



# Peniscancer – Patologi

## Version 1.0

### **GODKENDT**

#### **Faglig godkendelse**

12. december 2018 (DaPeCa)

#### **Administrativ godkendelse**

23. april 2019 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

### **REVISION**

Planlagt: oktober 2019

### **INDEKSERING**

Peniscancer, peniskræft, DaPeCa, udredning, stadietildeling, præparat typer, patologi, histologi

# Indholdsfortegnelse

Om denne kliniske retningslinje.....	2
1. Anbefalinger (Quick guide).....	3
Patologirekvisitioner .....	3
Penil intraepithelial neoplasi (PeIN).....	3
Klassifikation, stadietdeling og kodning .....	3
Patologisk udkæring af penispræparater .....	4
Patologisk udkæring af lymfeknudepræparater ved peniscancer .....	5
Penisbiopser – patologirapportering (ikke-invasive læsioner):.....	6
Penisbiopser – patologirapportering (invasive læsioner): .....	7
Penektomier – patologirapportering.....	7
Lymfeknuder fra lysken - mikroskopibeskrivelse/ patologirapportering, herunder sentinel lymfeknuder ...	8
2. Introduktion .....	9
3. Grundlag.....	11
Patologirekvisitioner .....	11
Penil intraepithelial neoplasi (PeIN).....	11
Klassifikation, stadietdeling og kodning .....	12
Patologisk udkæring af penispræparater .....	13
Patologisk udkæring af lymfeknudepræparater ved peniscancer .....	15
Penisbiopser – patologirapportering (ikke-invasive læsioner):.....	16
Penisbiopser – patologirapportering (invasive læsioner): .....	17
Penektomier – patologirapportering.....	18
Lymfeknuder fra lysken - mikroskopibeskrivelse/ patologirapportering, herunder sentinel lymfeknuder ..	19
4. Referencer.....	21
5. Metode .....	24
6. Monitoreringsplan.....	26
7. Bilag .....	27

## Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indsatsen med retningslinjer er forstærket i forbindelse med Kræftplan IV og har til formål at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet i Danmark. Det faglige indhold er udformet og godkendt af den danske multidisciplinære gruppe for peniscancer, DaPeCa som udgør den for sygdommen relevante DMCG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet. Yderligere information om kliniske retningslinjer på kræftområdet kan findes på: [www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer](http://www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer)

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på kræftområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, udover de centrale anbefalinger (kapitel 1), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3+4). Anbefalinger mærket A er stærkest, Anbefalinger mærket D er svagest. Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", findes her: [http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer--skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009\\_dansk.pdf](http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer--skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009_dansk.pdf)

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvisning til de ønskede kapitler.

For information om Sundhedsstyrelsens kræftpakker – beskrivelse af hele standardpatientforløbet med angivelse af krav til tidspunkter og indhold – se for det relevante sygdomsområde: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/pakkeforloeb/beskrivelser>

Denne retningslinje er udarbejdet med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen (Kræftplan IV) og RKKP.

# 1. Anbefalinger (Quick guide)

## Patologirekvisitioner

1. Kirurgen anbefales at anføre følgende kliniske oplysninger på patologirekvisitionen:
  - Eventuel tidligere cancer eller præmaligne læsioner
  - Eventuel tidligere behandling
  - Præparattype inklusive relevante markeringer
  - Tumorfokalitet og placering af tumor (D)

## Penil intraepithelial neoplasi (PeIN)

2. Forstadier til peniscancer skal benævnes penil intraepithelial neoplasi (PeIN) og skal erstatte tidligere anvendt nomenklatur. Der kan inddeles i differentieret PeIN og udifferentieret PeIN (D)
3. Det anbefales ikke at histologisk gradere penil intraepithelial neoplasi (PeIN) (D)
4. Det anbefales at anvende betegnelsen "atypi som ikke opfylder kriterierne for penil intraepithelial neoplasi (PeIN)" i de sjældne tilfælde, hvor der er cytologiske abnormaliteter som overstiger de reaktive, men ikke opfylder kriterierne for udifferentieret eller differentieret PeIN (D)

## Klassifikation, stadieinddeling og kodning

5. Planocellulært karcinom udgør mere end 95 % af tilfældene af peniscancer. Patologisk klassifikation foretages i henhold til WHO2016 (D)
6. Der anbefales stadieinddeling i henhold til International Collaboration on Cancer Reporting (ICCR) TNM8 (D)
7. Der anbefales at følge retningslinjer vedrørende patoanatomisk undersøgelse og rapportering fra The International Society of Urological Pathologists (ISUP) samt internationale dataset guidelines fra ICCR (D)
8. Det anbefales at tumorer der udgår fra huden på penisskafte skal behandles i henhold til retningslinjer for hudcancer (D)

9. Det anbefales at tumorer med formodet udgangspunkt i urethra proksimalt for fossa naviculare skal behandles i henhold til retningslinjer for urethralcancer (D)
10. Patoanatomiske besvarelser omhandlende forstadier til peniscancer og peniscancer skal følge SNOMED kodning jævnfør kodevejledningen på [www.patobank.dk](http://www.patobank.dk) <http://www.patobank.dk/fundanemt/files/snomed/vejledninger/B.Peniscancer.pdf> (D)

## Patologisk udskæring af penispræparater

### 11. Anbefalinger ved udskæring af penisbiopsi

- Stansebiopsi: mål, flækkes hvis større end 3 mm, skæres i 3 trin
- Kirurgiske biopsier: mål, resektionsrande (side og bund) tuschmarkeres under hensyntagen til evt. suturmarkering. Afhængig af størrelse skæres på tværs eller krydssnit (D)

### 12. Anbefalinger ved udskæring af præputium

- Ved synlige læsioner herunder mistanke om karcinom, tusches præparatets bundflade samt indre og ydre blads resektionsrande med hver sin farve.
- Synlige læsioner skal indstøbes komplet
- Der udtages tilfældige snit fra resten af præputiet (D)

### 13. Anbefalinger ved udskæring af glans resurfacing

- Bundfladen tuschmarkeres
- Præparatet deles i midten og opskæres og alt indstøbes med identificerbar proksimal og distal resektionsrand (præparatet er sædvanligvis tyndt og savtakket distalt, synlige læsioner er sjældne) (D)

### 14. Anbefalinger ved udskæring af Meatus-doughnut (en kegleformet biopsi med meatus og tilstødende fossa naviculare. Hyppigt i forbindelse med glans resurfacing for at sikre radikalitet i forhold til urethra.)

- Bund og sideresektionsrand tuschmarkeres, med hver sin farve. Opskæres i radiære snit og alt indstøbes (D)

### 15. Anbefalinger ved udskæring af partiel penektomi og total penektomi

- Præparatfoto kan anbefales og vedhæftes patologisvaret

- Fremsendes præparatet friskt kan overvejes udtagning af tumorvæv og normalt væv til biobank under hensyntagen til efterfølgende diagnostik og stadieinddeling
- I nogle tilfælde er præparatet fremsendt til frysesnitsundersøgelse af urethrale og corporale resektionsrand og disse fraskæres til dette (i enkelte tilfælde sendes randene for sig selv)
- Urethra sonderes og efter nogle timers fiksering deles penis med mediansnit gennem urethra i en højre og en venstre del og opspændes på kork (med gaze) for yderligere fiksering
- Penis-/præparatlængde og diameter måles
- Tumors lokalisation, størrelse, vækstmønster (vertikal/horisonal), udseende og invasionsdybde beskrives
- Relation til præputium, corona, meatus og frenulum samt corpus spongiosum, urethra, corpus cavernosum og fascier beskrives
- Afstand til resektionsrande angives
- Resektionsrande tuschmarkeres (hud samt corporae og urethra hvis ikke undersøgt ved frysesnitsundersøgelse)
- Evt. andre forandringer sv.t. f.eks. præputium beskrives.
- Der udtages to centrale 5 mm tykke komplette skiver, som lægges i megakapsler. Hvis der er tale om en komplet penektomi, må snittene ofte deles i midten.
- Herefter udtages to snit vinkelret på de centrale komplette skiver, også i megakapsler. Det er hensigtsmæssigt også at indstøbe tumorvæv i små blokke med henblik på immunhistokemi. Præputiums resektionsrand vil være repræsenteret i ovennævnte snit, men i tilfælde med kort afstand kan randen fraklippes og indstøbes for sig inden yderligere udskæring af penis/glans penis (D)

## Patologisk udskæring af lymfeknudepræparater ved peniscancer

### 16. Anbefalinger ved udskæring og patologisk håndtering af sentinel nodes

- Lymfeknuden/-erne modtages i formalin og evt. med omgivende fedtvæv. Lymfeknuderne fridissekteres og antal vurderes
- Lymfeknuder større end 2 mm deles på tværs i 2 mm tykke skiver. Alt lymfeknudevæv medtages, men ikke makroskopisk normalt fedtvæv
- Op til tre udelte lymfeknuder i hver kapsel og flere snit fra samme lymfeknude i hver kapsel accepteres

- Blokke med sentinel lymfeknuder skæres totalt op i niveauer med 0,33 millimeters afstand. Hvert niveau farves med HE og bredspektret cytokeratin (fx CK-34BE12)
- Hvis der er åbenbare metastaser i lymfeknuden, udtages kun relevant materiale til vurdering af antal lymfeknuder med metastase og snit til vurdering af eventuel kapselgennemvækst samt resektionsforhold. Blokken trinskæres ikke, men farves med HE
- Blokke på ikke-sentinel lymfeknuder trinskæres ikke og farves ikke rutinemæssigt med bredspektret cytokeratin (D)

#### 17. Anbefalinger ved udkæring og patologisk håndtering af lymfeknudeexairese

- Præparatet modtages i formalin og oftest som en "en bloc" resektion. Mål af hele præparatet inklusiv fedtvæv
- Eventuelt tumorvæv i resektionsfladen beskrives, tusches og der sikres væv herfra til mindst en kapsel
- Lymfeknuder identificeres og lymfeknuder større end 3 mm flækkes/skiveskæres på langs eller tværs afhængig af størrelse
- Udelte lymfeknuder kan indstøbes i samme kapsel med maksimalt 4 i hver og flere snit fra samme lymfeknude i hver kapsel accepteres
- I tilfælde af oplagt metastase udtages snit til belysning af antal lymfeknuder med metastase og til vurdering af eventuel kapselgennemvækst samt resektionsforhold
- Blokke på ikke-sentinel lymfeknuder trinskæres ikke og farves ikke rutinemæssigt med bredspektret cytokeratin (D)

### Penisbiopsier – patologirapportering (ikke-invasive læsioner):

#### 18. Patologen anbefales at anføre følgende i patologibeskrivelsen

- Biopsisted
- Biopsitype (stanse/incision/ekscision)
- Corpus spongiosum tilstede (+/-, usikkert)
- Differentieret/Udifferentieret PeIN
  - inklusiv undertype af udifferentieret PeIN
- P16-positivitet (+/-)
- Evt. PCR-HPV med typebestemmelse
- Atypi (opfylder ikke kriterierne for PeIN),
- Lichen sclerosus (+/-)
- Radikalitet (D)

## Penisbiopsier – patologirapportering (invasive læsioner):

### 19. Patologen anbefales at anføre følgende i patologibeskrivelsen

- Biopsisted
- Biopsitype (stanse/incision/ekscision)
- Eventuelt tumordiameter (mm) (hvis muligt):
- Corpus spongiosum/ cavernosum tilstede (+/-; usikkert):
- Invasion (+/-):
- Invasionsdybde (mm) (hvis muligt):
- Invasion i Corpus spongiosum (+/-, usikkert)
- Invasion i Corpus cavernosum (+/-, usikkert)
- Differentieret/Udifferentieret PeIN
  - inklusiv undertype af udifferentieret PeIN
- P16-positivitet (+/-/ikke udført):
- Eventuelt PCR-HPV med typebestemmelse
- Atypi (opfylder ikke kriterierne for PeIN)
- Lichen sclerosus (+/-)
- Radikalitet
- Lymfe-, blodkar- og perineural invasion (+/-/kan ikke vurderes):
- Histologisk subtype
- Gradering af tumor, høj/moderat/lav (jf. tabel i appendix)
- Tumorklassifikation ud fra foreliggende (jf. tabel i appendix) (D)

## Penektomier – patologirapportering

### 20. Patologen anbefales at anføre følgende i patologibeskrivelsen

- Biopsisted
- Biopsitype (stanse/incision/ekscision)
- Corpus spongiosum tilstede (+/-, usikkert)
- Differentieret/Udifferentieret penil intraepithelial neoplasi (PeIN)
  - inklusiv undertype af udifferentieret PeIN
- P16-positivitet (+/-)
- Evt. PCR-HPV med typebestemmelse
- Atypi (opfylder ikke kriterierne for PeIN),
- Lichen sclerosus (+/-)
- Radikalitet (D)



## Lymfeknuder fra lysken - mikroskopibeskrivelse/ patologirapportering, herunder sentinel lymfeknuder

21. En lymfeknude defineres som et lymfeknudeinfiltrat med et sinussystem, som oftest er omgivet af en kapsel
22. Løstliggende tumorceller i kar, uden samtidig tilstedeværelse af infiltrativ vækst opfattes ikke som metastase, men som kar med tumorembolus
23. Antal lymfeknuder med metastase og totale antal lymfeknuder anføres
24. Metastasens/metastasernes største udbredning måles i mm (halve og hele mm) under hensyntagen til uregelmæssig vækstform, forstået som, at to tætliggende infiltrater som ikke nødvendigvis præsenterer sig i sammen snit regnes som en samlet metastase. Der er ikke veldefinerede kriterier for at inddele i mikro- og makrometastase
25. Tilstedeværelse af kapselgennemvækst/perinodal vækst rapporteres og har betydning for TNM-stadiet
26. Kapselgennemvækst/perinodal vækst Snomed kodes for om det er til stede eller ej. Perinodal vækst forstås ved, at der skal være tydelig gennemvækst af lymfeknudens kapsel eventuelt med dannelse af pseudokapsel og/eller vækst ud i perinodalt fedtvæv (D)

## 2. Introduktion

### Epidemiologi peniscancer

#### Forekomst

Med en incidens på 0,1-7,9 per 100.000 er peniscancer en sjælden kræftsygdom. I Europa og USA er incidensen under 1 per 100.000 og synes i USA faldende fra 1973 til 2002 (1).

#### Phimosi

Seksuel adfærd, sociale og kulturelle forhold kan spille en rolle for udviklingen af peniscancer. At forhudsfor snævring, phimosi, er en mulig medvirkende faktor underbygges af at 44-91 % af patienterne har phimosi på diagnosetidspunktet. Circumcisio i spædbarnsalderen nedsætter risikoen for peniscancer. Omskæring på et senere tidspunkt i livet synes at ikke yde den samme beskyttelse (2). Effekten af circumcisio i spædbarnsalderen svækkes væsentligt, hvis man alene sammenligner med mænd med bevaret forhud uden phimosi (3). Den lave incidens af peniscancer retfærdiggør imidlertid ikke circumcisio på spædbørn (4).

#### Human Papilloma Virus (HPV)

Der er en sammenhæng med human papillomavirus (HPV), som påvises hos 15-80 % af patienter med peniscancer og i biopsimaterialet fra 70-100 % af patienter med PeIN (Penil Intraepithelial Neoplasi). I et arbejde fra 2009 anføres at en tredjedel af peniscancer tilfældene skyldes HPV-virus type 16 og 18. Der forskes i effekten af en forebyggende vaccine (5-11).

#### Rygning

Der er i flere epidemiologiske studier påvist en øget risiko for udvikling af peniscancer hos tobaksrygere (5,12-14).

#### Sygdomsspredning

Peniscancer spredes langt overvejende lymfogent. Fjernmetastaser er sjældne. Spredningen foregår i reglen trinvis. Først til de inguinale lymfeknuder, så til de pelvine og derefter fjernmetastaser. Primærtumor findes på glans og på præputiet hos omkring 90 %. På diagnosetidspunktet har 30-60 % palpable lymfeknuder i inguinalregionen. Forekomsten af metastaser afhænger af tumors histopatologiske grad, invasionsdybde samt invasion af blod- og lymfekar. På grund af rigelig overkrydsning af de subkutane lymfebaner ses både bilateral og kontralateral spredning. Metastaser til de pelvine lymfeknuder ses hos op til 30 % af patienter med mere end én lymfeknudemetastase (5,15-17).

#### Prognose

Den overordnede 5-års overlevelse (overall survival) for alle peniscancerpatienter angives til gennemsnitligt 52 %. Patienter uden lymfeknudemetastaser eller metastaser til  $\leq 2$  lymfeknuder har generelt en god prognose med en 5-års overlevelse over 90 %. Hos patienter med mere end to lymfeknudemetastaser bliver prognosen generelt dårligere med en 5-års overlevelse på 27 % (18). Det er endnu uvist, hvilken betydning Human Papilloma Virus har for prognosen ved peniscancer (19,20).

Behandlingsmæssigt er tendensen, at man tilstræber organbevarende kirurgi, hvor det er muligt. Dette er betinget af ønsket om at bevare seksualfunktionen og livskvaliteten under hensyntagen til radikaliteten.

### **Præparattyper**

Retningslinjen vedrører alle patologiske præparater fra mænd med konstateret peniscancer og indeholder også forslag til håndtering af præparater fra mænd med cancersuspekte eller muligt cancersuspekte læsioner på penis. Peniscancer omfattet af disse retningslinjer defineres som cancer udgået fra præputium, glans penis og distale urethra begrænset til fossa naviculare. Tumor udgået fra hud på penisskaffet og øvrige urethra er ikke omfattet og der henvises til retningslinjer for henholdsvis hudcancer og urethralcancer.

### **Formål**

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark. Behandling og stadietildeling af peniscancer har i Danmark status af højt specialiseret funktion, således at alle patienter med diagnosen skal henvises til og udredes og behandles på de to højt specialiserede centre Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital. Formålet med patologi-retningslinjen er at understøtte ensartet terminologi, præparathåndtering, klassifikation, stadietildeling, kodning og afrapportering.

### **Patientgruppe**

Mænd under udredning for eller med diagnosticeret peniscancer.

### **Målgruppe for brug af retningslinjen**

Denne retningslinje skal primært understøtte det parakliniske pato- og histopatologiske arbejde og udviklingen af den kliniske og parakliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk og paraklinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen. På grund af de berørte tilstandes sjældenhed anbefales i vidt omfang at sende præparater til revision på højt specialiseret center.

## 3. Grundlag

### Patologirekvisitioner

**1. Kirurgen anbefales at anføre følgende kliniske oplysninger på patologirekvisitionen:**

- Eventuel tidligere cancer eller præmaligne læsioner
- Eventuel tidligere behandling
- Præparattype inklusive relevante markeringer
- Tumorfokalitet og placering af tumor (D)

#### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen beror på en konsensusbeslutning.

#### Patientværdier og –præferencer

Ikke relevant.

#### Rationale

Anbefalingen drives af ønsket om at kvalificere patologens arbejde med kendskab til patientens læsionsspecifikke sygehistorie.

#### Bemærkninger og overvejelser

Kendskab til tidligere sygdom sætter patologen i stand til at tage stilling til om der er i det aktuelt fremsendte materiale er recidiv af tidligere læsioner eller om der udvises progression af tumorstørrelse, antal eller tilkomst af prognostisk ildevarslende markører som aggressive histologiske subtype (sarkomatoid/ basaloid), kar- eller nerveindvækst.

### Penil intraepithelial neoplasi (PeIN)

- 2. Forstadier til peniscancer skal benævnes penil intraepithelial neoplasi (PeIN) og skal erstatte tidligere anvendt nomenklatur. Der kan inddeles i differentieret PeIN og udifferentieret PeIN (D)**
- 3. Det anbefales ikke at histologisk gradere penil intraepithelial neoplasi (PeIN) (D)**
- 4. Det anbefales at anvende betegnelsen “atypi som ikke opfylder kriterierne for penil intraepithelial neoplasi (PeIN)” i de sjældne tilfælde, hvor der er cytologiske**

### **abnormaliteter som overstiger de reaktive, men ikke opfylder kriterierne for udifferentieret eller differentieret PeIN (D)**

#### Litteratur og evidensgennemgang

Til grund for disse anbefalinger ligger konsensus blandt erfarne patologiske eksperter med afsæt i morfologiske analyser og pragmatiske betragtninger fra to mindre retrospektive serier (21,22)[4].

#### Patientværdier og – præferencer

Ikke relevant.

#### Rationale

Anbefalingen er formet af det paradigmeskifte som har taget form igennem de seneste 7 – 10 år, hvor man har vendt de tidligere anvendte eponyme betegnelser Querats, Bowens og Buschke Löwenstein ryggen til fordel for en ny deskriptiv systematik (23).

#### Bemærkninger og overvejelser

Fordelen ved den nye nomenklatur er systematik og sammenfald med andre anatomiske områder som f.eks. vulva og vagina (24).

## Klassifikation, stadieinddeling og kodning

5. **Planocellulært karcinom udgør mere end 95 % af tilfældene af peniscancer. Patologisk klassifikation foretages i henhold til WHO2016 (D)**
6. **Der anbefales stadieinddeling i henhold til International Collaboration on Cancer Reporting (ICCR) TNM8 (D)**
7. **Der anbefales at følge retningslinjer vedrørende patoanatomisk undersøgelse og rapportering fra The International Society of Urological Pathologists (ISUP) samt internationale dataset guidelines fra ICCR (D)**
8. **Det anbefales at tumorer der udgår fra huden på penisskafte skal behandles i henhold til retningslinjer for hudcancer (D)**
9. **Det anbefales at tumorer med formodet udgangspunkt i urethra proksimalt for fossa naviculare skal behandles i henhold til retningslinjer for urethralcancer (D)**
10. **Patoanatomiske besvarelser omhandlende forstadier til peniscancer og peniscancer skal følge SNOMED kodning jævnfør kodevejledningen på [www.patobank.dk](http://www.patobank.dk) [http://www.patobank.dk/fundanemt/files/snomed/vejledninger/B.\\_Peniscancer.pdf](http://www.patobank.dk/fundanemt/files/snomed/vejledninger/B._Peniscancer.pdf) (D)**

### Litteratur og evidensgennemgang

Til grund for denne anbefaling ligger konsensus.

### Patientværdier og – præferencer

Ikke relevant.

### Rationale

Anbefalingen drives af ønsket om at ensrette patologens beskrivelse, klassifikation og opfattelse af sygdommen.

### Bemærkninger og overvejelser

For mange sygdomme og særligt for sjældne sygdomme gælder det, at international konsensus om nomenklatur og klassifikation kan bidrage til sammenligning og sammenkøring af data til bedre beskrivelse og forståelse af sygdommen.

## Patologisk udkæring af penispræparater

### 11. Anbefalinger ved udkæring af penisbiopsi

- **Stansebiopsi: mål, flækkes hvis større end 3 mm, skæres i 3 trin**
- **Kirurgiske biopsier: mål, resektionsrande (side og bund) tuschmarkeres under hensyntagen til evt. suturmarkering. Afhængig af størrelse skæres på tværs eller krydssnit (D)**

### 12. Anbefalinger ved udkæring af præputium

- **Ved synlige læsioner herunder mistanke om karcinom, tusches præparatets bundflade samt indre og ydre blads resektionsrande med hver sin farve.**
- **Synlige læsioner skal indstøbes komplet.**
- **Der udtages tilfældige snit fra resten af præputiet (D)**

### 13. Anbefalinger ved udkæring af glans resurfacing

- **Bundfladen tuschmarkeres**
- **Præparatet deles i midten og opskæres og alt indstøbes med identificerbar proksimal og distal resektionsrand (præparatet er sædvanligvis tyndt og savtakket distalt, synlige læsioner er sjældne) (D)**

14. **Anbefalinger ved udkæring af Meatus-doughnut (en kegleformet biopsi med meatus og tilstødende fossa naviculare. Hyppigt i forbindelse med glans resurfacing for at sikre radikalitet i forhold til urethra.)**

- **Bund og sideresektionsrand tuschmarkeres, med hver sin farve. Opskæres i radiære snit og alt indstøbes (D)**

15. **Anbefalinger ved udkæring af partiel penektomi og total penektomi**

- **Præparatfoto kan anbefales og vedhæftes patologisvaret**
- **Fremsendes præparatet friskt kan overvejes udtagning af tumurvæv og normalt væv til biobank under hensyntagen til efterfølgende diagnostik og stadieinddeling**
- **I nogle tilfælde er præparatet fremsendt til frysesnitsundersøgelse af urethrale og corporale resektionsrand og disse fraskæres til dette (i enkelte tilfælde sendes randene for sig selv)**
- **Urethra sonderes og efter nogle timers fiksering deles penis med mediansnit gennem urethra i en højre og en venstre del og opspændes på kork (med gaze) for yderligere fiksering**
- **Penis-/præparatlængde og diameter måles**
- **Tumors lokalisation, størrelse, vækstmønster (vertikal/horisontal), udseende og invasionsdybde beskrives**
- **Relation til præputium, corona, meatus og frenulum samt corpus spongiosum, urethra, corpus cavernosum og fascier beskrives**
- **Afstand til resektionsrande angives**
- **Resektionsrande tuschmarkeres (hud samt corporae og urethra hvis ikke undersøgt ved frysesnitsundersøgelse)**
- **Evt. andre forandringer sv.t. f.eks. præputium beskrives**
- **Der udtages to centrale 5 mm tykke komplette skiver, som lægges i megakapsler. Hvis der er tale om en komplet penektomi, må snittene ofte deles i midten**
- **Herefter udtages to snit vinkelret på de centrale komplette skiver, også i megakapsler. Det er hensigtsmæssigt også at indstøbe tumurvæv i små blokke med henblik på immunhistokemi. Præputiums resektionsrand vil være repræsenteret i ovennævnte snit, men i tilfælde med kort afstand kan randen fraklippes og indstøbes for sig inden yderligere udkæring af penis/glans penis (D)**

#### Litteratur og evidensgennemgang

Disse anbefalinger beror på konsensus blandt gruppens patologer baseret på internationale praksisguidelines fra førende eksperter på området (25-27).

### Patientværdier og – præferencer

Ikke relevant.

### Rationale

Megasnit muliggør i højere grad orientering i de forskellige anatomiske kompartments.

### Bemærkninger og overvejelser

Sondering af urethra kan i høj grad hjælpes på vej af operationsholdet ved placering af bændel eller kateter gennem urethra ved afsendelse af præparatet til patologisk undersøgelse.

## Patologisk udskæring af lymfeknudepræparater ved peniscancer

### 16. Anbefalinger ved udskæring og patologisk håndtering af sentinel nodes

- Lymfeknuden/-erne modtages i formalin og evt. med omgivende fedtvæv. Lymfeknuderne fridissekeres og antal vurderes
- Lymfeknuder større end 2 mm deles på tværs i 2 mm tykke skiver. Alt lymfeknudevæv medtages, men ikke makroskopisk normalt fedtvæv
- Op til tre udelte lymfeknuder i hver kapsel og flere snit fra samme lymfeknude i hver kapsel accepteres
- Blokke med sentinel lymfeknuder skæres totalt op i niveauer med 0,33 millimeters afstand. Hvert niveau farves med HE og bredspektret cytokeratin (fx CK-34BE12)
- Hvis der er åbenbare metastaser i lymfeknuden, udtages kun relevant materiale til vurdering af antal lymfeknuder med metastase og snit til vurdering af eventuel kapselgennemvækst samt resektionsforhold. Blokken trinskæres ikke, men farves med HE
- Blokke på ikke-sentinel lymfeknuder trinskæres ikke og farves ikke rutinemæssigt med bredspektret cytokeratin (D)

### 17. Anbefalinger ved udskæring og patologisk håndtering af lymfeknudeexairese

- Præparatet modtages i formalin og oftest som en "en bloc" resektion. Mål af hele præparatet inklusiv fedtvæv
- Eventuelt tumornæv i resektionsfladen beskrives, tusches og der sikres væv herfra til mindst en kapsel
- Lymfeknuder identificeres og lymfeknuder større end 3 mm flækkes/skiveskæres på langs eller tværs afhængig af størrelse
- Udelte lymfeknuder kan indstøbes i samme kapsel med maksimalt 4 i hver og flere snit fra samme lymfeknude i hver kapsel accepteres



- **I tilfælde af oplagt metastase udtages snit til belysning af antal lymfeknuder med metastase og til vurdering af eventuel kapselgennemvækst samt resektionsforhold**
- **Bløkke på ikke-sentinel lymfeknuder trinskæres ikke og farves ikke rutinemæssigt med bredspektret cytokeratin (D)**

### Litteratur og evidensgennemgang

Disse anbefalinger beror på konsensus blandt gruppens patologer baseret på internationale praksisguidelines fra førende eksperter på området (25,28).

### Patientværdier og – præferencer

Ikke relevant.

### Rationale

Cytokeratin-immunfarvning af sentinel nodes faciliterer detektion af mindre metastatiske foci.

### Bemærkninger og overvejelser

Hvis der sendes mere end to lymfeknuder fra en lyske betegnet sentinel nodes, kan de to lymfeknuder med højest angivet radioaktivitet (counts) undersøges som sentinel nodes, mens de resterende lymfeknuder fra samme lyske underkastes standardhåndtering for lymfeknuder.

## Penisbiopsier – patologirapportering (ikke-invasive læsioner)

### 18. Patologen anbefales at anføre følgende i patologibeskrivelsen

- **Biopsisted**
- **Biopsitype (stanse/incision/ekscision)**
- **Corpus spongiosum tilstede (+/-, usikkert)**
- **Differentieret/Udifferentieret penil intraepithelial neoplasi (PeIN)**
  - **inklusive undertype af udifferentieret PeIN**
- **P16-positivitet (+/-)**
- **Evt. PCR-HPV med typebestemmelse**
- **Atypi (opfylder ikke kriterierne for PeIN),**
- **Lichen sclerosus (+/-)**
- **Radikalitet (D)**

### Litteratur og evidensgennemgang

Disse anbefalinger beror på konsensus blandt gruppens patologer baseret på internationale praksisguidelines fra førende eksperter på området (25,26). Det vides ikke med sikkerhed, hvor mange tilfælde af planocellulært karcinom der er forudgået af præmaligne forandringer (3). På grund af den formodet lange patogenese og

læsionernes sjældenhed vil det formentlig ikke lykkes at belyse dette spørgsmål med afsæt i populationsbaserede data. Der er beskrevet to former for penil intraepithelial neoplasi (tabel 1), udifferentieret PeIN, med undertyperne "Basaloid", "Warty", "Warty-basaloid", associeret til high-risk HPV og oftest p16 positiv samt differentieret PeIN, oftest ikke associeret til high risk HPV og p16 negativ, men i mange tilfælde, som i vulva, associeret til lichen sclerosus et atrophicus, også kaldt balanitis xerotica obliterans (24,25). Højrisiko HPV infektion bidrager til patogenesen ved mange tilfælde af peniscancer. Der er identificeret over 100 virustyper, hvoraf højrisikotyperne er 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 og 68. HPV 16 og 18 er de absolut hyppigste. En positiv p16 immunhistokemi (IHC) er et stærkt indicium for højrisiko HPV infektion (28). HPV kan bl.a. identificeres med in situ-hybridisering, men denne metode fanger ikke læsioner med et lavt kopianta (29). Polymerase Chain Reaction (PCR) undersøgelse for HPV anses for gold standard for detektion af HPV og kan, hvis klinisk indiceret, anvendes i Danmark som supplement til p16 IHC (30).

### Patientværdier og – præferencer

Ikke relevant.

### Rationale

Højrisiko HPV infektion spiller en rolle i patogenesen ved mange tilfælde af peniscancer. Ligesom ved livmoderhalskræft, er HPV16 den hyppigst detekterede virustype i peniscancerpræparater.

### Bemærkninger og overvejelser

I EAU guidelines anbefales stærkt at HPV detekteres systematisk hos alle patienter, men da det for øjeblikket ikke har betydning for behandlingsplanlægning, afviger de danske retningslinjer på dette punkt og lader patolog og kliniker afgøre, om HPV analyse har en plads i udredningen hos den enkelte patient.

## Penisbiopsier – patologirapportering (invasive læsioner)

### 19. Patologen anbefales at anføre følgende i patologibeskrivelsen

- **Biopsisted**
- **Biopsitype (stanse/incision/ekscision)**
- **Eventuelt tumordiameter (mm) (hvis muligt):**
- **Corpus spongiosum/ cavernosum tilstede (+/-; usikkert):**
- **Invasion (+/-):**
- **Invasionsdybde (mm) (hvis muligt):**
- **Invasion i Corpus spongiosum (+/-, usikkert)**
- **Invasion i Corpus cavernosum (+/-, usikkert)**
- **Differentieret/Udifferentieret penil intraepithelial neoplasi (PeIN)**
- **inklusiv undertype af udifferentieret PeIN**
- **P16-positivitet (+/-/ikke udført):**
- **Eventuelt PCR-HPV med typebestemmelse**

- **Atypi (opfylder ikke kriterierne for PeIN)**
- **Lichen sclerosus (+/-)**
- **Radikalitet**
- **Lymfe-, blodkar- og perineural invasion (+/-/kan ikke vurderes):**
- **Histologisk subtype**
- **Gradering af tumor, høj/moderat/lav (jf. tabel i appendix)**
- **Tumorklassifikation ud fra foreliggende (jf. tabel i appendix) (D)**

### Litteratur og evidensgennemgang

Disse anbefalinger beror på konsensus blandt gruppens patologer baseret på internationale praksisguidelines fra førende eksperter på området (25,26). Planocellulære karcinomer på penis graderes efter det tredelte WHO/ISUP graderingssystem baseret på nukleær pleomorfi og grad af keratinproduktion (26) (Tabel 3).

Tumor graderes efter værste histologiske komponent. Tidligere er foreslået et cut-off på 50% som prædiktiv for lymfeknudemetastaser, men det er påvist at enhver komponent af lavere grad medfører en dårligere prognose og derfor skal inkluderes i den endelige gradering af tumor (31,32).

### Patientværdier og – præferencer

Ikke relevant.

### Rationale

Ved hensyntagen til penisbiopsiens prognostiske markører kan kirurgen planlægge behandlingens omfang.

### Bemærkninger og overvejelser

På baggrund af biopsi alene, er det ofte svært at vurdere T-stadie som ofte må vente til præparatet fra den endelige behandling.

## Penektomier – patologirapportering

### 20. Patologen anbefales at anføre følgende i patologibeskrivelsen:

- **Tumordiameter (maksimale diameter, invasionsdybde)**
- **Nekrose**
- **Histologisk subtype (typen af planocellulært karcinom (jf. tabel i appendix)**
- **Lokal spredning af karcinomet fra et mukosakompartement til et andet**
- **Spredning i penile fascier**
- **Eventuel multifokalitet**
- **Vækst i corpus cavernosum og patologisk T stadie (ICCR, WHO) (jf. tabel i appendix)**
- **Lymfe-, blodkar- og perineural invasion**
- **Vækstmønstret (endo-/eksofytisk, superficielt/vertikalt)**

- **Gradering af tumor, høj/moderat/lav (jf. tabel i appendix)**
- **Indgrebs radikalitet (hudresektionsrand og resektionsrand ved urethra inklusiv. corpus spongiosum, corpus cavernosum og fascier)**
- **Om muligt afstand fra tumor til resektionsrande**
- **Forekomst af penil intraepithelial neoplasi (PeIN) inklusiv. i resektionsrande (D)**

### Litteratur og evidensgennemgang

Disse anbefalinger beror på konsensus blandt gruppens patologer baseret på internationale praksisguidelines fra førende eksperter på området (25,26). Lokal spredning af karcinomet fra et mukosakompartement til et andet bør fremgå af beskrivelsen. Spredning i penile fascier skal også nævnes, ligesom vækst i corpus cavernosum. Lymfe-, blodkar- og perineural invasion skal nævnes i beskrivelsen, og vækstmønstret skal fremgå. Lymfekarinvasion er ikke sikkert relateret til lymfeknudemetastaser og hæmatogen spredning af peniskarcinom er sjælden (33-35). Ved tvivl kan anbefales immunhistokemisk farvning for CD31 og bredspektret cytokkeratin. Litteratur review af patologiske prognostiske faktorer tyder på, at vaskulær invasion, invasionsdybde, perineural invasion og lavt differentierede tumorer er stærkest korreleret til dårlige prognostiske forløb (23).

### Patientværdier og –præferencer

Ikke relevant.

### Rationale

Anbefalingerne tilsigter at standardisere patologibesvarelsen af peniscancer præparater.

### Bemærkninger og overvejelser

Ved tvivl om fri kirurgisk margin kan præparatet diskuteres med operatør/ kirurg i multidisciplinært regi.

## Lymfeknuder fra lysken - mikroskopibeskrivelse/ patologirapportering, herunder sentinel lymfeknuder

21. **En lymfeknude defineres som et lymfeknudeinfiltrat med et sinussystem, som oftest er omgivet af en kapsel**
22. **Løstliggende tumorceller i kar, uden samtidig tilstedeværelse af infiltrativ vækst opfattes ikke som metastase, men som kar med tumorembolus**
23. **Antal lymfeknuder med metastase og totale antal lymfeknuder anføres**
24. **Metastasens/metastasernes største udbredning måles i mm (halve og hele mm) under hensyntagen til uregelmæssig vækstform, forstået som, at to tætliggende infiltrater som ikke nødvendigvis præsenterer sig i sammen snit regnes som en**

**samlet metastase. Der er ikke veldefinerede kriterier for at inddele i mikro- og makrometastase**

**25. Tilstedeværelse af kapselgennemvækst/perinodal vækst rapporteres og har betydning for TNM-stadie**

**26. Kapselgennemvækst/perinodal vækst Snomed kodes for om det er til stede eller ej. Perinodal vækst forstås ved, at der skal være tydelig gennemvækst af lymfeknudens kapsel eventuelt med dannelse af pseudokapsel og/eller vækst ud i perinodalt fedtvæv (D)**

#### Litteratur og evidensgennemgang

Disse anbefalinger beror på konsensus blandt gruppens patologer baseret på internationale praksisguidelines fra førende eksperter på området (25,26). Sentinel lymfeknudediagnostik er et vigtigt redskab ved udredning af patienter med peniskarcinom. De danske resultater med metoden er beskrevet i tre retrospektive studier (36,37).

#### Patientværdier og – præferencer

Ikke relevant.

#### Rationale

Detektion af mikrometastatisk sygdom beror på antallet af trinskæringer (Data i retningslinjegruppens varetægt, studie undervejs).

#### Bemærkninger og overvejelser

Ved fund af metastase i en eller flere lymfeknuder i lysken ved peniscancer er vurdering af perinodal vækst afgørende for lymfeknude (N-) stadium og prognose. DaPeCa-databasen monitorerer dette forhold, se <https://www.rkkp.dk/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/penis-cancer/>.

## 4. Referencer

- (1) Barnholtz-Sloan JS, Maldonado JL, Pow-sang J, Giuliano AR. Incidence trends in primary malignant penile cancer. *Urol Oncol* 2007 Sep-Oct;25(5):361-367.
- (2) Moses S, Bailey RC, Ronald AR. Male circumcision: assessment of health benefits and risks. *Sex Transm Infect* 1998 Oct;74(5):368-373.
- (3) Tsen HF, Morgenstern H, Mack T, Peters RK. Risk factors for penile cancer: results of a population-based case-control study in Los Angeles County (United States). *Cancer Causes Control* 2001 Apr;12(3):267-277.
- (4) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger vedrørende nationale screeningsprogrammer. 2014; Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2014/~media/31CB15B2A39E4A3EB198B9486F66B4A2.ashx>.
- (5) Dillner J, von Krogh G, Horenblas S, Meijer CJ. Etiology of squamous cell carcinoma of the penis. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 2000;(205)(205):189-193.
- (6) Griffiths TR, Mellon JK. Human papillomavirus and urological tumours: I. Basic science and role in penile cancer. *BJU Int* 1999 Sep;84(5):579-586.
- (7) Giuliano AR, Palefsky JM, Goldstone S, Moreira ED, Jr, Penny ME, Aranda C, et al. Efficacy of quadrivalent HPV vaccine against HPV Infection and disease in males. *N Engl J Med* 2011 Feb 3;364(5):401-411.
- (8) Ingles DJ, Pierce Campbell CM, Messina JA, Stoler MH, Lin HY, Fulp WJ, et al. Human papillomavirus virus (HPV) genotype- and age-specific analyses of external genital lesions among men in the HPV Infection in Men (HIM) Study. *J Infect Dis* 2015 Apr 1;211(7):1060-1067.
- (9) Hillman RJ, Giuliano AR, Palefsky JM, Goldstone S, Moreira ED, Jr, Vardas E, et al. Immunogenicity of the quadrivalent human papillomavirus (type 6/11/16/18) vaccine in males 16 to 26 years old. *Clin Vaccine Immunol* 2012 Feb;19(2):261-267.
- (10) Albero G, Castellsague X, Giuliano AR, Bosch FX. Male circumcision and genital human papillomavirus: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Dis* 2012 Feb;39(2):104-113.
- (11) Goldstone SE, Jessen H, Palefsky JM, Giuliano AR, Moreira ED, Jr, Vardas E, et al. Quadrivalent HPV vaccine efficacy against disease related to vaccine and non-vaccine HPV types in males. *Vaccine* 2013 Aug 20;31(37):3849-3855.
- (12) Maden C, Sherman KJ, Beckmann AM, Hislop TG, Teh CZ, Ashley RL, et al. History of circumcision, medical conditions, and sexual activity and risk of penile cancer. *J Natl Cancer Inst* 1993 Jan 6;85(1):19-24.
- (13) Daling JR, Madeleine MM, Johnson LG, Schwartz SM, Shera KA, Wurscher MA, et al. Penile cancer: importance of circumcision, human papillomavirus and smoking in in situ and invasive disease. *Int J Cancer* 2005 Sep 10;116(4):606-616.
- (14) Hellberg D, Valentin J, Eklund T, Nilsson S. Penile cancer: is there an epidemiological role for smoking and sexual behaviour? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987 Nov 21;295(6609):1306-1308.

- (15) Hatzichristou DG, Apostolidis A, Tzortzis V, Hatzimouratidis K, Ioannides E, Yannakoyorgos K. Glanssectomy: an alternative surgical treatment for Buschke-Lowenstein tumors of the penis. *Urology* 2001 May;57(5):966-969.
- (16) Horenblas S, van Tinteren H, Delemarre JF, Boon TA, Moonen LM, Lustig V. Squamous cell carcinoma of the penis. II. Treatment of the primary tumor. *J Urol* 1992 Jun;147(6):1533-1538.
- (17) Horenblas S, van Tinteren H, Delemarre JF, Moonen LM, Lustig V, van Waardenburg EW. Squamous cell carcinoma of the penis. III. Treatment of regional lymph nodes. *J Urol* 1993 Mar;149(3):492-497.
- (18) Leijte JA, Kirrander P, Antonini N, Windahl T, Horenblas S. Recurrence patterns of squamous cell carcinoma of the penis: recommendations for follow-up based on a two-centre analysis of 700 patients. *Eur Urol* 2008 Jul;54(1):161-168.
- (19) Lont AP, Kroon BK, Horenblas S, Gallee MP, Berkhof J, Meijer CJ, et al. Presence of high-risk human papillomavirus DNA in penile carcinoma predicts favorable outcome in survival. *Int J Cancer* 2006 Sep 1;119(5):1078-1081.
- (20) Bezerra AL, Lopes A, Landman G, Alencar GN, Torloni H, Villa LL. Clinicopathologic features and human papillomavirus dna prevalence of warty and squamous cell carcinoma of the penis. *Am J Surg Pathol* 2001 May;25(5):673-678.
- (21) Chaux A, Velazquez EF, Amin A, Soskin A, Pfannl R, Rodriguez IM, et al. Distribution and characterization of subtypes of penile intraepithelial neoplasia and their association with invasive carcinomas: a pathological study of 139 lesions in 121 patients. *Hum Pathol* 2012 Jul;43(7):1020-1027.
- (22) Velazquez EF, Chaux A, Cubilla AL. Histologic classification of penile intraepithelial neoplasia. *Semin Diagn Pathol* 2012 May;29(2):96-102.
- (23) Cubilla AL. The role of pathologic prognostic factors in squamous cell carcinoma of the penis. *World J Urol* 2009 Apr;27(2):169-177.
- (24) Oparka R, Herrington CS. *Pathology of the Vulva and Vagina*. : Springer; 2013.
- (25) Corbishley M, Catherine C, Corbishley, Chaux, et al. *Carcinoma of the Penis and Distal Urethra Histopathology Reporting Guide 1st edition*. International Collaboration on Cancer Reporting; Sydney. 2017.
- (26) Cubilla AL, Velazquez EF, Amin MB, Epstein J, Berney DM, Corbishley CM, et al. The World Health Organisation 2016 classification of penile carcinomas: a review and update from the International Society of Urological Pathology expert-driven recommendations. *Histopathology* 2018 May;72(6):893-904.
- (27) Moch H, Cubilla AL, Humphrey PA, Reuter VE, Ulbright TM. The 2016 WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs-Part A: Renal, Penile, and Testicular Tumours. *Eur Urol* 2016 Jul;70(1):93-105.
- (28) Cubilla A, Lloveras B, Alejo M, Clavero O, Kasamatsu E, et al. Value of p16(INK)(4)(A) in the pathology of invasive penile squamous cell carcinomas: a report of 202 cases. *Am J Surg Pathol* 2011;35(2):253-61-261.

- (29) Abreu AL, Souza RP, Gimenes F, Consolaro ME. A review of methods for detect human Papillomavirus infection. *Virology* 2012 Nov 6;9:262-422X-9-262.
- (30) Zaravinos A, Mamas IN, Sourvinos G, Spandidos DA. Molecular detection methods of human papillomavirus (HPV). *Int J Biol Markers* 2009 Oct-Dec;24(4):215-222.
- (31) Velazque EF, Ayala G, Liu H, Chaux A, Zanotti M, Torres J, et al. *Histologic grade and perineural invasion are more important*. *Am J Surg Pathol* 2008.
- (32) Chaux A, Reuter V, Lezcano C, Velazquez EF, Torres J, Cubilla AL. Comparison of morphologic features and outcome of resected recurrent and nonrecurrent squamous cell carcinoma of the penis: a study of 81 cases. *Am J Surg Pathol* 2009 Sep;33(9):1299-1306.
- (33) Ro Y, Kim K, Amin M, Ayala A. Penis and Scrotum, chapter 15  
. In: Bostwick D, Cheng L, editors. *Urological Surgical Pathology*: Elsevier Inc; 2008.
- (34) Naumann CM, Alkatout I, Hamann MF, Al-Najar A, Hegele A, Korda JB, et al. Interobserver variation in grading and staging of squamous cell carcinoma of the penis in relation to the clinical outcome. *BJU Int* 2009 Jun;103(12):1660-1665.
- (35) Novara G, Galfano A, De Marco V, Artibani W, Ficarra V. Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the penis. *Nat Clin Pract Urol* 2007 Mar;4(3):140-146.
- (36) Jakobsen JK, Krarup KP, Sommer P, Nerstrom H, Bakholdt V, Sorensen JA, et al. DaPeCa-1: diagnostic accuracy of sentinel lymph node biopsy in 222 patients with penile cancer at four tertiary referral centres - a national study from Denmark. *BJU Int* 2016 Feb;117(2):235-243.
- (37) Jensen JB, Jensen KM, Ulhoi BP, Nielsen SS, Lundbeck F. Sentinel lymph-node biopsy in patients with squamous cell carcinoma of the penis. *BJU Int* 2009 May;103(9):1199-1203.



## 5. Metode

De danske retningslinjer for diagnostik og behandling af peniscancer er baseret på European Association of Urology (EAU) guidelines med væsentlige ændringer tilpasset danske forhold. For peniscancerpatologiens vedkommende anvendes klassifikation i henhold til WHO2016 og stadietinddeling i henhold til ICCR TNM8. Retningslinjer vedrørende patoanatomisk undersøgelse og rapportering følger anbefalinger fra ISUP (The International Society of Urological Pathologists) samt internationale dataset guidelines fra International Collaboration on Cancer Reporting (ICCR). Danske retningslinjer for peniscancer har eksisteret og er udbygget gennem mere end 10 år og er udarbejdet og tilpasset gennem årene først af den uro-onologiske gruppe for peniscancer som senere skiftede navn til det nuværende danske multidisciplinære gruppe for peniscancer, DaPeCa.

### Litteratursøgning og litteraturgennemgang

EAU guidelines har gennem årene været rettesnor for opbygningen af de danske kliniske retningslinjer og disse bliver til i en hvert andet år gentaget proces med kritisk gennemgang af tilgængelig litteratur på området. Nye og relevante studier identificeres, samles og vurderes gennem en struktureret gennemgang. En omfattende litteratursøgning, der dækker alle afsnit af retningslinjerne, bliver udført. Anvendte databaser ved litteratursøgning inkluderer Medline, EMBASE og Cochrane Bibliotekerne. Alle artikler vedrørende peniscancer i de relevante litteraturdatabaser bliver gennemgået og nye studier af relevans og god kvalitet danner grundlag for udarbejdelsen af anbefalinger.

De reviderede retningslinjer bliver udarbejdet ved hjælp af den herved opdaterede vidensbase sammen med flere nationale og internationale retningslinjer for peniscancer (National Comprehensive Cancer Network, Den Franske Forening for Urologi og European Society for Medical Oncology).

Anbefalingerne i EAU -retningslinjerne udformes ved hjælp af GRADE-metoden. Den overordnede kvalitet af tilgængelig evidens vurderes med et klassifikationssystem modificeret fra Oxford Center for Evidence-Based Medicine, Niveauer af Evidens, der medinddrager størrelsen af effekten (individuelle eller kombinerede effekter), resultaternes sikkerhed (præcision, konsistens, heterogenitet og andre statistiske eller studierelaterede faktorer), balancen mellem ønskelige og uønskede resultater, patienters værdier, indstilling til og præferencer i forhold til interventionen samt sikkerheden af disse.

Disse nøgleelementer er det grundlag, som et udvalgt ekspertpanel af aktive klinisk arbejdende urinvejskirurger, onkologer og patologer bruger til at definere styrken for hver anbefaling.

Styrken af hver anbefaling bestemmes af balancen mellem ønskelige og uønskede konsekvenser af alternative strategier, evidensens kvalitet (herunder skønnes sikkerhed) og natur og variabilitet af patientværdier og præferencer.

DaPeCa har gennem årene (og gør fortsat) lænet sig op af dette store og grundige arbejde og har suppleret ovenstående med ad hoc søgninger på emner af særlig interesse enten ud fra kendskab til området eller ved hjælp af reference på fremsøgte studier. Søgningen foregår i Embase eller Pubmed og inkluderer ofte søgetermen "Penile Cancer" i en AND søgestreng med relevante nøgleord f.eks "Organ Sparing Surgery" ,

”Recurrence Rate”, ”Population Based” eller lignende. I tilfælde af manglende evidens (f.x. henvisningsveje og logistikspørgsmål) har gruppen diskuteret lokale praksisser og muligheder og formuleret anbefalinger der kan dække området så alle betydende forhold tilgodeses og uhensigtsmæssige forløb så vidt muligt undgås.

Ekspertkonsensus er opnået gennem diskussion på internatmøder med tilstedeværelse af DaPeCa-gruppens medlemmer.

### Formulering af anbefalinger

Til grund for styrken i anbefalingerne i nærværende retningslinjer ligger først og fremmest den afvejning at der med baggrund i sygdommens sjældenhed ikke findes større veldesignede randomiserede studier. Alle kliniske beslutning har derfor sin vidensfundering i mindre retrospektive kirurgiske serier eller enkelte meget små randomiserede onkologiske opgørelser. Arbejdet med evidensvurdering og styrken i anbefalinger får yderligere fokus i 2019 og 2020, når retningslinjerne videreudvikles og revideres.

DaPeCa DMCGen har formuleret anbefalingerne i nærværende retningslinje, således at den/ de ansvarlige for specialiseret diagnostik/ behandling (patologi, kirurgi, onkologi) har haft hovedansvar for eget fagområde og de øvrige gruppe-medlemmer har læst og diskuteret med løbende på gruppemøder, via e-mail-korrespondance og på internatmøder.

Indenfor kirurgisk peniscancerbehandling går trenden mod at afvejning af positiv effekt overfor skadevirkning balancerets i stadig stigende grad sådan, at man ønsker mindst mulig skadevirkning under iagttagelse af en lidt større risiko for sygdomstilbagefald. Denne vægtning drøftes med hver patient for sig og der er taget højde for dette i retningslinjernes anbefalinger.

### Interessentinvolvering

Der har ikke været patienter eller pårørende involveret i udarbejdelsen af nærværende retningslinjer.

### Høring og godkendelse

Efter udarbejdelse har retningslinjen været rundsendt til gennemlæsning og kommentering i DaPeCa DMCG, hvor også medlemmer som ikke har deltaget aktivt i årets retningslinjeopdatering har haft mulighed for at kommentere

Efter tilpasning i gruppen og første vurdering i retningslinjesekretariatet holdt gruppens formand et møde med retningslinjesekretariatet, hvor det blev besluttet at gøre retningslinjen mere let og tilgængelig for ikke-eksperter ved at dele den meget store oprindelige retningslinje op i tre mindre retningslinjer, stramme op på AGREEII konceptet, og placere tekstblokke med præg af detaljeret gennemgang af figurer og tekstblokke med mere lærebogsagtigt præg uden direkte relevans for anbefalingerne i appendix bagest i retningslinjen. Herefter blev de tre resulterende retningslinjer sendt til kommentering og gennemlæsning i gruppen mens de blev vurderet i retningslinjesekretariatet.

Retningslinjen er endeligt godkendt af DaPeCa formand Jakob Kristian Jakobsen på vegne af DaPeCa.

### Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Ingen af de anførte anbefalinger vurderes at udløse en betydelig merudgift. De aktuelle anbefalinger kan udføres med allerede forhåndenværende apparatur, tests og undersøgelser. Ressourceforbruget til behandling af peniscancer ændres ikke af aktuelle retningslinjeopdatering.

### Behov for yderligere forskning

Peniscancer er en sjælden sygdom og kun sparsomt belyst med få studier og oftest med retrospektive studiedesigns. Der er behov for flere prospektive projekter og evt. større internationale studier med mulighed for randomisering. Der er behov for en nærmere forståelse af patogenesen ved tumorudvikling, herunder HPVs rolle i carcinogenesen. Der er behov for at studere intratumorøs heterogenitet med fokus på metastaseringspotentiale og primærtumor-relaterede prediktorer for metastasering.

### Forfattere

- Jakob Kristian Jakobsen, urinvejskirurgi, afdelingslæge, Urinvejskirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital  
ingen interessekonflikter (formand)
- Mikael Aagaard, urinvejskirurgi, afdelingslæge, Urologisk Klinik, Rigshospitalet  
ingen interessekonflikter
- Anne Birgitte Als, onkologi, afdelingslæge, Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital  
ingen interessekonflikter
- Birgitte Grønkær Toft, patologi, overlæge, Patologiafdelingen, Rigshospitalet  
ingen interessekonflikter
- Christina Stilling, patologi, afdelingslæge, Patologi, Aarhus Universitetshospital  
ingen interessekonflikter
- Peter Meidahl Petersen, onkologi, overlæge, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet  
ingen interessekonflikter
- Peter Sommer, urinvejskirurgi, overlæge, Urologisk klinik, Rigshospitalet  
ingen interessekonflikter
- Henrik Nerstrøm, urinvejskirurgi, overlæge, Urologisk Klinik, Rigshospitalet  
ingen interessekonflikter
- Kirsten Bouchelouche, nuklearmedicin og PET, overlæge, Aarhus Universitetshospital  
Ingen interessekonflikter
- Kasper Ørding Olsen, urinvejskirurgi, overlæge, Urinvejskirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital  
ingen interessekonflikter

## 6. Monitoreringsplan

### Standarder og indikatorer

I DaPeCa-data regi foregår løbende monitorering af forskellige kvalitetsindikatorer for klinisk håndtering af peniscancer, se <https://www.rkkp.dk/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/penis-cancer/>.

Der henvises til de løbende årsrapporter for resultater og kommentering, se [https://www.sundhed.dk/content/cms/86/15686\\_%C3%A5rsrapport-for-peniscancer\\_2016\\_2017\\_til-offentligg%C3%B8relse.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/86/15686_%C3%A5rsrapport-for-peniscancer_2016_2017_til-offentligg%C3%B8relse.pdf)

Indikator 3 vedrører andelen af patienter med peniscancer med et inguinalt lymfeknudepræparat (enten fra sentinel node procedure eller fra lymfeknudeexairese), hvor der er kodet for kapselgennemvækst. Denne indikator er valgt ud fra lymfeknudekapselstatus' centrale betydning for klinisk beslutningstagning.

Plan for audit og feedback

I løbet af de næste par år observeres indikator 3 med henblik på fastsættelse af standard.

## 7. Bilag

Bilag 1– karakteristika ved PeIN

Præmaligne læsioner

Mikroskopiske træk ved penil intraepithelial neoplasi (PeIN) subtyper

### **Differentieret PeIN**

Fortykket epitel med hyperkeratose, parakeratose og hypergranulose  
Forlængede og anastomoserende rete tappe  
Diskret abnorm opmodning (forstørrede keratinocytter med rigeligt eosinofilt cytoplasma)  
Hornløgformationer  
Prominente intercellularbroer (spongiose)  
Dysplatiske basalceller med hyperkromatiske kerner  
Evt. samtidig lichen sclerosus

### **Udifferentieret PeIN**

Basaloid type  
Epitelet er i hele tykkelsen erstattet af en monoton population af små til middelstore blå celler med høj kerne/cytoplasmration  
Parakeratose med en flad overflade  
Talrige mitoser og apoptoser  
Isolerede koilocytter kan ses i de superficielle lag  
Warty type  
Fortykket epitel med undulerende og "spiking" overflade og udtalt cellulær pleomorfi  
Atypisk parakeratose og dyskeratose  
Tydelig koilocytose (hyperkromatiske, rynkede kerner, perinukleær halo, flerkernede celler)  
Talrige mitoser  
Warty-basaloid type  
Varierende blanding af warty og basaloide celler.

## Bilag 2 – Histologiske undertyper af planocellulært karcinom

Det planocellulære karcinom inddeles i forskellige typer med forskellige histologiske karakteristika og er som de præmaligne læsioner opdelt efter association til high risk HPV.

De verruciforme karcinomer (papillært, warty og verrukøst karcinom) har bedre prognose end basaloide og sarkomatoide. Blandede mønstre er ofte til stede og i disse tilfælde skal alle erkendte subtyper rapporteres.

### Planocellulære karcinomer – histologiske undertyper

#### **Ikke-HPV relateret planocellulært karcinom**

- Planocellulært karcinom NOS
- Pseudohyperplastisk planocellulært karcinom
- Pseudoglandulært planocellulært karcinom  
(Verrukøst karcinom)\*
- Carcinoma cuniculatum
- Papillært planocellulært karcinom
- Adenosquamøst karcinom
- Sarcomatoidt planocellulært karcinom
- Blandet planocellulært karcinom

\*Verrukøst karcinom i ren form anvendes ikke i Danmark da det ikke opfattes som karcinom jf. UICC TNM8. Oftest vil ses mikroinvasion (reel infiltrativ vækst) og tumor betegnes som blandet verrukøst og planocellulært karcinom. Såfremt der ikke påvises infiltrativ vækst anvendes i Danmark betegnelsen pseudokarcinomatøs epitelhyperplasi og patienten vil følges med tæt klinisk kontrol.

#### **HPV relateret planocellulært karcinom**

- Basaloidt planocellulært karcinom
- Papillært-basaloidt karcinom
- Warty (kondylomatøst) karcinom
- Warty-basaloidt karcinom
- Clearcelle planocellulært karcinom
- Lymfoepithelialt karcinom

## Bilag 3

### Gradering af planocellulære karcinomer

Grad	Differentieringsgrad	Histologiske træk
G1	Høj	Vokser i store grupper med et irregulært "nesting" mønster og sparsomt mellemliggende reaktivt stroma, cellerne har sparsom pleomorfi og ligner normale pladeepithelceller, keratinløg
G2	Moderat	Vokser i irregulære, mindre "nests" af moderat pleomorfe tumorceller med mellemliggende stromareaktion, moderat

		keratindannelse
G3	Lav	Irregulær vækst og udtalt pleomorfe tumorceller, ingen eller sparsom keratindannelse

## Bilag 4

### Patologisk TNM klassifikation

#### pTNM-8 (2017) klassifikation af peniscancer

pTX	Primærtumor kan ikke vurderes
pT0	Ingen tegn på primærtumor
pTis	Carcinoma in situ
pTa	Non-invasivt verrukøst karcinom (anvendes ikke)
pT1	Tumor invaderer subepitheliale bindevæv
pT1a	Tumor invaderer subepitheliale bindevæv uden karinvasion og er ikke lavt differentieret eller udifferentieret
pT1b	Tumor invaderer subepitheliale bindevæv med karinvasion eller er lavt differentieret eller udifferentieret
pT2	Tumor invaderer corpus spongiosum med eller uden invasion i urethra
pT3	Tumor invaderer corpus cavernosum med eller uden invasion i urethra
pT4	Tumor invaderer andre tilstødende strukturer
pNX	Regionale lymfeknuder kan ikke vurderes
pNO	Ingen regionale lymfeknudemetastaser
pN1	Metastase i en eller to inguinale lymfeknuder
pN2	Metastase i mere end to unilaterale inguinale lymfeknuder eller bilaterale inguinale lymfeknuder
pN3	Metastase i pelvine lymfeknuder (unilateral eller bilateral), eller ekstranodal vækst af regionale lymfeknudemetastaser
pM1	Mikroskopisk verificeret fjermetastase

T-stadie ved peniscancer

