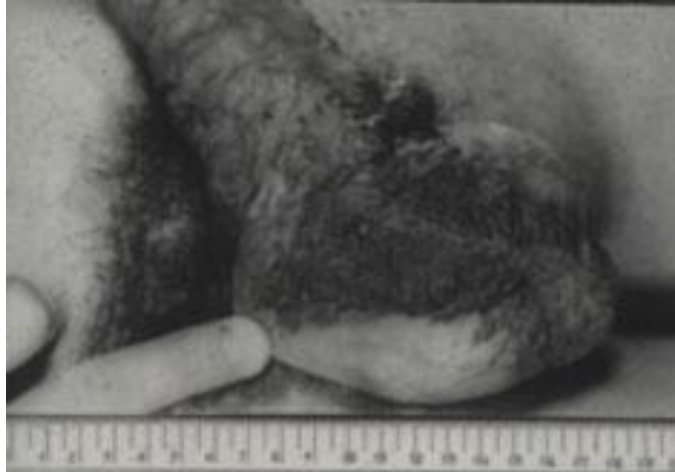


ОПУХОЛИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Сано шингиро рэми
Мл-410



*Гемангиома
полового члена*

Доброкачественные опухоли:

- киста;
- гемангиома;
- невус;
- папиллома;
- остроконечные кондиломы.

Киста полового члена

папиллома полового члена

- **Рак полового члена** – новообразование злокачественного характера, который локализуется на тканях мужского репродуктивного органа. Такой вид онкологии способен к развитию метастазов, что может привести к летальному исходу.

Причины развития

Оснований для возникновения данной болезни много:

- курение
- несоблюдение правил личной гигиены
- развитие заболеваний-предшественников

Фимоз может стать причиной
злокачественной опухоли

Патофизиология

- Первичные опухоли – те, которые начали свой рост из тканей органа, слизистой уретры или покровного эпителия
- Вторичные опухоли – метастатические поражения полового члена (чаще кавернозных тел)
- Существуют так называемые предраковые заболевания: *лейкоплакия, облитерирующий баланит, эритроплазия Кейра, болезнь Боуэна, остроконечные кондиломы, кожный рог.*

Эритроплазия Кейра

ксеротический облитерирующий
баланит.

Дифференциальная диагностика
– сифилитический шанкр

Остроконечные кондиломы
полового члена.

**Высыпания Herpes simplex virus на коже полового
члена.**

Классификация Рака полового члена

- Сосочковая (папиллярная) — опухоль напоминает «цветную капусту», внешне похожа на остроконечную кандилому, но, инфильтруя близлежащие ткани, опухоль выделяет жидкость с примесью крови.
- Язвенная. Появление язвы с резкими границами, плотными краями.
- Узловая. Опухоль в виде уплотнений, которые распадаясь образуют свищи, с гнойно-ихорозным отделяемым.

TNM(Tumor, Nodus, Metastasis)-классификация:

- T – первичная опухоль
- Tx- недостаточно данных для оценки первичной опухоли
- T0 – опухоль не определяется
- Tis- преинвазивная карцинома
- Ta- неинвазивная бородавчатая карцинома
- T1- опухоль распространяется на субэпителиальную соединительную ткань
- T2- опухоль распространяется на губчатое и пещеристое тело
- T3- опухоль распространяется на уретру или простату
- T4- опухоль распространяется на соседние структуры

- N- регионарные лимфатические узлы
- Nx- недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфоузлов
- N0- нет поражения регионарных лимфоузлов
- N1- метастазы в одном одиночном паховом лимфоузле
- N2- метастазы в нескольких поверхностных паховых лимфоузлах или метастазы с обеих сторон
- N3- метастазы в глубоких паховых лимфоузлах или в лимфоузлах таза, односторонние или двусторонние

- М – отдалённые метастазы
- Мх- недостаточно данных для оценки наличия отдалённых метастазов
- М0- нет отдалённых метастазов
- М1- метастазы в отдалённые органы

При РПЧ метастазирование происходит лимфогенным и гематогенным путями. Лимфогенно поражаются паховые и подмышечные лимфоузлы. Гематогенно поражаются лёгкие, печень, кости, головной и спинной мозг, сердце.

Классификация Рака полового члена (РПЧ) Джексону

- Стадия 1 - распространение опухоли в области головки и крайней плоти
- Стадия 2 – распространение опухоли на тело полового члена
- Стадия 3 – наличие операбельных метастазов в паховые лимфатические узлы
- Стадия 4 – опухоль переходит на смежные структуры; наличие неоперабельных паховых метастатических узлов

Рак крайней плоти

(головка)

При описании поражения указывается размер, локализация, цвет, границы, тип поражения, подвижность, связь с рядом лежащими тканями.

Язвенная и папилломатозная типы рака полового члена.

Диагностика

Диагностика направлена на оценку первичного поражения, регионарных ЛУ, отдаленных МТС(metastasis) - при поступлении больного и во время диспансерного наблюдения.

- **Первичная опухоль:** пальпация и осмотр полового члена, мошонки с определением размера, локализации, степени вовлечения губчатого и пещеристых тел;
- исследование *per rectum* оценки состояния промежности и малого таза;
- Соскоб опухоли (при экзофитной опухоли) → цитологический диагноз
- Открытая биопсия (при эндофитной опухоли) → гистологический диагноз;
- Инструментальное исследование: УЗИ или МРТ полового члена и малого таза, если есть вовлечение кавернозных тел.

- **Метастаз в регионарные лимфоузлы:** пальпация с целью выявления увеличенных лимфоузлы .

лимфоузлы не пальпируются: по показаниям выполняется динамическая сцинтиграфия

лимфоузлы пальпируются: пункционная биопсия регионарных ЛУ с цитологическим исследованием, УЗИ, КТ или МРТ малого таза (если имеются в паховых лимфоузлы);

- **Отдаленные MTS(metastasis):**

- КТ органов брюшной полости (при MTS в тазовых ЛУ);
- Рентгенография грудной клетки (при MTS в регионарных ЛУ);
- Сцинтиграфия костей (при наличии симптоматики).

Лечение

Основная цель лечения РПЧ – максимальное сохранение эстетического вида и функциональных способностей полового члена при положительных онкологических результатах.

- Хирургическое лечение
- Лучевая терапия
- Химиотерапия
- Комбинированное лечение

- **Хирургическое лечение:**

- **органосохраняющие операции** (показания: Tis, Ta, T1, T2 ГОЛОВКИ):

- circumcisio (рак крайней плоти);

- электрорезекция;

- криодеструкция;

- лазерная терапия ±

операция Дюкена (пахово – бедренная лимфаденэктомия)

- **органосохраняющие операции** (показания: T1G3, T \geq 2, неэффективность консервативной терапии):

- частичная или полная ампутация полового члена ±

операция Дюкена.

1. ЧАСТИЧНАЯ АМПУТАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

ЧАСТИЧНАЯ АМПУТАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

- **Лимфаденэктомия** – эффективная терапия пациентов с пальпируемыми (позитивными по данным исследований) лимфоузлами, однако эта операция имеет высокую частоту осложнений (30-50%), даже при применении современных методик лечения!

- **Регионарные лимфоузлы не пальпируются**

1 этап: динамическая сцинтиграфия ЛУ при T1G2- 3, T \geq 2;

2 этап: радикальная пахово – бедренная лимфаденэктомия при поражении лимфоузлы по данным динамической сцинтиграфии ЛУ или при стадиях T2, T1G3.

- **Регионарные лимфоузлы пальпируются**
 - операция Дюкена + адьювантная тазовая лимфаденэктомия (тазовая лимфаденэктомия включает наружные подвздошные и подвздошно – обтураторные лимфоузлы);
 - односторонняя операция Дюкена на стороне поражения;
 - химиотерапия + операция Дюкена при фиксированных паховых лимфоузлы, поражении тазовых лимфоузлов;
 - лучевая терапия +/- лимфаденэктомия при фиксированных ЛУ, если химиотерапия не показана;
- **Отдаленные MTS(metastasis):** паллиативная терапия.

ПАХОВЫЕ И ТАЗОВЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ

ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ ДЮКЕНА

- **ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ** (малоэффективна при инвазивном раке):
 - низкодозное (2Гр до суммарной дозы 50-60 Гр в течение 4-6 недель) облучение при Tis, Ta, T1:
 - брахитерапия + circumcisio (показания T1 и T2 менее 4 см.):
- **КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ (T1-T2)** – лучевая терапия и химиотерапия противоопухолевыми лекарственными средствами (блеомицин, винкристин, доксорубицин, метотрексат, цисплатин).

Химиотерапия

- Химиотерапия инвазивных форм рака не имеет самостоятельного значения и применяется в комбинации с лучевой терапией
- Наиболее используемые схемы химиотерапии: метотрексат+блеомицин+цисплатин (МРВ), блеомицин+цисплатин+винбластин.

На сегодняшний день существует мнение о необходимости проведения комбинированного лечения!

- При выборе метода лечения учитывается возраст пациента, тяжесть состояния, социаль – экономический уровень, сексуальная функция, осложнения после различных видов лечения;
- Онкологи стоят перед выбором между эффективностью малоинвазивных вмешательств (лазеротерапия, криотерапия, местная химиотерапия) и радикальностью лечения (ампутация полового члена с лимфаденэктомией).

Прогноз

- Даже после полного излечения болезни пациенту обязательно нужно наблюдаться у врача и периодически проходить повторное обследование. Потому что рак – очень непредсказуемое заболевание. Он может вернуться в виде рецидивов в любой момент. Если после оперативного лечения рецидивы случаются только у 5-7% мужчин, то после консервативного – у половины больных.