

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).

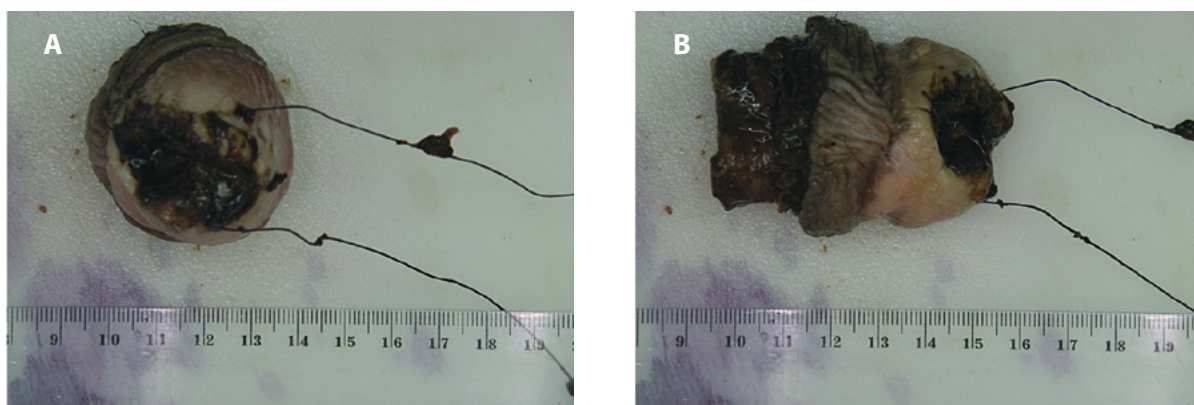
KAZUISTIKA

Kazuistika pojednává o 72letém muži, který byl na našem pracovišti vyšetřen pro fimózu s výrazným bolestivým otokem předkožky, trvajícím několik měsíců. Taktéž zaznamenal občasný běložlutý 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 angiomylipom 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 nálezní 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