

## Prikaz slučaja zapuštenog karcinoma penisa

Perica Jockić<sup>1</sup>, Vuk Aleksić<sup>2</sup>, Zorana Bokun<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Služba urologije, Kliničko bolnički centar Zemun, Beograd, Srbija

<sup>2</sup>Služba neurohirurgije, Kliničko bolnički centar Zemun, Beograd, Srbija

<sup>3</sup>Služba kliničke patologije, Kliničko bolnički centar Zemun, Beograd, Srbija

### Apstrakt

Tumori penisa su najređi tumori urogenitalnog trakta kod muškaraca i čine manje od 1% svih tumora ove regije. Planocelularni karcinom je najčešći histološki tip ovih tumora i viđa se u oko 95% slučajeva. Prikazujemo slučaj pacijenta starosne dobi 66 godina, kod koga je dijagnostikovan veliki, zapušteni karcinom penisa koji je rastao 6 meseci, a pacijent nije bio motivisan da se javi na pregled sve do trenutka izraženog krvarenja iz tumorske promene. Pacijent je ubrzo operisan i tumor je u potpunosti odstranjen, a rani postoperativni tok je protekao uredno i pacijent je otpušten sa odeljenja. S obzirom da su karcinomi penisa redak entitet, javljaju se broje kontroverze po pitanju načina lečenja ovih promena. Mi smatramo da je individualni pristup svakom pacijentu uz oslanjanje na postojeće vodiče dobre kliničke prakse trenutno najbolji terapijski pristup.

**Ključne reči:** karcinom penisa; planocelularni karcinom penisa

### Prikaz slučaja

Prikazujemo slučaj pacijenta, starosne dobi 66 godina koji je primljen u našu ustanovu preko hitne hirurške ambulante zbog izraženog krvarenja iz velike tumorske promene na penisu. U momentu prijema pacijent je svestan, orijentisan, blede prebojenosti kože, kahetičan. Objektivni pregled trbuha bio je u granicama normale. Lokalnim pregledom urogenitalnog trakta konstatovana je velika egzulcerisana promena dimenzija 13 x 11 x 9 cm dominantno u regiji penisa, ali koja značajno prelazi njegove granice i zahvata i okolna tkiva, testisi nisu bili dostupni palpaciji (slika 1). Inginalni limfni čvorovi nisu bili uvećani. Pacijent je primetio promenu na glansu penisa 6 meseci pre nego što se javio lekaru, ali usled teških porodičnih problema i smrti bliskog člana porodice, pacijent nije bio motivisan da se javi lekaru. Dva dana pre nego što je primljen u našu ustanovu primetio je da promena krvari na dodir, a u nekoliko navrata je primetio i gnojavi iscedak iz kripti na skrotumu. U ličnoj anamnezi nije bilo značajnijih podataka. Po prijemu su urađene osovne laboratorijske analize koje su bile u granicama normale. Urađen je ultrazvučni pregled trbuha i male karlice, a potom i kompjuterizovana tomografija trbuha i male karlice koja je pokazala leziju promera oko 13 mm u S8 segmentu jetre, koja najverovatnije odgovara hemangiomu, dok je ostali nalaz bio u fiziološkim granicama. Pacijent je operisan kojom prilikom je urađena kompletna amputacija penisa zajedno sa tumorskom promenom, kao

## A case of abandoned carcinoma of the penis

Perica Jockic<sup>1</sup>, Vuk Aleksić<sup>2</sup>, Zorana Bokun<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Urology, Clinical Hospital Center Zemun, Belgrade, Serbia

<sup>2</sup>Department of Neurosurgery, Clinical Hospital Center Zemun, Belgrade, Serbia

<sup>3</sup>Department of Clinical Pathology, Clinical Hospital Center Zemun, Belgrade, Serbia

### Abstract

Penile tumors are rare neoplasms of the male urogenital tract and represent approximately 1% of all urogenital cancers in men. Squamous cell carcinoma is the most common histological type of these tumors, and is seen in about 95% of the cases. We report a case of a 66 years old male patient presented with large, neglected cancer of the penis, which grew about 6 months, but patient was not motivated for treatment until tumor began to bleed. Patient was operated and tumor was completely removed. The early postoperative course was uneventful and the patient was discharged from hospital Since penile cancers are rare entity, there are counted controversy about the best method of treatment. We believe that the individual approach to each patient relying on existing good clinical practice guidelines is currently the best therapeutic approach.

**Key words:** penile cancer; squamous cell carcinoma of the penis

## PRIKAZI SLUČAJA

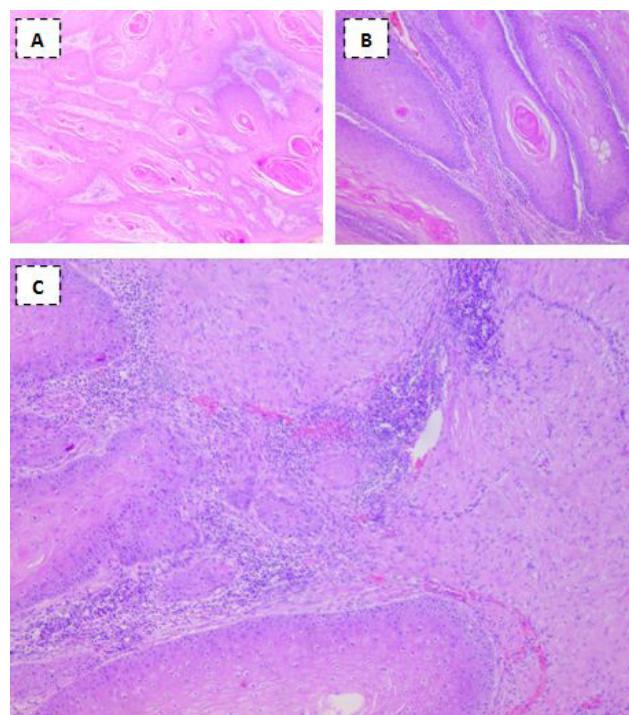
i obostrana orhidektomija, a potom je načinjena perinealna urerostomija (slika 2). Uzimajući u obzir da ingvinalni limfnici nisu bili uvećani, disekcija limfnih čvorova nije rađena. Patohistološka analiza pokazala je da se radi o dobro diferentovanom infiltrativnom planocelularnom karcinomu (histološki gradus G1) koji infiltrira uretru (stadijum T3) (slika 3). U ranom postoperativnom toku pacijent je dobro. U cilju dalje evaluacije bolesti urađen je rentgen pluća, kao i kompjuterizovana tomografija trbuha i male karlice, ali metastatski depoziti nisu uočeni. Pacijent je 20-i postoperativni dan otpušten iz bolnice uz predlog pažljivog praćenja naredne tri godine po sledećem protokolu: kontrolni pregled na svakih mesec dana tokom prve godine, a potom kontrolni pregled svakog drugog meseca tokom sledeće dve godine, uz kontrolnu kompjutrizovanu tomografiju truha i male karlice svaka 4 meseca. Takođe, zbog podatka da je pacijent zanemarivao bolest i nije želeo da se leči, savetovano mu je dalje psihijatrijsko lečenje.



**Slika 1.** Preoperativni lokalni nalaz karcinoma penisa.



**Slika 2.** Intraoperativi nalaz



**Slika 3.** Patohistološki nalaz. (A) H&E bojenje, uveličanje 10x, (B) H&E bojenje, uveličanje 20x, (C) H&E bojenje, uveličanje 10x.

### Diskusija

Karcinomi penisa predstavljaju dijagnostički i terapijski izazov. Ovi tumori imaju snažan psihološki uticaj na pacijente i neretko je dijagnoza odložena jer pacijenti imaju tendenciju da zanemare rane simptome i da potraže medicinsku pomoć u odmakloj fazi bolesti kada konzervativni hirurški pristup više nije moguć<sup>3</sup>. U našem slučaju pacijent je primetio promenu na glansu penisa oko 6 meseci pre prijema u našu ustanovu. U tih 6 meseci pacijent nije bio motivisan za pregled zbog loših porodičnih odnosa i smrti bliskog člana porodice. Iako je dijagnoza postavljena sa zakašnjenjem, naknadna ispitivanja nakon operacije nisu pokazala postojanje metastatskih promena i pacijent je savetovan o rigoroznom praćenju po ustanovljenom protokolu<sup>4</sup>.

Među malignim neoplazmama penisa, planocelularni karcinom je ubedljivo najčešći i čini preko 90% ovih tumora. Primarni planocelularni karcinom penisa može se pojaviti na bilo kojoj lokalizaciji na penisu, ali se najčešće vidi na glansu, a potom na prepucijumu. Ređe može da zahvati obe lokalizacije, ali i koronalni sulkus. Tumor može biti velikih dimenzija i retko se vidi veći od 6,5 cm u najvećoj projekciji. Kod našeg pacijenta radilo se o zapuštenom tumoru, velikih dimenzija (13 x 11 x 10 cm), što predstavlja jedan od najvećih planocelularnih tumora penisa opisanih u literaturi. Mesto ishodišta tumora nije se moglo sa sigurnošću utvrditi, ali je pacijent primetio da se promena prvo pojavila na glansu penisa, što se smatra i najčešćim mestom ishodišta ovog tumora.

Terapija planocelularnog karcinoma penisa zavisi od kliničkog stadijuma bolesti, a uključuje radioterapiju, hemoterapiju, laserski tretman, hirurško lečenje i neretko kombinovani pristup, koji se danas i najviše preporučuje. Ipak, usled relativno oskudnog iskustva po pitanju lečenja planocelularnog karcinoma penisa, najbolji terapijski pristup uvek je kontroverzan, posebno po pitanju lečenja sekundarnih depozita regionalnih limfnih čvorova<sup>5</sup>. U slučajevima uznepravednih karcinoma penisa, kao i diseminovanog oblika bolesti preporučuje se agresivna resekcija, a neretko i obostrana limfadenektomija<sup>6</sup>. Najnoviji pristup podrazumeva uklanjanje tumora i vidljivo uvećanih limfnih čvorova u isto vreme, iako se neretko radi samo o reaktivnim limfnim čvorovima<sup>7</sup>. Kod našeg pacijenta odlučili smo se za hirurški pristup, kojom prilikom je tumor uklonjen u potpunosti, a s obzirom da naknadnim detaljnim ispitivanjem sekundarni depoziti nisu uočeni,

pacijentu je predloženo dalje praćenje kontrolnim pregledima po utvrđenom protokolu.

Kod pacijenata obolelih od invazivnog tipa planocelularnog karcinoma penisa, bez prisustva ingvinalnih metastaza, kod kojih je postignuta adekvatna amputacija penisa sa tumorom, višegodišnje preživljavanje iznosi i do 80%. U slučaju da su detektovane metastaze u ingvinalnim limfnim čvorovima, višegodišnje preživljavanje nakon diskecije iznosi oko 50%, dok se kod nelečenih pacijenata sa planocelularnim karcinomom penisa očekuje preživljavanje oko 2 do 3 godine<sup>6</sup>. Starije životno doba, viši klinički stadijum bolesti, kao i pozitivan nalaz limfnih čvorova predstavljaju značajne prediktore niže stope preživljavanja kod osoba obolelih od planocelularnog karcinoma. U studiji sprovedenoj na 118 pacijenata sa planocelularnim karcinomom penisa preživljavanje je najvećim delom zavisilo od statusa zahvaćenosti limfnih čvorova, pa je tako petogodišnje preživljavanje u prvom kliničkom stadijumu bilo 93% (T1-3, N0, M0), u drugom kliničkom stadijumu oko 55% (T1-T3, N1-2, M0), dok je u trećem kliničkom stadijumu preživljavanje bilo svega 30% (T4 ili N3 ili M1) (8-10). Kod našeg pacijenta radilo se o lokalnoj bolesti sa invazivnim planocelularnim karcinom (T3, N0, M0), odnosno o prvom kliničkom stadijumu bolesti, zbog čega je pacijentu savetovano samo dalje rigorozno praćenje.

Zbog brojnih kontroverzi po pitanu lečenja pacijenata obolelih od planocelularnog karcinoma penisa, smatramo da je individualni pristup svakom pacijentu uz oslanjanje na vodiče dobre kliničke prakse trenutno najbolji terapijski pristup.

## Literatura

1. Micali G, Nasca MR, Innocenzi D, Schwartz RA. Penile cancer. J Am Acad Dermatol. 2006;54(3):369-91.
2. Narayana AS, Olney LE, Loening SA, Weimar GW, Culp DA. Carcinoma of the penis: analysis of 219 cases. Cancer. 1982;49(10):2185-91.
3. Jaganmohan S, Khurana V, Nopajaroonsri C. Squamous cell carcinoma of the penis presenting as a sterile inguinal abscess. J Urol. 2004;172(5 Pt 1):1877.
4. Lerner SE, Jones JG, Fleischmann J. Management of recurrent penile cancer following partial or total penectomy. Urol Clin North Am. 1994;21(4):729-37.
5. McDougal WS. Advances in the treatment of carcinoma of the penis. Urology. 2005;66(5 Suppl):114-7.
6. Das S. Penile amputations for the management of primary carcinoma of the penis. Urol Clin North Am. 1992;19(2):277-82.
7. Hakenberg OW, Compérat EM, Minhas S, Necchi A, Protzel C, Watkin N, et al. EAU guidelines on penile cancer: 2014 update. Eur Urol. 2015;67(1):142-50.
8. Kirrander P, Sherif A, Friedrich B, Lambe M, Håkansson U, Steering Committee of the Swedish National Penile Cancer Register. Swedish National Penile Cancer Register: incidence, tumour characteristics, management and survival. BJU Int. 2016;117 (2):287-92.
9. Leewansangtong S, Srinualnad S, Chaiyaprasithi B, Taweemonkongsap T, Soontrapa S. The risks of lymph node metastasis and the prognostic factors in carcinoma of the penis: analysis of 50 patients treated with bilateral ilioinguinal lymphadenectomy. J Med Assoc Thai. 2001;84(2):204-11.
10. Horenblas S, van Tinteren H. Squamous cell carcinoma of the penis. IV. Prognostic factors of survival: analysis of tumor, nodes and metastasis classification system. J Urol. 1994;151(5):1239-43.

Autor za korespondenciju:

Vuk Aleksić

Služba neurohirurgije, Kliničko Bolnički Centar Zemun,

Vukova 9, Beograd, Srbija

Telefon: +381 65 220 78 45

E mail: aleksicvuk@hotmail.com