

بازمانده خنک

طبیعت هنراست،

هنرناهنکی قلب و اندیشه



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	بانوئی، فرشاد، ۱۳۶۹- مرجع تخصصی بیماری‌ها ژنیتالیای مردان: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵ Campbell-Walsh-Wein Urology 13ed 2025 ترجمه و تلخیص: دکتر فرشاد بانوئی پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر محمدامین حسام عارفی تهران: کاردیا، ۱۴۰۴
مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک مدیر برنامه ریزی و تولید	۱۶۸ ص: ج: مصور(بخشی رنگی)، جدول (بخشی رنگی). ج ۱۲ ۷۹۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۳۰-۵ ریال ۷۹۰۰۰۰۰۰ الهه شهدادی
وضعیت فهرست نویسی یادداشت	فیبیا کتاب حاضر بر گرفته از کتاب Campbell-Walsh-Wein_Urology_13ed 2025 " اثر آلن ج. واین... او دیگران است.
موضوع	پروستات - سرطان / Prostate-- Cancer ادرار - اندام‌ها - بیماری‌ها / Urinary organs -- Diseases اورولوژی / Urology پروستات - سرطان - آزمون‌ها و تمرین‌ها Prostate -- Cancer -- Examinations, questions, etc ادرار - اندام‌ها - بیماری‌ها - آزمون‌ها و تمرین‌ها Urinary organs -- Diseases -- Examinations, questions, etc واین، آلن ج. / Wein, Alan J.
شناسه افزوده	کمبرل، ویلیس کوهون، ۱۸۸۰ - ۱۹۴۱م. / Campbell, Willis C. (Willis Cohoon), 1880-1941
شناسه افزوده	RC۲۸۰
رده بندی کنگره	۶۵/۶۱۶
رده بندی دیویی	۹۱۶۳۲۶۳
شماره کتابشناسی ملی اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیبیا

مرجع تخصصی بیماری‌ها ژنیتالیای مردان: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵
برگرفته از کتاب Campbell-Walsh-Wein_Urology_13ed 2025
ترجمه و تلخیص: دکتر فرشاد بانوئی پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر محمدامین حسام عارفی
ناشر: انتشارات کاردیا
صفحه آرا: رزیدنت‌یار - صبا درخشان فرد
طراح و گرافیسیت: رزیدنت‌یار

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت‌یار
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۳۰-۵
تیراژ: ۱۰۰ جلد
بها: ۷۹۰۰۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنجوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۲۱، ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۲۱، ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۲۱، شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷ - ۲۱

www.residenttyar.com

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مرجع تخصصی

بیماری های

ژنیتالیای مردان

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه

آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵

Campbell-Walsh-Wein_Urology_13ed 2025

ترجمه و تلخیص

دکتر فرشاد بانوئی

دارای بورد تخصصی از دانشگاه علوم پزشکی همدان

دستیار فلوشیپ یوروانکولوژی دانشگاه تهران





سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رهمت‌ش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

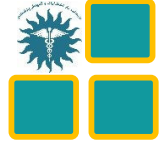
فدایا از شاگردان درگاهت و مقیقت‌جویان راحت قرار ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میانه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبمات اورولوژی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مبامت و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مبامت پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم



مقدمه مولف

We respect science.

فهرست مطالب



فصل ۸۲ : تومورهای پنیس	۱۱
فصل ۸۳ : تومورهای پیشابراه	۴۹
فصل ۸۴ : دایسکشن لنف نودهای اینگوئینال	۶۹
فصل ۸۵ : اختلالات خوش خیم پنیس و یورترا	۷۹
فصل ۸۶: بیماری تنگی مجرا	۱۰۷
فصل ۸۷ : جراحی اسکروتوم و سمینال وزیکل ها	۱۳۹

تومورهای پنیسی

در بحث در مورد تومورهای پنیسی ابتدا بایستی در مورد ضایعات پیش بدخیم و بدخیم پنیسی بحث کرد. بحث در مورد این تومورها شامل بررسی آناتومیک، اتیولوژیک و ارتباط بافتی آن‌ها با SCC پنیسی است که شایع‌ترین بدخیمی پنیسی است.

اهمیت stage پاتولوژیک و خصوصیات هیستولوژیک تومور اولیه و وجود و گسترش متاستاز به لنف نودها اساس بررسی پروگنوز و پلن درمان در این بیماران است.

ضایعات پوستی پیش بدخیم:

(formerly carcinoma in situ) Penile Intraepithelial neoplasia:

خصوصیات پاتولوژیک و کلینیکال:

PeIN مانند ضایعات تهاجمی‌تر به دو دسته تقسیم می‌شوند: ۱- ضایعات مرتبط با HPV ۲- ضایعات مستقل از HPV، در واقع PeIN یک ضایعه‌ی پنیسی با اپیتلیوم اسکواموس با تغییرات دیس پلاستیک است که غشای پایه در آن درگیر نشده است. شایع‌ترین انواع آن، بازالوئید و نوع وارثی هستند. انواع پرخطر HPV از طریق پروتئین‌های ویروسی E6 و E7 منتقل می‌شوند که E6 به پروتئین P53 و E7 به Rb متصل می‌شوند که این تغییرات باعث تغییر در مسیرهای آپوپتوتیک و تغییرات دیس پلاستیک می‌شوند.

انواع PeIN غیروابسته به HPV با اپیتلیوم اسکواموس هایپرپلاستیک، تشکیل مرواریدهایی از کراتین و پل‌های برجسته بین سلولی و سلول‌های بازال آتیپیک تشخیص داده می‌شوند که تشخیص آن‌ها از ضایعات ری اکتیو دشوار است.

در ترمینولوژی جدید ضایعات PeIN بر اساس محل و ظاهر آن‌ها نامگذاری می‌شوند به عنوان مثال اریتروپلازی کوئیرا در گلنس و بیماری بوون و پاپولوزیس بونوئید در تنه‌ی پنیسی دیده می‌شوند.

اریتروپلازی کوئیرا:

این ضایعه یک ضایعه‌ی قرمز مخملی با مارژین مشخص بر روی گلنس است که در افراد ختنه نشده گاهاً بر روی پره پوس هم دیده می‌شود و با HPV مرتبط است. ممکن است زخمی شود و یا درد هم داشته باشد. در بافت‌شناسی



مخاط نرمال با سلول‌های آتیپیک هایپرپلاستیک با تغییر جهت‌گیری، واکوئولیزاسیون، هسته‌های متعدد هایپرکروم و اشکال میتوتیک در تمام سطوح مشخص می‌شود که این خصوصیات برای تشخیص آن از بالانیت ضروری است. احتمال پیشرفت به سمت کارسینوم تهاجمی ۳۳-۱۰ درصد است.

بیماری بوون:

یک پلاک با لبه‌ی مشخص با اریتم زیر در تنه‌ی پنیس است که ممکن است کراسته یا زخمی شود. اگر درمان نشود در ۵ درصد موارد ممکن است به سمت کارسینوم تهاجمی پیشرفت کند. درمان بر اساس تشخیص دقیق بافت‌شناسی است. در مواردی که ضایعه روی پره پوس باشد ختنه کافی است اما ضایعات گلنس درمان دشوارتری دارند که بایستی اپیتلیوم و ساب اپیتلیوم برداشته شوند و گرافت پوستی در محل گذاشته شود. عود بسیار نادر است، درمان‌های جایگزین شامل کرم 5-FU، کرم ایمیکیمود ۵٪، تخریب ضایعه با Nd: YAG و استفاده از KTP هستند.

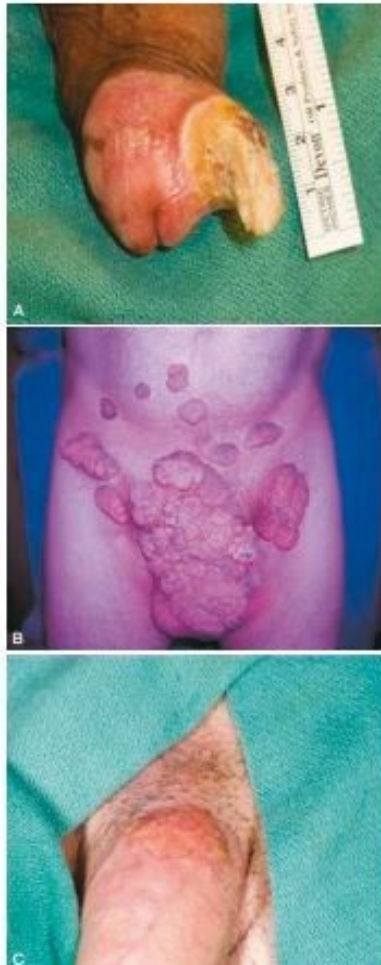
* برخی ضایعات خوش‌خیم پنیس پتانسیل ایجاد بدخیمی را دارند به طوری که در یک مطالعه دیده شده است که ۴۲ درصد بیماران مبتلا به SCC سابقه‌ی ضایعات روی پنیس را داشته‌اند.

ضایعات پیش بدخیم غیرمرتبط با HPV:

Cutaneous horn ✓

یک ضایعه نادر است که با برخی عوامل در ارتباط است از جمله التهاب مزمن، تروما، بهداشت ضعیف، عفونت ویروسی و تومورها مانند SCC و BCC.

ضایعات شاخ مانندی هستند که در بررسی بافت‌شناسی با هایپرکراتوزیس، دیس کراتوزیس و آکانتوزیس همراهی دارند. اهمیت اصلی این ضایعه در خود ضایعه (شاخ) نیست بلکه در عامل زمینه‌ای آن است که ممکن است پیش بدخیم یا بدخیم باشد، به طوری که در ۳۳ درصد موارد SCC در آن گزارش شده است. درمان شامل جراحی ضایعه با مارژین منفی است. با توجه به اینکه این ضایعه ممکن است به سمت بدخیمی پیشرفت کند، فالوآپ دقیق بعد از عمل و بررسی دقیق مارژین جراحی بسیار مهم است.



eFig. 82.1. (A) Cutaneous horn with underlying well-differentiated squamous cell carcinoma. (B) Buschke-Löwenstein tumor. (C) Bowen disease involving penile shaft skin.

✓ (PKMB) Pseudoepitheliomatous keratosis and micaceous balanitis :

یک ضایعه هیپرکراتوتیک که روی گلنس پنیس ایجاد می‌شود.

تشخیص‌های افتراقی آن شامل: کارسینوم وروکوز، SCC، کوندیلوما، شاخ پنیس و کراتوآکانتوما.

PKMB دارای چهار مرحله است:

۱- پلاک اولیه

۲- تومور مرحله آخر

۳- کارسینوم وروکوز

۴- SCC مهاجم



درمان بستگی به مرحله دارد و شامل 5-FU، اکسیژون جراحی، ابلیشن با لیزر و کرایوتراپی است. احتمال عود دارد و نیاز به فالوآپ دقیق دارد.

✓ Male lichen sclerosis (balanitis xerotica obliterans):

یک واریاسیون از لیکن اسکروزیس است که با یک پچ پوستی سفید روی پره پوس یا گلنس تظاهر پیدا می‌کند. روی مه آتوس قرار دارد ولی ممکن است به فوسا نایکولاریس گسترش یابد. می‌تواند متعدد باشد و ظاهر موزاییکی پیدا کند. اغلب در مردان میانسال و جوان ختنه نشده ایجاد می‌شود. علائم شامل درد، سوزش ادرار، خارش، ارکشن دردناک و انسداد ادراری است.

ارتباط این ضایعه با SCC حتی مدت‌ها بعد از درمان ضایعه اولیه، اثبات شده است.

همراهی با کنسر پنیس در ۲۸ تا ۵۰ درصد بیماران دیده شده است و در ۲/۳ تا ۵/۸ درصد بیماران کنسری ضایعه LS دیده شده است.

دلیل این ضایعه مشخص نشده است اما مواردی از عفونت با بورلیا بورگدورفری دیده شده است. سایر علل احتمالی شامل: اختلالات اتوایمیون، فاکتورهای ژنتیکی در ترکیب با تروما و التهاب مزمن. نکته‌ی جالب اینکه این ضایعه تقریباً هیچ‌گاه در مردان ختنه شده دیده نشده است که این امر مطرح کننده این موضوع است که رطوبت زیر پره پوس و التهاب می‌تواند عامل مؤثری بر این بیماری باشد.

درمان شامل کلوبیتازول موضعی ۲ تا ۳ ماه است، تنگی مجرا ممکن است نیاز به جراحی و بازسازی داشته باشد و فالوآپ دقیق ضروری است.

ضایعات پنایل مرتبط با ویروس:

به نظر می‌رسد کوندیلوما آکومیناتا و پاپولوزیس بونوئید با HPV در ارتباط باشند. HHV-8 با سارکوم کاپوسی در ارتباط است.

✓ Human papillomavirus in malignant transformation:

فاکتورهای مرتبط با احتمال بالای عفونت با HPV شامل: تعداد شریک‌های جنسی، وجود پره پوس، عدم استفاده از کاندوم و سیگار هستند.

در خانم‌ها عفونت با HPV به عنوان عامل کنسر سرویکس یا دیس پلازی سرویکس مطرح شده است. در بررسی بافت‌شناسی Koilocyte (سلولی که با یک فضای خالی اطراف یک هسته‌ی آتیپیک مشخص می‌شود) پاتوگنومونیک عفونت با HPV است.

حدود ۱۱۸ نوع HPV شناخته شده است که ۴۰ نوع آن ژنیتالیا را درگیر می‌کند.



ویروس‌های تیپ ۶ و ۱۱ و ۴۲ تا ۴۴ با کوندیلوماتای گراس و دیس پلازی درجه پایین در ارتباط هستند. انواع ۱۶، ۱۸، ۳۱، ۳۳، ۳۵، ۳۹، ۵۱، ۵۲، ۵۸ و ۵۹ با بدخیمی ارتباط بیشتری دارند، پروتئین‌های E6 و E7 از ویروس‌های HPV تیپ ۱۲ و ۱۸ زن‌های PRB و TP53 را هدف قرار می‌دهند.

✓ *Condyloma acuminata*.

کوندیلوما آکومیناتا ضایعات نرم و پاپیلوماتوز هستند که خوش خیم هستند، ممکن است مطرح کننده‌ی تماس جنسی باشند. در مردان معمولاً در گلنس، شفت پنیس و پره پوس ایجاد می‌شوند. در ۵ درصد موارد یورترا هم درگیر می‌شود که ممکن است تا پروستات گسترش پیدا کند.

* در موارد وجود ضایعات بایستی مجرا با سیتوسکوپ جهت وجود ضایعه بررسی شود.

درمان‌های متعددی برای این ضایعات مطرح شده است، اما در هیچ‌کدام احتمال انتقال به پارتنر و شانس کنسر کم نشده است.

درمان‌ها شامل:

۱- محلول یا ژل پودوفیلوتوکسین ۰/۵٪

۲- تری کلرو استیک اسید ۳۵ تا ۸۵ درصد

۳- کرایوتراپی با نیتروژن مایع

۴- الکتروفولگوراسیون

۵- استفاده از لیزر CO₂

۶- کرم ایمیکیمود ۰/۵٪

* کرم ایمیکیمود ۰/۵٪ درمان موضعی انتخابی برای این ضایعات است.

در ضایعات داخل مجرا درمان شامل استفاده ۳ هفته‌ای از 5-FU است.

✓ *Buschke-Lowenstein tumor (giant condyloma acuminata)*.

این تومور با کوندیلوما آکومیناتوم متفاوت است. کوندیلوما صرف نظر از سایز همیشه سطحی باقی می‌ماند و به بافت‌های مجاور تهاجم ندارد اما تومور بوشکه لوونشتاین جابه‌جا می‌شود و به بافت‌های مجاور تهاجم پیدا کرده و آن‌ها را تخریب می‌کند، البته صرف نظر از تهاجم لوکال این تومور متاستاز نمی‌دهد و در بررسی بافت‌شناسی سلول‌های آن آناپلازی ندارند.

* DNA ویروس HPV تیپ ۶ و ۱۱ در این تومور یافت شده است.

درمان شامل اکسیژیون جراحی گسترده و در صورت نیاز گرافت پوستی است. عود شایع است و درمان موضعی بی‌تأثیر است. رادیوتراپی نیز بی‌تأثیر است.

* در تومورهای کوچکتر درمان موفق با اینترفرون و Nd: YAG گزارش شده است.



Bowenoid papulosis ✓

معمولاً در دهه دوم و سوم زندگی رخ می‌دهد. این ضایعات خصوصیات سیتولوژیک PeIN را دارند و با HPV مرتبط هستند.

اگرچه از نظر بافتی نوعی PeIN است ولی همیشه رفتار خوش خیم دارد و درمان شامل الکترودایسکشن، کرایوتراپی، فولگوراسیون با لیزر، کرم 5-FU موضعی و اکسیژیون جراحی است.

Kaposi's sarcoma ✓

یک تومور رتیکولواندوتلیال است. ظاهر پر عروق، برجسته، خونریزی دهنده و دردناک دارد که گاهی تغییر رنگ آبی دارد. در حال حاضر به این صورت تقسیم‌بندی می‌شود:

- ۱- نوع کلاسیک: در بیمارانی رخ می‌دهد که اختلال سیستم ایمنی شناخته شده‌ای ندارند و معمولاً کشنده نیست.
- ۲- سارکوم کاپوسی مرتبط با درمان ایمنوساپرسیو: در بیماران پیوندی رخ می‌دهد و با تعدیل دوز داروهای سرکوب ایمنی معمولاً پسرفت می‌کند.
- ۳- سارکوم کاپوسی آفریقایی: در مردان جوان آفریقایی رخ می‌دهد و می‌تواند مهاجم باشد.
- ۴- سارکوم کاپوسی اپیدمیک یا مرتبط با HIV: در بیماران ایدزی رخ می‌دهد. در انواع مهاجم این بیماری درمان تهاجمی نیاز است.

* ارتباط واضحی بین عفونت با human herpes virus-8 و پیشرفت سارکوم کاپوسی در بیماران ایدزی یافت شده است.

Squamous cell carcinoma ✓

اپیدمیولوژی:

۰/۶ تا ۰/۴ درصد از موارد بدخیمی مردان در آمریکا و ۱۰ درصد آسیا - آفریقا و آمریکای جنوبی را شامل می‌شود. مواجهه با HPV و عدم انجام ختنه از عوامل ایجاد آن هستند.

بیشترین شیوع در دهه ۶ زندگی است. میزان مرگ و میر بسته به قومیت و نژاد متفاوت است.

موارد پیش‌بینی کننده پیش‌آگهی بدتر:

- ۱- استیج بالا در زمان تشخیص
- ۲- سن بالای ۶۵ سال
- ۳- نژاد آفریقایی - آمریکایی
- ۴- بیماران با درگیری لنف نود
- ۵- نژاد سیاه پوست

اتیولوژی و ریسک فاکتورها:

برخی فاکتورهای مؤثر عبارتند از:



✓ ختنه و فیموزیس: ختنه به عنوان یک عامل پیشگیری کننده کاملاً شناخته شده است. اگرچه وجود اسمگما به خودی خود کارسینوزن نیست اما ارتباط آن با پیشرفت کنسر به اثبات رسیده است. وجود فیموزیس نیز ۷ تا ۱۰ برابر احتمال کنسر را بیشتر می‌کند. ختنه در بزرگسالان به نظر نمی‌رسد که نقشی در پیشگیری از کنسر داشته باشد. اگرچه به نظر می‌رسد ختنه نوزادی نقش مهمی در پیشگیری از کنسر مهاجم دارد، اما نقش چندانی در پیشگیری از CIS ندارد.

ختنه در پیشگیری از HIV-1 نیز مؤثر است اما بر HSV-2، سیفلیس و گونوره تأثیری ندارد.

✓ عفونت HPV:

در زنان و مردان شریک جنسی مبتلا به نئوپلازی شیوع بالاتری از کنسر دیده شده است. بیشتر از ۴۰ نوع از HPV در ایجاد کنسر نقش دارند، انواع ۶ و ۱۱ هر چند کم خطر هستند اما در برخی موارد کارسینوم وروکوز دیده می‌شوند. * HPV-16 بیشترین ارتباط را با کارسینوم‌ها و ضایعات متاستاتیک دارد.

* در ۳۴/۹ درصد موارد کارسینوم کراتینیزه، DNA ویروس HPV شناخته شده است در حالی که در کارسینوم وروکوز در ۳۳/۳ درصد و در بازالوئید در ۸۰ تا ۱۰۰ درصد موارد این ویروس یافت شده است.

✓ عفونت HIV:

مطالعات نشان داده است که مرگ و میر این بیماران بر اثر کنسر ۴ برابر بیشتر از سایر بیماران است. به علاوه تغییرات نئوپلاستیک به طور میانگین در بیماران HIV مثبت ۶ سال زودتر از HIV منفی شروع می‌شود.

✓ تنباکو:

مطالعات نشان داده‌اند که تمام انواع تنباکو از جمله سیگار، جویدنی، استنشاقی ریسک کنسر را افزایش می‌دهند.

✓ تروما به پنیس

✓ لیکن اسکروزیس

✓ چاقی:

مکانیسم آن کاهش سطح بهداشت فردی و افزایش تولید اسمگما است. با هر ۵ واحد افزایش در میزان BMI ریسک کنسر ۵۳ درصد افزایش می‌یابد.

* ارتباطی بین کنسر پنیس با شغل، بیماری‌های جنسی دیگر مانند گونوره، سیفلیس و هرپس، مصرف ماری جوانا و الکل یافت نشده است.

پیشگیری:

ختنه می‌تواند به عنوان یک عامل پیشگیری کننده مؤثر باشد.

✓ Natural history:



این تومورها با یک ضایعه کوچک شروع می‌شوند. توده‌های صاف و زخمی تمایل بیشتری به درگیری لنف نودها و متاستاز دارند و بقای ۵ ساله کمتری دارند، ضایعات بزرگتر از ۵ سانتی‌متر و آن‌هایی که بیش از ۷۵ درصد تنه‌ی آلت را درگیر کرده‌اند با بقای کمتری همراه هستند.

گسترش این تومورها از طریق تهاجم به لنف نودهای فمورال و ایلپاک است.

لنف پوست به لنف نودهای سطحی اینگوئینال درناژ می‌شود، لنف گلنس به لنف کورپورا و سپس به قاعده پنیس و بعد به گره‌های سطحی درناژ می‌شود و بعد همه‌ی این‌ها به لنف نودهای اینگوئینال درناژ می‌شوند و از آنجا به لگن درناژ می‌شوند.

متاستازهای جداگانه به ریه، کبد، استخوان و مغز نادر بوده و در ۱ تا ۱۰ درصد بیماران گزارش شده است.

کارسینوم پنیس بدون درمان در طی حدود ۲ سال منجر به مرگ می‌شود.

متاستاز جداگانه در مراحل آخر بیماری ممکن است رخ دهد.

انواع تظاهرات:

Signs

علائم اولیه ممکن است به صورت ایندوراسیون، پاپول کوچک، پوستول، ضایعات وارته‌ی و یا اگزوفیتیک باشند. تومور پنیس در هر جایی از پنیس ممکن است رخ دهد اما در ۴۸ درصد موارد در گلنس و در ۲۱ درصد موارد در پره پوس رخ می‌دهند.

به صورت نادرتر یک توده، زخم یا خونریزی در اینگوئینال ممکن است به خاطر متاستاز لنفاوی رخ دهد.

Symptoms

درد شایع نیست، ضعف، کاهش وزن، خستگی و بی‌حالی از علائم آن هستند.

Diagnosis

Delay

تأخیر در تشخیص این بیماران از سایر کنسرها بیشتر است و در ۱۵ تا ۵۰ درصد موارد تأخیر بیشتر از یک سال رخ می‌دهد، گاهی بیماران به مدت طولانی تحت درمان با آنتی‌بیوتیک و ضدقارچ قرار می‌گیرند.

Examination

در این ضایعات اندازه، محل، فیکس بودن توده و درگیری کورپورها مهم است و معاینه قاعده پنیس و اسکروتوم نیز مهم است. معاینه از طریق رکتوم و معاینه اینگوئینال نیز مهم است.

Biopsy



تشخیص این کنسر با بیوپسی است. معمولاً برش دورسال جهت برداشتن ضایعه و بیوپسی لازم است.

Histological features

بسیاری از تومورها از نوع SCC هستند و دارای کراتینیزاسیون، شکل‌گیری pearl های اپیتلیال و درجات متفاوتی از فعالیت میتوتیک هستند.

انواع SCC بر اساس خصوصیات پاتولوژیک:

(۱) نوع وارتی: گل کلمی شکل هستند و با HPV در ارتباط هستند. یک هسته‌ی فیروواسکولر دارند و کورپورها را سوراخ کرده و نفوذ می‌کنند، توده رشد آهسته دارد، درگیری عروقی و پری نورال ناشایع است و متاستاز لنفاوی در ۱۷ تا ۲۵ درصد موارد رخ می‌دهد.

(۲) نوع بازالوئید: ظاهر زخمی نامنظم دارند و به کورپورها تهاجم پیدا می‌کنند، معمولاً توده‌های درجه بالا هستند و در بیش از نیمی از موارد متاستاز اینگوئینال دارند.

(۳) نوع معمولی SCC: رفتار بیولوژیک آن وابسته به سایز، گرید بافتی، تهاجم بافتی مجاور و تهاجم لنفوواسکولر یا پری نورال است. در ۲۵ تا ۴۰ درصد موارد لنف نودهای اینگوئینال درگیر می‌شوند.

(۴) کارسینوم پاپیلاری: معمولاً گرید پایین دارند، اما گاهی به بافت‌های ارکتایل سطحی تهاجم پیدا می‌کنند. با HPV در ارتباط است، تهاجم عروقی و لنفوواسکولر نادر است.

(۵) کارسینوم وروکوز: ویژگی تشخیصی آن‌ها پاپیلاهای straight و سلول‌های نئوپلاستیک تمایز یافته است. پتانسیل ایجاد متاستاز را ندارند هر چند عود شایع است.

(۶) سارکوماتوئید (spindle cell): ممکن است با ملانوم یا سارکوم اشتباه شوند. ممکن است خصوصیات سارکوم‌های هترولوگ را تقلید کنند. تهاجمی هستند و درگیری عروقی و تهاجم لنفوواسکولر دارند.

(۷) سایر انواع نادر: اطلاعات زیادی در مورد رفتار این‌ها در دسترس نیست.

Laboratory studies

اغلب تست‌های آزمایشگاهی نرمال هستند، هایپرکلسمی بدون وجود متاستاز استخوانی اثبات شده مطرح کننده کنسر پنیس است و گاهی با برداشتن لنف نودهای اینگوئینال بهبود می‌یابد.

هورمون PTH و ترکیبات مرتبط با آن که از تومور یا بافت‌های مرتبط ترشح می‌شوند می‌توانند باعث این اختلال شوند. درمان تهاجمی مدیکال شامل هیدراتاسیون با سالین و افزایش سطح سدیم توصیه می‌شود، در صورت افزایش مایع دیورتیک تجویز می‌شود و بیس فسفونات‌ها نیز توصیه می‌شوند. در موارد هایپرکلسمی مرتبط با تظاهرات نورولوژیک می‌توان کلسی تونین استفاده کرد.

Radiologic studies

در مراحل اولیه این تومورها با معاینه پنیس و لنف نود اینگوئینال بررسی می‌شوند.



این کنسرها در سونوگرافی معمولاً هیپواکو هستند ولی سونوگرافی در تشخیص دقیق استیج دقت بالایی ندارد. در بسیاری از بیماران با ضایعه زخمی، تصویربرداری اطلاعاتی اضافه‌تر از معاینه را در اختیار قرار نمی‌دهد اما در مواردی که تهاجم به کورپورا وجود دارد، استفاده از MRI با ماده حاجب و با استفاده از آرکشن مصنوعی می‌تواند اطلاعات بسیار دقیق‌تری را در اختیار قرار دهد. در ارزیابی درگیری لنف نودهای لگنی از CT و MRI استفاده می‌شود ولی CT روتین‌تر است.

*** در بیمارانی که لنف قابل لمس در معاینه ندارند، استفاده از CT و لنفانژیوگرافی اطلاعاتی اضافه‌تر از معاینه به دست نمی‌دهد.**

به طور کلی متاستاز دوردست در این بیماران نادر است و بیشتر به ریه، استخوان و کبد رخ می‌دهد.

* معاینه دستی بهترین ابزار در تشخیص مرحله‌ی بیماری در زخم‌های سطحی است.

*** در بیماران لاغر معاینه فیزیکی اینگوئینال gold standard تشخیص متاستاز لنفاوی است.**

* در بیماران دچار متاستاز اثبات شده استفاده از PET/CT جهت پروگنوز کمک کننده است.

Penile cancer staging

***** با توجه به تغییرات اعمال شده در این بخش از کتاب کمپل ۲۰۲۶ نسبت به سال‌های قبل، جداول این بخش به**

دقت مطالعه شوند.***

تعریف stage Ta: در هفتمین نسخه TNM تومور Ta به وروکوز کارسینومای غیرمهاجم اطلاق می‌شود.

در تقسیم‌بندی امروزی stage Ta به وروکوز کارسینومای خالص بدون تهاجم و یا کارسینومای پاپیلاری، وارته، بازالوئید یا میکس اطلاق می‌شود که همه‌ی این‌ها غیرتهاجمی هستند.

تعریف stage T1: در بازنگری اخیر بر اساس محل تومور تقسیم‌بندی انجام شده است (به عنوان مثال گلنس، پره پوس، تنه و ...).

درگیری پری نورال stage T1 +: با توجه به اینکه وجود درگیری پری نورال به همراه گرید بالا احتمال درگیری لنفاوی را افزایش می‌دهند این stage اهمیت داشته و به عنوان stage T1b طبقه‌بندی می‌شود.

Stage T2-T4: این تقسیم‌بندی‌ها نیز بر اساس تهاجم به کورپورا اسپونژیوزوم و کورپورا کاورنوزوم است.

Pathologic stage N1-N2: در تعیین بقای بیماران نقش مهمی دارد.