

РАК ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Эпидемиология:

- ▣ В структуре онкологических заболеваний в России – 0.2%
- ▣ Заболеваемость в Европе и в мире 0.1-0.9 на 100000 чел.
- ▣ Заболеваемость в России (2000, 2005гг.) – 0.54 и 0.53 на 100000 чел.
- ▣ Заболеваемость в регионах Азии, Африки, Южной Америки (этнические группы, не практикующие обрезание) – 19 на 100000 чел.
- ▣ Средний возраст 62.3 лет (до 40 лет редко).

ЭТИОЛОГИЯ:

- ▣ Фимоз (44-90% у больных с раком п.члена).
- ▣ Предраковые заболевания:
 - кожный рог
 - бовеноидный папулез
 - остроконечные кондиломы
 - опухоль Бушке-Левенштейна
 - эритроплазия Кейра
- ▣ Вирус папилломы человека (тип 16,18)

Кожный рог



Бовеноидный папулез



Остроконечные кондиломы



Опухоль Бушке-Левенштейна



M. Bowen

- Типично для тела пениса и венечной бороздки
- 5% отмечается малигнизация



Эритроплазия Queyrat

- типично для головки пениса
- 10% отмечается малигнизация



Морфология:

Рак полового члена в 95% случаев представлен плоскоклеточным ороговевающим (91.3%) или неороговевающим (8.7%) раком.

- ▣ Типы
 - классический
 - веррукозный
 - базалиоидный
- ▣ Степень дифференцировки
 - G1
 - G2
 - G3

Рост и метастазирование

- ▣ Первичная опухоль
 - головка полового члена (48-82,9%)
 - крайняя плоть (11,4-21%)
 - тело полового члена (5,7%)
- ▣ Строго поэтапная диссеминация
 - паховые лимфоузлы
 - тазовые лимфоузлы
 - отдаленные метастазы
- ▣ Регионарные метастазы – 24%
- ▣ Отдаленные метастазы - 3% (лёгкие, печень, кости, ЦНС)

Классификация рака полового члена **TNM (2002)**

Tx — опухоль не может быть определена

T0 — нет первичной опухоли

Tis — рак in situ

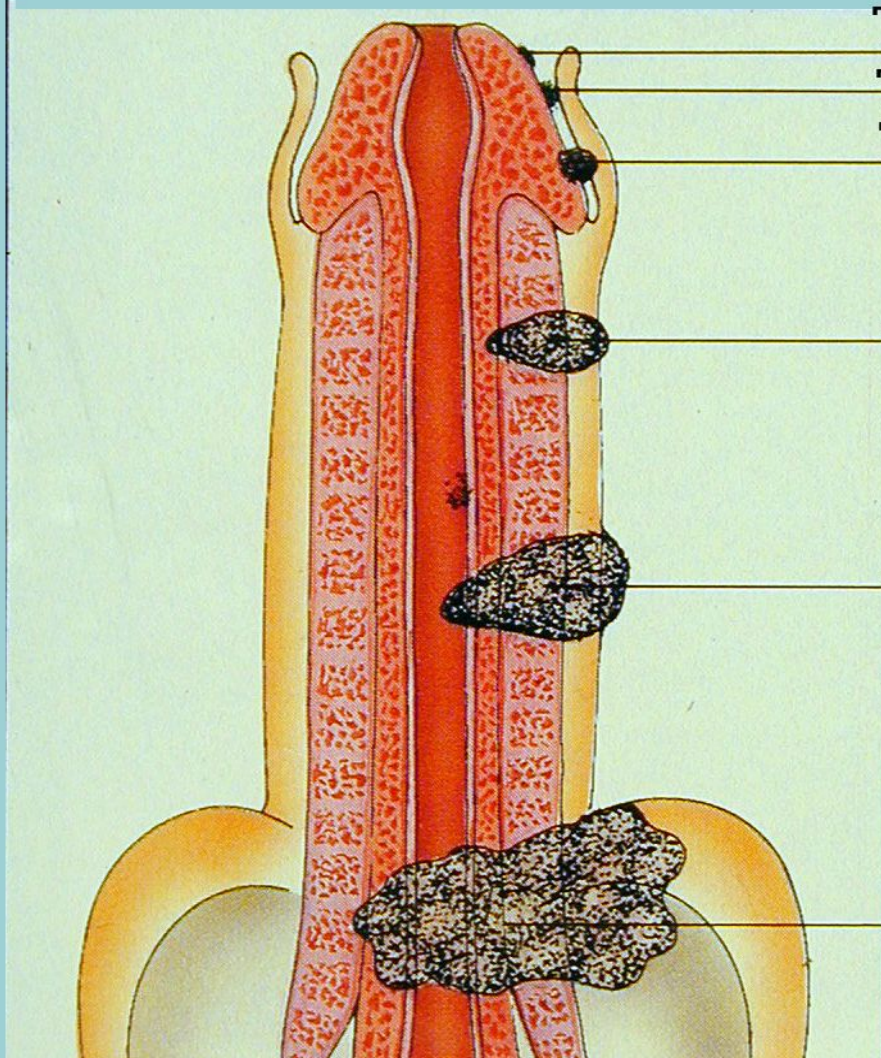
Ta — неинвазивный рак

T1 — опухоль прорастает субэпителиальную соединительную ткань

T2 — опухоль прорастает в пещеристое или кавернозное тело

T3 — опухоль прорастает в уретру или предстательную железу

T4 — опухоль прорастает другие соседние органы



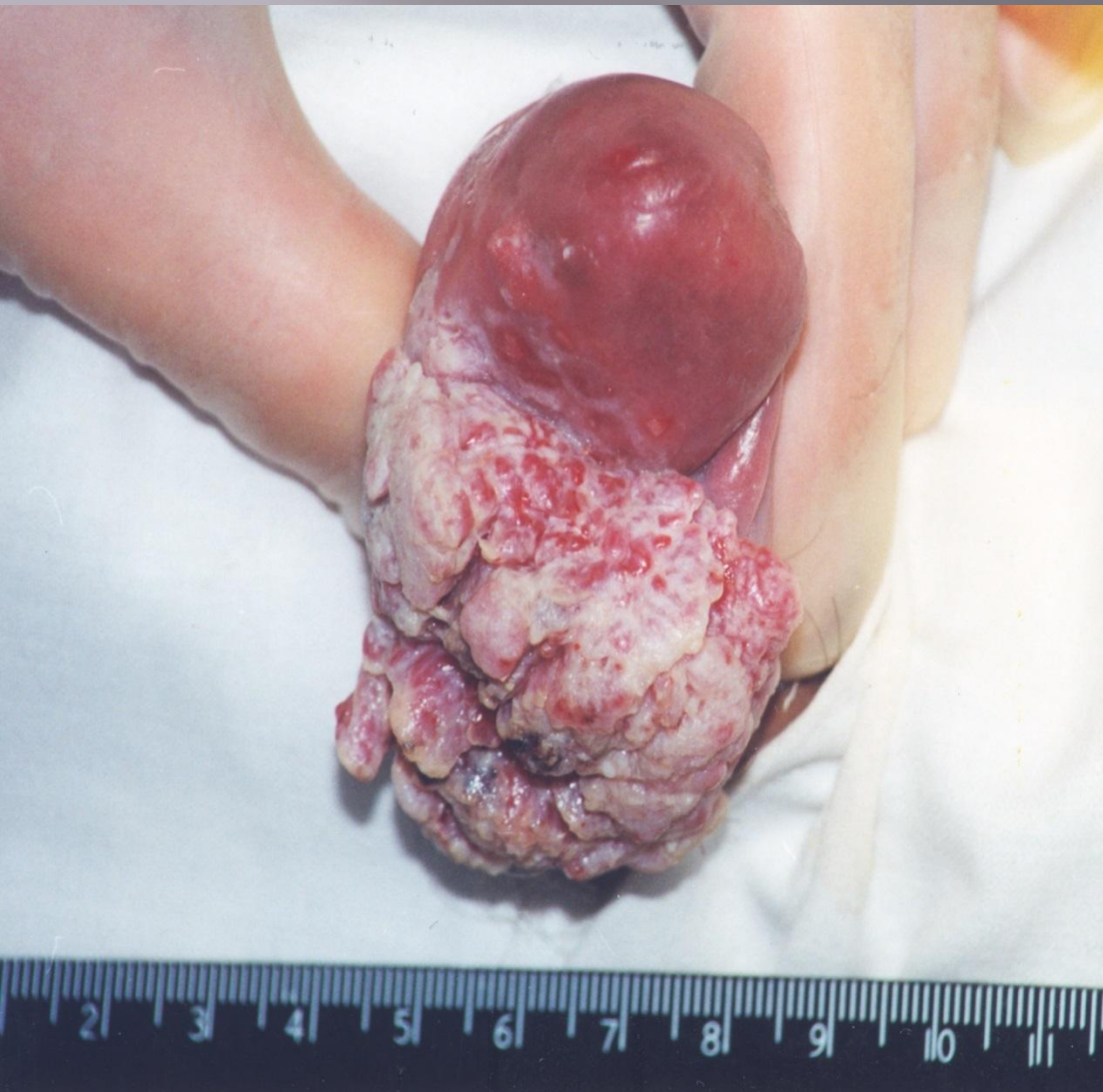


категория **Tis**



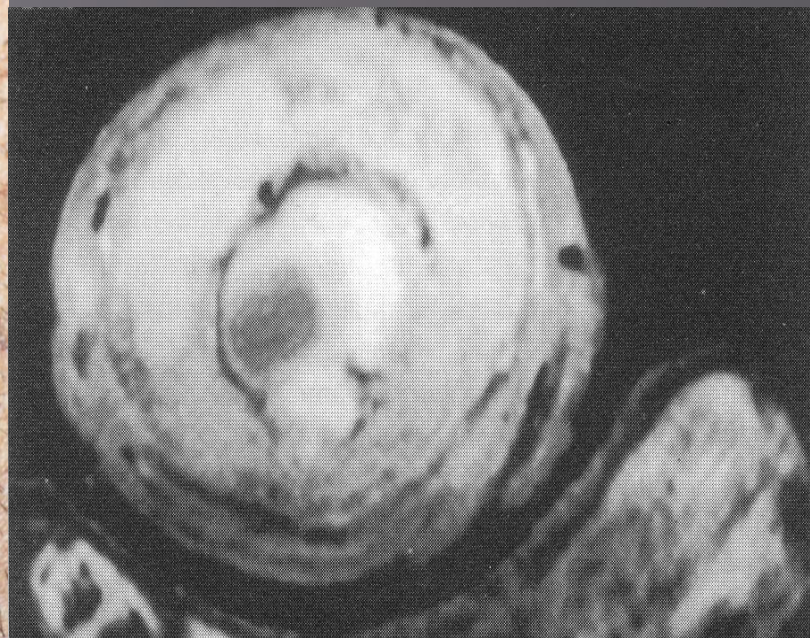
категория **T1**

Категория Т2



МРТ (T1 режим)

Категория Т3



МРТ (T1 режим)

Классификация рака полового члена **TNM (2002)**

- ▣ Категория N
 - N0 – нет регионарных метастазов
 - N1 – метастаз в 1 паховый лимфоузел
 - N2 – метастазы в >1 поверхностный лимфоузел, 2-сторонние метастазы
 - N3 – метастазы в глубокие паховые и/или тазовые лимфоузлы
- ▣ Категория M
 - M0 – нет отдаленных метастазов
 - M1 – есть отдаленные метастазы



Клиническая симптоматика

- бессимптомное / нетипичное течение
- Легкое жжение, покраснение головки
- Язвы, уплотнения
- Трещины
- Боли, трещины, язвы являются поздними симптомами
- Метастазы в лимфоузлы в 50%

Диагностика

■ Оценка категории T

- Пальпация
- УЗИ полового члена
- МРТ полового члена
- Цитологическая/ гистологическая верификация обязательна!

■ Оценка категории N

- Пальпация
- УЗКТ паховых областей, таза
- КТ таза

■ Оценка категории M – при N+

- УЗКТ брюшной полости, забрюшинного пространства
- Рентгенография органов грудной клетки

Лечение первичной опухоли:

- ▣ Органосохраняющее лечение
 - хирургическое
 - лазер
 - фотодинамическая терапия
 - локальная химиотерапия
 - лучевая терапия
 - химиотерапия
 - комбинированное лечение
- ▣ Органоуносящее лечение
 - частичная пенэктомия
 - ампутация полового члена
 - эмаскуляция
 - расширенная эмаскуляция (+резекция симфиза, гемикорпорэктомия, неклассифицируемые операции)

При выборе метода лечения на первое место выходит качество жизни

1. сексуальная функция
2. мочеиспускание стоя
3. низкая токсичность лечения
4. короткий срок лечения

Зависимость лечения от стадии:



- T+, N1-3 M0
 - Резекция + LA или экстирпация полового члена с лимфаденэктомией
- T2-4, N0 M0
 - Удаление опухоли и паховых лимфоузлов + адъювантная химиотерапия
- T+, N+ M1
 - Неoadъювантная химиотерапия + симптоматическая операция

Уровень 5-летней выживаемости:

- Среди пациентов с отрицательными л/у – 66%
- Среди пациентов с положительными л/у – 27%