

## Комментарий к статье Е.А. Беловой и соавт. «Обоснование применения органосохраняющих операций в комбинированном лечении больных инвазивным плоскоклеточным раком полового члена»

Статья Е.А. Беловой и соавт. «Обоснование применения органосохраняющих операций в комбинированном лечении больных инвазивным плоскоклеточным раком полового члена», опубликованная в журнале «Онкоурология» № 2 за 2012 г., представляет результаты оригинального исследования по сравнению хирургического органосохраняющего лечения поверхностного и инвазивного рака полового члена (РПЧ) T1–3N0–1M0 с применением адьювантной дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) на зону резекции полового члена и паховые лимфатические узлы (ЛУ) ( $n = 42$ ) и без таковой ( $n = 30$ ). Авторами приведены некоторые характеристики групп пациентов (характер роста опухоли, категории T, N, G), методов лечения, анализ частоты, сроков и факторов риска развития рецидивов опухоли. На основании полученных результатов сделаны выводы о снижении частоты рецидивов РПЧ при использовании комбинированного подхода.

РПЧ является редкой опухолью. Этим обусловлен низкий уровень доказательств и существующих рекомендаций относительно лечения данной категории больных. Тем не менее, даже при отсутствии рандомизированных исследований на основании опубликованных данных разработан ряд стандартов, позволяющих добиться удовлетворительных результатов лечения пациентов, страдающих РПЧ. Современные рекомендации направлены на достижение оптимальных показателей выживаемости при максимальном анатомическом и функциональном сохранении полового члена.

В настоящее время органосохраняющее хирургическое лечение является стандартным подходом во всех случаях, когда это технически выполнимо. Лучевая терапия (ДЛТ и брахитерапия в дозе  $\geq 60$  Гр) служат альтернативным методом, чаще всего применяющимся при опухолях, оперативное удаление которых не дает возможность сохранить половой член [1]. По весьма скудным данным литературы, послеоперационная ДЛТ на зону резекции при категории R1 (клетки опухоли по краю разреза) позволяет снизить частоту местных рецидивов РПЧ [2]. Использование адьювантной ДЛТ при отсутствии опухолевых клеток по краю операционного разреза (R0), как правило, не рекомендуется в связи с высоким риском стенозов

уретры (20–35%), некрозов (10–20%) и поздних постлучевых фиброзов кавернозных тел [3–6].

Частота местных рецидивов РПЧ после органосохраняющих операций достаточно высока: в сериях наблюдений, включающих больных с категорией pT3, достигает 50% [7]. Однако рецидивные опухоли, как правило, технически удалимы, при этом нередко удается сохранить половой член анатомически и функционально [8]. Именно это обуславливает отсутствие влияния рецидивирования первичной опухоли на выживаемость, что подтверждено рядом исследований [8, 9]. Предлагаемое авторами проведение адьювантной ДЛТ, направленное на снижение частоты местных рецидивов после радикальной органосохраняющей операции, представляется нецелесообразным из-за высокого риска быстрого снижения функциональных результатов.

Исследование Е.А. Беловой и соавт. — одна из немногих работ, в которой сравнивается хирургическое и комбинированное лечение РПЧ. К сожалению, группы больных несопоставимы по категории T, а данные относительно степени анаплазии G и категории R отсутствуют. Это ставит под сомнение результаты сравнения частоты и сроков развития местных рецидивов после разных видов лечения. Данные относительно функциональных результатов, к сожалению, также не приведены. Авторами не проанализировано влияние адьювантного облучения на общую выживаемость, однако теоретических предпосылок для улучшения данного показателя при использовании комбинированного подхода практически нет.

РПЧ характеризуется строгой последовательностью метастазирования с первичным поражением паховых, а затем тазовых ЛУ. При использовании современных методов диагностики около 20% метастазов остаются нераспознанными. Факторами риска категории N+ являются категория  $> T1$ , степень анаплазии  $> G_1$ , наличие ангиолимфатической (АЛИ) и периневральной инвазии, а также нодулярный рост первичной опухоли и др. Стандартом лечения пальпируемых метастазов в регионарные ЛУ является паховая лимфодиссекция (ПЛД). У больных с непальпируемыми паховыми ЛУ показаниями к ПЛД служат: категория  $> T1$ ,  $> G_2$ , T1G<sub>2</sub> с АЛИ и/или нодулярным ростом, положительные результаты

динамической биопсии сторожевого ЛУ [10]. В публикации авторов указано, что только 6 (!) из 42 больных, включенных в хирургическую группу (> T1 у 24 из 42 пациентов), были подвергнуты ПЛД, что и послужило причиной рецидива, а точнее продолженного роста микрометастазов, в зонах регионарного метастазирования у 40% пациентов. Данная тактика, на наш взгляд, представляется неприемлемой.

ДЛТ рассматривается как альтернатива ПЛД при категории N+ у больных с технически неудаляемыми метастазами [1, 10]. Данные относительно эффективности облучения регионарных метастазов скудны и противоречивы [11]. Профилактическое облучение зон регионарного метастазирования, проводившееся в ходе исследования авторов, не рассматривается как возможная лечебная опция ни в одних национальных рекомендациях [1, 10]. Выполнение спасительной лимфодиссекции при неэффективности ДЛТ ассоциировано с высоким риском нерадикального вмешательства и осложнений.

Отдаленные метастазы РПЧ развиваются казуистически редко, в основном поражая нерегинарные ЛУ. В связи с этим вызывает некоторое сомнение появление метастазов в кости у 2 из 72 больных, вошедших в серию наблюдений Е.А. Беловой и соавт.

Таким образом, исследование авторов основано на использовании нестандартных методик лечения больных РПЧ (в большинстве случаев не выполнялась ПЛД, в том числе при инвазивном РПЧ; проводилась профилактическая ДЛТ на паховые ЛУ). Качество исследования не позволяет полагаться на его результаты. В связи с этим применение изучаемых авторами методов не следует рекомендовать к использованию в широкой клинической практике.

*М.И. Волкова,  
член рабочей группы Европейской ассоциации урологов  
по разработке рекомендаций по лечению  
рака полового члена*

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/penile/HealthProfessional>
2. Langsenlehner T., Mayer R., Quehenberger F. et al. The role of radiation therapy after incomplete resection of penile cancer. *Strahlentherapie und Onkologie* Volume 2008;184(7):359–63.
3. De Crevoisier R., Slimane K., Sanfilippo N. et al. Long term results of brachytherapy for carcinoma of the glans (N– or N+). *Int J Radiol Biol Phys* 2009; 74:1150–6.
4. Azrif M., Logue G.P., Swindell R. et al. External-beam radiotherapy in T1-2 N0 penile carcinoma. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2006;18:320–5.
5. Crook J., Esche B., Pond G. Penile brachytherapy: results for 60 patients. *Brachytherapy* 2007;6:82–92.
6. Zouhair A., Coucke P.A., Jeanneret W. et al. Radiation therapy alone or combined surgery and radiation therapy in squamous-cell carcinoma of the penis? *Eur J Cancer* 2001;37:198–203.
7. Martins F.E., Rodrigues R.N., Lopes T.M. Organ-preserving surgery for penile carcinoma. *Adv Urol* 2008;2008:634216.
8. Матвеев В.Б., Халафьян Э.А., Волкова М.И. и др. Органосохраняющее лечение рака полового члена. *Урология* 2004;2:26–30.
9. Soria J.C., Fizazi K., Piron D. et al. Squamous cell carcinoma of the penis: multivariate analysis of prognostic factors and natural history in monometric study with a conservative policy. *Ann Oncol* 1997;8:1089–98.
10. Pizzocaro G., Algaba F., Horenbla S. et al. EAU Penile Cancer Guidelines 2009. *Eur Urol* 2010;57:1002–12.
11. Franks K.N., Kancherla K., Sethugavalur B. et al. Radiotherapy for node positive penile cancer: experience of the Leeds teaching hospitals. *J Urol* 2011;186(2):524–9.