ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗ CA ΣΤΟΝ ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟ ΟΡΧΙ ΜΕΤΑ ΑΠΌ ΟΡΧΕΚΤΟΜΗ

401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών Ουρολογική Κλινική

Ιωαννίδης Κ., Τσουκαλάς Ν., Πατούλης Φ., Σφέτσας Κ., Μπράττης Ν., Τσαβδάρης Δ., Πέτσας Κ., Κατσακιώρης Χ., Δεβεράκης Τ., Νικολόπουλος Π.

ΠΑΤΟΥΛΗΣ ΦΙΛΙΠΠΟΣ, MD
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, 401 ΓΣΝΑ
philip95pat@gmail.com

28ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

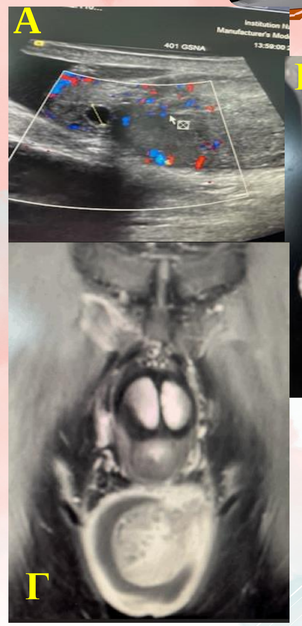
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Δεν είναι ασυνήθιστο για άνδρες με ετερόπλευρο καρκίνο των όρχεων (ΤC) να αναπτύσσουν de novo καρκίνο στον ετερόπλευρο όρχι. Η νεοπλασία γεννητικών κυττάρων in situ ή ενδοσωληναριακή νεοπλασία γεννητικών κυττάρων (GCNIS), μια πρόδρομη κατάσταση που μπορεί τελικά να εξελιχθεί σε όγκο γεννητικών κυττάρων (GCT), μπορεί να υπάρχει σε έως και 5-8,7% των ετερόπλευρων όρχεων σε ασθενείς με ΤC (1,2). Μελέτες έχουν δείξει ότι το GCNIS εξελίσσεται σε κακοήθεια των όρχεων στο 50% των ασθενών εντός 5 ετών και στο 70% εντός 7 ετών (1).

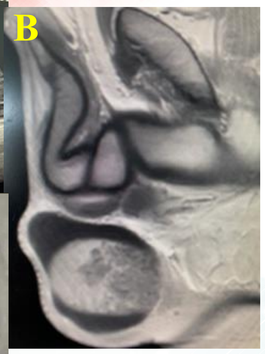
Η ανάγκη για βιοψίες προσυμπτωματικού ελέγχου του ετερόπλευρου όρχεος σε ασθενείς που παρουσιάζουν μονόπλευρη ΤC αποτελεί αντικείμενο συζήτησης εδώ και δεκαετίες. Η χαμηλή συχνότητα εμφάνισης GCNIS και ετερόπλευρων de novo όγκων των όρχεων, η νοσηρότητα της θεραπείας με GCNIS και το γεγονός ότι οι περισσότεροι είναι χαμηλού σταδίου κατά την διάγνωση, καθιστούν αμφιλεγόμενη τη σύσταση συστηματικής ετερόπλευρης βιοψίας σε όλους τους ασθενείς. Υπάρχουν στοιχεία στη βιβλιογραφία σχετικά με συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου που θα βοηθούσαν στην υιοθέτηση ενός πιο στοχευμένου προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για υψηλού κινδύνου ασθενείς. Αυτοί είναι:

- Η νεαρή ηλικία κατά την πρώτη διάγνωση ΤC. Οι Harland et al. διαπίστωσαν ότι ο επιπολασμός του ετερόπλευρου GCNIS ήταν 22% στην ηλικιακή ομάδα <31 ετών και μόνο 5% σε αυτούς των 31 ετών και άνω. Οι συγγραφείς συμπέραναν επίσης ότι οι ασθενείς 31-40 ετών είχαν κίνδυνο ετερόπλευρου GCNIS περίπου το ¼ από αυτών των <30 ετών, ενώ οι ασθενείς >40 ετών είχαν το ένα δέκατο του κινδύνου.
- το ιστορικό κρυψορχίας,
- η ατροφία των όρχεων και η χαμηλή συγκέντρωση σπέρματος έχουν βρεθεί ότι συνδέονται σημαντικά. Οι Dieckmann et al. ανέφεραν την ατροφία των όρχεων μόνο ως ανεξάρτητο και ισχυρό παράγοντα κινδύνου. Η συγκέντρωση σπέρματος έχει επίσης αναγνωριστεί ως παράγοντας κινδύνου για τη νόσο, με τη μέση συγκέντρωση σπέρματος και τον συνολικό αριθμό σπερματοζωαρίων να είναι χαμηλότερα σε ασθενείς με ετερόπλευρο GCNIS.(1)

Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαικής Ουρολογικής Εταιρείας (EOE), γίνεται ισχυρή σύσταση ο ουρολόγος να συζητά σε ασθενείς που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για ετερόπλευρη νεοπλασία γεννητικών κυττάρων «in situ», τη βιοψία του ετερόπλευρου όρχεως σε ασθενείς με ΤC.

Discuss biopsy of the contralateral testis to patients with TC and who are at high-risk for contralateral germ cell neoplasia "*in situ*".	Strong
Perform contrast enhanced computerised tomography (CECT) scan (chest, abdomen, and pelvis) in patients with a diagnosis of TC. In case of iodine allergy or other limiting factors perform abdominal and pelvic magnetic resonance imaging (MRI).	Strong
Perform MRI of the brain (or brain CECT if not available) in patients with multiple lung metastases, or high beta subunit of human Chorionic Gonadotropin (β-hCG) values, or those in the poor-prognosis International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCCG) risk group.	Strong
Do not use positron emission tomography–computed tomography or bone scan for staging.	Strong





A: Triplex οσχέου
Β/Γ: MRI οσχέου

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: Ασθενής άρρεν 38 ετών με ιστορικό ΤC ΔΕ και ορχεκτομής ΔΕ χωρίς πρόθεμα προ πενταετίας (μη σεμινωματώδη όγκο από βλαστικά κύτταρα όρχεος με ιστολογικά ευρήματα εμβρυικού καρκινώματος (pT3) και εστίες GCNIS) και ιστορικό ΧΜΘ τεσσάρων κύκλων υπό Cisplatin/ Etoposide/ Bleomycin, προσήλθε απύρετος στην κλινική μας λόγω αναφερόμενης εμμένουσας ορχεοεπιδιδυμίτιδας προ εξαμήνου. Με το ιστορικό του προσκόμισε επίσης MRI οσχέου προ εξαμήνου και triplex οσχέου 24ωρου θετικά για ορχεοεπιδιδυμίτιδα ΑΡ όρχεος. Κλινικά η ΑΡ επιδιδυμίδα παρουσίαζε ανώδυνη διόγκωση ενώ ο όρχις ήταν οριακά ψηλαφητός. Τέθηκε σε αντιβιοτική ενδοφλέβια αγωγή και κατά τον εργαστηριακό του έλεγχο: CRP 3.2, LDH 296 (με όριο το 227), α-FP 25.9, βHCG 1.2 και αρνητική καλλιέργεια σπέρματος και ούρων. Σε triplex οσχέου ανευρέθη ύποπτη εξεργασία ΑΡ. Λόγω του ιστορικού του αποφασίστηκε να υπεβληθεί εκ νέου σε MRI οσχέου άμεσα κατά το οποίο επιβεβαιώθηκε ύποπτη εξερασία οσχέου για κακοήθεια. Σε αξονική εγκεφάλου-θώρακος-κοιλίας ανευρέθησαν πολλαπλές δευτεροπαθείς εντοπίσεις στους πνεύμονες άμφω και παρουσία διογκωμένου παραορτικού λεμφαδένος ΑΡ 14,9 χιλ. Μετά από την ενημέρωση του ασθενούς και την συγκατάθεσή του για ορχεκτομή ΑΡ και ενδοκρινολογική εκτίμηση λόγω της μετεγχειρητικής ανεπάρκειας σε τεστοστερόνη, υπεβλήθη σε ΑΡ ορχεκτομή με τοποθέτηση ορχικών προθεμάτων ΑΡ και ΔΕ. Η ιστολογική έκθεση ανέδειξε μη σεμινωματώδη όγκο από γεννητικά κύτταρα όρχεος με ιστολογικά ευρήματα εμβρυικού καρκινώματος (pT3) και εστίες GCNIS. ΜΤΧ τέθηκε σε στενή ογκολογική και ενδοκρινολογική παρακολούθηση και τέθηκε σε τέσσερεις κύκλους ΧΜΘ με Cisplatin/ Etoposide. Μετά την ΧΜΘ παρουσιάζεται χωρίς δευτεροπαθείς εντοπίσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1) Low ZY, Yan A, Arul D, Chitale S. Metachronous bilateral testicular cancer: Case reports and review of literature. Urologia. 2019 Nov;86(4):220-224. doi: 10.1177/0391560319853717. Epub 2019 Jun 3. PMID: 31159705.
2) Canadian Cancer Society. https://cancer.ca/en/.
3) European Association of Urology. https://uroweb.org/guidelines/testicular-cancer/chapter/diagnostic-evaluation