

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-