

РАК ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

ХИВИНЦЕВ СЕРГЕЙ 42 ГРУППА

-
- Рак полового члена (РПЧ) - довольно редкое для развитых стран заболевание (встречается менее чем у 1 % мужчин). Поражение в основном возникает в возрасте старше 50 лет. В 2007 г. заболеваемость РПЧ в РФ составляла 0,6 на 100 тыс. мужского населения. В преобладающем большинстве случаев РПЧ развивается на фоне фимоза, на участке, наиболее изолированном от внешней среды, - на головке, внутреннем листке крайней плоти.

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- К предраковым заболеваниям кожи полового члена относятся кожный рог, лейкоплакия, хронический облитерирующий баланит, остроконечные кондиломы и опухоль Бушке-Левенштейна. Кроме того, развитию плоскоклеточной карциномы полового члена нередко предшествует рак *in situ*, который описан как болезнь Боуэна и эритроплазия Кейра.

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- *Кожный рог* - вырост ороговевшего эпителия на головке полового члена. Является следствием гиперплазии и метаплазии сосочкового слоя кожи с ороговением.
- *Лейкоплакия* выглядит как белесоватые бляшки в области наружного отверстия уретры, уздечки. Гистологически это гиперкератоз, паракератоз и акантоз. Часто сочетается с сахарным диабетом.
- *Ксерозный облитерирующий баланит* - сухое образование, с изъязвлениями, трещинами. Гистологически выявляется атрофия эпидермиса с отеком и лимфоидной инфильтрацией. Локализуется в области головки полового члена и крайней плоти.
- *Рак in situ* характеризуется утолщением эпителия с потерей полярности, появлением атипичных митозов, увеличением количества гиперхромных клеток, которые не выходят за пределы базальной мембраны, строго в эпителиальном слое. Эритроплазия Кейра поражает головку, крайнюю плоть или тело полового члена, проявляется как гиперемированный плотный участок, с четкой границей. Болезнь Боуэна может переходить на промежность. Она проявляется как серобелая бляшка со струпом. Высок риск малигнизации.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Клиническая классификация TNM
- Т - первичная опухоль
- Тх - оценка первичной опухоли невозможна. Т0 - первичная опухоль не обнаружена. Тis - *рак in situ*.
- Та - неинвазивный веррукозный рак.
- Т1 - опухоль поражает соединительную ткань под эпителием.
- Т2 - опухоль поражает пещеристое или губчатое тела.
- Т3 - опухоль поражает уретру или простату.
- Т4 - опухоль поражает соседние ткани и органы.

N - регионарные лимфатические узлы

- ? - состояние регионарных лимфоузлов оценить невозможно.
- N0 - метастазов в регионарных лимфоузлах нет.
- N1 - метастаз в один поверхностный паховый лимфоузел.
- N2 - метастазы во множественные или двусторонние поверхностные паховые лимфоузлы.
- N3 - метастазы в односторонние или двусторонние глубокие паховые или тазовые лимфоузлы.

M - отдаленные метастазы

- Mx - наличие отдаленных метастазов оценить невозможно.
- M0 - отдаленных метастазов нет.
- M1 - наличие отдаленных метастазов.

Классификация по **Н. Джексону**:

- I стадия - распространение опухоли в области головки полового члена и крайней плоти
- II стадия - распространение на тело полового члена;
- III стадия - наличие операбельных метастазов в паховых лимфатических узлах;
- IV стадия - опухоль переходит на смежные структуры, наличие неоперабельных метастазов.

ЭТИОЛОГИЯ

- Этиология рака полового члена мультифакторна. Прослеживается взаимосвязь между курением, гигиеническими привычками, местными патологическими процессами и развитием рака полового члена. Мужчины-курильщики имеют больший риск возникновения злокачественных новообразований мочеполовой системы. Это обусловлено канцерогенным действием продуктов горения табака на клетки мочевых и половых органов и ослаблением иммунитета, неспособного обеспечить местную защиту.
- Несоблюдение мужчиной личной гигиены приводит к скоплению под листком крайней плоти препуциальной смазки (сmegмы) и слущенных клеток, которые поддерживают постоянное раздражение и воспаление головки полового члена, что в дальнейшем может вызвать ее онкологическое поражение. У четверти пациентов опухоли полового члена сопутствует фимоз. Установлено, что циркумцизио – обрезание крайней плоти, выполненное в младенчестве, снижает вероятность возникновения рака пениса на 70%.

-
- Важное значение в этиологии онокозаболевания придается гигиене половой жизни: известно, что раннее (до 18-20 лет) начало сексуальной жизни и частая смена партнерш увеличивают риск развития неоплазии пениса в 4-5 раз. Онкологические поражения полового органа тесно связаны с ЗППП, ведущими к хроническому баланопоститу. У 30-80% пациентов новообразование вызывается папилломавирусом человека, в частности его онкогенными штаммами ВПЧ-6, ВПЧ-11 и ВПЧ-16, ВПЧ-18. В особой группе риска находятся гомосексуалисты, больные СПИДом, и мужчины, имеющие незащищенные случайные половые связи.

КЛИНИКА

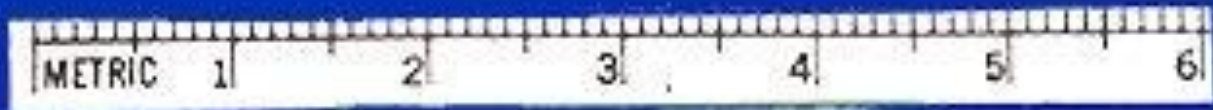
- В ранних стадиях РПЧ протекает бессимптомно, больные его не замечают. Постепенно прогрессируя, опухоль увеличивается в размерах. Она может иметь вид эрозии, трещины, язвы, узелка, гиперемии. Присоединяется отек крайней плоти. По мере роста опухоли появляются жалобы на ощущение дискомфорта и зуд в области головки полового члена, реже - на затруднение и рези при мочеиспускании. При распаде опухоли образуются мочевики, свищи, при присоединении инфекции - гнойные выделения. Возможно развитие сепсиса.

-
- При наличии фимоза возможно скрытое протекание болезни, и только запах и выделения могут свидетельствовать о необходимости посетить врача.
 - Метастазы опухолей в первую очередь поражают паховые лимфатические узлы, увеличение которых при пальпации выявляют у 40-80 % пациентов с РПЧ. Однако необходимо помнить, что у половины больных увеличение размеров лимфатических узлов обусловлено лишь воспалительной реакцией. При непальпируемых узлах метастазы выявляются в 20 % случаев.

-
- Отдаленное метастазирование наблюдается у 1-10 % больных, чаще всего поражаются легкие, печень, кости и головной мозг. В целом для РПЧ характерна быстрая опухолевая прогрессия; большинство пациентов, не получавших лечение, умирают в течение двух лет.

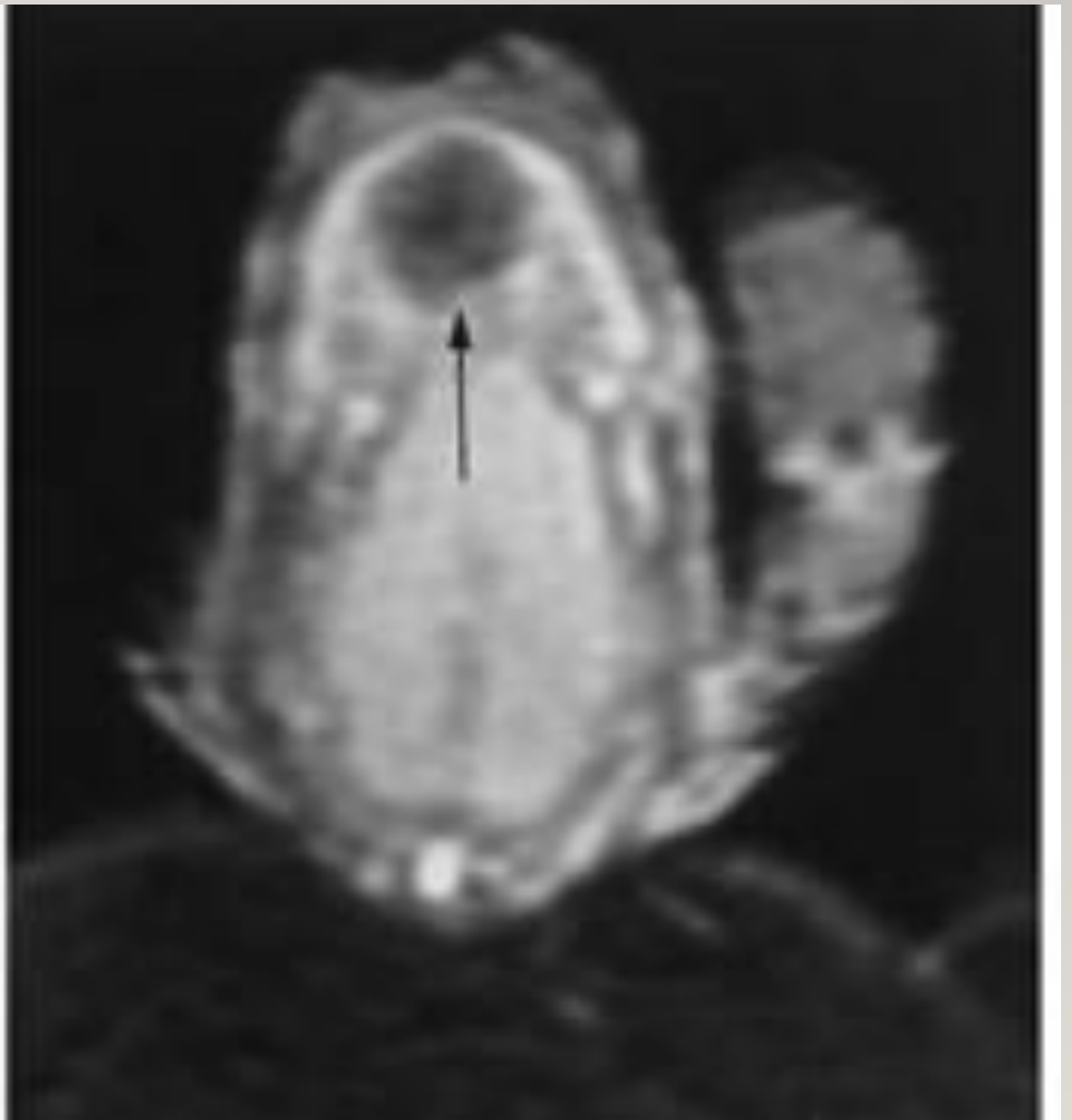
РАК ПОЛОВОГО ЧЛЕНА





ДИАГНОСТИКА

- В ранних стадиях диагностика затруднена при наличии фимоза, сужении наружного кольца крайней плоти. В поздних стадиях клинические проявления достаточно типичны, при этом диагностика не представляет трудностей. Проведение цитологического, морфологического обследования дает возможность точно установить диагноз.
- Для уточнения стадии показано УЗИ периферических лимфатических узлов. Для определения глубины инвазии опухоли и границ резекции рекомендуется также выполнять кавернозографию, при необходимости рентгенографию грудной клетки, КТ головного мозга,
- ОБП, ПЭТ.



ЛЕЧЕНИЕ

- Основной метод лечения РПЧ - хирургический: парциальная или тотальная пенэктомия. В последние годы отмечена тенденция к полному удалению опухоли при максимально возможном сохранении здоровой ткани. С этой целью предложено несколько методик: лазерная коагуляция, криодеструкция и микрографическая хирургия Мохс. Важное место занимает лучевая терапия.
- Пациентам с небольшими поверхностными опухолями полового члена, расположенными на головке и в дистальных отделах тела полового члена, показана парциальная пенэктомия. При отсутствии метастатического поражения регионарных лимфатических узлов 5-летняя выживаемость больных раком полового члена после парциальной пенэктомии колеблется от 70 до 80 %.

-
- Тотальная пенэктомия применяется при поражении проксимальных отделов полового члена. У ряда пациентов с опухолями, врастающими в мошонку или кости лонного сочленения, возможно комбинированное применение неоадьювантной химиотерапии и расширенного хирургического вмешательства: гемипельвэктомии и гемикорпорэктомии.
 - Спорным моментом является необходимость лимфаденэктомии при непальпируемых лимфатических узлах. Следует помнить, что в 20 % случаев там выявляются метастазы, однако нельзя упускать из виду и высокую частоту осложнений лимфаденэктомии (до 87 %). Предложена тактика биопсии сторожевого лимфатического узла (первый узел, находящийся на пути опухолевого лимфооттока, который может содержать опухолевые клетки). Анатомически этот узел является частью лимфатической системы на уровне нижней поверхностной эпигастральной вены

-
- При выявлении метастазов в паховых лимфатических узлах даже с одной стороны показано проведение двусторонней лимфаденэктомии, что связано с перекрестными путями лимфооттока в основании полового члена. При выполнении тазовой лимфаденэктомии применяют операцию Дюкена. В последние годы используются эндоскопические методики лимфаденэктомии.
 - Лечение пациентов с опухолями полового члена в стадии Tis проводят с применением CO₂-лазера и операционного микроскопа. Более инвазивные новообразования обычно требуют комбинированного применения обычного хирургического иссечения опухоли и коагуляции Nd:YAG-лазером.

-
- Лучевая и химиотерапия дают примерно одинаковые результаты. Если раньше многие специалисты скептически относились к лучевой терапии как альтернативе хирургического лечения, то сейчас, на фоне значительного прогресса в радиационной медицине (появление методик мегавольтного облучения, брахитерапии), их мнение меняется. Перед проведением лучевой терапии целесообразно выполнить циркумизию для предотвращения лучевого склероза крайней плоти. При поверхностных опухолях (T1) возможно облучение с применением фотонных или электронных пучков, с захватом окружающих тканей в радиусе 2 см. Мегавольтная лучевая терапия проводится ежедневно с поглощенной дозой от 2 до 2,5 Гр до суммарной дозы 50-60 Гр.

-
- Химиотерапию применяют как самостоятельный метод или вместе с облучением. Ее назначают при РПЧ I-II стадии. В поздних стадиях при наличии отдаленных метастазов или множественных метастазов в лимфатические узлы она неэффективна. Лучшие результаты получены при использовании схем, включающих блеомицин и комбинацию цисплатина с фторурацилом.
 - При наличии регионарного метастазирования проводят комбинированное лечение: предоперационное лучевое и (или) химиотерапию,
 - хирургический компонент на первичный очаг и операцию Дюкена (паховую лимфаденэктомию).
 - В IV стадии проводится симптоматическая, паллиативная терапия.

ПРОГНОЗ

- При I стадии возможно стойкое излечение почти у всех больных. При II и III стадиях 5-летняя выживаемость составляет около 60-70 %.
- Сочетание хирургического, лучевого лечения и химиотерапии повышает выживаемость до 75 %. При отсутствии лечения больные живут в среднем около 3 лет.