

Penistumor (1)

Epidemiologie:

Die Inzidenz des Peniskarzinoms korreliert mit der Inzidenz des Zervixkarzinoms und ist geographisch sehr unterschiedlich.

Inzidenz bei Männern je 100 000:	0,3-1,5
Mittleres Erkrankungsalter:	57 Jahre (M. Bowen ab 40 Jahren)

Risikofaktoren:

- Alter
- ungeschützte sexuelle Promiskuität
- anogenitale HPV-Infektion
- chronische Irritation (z. B. bei Phimose) oder Entzündung
- ungenügende Hygiene

Symptome:

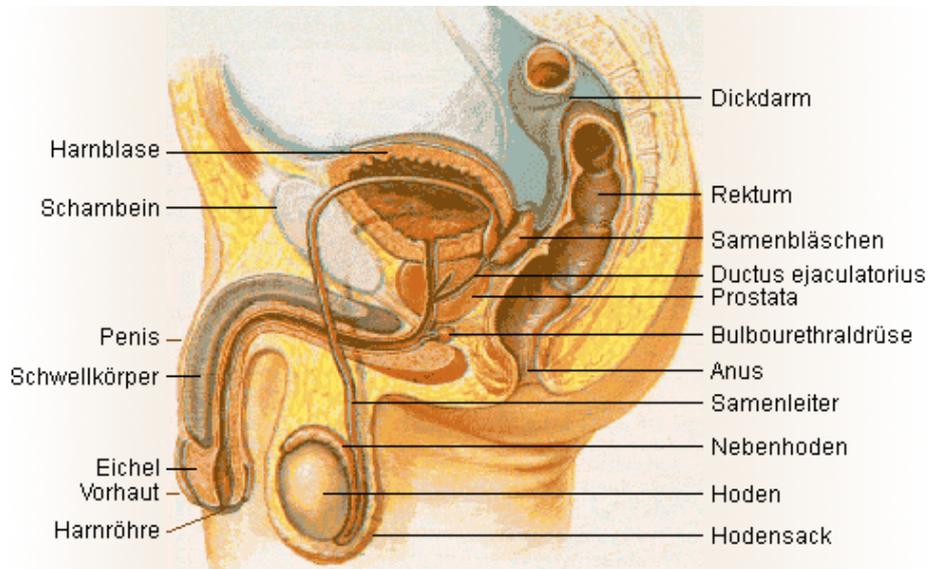
- Knoten am Penis
- Schmerzen, Ulkus
- entzündliche Veränderungen
- Brennen und Stechen unter der Vorhaut (Präputium)
- Lymphknotenschwellungen in der Leiste
- Spätsymptome: Blutung, urethrale Fistel, Obstruktion, Gewichtsverlust, Mattigkeit

ICD-10 (Deutsche Ausgabe 2008):

C60.0	Bös. Neub.: Präputium (Vorhaut)
C60.1	Bös. Neub.: Glans penis (Eichel)
C60.2	Bös. Neub.: Penisschaft (mit Schwellkörpern: Corpora cavernosa, Corpus spongiosus)
C60.8	Bös. Neub.: Penis, mehrere Teilbereiche überlappend
C60.9	Bös. Neub.: Penis o.n.A.
D07.4	Carcinoma in situ: Penis
D37.6	Neub. unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Sonstige männliche Genitalorgane

C60.0 bis C60.9 entsprechen den Lokalisationscodes der ICD-O-3.

Penistumor (2)



Quelle: Wikipedia

Regionäre Lymphknoten:

- oberflächliche und tiefe Leistenlymphknoten
- Beckenlymphknoten

TNM 7 2009 – deutsche Auflage 2010:

TX	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
Ta	Nichtinvasives verruköses Karzinom
T1	Tumor infiltriert subepitheliales Bindegewebe
T1a	keine lymphovaskuläre Infiltration, nicht schlecht differenziert /undifferenziert
T1b	mit lymphovaskulärer Infiltration oder schlecht differenziert/ undifferenziert
T2	Tumor infiltriert Corpus spongiosum oder cavernosum
T3	Tumor infiltriert Urethra
T4	Tumor infiltriert andere Nachbarstrukturen

Penistumor (3)

NX	Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
pNX	Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0	Keine palpablen oder sichtbar vergrößerte Leistenlymphknoten
pN0	Keine regionären Lymphknotenmetastasen
N1	Ein palpabler mobiler unilateraler Leistenlymphknoten
pN1	Metastase(n) in einem Leistenlymphknoten
N2	Multiple oder bilaterale palpable mobile Leistenlymphknoten
pN2	Metastasen in multiplen oder bilateralen Leistenlymphknoten
N3	Fixierte Leistenlymphknotenpakete oder uni- oder bilaterale pelvine Lymphadenopathie
pN3	Metastase(n) in Beckenlymphknoten (uni- oder bilateral) oder extranodale Ausbreitung regionärer Lymphknotenmetastasen

MX	Fernmetastasen nicht beurteilbar
M0	keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen

UICC-Stadium (2009):

Stadium 0	Tis Ta	N0 N0	M0 M0
Stadium I	T1a	N0	M0
Stadium II	T1b T2 T3	N1 N0, N1 N0	M0 M0 M0
Stadium IIIA	T1, T2, T3	N1	M0
Stadium IIIB	T1, T2, T3	N2	M0
Stadium IV	T4 Jedes T Jedes T	Jedes N N3 Jedes N	M0 M0 M1

TNM 6. Auflage 2002:

TX	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
Ta	Nicht-invasives verruköses Karzinom
T1	Tumor infiltriert subepitheliales Bindegewebe
T2	Tumor infiltriert Corpus spongiosum oder cavernosum
T3	Tumor infiltriert Urethra oder Prostata
T4	Tumor infiltriert andere Nachbarstrukturen
NX	Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden.
N0	Keine regionären Lymphknotenmetastasen

Penistumor (4)

N1	Metastase(n) in solitärem oberflächlichen Leistenlymphknoten
N2	Metastasen in multiplen oder bilateralen oberflächlichen Leistenlymphknoten
N3	Metastase(n) der tiefen Leisten- oder Beckenlymphknoten (uni- oder bilateral)

MX	Fernmetastasen nicht beurteilbar
M0	keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen

UICC-Stadium (2002):

Stadium 0	Tis	N0	M0
	Ta	N0	M0
Stadium I	T1	N0	M0
Stadium II	T1	N1	M0
	T2	N0, N1	M0
Stadium III	T1, T2	N2	M0
	T3	N0, N1, N2	M0
Stadium IV	T4	jedes N	M0
	jedes T	N3	M0
	jedes T	jedes N	M1

Histopathologisches Grading:

GX	nicht bestimmbar
G1	gut differenziert
G2	mäßig differenziert
G3-4	schlecht differenziert / undifferenziert

Histologie (ICD-O-3 Deutsche Ausgabe 2003) (ohne Lymphome, Melanome etc.)

8041/3	Kleinzelliges Karzinom o.n.A. (Kleinzelliges neuroendokrines K.)
8050/3	Papilläres Karzinom o.n.A.
8051/3	Verruköses Karzinom o.n.A. (warziges K., kondylomatöses K.)
8070/3	Plattenepithelkarzinom o.n.A.
8074/3	Spindelzelliges Plattenepithelkarzinom (sarkomatöses P.)
8077/2	Intraepitheliale Neoplasie Grad III
8080/2	Erythroplasie Queyrat
8081/2	Morbus Bowen
8083/3	Basaloides Plattenepithelkarzinom
8090/3	Basalzellkarzinom o.n.A.
8247/3	Merkel-Zell-Karzinom (Primär kutanes neuroendokrines K.)
8310/3	Klarzelliges Adenokarzinom o.n.A.
8410/3	Talgdrüsenadenokarzinom o.n.A.
8542/3	Extramammärer Morbus Paget
8560/3	Adenosquamöses Karzinom

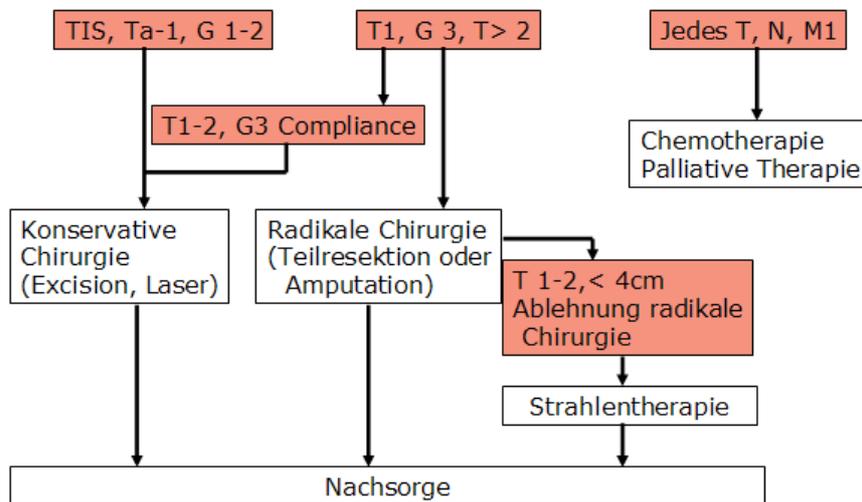
Penistumor (5)

95 % aller Penismalignome sind Plattenepithelkarzinome, ca. 4 % Basalzellkarzinome.

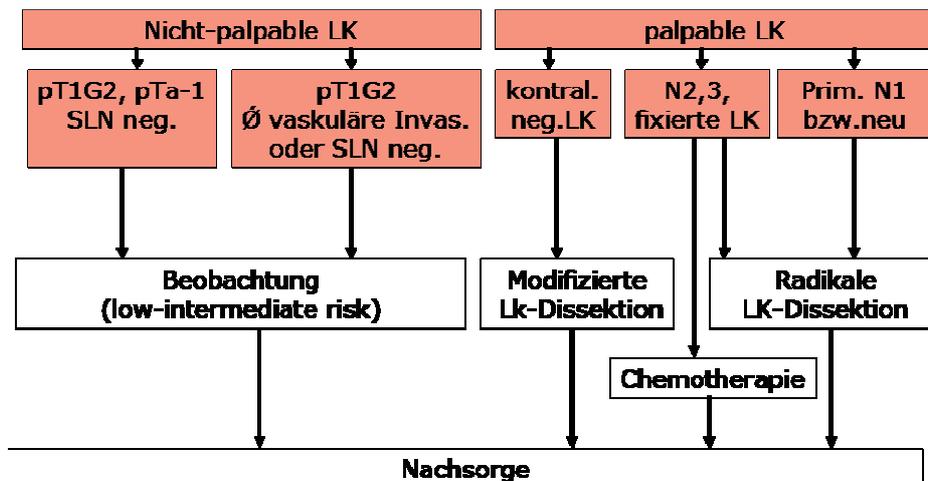
Die Differentialdiagnose bei flachen Läsionen ist oft schwierig und nur durch die histopathologische Untersuchung zuverlässig verifizierbar. Insbesondere können benigne Läsionen mit malignen in direkter Nachbarschaft liegen (z. B. penile intraepitheliale Neoplasie (PIN)).

Die TNM-Klassifikation definiert das Stadium Ta als "nicht-invasives verruköses Karzinom". Jedoch sehen weder die ICD-O-3 noch die WHO-Klassifikation von 2004 einen Code 8051/2 vor.

Therapiekonzept:



Lymphknotendisektion:



Die Strahlentherapie kann organerhaltend in frühen Tumorstadien eingesetzt werden, hat jedoch eine Lokalrezidivrate von 10-20 %.

Die Rolle einer adjuvanten Chemo- oder Strahlentherapie ist nicht geklärt.

Penistumor (6)

Wichtige Therapieschlüssel nach OPS (Deutsche Ausgabe 2008) (nur Gruppenebene):

5-64*	Operationen am Penis
8-522*	Hochvoltstrahlentherapie
8-542	Nicht komplexe Chemotherapie
8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie

(.* weist auf weitere untergeordnete Schlüssel hin.)

Prognose:

5-Jahres-Überlebensrate: 83 - 40 % (je nach Stadium)

Quellen:

Schneede P et al: Peniskarzinom. Aus: Manual Urogenitale Tumoren. 3. Auflage. Liedl B (Hrsg). Tumorzentrum München und Zuckschwerdt-Verlag München 2003

Waller CF et al: Peniskarzinom. Aus: Das Rote Buch. Berger DP et al (Hrsg). 3. Auflage 2006 Ecomed

World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. Ebele JN et al (Eds). IARC 2004

Wittekind Ch et al (Hrsg.):TNM 7. Auflage 2010

Wittekind Ch et al (Hrsg.):TNM 6. Auflage 2002

Krebs in Deutschland 2003-2004. Häufigkeiten und Trends. 6. überarb. Auflage. Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland gemeinsam mit dem Robert-Koch-Institut 2008