

PENİS KANSERİNDE BAŞLANGIÇ SEMPTOMU OLARAK ALT ÜRİNER SİSTEM İRİTASYONU: BİR OLGU SUNUMU**INITIAL SYMPTOM AS A LOWER URINARY TRACT IRRITATION FOR PENILE CANCER**

Cabir ALAN, Ali Rıza KURAL, Can ÖBEK, Mehmet KALKAN, Vural SOLOK
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

ABSTRACT

Introduction: Penile carcinoma constitutes less than 1 percent of all urogenital cancers. Poor hygiene and phimosis are showed as most important risk factors. Penile carcinoma usually is seen as a hard penile nodule which has been for a long time. In this written article, one penile carcinoma case, begun as a lower urinary symptom at first, is presented with its related discussed literatures.

Key Words: Penile cancer, lower urinary tract symptom

ÖZET

Penis kanseri ürogenital kanserlerin %1'den azını oluşturmaktadır. Kötü hijyen ve fimozis en önemli risk faktörü olarak gösterilmiştir. Penis kanseri genelde peniste uzun süreden beri mevcut olan sert nodül şeklinde fark edilir. Bu çalışmada başlangıç semptomu olarak alt üriner sistem iritasyonu gelişen bir penis kanseri olgusu, ilgili literatürlerde irdelenerek sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Penis kanseri, alt üriner sistem iritasyonu

GİRİŞ

Penis kanseri erkeklerin 0,1-7,9/100.000 oranında nadir görülen bir tümördür¹. Fimozis ve kötü hijyene bağlı kronik iritasyon genellikle bu tümörle ilişkili olup, sünnet hastalığına karşı koruyucu rol oynamaktadır². Penisin malin hastalıklarının %95'ini skuamöz hücreli kanser oluşturur. Çoğunlukla asemptomatiktir. En sık görülen yakınma lezyonun kendisidir. Zorlu idrar yapma veya idrar retansiyonu gibi alt üriner sistem obstrüksiyon semptomları çok nadir olarak görülen bir başlangıç semptomudur ve genelde spongios cisim tutulumunda görülür³. Kliniğimize, alt üriner sistem iritatif yakınmaları ile başvuran penis kanseri olgusu sunuyoruz

OLGU

56 yaşında erkek hasta peniste şişlik ve ağrılı idrar yapma şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Olgunun 8 ay önce zorlu idrar yapma ve idrar yaparken yanma şikayeti ile bir başka merkeze başvurduğu ve yapılan tetkikler sonucu üriner enfeksiyon teşhis edilip tedavi düzenlendiği, şikayetlerde gerileme olmaması üzerine üretroskopi ve idrar sitopatolojik incelemesi yapıldığı öğrenildi. Her iki inceleme sonucunda herhangi bir patoloji saptanmayan hastaya ampirik antibiyoterapi verilerek takibe alınmış. Fizik muayenede penis sünnetsiz, glans peniste endüriasyon ve ödematöz gör-

rünüm, palpasyonda glans penisten başlayan ve penis shaftı boyunca uzanan sertlik ve bilateral inguinal lenfadenomegaliler mevcuttu. Abdominopelvik manyetik rezonans görüntülemesinde glans penis düzeyinden penis köküne kadar uzanan, kavernöz ve spongios parçaları bu düzeyde tümü ile tutan 4x3x3 cm boyutlarında ekspansil kitle lezyonu ve her iki inguinal bölgede 20-28 mm boyutlarında birkaç adet lenfadenopati izlendi (Resim 1). Olgu sistostomize edilerek glans penisten tam kat biyopsi alındı. Biyopsi materyalinde az diferansiye skuamöz hücreli kanser saptanması üzerine total penektomi ve perineal üreterostomi uygulandı. Postoperatif patolojik incelemede korpus kavernozum ve korpus spongiosuma invazyon izlenirken cerrahi sınırdaki tümöre rastlanmadı.

Olgumuzda operasyondan 1 ay sonra yapılan kontrol pelvik MR da lenf nodlarında belirgin değişiklik olmaması üzerine sağ inguinal lenf bezinden bilgisayarlı tomografi eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi alındı. Skuamöz hücreli kanser metastazı saptanması üzerine bilateral pelvik ve inguinal lenfadenektomi uygulandı. Histopatolojik incelemede sağ taraftan alınan inguinal lenf nodlarında skuamöz hücreli kanser metastazı, pelvik lenf nodlarında reaktif hiperplazi saptandı. Hastaya adjuvan olarak sisplatin,

Dergiye Geliş Tarihi: 29.05.2003

Yayına Kabul Tarihi: 04.09.2003 (Düzeltilmiş hali ile)

methotraksat ve *bleomicin* kombine kemoterapisi uygulandı. Halen 2 yıldır takipte olan hastada bu aşamada hayatı tehdit eden herhangi bir komplikasyon gelişmedi.



Resim 1. Penisteki kitlesel lezyonun MRI görünümü.

TARTIŞMA

Penis kanseri ürolojinin nadir kanserlerindenir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte kötü hijyenle beraber olan fimozis ve kronik iritasyon suçlanmaktadır⁴. Penis kanseri vakalarının %50'sinde human papilloma virüsü tip 16 ve 18 varlığı güçlü bir şekilde kanıtlanmıştır^{5,6}. Sünnet hastalığa karşı koruyucu rol oynamaktadır. Yapılan prevalans çalışmalarında çocuklara erken yaşlarda sünnet yapılan Yahudilerde penis kanseri hemen hemen hiç görülmezken, sünnet yapılmayan Afrika kabilelerinde ve Asyalılarda penis kanserinin erkeklerdeki tüm malinitelerin yaklaşık %10-20'sini oluşturduğu saptanmıştır^{5,7}.

Başlangıçta en sık görülen yakınma lezyonun kendisidir. Endürasyon veya eritem, ülserasyon, küçük bir nodül veya ekzofitik büyüme olarak görülebilir³. Fimozis lezyonu maskeleyebilir ve hastanın başvurusunu geciktirir. Hastaların %15-50'sinde semptomların ortaya çıkması ile başvuru arasında en az 1 yıl geçtiği bildirilmiştir⁸. Diğer semptomlar ağrı, akıntı, iritatif işeme semptomları ve kanamadır. Alt üriner sistem obstrüksiyon semptomları çok nadir olarak görülen bir başlangıç semptomudur ve genelde spongioz cisim tutulumunda görülür^{3,4}. Olgumuzda

ise hastalığın başlangıç semptomu olarak ortaya çıkmıştır.

Penis kanserinde lezyonlar tipik olarak penisle sınırlıdır. Genellikle peniste endürasyon, eritem, egzofitik lezyon şeklinde görülür. Primer lezyon boyuta, lokalizasyona ve potansiyel korporal tutulumu göre tanımlanır. Lokalizasyon olarak penis kanseri %48 glansta, %21 prepişyunda, %9 her ikisinde, %6 koronal sulkusta, %2'den daha az penis şaftında görülmektedir^{3,7}. Olgumuzda lezyon glans peniste endürasyon şeklinde görülmekteydi. Penis kanseri lokal invazyonla korpus kavernoza ve üretra tutulumu gösterirken, lenfatik yol ile metastaz yapabilmektedir. İnguinal lenfatiklere yayılım olmadan pelvik yada uzak metastaz olma olasılığı çok düşüktür ve uzak metastaz çoğunlukla hematogen yol ile olur⁹. Hastaların %50'den fazlası inguinal lenfadenopati ile müracaat ettiğinden dolayı inguinal bölge palpasyonu mutlaka ve dikkatlice yapılmalıdır¹⁰. Bu hastaların %17-45'inde gerçek lenfatik yayılım söz konusu olup geri kalanlarında primer tümörün enfeksiyonuna sekonder inflamatuvar hastalık mevcuttur. Palpe edilen lenf nodu bulunmayan hastaların %20'sinde mikrometastazlar görülebilmektedir^{11,12}.

Hastalığın hikayesi ve fizik muayene klinik değerlendirmenin anahtarıdır. Primer lezyonun büyüklüğü, yeri, fiks olup olmadığı, korporal cisimlere invazyonu ve her iki kasıkta lenfadenopatinin varlığı araştırılır. Tanıda penil ultrasonografi önemlidir. Lezyonun derinliğini ve tutulum alanlarını belirlemek amacıyla MRI kullanılabilir¹³. Günümüzde fizik muayenede palpe edilemeyen ve radyolojik görüntüleme yöntemlerinde saptanamayan lenf nodlarında gizli metastazları belirlemek amacıyla lenfosintigrafi ve 5- amino-levinolikasit (5-ALA) verilerek yapılan flüoresans yöntemleri kullanılmakla birlikte bu yöntemler henüz deneme aşamasındadır ve daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır^{14,15}. Tedavide total veya parsiyel penis amputasyonu uygulanır. Alternatif olarak erken evre penis kanserinde organ koruyucu tedavi olarak Nd: YAG lazer ile lezyonun koagülasyonu veya cerrahi olarak primer lezyonun eksizyonu ile ilgili başarılı çalışmalar mevcut olmakla birlikte kılavuzlarda önerilmemektedir^{9,16}. Ele gelen lenf nodlarının varlığında bilateral inguinal lenfadenektomi önerilmekte-

dir^{9,12,14,17}. Penil karsinomda sağkalım nodal hastalığın varlığı ve lokalizasyonu ile korelasyon gösterir. Lenf nodu tutulumu olmayan hastalarda 5 yıllık sağkalım %65-90 arasında iken inguinal lenf nodu tutulumu olan hastalarda bu oran %30-50 arasındadır^{8,11}. Olgumuzda operasyondan 1 ay sonra yapılan kontrol pelvik MR da lenf nodlarında belirgin değişiklik olmaması üzerine yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde skuamöz hücreli kanser metastazı saptandı ve bilateral pelvik ve inguinal lenfadenektomi uygulandı.

Sonuç olarak her ne kadar penis kanseri çok ender görülen ürolojik tümörlerden olsa da tedavi ile geçmeyen irritatif ve/veya obstrüktif alt üriner sistem yakınmaları mevcut olan sünnetsiz hastalarda penis kanseri olasılığı göz ardı edilmemelidir.

KAYNAKLAR

- 1- **Horenblas S, Tinteren HV:** Squamous cell carcinoma of the penis IV. Prognostic factors of survival; analysis of tumor, nodes and metastasis classification system. *J Urol*, 151:1239, 1994
- 2- **Velaquez EF, Bock A, Soskin A, Cıdas R, Arbo M, Cubilla AL:** Prepubital variability and preferential association of long phimotic foreskins with penile cancer: An anatomic comparative study of types of foreskin in general population and cancer patients. *Am J Surg Pathol*, 27(7): 994-8, 2003
- 3- **Burgers JK, Badalament RA, Drago JR:** Penile cancer, Clinical Presentation, diagnosis and staging. *Urol. Clin. North Am.* 19: 247, 1992
- 4- **Terry T, Sethia:** Penile Cancer. *BJU Int*, 91 (Suppl 2): 14-6, 2003
- 5- **Mc. Cance DJ, Kalache A, Ashdown K:** Human Papilloma Virus type 16 and 18 in carcinomas of penis from Brazil. *Int. J Cancer*, 37: 55-59, 1986
- 6- **Takmaz L, Kibar Y, Öngürü Ö, Kilerci M, Özgök Y, Erduran D:** Üretral papillomatozis. *Gülhane Tıp Dergisi*, 41(4):474-476, 1999
- 7- **Magoha GA, Ngumi ZW:** Cancer of the penis at Kenyatta National Hospital East. *Afr Med J*, 77(10): 526-30, 2000
- 8- **Lopes A, Hidalgo GS, Kowallski LP:** Prognostic factors in carcinoma of the penis:multivariate analysis of 145 patients treated with amputation and lymphadenectomy. *J Urol*, 156: 1687, 1996
- 9- **Bissada NK, Yakout HH, Fahmy WE, et al:** Multi-instituional long-term experience with conservative surgery for invasive penile carcinoma. *J Urol*, 169(2): 500-2, 2003
- 10- **Sufrin G, Huben R:** Benign and malignant lesion of the penis, In: *Adult and Pediatric Urology*, 2nd ed. Gillenwater JY(ed.) Year Book Medical Publisher. Chicago, 1643, 1991
- 11- **Horenblas S, Von Tinteren H, Delemarre JF:** Squamous cell carcinoma of the penis III. Treatment of regional lymph nodes. *J Urol*, 149; 492-497, 1993
- 12- **Culkin DJ, Beer TM:** Advanced penile carcinoma. *J Urol*, 170 (2Pt1): 359-65, 2003
- 13- **Lont AP, Besnard AP, Gallee MP, van Tinteren:** A comparison of physical examination and imaging in determining the extent of primary penile carcinoma. *BJU Int*, 91(6): 493-5, 2003
- 14- **Frimberger D, Linke R, Meissner H et al:** Fluorescence diagnosis: A novel method to guide radical inguinal lymph node dissection in penile cancer. *World J Urol*, 47: 52-56, 2003
- 15- **Perdona S, Gallo L, Claudio L, et al:** Dynamic sentinel node biopsy for staining squamöz cell carcinoma of the penis. *Tumori*, 89(4 suppl): 276-9, 2003
- 16- **Frimberger D, Hungerhuber E, Zaak D:** Penile carcinoma. Is Nd: YAG laser therapy radical enough?. *J Urol*, 168(6): 2418-21, 2002
- 17- **Horenles S, Von Tinteren H, Delemorre JFM:** Squamous cell carcinoma of the penis III. Treatment of regional lymph nodes. *J.Urol*, 149: 492-497, 1993.