

Клинические рекомендации ESMO по диагностике, лечению и наблюдению при семиноме яичка

Заболеваемость

В среднем заболеваемость раком яичка в Европе составляет 6,3, а смертность – 0,38 случая на 100 тыс. мужчин в год. Около 40% герминогенных опухолей яичка составляют чистые семиномы, в 2% - 3% наблюдаются двусторонние опухоли.

Диагноз

- Диагноз устанавливается на основании гистологического исследования опухоли, удаленной при орхофуникулэктомии [IV,B].
- У больных с локализацией первичной опухоли в забрюшинном пространстве/ средостении выполняется ее биопсия [IV,B].

Стадирование и оценка прогноза

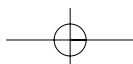
- Всем пациентам выполняется полный общий анализ крови, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, “печеночные” ферменты).
- У всех пациентов исследуются опухолевые маркеры (АФП, β-ХГ, ЛДГ) перед и после орхэктомии для оценки прогноза в соответствии с классификацией IGCCCG. При повышенном уровне АФП опухоль должна рассматриваться как смешанная и лечиться как несеминомная.
- В обязательном порядке выполняются рентгенография грудной клетки, компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза [III,B].
- Радиоизотопное скенирование костей скелета выполняется у больных с отдаленными метастазами или по клиническим показаниям [IV,B].
- Возможно выполнение биопсии здорового яичка, особенно при его атрофии (V <16 мл) [III,A].
- Стадирование осуществляется в соответствии с классификацией TNM, желательно с применением Royal Marsden Hospital Staging. Обязательно определение прогностической группы согласно классификации IGCCCG:

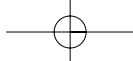
International Germ Cell Consensus Classification

Прогноз	Показатели
Хороший прогноз	При наличии всего нижеприведенного: – нормальное АФП, любое β-ХГ, любое ЛДГ и – любая локализация первичной опухоли и – Отсутствие нелегочных висцеральных метастазов
Промежуточный прогноз	Наличие нелегочных висцеральных метастазов

План лечения при I стадии

- Адьювантная лучевая терапия на парааортальные лимфоузлы (Th10-L5) и ворота ипсилатеральной почки [I,A]. Если ранее больному выполня-





лась паховая лимфаденэктомия, то при проведении лучевой терапии в зону облучения должна быть включена область подвздошных и паховых лимфоузлов на стороне поражения (“Dogleg” radiotherapy) [III,B].

- Два курса платиносодержащей химиотерапии является эффективной альтернативой [III,B].
- Другой безопасной альтернативой является динамическое наблюдение за больным (особенно при противопоказании к лучевой терапии), однако это удлинит последующее наблюдение за больным (минимум до 5 лет) с необходимостью выполнения КТ брюшинного пространства [III,B].
- Больных carcinoma in situ яичка можно лечить лучевой терапией на пораженное яичко [III,B].

Оценка эффекта при I стадии

- Опухолевые маркеры определяются после орхофуникулэктомии для определения возможной резидуальной опухоли.

Наблюдение за больными с I стадией после лечения

- Рентгенография органов грудной клетки и физикальный осмотр через один месяц, каждые 3 месяца в первые 2 года, каждые 6 месяцев до 5 лет.
- КТ брюшной полости и таза через 1,2 и 5 лет показана пациентам, которым проводилась лучевая терапия на парааортальные лимфоузлы [V,D].
- Опухолевые маркеры определяются при каждом визите.

План лечения при метастатическом процессе

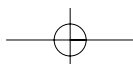
- При IIА - В стадии: “Dogleg” лучевая терапия до 30 Гр/ 15 фракций с 5 Гр непосредственно на узел [III,A]. Равноценным подходом может быть проведение химиотерапии, как при IIC стадии [III,B].
- При IIC - IV стадии: химиотерапия тремя курсами этопозид 100 мг/м² 1-5 дни, цисплатин 50 мг/м² в 1,2 дни или по 20 мг/м² 1-5 дни, ± блеомицин 30 МЕ 1, 8, 15 дни [I,A]. Блеомицин можно не использовать у пациентов >40 лет или с сопутствующими заболеваниями легких [IV,B].
- При рецидивах после “Dogleg” лучевой терапии: Рекомендуется проведение 3 курсов ВЕР или 4 курсов ЕР [V,D].

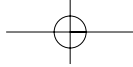
Оценка эффекта при метастатическом процессе

- Рентгенография органов грудной клетки, КТ и опухолевые маркеры через 1 месяц после лечения [IV,B].

Наблюдение после лечения по поводу метастатического процесса

- При нормальной КТ по окончании терапии: план наблюдения как при I стадии [IV,D].
- При наличии остаточной опухоли по данным КТ: контроль КТ каждые 6 месяцев до ее исчезновения.
- При больших остаточных или растущих образованиях необходимо рассмотреть вопрос об их биопсии или хирургическом удалении [III,B].
- Опухолевые маркеры необходимо определять при каждом визите.





Литература

1. International Germ Cell Collaborative Group. International Germ Cell Consensus Classification: A prognostic Factor-Based Staging System for Metastatic Germ Cell Cancers. J. of Clinical Oncology, Vol 15, No 2 (February), 1997; pp 594-603.
2. Fossa, S.D.; Horwich, A.; Russell, J.M.; et al. Optimal Planning Target Volume for Stage I Testicular Seminoma: A Medical Research Council Randomized Trial. J Clin Oncol 1999; 17: 1146.
3. Warde P, Gospodarowicz M, Panzarella T, Management of stage II seminoma. J Clin Oncol 1998; 16: 716-24.
4. Simpson AB, Paul J, Graham J, Kaye SB. Fatal bleomycin pulmonary toxicity in the west Scotland 1991-1995: A review of patients with germ cell tumours. Br J Cancer 1998; 78: 1061-6.

Координатор рекомендаций для группы
по подготовке рекомендаций ESMO:

Robert A. Huddart, Institute of Cancer Research, Belmont, Surrey, UK

*Утверждено группой
по подготовке рекомендаций ESMO:
апрель 2002 г.*

*Перевод с английского
А.А. Трякин*

