

Parciální amputace penisu jako léčba verukózního karcinomu

Partial amputation of penis as a treatment for verrucous carcinoma

Iveta Štrajtová, Rostislav Kuldan

Urologické oddělení, Městská nemocnice, Ostrava

Došlo: 20. 6. 2020

Přijato: 27. 7. 2020

Kontaktní adresa:

MUDr. Iveta Štrajtová

Urologické oddělení Městské nemocnice

Nemocniční 898/20 A

728 80 Ostrava

e-mail: iveta.strajtova@email.cz

Střet zájmů: Žádný.

Prohlášení o podpoře: Článek vznikl bez podpory grantu.

SOUHRN

Štrajtová I, Kuldan R. Parciální amputace penisu jako léčba verukózního karcinomu.

V této kazuistice prezentujeme 72letého muže vyšetřeného na našem pracovišti pro fimózu s náhodným nálezem verukózního karcinomu penisu. Tento vzácný typ karcinomu se projevuje především exofyticky destruktivním růstem a rizikem lokálních recidiv po nedostatečně radikálním chirurgickém odstranění léze. Po zvážení míry postižení penisu a vzhledem k non-compliance pacienta včetně jeho vlastních preferencí jsme zvolili jako metodu volby parciální amputaci penisu. Po výkonu dochází ke zhojení rány, pacient je následně bez recidivy tumoru.

KLÍČOVÁ SLOVA

Verukózní karcinom, penis, parciální amputace, recidiva.

SUMMARY

Štrajtová I, Kuldan R. Partial amputation of penis as a treatment for verrucous carcinoma.

In this case report, we present a 72-year-old man examined in our workplace for phimosis with an incidental finding of penile verrucous carcinoma. This rare type of carcinoma is characterized primarily by exophytic and destructive growth and the risk of local recurrence after insufficient surgical removal of the lesion. After considering the degree of penile involvement and with respect to non-compliance of the patient, including his preferences, we chose partial penile amputation as the method of choice. After the surgery, the wound healed, and the patient is subsequently without recurrence of the tumor.

KEY WORDS

Verrucous carcinoma, penis, partial amputation, recurrence.

.....

ÚVOD

Verukózní karcinom penisu (VC) je léze nemající souvislost s HPV, dříve často směřována s jednotkou

Buschke-Löwensteinův nádor, který se ovšem podle platné klasifikace řadí mezi low risk HPV indukované léze. VC je vzácná dobře diferencovaná varianta dlaždicobuněčného karcinomu. Poprvé jej popsal Ackerman v roce 1948 v ústní dutině, kde se spolu s penisem, anem a vulvou také může vyskytovat. Podle některých zdrojů je srovnatelná s histologickou jednotkou condyloma giganteum (1), která ale na rozdíl od VC nevykazuje maligní znaky a není tudíž řazena mezi karcinomy. Toto rozdělení je však do jisté míry arteficiální, rozdíl mezi oběma histologickými jednotkami je čistě akademický.

Makroskopicky se jedná o rychle, expanzivně rostoucí exofyt, který tvoří rozpadající se páchnoucí nekrózy a invaduje do okolních tkání, které destruuje. Téměř nikdy nemetastazuje, avšak při pouhé tkáně šetřící excizi má tendenci lokálně recidivovat. Tumor je radiorezistentní (1, 2). Vyskytuje se ve 3–8 % všech malignit penisu (3).

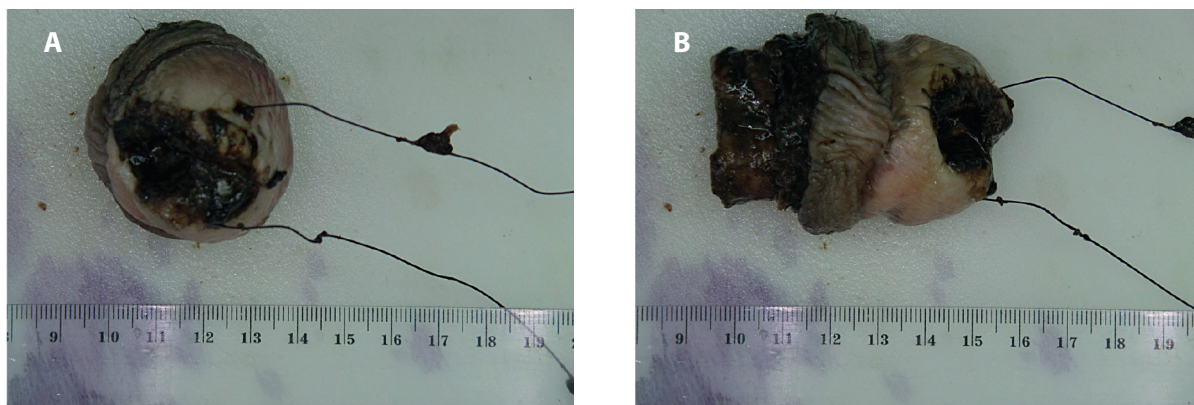
KAZUISTIKA

Kazuistika pojednává o 72letém muži, který byl na našem pracovišti vyšetřen pro fimózu s výrazným bolestivým otokem předkožky, trvajícím několik měsíců. Taktéž zaznamenal občasný běložitý výtok z předkožkového vaku. Z urologické anamnézy podstoupil v roce 2013 transuretrální resekci tumoru močového měchýře s histologickým závěrem low grade uroteliálního karcinomu, dále

taktéž v roce 2013 resekci pravé ledviny pro angio-myolipom a v roce 2017 meatotomii pro strikturu zevního ústí uretry. Pacient nebyl zcela compliantní, dohodnuté kontroly plnil sporadicky.

Pacient byl indikován k cirkumcizi, v jejímž průběhu jsme zaznamenali exofyticky rostoucí květákovitý tumor velikosti 3 cm v oblasti frenula a v těsné blízkosti zevního ústí uretry s endofyticky se táhnoucím infiltrátem směřujícím proximálně podél uretry. Z míst tumoru jsme provedli probatorní excizi několika vzorků k histologickému vyšetření. Patologický rozbor vyslovil podezření na některou z lézí spektra condyloma giganteum s možností až malignity ve smyslu verukózního karcinomu se zaznamenaným endofyticky expanzivním růstem a bez přítomnosti koilocytárních atypií. Konzultačním vyšetřením na vyšším pracovišti byl potvrzen histologický nález verukózního karcinomu. Cílená imunohistochemická analýza p16, p53 a ki-67, kde p16 exprese je v limitech histologické normy, taktéž hovoří pro VC, jelikož pozitivita p16 proteinu by znamenala přítomnost HPV léze. Mimo to byl zachycen ve tkáních i lichen sclerosus a různě intenzivní zánětlivá celulizace.

Z důvodu výrazného postižení glandu, a především pro endofyticky se šířící infiltrát podél uretry, jsme zvolili jako léčebnou metodu parciální amputaci penisu. Resekční linii jsme vedli ve vzdálenosti 5 mm od makroskopicky viditelného a hmatného okraje tumoru (Obr. 1a–b). Definitivní histologie potvrzuje verukózní karcinom kategorie pTa bez cévní a neurogenní invaze a bez postižení spon-



Obr. 1 a–b. Amputát distální části penisu; je patrný klínovitý defekt po předchozí excizi vzorku tumoru

Fig. 1 a–b. An amputate of the distal part of the penis; a wedge-shaped defect is evident after previous excision of the tumor sample

giózního tělesa. Tumor nedosahoval k resekčním okrajům. Ke kompletnímu zhojení rány dochází za měsíc od operace, hojení je primární, délku hojení do jisté míry ovlivňuje obezita pacienta se sklonem k extenzivnímu pocení. Před ani po operaci nebyly palpačně hmatné tříselné uzliny, CT břicha taktéž neprokazuje lymfadenopatii či metastatické postižení. Pacient je nadále ambulantně dispenzarizován na našem pracovišti. V době vzniku tohoto článku se jedná o jeden rok od operace, pacient bude pro další urologické komorbidity nadále ve sledování. Klinicky je bez potíží, bolesti vymizely. Penis je nyní jeden rok bez recidivy onemocnění.

DISKUZE

Verukózní karcinom zastává v oblasti malignit penisu rozporuplné postavení vyplývající jednak z nepříliš častého výskytu tohoto onemocnění, a tudíž z malého počtu případů, jednak ze specifického histopatologického obrazu a chování tumoru. Dle platných guidelines je doporučeno pro nižší T kategorie karcinomu (Tis, Ta, T1–2) použití tkáně šetřících chirurgických metod, jako je široká excize ložiska s cirkumcizí, v případě výraznějšího postižení glandu pak glansektomie. U malých a lokalizovaných tumorů lze uplatnit i nechirurgické metody, jako je zevní radioterapie a brachyterapie a laserablace. Management chirurgického postupu se řídí velikostí a lokalizací tumoru, stagingem a gradingem, histologií a v neposlední řadě přáním pacienta (3).

Vzhledem ke shodě panující v biologickém chování VC, kdy tento tumor téměř nikdy nemetastazuje a roste především expanzivně a lokálně destruktivně, se přístup k léčbě tohoto tumoru ve většině případů vztahuje na maximální šetření tkání penisu a excizi ložiska s následnou dispenzarizací a časnou detekcí lokální recidivy. I přes snahu o nemutilující výkony musí být dodrženy chirurgicky negativní okraje v šířce 3–8 mm dle gradingu tumoru (3). Vzhledem k rediorezistenci tohoto typu tumoru nejsou nechirurgické modalitě uplatňovány.

V případech, kdy byla zaznamenána recidiva po cirkumcizi, resp. lokální excizi ložiska, které se po histopatologickém rozboru ukázalo jako VC, bylo nutno

provést v prvním případě parciální amputaci penisu pro výrazný rozsah postižení glandu a distální třetiny penisu (4), a ve druhém případě glansektomii (5). V těchto dvou konkrétních případech byla recidiva tumoru zaznamenána po třech letech (4), resp. po třech měsících (5), přičemž v obou případech bylo původní odstranění ložiska kompletní. Za zmínku stojí, že pacient, u něž došlo k růstu ložiska po třech letech, nevyhledal lékaře ještě následujících pět let z důvodu studu a dostavil se k vyšetření až při výrazně pokročilém onemocnění. Tento fakt podporuje myšlenku, že chirurgicky konzervativní přístup lze upřednostnit u compliantních pacientů, u nichž očekáváme, že budou pravidelně dodržovat termíny kontrol k zachycení brzké recidivy.

Dle dalších zkušeností s několika zveřejněnými případy VC penisu byla jako první metoda léčby použita glansektomie (6, 7) s dobrými pooperačními výsledky a bez následné recidivy onemocnění. Tento rozsah chirurgické intervence se jeví jako dostatečně radikální a zároveň minimálně mutilující. V případě této kazuistiky jsme ovšem zvolili radikálnější přístup v podobě parciální amputace, a to především z důvodu hmatného tuhého infiltrátu, endofyticky se šířícího od makroskopicky viditelného tumoru proximálně podél uretry a velmi suspektního z tumorózní infiltrace. Z důvodu vyššího věku pacienta a jeho přidružených onemocnění se Mohsova mikrografická operace nejevila jako vhodné řešení.

Nejednoznačná shoda v léčbě VC panuje i v zahraniční literatuře, kdy některá pracoviště upřednostňují tkáně šetřící metody v podobě radikální excize (8), jiná prokazují pozitivní výsledky s dobrou prognózou na souboru pacientů po parciální či radikální operaci (9).

ZÁVĚR

V léčebném přístupu k VC penisu jako vzácně se vyskytující variantě dlaždicobuněčného karcinomu nepanuje zcela jasný konsenzus. Z doposud zveřejněných případů lze vysledovat reálné riziko lokální recidivy po tkáně šetřící chirurgické intervenci ve smyslu excize či cirkumcize v různém časovém rozmezí od primárního výkonu. Naopak glansek-

tomie zaznamenává dobré výsledky a je snahou ji upřednostnit před parciální či totální amputací penisu jako mutilujícím výkonem. Stále ovšem platí nutnost zachovat chirurgicky negativní okraje, a to i při excizích tohoto zdánlivě nepříliš agresivního typu karcinomu. Chirurgická metoda léčby VC by se měla taktéž řídit konkrétním případem, kdy by měla být zohledněna velikost a lokalizace tumoru, ale také osoba pacienta, jeho compliance pro budoucí pečlivé sledování ev. lokální recidivy, sexuální život

a psychologický postoj k amputačnímu výkonu. Po zvážení všech těchto hledisek jsme v tomto konkrétním případě přistoupili k parciální amputaci, kterou jsme odstranili celou lézi a minimalizovali tak riziko brzké recidivy u noncompliantního pacienta bez aktivního sexuálního života a s dobrou psychickou odezvou na operaci. V souhrnu tedy platí snaha o maximální šetření tkání, avšak parciální amputace má i v těchto histologických případech stále své místo.

LITERATURA

1. Kawaciuk I. Urologie. 1. ed. Praha: Galén 2009; 423.
2. Povýšil C, Šteiner I, et al. Speciální patologie. 2. ed. Praha: Galén 2007; 231.
3. Hakenberg OW (Chair), Compérat E, Minhas S, et al. EAU Guidelines. Guidelines on Penile cancer. Uroweb (online) 2020. <https://uroweb.org/guideline/penile-cancer/#6>.
4. Schneider H, Sokol L, Valanský L, et al. Verukózní karcinóm penisu – zriedkavý variant dlaždicovobunkového karcinómu. Ces Urol 2000; 2: 43–46.
5. Nevoralová Z, Drábek M, Pock L, et al. Verukózní karcinóm penisu. Dermatol. praxi 2014; 8(4): 154–156.
6. Hora M, Pizinger K, Bursa V, et al. Glansektomie v léčbě karcinomu penisu. Ces Urol 2011; 15(1): 15–23.
7. Klátil S. Glansektomie při léčbě verukózního karcinomu penisu. Urol. praxi 2016; 17(1): 32–34.
8. Philippou P, Kitsios C, Miliatou M, et al. Organ-Sparing Surgery for a Giant Verrucous Carcinoma of the Penile Shaft: A Case Report and Review of the Literature. Case Reports in Urology 2019 [online]. Article ID 1537379, 4 pages. <https://doi.org/10.1155/2019/1537379>.
9. Chen GX, Li ZH, Zhang XS, et al. Clinicopathological features and management of penile verrucous carcinoma. Zhonghua nan ke xue = National journal of andrology 2018; 24(1): 62–66.