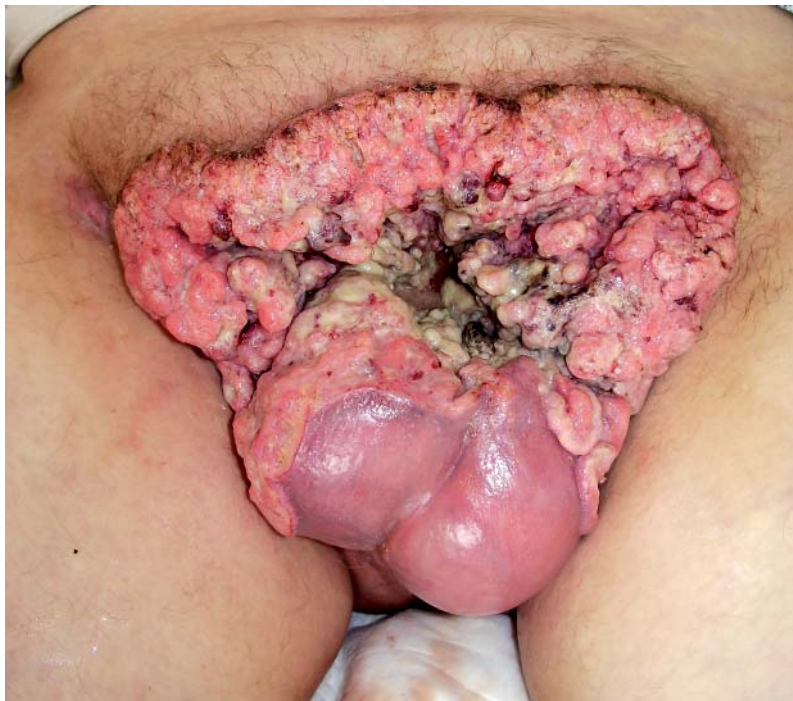


 FIGUR 1

64-årig mand med cancer penis.



suden ses irritation i området, udflåd, pludselig opstået phimosis, træthed, vægttab samt blødning fra karnære metastaser. Over 50% har glandelsvulst i inguen – oftest pga. infektion og ikke metastaser. Patienterne klager sjældent over smerter.

Patienter med cancer penis udskyder lægebesøg længere tid end andre patientgrupper, hvorved 15-50% af patienternes behandling bliver forsinket over et år [2].

Patienternes blodprøver er oftest normale, dog kan anæmi, leukocytose og hypoalbuminæmi forekomme hos kronisk syge patienter. Azotæmi udvikles evt. sekundært til uretral- eller ureteral obstruktion. Hypercalcæmi uden detektable ossøse metastaser, er i flere studier blevet associeret med cancer penis [3].

Patienter med højtdifferentierede tumorer uden metastaser behandles med enten circumcisio eller begrænset/total ekstision af glans eller laserablation. Dog forbliver partiel/total penil amputation standardbehandlingen for patienter med invasiv cancer.

Primær bestråling af penis kan anvendes til patienter med overfladiske tumorer samt i palliativt øjemed.

Til avancerede cancere kan palliativ flerstoff kemoterapiregimer benyttes.

Tilstedeværelsen og omfanget af inguinale metastaser er den vigtigste prognostiske faktor for overlevelsen. Omfanget af *sentinel node*-metastasing er den eneste uafhængige prognostiske variabel for *non-sentinel node*-involvering. Dette indebærer, at patienter med mikrometastaser i *sentinel node* ikke bør have foretaget komplet lymfeknudedissektion [4].

Ved forekomst af metastaser og mere udbredt cancer er femårs overlevelsen mindre end 50%.

KORRESPONDANCE: Rikke Lundgaard Hedeland, Urologisk Afdeling H, Herlev Hospital, DK-2730 Herlev. E-mail: rikke.hedeland@dadlnet.dk

ANTAGET: 24. november 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

- Yeole BB, Jussawalla DJ. Descriptive epidemiology of the cancers of male genital organs in greater Bombay. *Indian J Cancer* 1997;34:30-9.
- Gursel EO, Georgountzos C, Uson AC. Penile cancer. *Urology* 1973;1:569-78.
- Muneer A, Kayes O, Ahmed HU. Molecular prognostic factors in penile cancer. *World J Urol* 2009;27:161-7.
- Kroon BK, Nieweg OE, van Bowen H et al. Size of metastasis in the sentinel node predicts additional nodal involvement in penile carcinoma. *J Urol* 2006;176:105-8.

Højmaligt B-celle-lymfom som tumor penis

1. reservelæge Lars Joachim Lindberg, overlæge Ebbe Kvist & 1. reservelæge Signe Ledou Nielsen

KASUISTIK

Frederikssund Hospital,
Urologisk Klinik

Penile lymfomer er ekstremt sjældne og er kun beskrevet få gange i litteraturen [1-5], heraf har de fleste været sekundære lymfomer

Denne sygehistorie beskriver det første tilfælde i dansk litteratur af et lymfom med primær manifestation på penis. Lymfomet var et follikulært grad 3B-lymfom med transformation til et højmaligt storcellet B-celle-lymfom.

SYGEHISTORIE

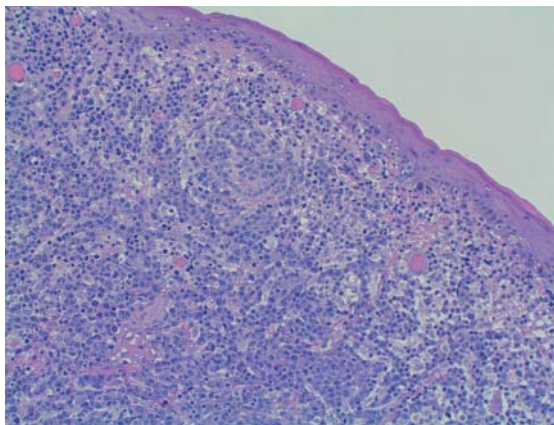
En 83-årig mand, blev henvist af egen læge med henblik på biopsi af tumor på glans penis. Patienten havde bemærket en voksende tumor gennem en måned, ingen vægttab, feber, hudkløe, nattesved eller andre almene eller urologiske symptomer.

Ved objektiv undersøgelse fandtes på højre side af glans en 2 × 2 × 1 cm stor, fast, ulcererende tu-



FIGUR 1

Mikroskopisk billede af diffust storcellet B-celle-lymfom på penis. Der er diffus infiltration i det subepiteliale stroma af neoplastiske lymfocytter ($\times 200$; hæmatoxylin-eosin-farvning).



mor. På mistanke om karcinom blev patienten tilbudt partiel penisamputation uden forudgående biopsi, hvilket patienten accepterede.

Den histopatologiske diagnose var follikulært lymfom grad 3B med transformation til et højmalignt storcellet B-celle-lymfom med frie resektionsrande (Figur 1). Computertomografi af thorax og abdomen viste ingen andre lymfomer.

Patienten blev henvist til Hæmatologisk Afdeling med henblik på videre udredning og behandling. Biokemisk fandtes leukocytose i perifert blod (leukocytter 13). Knoglemarvsbiopsi med øget jernindhold og reaktive forandringer uden malignitet.

To måneder efter den primære operation opdagede patienten en tumor i venstre side af nakken.

Ved objektiv undersøgelse fandtes en hård, 3×3 cm stor tumor, der var lokaliseret 6 cm til venstre for midtlinjen. Ved eksstirpation fandtes tumor at være infiltrerende i dybden, hvorfor ca. en femtedel måtte efterlades. Den histopatologiske diagnose var højmalignt storcellet B-celle-lymfom. Diagnosen blev revideret til diffust storcellet non-Hodgkin-lymfom grad 3E på grund af lokalisation af malignitet uden for penis, og kemoterapi med rituximab, CTX, doxorubicin, vincristin og prednisolon (R-CHOP) hver 3. uge blev opstartet. Patienten modtog fem af seks planlagte serier kemoterapi på grund af bivirkninger i form af febril neutropeni og almen svækkelse.

Efter tre års opfølgning døde patienten af anden årsag uden tegn til recidiv på penis eller andre steder.

DISKUSSION

Primære penile lymfomer er sjældne, og diagnosen

stilles ofte først ved histologisk undersøgelse, idet de fleste penile tumorer er karcinomer eller kønssygdomme [1-3].

I det her beskrevne tilfælde blev der ikke foretaget præoperativ biopsi, og patienten blev umiddelbart partielt penisamputeret på mistanke om karcinom.

Hvis patienten var blevet korrekt diagnosticeret forud for behandling, ville kemoterapi alene [1, 4] eller i kombination med enten lokal stråleterapi [2] eller mindre mutilerende kirurgi [5] antageligt have været sufficient.

Ved behandling af patienter med penistumorer er det vigtigt at have en histologisk diagnose inden endeligt valg af behandling.

KORRESPONDANCE: Lars Joachim Lindberg, Bostedet 36, DK 3500 Værløse. E-mail: lars.lindberg@dadlnet.dk

ANTAGET: 11. marts 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Tomb RR, Stephan F, Klein-Tomb L et al. Recurrent primary CD30+ lymphoma of the penis. *Br J Dermatol* 2003;149:903-5.
2. Arena F, di Stefano C, Peracchia G et al. Primary lymphoma of the penis: diagnosis and treatment. *Eur Urol* 2001; 39:232-5.
3. Lin DW, Thorning DR, Krieger JN. Primary penile lymphoma: diagnostic difficulties and management options. *Urology* 1999;54:366.
4. Wang HT, Lo YS, Huang JK. Primary lymphoma of the penis. *J Chin Med Assoc* 2003;66:379-81.
5. Lo HC, Yu DS, Lee CT et al. Primary B cell lymphoma of the penis: successful treatment with organ preservation. *Arch Androl* 2003;49:467-70.