



Peniskarzinom

Das Peniskarzinom ist eine seltene Tumorerkrankung, die ca. 1 von 100.000 Männern in Europa betrifft. Es entwickelt sich normalerweise aus den oberen Hautschichten des inneren Vorhautblatts oder der Eichel und ist in manchen Aspekten mit anderen Tumoren der oberen Deckgewebeschichten wie Rachen-, Gebärmutter- oder Anuskarzinom verwandt.

Zu den wichtigsten **Risikofaktoren** für die Erkrankungsentstehung zählen Phimose, chronisch-entzündliche Veränderungen wie Balanoposthitis, Balanitis xerotica obliterans und stattgehabte Behandlung mit Photochemotherapie. Zusätzlich sind die Promiskuität, junges Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, Infektion mit dem Humanen Papilloma Virus (insbesondere HPV 16 und 18) sowie Raucherstatus weitere Risikofaktoren für den Tumor.

Die **Diagnostik** des eigentlichen Peniskarzinoms erfolgt durch klinische Untersuchung und histologische Befundbestätigung. Zur Beurteilung der eventuell vorliegenden Tumorstreuung in die Lymphknoten oder andere Organe stehen dynamische Schildwächterlymphknotenbiopsie, (PET)-CT- und MRT- Untersuchung zur Verfügung.

Die **lokale Tumorthherapie** besteht in der chirurgischen Entfernung des befallenen Gewebes, in seltenen Fällen ist auch eine Strahlentherapie möglich. Bei kleinen Tumoren mit oberflächlichem Befall kann eine **Tumorexcision (mit ggf. Circumcision)** durchgeführt werden. Zusätzlich können bei kleinen und nicht invasiven Befunden neben der rein chirurgischen Therapie eine **Lasertherapie**, eine **Bestrahlung** oder die **Applikation von chemotherapiehaltigen Salben** angewendet werden.

Falls **tiefer infiltrierende Befunde** vorliegen, kann eine komplette Eichelentfernung und ggf. eine **partielle Penisamputation mit plastischer Rekonstruktion des Harnröhrenausgangs** erforderlich werden. Bei größerer Tumorausdehnung wird eine **komplette Penisamputation** mit Ausleitung der Harnröhre im Dammbereich

durchgeführt. Bei ausgewählten Patienten mit lokal fortgeschrittener Erkrankung kann eine **initiale Chemotherapie** zur Verkleinerung der Tumormassen mit anschließender Penisamputation indiziert sein. Im Falle von inoperablen Tumoren ist eine lokale Bestrahlung möglich.

Bei erhöhtem Risiko für bzw. feingeweblichem Nachweis von **Lymphknotenmetastasen** ist die chirurgische Lymphknotenentfernung entsprechend der Ausdehnung des Befalls (**einseitig oder beidseitig, inguinal oder im gesamten kleinen Becken**) indiziert. In ausgewählten Situationen kann eine anschließende Chemotherapie die Lebenserwartung verbessern. Bei initial nicht operablen großen Lymphknotenmetastasen kann zunächst eine Chemotherapie zwecks Metastasenverkleinerung und ggf. Erreichen der Resektabilität durchgeführt werden.

Die regelmäßigen Nachsorgeuntersuchungen dienen der frühzeitigen Erkennung des Tumorrezidivs bzw. weiteren Ausbreitung der Erkrankung. Diese werden in den ersten 2 Jahren alle 3 Monate und in den Jahren 3-5 alle 6 Monate durchgeführt und beinhalten klinische Untersuchung sowie Ultraschalldiagnostik mit ggf. Entnahme von Feinnadelaspirationsbiospien und Durchführung von (PET-)/CT je nach individueller Risikostratifizierung.