Рак полового члена

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C60, D40.7 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов", Общероссийская общественная организация "Российское общество онкоурологов"

Рак полового члена (РПЧ) — редкое злокачественное новообразование, более 95% случаев которого составляют плоскоклеточные опухоли. Рекомендация охватывает подтверждение диагноза и стадии, выбор органосохраняющего или радикального лечения, тактику при паховых и тазовых метастазах, системную терапию и наблюдение.

Главное

- Основные факторы, связанные с развитием РПЧ, — фимоз, хронический баланопостит, курение, раннее начало половой жизни, множественные сексуальные партнеры, псориаз после псорален-фототерапии и инфицирование ВПЧ, прежде всего 16-го и 18-го типов. К предшественникам высокого риска относят carcinoma in situ, гигантскую кондилому Бушке–Левенштейна, эритроплазию Кейра, болезнь Боуэна и болезнь Педжета.
- Стадию определяют по TNM AJCC/UICC 8-го пересмотра: T1 — инвазия субэпителиальной соединительной ткани, T2 — губчатого тела, T3 — кавернозного тела, T4 — окружающих структур; N1 — один подвижный паховый узел с одной стороны, N2 — множественные или двусторонние подвижные узлы, N3 — фиксированный паховый конгломерат или тазовые узлы.
- Около 25% пациентов с непальпируемыми паховыми узлами имеют pN+. Риск микрометастазов составляет 17% при Ta, Tis, T1aG1, 29% при T1bG1–2 и 47–73% при T>T1 и/или G3–4; поэтому тактика в отношении паховых узлов определяется категорией T и степенью дифференцировки.
- Органосохраняющее лечение ассоциировано с большей частотой местных рецидивов — 21,2% против 0–10% после ампутации полового члена, — но позволяет сохранить лучшее качество жизни.
- Метод лечения первичной опухоли выбирают индивидуально с учетом локализации, количества, размеров, категории T и степени анаплазии G.
- Прогноз при РПЧ определяется прежде всего категорией N, количеством и локализацией пораженных лимфоузлов, а также опухолевой пенетрацией капсулы лимфоузлов. После первичного лечения пациента осматривают у онколога 1–4 раза в год в первые 5 лет, затем ежегодно.
- После первичного лечения пациента наблюдают у врача-онколога от 1 до 4 раз в год в течение первых 5 лет, далее — ежегодно (УУР C, УДД 4).
- При РПЧ лечение и обследование должны проводиться в онкологической организации; тактику устанавливает консилиум онкологов и радиотерапевтов с привлечением других специалистов по показаниям.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез, включая факторы, влияющие на выбор лечения (УУР C, УДД 5).
2. Осмотреть и пропальпировать половой член и обе паховые области для оценки местной распространенности и состояния лимфоузлов (УУР C, УДД 5).
3. До начала лечения получить морфологическую верификацию. Исследование должно установить гистологический тип, степень анаплазии, глубину инвазии и наличие ангиолимфатической инвазии; при исследовании лимфоузлов оценивают число метастатически пораженных узлов и экстранодальное распространение (УДД 5).
4. Выполнить общий анализ крови, биохимический анализ крови с глюкозой, креатинином, мочевиной, билирубином, трансаминазами, щелочной фосфатазой и калием, коагулограмму и общий анализ мочи (для всех пациентов; УУР C, УДД 5). При признаках инфицирования исследовать отделяемое опухоли культуральным методом на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы (УУР C, УДД 4).

5. При сомнительных результатах осмотра и пальпации уточнить глубину инвазии с помощью УЗИ и/или МРТ полового члена (УУР С, УДД 4). УЗИ паховых областей выполняют всем пациентам с установленным РПЧ (УУР С, УДД 4).
6. При пальпируемых паховых узлах, а у пациентов с ожирением — при узлах от 10 мм по УЗИ, выполнить КТ или МРТ паховых областей и таза с контрастом. При увеличенных паховых узлах исследовать брюшную полость и забрюшинное пространство с контрастом; при увеличенных тазовых узлах — грудную клетку рентгенографией или КТ.
7. Для стадирования при пальпируемых паховых узлах либо при узлах ≥10 мм по УЗИ у пациента с ожирением выполнить 18F-ПЭТ/КТ всего тела; после нее дополнительная визуализация регионарных и отдаленных зон не требуется (УУР В, УДД 1).
8. Статус ВПЧ 6, 16 и 18 типов оценивают для прогноза и выбора тактики (УУР В, УДД 1).

Лечение

- Первичную опухоль лечат индивидуально. При Tis–T3, если технически возможно, выбирают циркумцизию, микрохирургическое удаление, широкое иссечение, глансэктомию с реконструкцией или без нее либо резекцию полового члена. При невозможности органосохранения опухоль T2–T3 без распространения на ножки требует ампутации, T3 с поражением ножек — экстирпации, T4 с поражением мошонки и/или семенного канатика — эмаскуляции; при нерезектабельном T4 сначала выполняют паллиативную санацию, а при уретральных свищах — цистостомию (УУР В, УДД 3).
- При Tis, T1a и T1b G1–G2 возможна лазерная аблация: карбоновый лазер 10 600 нм, глубина 0,1 мм, участок 1–5 мм, мощность 5–10 Вт; либо Nd:YAG 1064 нм, глубина 3–4 мм, участок 1–5 мм, мощность 40 Вт, длительность воздействия 1 мс, частота 10–40 Гц (УУР В, УДД 3).
- При Tis и Ta допустимо применение имихимода: крем 5% наносится на зону поражения полового члена 3 раза в неделю на ночь в течение 4–16 недель (УУР В, УДД 3).
- Кандидатам на лучевую терапию сначала выполняют циркумцизию. Брахитерапию применяют при T1–T2 и опухоли менее 4 см (УУР А, УДД 2). При T1–T2 и опухоли менее 4 см дистанционную терапию проводят до СОД 65–70 Гр; при опухоли ≥4 см или T3–T4 — сначала 45–50,4 Гр на весь половой член и вовлеченные ткани, затем доводят дозу на опухоль с отступом 2 см до 65–70 Гр (УУР С, УДД 5).
- При непальпируемых паховых узлах Ta, Tis, T1aG1 проводят тщательное наблюдение либо биопсию сторожевого узла; при выявлении метастаза выполняют двустороннюю стандартную пахово-бедренную лимфодиссекцию (УУР В, УДД 3). При T1aG2 выполняют двустороннюю модифицированную лимфодиссекцию, а при T>T1a и/или G3–4 — также модифицированную либо первичную стандартную двустороннюю лимфодиссекцию (УУР С, УДД 4).
- При односторонних подвижных паховых узлах менее 4 см у пациентов низкого риска начинают с чрескожной биопсии; при выявлении опухоли выполняют двустороннюю стандартную пахово-бедренную лимфодиссекцию. При промежуточном или высоком риске лимфодиссекцию выполняют сразу (УУР С, УДД 4). При pN2–N3 показаны тазовая лимфодиссекция и адъювантная химиотерапия либо химиолучевая терапия (УУР С, УДД 4).
- При подвижных паховых узлах ≥4 см подтвержденные метастазы являются основанием для неоадъювантной химиотерапии и последующей двусторонней стандартной пахово-бедренной лимфодиссекции; при 2 и более метастазах или экстранодальном распространении выполняют тазовую лимфодиссекцию (УУР С, УДД 4).
- При фиксированных паховых узлах подтвержденное поражение лечат неоадъювантной химиотерапией; при ответе, позволяющем удалить метастазы, выполняют двустороннюю стандартную пахово-бедренную и тазовую лимфодиссекцию, при отсутствии адекватного ответа назначают химиотерапию второй линии (УУР С, УДД 4).
- В первой линии системной химиотерапии используют режимы на основе цисплатина. TIP: паклитаксел 175 мг/м² в 1-й день, ифосфамид 1200 мг/м² в 1–3-й дни, цисплатин 25 мг/м² в 1–3-й дни каждые 21 день; периоперационно 4 цикла, самостоятельно 4–6. PF: цисплатин 70–80 мг/м² в 1-й день и фторурацил 800–1000 мг/м² в 2–5-й дни каждые 21 или 28 дней; при противопоказаниях к цисплатину допустим карбоплатин AUC 3–5 каждые 21 или 28 дней (УУР С, УДД 4).
- При высоком риске прогрессирования после радикальной операции без предшествующей химиотерапии назначают адъювантную химиотерапию (УУР С, УДД 5).

- Рекомендуется адъювантная химиолучевая терапия после хирургического лечения пациентам с высоким риском прогрессирования РПЧ (категория N>N1, наличие клеток опухоли по краю хирургического разреза), а также пациентам с неоперабельными регионарными метастазами (УУР С, УДД 5).
- При эметогенной противоопухолевой лекарственной терапии проводят профилактику и лечение тошноты и рвоты (УУР А, УДД 1).

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении РПЧ направить пациента в центр амбулаторной онкологической помощи либо первичный онкологический кабинет/отделение; консультация должна состояться не позднее 5 рабочих дней после направления.
- Если в первичной организации нельзя получить биопсийный материал или выполнить необходимые исследования, пациента направляют в онкологический диспансер либо медицинскую организацию, лечащую пациентов с опухолями полового члена.
- Патолого-анатомическое исследование для гистологической верификации должно быть выполнено не более чем за 15 рабочих дней с момента поступления материала. Начало специализированной помощи не должно превышать 14 календарных дней после гистологической верификации или установления предварительного диагноза, если патоморфология амбулаторно не показана.
- Экстренная или неотложная госпитализация нужна при осложнениях РПЧ либо осложнениях хирургического, лучевого или лекарственного лечения. Плановая госпитализация показана для сложных интервенционных исследований и противоопухолевого лечения, требующих круглосуточного или дневного стационара.

Частые вопросы

Нужна ли морфологическая верификация до начала лечения?

Да. До лечения необходимо исследовать биопсийный и/или операционный материал, чтобы определить гистологический тип, категорию T, степень анаплазии и другие признаки, влияющие на тактику.

Когда при РПЧ можно сохранить половой член?

При Tis–T3 органосохраняющую операцию выполняют, если это технически возможно.

Какие органосохраняющие методы применяют при отдельных формах РПЧ?

При Tis, T1a и T1b G1–G2 применяют лазерную аблацию, а при Tis и Ta — имихимод; выбор зависит от характеристик опухоли.

Как поступать с непальпируемыми паховыми лимфоузлами?

При Ta, Tis, T1aG1 допустимы наблюдение или биопсия сторожевого узла. При T1aG2 выполняют двустороннюю модифицированную пахово-бедренную лимфодиссекцию, а при T>T1a и/или G3–4 — модифицированную либо стандартную лимфодиссекцию.

Какая химиотерапия является первой линией?

Для кандидатов на цитотоксическое лечение используют режимы TIP или PF, основанные на цисплатине. При противопоказаниях к цисплатину его допустимо заменить карбоплатином; периоперационно TIP или PF проводят 4 цикла, самостоятельно — 4–6 циклов.

Как часто наблюдать пациента после лечения?

В первые 5 лет нужен контроль у онколога от 1 до 4 раз в год в зависимости от клинической ситуации, затем — ежегодно. Наблюдение включает жалобы и анамнез, физикальное обследование и инструментальные исследования по показаниям.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/51-rak-polovogo-chlena. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/51_2