Seminom varlete jako náhodný nález v preparátu po emaskulinizaci pro karcinom penisu

MUDr. Martin Kuhn[1], MUDr. Lumír Domes[1], MUDr. Michal Plintovič[1], MUDr. Libor Palička[1], MUDr. Pavol Vajcík[1], MUDr. Vladimír Trojek[2]
[1]Urologické oddělení, Kroměřížská nemocnice a.s.
[2]Radiologické oddělení, Kroměřížská nemocnice a.s.

Prezentace kazuistiky nespolupracujícího pacienta s objemným karcinomem penisu, u kterého zobrazovací vyšetření odhalila přítomnost zvětšených lymfatických uzlin retroperitonea a vícečetných metastáz plic. Pro velikost nádoru byla provedena emaskulinizace, histologicky potvrzen špatně diferencovaný spinocelulární karcinom předkožky s duplicitou seminomu varlete. U pacienta byla zahájena cílená chemoterapie.

Klíčová slova: karcinom penisu, spinocelulární karcinom, seminom, nádory varlete.

Seminoma of the testis as an incidental finding after emasculation for penile cancer

A case report of a noncompliant patient with huge penile cancer. The patient has undergone an emasculation with a histological finding of a squamous cell carcinoma with duplicity of seminoma of the testis. A metastases in a retroperitoneal lymph nodes and lungs were present at time of diagnosis. Patient has started a target chemotherapy.

Key words: penile cancer, squamous cell carcinoma, seminoma, tumors of the testis.

Úvod

Karcinom penisu je biologicky agresivní nádor, který tvoří 0,4–0,6 % maligních onemocnění mužů v Evropě a USA a 10 % u mužů v Asii, Africe a Jižní Americe (1). Incidence v Evropě činí 0,1–0,9/100 000 mužů (2). Vzniká buď transformací infekce lidským papilomavirem (HPV), který se vyskytuje u 47–48 % všech nádorů penisu (3), nebo je na HPV nezávislý a souvisí s jinými faktory (4). Především s hygienou, proto postiženi jsou hlavně muži z nižších sociálních vrstev ve věku 50–80 let (2), dále muži s chronickými záněty, fimózou, lichen planus a lichen sclerosus (4, 5). Obvykle začíná jako malá léze, která se postupně rozšiřuje přes celý glans a topořivá tělesa. Léze může být papilární a exofyticky rostoucí nebo ulcerózní. V případě, že je neléčen, může dojít k autoamputaci penisu. Rychlost růstu papilární i ulcerózní léze je podobná. Ulcerózní nádory a nádory větší než 5 cm mají tendenci dříve metastazovat do lymfatických uzlin a vzdálených lokalizací (1).

Karcinom varlete je nejčastější malignitou mužů mezi 15.–35. rokem s incidencí 3/100 000 mužů (6). 95 % karcinomů varlete tvoří nádory zárodečných buněk, které jsou rozděleny na seminomy a neseminomy. Zastoupení seminomů tvoří 52–56 %, neseminomů 44–48 %. Mezi rizikové faktory patří kryptorchizmus, rodinná anamnéza rakoviny varlat, osobní anamnéza rakoviny varlat, tubulární intraepiteliální neoplazie. Neplodní muži mají také vyšší riziko výskytu rakoviny varlat (7). Mezi další faktory patří orchitida, inguinální hernioplastika a úrazy varlete (6).

Kazuistika

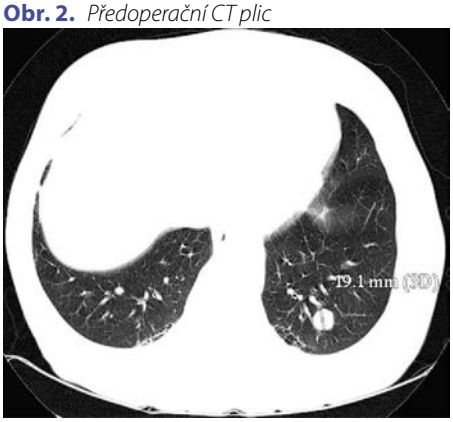
68letý pacient byl poprvé hospitalizován na urologickém oddělení Kroměřížské nemocnice a.s. v červnu 2012 pro absces dorsa penisu. Pacient se s ničím neléčil, bez trvalé medikace, kuřák 30 cigaret/den. Za hospitalizace byla provedena incize a drenáž abscesového ložiska s pravidelnými proplachy peroxidem vodíku, parenterálně podávána antibiotika v kombinaci metronidazol, amoxicillin/klavulanát a gentamicin v plné dávce. Postupně došlo k úpravě lokálního nálezu, laboratorní vyšetření byla v mezích normy. K vyloučení abscesového ložiska v pánvi doplněna počítačová tomografie (CT) malé pánve, výsledek byl s normálním nálezem. Po dimisi se pacient již na plánovanou kontrolu nedostavil. Poté v listopadu 2013 byl pacient odeslán obvodním lékařem pro objemnou expanzi na penisu. Objektivně byl penis deformován objemným útvarem zasahujícím na skrotum (obrázek 1), zvětšené tříselné lymfatické uzliny nebyly hmatné. Pacient byl ihned hospitalizován, pře-

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:
MUDr. Martin Kuhn, kuhnmartin@seznam.cz
Urologické oddělení, Kroměřížská nemocnice a.s., Havlíčkova 660, 767 01 Kroměříž

Cit. zkr: Urol. praxi 2016; 17(2): 84–86
Článek přijat redakcí: 25. 2. 2015
Článek přijat k publikaci: 28. 2. 2015

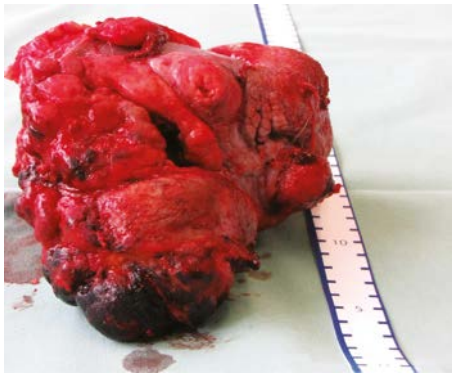
Obr. 1. *Předoperační stav*

Obr. 2. *Předoperační CT plic*



Obr. 3. *Pooperační stav*

Obr. 4. *Preparát*



doperačně bylo provedeno CT retroperitonea a malé pánve s nálezem zvětšených lymfatických uzlin ve středním retroperitoneu, dále při vasa femoralis communis oboustranně. Inguinální lymfatické uzliny byly nezvětšené. Dále byla patrna dvě ložiska v zobrazené bázi pravé a levé plíce. Následné CT plic odhalilo ložiska v obou plicních křídlech – vpravo celkem 7, vlevo 3, mediastinum a plicní hily byly bez ložiskové patologie (obrázek 2). Vzhledem k velikosti lokálního nálezu byla provedena emaskulinizace s vyšitím uretry na perineum (obrázek 3). Celková velikost preparátu činila 200 × 150 × 105 mm (obrázek 4). Pooperační průběh byl klidný, permanentní katétr ponechán na dobu 14 dnů, rána se zhojila per primam. Histologicky potvrzen špatně diferencovaný spinocelulární karcinom předkožky s prorůstáním do kavernózních těles a podkožního tuku bez nádorové infiltrace okrajů preparátu. Jako maligní duplicita popsán seminom pravého varlete velikosti 12 mm, tkáň nadvarlete a funiklu bez nádorové infiltrace. Na základě histologického vyšetření doplněn odběr ßHCG, AFP, LDH. Stav uzavřen jako spinocelulární karcinom předkožky GIII-IV, pT4, N2, M1, stadium IV s indolentní duplicitou seminomu varlete vpravo pT1, N0, M0, S0. Pacient byl předán do péče onkologické ambulance, od prosince 2013 do března 2014 byly podány 4 cykly chemoterapie – cisplatina + 5-fluorouracil. Na kontrolním CT byla popsána progrese metastatického postižení plic, nově metastázy v játrech a žebrech. Pro celkové zhoršení stavu pokračováno dále pouze v symptomatické terapii, v dubnu 2014 pacient umírá.

Diskuze

Operační léčba

Cirkumcize je indikována u malých nádorů postihujících předkožku, excize kůže s nádorem a podkožní tkání je metodou volby u malých lézí postihujících epidermis. Větší nádory jsou řešeny amputací penisu v různém rozsahu. V závislosti na velikosti, lokalizaci a stupni invaze do kavernózních těles se provádí glansektomie, parciální a totální amputace penisu, emaskulinizace.

Indikace k lymfadenektomii zvětšených lymfatických uzlin se provádí až několik týdnů po operaci nádoru penisu, případně po antibiotické terapii (8, 9). Lymfadenektomie může být kurabilním výkonem, proto dnes většina onkourologů doporučuje nevyčkávat výsledků antibiotické terapie, v případě nejistoty je indikována perkutánní jehlová aspirační biopsie. Rozsah výkonu koresponduje s rozsahem nádorové léze a mírou rizika postižení uzlin. Provádí se modifikovaná inguinální, radikální inguinální a radikální ilioinguinální lymfadenektomie (10). V případě potvrzení metastatického postižení uzlin při inguinální lymfadenektomii, je ve vybraných případech možno přistoupit k následné pánevní lymfadenektomii (11).

Chemoterapie

Prognóza pacientů s metastazujícím karcinomem penisu je velmi špatná s mediánem přežití 15 měsíců (11, 12). Chemoterapie se používá nejvíce v paliaci, význam v adjuvanci a neoadjuvanci je diskutabilní (8). Mezi používané látky patří vincristin, bleomycin, methotrexát, cisplatina, 5-fluorouracil (5-FU). Jsou používány buď v monoterapii nebo v různých kombinacích (11). Vzhledem k malému souboru pacientů s pokročilým karcinomem penisu v Severní Americe a západní Evropě, existuje o účinnosti chemoterapie jen několik studií s omezeným počtem pacientů (12). Jeden z nejlepších dosavadních výsledků dosahuje kombinace cisplatina a 5-FU (11), relativně dobře snášená je kombinace cisplatina, bleomycin, methotrexát či vincristin, bleomycin, methotrexát (8).

Radioterapie

Je tradiční léčebná metoda využívající zevní radioterapii a brachyradioterapii či invazivní intersticiální terapii. Je metodou volby u nemocných mladého věku a u sexuálně aktivních mužů při lokalizaci tumoru na glans penis klasifikovaného jako Tis, T1, a dobře dife-

rencovaného nádoru T2 do velikosti 4cm (8). Dávka 60Gy potřebná k účinné léčbě nádoru vede ke vzniku komplikací jako například píštěl či striktura močové trubice (6–45 %), nekróza měkkých tkání (3–23 %) a fibróza kavernózních těles (8, 11).

Profylaktické ozáření hmatných lymfatických uzlin se nedoporučuje z důvodu postradiačních komplikací. Oproti tomu je radioterapie vhodná jako paliativní řešení inoperabilních lymfatických uzlin či metastatických ložisek ve skeletu a mozku (8, 11).

Prevence

Správné pochopení role karcinogeneze HPV infekce penisu by mohla v budoucnu pomoci při plánování intervenčních strategií, jako je očkování proti HPV infekci (3).

Závěr

Terapie spinocelulárního karcinomu penisu je chirurgická. Snahou je provést co nejvíce záchovný výkon dle velikosti a lokalizace léze při zachování onkologické bezpečnosti. Často následuje i lymfadenektomie různého rozsahu dle rizika postižení uzlin. I přes radikalitu operačního výkonu, neoadjuvantní a adjuvantní chemo- a radioterapii je prognóza u pokročilého onemocnění špatná.

Jak vyplývá z úvodu článku, ačkoliv karcinom penisu a karcinom varlete se vyskytují v jiné dekádě života, přesto jejich duplicita není vyloučena, jak ukazuje tato kazuistika. V dostupné literatuře jsem podobný případ nezaznamenal.

Autor prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

LITERARURA

1. Pettaway CA, Lance RS, Davis JW. Tumors of the Penis. In: Wein A.J. et al. Campbell-Walsh Urology 10th Edition. Saunders, 2012.
2. Rajmon P. Nádory penisu. Urologie pro Praxi, 2003; 2: 58–62.
3. Chaux A, Cubilla A. The role of human papillomavirus infection in the pathogenesis of penile squamous cell carcinomas. Seminars in Diagnostic Pathology, 2012; 29(2): 67–71.
4. Mannweiler S, et al. Two major pathways of penile carcinogenesis: HPV-induced penile cancers overexpress p16ink4a, HPV-negative cancers associated with dermatoses express p53, but lack p16ink4a overexpression. Journal of the American Academy of Dermatology, 2013; 69(1): 73–81.
5. Vik V, et al. Lichen sclerosus – stále přehlížená urologická diagnóza se závažnými komplikacemi. Česká Urologie 2011; 15(2): 78–84.
6. Novák J. Nádory varlat. Urologie pro Praxi, 2001; 2: 63–64.
7. Stephenson AJ, Gilligan TD. Neoplasms of the Testis. In: Wein AJ, et al. Campbell-Walsh Urology 10th Edition. Saunders, 2012.
8. Čermák A, Pacík D. Nádory penisu. In: Dvořáček J., Babjuk M, et al. Onkourologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2005: Karolinum.
9. Pizzocaro G, Piva L, Nicolai N. Treatment of lymphatic metastasis of squamous cell carcinoma of the penis: experience at the National Tumor Institute of Milan. Arch Ital Urol Androl., 1996; 68: 169–172.
10. Kawaciuk I. Urologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2009: 409–428.
11. Barski D, et al. Metastatic penile carcinoma – an update on the current diagnosis and treatment options. Central European Journal of Urology, 2014; 67(2): 126–132.
12. Protzel C, Hakenberg OW. Chemotherapy in patients with penile carcinoma. Urologia Internationalis, 2009; 82(1): 1–7.