

**PENISCARCINOOM**  
**Regionale richtlijn IKMN**  
**Versie 1.1**

---

Regio: IKMN  
Datum Goedkeuring: 02-05-2003  
Methodiek: Consensus based  
Verantwoording: Reg. WG urologische tumoren

# Inhoudsopgave

<b><u>Algemeen</u></b> .....	<b>1</b>
<b><u>Diagnostiek</u></b> .....	<b>2</b>
<u>Medisch technisch</u> .....	2
<b><u>Behandeling</u></b> .....	<b>3</b>
<u>Tumorclassificatie</u> .....	3
<u>Medisch technisch</u> .....	3
<b><u>Follow-up</u></b> .....	<b>4</b>
<b><u>Metastasen diagnostiek</u></b> .....	<b>5</b>
<b><u>Lokaal recidief behandeling</u></b> .....	<b>6</b>
<b><u>Metastasen behandeling</u></b> .....	<b>7</b>
<b><u>TNM classificatie</u></b> .....	<b>8</b>

# Algemeen

## Histopathologie

- plaveiselcelcarcinoom (differentiatie ten opzichte van pseudo-epitheliale hyperplasie is vaak moeilijk)
- erythroplasie van Queyrat/morbus Bowen
- zeldzaam zijn: leiomyosarcoom, melanoom, Kaposi-sarcoom, vasculaire tumoren alsmede metastasen cq. doorgroei van blaas-, prostaat-, rectum-, long- en huidtumoren

## Epidemiologie

- zeldzaam voorkomende tumor:
- incidentie: 1,1 per 100.000 mannen per jaar (NKR 1997)
- bij 25 tot 75% van de patiënten is sprake van een phimosis met recidiverende balanitis

## Risicofactoren

- woongebieden met slechte hygiënische en economische omstandigheden
- roken
- enkele typen van het humaan papilloma virus (HPV): bij tenminste 40% van de peniscarcinomen kunnen deze worden aangetoond

## Behandeling

- laser
- partiële penisamputatie
- liesklierdissectie
- radiotherapie
- eventueel chemotherapie

# Diagnostiek

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

## Medisch technisch

### Anamnese en lichamelijk onderzoek

- mictieklachten (meatusstenose)
- botpijn
- lymfklierzwellling
- afscheiding
- ulceratie
- zwelling
- pijn
- bloedverlies
- foetor
- phimosis, status na circumcisie
- slechte hygiëne
- balanitis
- seksuele anamnese

### Beeldvormend onderzoek

- bij aangetoonde lymfkliermetastasen: X-thorax in twee richtingen en CT-scan van het abdomen
- bij verdenking op lieskliermetastasen: echografie van de liezen.

### Nauwkeurige omschrijving van de tumor (diameter, infiltratie)

- bij phimosis valt dorsaalklieving te overwegen om de tumor goed te kunnen beoordelen
- voor PA-onderzoek dient een proefexcisie (stansbipt) te geschieden (geen infiltratieanesthesie gebruiken)

### Classificatie

Zie voor de TNM-stadiëring (1997) de [TNM-classificatie](#) bij deze richtlijn.

# Behandeling

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

## Tumorclassificatie

Tis N0 M0: laser

T1–2 N0 M0: laser of partiële penisamputatie (bij T2G3 tumor klierdissectie overwegen)

T1–2 N1–2 M0: idem, met enkel- of dubbelzijdige liesklierdissectie

T1–2 N3 M0: idem, met ipsilaterale iliacale klierdissectie en adjuvante radiotherapie

T3, operabele T4: totale penisamputatie (met perineaal stoma) of, bij afwijzing door patiënt, radiotherapie; dubbelzijdige liesklierdissectie met ipsilaterale iliacale klierdissectie bij bewezen metastasen met adjuvante radiotherapie; chemotherapie overwegen.

T4 N0–3 M0: radiotherapie en/of chemotherapie overwegen (in overleg met een oncologisch centrum)

## Medisch technisch

- positieve liesklieren: partiële of totale amputatie van de penis, gecombineerd met een liesklierdissectie
- dubbelzijdige positieve klieren: liesklierdissectie
- dubieuze liesklieren waarvan de cytologische punctie vóór behandeling negatief was: na drie weken, wanneer de ontstekingscomponent voor het grootste deel verdwenen is, punctie herhalen indien deze klieren niet kleiner zijn geworden of een maligne aspect (behouden) hebben.
- oppervlakkige liesklierdissectie kan uitgebreid worden met een diepe klierdissectie (iliacale klieren) via een zelfde incisie of via een aparte transabdominale extraperitoneale benadering
- bij twijfel aan de radicaliteit van de klierdissectie (of kapseldoorbraak bij PA-onderzoek) moet radiotherapeutische nabehandeling gegeven worden, inclusief radiotherapie op de iliacale klierketen

## Follow-up

Eerste half jaar: iedere zes weken, daarna om de drie maanden (of op indicatie vaker, bijvoorbeeld na lokale behandeling)

Tweede jaar: om de zes maanden

Derde jaar: om de twaalf maanden

Na vijf jaar: stoppen met follow-up controle: zelfonderzoek patiënt stimuleren

Indien chemotherapie wordt gegeven geschiedt de follow-up controle in overleg met de internist of medisch oncoloog.

### Anamnese

- mictieklachten (meatusstenose)
- botpijn
- lymfklierzwellling

### Onderzoek

- inspectie en palpatie van het behandelde gebied en regionale lymfklieren
- bij dubieuze klieren altijd cytologische punctie verrichten

## **Metastasen diagnostiek**

De liesklieren zijn het eerste drainagestation. Bij verdenking op metastasering wordt een aspiratiebiopsie geadviseerd en geen chirurgische excisie daar dit een eventuele latere lymfklierdissectie door tumorcontaminatie bemoeilijkt.

## Lokaal recidief behandeling

*Bij lokaal recidief:*

– re-operatie

of indien dit niet meer mogelijk is

– (palliatieve) radiotherapie

– eventueel chemotherapie (in overleg met een oncologisch centrum)



## **Metastasen behandeling**

Bij metastase(n) op afstand is in de regel alleen palliatieve symptomatische therapie mogelijk; chemotherapie (in overleg met een oncologisch centrum) overwegen.

# TNM classificatie

## Regels voor classificatie

De TNM–stadiëring geldt voor histologisch bevestigde carcinomen. Specifieke regels treft u aan de de TNM–atlas, fourth edition, 1997.

### **T = primaire tumor**

- TX: primaire tumor niet te beoordelen
- T0: primaire tumor niet aantoonbaar
- Tis: carcinoma in situ
- Ta: niet invasief, verrukeus carcinoom
- T1: tumoruitbreiding in subepitheliaal bindweefsel
- T2: tumoruitbreiding in corpus spongiosum of cavernosum
- T3: tumoruitbreiding in urethra of prostaat
- T4: tumoruitbreiding in andere aangrenzende structuren

### **N = regionale lymfklieren**

De regionale lymfklieren zijn de oppervlakkige en diepe inguinale klieren en de bekkenklieren (bijvoorbeeld de sacrale en iliacale klieren).

- NX: lymfklierstatus niet te beoordelen
- N0: geen lymfkliermetastasen aanwezig
- N1: metastase in één enkele oppervlakkige inguinale lymfklier
- N2: metastasen in meerdere of bilaterale oppervlakkige inguinale lymfklieren
- N3: metastase(n) in diepe inguinale of pelviene lymfklier(en) uni–of bilateraal

### **M = metastasen op afstand**

- MX: metastasen op afstand niet te beoordelen
- M0: geen metastasen op afstand aanwezig
- M1: metastasen op afstand aanwezig (specificatie)

De cTNM en pTNM–classificatie zijn identiek.

## Gradering

- G1: goed gedifferentieerd
- G2: matig gedifferentieerd
- G3: slecht gedifferentieerd
- G4: ongedifferentieerd
- Gx: gradering kan niet worden vastgesteld