

Peniskarzinom

Wie häufig ist das Peniskarzinom?

Das Peniskarzinom gehört zu den seltenen urologischen Tumoren. Der Anteil an allen männlichen bösartigen (malignen) Erkrankungen in Europa und den USA beträgt ca. 0,5 %. Der Altersgipfel der Erkrankung liegt zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr, es werden aber auch gelegentlich Erkrankungsfälle bei Patienten unterhalb des 40. Lebensjahres beschrieben.

Ursachen

Es existiert eine Anzahl an Risikofaktoren für die Erkrankung an einem Peniskarzinom wie zum Beispiel chronische, unspezifische Infektionen, schlechte Hygiene und die nicht behandelte Vorhautverengung (Phimose). Zu den weiteren gesicherten Risikofaktoren werden Virus-assoziierte Veränderungen (Human papilloma Virus (HPV)) sowie basaloide und verruköse Warzen gezählt. Insbesondere nicht abgeheilte HPV-Infektionen mit Viren der Hochrisikogruppe (HPV Typ 16 und 18) werden für die Entwicklung von etwa 50% der Peniskrebskrankungen verantwortlich gemacht.

Bei der Entstehung (Pathogenese) des Peniskarzinoms spricht man von so genannten Präkanzerosen, also von Veränderungen, die eine Vorstufe des eigentlichen Karzinoms darstellen. Hierzu zählt neben der Condylomata accuminata das Carcinoma in situ bzw. der Morbus Bowen.

Diagnostik

Die Diagnostik umfasst die genaue klinische Inspektion, die Tastuntersuchung und die Ultraschalluntersuchung (Sonografie) von Penis, Leiste und Beckenregion. Gegebenenfalls

sind weitere bildgebende Untersuchungen wie zum Beispiel die Kernspintomografie des Penis und des Beckens nötig.

Die Probeentnahme aus einem auffälligen verdächtigen (suspekten) Bereich mit histologischer Untersuchung bestätigt die Verdachtsdiagnose. Bei gesicherter Diagnose eines Peniskarzinoms ist stadienabhängig eine weitere Ausbreitungsdiagnostik notwendig. Diese kann die Skelettszintigrafie, die Computertomografie bzw. Magnetresonanztomographie des Beckens/ der Leiste und des Bauchraumes sowie die Röntgenuntersuchung der Lunge umfassen.

Therapie

Die Therapie des Peniskarzinoms basiert auf der feingeweblichen (pathohistologischen) Untersuchung. Eine Gewebeentnahme ist also in jedem Fall vor einer Therapie unumgänglich. Diese kann bereits im Vorfeld zu einer geplanten Behandlung oder auch in gleicher Narkose nach Schnellschnittuntersuchung mit der Therapie erfolgen. Bei oberflächlichen Tumoren wird entschieden zwischen der örtlichen Entfernung (Exzision), als Therapie der ersten Wahl und der so genannten topischen Therapie zum Beispiel mittels einer örtlichen Salbenbehandlung (Imiquimod oder 5 Fluorouracil). Auch die Lasertherapie, die Kryotherapie (Vereisung) oder auch Radiotherapie (Bestrahlung) kommen zur Anwendung. Während die operative vollständige Entfernung des Tumors eine exakte Diagnose hinsichtlich Aggressivität und Ausmaß (Eindringtiefe) ermöglicht, bleibt bei den konservativen Verfahren, die zwar weniger eingreifend (invasiv) sind, die exakte Diagnose hingegen unklar. Insofern kann es bei Einsatz konservativer Verfahren zu einer Unterbehandlung oder Fehlbehandlung kommen.

Bei oberflächlichen Tumoren kann das Glied nahezu immer erhalten werden (organerhaltendes Vorgehen). Bei fortgeschrittenen Karzinomen ist die Standardtherapie die teilweise oder vollständige Entfernung des Glieds (Penektomie). In seltenen Fällen ist nach entsprechender Absprache auch bei fortgeschrittenen Tumoren eine organerhaltende Therapie möglich.

Die Entfernung der Lymphknoten im Bereich der Leiste (inguinale Lymphadenektomie) wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Je nach Tastbefund und feingeweblichem Befund muss individuell entschieden werden, ob eine Entfernung dieser Lymphknoten notwendig und sinnvoll ist. Hilfreich bei der Entscheidungsfindung, ob eine Lymphknotenentfernung notwendig ist, ist die Einteilung in klinische Risikogruppen. Dennoch ergeben mehr als die Hälfte aller tastbaren Lymphknoten in der Gewebeuntersuchung keinen Anhalt für Malignität sondern stellen eine entzündliche Reaktion auf den Primärtumor dar. Andererseits kann die rechtzeitige inguinale Lymphadenektomie bei allmählicher schrittweiser lymphatischer Aussaat des Tumors eine Heilung bedeuten. Die im Hause praktizierte so genannte Sentinel-Lymphadenektomie ist bei diesem klinischen Dilemma äußerst hilfreich. Mit dieser Technik können genau diejenigen Lymphknoten markiert werden, in denen zuerst Absiedlungen (Metastasen) der Krebserkrankung auftreten. So kann durch Entfernung eines einzelnen Lymphknotens aus der Leiste eine belastende vollständige Lymphknotenentfernung auf diejenigen Patienten beschränkt werden, bei denen tatsächlich Absiedlungen (Metastasen) vorhanden sind.

In Anschluss an eine Operation kann bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen - je nach Lymphknoten- und Organstatus - eine nachfolgende Chemotherapie nötig werden.

Nachsorge

Eine enge Tumornachsorge ist bei Patienten mit Peniskarzinom sehr wichtig. Ein erneutes Auftreten des Tumors (Tumorrezidiv) kommt meist innerhalb der ersten zwei Jahre nach Erstdiagnose vor. Die Nachsorge umfasst die regelmäßige Untersuchung von Glied und Leiste und beinhaltet auch eine sonografische Beurteilung. Bei jeder neu aufgetretenen Lymphknotenschwellung in der Leiste bei bekanntem Peniskarzinom muss immer an eine Tumoraussaat gedacht werden. Je nach Ausgangsbefund können auch weitere bildgebende Untersuchungen notwendig sein.

Prognose

Die Überlebensprognose bei diagnostiziertem Peniskarzinom hängt im Wesentlichen von dem Lymphknotenstatus und dem Tumorgrad ab. Handelt es sich um ein lokal begrenztes Peniskarzinom, so sind die Aussichten günstig und etwa zwei Drittel dieser Gruppe überleben die ersten 5 Jahre nach Diagnosestellung. Bei Lymphknotenbefall in der Leiste liegt die 5 Jahresüberlebensrate jedoch nur noch bei etwa 27%.

Die urologische Klinik des Klinikums Ingolstadt bietet – bis auf die Kryotherapie - das komplette diagnostische und therapeutische Spektrum bei der Behandlung von Patienten mit einem Peniskarzinom an.