

КЪСНО ПОЯВИЛ СЕ СЕМИНОМ В ТЕСТИСА, 16 ГОДИНИ СЛЕД ПЪРВИЧНИЯ ТУМОР

Л. Велчев¹, М. Калниев² и Т. Тодоров³

¹Fellow, Master's Program in Hepatobiliary Pancreatic Surgery Henri Bismuth
Hepatobiliary Institute – France

²Катедра по анатомия и хистология, Медицински университет – София

³Катедра по патологична анатомия, Медицински университет – София

METACHRONOUS TESTICULAR SEMINOMA 16 YEARS AFTER THE PRIMARY TUMOR

L. Veltchev¹, M. Kalniev² and T. Todorov³

¹Fellow, Master's Program in Hepatobiliary Pancreatic Surgery Henri
Bismuth Hepatobiliary Institute – France

²Department of Anatomy and Histology, Medical University – Sofia

³Department of Pathological Anatomy, Medical University – Sofia

Резюме: Мъж на 28 години постъпва в областна болница с оплаквания, че чувства опън, болка и необикновена тежест в десния скротум. Болката и дискомфортът са започнали преди 2 седмици. Преди това не е имал каквито и да било оплаквания. Физикалното изследване, ултразвуковата диагностика и КАТ показаха наличието на 26 mm туморна маса, разположена централно в десния тестис, като не бяха открити метастази. Пациентът е лекуван, като е извършена десностранна орхиектомия, последвана от лъчетерапия с 25 Gy. След 16 години и 3 месеца същите симптоми се появяват отляво и чрез ултразвуково изследване са открити 2 туморни маси: 15 и 21 mm в левия тестис. Освен ултразвуковото изследване са извършени и допълнителни изследвания на туморни маркери, както и КАТ, и накрая е взета биопсия. Окончателната диагноза е късно появил се тестикуларен семином в стадий T1N1M0 по TNM класификацията.

Ключови думи: семином, двустранен, зародишноклетъчен тумор

Адрес за кореспонденция: Д-р Людмил Маринов Велчев, Henri Bismuth Hepatobiliary Institute, 12-14, avenue Paul Vaillant-Couturier, 94804 Villejuif Cedex, France, mobile: +359 876 259 685, e-mail: drlmarinov@yahoo.com

Summary: A 28-year-old male presented at a regional hospital with a pulling sensation and feeling of unusual heaviness in the right scrotum. Pain and discomfort appeared two weeks ago. The patient had no previous medical history. Physical examination, US and CT confirmed 26 mm mass, localized centrally in the right testis without metastatic process and patient was treated with right inguinal orchiectomy, followed by 25 Gy radiotherapy. After 16 years and 3 months the same symptomatology started in the left side and US discovered two masses: 15 and 21 mm in the left testis. Investigation included tumor marker assessment, scrotal US, CT and biopsy. Diagnosis was metachronous testicular seminoma, stage T1N1M0. Biopsy, radical orchiectomy, androgen substitution and follow-up were performed.

Key words: seminoma, bilateral, germ-cell tumor

Address for correspondence: Ludmil Marinov Veltchev, MD PhD, Henri Bismuth Hepatobiliary Institute, 12-14, avenue Paul Vaillant-Couturier, 94804 Villejuif Cedex, France, mobile: +359 876 259 685, e-mail: drlmarinov@yahoo.com

СЛУЧАЙ ОТ ПРАКТИКАТА

Мъж на 28 години постъпва в областна болница с оплаквания, че чувства опън, болка и необикновена тежест в десния скротум. Болката и дискомфортът са започнали преди 2 седмици. Преди това той не е имал каквито и да било оплаквания.

Ултразвуковата диагностика показва наличието на туморна маса 28 x 20 mm в десния тестис и нормален ляв тестис. На КАТ се видя, че няма инфилтрация на семенната връв и няма метас-

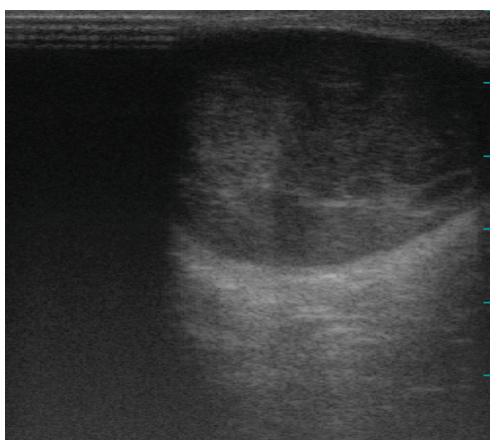
тази в ингвиналните и парааорталните лимфни възли. Кръвносерумните туморни маркери – човешкият хорионгонадотропин (HCG), α -fetoprotein (AFP) и лактатдеhidрогеназата (LDH), бяха в референтни граници.

След консултация с анестезиолог е извършена десностранна ингвинална висока орхиектомия. Хистологията е показала семином, без инфилтрация на tunica albuginea, като туморът е в стадий pT1N0M0 по класификацията на UIAC (Union International Against Cancer).

Един месец след операцията пациентът е представен на обсъждане в болницата от мултидисциплинарна група от онколози и е решено да се проведе лъчетерапия с доза от 25 Gy на парааорталните лимфни възли. Със съгласието на болния и според протокола на всеки 4 месеца през първите две години след операцията са правени Rо-графия на белите дробове, физикално изследване и проследяване на туморните маркери.

През май 2009 г., т.е. 16 години и 3 месеца след първата орхиектомия, пациентът идва на преглед в лекарски кабинет с уголемен и твърд на консистенция ляв тестис, с чувство на тежест в него.

Ултразвуковото изследване на левия тестис показва две хипоехогенни туморни маси с разме-



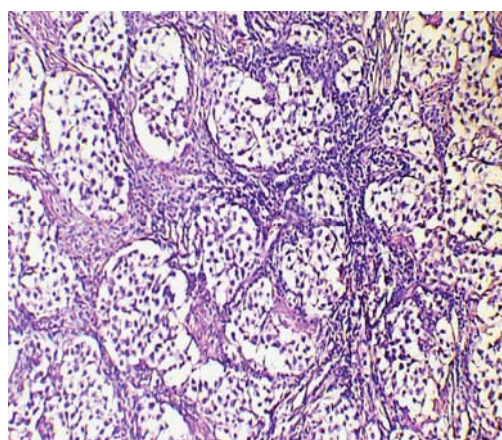
Фиг. 1. Ултразвуков образ на ляв тестис

Туморите бяха 12 mm и 20 mm в най-голямото си измерение и бяха в границите на тестиса. Един лимфен възел беше намерен в семенната връв 2 cm по-нагоре, но беше негативен за туморна инвазия. Както и преди 16 години, туморът беше в pT1N0M0 стадий. След отстраняването и на левия тестис, още на първия следоперативен ден беше започната заместваща тестостерона терапия. Тя беше под формата на хидроалкохолел гел, съдържащ 1% тестостерон (10 mg/g).

Един месец след операцията пациентът беше в добро физическо състояние, поддържаше нормално либидо. Общото изтощение бе отминало и имаше подобрене по отношение на топлиите вълни, от които се оплакваше веднага след операцията. Нивото на серумния тестостерон бе повишено до 11.9 nmol/l, а нивото на лутеинизиращия хормон (LH) бе паднало до 12 IU/l.

ри 19 x 12 mm и 13 x 7 mm (фиг. 1). Пациентът беше преведен в специализирана урологична клиника, където бяха повторени физикалните и образните изследвания. Бе установено, че няма метастази, а серумните нива на тестостерона, човешкия хорионгонадотропин (β -HCG), лактатдеhidрогеназата (LDH) и α -фетопротеина (AFP) бяха в нормални граници. Направена бе и КАТ на гръдния кош и корема, при която не бяха открити метастази.

Като начало бе извършена лява ингвинална експлорация, при която бе взета биопсия. Хистологичният материал показва, че става въпрос за семином, съставен от зародишни клетки (фиг. 2).



Фиг. 2. Хистологичен материал от биопсията на атрофичния ляв тестис на същия пациент, който преди това е претърпял десностранна орхиектомия поради семином в I стадий. Оцв. – ХЕ; X – 300

ОБСЪЖДАНЕ

Диагноза

Заболяемостта от рак на тестисите показва постоянно повишение през последните 40 години [8]. В северноевропейските популации заболяемостта варира между 4 и 10 заболели на 100 000. Пикът на заболяемостта е във възрастта от 15 до 35 години. Процентът на преживяемост до 5-ата година се повиши значително през последните 30 години, от 63 до над 90% [3]. Вторичният тестикуларен рак, обхващащ контралатералния тестис, се наблюдава при 2-5% от мъжете и се появява в период от 4 до 15 години след първичния тестикуларен рак. Обикновено заболяването обхваща другия тестис към 6-ата година след откриването на първичния тумор [1, 2]. При 17% от случаите и двата тестиса се обхващат от туморния процес, докато при останалите 83% това става през различен период от време. Около 40-45% от всички

тумори са чисти семиноми. Останалите тумори са смесени. Семиномите са едни от туморите с най-голямо значение от всички вторични тумори, които се появяват след 5 или повече години, и рискът от тяхното появяване нараства с времето. Рискът е значително по-висок при пациенти, лекувани първоначално само с лъчетерапия без съпътстваща химиотерапия. Заболяемостта от вторичен тумор е по-честа при хора с атрофичен тестис и намалява с течение на възрастта. Приблизително 2% от мъжете с предшестваща анамнеза за крипторхизъм развиват вторичен тумор от зародишни клетки [5].

Диференциална диагноза

Под късно появил се тумор на тестиса се разбира тумор, който се е появил най-малко 6 месеца след първичния, като ултразвуковото изследване, КАТ и физикалното изследване са били отрицателни относно наличието на неоплазма в другия тестис. Средната възраст на пациентите с късно появили се тумори на тестиса е 28 години при диагностицирането на първия тумор и 35 години при откриването на вторичния [4, 7]. Проучванията показват, че 67% от късно появилите се тумори се диагностицират 5 години след първия тумор [9]. Трите маркера за туморите на тестиса са, както следва: α -фетопротеинът (AFP), човешкият хорионгонадотропин (β -HCG) и лактатдеhidрогеназата (LDH). Те са в референтните граници при диагностицирането на първичния и вторичния тумор в случаите, когато туморът е семином, а не друг зародишноклетъчен тумор. Серумният AFP не показва повишение при семиномите, докато повишени нива на HCG се откриват само при 6-10% от чистите семиноми. Повишени нива на LDH се наблюдават при 8% от пациентите в I стадий семином в сравнение с приблизително 80% от случаите с напреднал семином. Пациентите със семином, които са били лекувани с химиотерапия след извършената орхиектомия, показват тенденция към понижаване на нивата на тестостерона и повишение на нивата на FSH и LH. Тези пациенти биват подложени на скринингово проучване за хипогонадизъм чрез измерване нивата на серумния тестостерон, LH и FSH през 6-12 месечен интервал. Навременното установяване на нуждата от заместваща тестостерона терапия е важно, за да се възстановят и поддържат сексуалната функция, либидото, доброто физическо състояние и да се предотвратят депресията, остеопорозата и вероятно сърдечни заболявания.

Лечение и хигиенно-диетичен режим

Радикалната орхиектомия е метод на избор при рак на тестиса. При нея се премахва първичният тумор и се осигурява хистологичната диагноза. Тестисът и семенната връв се достигат чрез ингвинална инцизия. Постоперативно общоприетата терапевтична схема включва ретроперитонеална лъчетерапия, ако семиномът е в стадий T1N0M0S0. След това схемата включва: извършване на физикално изследване, Рѳграфия и проследяване на туморните маркери на всеки 4 месеца през първите две години, на 6 месеца от 3-тата до 5-ата година и веднъж годишно след това. Ултразвукът може сам по себе си да покаже наличието на лезии в тестиса. Хипоехогенните лезии в тестиса често са белег за злокачественост [6]. Някои от тези тумори не могат да се палпират. Рядко тестикуларните тумори могат да растат толкова бързо, че кръвоснабдяването им да изостане от този бърз растеж. В този случай първичният тумор умира и оставя изразен белег. Този белег се нарича Азопардов белег (Azzopardi scar). Тези лезии могат да се идентифицират посредством ултразвук. А α -FP, β -HCG и LDH се измерват серийно след орхиектомията. Ако техните нива преди операцията са били високи и паднат бързо след нея, се приема, че туморът е бил отстранен чрез орхиектомията. След двустранна орхиектомия имплантирането на тестикуларна протеза и заместващата андрогенна терапия могат да помогнат за сексуалната, психичната и социалната рехабилитация на пациента.

Текущата тестостеронова терапия с гел, който е нанесен на пластир, като цяло се понася добре, въпреки че има малък процент от пациентите, при които се наблюдава сърбеж по кожата на мястото, където е сложен пластирът.

ИЗВОДИ

Вторичният тумор на тестиса се открива от лекаря обикновено чрез образно изследване през първите 2-3 години след първата операция, най-често след като пациентът се е оплакал от дискомфорт и необикновено чувство на тежест в тестиса.

Статистически ракът на контралатералния тестис се появява между 5-ата и 6-ата година, но настоящите изследвания показват, че този интервал може да бъде и между 15 и 20 години след първата операция (при описания случай 16 години и 3 месеца).

Ранното откриване на новия тумор в контра-латералния тестис е важно, за да се предприеме радикално лечение и да се осигури по-дълга преживяемост.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Fordham, M. V. et al. Management of the contralateral testis in patients with testicular germ cell cancer. – Br. J. Urol., **65**, 1990, 290-293.
2. Fossa, S. D. et al. Risk of contralateral testicular cancer: a population-based study of 29,515 US men. – J. Natl. Cancer Inst., **97**, 2005, 1056-1066.
3. Garner, M. J. et al. Epidemiology of testicular cancer: an overview. – Int. J. Cancer, **116**, 2005, 331-339.
4. Géczi, L. et al. The incidence, prognosis, clinical and histological characteristics, treatment, and outcome of patients with bilateral germ cell testicular cancer in Hungary. – J. Cancer Res. Clin. Oncol., **129**, 2003, 309-315.
5. Harland, S. J. et al. Intratubular germ cell neoplasia of the contralateral testis in testicular cancer: defining a high risk group. – J. Urol., **160**, 1998, 1353-1357.
6. Hindley, R. G. et al. Impalpable testis cancer. – BJU Int., **92**, 2003, 572-574.
7. Holzbeierlein, J. M. et al. Histology and clinical outcomes in patients with bilateral testicular germ cell tumors: the Memorial Sloan Kettering Cancer Center experience 1950 to 2001. – J. Urol., **169**, 2003, 2122-2125.
8. Huyghe, E., T. Matsuda et P. Thonneau. Increasing incidence of testicular cancer worldwide: a review. – J. Urol., **170**, 2003, 5-11.
9. Patel, R. S. et al. Synchronous and metachronous bilateral testicular tumors. Mayo Clinic experience. – Cancer, **65**, 1990, 1-4.

Постъпила – 22 септември 2009 г.

ОФЕРТИ ЗА РЕКЛАМНО УЧАСТИЕ В ИЗДАНИЯТА НА ЦМБ:

1. Отпечатване на многоцветна рекламна страница:

- на корица – 600 лв.;
- в книжното тяло – 480 лв.

2. Отпечатване на черно-бяла реклама и/или текст за 1 страница – 120 лв.

3. Разпространение на готова вложка със списание – 0.50 лв./брой.

4. Отпечатване на черно-бяло рекламno каре 10/17 cm – 60 лв.

При отпечатване на повече от една реклама се правят отстъпки по договаряне.

По желание на рекламодателя многоцветните реклами могат да бъдат придружени от безплатно отпечатване на 1 страница текст след съгласуване на съдържанието му с редколегията.

Всеки рекламодател получава книжки от списанието.