

Penil Karsinomlar

Uzm. Dr. Ferhat BERKMEN*
Uzm.Dr.Abdullah DEMİR*
Dr.Ekrem ÜNAL*

PRİMER VE METASTATİK OLGULARDA TANI, TEDAVİ, PROGNOZ

Dünya genelinde önemli sağlık sorunları içinde yer alan penis kanseri, erkeklerde görülen tüm malign tümörlerin %0,5 ile %3'nü teşkil eder. Asya, Afrika ve Güney Amerika'nın bazı yörelerinde daha sık görülür ve hatta erkeklerdeki tüm neoplazilerin %10-20'sini oluşturmaktadır. (1,3) Genç erişkinlerde ve 90 yaş üzerinde, hatta çocuk olgular literatürde yer almazına karşın, ortalama 6. dekada görülür (4,5) (Şekil 1 3).

Primer penil kanserlerin, %95'i skuamöz hücreli karsinom («epidermoid karsinom) olup ilerlemiş yaş, sünnetsizlik ve genital hijyene uyulmaması başlıca risk faktörleridir. Smegmanın panis epiteli üzerindeki inflamatuvar ve karsinojenik etkisi en kesin sünnet ile eradike edilir. HPV (insan papillom virusu)'nın iki tipi: 16 ve 18, penil karsinomlardaki olası rolünün %50 pozitif bulunduğu rapor edilmiştir (12,13). İkinci sırada ise metastatik tümörleri gelir ve genellikle mesane, prostat ve rektum tümörü orijindir (18). Ender görülen noplazileri ise bazal hücreli karsinom ve malign melanomdur (6,7).

Ülkemizde ender görülmesi ve kanser merkezi olmayan bir kurumda çalışmayan birçok üroloji uzmanının karşılaşamayacağı düşüncesinden hareketle, 5 primer ve 3 metastatik penis kanserli hasta, literatür eşliğinde sunulmuştur.

MATERYEL VE YÖNTEM

1985-92 yılları arasında beşi primer üçüde metastatik olmak üzere 8 olgunun tanı, evreleme ve tedavileri yapılmıştır. Hastaların en genci 35 en yaşlısı 80 yaşında (median 61) idi. Biopsileri yapılan 5 primer olgunun da histopatolojileri skuamöz hücreli kanser, metastatik olguların 2'si değişici hücreli karsinom, 1'si de yassı hücreli karsinom şeklinde rapor edilmiştir.

Sınıflandırmada en çok uygulanan Jackson Klasifikasyonundan yararlanılmıştır (Tablo 1) (14). Buna göre 2 olgu evre I, birer olgu evre II, III ve IV sınıfına girmiştir.

Hastaların dağılım tablosu; olguların yaş, evre, tanı yöntemi, uygulanan tedavi ve yılı, histopatolojik tanı ve sağ kalım sürelerinin dökümünü içermektedir (Tablo 2).

Eksizyonel biopsi yapılan hastada cerrahi sınırlarda tümör görülmediğinin rapor edilmesi üzerine ilave tedavi uygulanmamıştır. Bütün olguların periyodik kontrolleri üç ayda bir yapılmıştır.

TARTIŞMA

Penis tümörlerinde genel kanı gelişim ve bölgesel nodlara yayılımın yavaş olduğu şeklindedir (8). Lenfajyografi penil kanserlerin evrenmesinde en geniş kullanılan yöntemdir. Ancak metastatik nodal tutulum olup olmadığı konusunda kesin bilgi vermekten uzaktır. Cerrahi evreleme yalancı pozitif olgularda %50, nodal tutulumları negatif olgularda ise %80 yararsız ve de tehlikelidir. Bilateral inguinal lenfadenektomi endikasyonunu belirlemek için Epigastrik Safenöz bileşkenin üst içi kısmından, yani Sentinel lenf nodundan biyopsi çalışmaları önerilmiş, gerekçe olarak da penis kanserinde ilk metastaz yerinin bu bölge olduğu ileri sürülmüştür (13-15). Detaylı anatomik çalışmalarla; V. Epigástrica superficialis ile V. Pudentalis superficialis'in V. Saphena Magna'ya döküldüğü kısımda yediden fazla lenf nodu bulunduğu saptanarak bu bölgeye "Sentinel Nodal Alan" ismi verilmiştir (16). Günümüzde en sağlıklı evrelemenin fluoroskopik veya bilgisayarlı tomografi kılavuzluğunda aspirasyon sitolojisi ile yapılabileceği görüşü hakimdir (8). Pozitif sitoloji; hastanın evre III olduğunu gösterir. Negatif sitoloji ise nodal tutulum olmadığını kanıtlamaktadır.

Cerrahi tedavide genellikle parsiyel panektomi uygulanmakta, gerektiğinde inguinal veya ilioinguinal lenfadenektomi ile kombine edilmektedir. Yüzeysel lezyon-

* Ankara Onkoloji Hastanesi Üroloji ABD, ANKARA



Şekil 1.



Şekil 2.

lara radyoterapi uygulanmakta ancak %50 nüks görülebilmektedir (2-6). İnvaziv olmayan veya minimal invazyonlu olgularda laser tedavisi ile erken dönemde olumlu sonuçlar alınmış ancak uzun dönemli etkileri henüz açıklanmamıştır (9). Kemoterapotik olarak Cisplatin,



Şekil 3.

Tablo 1. Penis Skuamöz Hücreli Karsinomu: Jackson Klasiifikasyonu (14).

- Evre I : Tümör glans peniste ve/veya prepusyumda sınırlı.
 Evre II : Tümör korporalara invaze ancak nodal tutulum ve uzak metastas negatif.
 Evre III : Tümör korporalara invaze. nodal tutulum pozitif.
 Evre IV : Uzak metastas pozitif.

fluorourasil, metotroksat kullanılmışsa da en etkili ajanın bleomisin sülfat olduğu ve de bu ilacın radyoterapi ile kombinasyonundan daha olumlu sonuç alındığı bildirilmiştir (10,11).

SONUÇ

Penil kanserlerde cerrahi girişim evrelemeyi takiben planlanmalıdır. Evreleme en sağlıklı Sentinel safe-nöz bileşkeden iğne aspirasyon sitoloji ile yapılabilir (9,16,17). Profilaktik lenfadenektominin %30-50 morbidite ve %3 mortalite oranı bulunduğundan hastanın yaşının göz önüne alınma gerekliliği vardır.

Prepusyumdaki ekzofitik küçük olgular glans veya corporaya invaze olmamışsa sirkumsizyon yeterlidir. Eksizyonel biyopsiden sonra patolojik rapor cerrahi sınırdaki tümör olmadığını içerirse ilave tedavi gerekmez.

Evre I ve II de parsiyel penektomi, evre III de Total penektomi ve ilioinguinal lenfadenektomi, Evre IV de Total penektomi ve kemoterapi uygulanmalıdır. Bleomisin dozu Total 225 mg'ı geçmemelidir (9-11,17).

Metastatik tümörlerde tedavi tümörün büyüklüğü lokalizasyonu ve gelişme sürecine bağlı olduğu gibi primer tümörden hastanın etkilenme durumuna da bağlıdır. Genellikle primer hastalığın terminal döneminde ortaya çıktığı için sadece palyatif tedavi uygulanabilmekte ve yaşam süresi 2-6 ay arasında olmaktadır (18).

Tablo 2. Hasta dağılımı.

Yaş	Tümör		Evre	Tanı	Tedavi Şekli ve Yılı	Histopatolojik Tanı	t ağ kalım Süresi
	Pri.	Met					
80	+	—	II	Biopsi	Total Penektomi 1989	Squa.Cell Ca	Bilinmiyor
35	+	—	IV	Biopsi	Total Penektomi 1988	Squa.Ce» Ca.	26 ay
75	+	—	III	Biopsi	Biopsi+Kemoterapi 1988 (oper. kabul etmedi)	Squa.Cell Ca	9 aydan sonra izlenemedi
67	+	—	1	Biopsi	Eksizyonel Bio. 1988	Squa.Cell Ca.	Hastaliksız yaşıyor
50	+	—	1	Biopsi	Parsiyel Penek. 1990	Squa.Cell Ca.	Hastaliksız yaşıyor
57	—	+	—	Biopsi	Biopsi 1985	Bronş kökenli Squa.Cell Ca.	4 ay
65	—	+	—	Biopsi	Total Penektomi + Kemoterapi 1992	Transisyonel Celi Ca.	7 ay
60	—	+	—	Biopsi	Total Penektomi + Kemoterapi 1991	Transisyonel Celi Ca.	19 ay

KAYNAKLAR

- Edsinyr F, Anderson L, Blomgren H. Combined bleomycin and radiotherapy in primary penis carcinoma. In: Umezawa H, et al. eds, Advances in cancer chemotherapy. Baltimore University Park Press 1978:383-93.
- Edsmry F, Anderson L, Esposti P. Combined Bleomycin and radiation therapy in Carcinoma of the Penis: Cancer 1985; 56:1257-63.
- Narayana AS, Olney LE, Loening SA, et al. Carcinoma of the penis Analysis of 219 cases. Cancer 1982; 49:2185.
- Persky L. Epidemiology of cancer of the penis. Recent Results Cancer Res 1977; 60:97.
- Peterson RO. Penis In Urologic Pathology. Philadelphia: JB Lipincott 1986: 691,669-704.
- White MJ. Urologic surgery CH 1991; 74:831.
- Hoppmann HJ, Fraley EE. Squamous cell carcinoma of the penis Urol 1978; 120:393-8.
- Scappini P, Pisciole F, Pusiol T, Hofstetter A, Rothenberger K, Luciani L. Panile Cancer: Aspiration Biopsy Cytology for staging: Cancer 1986; 58:1526-33.
- Klein AE. Partial and Total Penectomy for Cancer: Urol Clin of N.Ame1991; 18:1.
- Ichikawa T. Chemotherapy of penile cancer. Extrait du 16 Congres de la Société Internationale d'Urologice 1973.
- Kyalwazi SK, Bhana D, Harrison NW. Carcinoma of the penis and bleomycin cheomotherapy in Uganda Br J Urol 1974;46:689-96.
- Chesney TM, Murphy WM. Diseases of the penis and scrotum, in Murphy WM (ed): Urologic pathology Phil WB Saunders 1989:392.
- McCance DJ, Kalache A, Ashdown K, et al. Human Papilloma virus types 16 ana 18 in carcinomas of the penis from Brazil Int J Cancer 1986;37:55.
- Javadpour N. Principles and Management of Urologic Cancer: Sec Ed P 1983:585.
- Cabanas RM. An approach for the treatment of penile carcinoma: Cancer 1977; 39:456-66.
- Luciani L, Pisciole F, Scappini P, Pusiol T. Value and role of percutaneous regional node aspiration cytology in the management of panile carcinoma Eur Uro 1984; 10:294-302.
- Eisenberger MA. Chemotherapy for carcinoma of the penis and urethra: Urol Clin of N Ame 1992; 10(2):334.
- Berkmen F, Ereku S, Çelikler H. Penise metastaz yapan Akciğerin yassı Hücreli Karsii.omu: Acta Oncol Turcica 1985; 18:84-6.