

## Penis carcinoom



Ingrid Koeter / Jaap Nieuwenhuijs  
Uroloog  
Rivas zorggroep,  
Beatrix ziekenhuis

### PENIS CARCINOOM



Veel gevallen van kanker aan de penis hebben te maken met een infectie met bepaalde typen van het menselijke papillomavirus.

Sommige aandoeningen van de voorhuid vergroten de kans op latere kanker van de penis, waaronder een aandoening genaamd erythroplasie van Queyrat (carcinoma in situ). Lichen sclerosus en phimosis zijn risicofactoren.



Queyrat

Peniscarcinoom  
van de glans penis

Gemetastaseerd peniscarcinoom

## Pathologie

- 48-65% Plaveiselcelcarcinoom
- 04-10% Basaloid carcinoom
- 07-10% Warty carcinoom
- 03-08% Verruceus carcinoom
- 05-15% Papillair carcinoom
- 01-03% Sarcomatoid carcinoom

## Risicofactoren

### Histopathologie

- plaveiselcelcarcinoom (differentiatie ten opzichte van pseudo-epitheliale hyperplasie is vaak moeilijk)
- erytroplasie van Queyrat/morbus Bowen
- zeldzaam zijn: leiomyosarcoom, melanoom, Kaposi-sarcoom, vasculaire tumoren alsmede metastasen cq. doorgroei van blaas-, prostaat-, rectum-, long- en huidtumoren

### Risicofactoren

- woongebieden met slechte hygiënische en economische omstandigheden
- roken
- enkele typen van het humaan papilloma virus (HPV 16 en 18): bij tenminste 40% van de peniscarcinomen kunnen deze worden aangetoond

### Phimosi

- bij volwassenen en een slechte hygiëne rond de voorhuid kunnen de kans op kanker aan de penis vergroten. Bij phimosi blijft de voorhuid ongebruikelijk strak en kan niet over de eikel heen worden getrokken.
- Besnijdenis als baby of kind lijkt tegen ontwikkeling van kanker aan de penis te beschermen.

## Humaan papilloma virus

- Er bestaan veel typen HPV. Twee typen, HPV 16 en 18, zijn betrokken bij de ontwikkeling van veel gevallen van kanker van de penis. (NB: andere typen HPV spelen een rol bij verruca (wratten). Deze typen zijn niet betrokken bij de ontwikkeling van kanker van de penis).

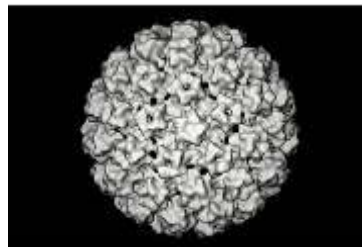
### Humaan papillomavirus

#### **Epidemiologie:**

- Associatie tussen HPV infectie en BMHK en anogenitale wratten
- Europe: 2<sup>e</sup> plaats van meest VK kankers bij de vrouw
  - 2004: jaarlijks >31000 nieuwe diagnoses en 14 000 sterfgevallen (40/dag)
- Belgie:
  - 70 % van MBHK iv met type 16-18
  - 90 % van de anogenitale wratten type 6-11
  - Sterfte BMHK/jaar 300-350
  - Hoge mortaliteit ondanks screening



Vrouwenkankers  
In Europese Unie 2002

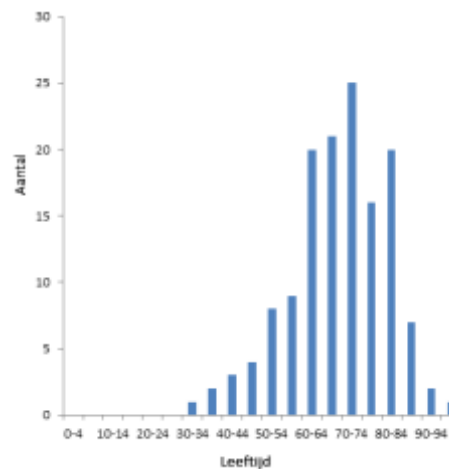
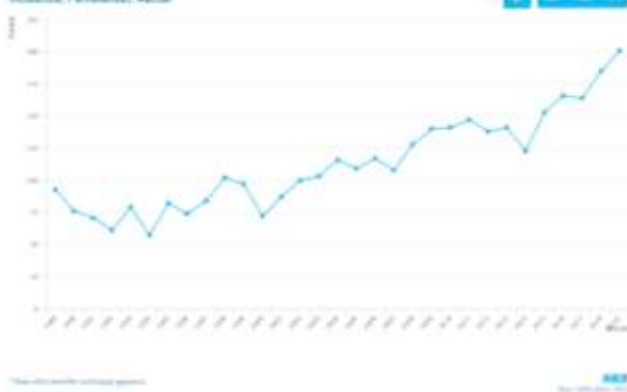


# Preventieve maatregelen

- Dagelijkse hygiëne van penis en voorhuid
- Tijdige correctie van phimosis
- Aanbeveling voor gebruik condooms
- Geen schaamte / terughoudendheid bij afwijkingen op de penis
- Vaccinatie tegen HPV (het HPV virus wordt bij ca 40% van de patiënten met peniscarcinoom gevonden).

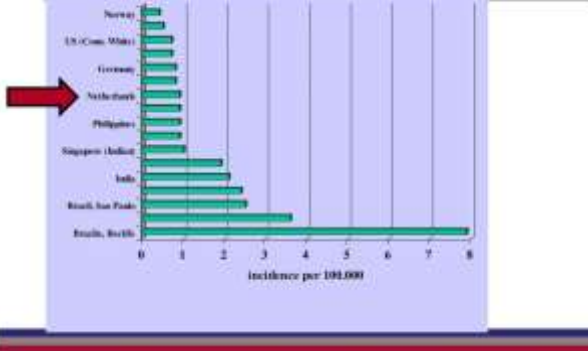
## EPIDEMIOLOGIE PENIS CARCINOOM 1

Incidentie, Peniskanker, Aantal



EPIDEMIOLOGIE PENIS CARCINOOM 2

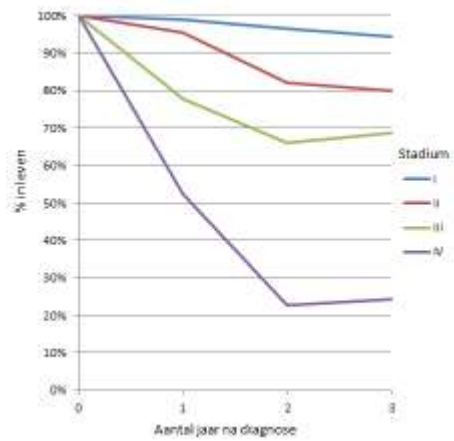
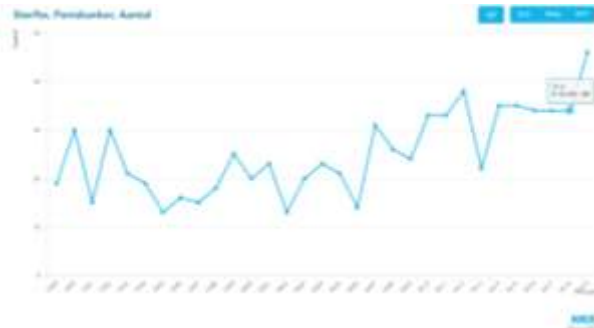
peniscarcinoom



Per 100.000 inwoners:

- 1 / 100.000 Europa
- 2 Scandinavië
- 1.01 USA
- 0.62 Afro Amerikaan
- 0,7-3 India
- 8,3 Brazilië

Overleving penis carcinoom



## Anamnese en lichamelijk onderzoek

### Anamnese

- mictieklachten (meatusstenose)
- botpijn
- lymfklierzwellig
- afscheiding
- ulceratie
- zwellig
- pijn
- bloedverlies
- foetor
- phimosis, status na circumcisie
- slechte hygiëne
- balanitis
- seksuele anamnese

### Nauwkeurige omschrijving van de tumor (diameter, infiltratie)

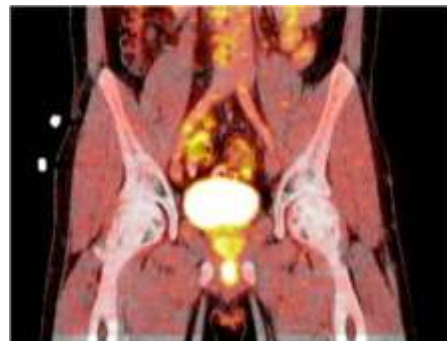
- bij phimosis valt dorsaalklieving te overwegen om de tumor goed te kunnen beoordelen
- voor PA-onderzoek dient een proefexcisie (stansbiopt) te geschieden

### Onderzoek

- inspectie en palpatie van het behandelde gebied en regionale lymfklieren
- bij dubieuze klieren altijd cytologische punctie verrichten

## Aanvullend onderzoek

- Anamnese en lichamelijk onderzoek
- Stansbiopt
- Echo liezen
- Lymfeklieren + : Ct-abdomen, x-thorax



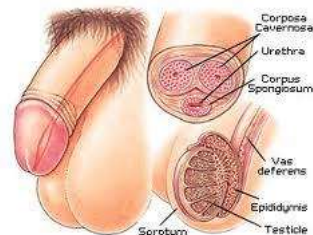
## Belangrijk

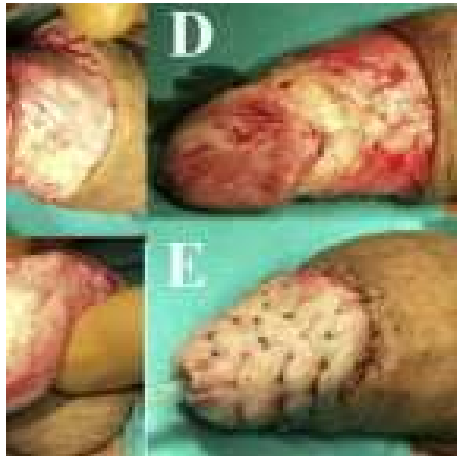
- Adequate lokale behandeling, bij voorkeur
- Penissparende operatie
- Vroege detectie en behandeling van kliermetastasen
- Voorkomen van uitgroeien van kleine klier metastasen naar grote kliermetastasen



## Behandeling

- Circumcisie, lokale tumorverwijdering
- Laserbehandeling ( YAG / CO2)
- Glansresurfacing
- Partiele penisamputatie
- Totale penisamputatie
- Inguinale en evt. iliacale lymfeklierdissectie
  - 20% van de patiënten hebben palpabele lymfeklieren
  - 20-25% van de cN0 patiënten hebben occulte metastasen
- Afhankelijk van grootte en locatie van de tumor





## Stadia

Tis N0 M0: laser

T1-2 N0 M0: laser of partiële penisamputatie (bij T2G3 tumor klierdissectie overwegen)

T1-2 N1-2 M0: idem, met enkel- of dubbelzijdige liesklierdissectie

T1-2 N3 M0: idem, met ipsilaterale iliacale klierdissectie en adjuvante radiotherapie

T3, operabele T4: totale penisamputatie (met perineaal stoma) of, bij afwijzing door patiënt, radiotherapie; dubbelzijdige liesklierdissectie met ipsilaterale iliacale klierdissectie bij bewezen metastasen met adjuvante radiotherapie; chemotherapie overwegen.

T4 N0-3 M0: radiotherapie en/of chemotherapie overwegen (in overleg met een oncologisch centrum)

De 5-jaars overleving (de kans dat een patient 5 jaar na het vaststellen van de ziekte nog leeft) wordt voor alle vormen van peniscarcinoom samen geschat op ca. 50-60%.



## Lymfklieren

- positieve liesklieren: partiële of totale amputatie van de penis, gecombineerd met een liesklierdissectie
- dubbelzijdige positieve klieren: liesklierdissectie
- dubieuze liesklieren waarvan de cytologische punctie vóór behandeling negatief was:
  - na drie weken, wanneer de ontstekingscomponent voor het grootste deel verdwenen is,
  - ☞ punctie herhalen indien deze klieren niet kleiner zijn geworden of een maligne aspect (behouden) hebben.
- oppervlakkige liesklierdissectie kan uitgebreid worden met een diepe klierdissectie (iliacale klieren) via een zelfde incisie of via een aparte transabdominale extraperitoneale benadering
- bij twijfel aan de radicaliteit van de klierdissectie (of kapseldoorbraak bij PA-onderzoek) moet radiotherapeutische nabehandeling gegeven worden, inclusief radiotherapie op de iliacale klierketen

## Follow up

Eerste half jaar: iedere zes weken, daarna om de drie maanden (of op indicatie vaker, bijvoorbeeld na lokale behandeling)

Tweede jaar: om de zes maanden

Derde jaar: om de twaalf maanden

Na vijf jaar: stoppen met follow-up controle: zelfonderzoek patiënt stimuleren

Indien chemotherapie wordt gegeven geschiedt de follow-up controle in overleg met de internist of medisch oncoloog.

## Bij lokaal recidief

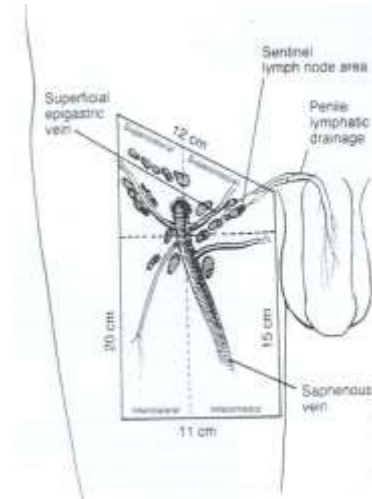
- re-operatie of indien dit niet meer mogelijk is
- (palliatieve) radiotherapie
- eventueel chemotherapie (in overleg met een oncologisch centrum)

## Metastasen behandeling

Bij metastase(n) op afstand is in de regel alleen palliatieve symptomatische therapie mogelijk;  
chemotherapie (in overleg met een oncologisch centrum) overwegen.

## Postoperatieve problemen lymfklierdissectie

- Wondinfectie
- Wonddehiscentie/ Platzbauch
- Necrose
- Lymfoedeem scrotum
- Lymfoedeem voeten en benen
- Iliacaal: Lymfoedeem onderbuik, scrotum



## Lymfoedeem

- Acuut
- Chronisch
- Invalidierend!
- Ca 30% van alle patiënten na inguinale lymfeklierdissectie
- Voorkomen is beter dan genezen





## Preventieve maatregelen postoperatief

- Postoperatief: 5 drains
- 2 dagen bedrust zonder toilet faciliteiten
- dag: verwijderen drains, benen zwachtelen
- Weer twee dagen bedrust.
- 5<sup>e</sup> dag postoperatief: Compressie kousen en onelastische shorts aan, dan mobiliseren.
- Kousen en shorts minstens een half jaar dragen (niet 's nachts)



## Behandeling lymfoedeem

Geïntegreerd behandelplan

- compressietherapie
- lymfemassage
- oefentherapie
- fysiotherapie
- podotherapie

## Verpleegkundige

- Pre-operatief: aanmeten anti-emboliekousen, aanmeten shorts
- Postoperatief: zwachtelen
- Helpen met aantrekken van de kousen en de shorts
- Fysiotherapie inschakelen: oefeningen en educatie
- manuele lymfeklierdrainage

## Recidief

- Overlevingsduur van ca 4,5 maanden
- Pijn
- Geur
- Lymfoedeem
- Bedlegerig
- Zeer moeilijk te behandelen
- Distress

Vragen?



*Small statue of Priapos, Etruscan origin, 3rd - 5th century BC, stone, height 60 mm (private collection)  
Photo Olivier Desart*