

Tumori del pene

Tumori del pene

Epidemiologia

Il tumore del pene (TP) è un raro carcinoma a cellule squamose che origina nell'epitelio del prepuzio e del glande. Il TP ha un'incidenza di circa 1 caso su 100 000 uomini in Europa e U.S.A; rappresenta invece fino al 10-20% delle patologie maligne in paesi come India, Brasile ed Uganda. L'incidenza del TP cresce all'aumentare dell'età (fascia maggiormente colpita: 60-70 anni).

I maggiori fattori di rischio sono la fimosi (restringimento prepuziale), una scarsa igiene locale, il fumo, una storia sessuale di molti partner o di primo rapporto sessuale in età molto giovanile, trattamenti con raggi UVA, presenza di condilomi e condizioni di infiammazione cronica quali ad esempio balanopostiti, lichen sclerosus e atrofico (balanite xerotica obliterante). E' inoltre comprovato che l'HPV (human papilloma virus), soprattutto di tipo 16 e 18, è responsabile della trasmissione di verruche genitali, condilomi acuminati e carcinomi squamocellulari; lo si riscontra nel 40-50% dei casi di TP ma sono necessari altri cofattori per passare da uno stadio di semplice infezione virale locale a presenza di tumore e, inoltre, la presenza di HPV nel TP non ne peggiora la prognosi. La circoncisione in età prepubere è un fattore protettivo che riduce il rischio di TP di 3-5 volte.

Fattori di rischio

- Fumo
- Fimosi e balanopostiti
- Scarsa igiene personale
- Infezione da HPV
- Lichen sclerosus

Sintomi

In più del 95% dei casi il TP è quindi un **carcinoma a** cellule squamose, spesso preceduto da lesioni premaligne; i **melanomi maligni** del pene e i **carcinomi a cellule basali** sono invece molto più rari.

Le lesioni premaligne si suddividono a loro volta in quelle meno frequentemente associate al successivo sviluppo tumorale (*verruca cutanea, balanite xerotica obliterante, lichen sclerosus ed atrofico*) e in quelle ad esso più frequentemente associate (*neoplasia peniena intraepiteliale, eritroplasia di Queyrat, malattia di Bowen*).

La presentazione clinica del TP è variabile (lesione ulcerata, esofitica, papula), tipicamente non dolente e con insorgenza, in ordine decrescente, su glande, prepuzio, solco coronale, asta. Le metastasi sono preferenzialmente linfonodali, quando a distanza colpiscono fegato, ossa, polmoni.

Diagnosi

La diagnosi del TP si basa innanzitutto su un accurato **esame obiettivo** dei genitali esterni, volto a verificare: numero, sede, dimensioni e morfologia (papillare, nodulare, ulcerosa o piatta) della/e lesione/i peniena/e; rapporti con le strutture adiacenti; colore e margini della lesione; lunghezza del pene.

E' necessario quindi un **prelievo bioptico** della lesione per avere la certezza istologica della tipologia della stessa e poter proseguire col trattamento più adeguato.

Una **risonanza magnetica del pene in erezione**, ottenuta tramite iniezione locale di prostaglandina E1, è utile per valutare l'eventuale invasione dei corpi cavernosi da parte del tumore.

Altro aspetto di rilievo è la **palpazione dei linfonodi inguinali**, prima sede di eventuali metastasi. In assenza di anomalie palpatorie, un'ecografia può aiutare a riscontrare eventuali linfonodi anomali e può essere utilizzata anche come guida per una **biopsia con ago aspirato**. Qualora si riscontrino linfonodi inguinali ingrossati, l'esame **TC, la risonanza magnetica e la PET-FDG** sono esami utili per indagare la presenza di metastasi linfonodali pelviche e di eventuali metastasi a distanza. In pazienti metastatici e sintomatici, è indicata la **scintigrafia ossea**.

Terapia

Il trattamento del TP primitivo è *il più conservativo possibile* tenuto conto delle dimensioni, della localizzazione e del rapporto coi tessuti circostanti. Fondamentale nel trattamento chirurgico è l'ottenimento di margini di resezione indenni da patologia, al fine di evitare recidive. Si spazia quindi da *resezioni minime chirurgiche di malattia* (effettuabili anche con tecniche alternative quali laserterapia, crioterapia) a resezioni sempre maggiori, quali *glandectomia*, *amputazione peniena parziale* (se invasi i corpi cavernosi) e *totale* (se invasa l'uretra).

Nel caso di malattia ulteriormente invasiva, la terapia prevede una *chemioterapia neoadiuvante* e, nei pazienti responsivi, un successivo intervento chirurgico.

Nelle malattie avanzate e metastatiche, la terapia è la *chemioterapia* palliativa.

La *radioterapia* è sia un'alternativa possibile per lesioni limitate (<4 cm) che un'ulteriore possibilità palliativa.

La *linfadenectomia inguinale e/o pelvica* si effettua in caso di positività o sospetta positività dei corrispettivi linfonodi. Oggigiorno, all'atto del trattamento della lesione primaria, quando non sono presenti linfonodi chiaramente aumentati di volume, è possibile tramite una *linfoscintigrafia*, identificare la prima sede linfonodale in cui drena il tumore (il cosiddetto *linfonodo sentinella*). Durante l'intervento è possibile identificare la radioattività di questo linfonodo ed asportarlo selettivamente. Se il linfonodo sentinella risulta negativo è in genere possibile evitare o ritardare la linfadenectomia radicale, che rappresenta una procedura molto più invasiva.

[Vai agli interventi](#)

Per doverosa informazione, si ricorda che la visita medica rappresenta il solo strumento diagnostico per un efficace trattamento terapeutico. I consigli forniti in questo sito devono essere intesi semplicemente come suggerimenti di comportamento.