

Chirurgia dei tumori del pene

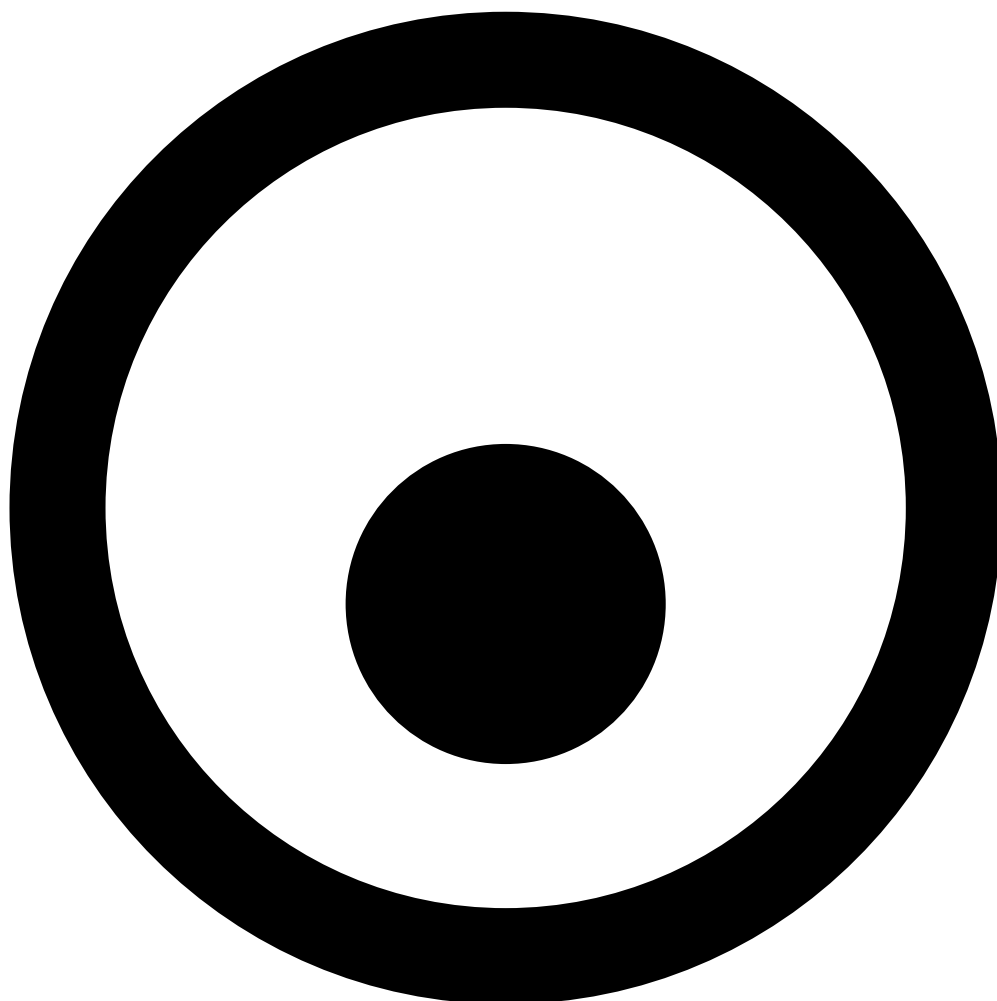
Chirurgia dei tumori del pene

Questi interventi hanno lo scopo di asportare il tumore del pene conservando, quando possibile la morfologia e la funzione dell'organo.

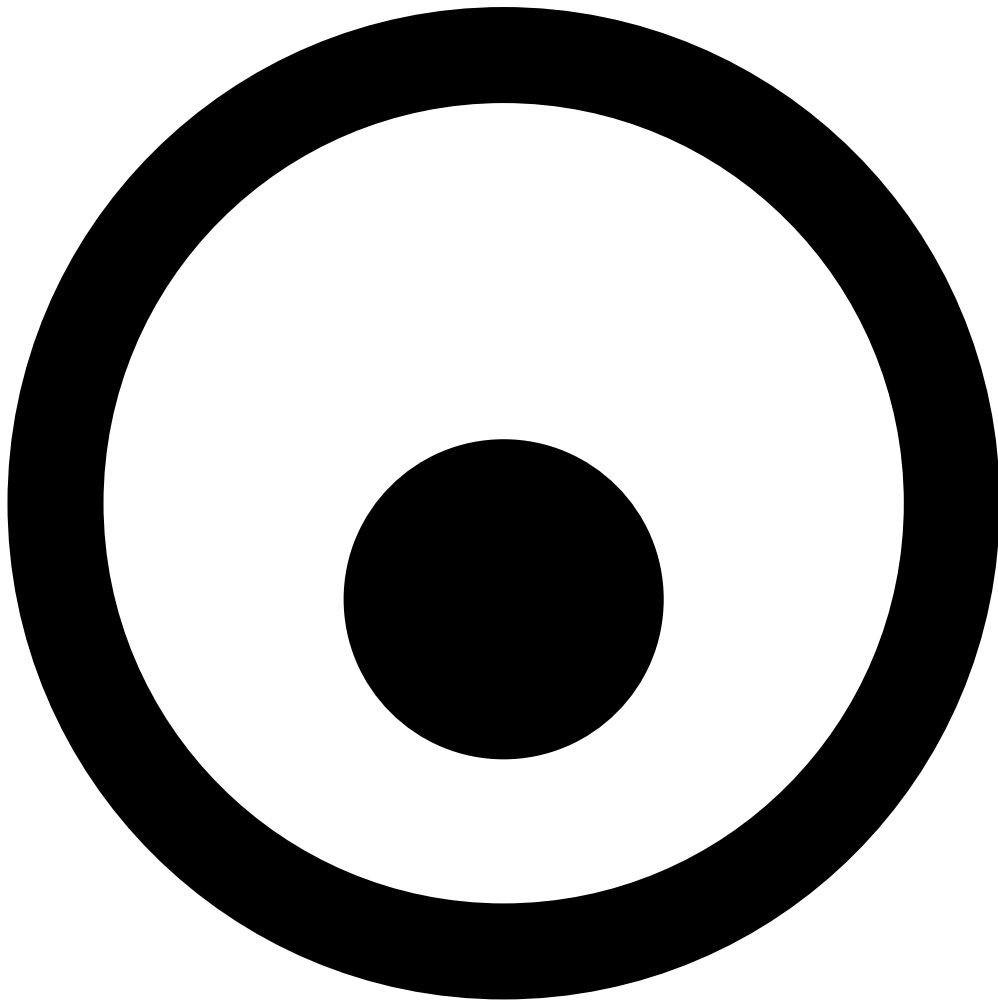
All'asportazione della massa tumorale potranno essere associati vari interventi ricostruttivi qualora sia possibile conservare parte dell'asta peniena.

Vengono spesso eseguiti contemporaneamente o in un secondo momento la biopsia del linfonodo sentinella o l'asportazione dei linfonodi inguinali allo scopo di valutare la presenza e rimuovere eventuali metastasi linfonodali.

Tipi di intervento

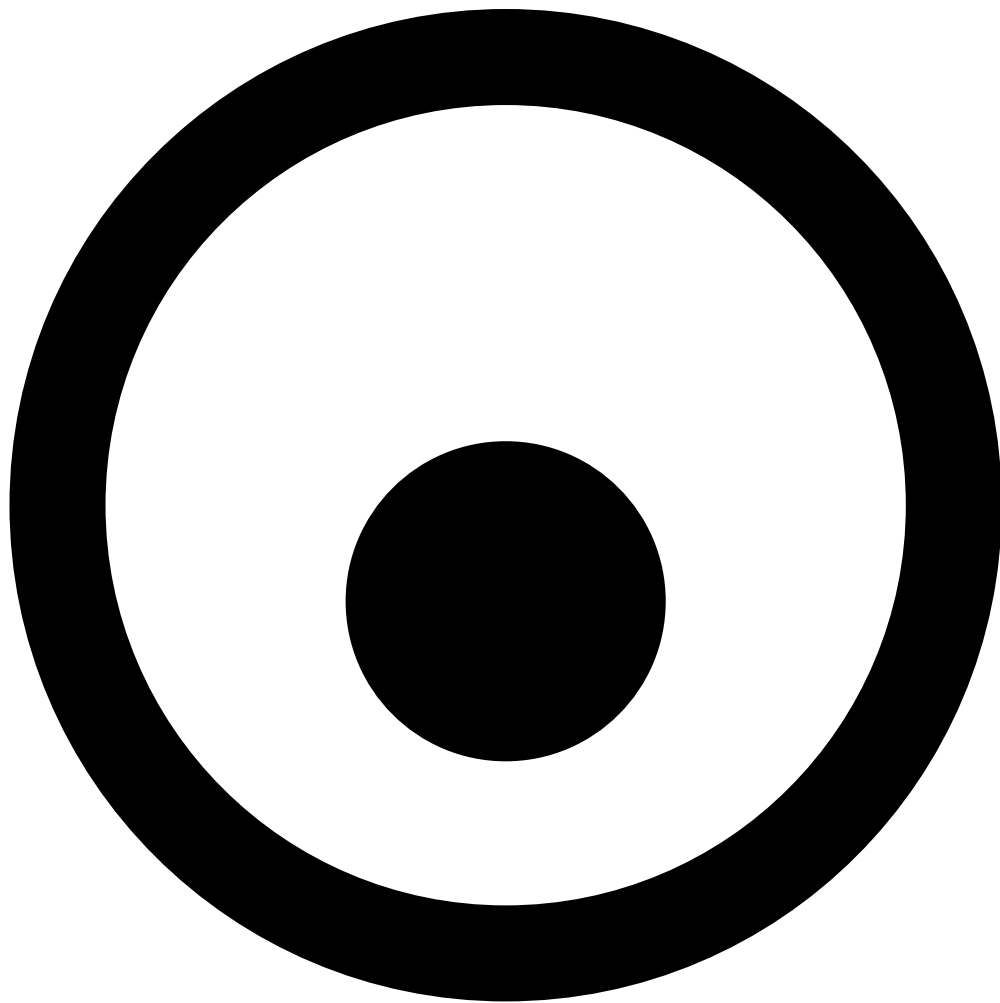


Escissione tumorale semplice



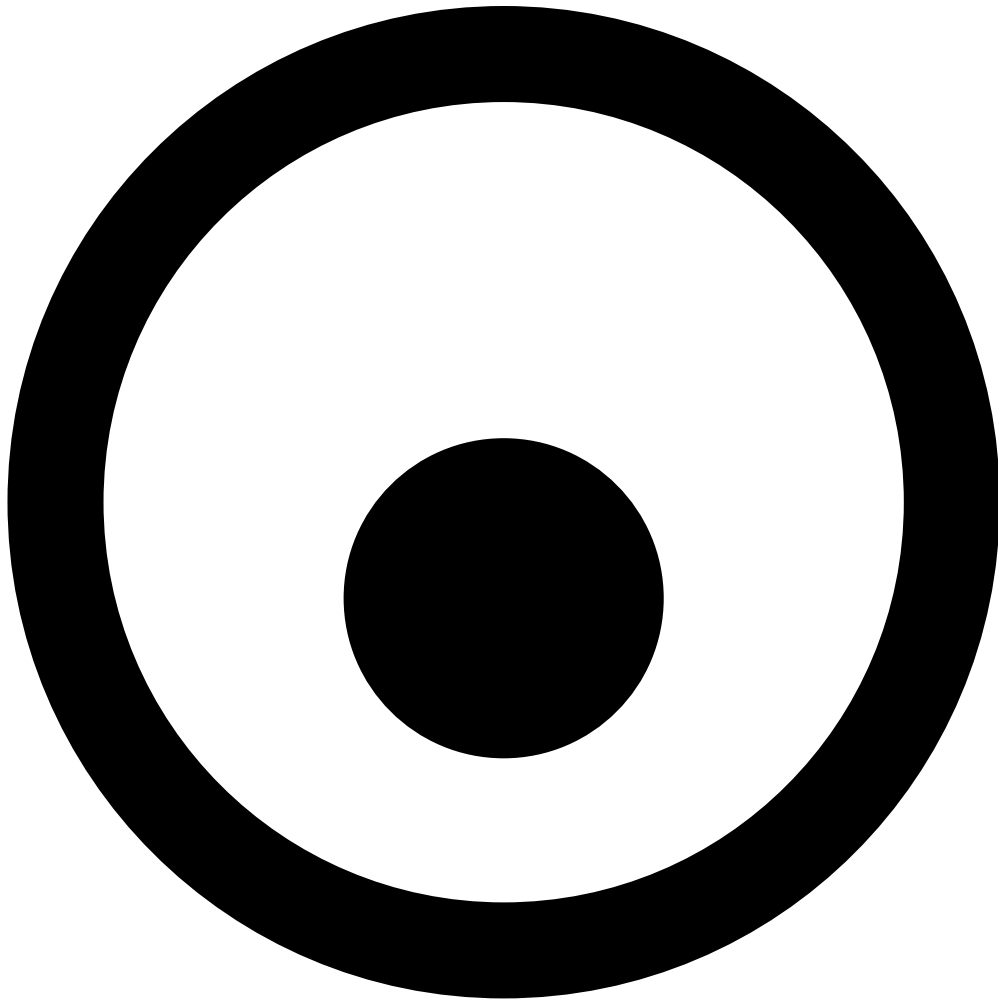
■

Asportazione del glande



■

Penectomia parziale



■

Penectomia radicale

La scelta del tipo di intervento dipenderà dalla sede, dalle dimensioni e dall'eventuale coinvolgimento delle porzioni profonde dell'organo (corpi cavernosi, uretra).

Qualora sia possibile un'asportazione parziale dell'asta o anche solo del tumore con adeguati criteri di sicurezza oncologica, questa rappresenterà la tecnica di prima scelta.

Tecniche e decorso postoperatorio

A) Escissione tumorale semplice: è la tecnica con la maggiore facilità di esecuzione e caratterizzata dai migliori risultati funzionali. Spesso viene effettuata in anestesia locale e in Day Surgery, destinata a tumori di piccole dimensioni che non si estendano oltre la sottomucosa nel glande e prepuzio, o il piano sottocutaneo nell'asta. A seconda della sede e delle dimensioni si potrà effettuare una *escissione a freddo* o *con laser a CO2*, una *decorticazione del*

glande, oppure, nel caso in cui la neoplasia interessi solo il prepuzio, la circoncisione.

Tutte queste tecniche vengono associate ad interventi ricostruttivi, che utilizzano lembi cutanei o mucosi prelevati dal prepuzio o dall'asta peniena, oppure innesti cutanei o di mucosa orale.

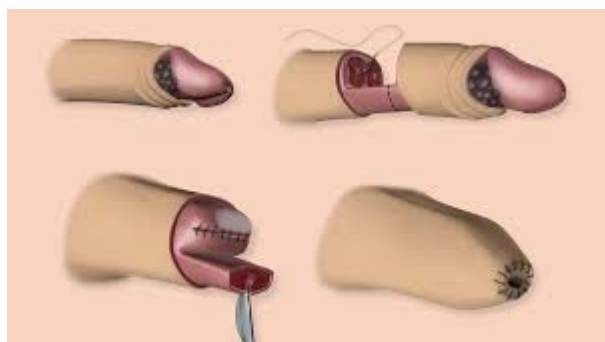
B) Asportazione del glande (Glandectomy o Glandulectomia): la maggior parte dei tumori del pene origina sul glande e, qualora non sia possibile l'escissione della sola lesione, è spesso possibile asportare solo questa parte dell'organo senza compromettere la radicalità oncologica.

In questo caso la riduzione delle dimensioni dell'organo è modesta e, quando associata alla ricostruzione del glande con innesti cutanei o di cute e mucosa orale, consente il mantenimento della funzione sessuale.

C) Penectomia parziale: analogamente a quanto si effettua nella glandectomy, in questo caso si asporta la porzione del pene interessata dal tumore e una parte di tessuto sano che costituisce un margine di sicurezza.

Vengono sezionate la cute, i tessuti sottocutanei, i corpi cavernosi e l'uretra. I corpi cavernosi sono quindi suturati e riconfigurati onde assumere una forma conica che ricordi il glande, mentre l'uretra viene abboccata all'apice dei corpi cavernosi.

Anche in questo caso è possibile effettuare la ricostruzione del glande con innesti cutanei o di cute e mucosa orale oppure utilizzare la cute residua dell'asta per ricoprire la zona operata.



D) Penectomia radicale: viene riservata a tumori di grosse dimensioni, che interessino l'asta in maniera diffusa o profonda, oppure ai rari tumori che interessano la base o la zona media dell'asta.

Il pene viene asportato completamente insieme a tutto il suo rivestimento cutaneo e mucoso e le radici dei corpi cavernosi (le cosiddette *crura*) vengono sezionate in profondità nel perineo. L'uretra viene abboccata alla cute a livello del perineo, al di sotto dello scroto, realizzando una *uretrostomia perineale*.

Valutazione dei linfonodi regionali

Il drenaggio linfonodale del pene è diretto ai linfonodi inguinali i lati e, successivamente ai linfonodi pelvici.

Una lesione posta in qualsiasi sede del pene potrà drenare nei linfonodi posti a destra o a sinistra dell'organo, indipendentemente dal lato in cui essa prenda origine. La diffusione delle metastasi procede sempre dai linfonodi superficiali ai più profondi, pertanto l'estensione della rimozione linfonodale dipenderà dalla presenza o meno di localizzazioni negli strati più superficiali. Ad esempio, l'assenza di metastasi nei linfonodi inguinali superficiali permetterà di tralasciare l'asportazione delle stazioni inguinali profonde e pelviche.

Le forme di linfadenectomia utilizzate per questa malattia sono di 3 tipi:

A) Biopsia del linfonodo sentinella guidata dalla linfoscintigrafia: la linfoscintigrafia, effettuata il giorno precedente l'intervento, consente di evidenziare la zona principale di drenaggio dell'area interessata dal tumore in quanto questi linfonodi accumuleranno maggiormente il tracciante radioattivo iniettato direttamente nel tumore. Con una gamma camera intraoperatoria è possibile identificare l'area maggiormente radioattiva ed asportare i linfonodi interessati per l'esame istologico. Se questo non evidenzierà cellule neoplastiche non occorrerà estendere la linfadenectomia.

B) Linfoadenectomia inguinale: viene riservata a quei pazienti in cui la biopsia del linfonodo sentinella è risultata positiva oppure quando sono presenti evidenti ingrandimenti linfonodali. Vengono asportati, in genere da entrambi i lati, i linfonodi inguinali superficiali, posti al di sopra della vena e dell'arteria femorale, e, se questi risultano positivi, anche i linfonodi inguinali profondi, posti attorno ai vasi femorali.

LINFONODI INGUINALI

Da 1 a 4 - Linfonodi inguinali superficiali

5 - Linfonodi inguinali profondi

-

C) Linfoadenectomia pelvica: viene riservata a quei pazienti che presentano metastasi nei linfonodi inguinali profondi o che abbiano ingrandimenti linfonodali pelvici alla TC. Si asportano i linfonodi posti attorno ai vasi iliaci e al nervo otturatorio.

Possibili complicanze

Le complicanze principali della penectomia riguardano gli ematomi, le infezioni della ferita chirurgica, le stenosi del meato uretrale e il mancato attecchimento degli innesti cutanei.

La recidiva della neoplasia è una complicanza poco frequente, ma sempre da monitorare.

La linfoadenectomia rappresenta l'intervento con maggiori complicanze, crescenti in relazione all'estensione dell'asportazione. Linfocele, infezione, necrosi dei lembi cutanei e linfedema agli arti inferiori sono relativamente frequenti, mentre tromboflebiti ed embolia polmonare sono più rare.

[Scarica il pdf](#)

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.