσο. Οι οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας²⁹ προτείνουν:

1. Σε ασθενείς με μικρούς επιφανειακούς όγκους και χωρίς ψηλαφητούς λεμφαδένες την στιγμή της αρχικής αντιμετώπισης της νόσου (ασθενείς σταδίου pTis, pTa G1-2, pT1G1) δεν προβαίνουμε σε άμεσο λεμφαδενικό καθαρισμό, δεδομένου ότι η πιθανότητα μετάστασης είναι μικρή, με την αυστηρή, ωστόσο, προϋπόθεση ότι αυτοί οι ασθενείς 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, αναλόγως, να συστήσουμε ένα εντατικό πρόγραμμα παρακολούθησης ή να προχωρήσουμε σε τροποποιημένη λεμφαδεκτομή. Εναλλακτικά, μπορεί να γίνει δειγματοληπτική βιοψία του φρουρού λεμφαδένα με τη βοήθεια της μεθόδου με το ραδιενεργό τεχνήτιο 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 (εικόνα 1) 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 το πότε πρέπει να προχωράμε σε πνευλική λεμφαδεκτομή. Σύμφωνα λοιπόν και πάλι με τις πρόσφατες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας²⁹, όταν ανευρίσκονται δύο ή περισσότεροι διηθημένοι βουβωνικοί λεμφαδένες θα πρέπει να γίνεται άμεση η καθυστερημένη λεμφαδεκτομή των πνευλικών λεμφαδένων, καθώς αυτή προσφέρει ποσοστά ίασης μεταξύ 15-54%.

Χημειοθεραπεία

Ο συνδυασμός κυτταροστατικών 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-FU²⁸. Αυτοί οι συνδυασμοί χημειοθεραπείας μπορούν να δοθούν είτε ως νέο-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 αντι-

μετώπιση της νόσου, οι οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας²⁹ προτείνουν το παρακάτω πρόγραμμα παρακολούθησης των ασθενών:

a. Μετά από 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.

b. Μετά από μερική ή ολική πνεκτομή

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

Μετά από λεμφαδεκτομή με αρνητικούς λεμφαδένες παρακολούθηση κάθε 4 μήνες τον 1ο χρόνο και κάθε 6 μήνες το 2ο χρόνο - κατόπιν δεν κρίνεται απαραίτητη.

Μετά από λεμφαδεκτομή με θετικούς λεμφαδένες παρακολούθηση σύμφωνα με το πρωτόκολλο του νοσοκομείου.

Συμπέρασμα

Το καρκίνωμα του πέους είναι από τους λίγους όγκους όπου η λεμφαδεκτομή 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 περιοικών λεμφαδένων.

Βιβλιογραφία

- Mobilio G, Ficarra V. Genital treatment of penile carcinoma. Curr Opin Urol 2001; 11:299-304.
- Ρεμπελιάκος Α, Αρβανιτάκης Θ. Νεοπλασμάτα του πέους, 2000, Astra Zeneka 2002.
- Dillner J, Meijer CJ, von Krogh G, Horenblas S. Epidemiology of human papillomavirus infection. Scand J Urol Nephrol Suppl 2000; 205:194-200.
- Μουτζούρης Γ, Περιμένης Π. Νεοπλασμάτα πέους - όσχεου - επιδιδυμίδας - σπερματικού τόνου. Στο: Μ. Μελέκος, Σύγχρονη Ουρολογία Ιατρικές Εκδόσεις Πασαλιίδης.
- EAU guidelines on penile cancer. Eur Urol 2002; 42(3):199-203.
- Licklider S. Jewish penile cancer. J Urol 1961; 86:89.
- Cabanas RM. An approach for the treatment of penile carcinoma. Cancer 1977; 39:456-466.
- Ornellas AA, Seixas ALC, Marota A, Wisnesky A, Campos F, de Moraes JR. Surgical treatment of invasive squamous cell carcinoma of the penis: retrospective analysis of 350 cases. J Urol 1994; 151:1244-1249.
- Horenblas S, Van Tinteren H, Delamarre JFM, Lustig V, Van Waardenburg FW. Squamous cell carcinoma of the penis. III. Treatment of regional lymph nodes. J Urol 1993; 149:492-497.
- Pizzocaro G, Piva L, Nicolai N. Treatment of lymphatic metastasis of squamous cell carcinoma of the penis at the National Tumor Institute of Mila. Arch Ital Urol Androl 1996; 68:169-172.
- Narayana AS, Olney LE, Loening SA et al. Carcinoma of the penis: Analysis of 219 cases. Cancer 1982; 49:2185.
- Norman RN, Millard OH, Mack FG et al. Carcinoma of the penis. An 11year review. Can J Surg 1983; 26:426.
- Agrawal A, Pai D, Ananthakrishnan N, Smile SR, Ratnakar C. Clinical and sonographic findings in carcinoma of the penis. J Clin Ultrasound 2000; 28:399-406.
- Whitfield HN, Hendry WF. Textbook of genitourinary surgery. Churchill Livingstone, Edinburgh, London, New York, 1986.
- Pettaway CA, Jularbal FA, Babiak RJ, Dinney CPN, Pisters LL, Swanson DA, von Eschenbach AC, Ayala A. Sentinel lymph node dissection for penile carcinoma: the M.D. Anderson Cancer Center Experience. J Urol 1995; 154:1999-2003.
- Horenblas S. Surgical management of carcinoma of the penis and scrotum. In: Medical Radiology. Diagnostic Imaging and Radiation Oncology. Carcinoma of the Kidney and Testis and Rare Urologic Malignancies. Petrovich Z, Baert L, Brady LW (eds.) Berlin: Springer-Verlag 1999; pp. 341-354.
- Pettaway CA, Jularbal FA, Babiak RJ, Dinney CPN, Pisters LL. Intraoperative lymphatic mapping to detect inguinal metastases in penile carcinoma: results of a pilot study. J Urol 1999; 161:159 (abstract 612).
- Sobin LH, Wittekind Ch. TNM Classification of Malignant Tumors. 6th edn. New York: Wiley-Liss, 2002.
- Ravi R. Correlation between the extent of nodal involvement and survival following groin dissection for carcinoma of the penis. Br J Urol 1993; 72:817-819.
- Horenblas S, Van Tinteren HV. Squamous cell carcinoma of the penis. IV. Prognostic factors of survival: analysis of tumor, nodes and metastasis classification system. J Urol 1994; 151:1239-1243.
- Pizzocaro G, Piva L, Bandieramonte G, Tana S. Up-to-date management of carcinoma of the penis. Eur Urol 1997; 32:5-15.
- Stancic I, Holt W. Penile cancer: review of the recent literature. Curr Opin Urol 2003; 13:467-472.
- Fraleigh EE, Zhang G, Sazona R et al. Cancer of the penis. Prognosis and treatment plans. Cancer 1985; 55:1618.
- Ufrin G, Huben R. Benign and malignant lesions of the penis: Adult and Pediatric Urology. Chicago, Year Book Medical Publishers 1987; p. 1462.
- Ficarra V, Maffei N, Piacentini I, Al Rabi N, Cerruto MA, Artibani W. Local treatment of penile squamous cell carcinoma. Urol Int 2002; 69:169-173.
- Hakenberg OW, Wirth MP. Issues in the treatment of penile carcinoma. A short review. Urol Int 1999; 62:229-233.
- Van Bezooijen BP, Horenblas S, Meinhardt W, Newling DW. Laser therapy for carcinoma in situ of the penis. J Urol 2001; 166:1670-1671.
- Pizzocaro G, Piva L, Nicolai N. Treatment of lymphatic metastasis of squamous cell carcinoma of the penis at the National Tumor Institute of Milan. Arch Ital Urol Androl 1996; 68:169-172.
- Guidelines on penile cancer, EAU Guidelines, 2006 Edition.