

# Θεραπευτική προσέγγιση στον καρκίνο του όρχεως σταδίου II: Συγκριτική αξιολόγηση Χημειοθεραπείας, RPLND και Ενεργού επιτήρησης

*A. Μ. Κονόμη<sup>1</sup>, Γ. Καλλίνικας<sup>1</sup>, Α. Ζαρκάδας<sup>1</sup>, Δ. Μπόζιος<sup>1</sup>, Α. Καρμόγιαννης<sup>1</sup>,Β. Κωνσταντινόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Χαρώνης<sup>1</sup>, Δ. Κοζυράκης<sup>1</sup> Δ. Μυτιλινιού<sup>1</sup>, Κ.Σαφιολέας<sup>1</sup>, Α.Φίλιος<sup>1</sup>, Ε.Ροδινός<sup>1</sup>, Π. Φίλιος<sup>1</sup>.  
1. Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο, Ουρολογική Κλινική*

**Σκοπός** Η παρούσα εργασία εστιάζει στην ανασκόπηση των σύγχρονων **θεραπευτικών στρατηγικών** για ασθενείς με **καρκίνο του όρχεως σταδίου II**

| STAGE | Any pT/Tx | N2 | M0 | S0 |
|-------|-----------|----|----|----|
| IIB   | Any pT/Tx | N2 | M0 | S1 |

S0= τιμές εντός φυσιολογικού εύρους  
S1= LDH (U/l) < 1.5 x N και hCG (mIU/mL) < 5,000 και AFP (ng/mL) < 1,000

●  Ca όρχεως Σταδίου IIB ορίζεται από την εντόπιση της νόσου σε έναν ή περισσότερους περιοχικούς λεμφαδένες με τον μεγαλύτερο μεγέθους 2-5εκ. ή σε πάνω από 5 λεμφαδένες όλοι κάτω των 5 εκ.

**Εισαγωγή**  
Η διαχείριση ενός περιστατικού που ανήκει στην κατηγορία αυτή αποτελεί ένα ιατρικό δίλημμα στον τομέα της ουρολογικής ογκολογίας. Ιστορικά η ΑΚΘ υπήρξε η αρχική θεραπεία για σταδίου IIA/B σεμινώματα, ιδίως για του σταδίου IIB με ποσοστά έως 90% πενταετούς επιβίωσης ελεύθερης νόσου χωρίς υποτροπές. Η θεραπεία εκλογής του σεμινώματος σταδίου IIB παραμένει η ΧΜΘ με σχήματα όπως BEP x3 (EP x4 σε αντένδειξη της μπλεομυκίνης). Κλείνοντας για τα σεμινώματα η RPLND παίρνει θέση ως μονοθεραπεία η σε συνδυασμό με adjuvant ΧΜΘ, η οποία στις υποτροπές μάλιστα θα επιφέρει τη λύση σε σχεδόν όλες τις περιπτώσεις. Η ενεργής επιτήρηση εμφανίζεται αρχικά σε μη σεμινωματώδεις καρκίνους όρχεως σταδίου IIB με τα εξής κριτήρια S0 και λεμφαδένες <2εκ., με επανεξέταση στις 6 εβδομάδες. Αρχική αντιμετώπιση με RPLND με ποσοστά 0-4% υποτροπών με επικουρική ΧΜΘ και έως 12-40% χωρίς. Εδώ να σημειωθεί πως ο αλγόριθμος της θεραπευτικής προσέγγισης του τύπου αυτού καρκίνου όρχεως σταδίου IIB βασίζεται σημαντικά στις τιμές των καρκινικών δεικτών.

## Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας κυρίως της τελευταίας δεκαετίας μέσω των βάσεων δεδομένων PubMed και EUA guidelines, όπου συμπεριλαμβάνονται μελέτες που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των τριών θεραπευτικών μεθόδων (χημειοθεραπεία, RPLND και επιτήρηση) σε ασθενείς με καρκίνο όρχεως σταδίου II σεμινωματώδεις και μη-σεμινωματώδεις όγκους ιστολογικά επιβεβαιωμένους.

### Βιβλιογραφία

- Post-chemotherapy nerve-sparing laparoscopic retroperitoneal lymph node dissection in stage IIB testicular cancer. Kimura Y, Nakamura T, Kawachi A, Kawabata G, Hongo F, Miki T.
- Chemotherapy as an alternative to radiotherapy in the treatment of stage IIA and IIB testicular seminoma: a Spanish Germ Cell Cancer Group Study. Garcia-del-Muro X, Maroto P, Gumà J, Sastre J, López Brea M, Arranz JA, Lainez N, Soto de Prado D, Aparicio J, Piulats JM, Pérez X, Germà-Lluch JR.
- Comparative Effectiveness of Surveillance, Primary Chemotherapy, Radiotherapy and Retroperitoneal Lymph Node Dissection for the Management of Early Stage Testicular Germ Cell Tumors: A Systematic Review.Pierorazio PM, Cheaib JG, Patel HD, Gupta M, Sharma R, Zhang A, Tema G, Bass EB.
- Retroperitoneal lymph-node dissection (RPLND) as upfront management in stage II germ-cell tumours: Evaluation of safety and efficacy. Nicolai N, Nazzani S, Tesone A, Macchi A, Piva L, Salvioni R, Stagni S, Torelli T, Agostini E, Celso F, Giannatempo P, Procopio G, Avuzzi B, Lanocita R, Cattaneo L, Catanzaro M, Biasoni D.

## Αποτελέσματα

| ΘΕΡΑΠΕΙΑ         | ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ                                                                                                                                       | ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ                                                                                                                                 | ΥΠΟΤΡΟΠΗ/ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ                                                                                                     |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Χημειοθεραπεία   | Στάνταρ Tx (σεμίνωμα IIB), Υψηλά ποσοστά ίασης, Σημαντικός ρόλος ως επικουρική                                                                      | Οξεία τοξικότητα, Μακροπρόθεσμος κίνδυνος νευροπάθειας, υπογοναδισμό/στειρότητα κ.ά, β’παθείς νεοπλασίες                                      | Σεμίνωμα: 8-14% relapse rates, 99% OS<br>Μη σεμινωματώδεις: relapse rates 20,5%                                                 |
| RPLND ± ΧΜΘ      | Στάνταρ Tx (μη σεμίνωματώδες σταδίου IIB), Επιλογή και ως μονοθεραπεία, Διαγνωστικό και Θεραπευτικό ρόλο, Αποφυγή ΧΜΘ */ΑΚΘ ως αρχική αντιμετώπιση, | Χειρουργικές επιπλοκές, Πάντα να εφαρμόζεται στα πλαίσια εξειδικευμένων κέντρων με έμπειρους ιατρούς, Παλίνδρομη εκσπερμάτιση                 | Χωρίς adjuvant ΧΜΘ υποτροπή 12-40% (με* 0-4%), Μη σεμινωματώδες σταδίου IIB 100%(96,9-100%) median cancer SS                    |
| Ενεργή επιτήρηση | Δεν σχετίζεται με συμμόρφωση, Χαμηλά έως μηδενικά ποσοστά τοξικότητας, Αποφυγή άμεσης Tx                                                            | Συχνή παρακολούθηση, Άγχος/Φόβος στα πλαίσια μη «ενεργούς» αντιμετώπισης, Υψηλότερα ποσοστά υποτροπών (15% σεμίνωμα, 20,5% μη σεμινωματώδεις) | Σεμίνωμα: 99,7% (97-100%) MCSS<br>Μη σεμινωματώδης: 100%(98,6-100%)MCSS*<br>Υψηλότερα ποσοστά υποτροπής συγκρητικά με ΧΜΘ/RPLND |

Συστηματικές ανασκοπήσεις δείχνουν survival 98–100 % ανεξαρτήτως στρατηγικής \*MCSS=median cancer specific survival

## Συμπέρασμα

Η διαχείριση του καρκίνου του όρχεως σταδίου II αποτελεί πρόκληση η αρχή της οποίας παραμένει η εξατομικευμένη θεραπεία βασιζόμενη στο ιστολογικό υπόβαθρο, την έκταση της νόσου, τα κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενούς και τις θεραπευτικές του επιθυμίες. Η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ ουρολόγων, ογκολόγων, ακτινολόγων και παθολογοανατόμων είναι καθοριστική για τη λήψη ορθής απόφασης με τελικό finish line την ποιότητα ζωής του ασθενούς.