

# Das Peniskarzinom

## die unterrepräsentierte Tumorentität

Eine populationsbezogene klinisch-epidemiologische Analyse auf der Ebene eines Bundeslandes (Sachsen) 2000-2009

Böhm, W.-D.U. und die Arbeitsgemeinschaft der Klinischen Krebsregister Sachsens

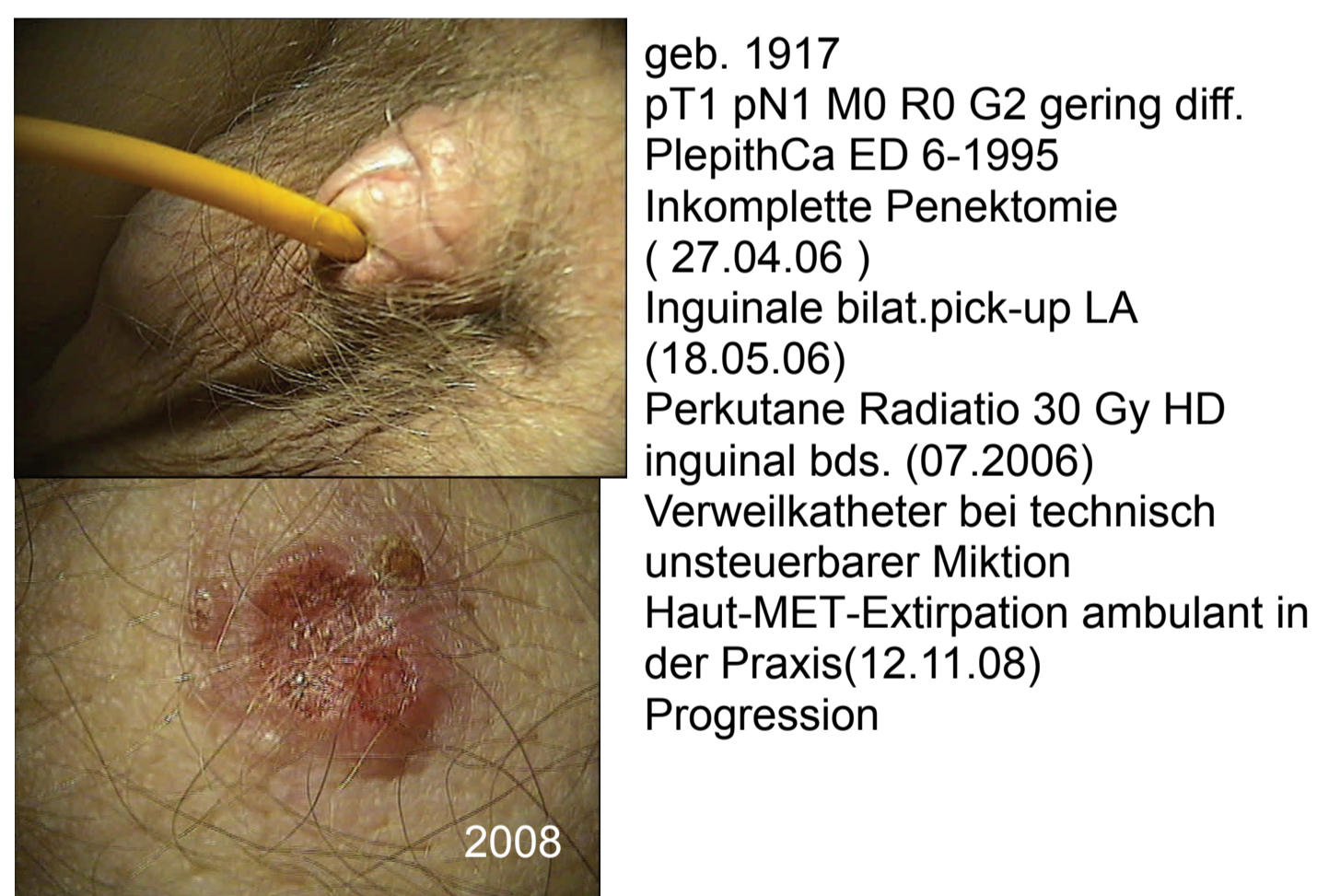
### Aktuelle Verläufe aus der eigenen klinischen Praxis



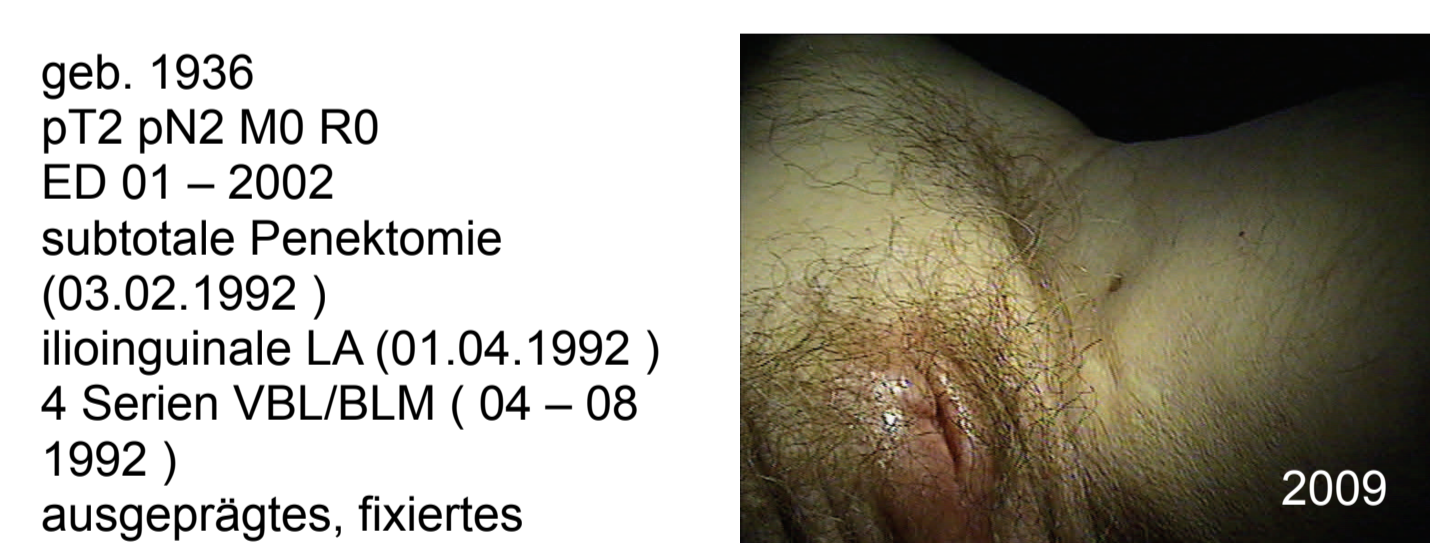
geb. 1933  
pT1cN0 cM0 R0 G2  
(mittelhoch diff verhorn  
Platteneithel Ca mit Infiltrat subepith  
Strukt., Balanoposthitis xerotica  
obliterans)  
ED 08 /2009  
Zirkumzision und Penisteil-  
amputation (24.08.09)  
keine LA  
Vollremission



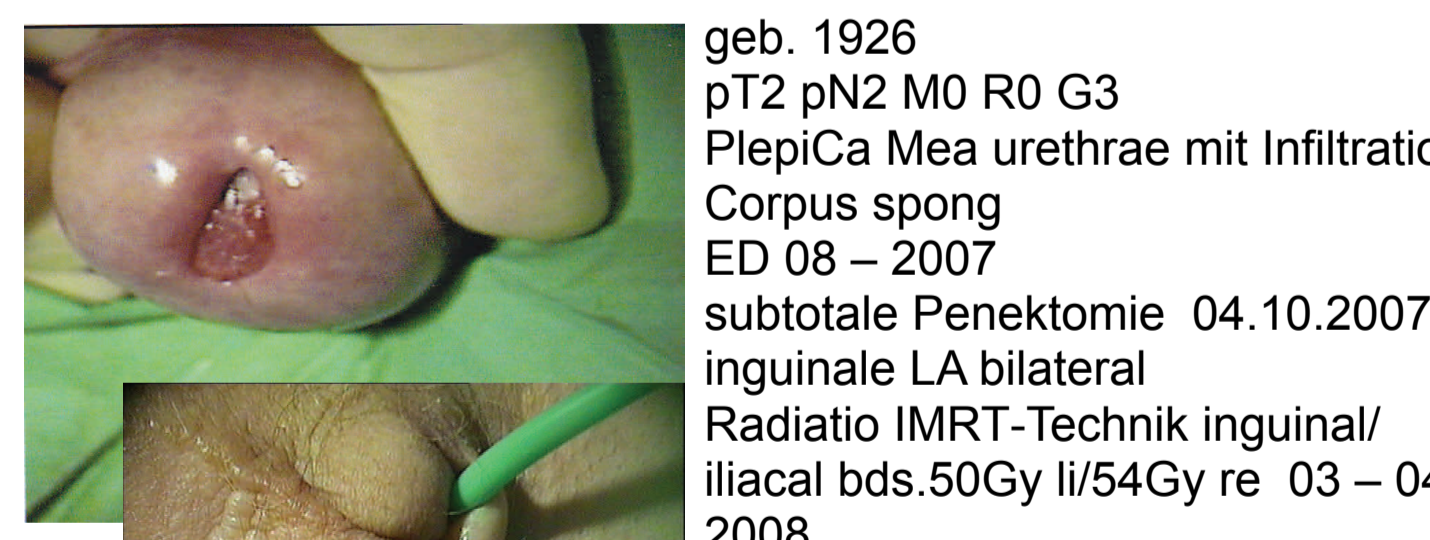
geb. 1934  
pT1 Nx Mx G2 R0  
(mittelhoch diff. stark verhorn.  
Platteneith. Ca)  
Subepith. Infiltrat., keine  
Angioinvasion  
ED 08/2007  
Zirkumzision, Penisteilampu-  
tation, Schnellschnitt (31.08.07)  
keine LA  
Vollremission 2009



geb. 1917  
pT1 pN1 M0 R0 G2 gering diff.  
PlepihCa ED 6-1995  
Inkomplette Penektomie  
(27.04.06)  
Inguinale bilat. pick-up LA  
(18.05.06)  
Perkutane Radiatio 30 Gy HD  
inguinal bds. (07.2006)  
Verweilkatheter bei technisch  
unsteuerbarer Miktio  
Haut-MET-Extirpation ambulant in  
der Praxis (12.11.08)  
Progression



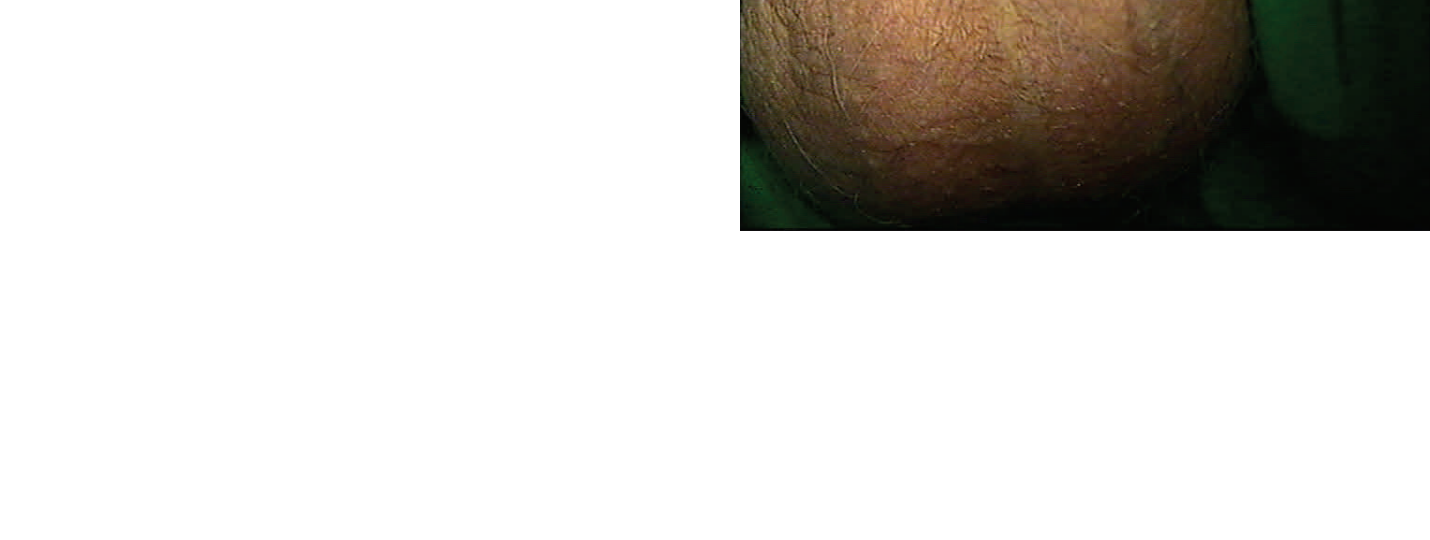
geb. 1936  
pT2 pN2 M0 R0  
ED 01 – 2002  
subtotale Penektomie  
(03.02.1992)  
ilioinguinale LA (01.04.1992)  
4 Serien VBL/BLM (04 – 08  
1992)  
ausgeprägtes, fixiertes  
Lymphödem UB, OS  
Vollremission 2009



geb. 1926  
pT2 pN2 M0 R0 G3  
PlepiCa Mea urethrae mit Infiltration  
Corpus spong  
ED 08 – 2007  
subtotale Penektomie 04.10.2007  
inguinale LA bilateral  
Radiatio IMRT-Technik inguinal/  
iliacal bds. 50Gy li/54Gy re 03 – 04  
2008  
ausgeprägtes Lymphödem scrotal/  
penil/UB/OS  
Spontanmiktio technisch  
unmöglich – Verweilkatheter –  
Zystofix  
Sepsis bei infizierter Lymphozele  
(Enterobact. cloacae)  
Lymphmassagen,  
Kompressionsstrumpf...  
Exitus letalis 07/2009



geb. 1942  
pT2 pN0 M0 L0 R0 G1 hochdiff.  
PlepiCa  
ED 02 – 2008  
Radikale Zirkumzision tangential-  
e Penektomie 10.03.2008  
Inguinal/iliacale LA 27.05.2008  
keine adjuvante Therapie  
temporär doppeltfaustgroßes  
Lymphödem scrotal/penil  
Lymphdrainage  
Vollremission 2009



### Einleitung

Bei einer spontanen Praxisanalyse fiel eine hohe Varianz der OP-Techniken/adjuvanten Strategien bei vergleichbaren Tumorstadien, insbesondere am T1, auf.

Nach einer Feldstudie für den Regierungsbezirk Dresden poolten wir die Daten der Sächsischen Krebsregister nach der vorher getesteten Methodik zusammen, um zu repräsentativen Aussagen zu diesem seltenen Tumor zu kommen.

### Ergebnisse

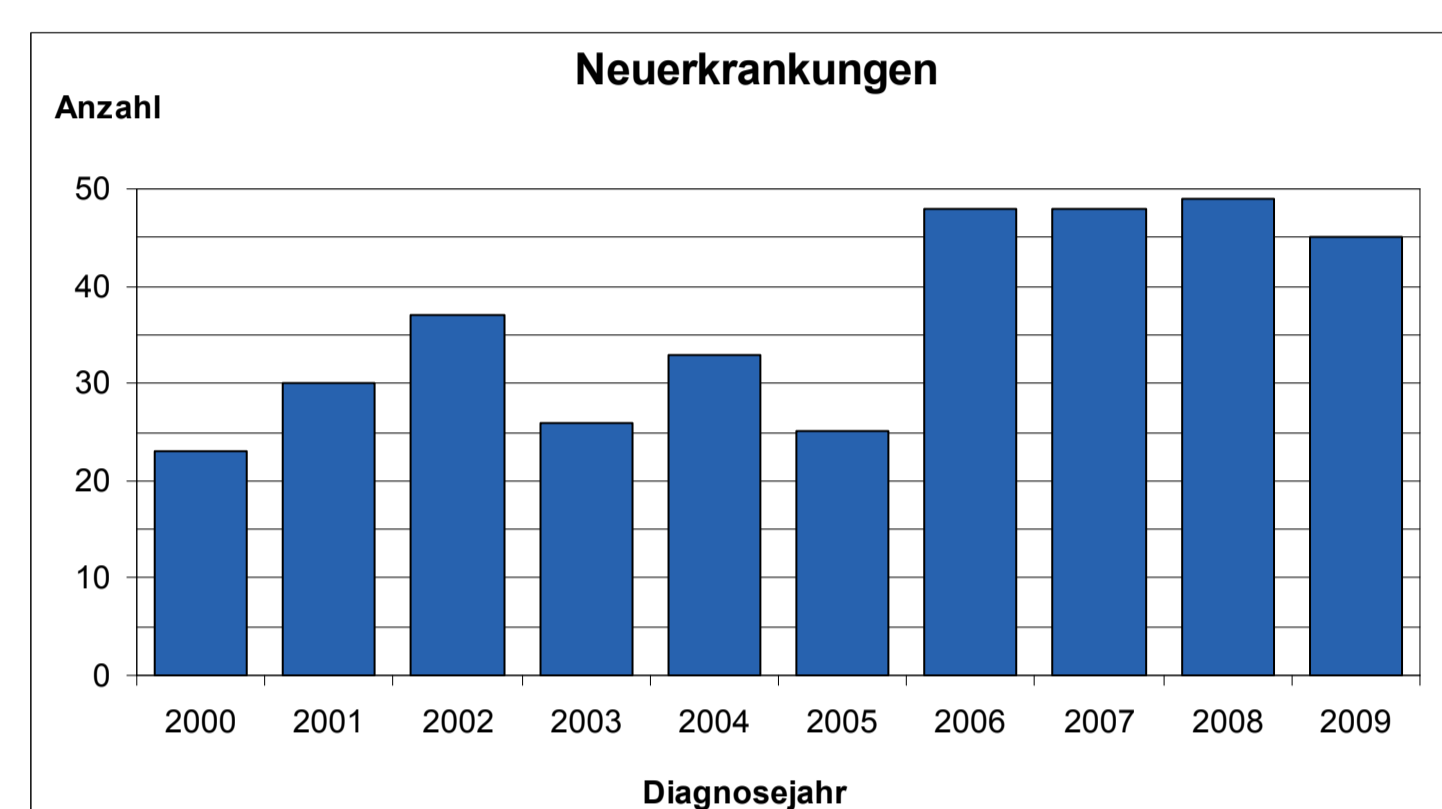


Abb. 1: 364 Neuerkrankungsfälle (Stand: 01.12.2010) aus dem Freistaat Sachsen bei einer Einwohnerzahl von 2.049.173 Männern (Stand: 31.12.2008)

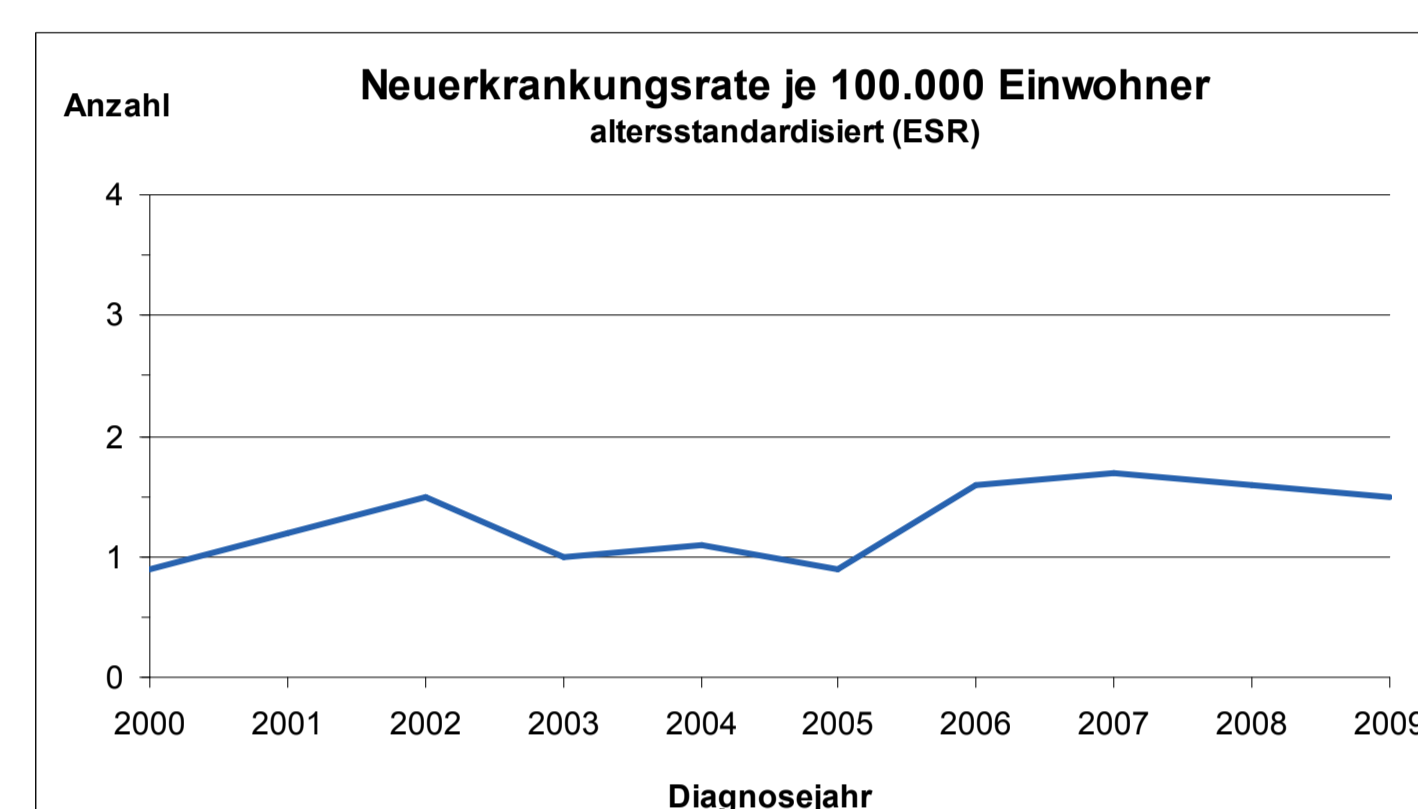


Abb. 2: Neuerkrankungsrate je 100.000 Einwohner altersstandardisiert (ESR)  
Der Trend folgt den extrem niedrigen Inzidenzraten für Europa mit 1-2/100.000 Männern/Jahr (ESR).

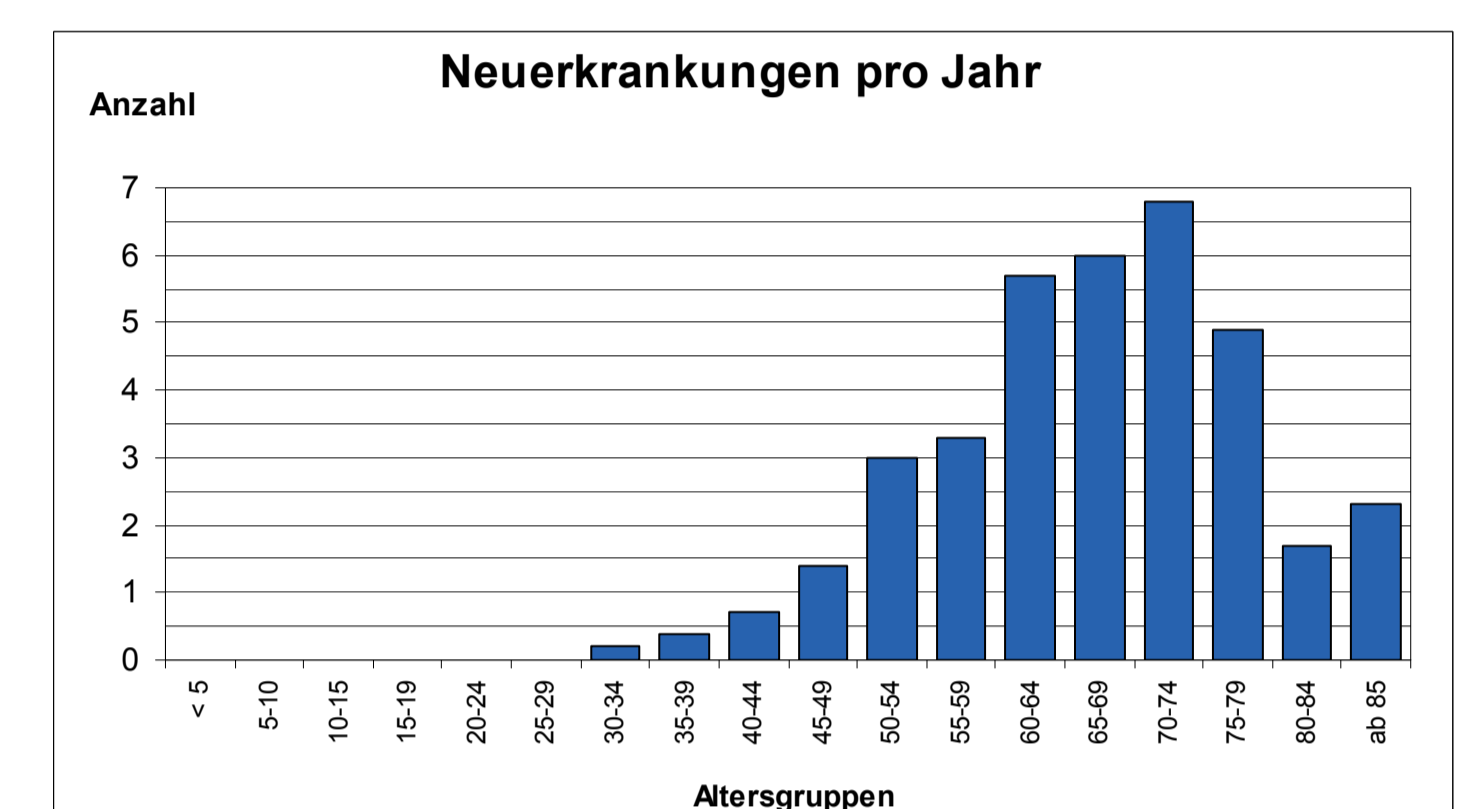


Abb. 3: Neuerkrankungen pro Jahr nach Altersgruppen

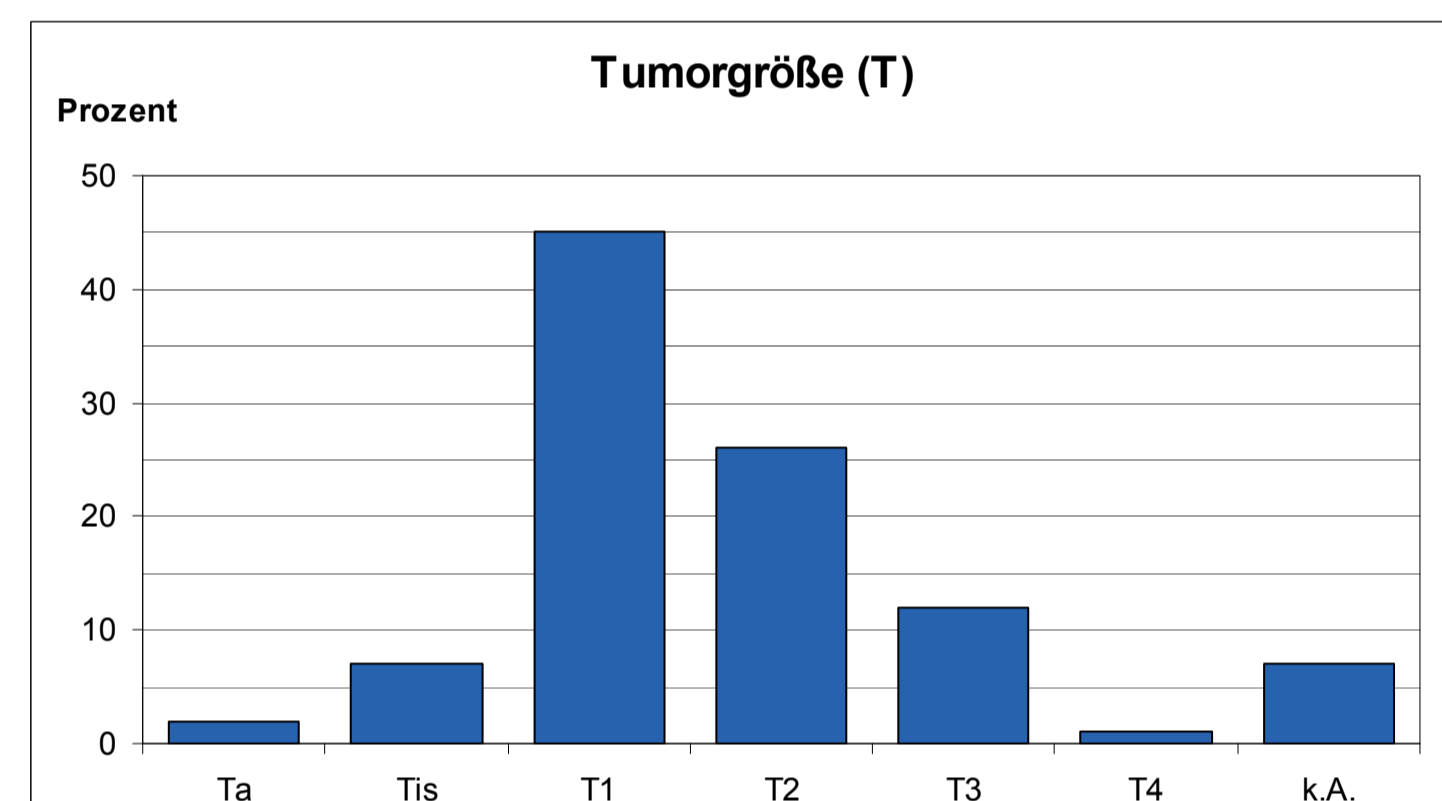


Abb. 4: Tumorgröße (T)

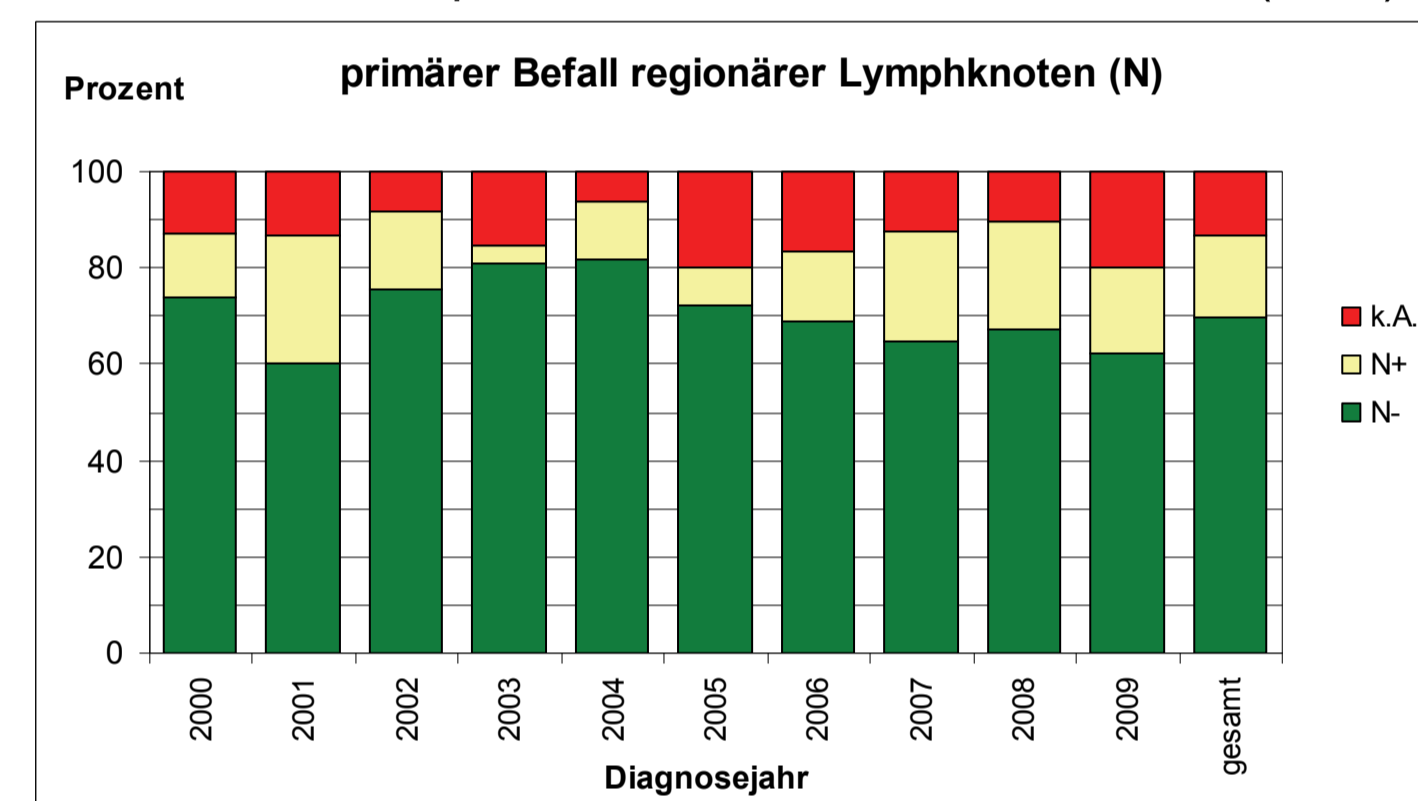


Abb. 5: Primärer Befall regionärer Lymphknoten (N)

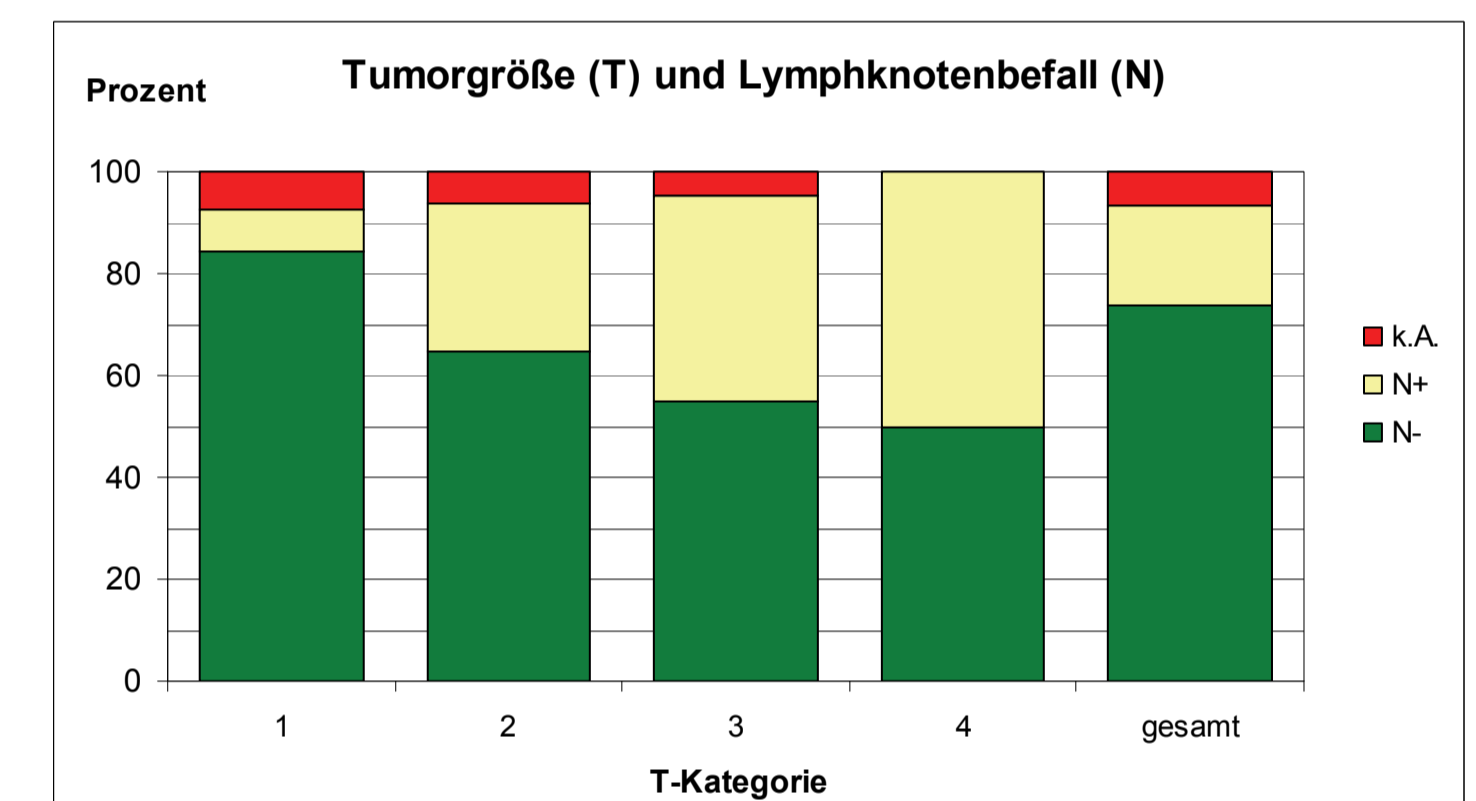


Abb. 6: Tumorgröße (T) und Lymphknotenbefall (N)

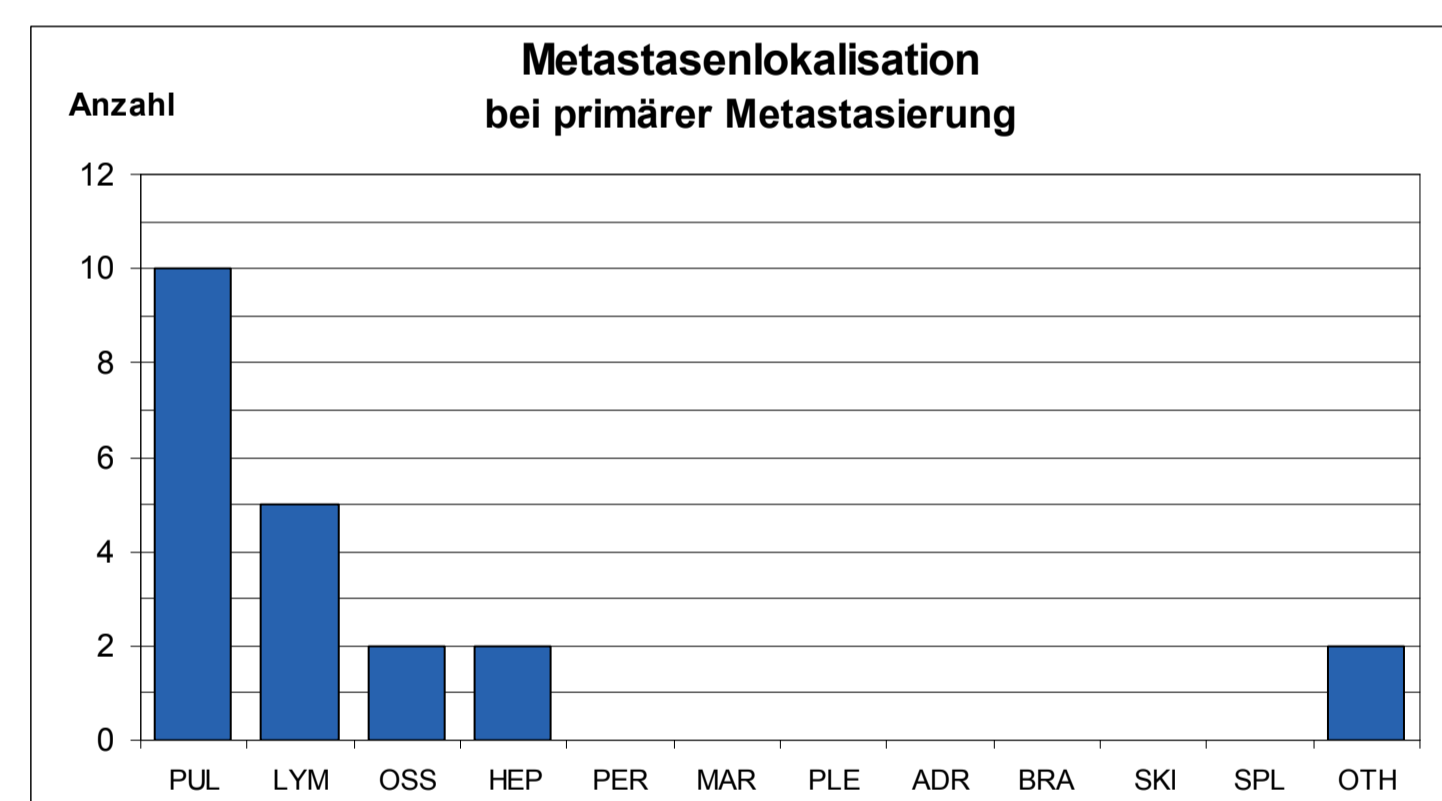


Abb. 7: Metastasenlokalisierung bei primärer Metastasierung  
Die durchschnittliche Rate der primären Metastasierung beträgt 4%.

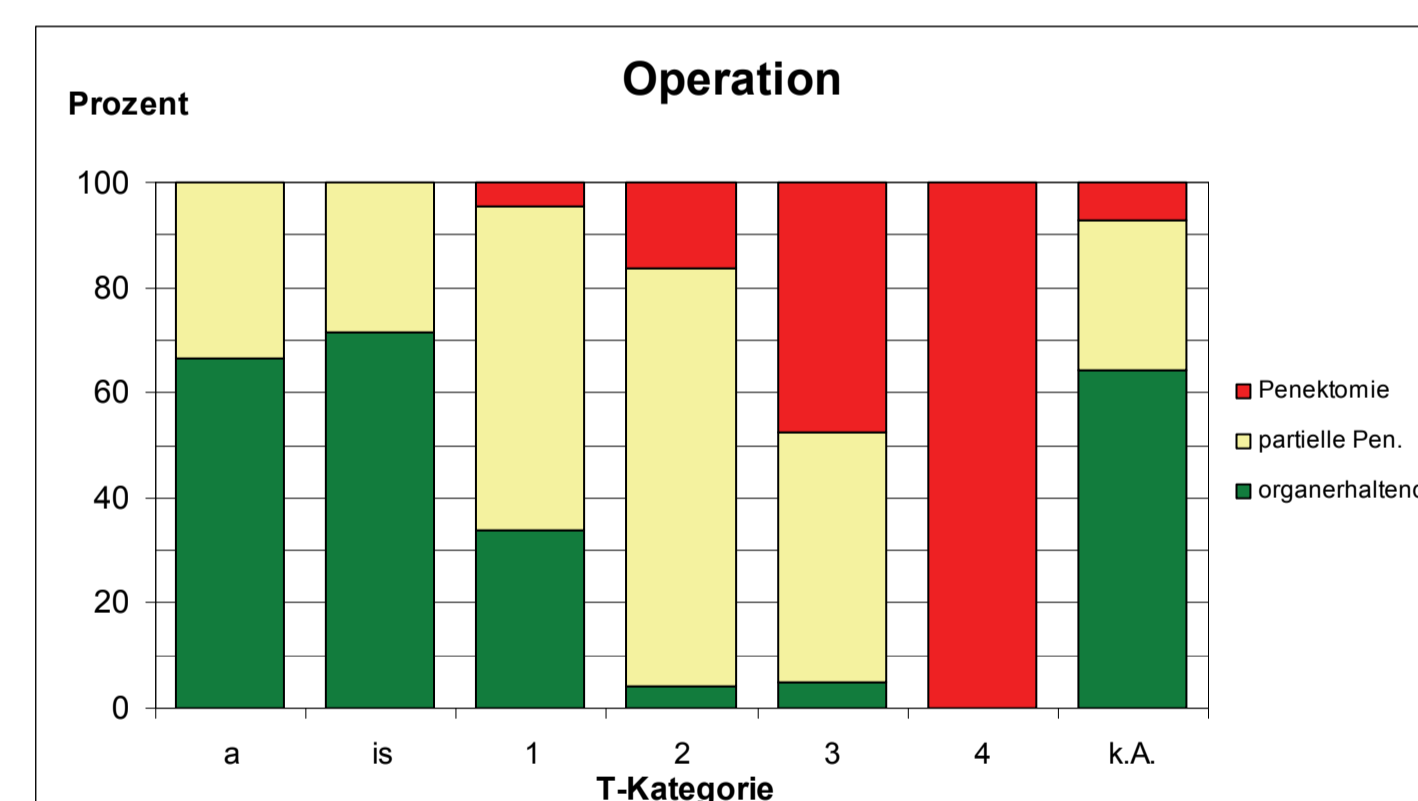


Abb. 8: Das operativ-therapeutische Vorgehen variiert in den verschiedenen Kliniken teils gravierend.

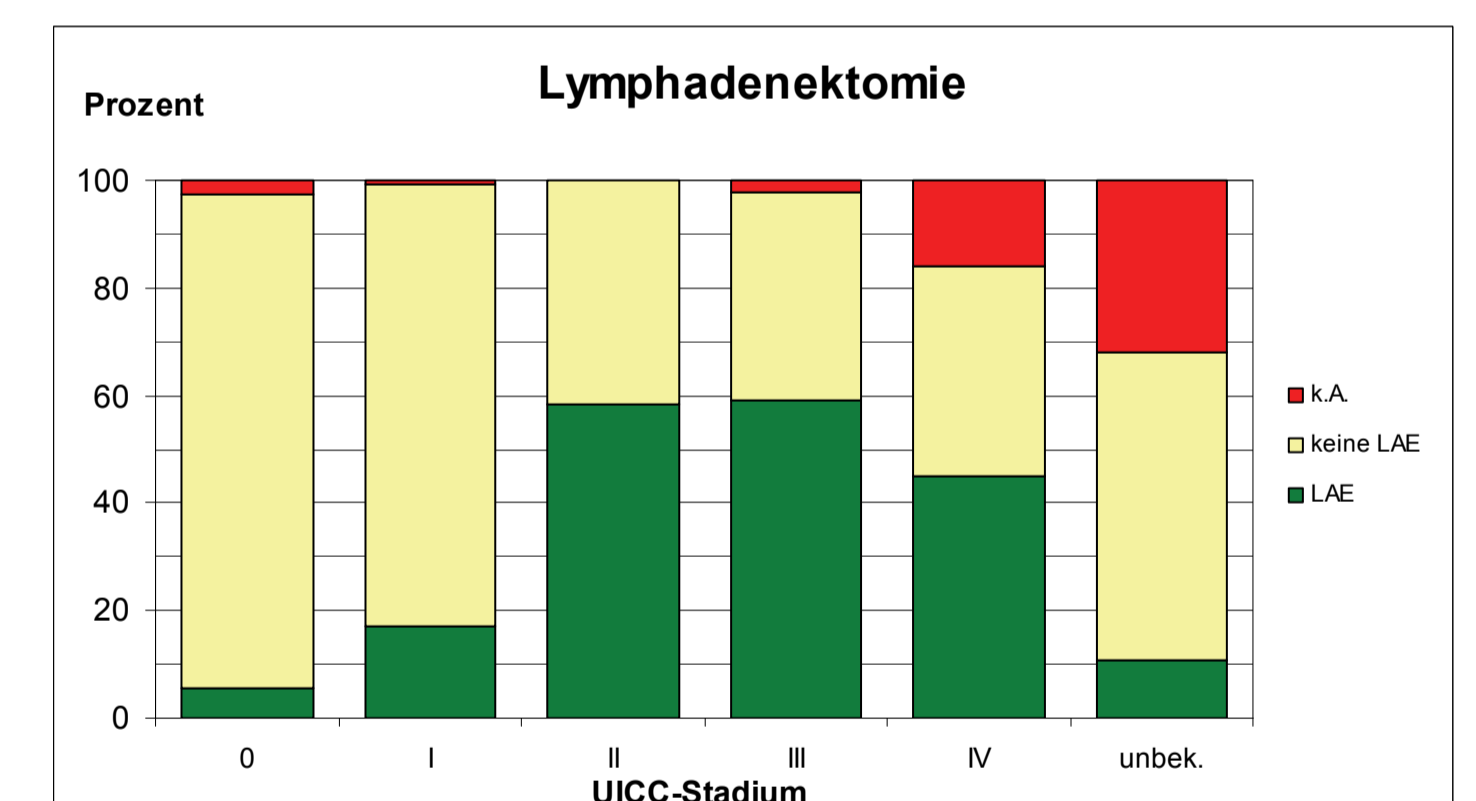


Abb. 9: Lymphadenektomie

Jahr	OP+ RCT	OP+ RT	OP+ CT	RCT	OP	CT	RT	keine	k.A.	Ges.
2000	1	2	3	0	17	0	0	0	0	23
2001	1	3	1	1	21	0	0	3	0	30
2002	1	5	0	0	30	0	1	0	0	37
2003	0	2	0	1	21	0	0	1	1	26
2004	2	2	2	0	24	0	0	1	2	33
2005	1	1	0	0	23	0	0	0	0	25
2006	1	2	1	0	43	0	1	0	0	48
2007	5	2	5	0	36	0	0	0	0	48
2008	0	2	4	1	41	0	0	1	0	49
2009	0	1	6	0	36	0	0	1	1	45
Ges.	12	22	22	3	292	0	2	7	4	364

Tab. 1: Hohe Varianz bei der Therapieentscheidung, vor allem bei der Anwendung adjuvanter Verfahren (Radiatio/Chemotherapie).

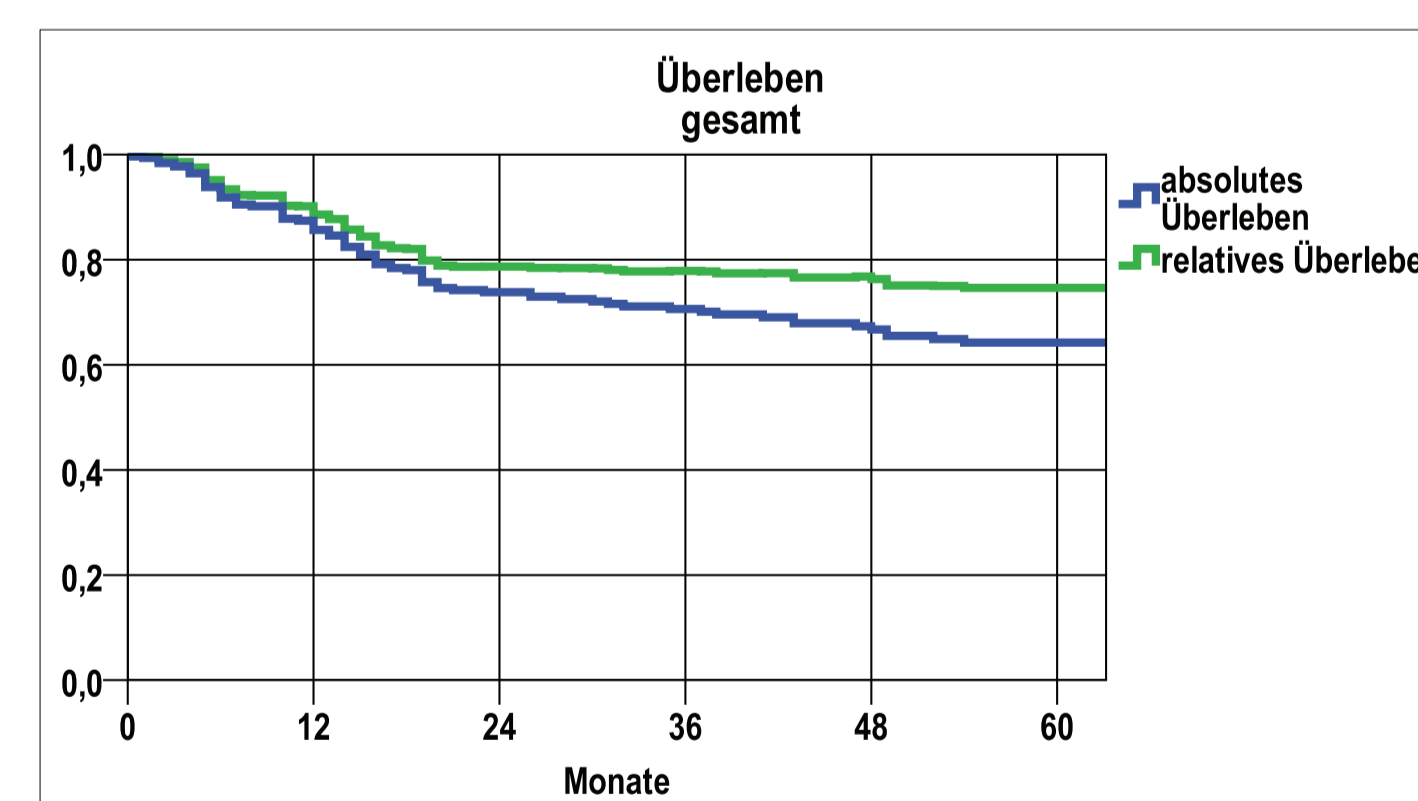


Abb. 11: Das relative Überleben (Verhältnis aus beobachteter Überlebensrate zum Überleben der Allgemeinbevölkerung) liegt nach 5 Jahren bei 74,7% (n=313).

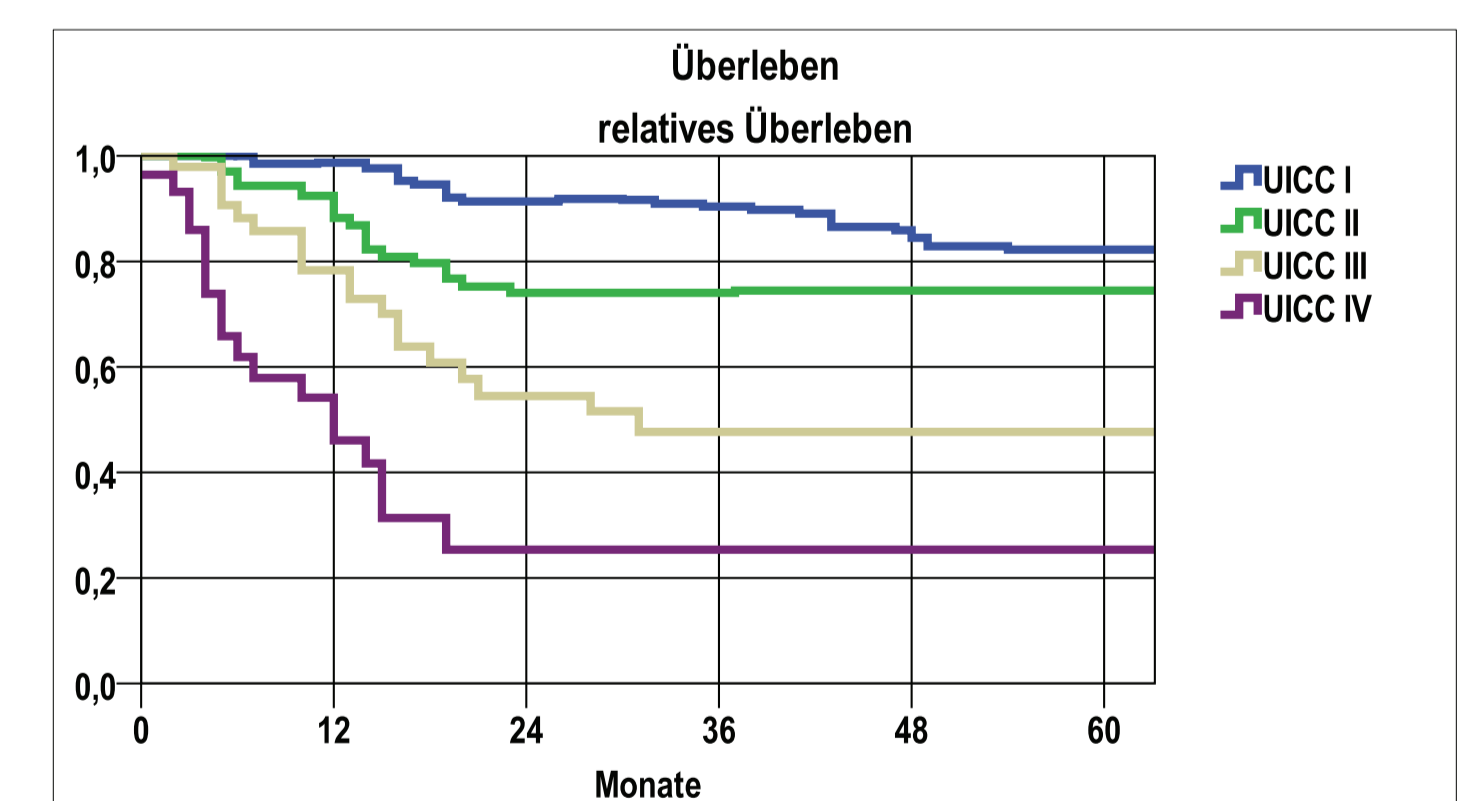


Abb. 12: Relatives Überleben nach UICC-Stadium

### Schlussfolgerungen

Bei ca. 1-2/100.000 (ESR) Patienten/Jahr finden sich in der internationalen Literatur nur kleine Fallzahlbeobachtungen, kaum repräsentative prospektive Studien zur OP-Technik, Radio- bzw. Chemotherapie. Die sehr späte Erstdiagnose ist Ausdruck von Ignoranz, Verdrängung und einer unzureichenden Frühdiagnose in der hausärztlichen Praxis.

Der Ausweg aus dem Dilemma ist die Etablierung von (über-)regionalen Exzellenzzentren und die Initiierung nationaler Verbundstudien ( s.a. Hakenberg O., Protzel C. et al.) zur Entwicklung neuer, am individuellen Risikoprofil der Tumoren orientierter Diagnostik- u. Therapieinstrumentarien.

Die Qualität der klinischen Untersuchung, explizit bezogen auch auf die Früherkennung des Peniskarzinoms, ist im hausärztlichen Bereich weiter entschieden zu entwickeln –...die breit angelegte Aufklärungsarbeit zu qualifizieren !

Die stete wie präzise Meldung (Life-Status!) an die regionalen Klinischen Tumorregister ist Ausdruck fachlich-wissenschaftlicher Kompetenz und des Interesses am eigenen Fachgebiet.

Vorrangige Aufgaben jetzt sind die Vernetzung von Einzelbemühungen (Kliniker, Pathologen) – und die perspektivische Entwicklung von 1(2) hochspezialisierten, forschenden Organzentren pro Bundesland !