

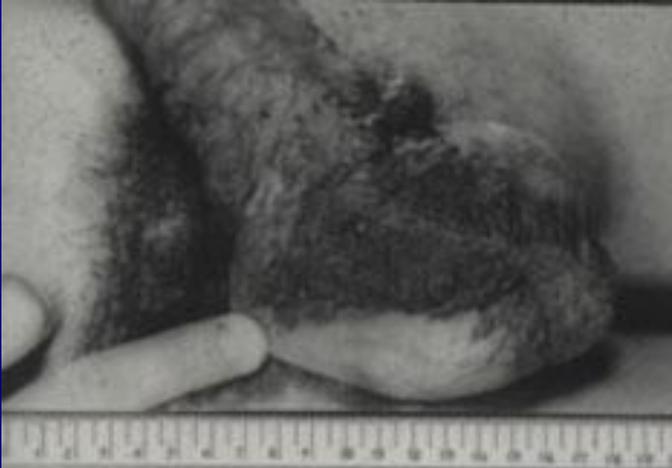
ОПУХОЛИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

*к.м.н., доцент клиники урологии УО «ВГМУ»
А.А. ЖЕБЕНТЯЕВ*



Доброкачественные опухоли:

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

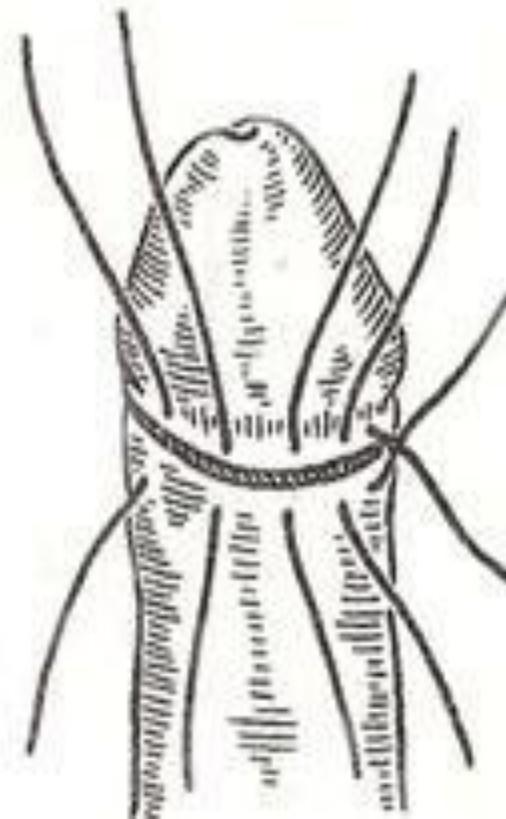


*Гемангиома
полового члена*

- **Редкая злокачественная опухоль распространённость 0,1-0,9(Европа) до 0,7-0,9(США) на 100000, наиболее часто >60 лет, <1% злокачественных опухолей у мужчин;**
- **В некоторых областях Азии, Африки, Южной Америки достигает 19 на 100000 (10-20% опухолей у мужчин);**
- **Социальные и культуральные причины – важные факторы риска рака полового члена (ПЧ), т.к. 44-90% пациентов страдают фимозом (скопления смегмы – канцероген) и хроническим баланопоститом;**
- **Имеется чёткая связь между инфицированием вирусом папилломы человека 16 и 18 типа (ИППП) и раком ПЧ**

Циркумцизио (круговое иссечение крайней плоти)

**показано при наличии фимоза –
для профилактики развития рака полового члена**



КЛАССИФИКАЦИЯ

- **Плоскоклеточный рак (ороговевающий, неороговевающий) – наиболее распространенная опухоль ПЧ (>95%);**
- **Предраковые заболевания:**
 - «кожный рог», лейкоплакия, гигантская кондилома Бушке-Левенштейна;
 - высокий риск развития рака ПЧ: эритроплазия Кейра (волнистая, красная, изъязвленная бляшка на головке), болезнь Боуэна (красные бляшки на теле полового члена) и ксерозный облитерирующий баланит.



Ксерозный облитерирующий баланит.



**Дифференциальная диагностика –
сифилитический шанкр**



**Остроконечные кондиломы
полового члена.**

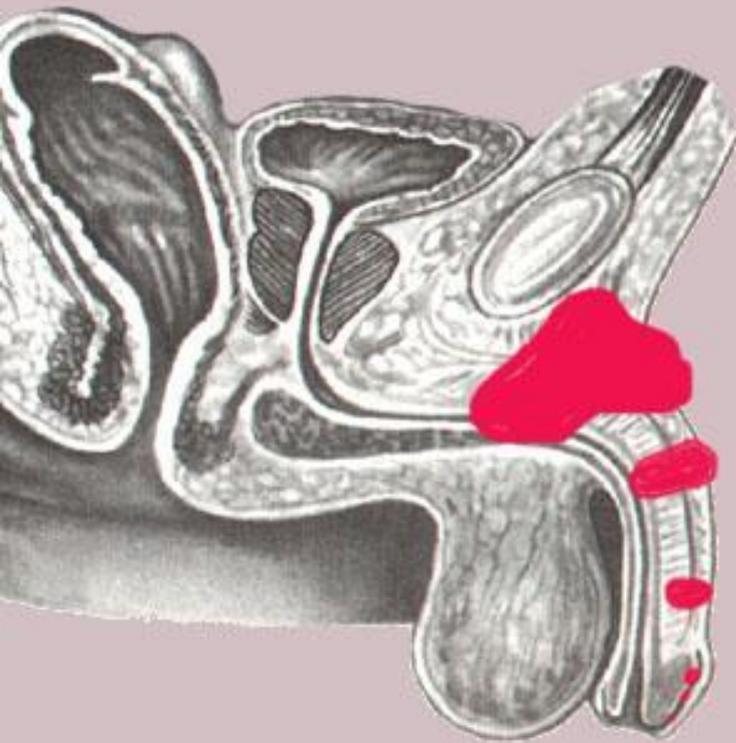


**Высыпания Herpes simplex virus на
коже полового члена.**

КЛАССИФИКАЦИЯ TNM 2002 года

Рак полового члена

(характеристика опухоли- **T**)



T_x - первичная опухоль не может быть определена

T₀ - первичная опухоль отсутствует

T_{is} - "карцинома на месте" - участок гиперемии с мокнущей поверхностью

T_a - неинвазивная карцинома

T₁ - опухоль прорастает субэпителиальные структуры (опухоль подвижная)

T₂ - опухоль инфильтрирует спонгиозное и кавернозные тела (опухоль неподвижная)

T₃ - опухоль прорастает уретру и простату

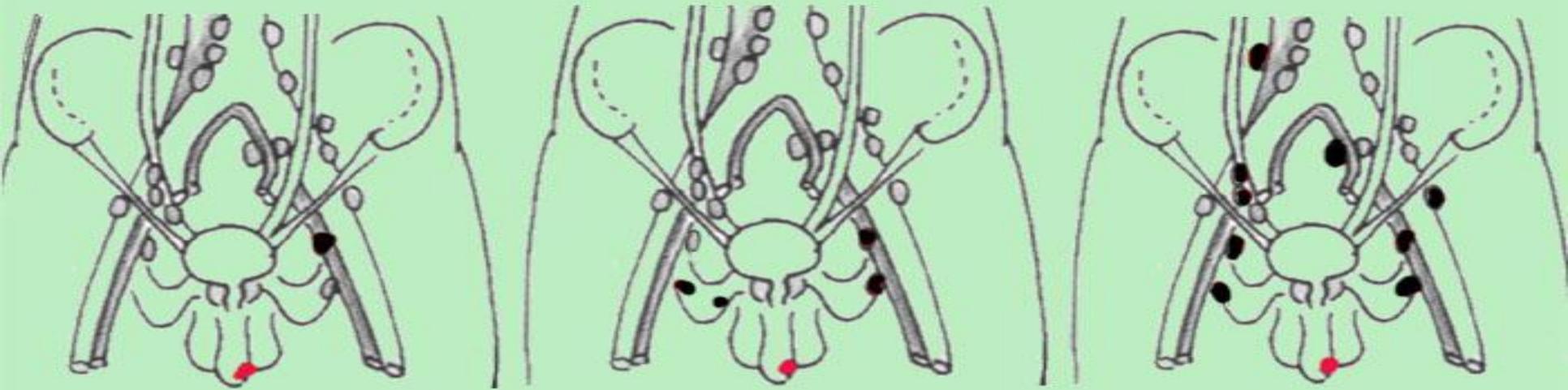
T₄ - опухоль прорастает другие подлежащие ткани и структуры.

Рак полового члена (поражение лимфоузлов - N+)

N1 -поражение единичного поверхностного пахового лимфоузла.

N2 -двухстороннее поражение множественных поверхностных паховых лимфоузлов.

N3 -поражение глубоких паховых и тазовых лимфоузлов.



M0 – отдаленные MTS отсутствуют,

M1- определяются

Гематогенное метастазирование:

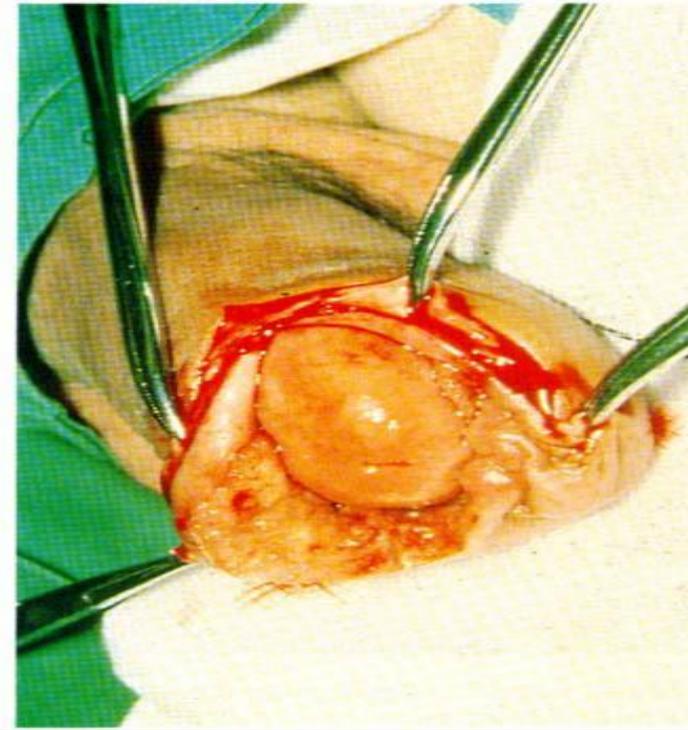
лимфогенные MTS (поверхностные/глубокие паховые ЛУ → подвздошные/тазовые ЛУ) >>

гематогенные MTS.

Клинические признаки и симптомы

Основные жалобы

- Наличие опухоли: головка (85%), крайняя плоть (15%), тело полового члена (<1%);
- изъязвление опухоли (по мере роста);
- боль в области опухоли (на ранних стадиях отсутствует);
- увеличение паховых ЛУ;
- боль в паховой области;
- резь при мочеиспускании;
- гематурия (прорастание уретры);
- гнойные зловонные выделения из препуциального мешка при инфекции;
- кровянистые выделения – по мере роста опухоли.



Рак крайней плоти



Рак полового члена (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 направлена
на оценку первичного
поражения, регионарных
ЛУ, отдаленных МТС -
при поступлении
больного и во время
диспансерного
наблюдения.**

- **ПЕРВИЧНАЯ ОПУХОЛЬ:** пальпация и осмотр ПЧ, 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.

- **MTS В РЕГИОНАРНЫЕ ЛУ:** пальпация с целью выявления увеличенных ЛУ.
ЛУ не пальпируются: по показаниям выполняется динамическая сцинтиграфия
- ЛУ пальпируются:** пункционная биопсия регионарных ЛУ с цитологическим исследованием, УЗИ, КТ или МРТ малого таза (если имеются MTS в паховых ЛУ);
- **ОТДАЛЕННЫЕ MTS:**
 - КТ органов брюшной полости (при MTS в тазовых ЛУ);
 - Рентгенография грудной клетки (при MTS в регионарных ЛУ);
 - Сцинтиграфия костей (при наличии симптоматики).

***При раке полового члена
хорошие и отличные
результаты лечения
достигаются при
своевременном и
адекватном лечении
первичной опухоли и
регионарных MTS.***

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

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

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ???



*Опухоль полового члена
(после ампутации)*

□ **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ:**

- органосохраняющие операции

(показания: Tis, Ta, T1, T2 головки):

- *circumcisio* (рак крайней плоти);

- электрорезекция;

- криодеструкция;

- лазерная терапия ±

операция Дюкена (пахово – бедренная лимфаденэктомия)

- органоуносящие операции (показания:

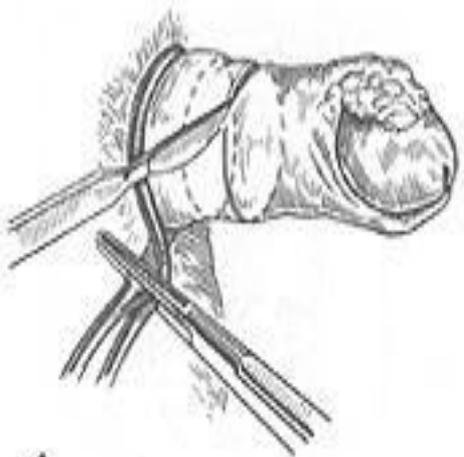
T1G3, T≥2, неэффективность

консервативной терапии):

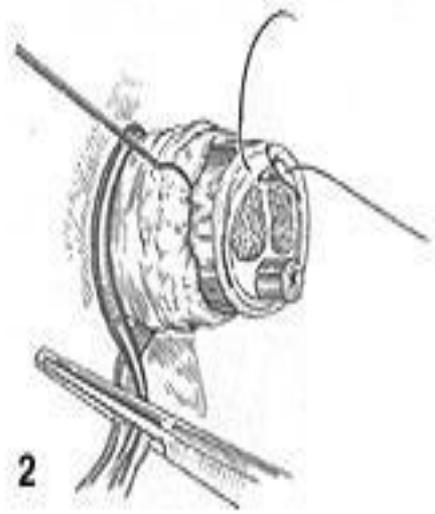
- частичная или полная ампутация полового члена ± операция Дюкена.

1. ЧАСТИЧНАЯ АМПУТАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

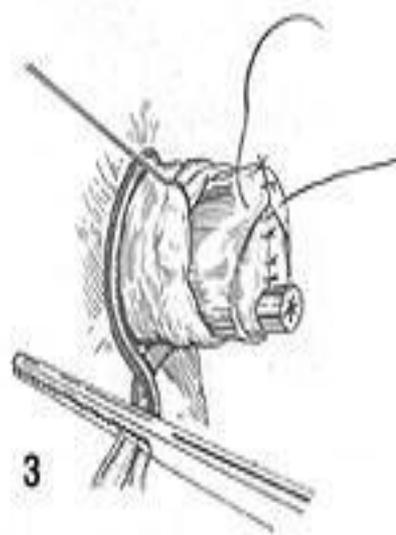
Ампутация полового члена при опухоли.



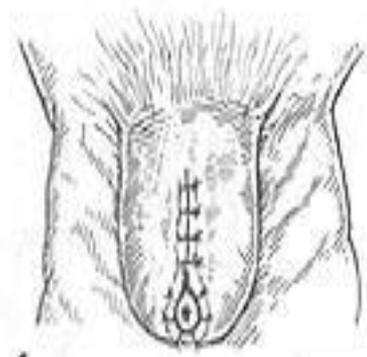
1



2



3



4

Оперативная урология.
М 1998г.

2. ПОЛНАЯ АМПУТАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА С ПРОМЕЖНОСТНОЙ УРЕТРОКУТАНЕОСТОМИЕЙ – СМ. ВИДЕОФИЛЬМ



*Опухоль полового члена
(после ампутации)*

ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ

Рак полового члена – один из немногих солидных опухолей при которых лимфаденэктомия приводит к улучшению результатов лечения, даже если имеются регионарные метастазы.

**□ 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;

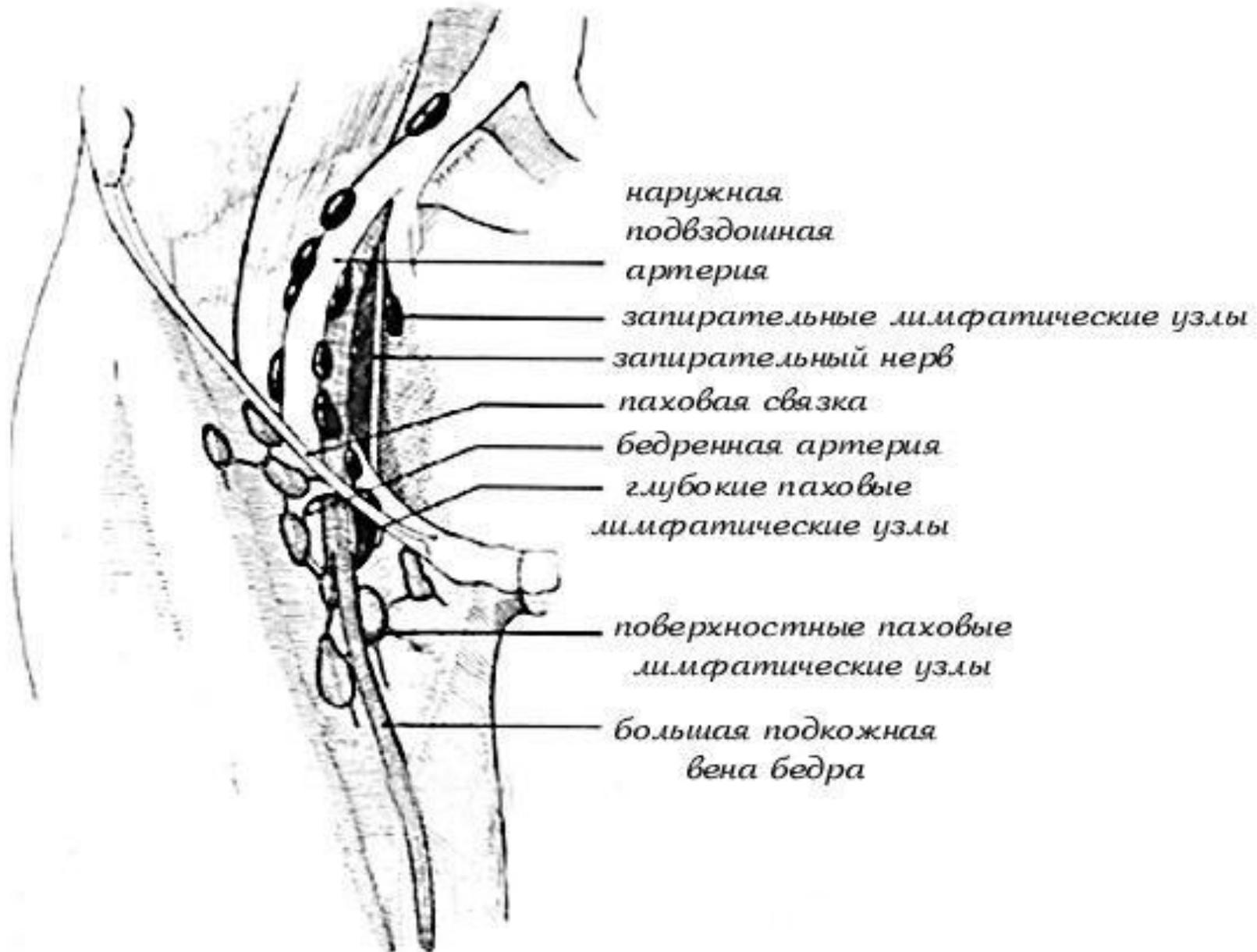
2 этап: радикальная пахово – бедренная лимфаденэктомия (СМ. ВИДЕОФИЛЬМ) при поражении ЛУ по данным динамической сцинтиграфии ЛУ или при стадиях T2, T1G3.

□ Регионарные ЛУ пальпируются

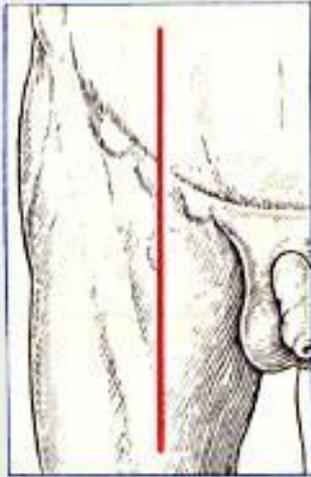
- операция Дюкена + адьювантная тазовая лимфаденэктомия (тазовая лимфаденэктомия включает наружные подвздошные и подвздошно – обтураторные ЛУ);**
- односторонняя операция Дюкена на стороне поражения;**
- химиотерапия + операция Дюкена при фиксированных паховых ЛУ, поражении тазовых лимфоузлов;**
- ЛТ +/- лимфаденэктомия при фиксированных ЛУ, если ХТ не показана;**

□ Отдаленные MTS: паллиативная терапия.

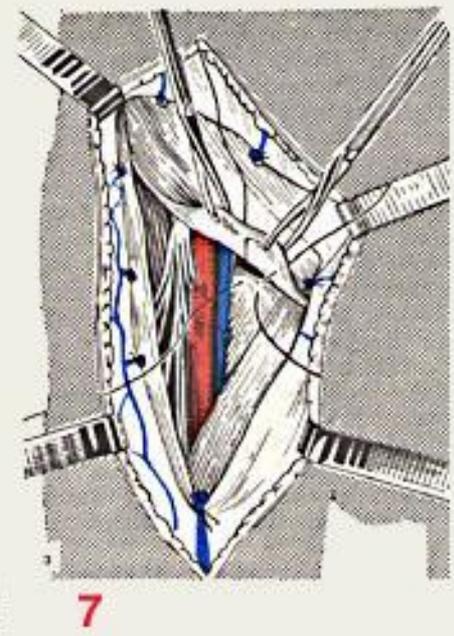
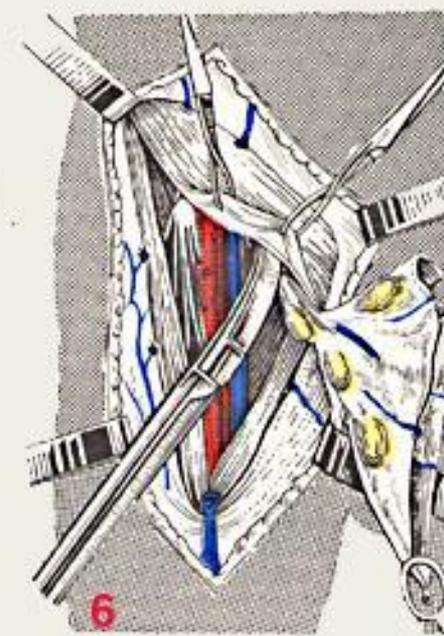
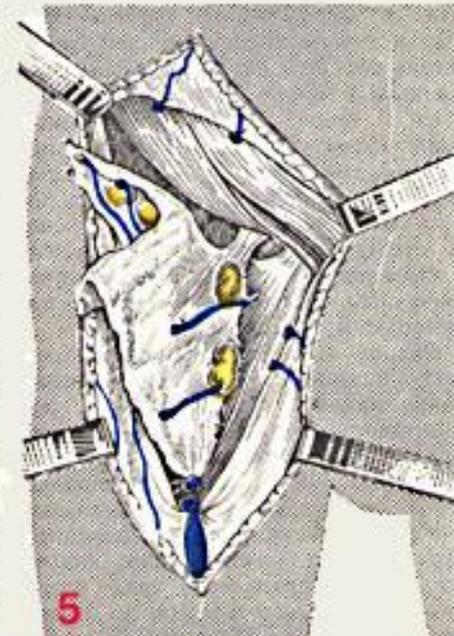
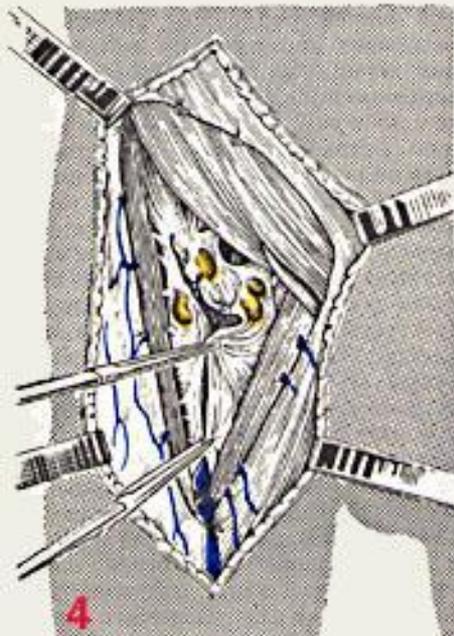
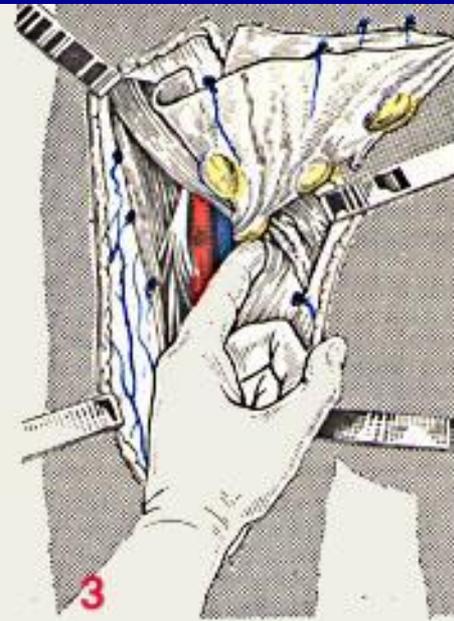
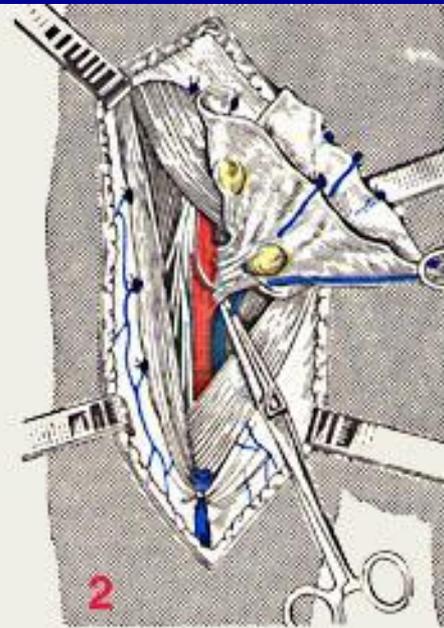
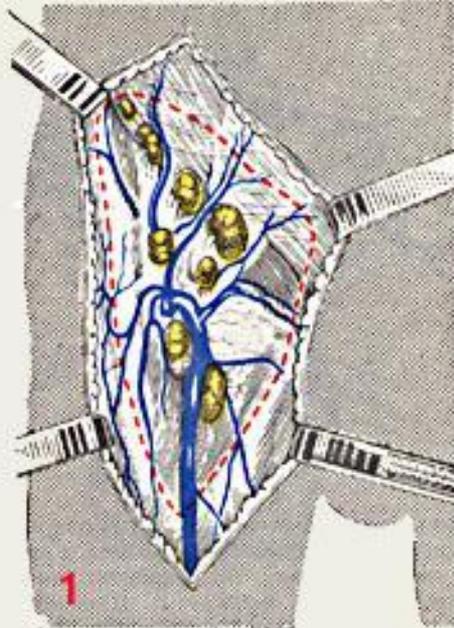
ПАХОВЫЕ И ТАЗОВЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ



ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ ДЮКЕНА (СМ. ВИДЕО)



Операция 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).

□ Общая 5-летняя выживаемость достигает 90% в специализированных центрах: 94% у пациентов с негативными ЛУ, 80% у пациентов с позитивными ЛУ и 38,4% у пациентов с поражением тазовых лимфоузлов.