

# Lokálisan recidiváló hímvesszőtumor különös esete – Esetbemutató

Kovács Petra Terézia dr.<sup>1</sup>, Vargha Judit dr.<sup>1</sup>, Kocsmár Ildikó dr.<sup>1</sup>, Szarvas Tibor dr.<sup>1,2</sup>, Riesz Péter dr.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK, Urológiai Klinika, Budapest (igazgató: Nyirády Péter dr.)

<sup>2</sup>Duisburg-Essen Egyetem, Urológiai Klinika, Essen

Levelezési cím:

Dr. Kovács Petra Terézia  
1082 Budapest, Üllői út 78./b  
E-mail:  
kovacs.petra@semmelweis.hu

## ÖSSZEFOGLALÁS

**Bevezetés:** A hímvessződaganatok ritka, sokszor későn felismert tumorok, amelyek kezelése emiatt általában kevésbé hatékony. A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikán 2012 óta gondozott beteg kórtörténetén keresztül egy különleges kórelfolyású hímvesszőtumor esetét dolgoztuk fel.

**Esetismertetés:** 2012-ben, az akkor 68 éves férfi beteg babnyi elváltozás miatt jelentkezett az urológiai ambulancián, amely kimetszése T1aG1 planocellularis karcinómát igazolt, az elváltozás kimetszése az ében történt, majd ezt követően a beteg 3 évig kontrollvizsgálaton nem jelentkezett. 2015-ben már egy éve észlelt a hímvesszőn ismét elváltozást, inguinalis nyirokcsomók továbbra sem voltak tapinthatók. Ekkor glansresekcio és körülmetélés történt a betegnél, amely során ismételt T1aG1 planocellularis karcinóma igazolódott, kimetszés az ében történt. Az onkoteam szoros obszervációt javasolt. 2017-ben jelentkezett újra kontrollvizsgálaton, ahol a kialakított húgycsőnyílást ismét tumoros szövet szűkítette be, újabb kimetszés a korábbi szövettannal megegyező tumort igazolt. Staging részeként 2015-ben CT-, majd 2017-ben végzett MR-vizsgálat negatív eredményt mutatott. 2018-ban totál retenció és hólyagkő miatt transvesicalis adenomektomia történt a betegnél, de egyebekben 2021-ig kontrollvizsgálaton ismételt nem jelentkezett. Ekkor ismét egy karfiolszerű, tömött eltérés foglalta el a húgycsőnyílás környékét, amelynek kimetszése újra T1aG1 planocellularis karcinómát igazolt, nyirokcsomó vagy távoli áttét a betegnél továbbra sem volt észlelhető. 2022-ben történt újabb kontrollvizsgálat, amely során helyi kiújulás, áttét nem volt észlelhető a betegnél, majd ezt követően nem sokkal szívinfarktus következtében elhunyt.

**Következtetések:** A 78 éves férfi beteg esetében a hímvesszőtumor invazivitása és szövettani jellemzője 10 év alatt nem változott, áttét nem alakult ki (a rossz együttműködés ellenére sem). Jelen esetből látható, hogy az onko-

## The curious case of a penile cancer's local recurrence – A case report

### SUMMARY

**Objective:** Penile cancer is a rare malignancy often diagnosed at an advanced stage, resulting in low treatment success rates. We present a case of a patient with penile cancer who was treated at the Department of Urology, Semmelweis University since 2012.

**Case report:** A 68-year-old male presented to our clinic in 2012 with a 15 millimetre lesion on the glans. Excision confirmed a T1aG1 planocellular carcinoma with negative surgical margins. The patient did not return for follow-up control for 3 years. In 2015, he noticed a new lesion on the glans, with no palpable inguinal lymph nodes. Circumcision and glans resection were performed, with histological evaluation, which confirmed the same diagnosis with tumour-free surgical margins. The institutional tumourboard recommended a close follow-up without additional interventions. In 2017, neoplastic infiltration into the urethral meatus was detected during a control examination. Computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) in 2015 and 2017 were negative for metastasis. In 2018, the patient underwent transvesical adenomectomy for bladder stone and retention, but follow-up was not conducted until 2021 when a cauliflower lesion was detected at the urethral meatus. Histological evaluation after surgical excision confirmed a T1aG1 planocellular carcinoma again, with no lymph node or distant metastasis. The latest control examination in 2022 had a negative result, the patient died later that year due to a heart attack.

**Conclusion:** Our case report demonstrates that the histological features of penile cancer may remain unchanged over 10 years, despite poor compliance. Accordingly, this case underscores the importance of aiming for organ-spa-

lógiai célokat is szem előtt tartva érdemes szervmegtartó műtétre törekedni a beteg megfelelő életminőségének biztosítása érdekében.

### KULCSSZAVAK

HÍMVESSZŐDAGANAT, HÍMVESSZŐTUMOR, LOKÁLIS KIÚJULÁS, LOKÁLIS RECIDÍVA

## Bevezetés

A hímvessző daganatai ritka megbetegedések közé tartoznak, a GLOBOCAN adatai szerint 2020-ban 0,8/100 000 fő volt világszerte a korra illesztett incidencia (1). Bár a betegség előfordulása országonként jelentősen eltér, így a fejlődő országokra jellemző magasabb prevalenciával, Európa számos országában is növekvő incidencia figyelhető meg (2). Kialakulásában jelentős szerepet játszik többek között a fitymaszűkület, a hímvessző különböző krónikus gyulladásos megbetegedései, alacsony szocioökonómiai státusz és a humán papillomavírus (HPV) fertőzés (3).

Leggyakoribb tünet a hímvesszőn jelentkező fájdalomtalan, nem gyógyuló elváltozás, amely idővel akár karfiolszerűen elburjánozhat. A betegek általában későn fordulnak orvoshoz, tüneteik gyakran már egy éve is észlelhetők. A daganatok több mint 90%-ában a szövettani vizsgálat squamocellularis karcinómát igazol. Lokális betegségnél lehetséges a szervmegtartó beavatkozás, amely lehet topikális kezelés 5-fluorouracil- vagy imiquimodtartalmú krémmel, lézerterápia, Mohs-mikrosebészeti vagy sebészi kezelés. Főként sebészi kezelés történik, amely a betegségtől függően lehet szervmegtartó beavatkozás, illetve radikális penectomia.

Az inguinalis nyirokcsomóstátusz alapján a betegek klinikailag nyirokcsomó negatív és pozitív csoportra oszthatók, azonban fontos megjegyezni, hogy a nem tapintható nyirokcsomók 25%-ában mikrometasztázis észlelhető szövettani vizsgálat során (3). Az inguinalis nyirokcsomóstátusz jelentősen befolyásolja a beteg prognózisát, jelenleg azonban nem létezik olyan nomogram, vagy képalkotó eljárás, amely a mikrometasztázisok nagy érzékenységgel detektálhatóak. Az esetek háromnegyedében az invazív nyirokcsomóstátusz staging túlkezelést jelentene, így annak szükségét rizikócsoportokba való besorolás segít eldönteni. Alacsony kockázatú csoportban (pTaG1-2, pTis, pT1aG1) negatív klinikai nyirokcsomóstátusz esetén invazív stádiummeghatározás nem szükséges, míg közepes vagy magas kockázatú csoportokban dinamikus sentinel-nyirokcsomó-biopszia (DSNB) vagy módosított inguinalis lymphadenectomia elvégzése javasolt (3, 4). Klinikailag pozitív nyirokcsomóstátusz, előrehaladott daganat esetén a stádiumtól és a beteg állapotától is függően radikális inguinalis, illetve kismedencei lymphadenectomia javasolt, szükség szerint adjuváns (platináalapú) szisztémás kezeléssel (4).

ring surgery while also considering oncological goals and guidelines to ensure the optimal quality of life for the patient.

### KEYWORDS

PENILE CANCER, PENILE NEOPLASM, LOCAL RECURRENCE

## Esetismertetés

*A 68 éves férfi beteg 2012-ben jelentkezett klinikánkon a hímvesszőn észlelt babnyi elváltozás miatt, inguinalis nyirokcsomók vizsgálata során eltérés nem volt tapintható. Az eltérés eltávolítása T1aG1 planocellularis karcinómát igazolt, a kimetszés az épben történt. A pénisztumor kockázati besorolása szerint így alacsony kockázatú daganatok közé tartozott klinikailag negatív nyirokcsomóstátusszal, az obszerváción túl további kezelés nem vált szükségessé.*

*A beavatkozást követően a beteg három évig az előírt kontrollvizsgálatokon nem jelent meg. Ezt követően 2015-ben jelentkezett ismét ambulanciánkon, ekkor már egy éve észlelt elváltozást a hímvesszőn, inguinalis nyirokcsomók továbbra sem voltak tapinthatóak, staging CT-vizsgálat egyéb eltérést nem igazolt. Körülméletést és glansreszekciót végeztünk, a szövettani vizsgálat során ismételt T1aG1 planocellularis karcinóma igazolódott, a kimetszés az épben történt. Onkoteam*



1. ÁBRA: A BETEGNÉL 2021 NYARÁN ÉSZLELT RECIDÍVA PREOPERATÍV KÉPE

döntés alapján további kezelés egyelőre nem volt szükséges, szoros obszerváció javasolt. Legközelebb 2017-ben jelent meg újra a beteg kontrollvizsgálaton a húgycsőnyílást szűkítő tumoros elváltozás miatt, amelynek kimetszése megtörtént, patológiai vizsgálat a korábbi-val megegyező szövettani eredményt mutatott. Staging MR-vizsgálat egyéb eltérést nem igazolt.

2018-ban teljes vizeletelakadás és húgyhólyagkő miatt transvesicalis adenomektomia történt a betegnél, de egyebekben 2021-ig kontrollvizsgálaton nem járt. 2021 nyarán végzett vizsgálatnál a húgycsőnyílás környékét karfiolszerű, tömött daganat foglalta el, amelynek az eltávolítása megtörtént, szövettani vizsgálat ismételt T1aG1 planocellularis karcinómát igazolt (1., 2., 3. ábra). Nyirokcsomó vagy távoli áttét a betegnél továbbra sem volt kimutatható.

A betegnél a többször recidiváló, de mindig alacsony kockázati csoportba tartozó hímvesszőtumor rizikócsoport-beosztása esetlegesen felülbírást igényelhet a kiújulásokra való tekintettel, így újraértékelve az invazív nyirokcsomó-staging és DSNB szükségét, azonban a nem megfelelő betegegyüttműködés is nehezítette ezt a lépést. Az utolsó kontrollvizsgálat 2022-ben történt, amely során helyi kiújulás vagy távoli áttét nem igazolódott, majd ezt követően nem sokkal a beteg szívinfarktus következtében elhunyt.

## Megbeszélés

Leijte és munkatársai 700 hímvesszőtumoros beteg adatait vizsgálva magasabb kiújulási arányt észleltek szervmegtartó kezelés esetén a radikális műtétéhez képest (27,7% vs. 5,3%), azonban a teljes túlélést vizsgálva a különbség már nem volt észlelhető a két csoport között. Lokális kiújulás esetén az ötéves daganatspecifikus túlélés 92%-nak bizonyult (5). Lindner és munkatársai vizsgálatuk során szintén magasabb recidívaarányt észleltek szervmegtartó kezelés esetén, azonban a teljes-, illetve a metasztázismentes túlélés esetében nem volt különbség a radikális műtéttel kezelt betegekhez képest (6).

Jelen betegnél a szövettani leletek szerint HPV-tipizálás nem történt, így a HPV-infekció megléte nem ismert. Számos vizsgálat kimutatta a HPV-oltás fontos megelőző szerepét különböző daganatos betegségekben, illetve már meglévő anális intraepithelialis neoplasia ellen az oltás 50%-os hatékonyságának bizonyult, azonban a hímvessző, anális és fej-nyaki laphám-karcinómák esetén nem sikerült egyértelmű összefüggést azonosítani a már meglévő daganat viselkedése és az oltás között (7). Az onkológiai kimenetel mellett fontos az esztétikai és funkcionális eredmény figyelembevétele is, így jelenleg – amennyiben lehetséges – törekedni kell a szervmegtartó műtét elvégzésére (8). A hagyományos onkológiai feltételek közé tartozó 2 cm-es ép makroszkópos sebészi szél jelentősen leszűkítené a szervmegtartó műtetre alkalmas esetek számát, egy kutatás szerint a legtöbb lézió a makroszkópos széltől nem terjed 5



2. ÁBRA: A BETEGNÉL 2021 NYARÁN VÉGZETT EXCÍZIO INTRAOPERATÍV KÉPE



3. ÁBRA: A BETEGNÉL 2021 NYARÁN ELTÁVOLÍTOTT TUMOROS SZÖVET MAKROSKÓPOS KÉPE

mm-en túl, így az ajánlás szerint 5-10 mm körüli ép szél szükséges (3). A bevezetőben is említett nem műtéti, szervmegtartó kezelések előtt szövettani mintavétel és körülmetélés szükséges. A fityma felszínes daganatain esetén körülmetélés, a makk daganatain esetén T-stádiumtól függően részleges vagy teljes glanssectomia biztosíthat jó onkológiai eredményt megfelelő vi-



zelési és szexuális funkciókkal. Az onkológiai feltételeket szem előtt tartva részleges penectomia is elvégezhető, amennyiben a fennmaradó hímvessző legalább 4 cm, így biztosítva a megfelelő hosszt a szexuális együttléthez és álló helyzetű vizeletürítéshez (4).

Hímvesszőtumor miatt végzett szervmegtartó vagy radikális műtét után az onkológiai követésen túl szükséges a beteg pszichés támogatása és életminőségének követése validált kérdőívvel, többek között a nemzetközi, széles körben használt MMM-kérdőívvel (Merevedés Minőségi Mutatója). Mindehhez

elengedhetetlen a megfelelő betegcompliance, amely a bemutatott eset kapcsán hiányzott, így a betegnél a funkcionális eredmények nem bemutathatók (3).

Az általunk vizsgált betegnél a hímvesszőtumor invazivitása és szövettani jellemzője 10 év alatt nem változott, áttét nem alakult ki (a rossz együttműködés ellenére sem). Jelen eset rávilágít arra, hogy léteznek hosszú ideig nem progrediáló hímvesszőtumrok, ezért az onkológiai célokat is szem előtt tartva érdemes a szervmegtartó műtétre törekedni a beteg megfelelő életminőségének biztosítása érdekében.

## Irodalom

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* 2021; 71(3): 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
2. Fu L, Tian T, Yao K, et al. Global Pattern and Trends in Penile Cancer Incidence: Population-Based Study. *JMIR Public Health Surveill* 2022; 8(7): e34874. <https://doi.org/10.2196/34874>
3. Brouwer OR, Tagawa ST, Albersen M, et al. EAU-ASCO Penile Cancer Guidelines. Edn presented at the EAU Annual Congress Milan 2023; EAU Guidelines Office: Arnhem, The Netherlands 2023; ISBN 978-94-92671-19-6.
4. Nyirády P. *Urológia*. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2019. p. 309–316.
5. Leijte JA, Kirrander P, Antonini N, et al. Recurrence patterns of squamous cell carcinoma of the penis: recommendations for follow-up based on a two-centre analysis of 700 patients. *Eur Urol* 2008; 54(1): 161–8. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2008.04.016>
6. Lindner AK, Schachtner G, Steiner E, et al. Organ-sparing surgery of penile cancer: higher rate of local recurrence yet no impact on overall survival. *World J Urol* 2020; 38(2): 417–424. <https://doi.org/10.1007/s00345-019-02793-9>
7. Harder T, Wichmann O, Klug SJ, et al. Efficacy, effectiveness and safety of vaccination against human papillomavirus in males: a systematic review. *BMC Med* 2018; 16: 110. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1098-3>
8. Yao HH, Sengupta S, Chee J. Penile sparing therapy for penile cancer. *Transl Androl Urol* 2020; 9(6): 3195–3209. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.08.07>