

睾丸精原细胞瘤的治疗^①

崔念基^② 周兰荪 胡伟汉

(中山医科大学附属肿瘤医院放疗科; 广州, 510060)

主题词 生殖器肿瘤, 男性 治疗; 肿瘤分期; 存活率

中图分类号 R 737.21

睾丸精原细胞瘤好发于性功能旺盛时期, 综合治疗疗效甚佳。本文就我院 1975 年 1 月~ 1990 年 12 月收治的 163 例作临床分析, 探讨各期综合治疗的原则。

1 材料与方 法

1975 年 1 月~ 1990 年 12 月经病理证实为睾丸精原细胞瘤 163 例, 在我院行首程综合治疗, 随诊至 1995 年 12 月 31 日, 失访 4 例, 随诊率 97.6% (159/163)。

1.1 一般情况

年龄最小 18 岁, 最大 68 岁, 中位年龄 39 岁, 30~49 岁年龄组占 67.5% (110/163)。原发灶位于阴囊内 11 例, 隐睾 4 例, 隐睾精原细胞瘤占 28.2%。

1.2 分 期

按《现代肿瘤学》睾丸肿瘤临床分期标准^[1], 隐睾精原细胞瘤按医科院肿瘤医院分期标准^[2]。I 期 96 例 (58.9%), II_a 期 2 例 (1.3%), II_b 期 34 例 (20.9%), III 期 5 例 (3.1%), IV 期 6 例 (3.7%)。

1.3 治疗方法

单纯手术 4 例, 术后化疗 22 例, 术后放疗 52 例, 术后放疗加化疗 85 例。阴囊内精原细胞瘤手术采用高位精索切除术 116 例, 阴囊内肿物切除 1 例; 隐睾精原细胞瘤行肿物切除术 43 例, 肿物活检术 3 例。化疗单药以 N-甲酰溶肉瘤素为主 (73/80), 4.5~7.0g 为 1 疗程; 联合化疗以 PV 方案 (顺氯铂铂、长春花碱、博莱霉素) 为主 (12/27)。单药单疗程 5 例, 多疗程 27 例; 联合化疗单疗程 8 例, 多疗程 19 例。放疗常规使用 ⁶⁰Co γ 线照射。I、II 期照射膈下区 (腹主动脉旁及同侧髂淋巴结), 膈上区预防照射只 2 例; III 期加照膈上

区; IV 期照射局部病灶。隐睾加设局部野照射瘤床 (超过肿瘤边缘 1~2cm)。剂量 TD 25 Gy 16 例, 30 Gy 3 例, 35 Gy 50 例, 40 Gy 3 例。

1.4 统计方法

采用 Stata 软件 (3.1 版本), 进行卡方检验和确切检验。生存率用直接法计算。

2 结 果

2.1 5 年生存率和死因

5 年总生存率 73.6% (120/163)。I 期 84.4% (81/96), II 期 64.3% (36/56), III、IV 期共 27.3% (3/11)。单纯手术组 5 年生存率 75.0% (3/4), 全为 I 期病人。术后化疗组 5 年生存率 45.5%, 其中 I 期 5/7, II_a 期 1/2, II_b 期 2/9, III 期 0/1, IV 期 2/3。术后放疗组 76.9%, 其中 I 期 28/33, II_a 期 7/10, II_b 期 5/7, III 期 0/2。术后放疗加化疗组 78.8%, 其中 I 期 45/52, II_a 期 10/10, II_b 期 11/18, III 期 1/2, IV 期 0/3。经统计学处理, I、II_a 期与 II_b、III、IV 期 2 组比较, 有显著差异 ($\chi^2 = 23.2518, P < 0.01$), 综合治疗含放疗 (包括术后放疗和术后放疗加化疗), 与不含放疗 (包括单纯手术和术后化疗) 2 组比较, 有显著差异 ($\chi^2 = 8.861, P < 0.01$)。术后综合放疗加化疗组中, 单疗程化疗 5 年生存率为 68.6% (35/51), 多程化疗为 94.1% (32/34), $P < 0.005$, 有显著差异。死亡 43 例, 死于区域淋巴结复发 1 例, 远处转移 2 例 (肝、肺、脑、骨、皮下共 2 个部位), 其它疾病 1 例, 失访 4 例。

2.2 不同治疗方法各期复发情况

单纯手术组 I 期区域淋巴结复发 50.0% (2/4), 术后化疗组区域淋巴结复发 II_a 期 1/2, II_b 期 7/9; 远

① 广东省卫生厅科研基金资助课题; ② 第一作者, 1944 年出生, 男, 副主任医师

处转移 I 期 1/7, III 期 1/1 术后放疗组区域淋巴结复发 I 期 1/33, II_a 期 1/10, II_b 期 1/7, III 期 1/2; 远处转移 I 期 5/33, II_a 期 1/10, II_b 期 1/7, III 期 1/2 术后放疗加化疗组区域淋巴结复发 I 期 3/52, II_a 期 1/10, II_b 期 2/18, 远处转移 I 期 2/52, II_a 期 1/10, II_b 期 5/18, III 期 1/2, IV 期 3/3 其中化疗为单疗程者, 区域淋巴结复发 11.8%, 远处转移 21.6%; 而化疗为多疗程者, 分别为 0% 和 2.9%。故治疗方法中, 单纯手术区域淋巴结复发最高 (50%), 其次为术后化疗 36.4%, 术后放疗和放疗加化疗 2 组最低, 分别为 7.7% 和 7.1%; 远处转移以术后放疗加化疗组中多疗程化疗发生率最低 (2.9%), 术后化疗组次之 (9.1%), 术后放疗组和术后放疗加化疗组中单疗程组最高 (分别为 15.4% 和 21.6%) 复发与期别关系, I 期、II_a 期区域淋巴结复发与远处转移都较低, 分别为 6.3%、8.3% 和 13.6%、9.1%; II_b 期、III 期、IV 期较高, 分别为 29.4%、17.6% 和 20.0%、60.0% 及 IV 期远处转移复发 50.0%。

2.3 未做膈上区预防照射膈上区转移情况

I、II 期 15 例中, 15 例无做膈上区预防照射, 5 年内纵膈淋巴结转移 1 例, 左锁骨上淋巴结转移 2 例, 转移率低于 3%。

2.4 复发再治疗效果

区域淋巴结复发中, 再治疗 4 例, 3 例放疗后存活 5 年, 1 例单疗程化疗未控死亡。远处转移再治疗 5 例, 肺转移 2 例 (例放疗未控死亡, 例化疗后存活 5 年; 骨转移 2 例, 放疗后未控死亡; 皮下转移 1 例, 手术切除后局部放疗再化疗, 未控死亡。

3 讨论

睾丸精原细胞瘤对放射高度敏感, 且对多种化疗药物敏感, 国内外文献报道都有极佳的疗效, 5 年生存率 I 期可达 90%~100%, II 期 75%~90%, III (IV) 期 32%~43%^[1,3] 本组 163 例, I、II、III (IV) 期分别为 84.4%、64.3%、27.3%, 与文献报道基本一致。本组资料的 5 年生存率与期别及治疗方法关系密切, 随分期增高而降低; 术后无综合治疗复发率甚高 (50%), 综合放疗和多程化疗可有效控制复发。由于

I、II_a 期复发率 (区域淋巴结和远处转移) 较低, II_b 期、III 期复发率较高, IV 期死于远处转移, 故我们认为, 睾丸精原细胞瘤治疗原则应以术后综合放疗控制区域淋巴结, 以多程化疗控制远处转移。I、II_a 术后只需综合放疗, II_b、III 术后应综合放疗和多程化疗, IV 期则术后以多程化疗为主, 辅以局部放疗。本组资料化疗采用 N 甲单药和 PV B 联合化疗都有效, 以多程为佳, 建议今后临床常规采用, 并开展 PVB 方案化疗前瞻性研究。本组各期病例各种剂量放疗, 疗效无大差别, 我们趋向国内外一致的意见^[1,5,6], I 期预防剂量为 25 Gy, II_a 期 25 Gy 后缩野追加 5~10 Gy, II_b、III 期追加 10~15 Gy。本组资料显示 I、II 期睾丸精原细胞瘤膈上淋巴结转移率在 3% 以下, 且转移后再次放疗均能得到控制, 因此不需常规膈上区预防照射。建议今后应常规作 AFR、HCG 检测和腹部 B 超或 CT, 纵膈区 CT 扫描, 病理采用多点切片或连续切片, 以提高分期和分型的准确性, 使更能按规范治疗, 以进一步提高各期睾丸精原细胞瘤的生存率。

参 考 文 献

- 1 汤钊猷主编. 现代肿瘤学. 上海: 上海医科大学出版社, 1993. 924-931
- 2 李晔雄, 钱图南, 余子豪, 等. 腹腔隐睾精原细胞瘤的临床特征、分期和治疗探讨. 中华放射肿瘤学杂志, 1994, 3(1): 2
- 3 谷铎之, 殷蔚伯, 刘泰福, 等. 肿瘤放射治疗学. 北京: 北京医科大学中国协和医院联合出版社, 1993. 638-642
- 4 White R L, Maier J G. Principles and practice of radiation oncology. London, Mexico, New York: J B Lippincott Company, 1987. 889-911
- 5 钱图南, 李晔雄, 余子豪, 等. I 期睾丸精原细胞瘤放射治疗结果和远期并发症. 中华放射肿瘤学杂志, 1995, 4(2): 91
- 6 李晔雄, 钱图南, 余子豪, 等. 睾丸精原细胞瘤 II 期的治疗与预后. 中华肿瘤杂志, 1995, 17(2): 42

(1996-05-16 收稿 1996-09-24 修回)