

# Peniscarcinoom

Regionale richtlijn IKMN, Versie: 1.1

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>
<b><u>Disclaimer</u></b> .....	<b>9</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 (stansbiops) 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
- lymfklierzwellings

## 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

# Disclaimer

## Disclaimer:

De informatie op de website [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl) en op afgeleide producten van deze website is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) sluit iedere aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van de richtlijnen alsmede voor de gevolgen die de toepassing van de richtlijnen in de patiëntenzorg mocht hebben uit. Het IKNL stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van de richtlijnen. Men neme daartoe contact op met de IKNL middels e-mail: [oncoline@iknl.nl](mailto:oncoline@iknl.nl)

## Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen bevatten aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een individueel geval niet van toepassing zijn. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor het wenselijk is dat in het belang van de patiënt van de richtlijn wordt afgeweken. Wanneer van een richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd gedocumenteerd te worden. De toepasbaarheid en de toepassing van de richtlijnen in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de behandelende arts.

## Houderschap richtlijn

De houder van de richtlijn moet kunnen aantonen dat de richtlijn zorgvuldig en met de vereiste deskundigheid tot stand is gekomen. Onder houder wordt verstaan de verenigingen van beroepsbeoefenaren die de richtlijn autoriseren. Het IKNL draagt zorg voor het beheer en de ontsluiting van de richtlijn.

## Intellectuele eigendomsrechten

De intellectuele eigendomsrechten met betrekking tot de site [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl) en afgeleide producten van deze website berusten bij het IKNL en houder van de richtlijn. Het is de gebruiker van deze site niet toegestaan de inhoud van richtlijnen (gedeeltelijk) te verveelvoudigen en/of openbaar te maken, zonder de uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van het IKNL en houder van de richtlijn. U kunt een verzoek voor toestemming richten aan het IKNL, Postbus 19079, 3501 DB Utrecht. Het IKNL behandelt dit verzoek samen met de relevante houder van de richtlijn.

Het is toegestaan een deeplink op te nemen op een andere website naar de website [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl) of naar richtlijnen op deze website. Tevens mag de informatie op deze internetsite wel worden afgedrukt en/of gedownload voor persoonlijk gebruik.

## Externe links

De website [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl) en afgeleide producten van deze website bevatten links naar websites die door andere partijen dan het IKNL worden aangeboden. Deze links zijn uitsluitend ter informatie. Het IKNL heeft geen zeggenschap over deze websites en is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor de daarop aangeboden informatie, producten of diensten.

## Bescherming persoonsgegevens

Door gebruikers verstrekte persoonsgegevens ten behoeve van de mailservice of de inlogmogelijkheid van <http://www.oncoline.nl/> zullen door het IKNL vertrouwelijk worden behandeld. Gegevens zullen niet worden verstrekt aan derden.