

7.10.3. Penis

1. Inleiding

In West-Europa komt peniskanker weinig voor in vergelijking met bv. Zuid-Amerika.

Voorbeschikkende factoren zijn: fimosis, chronische balanitis, gebrekkige hygiëne en human papilloma virus 16 en 18 alsook PUVA voor psoriasis.

Er zijn premaligne letsels gekend nl. de erythroplasie van Queyrat en de ziekte van Bowen.

Anatomopathologisch betreft het een squameus celcarcinoma, waarvan het verruceus carcinoma de goed gedifferentieerde variant is. Peniskanker metastaseert via de lymfebanen en metastasen op afstand zijn zeldzaam. Eerst worden de oppervlakkige inguinale klieren aangetast, dan de diepe en dan de iliacale klieren. Van zodra er klierinvasie is in het iliaca-gebied wordt de ziekte als gemetastaseerd beschouwd.

Palpabele inguinale klieren komen bij de diagnose frequent voor in verband met inflammatoire veranderingen.

2. TNM classificatie peniscarcinoom (2002)

Primaire tumor

- Tis carcinoma in situ
- Ta niet invasief verruceus carcinoma
- T1 invasie subepitheliale bindweefsel
- T2 invasie corpus cavernosum
- T3 invasie urethra of prostaat
- T4 invasie naburige structuren

Regionale lymfeklieren

- N0 geen lymfeklieren
- N1 solitaire inguinale lymfeklier
- N2 multipele of bilaterale oppervlakkige lymfeklieren
- N3 diep inguinale of bekken lymfeklieren (uni- of bilateraal)

Metastasen op afstand

- M0 geen metastasen
- M1 metastasen

3. Diagnose en staging

1. Primaire tumor
 - Klinisch onderzoek, echografie of MRI i.v.m. eventuele invasie van de corpora cavernosa; wigbiopsie voor anatomopathologische diagnose
2. Regionale klieren
 - Klinisch onderzoek en echografie routine. In geval van kliervergroting eventueel echografisch geleide punctiebiopsie, vroege behandeling met antibiotica of klierresectie voor APO.
 - CT scan van het bekken om eventuele iliacale lymfeklier aantasting aan te tonen.
3. Metastasen op afstand
 - Abdominale CT, CT thorax, botscan en PET scan op indicatie

4. Behandeling

Primaire tumor

1. Premaligne letsels: conservatieve behandeling (laser, lokale resectie, glandectomie)
2. Ta-1 G1-2, T1G3 of $\geq T1$: conservatieve chirurgie, lokale resectie, glandectomie, partiële of totale amputatie of emasculatie. Een tumorvrije marge van enkele mm's is voldoende. Brachytherapie voor beperkte letsels (gekende moeilijkheden i.v.m. opvolging en 30% urethrastenose)

In geval van niet palpeerbare regionale lymfeklieren

1. Laag-risico patiënten (pTis, pTa G1-2, pT1G1): watchful waiting met klinisch onderzoek en echografie vooral van de lies en klierresectie indien kliervergroting optreedt.
 2. Hoog-risico patiënten (pT ≥ 2 of G3): oppervlakkig liesklierevidement met vriescoupe, indien positief \rightarrow diep liesklierevidement.
 3. Intermediaire risicogroep (pT1G2 met vaat- of lymfatische invasie): individueel te belissen maar in ieder geval zeer strenge opvolging.
- N.B. Sentinel lymfeklierbiopsie met radioactief technetium en isosulfan blauw indien de techniek beschikbaar is.

In geval van palpeerbare klieren

Indien er klinische of echografische argumenten zijn dat het om inflammatoire klieren gaat, kan behandeld worden met antibiotica en stricte follow-up. In geval van biptisch bewezen positieve klieren: lymfadenectomie.

Eerst bilateraal iliacaal klierevidement met vriescoupe.

\rightarrow indien positief: inguinale lymfeklierresectie, geen dissectie.

\rightarrow indien negatief: oppervlakkige en diepe inguinale lymfadenectomie.

Geen indicatie voor primaire radiotherapie. Wel adjuvante radiotherapie als de chirurgie voor loco-regionale aantasting twijfelachtig is of tekortschiet (marginale resecties met klierkapseldoorbraak). In sommige gevallen zal een hygiënische lymfadenectomie noodzakelijk zijn om lokale hygiënische redenen.

(Neo)-adjuvante chemotherapie te overwegen in geval van klier aantasting

Metastasen op afstand

Chemotherapie (platinum, 5 FU, vincristine, metotrexaat, bleomycine, irinotecan, taxane).

5. Follow-up

Patiënten zijn soms moeilijk op te volgen wegens een gebrek aan compliance. Klinisch onderzoek, echografie van de liezen en zonodig CT van de buik en RX thorax zijn keuze onderzoeken. Lokale recidieven zijn na chirurgie extreem zelden en na radiotherapie veelal moeilijk te diagnosticeren. Frequentie van opvolging: 4-maandelijks voor 2 jaar, dan 6-maandelijks voor het derde jaar, vervolgens jaarlijks.