

Penis Tümörü

PENİLE TUMOUR

Dr.Demokan EROL, Dr.Uğur KUYUMCUOĞLU, Dr.Ayhan ÖZTOKATLI, Dr.L. BALTACI

S.B. Ankara Hastanesi Üroloji Kliniği. ANKARA

ÖZET

Penil karsinoma insidansı, dini nedenlerle sünnet olan müslüman ve yahudilerde oldukça düşüktür. Ülkemizde nadir görülmesi nedeniyle, parsiyel penektomi yaptığımız bir penil karsinoma olgusu, literatür gözden geçirilerek sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Penil karsinoma, Parsiyel penektomi.

T Klin Araştırma 1991, 9: 149-151

Penis tümörü, bütün erkek genital organ kanserleri arasında % 2 oranında görülmektedir (1). Penil malignitelerin en yaygın formu olan epidermoid karsinoma ise, Birleşik Amerika'da kanser ölümlerinin % 1-2'sini oluşturmaktadır (2). Bu yazımızda, rutin olarak yapılan sirkumsizyonun koruyucu özelliği nedeniyle, ülkemizde daha az sıklıkla görülen bir penis tümör olgusu literatür eşliğinde tartışıldı.

OLGU TAKDİMİ

(Protokol no: 10718-89) 59 y. Peniste dışı doğru büyüyen bir kitlenin varlığı nedeniyle polikliniğimize başvuran hastanın öyküsünden, penisin sol alt kısmında gittikçe büyüyen ufak, kaşıntılı bir kabartının meydana geldiği ve tedavi amacıyla uygulanan bazı topikal kremlerin fayda sağlamadığı

Geliş Tarihi: 12.2.1990

Kabul Tarihi: 9.6.1990

Yazışma Adresi: Dr.Demokan EROL
S.B. Ankara Hastanesi Üroloji Kliniği
ANKARA

Turk J Resc Med Sei 1991, 9

SUMMARY

The incidence of penile carcinoma is extremely low among moslems and jews who are circumcised on religious grounds. Because of its rarity in our country, herein we reported a case of penile carcinoma for which, we had performed partial penectomy and we also reviewed the literature.

Keywords: Penile carcinoma. Partial penectomy

Turk J Resc Med Sei 1991, 9: 149-151

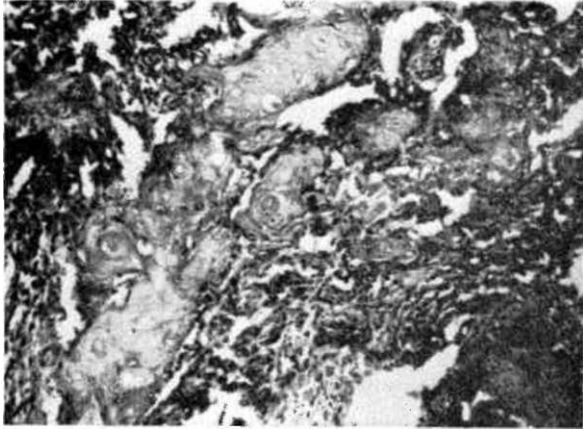
öğrenildi. Özgeçmişinde, günde 1 paket sigara kullanımı dışında özellik yoktu. Fizik incelemede, kan basıncı 130/80 mmHg, nabız 84/dakika ritmik idi. Peniste esas olarak, glansın ventral bölümüne lokalize, ürctral meatusu da içine alan 3x4 cm ebatlarında ve ayrıca dorsalde de 0.5x0.5 cm ebatlarında papiller, üzeri nekrotik, ekzofitik büyüme gösteren bir kitle vardı (Şekil 1). Lezyondan yapılan biopsi neticesi, Difaransiye yassı epitel Ca olarak değerlendirildi (Şekil 2). Inguinal bölgede, sol unilaterale hareketli lenfadenopatiler dışında diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemelerinde, tam idrar tetkiki ve kan biokimyası normal, sedimentasyon 25 mm/saat idi. VDRL ve Wasserman testleri negatif olarak bulundu. PA Akciğer, abdominal tomografi ve ayrıca operasyonun başlangıcında çekilen kavernosogramlar normal olarak değerlendirildi. Bu bulgularla hasta operasyona alınarak, görülen tümöral kitlenin 2 cm proksimalinden itibaren parsiyel penektomi yapıldı. Kavcrnoz cisimlerden gönderilen frozen



Şekil 1. Olgumuzun preoperatif görünümü



Şekil J. Olgumuzun postoperatif görünümü.



Şekil 2. Yer yer Glob korne yapılan oluşturan nıalgn epitelyal hücrelerin oluşturduğu tümör dokusu izlenmektedir.

biopsi materyali, tümör bakımından negatif bulundu. Parsiyel penektomi uygulandıktan sonra geriye kalan penis, seksüel fonksiyonu ve ayakta işemeyi sağlayacak yeterlilikte idi (Şekil 3). Postoperatif komplikasyon görülmeyen hastanın üretral katateri, postoperatif 5. günde çekilerek ve 6 haftalık an-

lihacriyel tedaviye alınarak, kontrole çağrılıp taburcu edildi.

TARTIŞMA

Sıklıklı 6. ve 7. dekatlarda görülen penis tümörlerinin insidansı 1/100.000 olup, en sık görülme yaşı 55 olarak bildirilmekle beraber, çocuklarda da rapor edilmiştir (3). Belli bir predis-pozan faktör gösterilememekle beraber, siyah ırk'ta daha fazla görülmektedir (4). İnsidansı, ülkelerin değişen dinsel, kültürel yapıları ve hijyenik şartlar ile değişmektedir. Sünnet olmayanlarda penis karsinomunun sık görülmesi, smcgmanın kronik irritasyonu ve bu irritasyonun fimozis halinde daha da artması ile açıklanabilir (2,5). Ülseratif tipte, prognoz daha kötü olduğu bildirilmektedir (6). Penis tümörlerinde erken yayılım yolu, regional, femoral ve iliak lenf nod metastazları ile olup, uzak metastazları nadirdir. Tedavi edilmeyen, hızlı ve şiddetli seyir gösteren tiplerde, olguların çoğu 2 yıl

içinde kaybedilmektedir (7). Spontan remisyon bildirilmemiştir. Primer tümör sıklıkla glans, koronal sulkus, prepisyuma lokalize olup (8), bizim olgumuzda lokalizasyon buna uyumluluk gösteriyordu. Tanı için, klinik muayene, lezyondan biopsi, lenf nod biopsisi, CAT, lenfangiografi yapılabilir. Penis tümörlerinin sınıflandırılmasında Jackson klasifikasyonu kullanılmakta olup (9), sınıflandırmaya göre tümörün glans penis ve/veya prepisyumda bulunması Evre I, nodal veya uzak metastaz olmadan tümörün penil cisime veya korpallara invazyonu Evre II, tümörün penil cisime sınırlı olması ile birlikte, regional nod metastazının olması Evre III, uzak organ tutulumu ise Evre IV olarak kabul edilir. Penis tümörlerinin prognozu, tümör evresi ile yakından ilişkili olup, erken tedavi ile iyi sonuçlar alınmaktadır (8). Tedavi için. Evre I ve Evre II tümörlerde, primer tümörün cerrahi sınırlar içerisinde eksizyonu ve bunu takiben lenfadenopati yönünden periyodik muayeneler yapılmaktadır (2). Takipler, 3 aylık aralıklarla yapılır. Takiplerde, tek taraflı inguinal adenopati saptanması halinde unilateral, iki taraflı inguinal adenopati saptanması durumunda ise bilateral lenf nod diseksiyonu uygulanır. Ayrıca genel durumu, uzun süreli operasyona izin verecek hastalarda total pelvik nod diseksiyonu yapılır. Evre III tümörlerde, tümörün cerrahi sınırlar içerisinde eksizyonunu takiben, hasta 6 haftalık antibakteriyel tedaviye alınarak, muayenelerle inguinal lenf nodlarının büyüklüğü takip edilir. Eğer lenf nodlarında kaybolma olmazsa, bilateral radikal ilioinguinal lenf nod diseksiyonu yapılır. Evre IV tümörlerde, uygulanan tedavi ise, palyatif kemoterapi ve radyoterapi şeklinde önerilmektedir (4). Radyoterapi, penisin korunmasını isteyen ve cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastalar için uygulanabilir. Ancak primer olarak radyoterapi ile tedavi edilen hastalarda, cerrahi ile tedavi edilenlere göre, primer lezyonun tedavisi daha zayıf olmaktadır. Ayrıca skuamöz hücreli karsinom genellikle düşük doz radyoterapiye dirençli olduğu ve efektif etkisinin görülmesi için 6000 rad gibi yüksek doz verilmesi gerektiği için, üretral fistül, üretral stenoz, penil nek-

roz, ağrı gibi komplikasyonlar doğabilmektedir (10). Bu komplikasyonlar olduğu zaman, sekonder penektomi gerekebilir. Tedavide, Bleomycin, Cisplatin, Methotrexate gibi kemoterapötikler de kullanılmaktadır. Methotrexate uygulanan 8 olgulu bir seride, komplet veya parsiyel remisyon cevabı % 38 olarak belirlenmiştir (11). Bu bilgiler ışığında, olgumuz Jackson klasifikasyonuna göre Evre III olarak evrelendirilerek, primer neoplazm tedavisi olarak parsiyel penektomi uygulandı. Halen kontrolümüz altında bulunan olguya, inflamatuvar adenopatileri ekarte etmek üzere 6 hafta süreli antibakteriyel tedavi verildi.

KAYNAKLAR

1. Hubbelli CR, Rabin VR and Mora RG: **Cancer of the skin in blacks. V'A review of 175 black patients with squamous cell carcinoma of the penis: J. Am. Acad Dermatol.** 18: 292-298. 1988.
2. Narayana AS, Olney H i. Loening SA, Weimer GW and Culp DA: **Carcinoma of the penis: Analysis of the 219 cases. Cancer,** 4": 2185, 1982.
3. Derrick FC, Lynch KM, Kretkowski RC and Yarbrough WJ: **Epidermoid carcinoma of the penis: Computer analysis of 87 cases. J. Urol,** 110: 303,1973.
4. Schellhammer FF, Grabstold It: **Tumors of the penis: Campbells Urology. WB Saunders Company: 1583-1603, 1986.**
5. Rogus 111: **Squamous cell carcinoma in a young circumcised man. J. Urol.** 138: 861-862, 1987.
6. Marcial VA, Figueroa-Colon J, Marcial-Rojas RA and Colon IE: **Carcinoma of the penis. Radiology,** 79: 209,1962.
7. Skinner DG, Feadbetter WF and Kelley SB: **The surgical management of squamous cell carcinoma of the penis. J. Urol,** 107: 273, 1972.
8. Kaushal V and Sharma S C: **Carcinoma of the penis: A 12-year review. Acta Oncologica.** 26: 413-417,1987.
9. Jackson SM: **"1 Tie treatment of the penis. Br J. Surgery,** 53: 33-35. 1966.
10. Duncan W and Jackson SM: **'Die treatment of early cancer of the penis with megavoltage, x-rays. Clin. Radiology,** 23: 246, 1972.
11. Sklaroff RB and Yagoda A: **Methotrexate in the treatment of the penil carcinoma. Cancer,** 45: 214. 1980.