

WSTĘP

Chorzy na nasieniaka jądra z przerzutami w regionalnych węzłach chłonnych (II stopień zaawansowania) stanowią około 10 – 20%. Jest to grupa dość zróżnicowana, od pacjentów z niskim zaawansowaniem (IIA-IIB, stanowiących 70% spośród nich) do chorych z masywnym zajęciem węzłów chłonnych (IIC). Obie grupy różnią się rokowaniem i leczeniem, chociaż właściwe postępowanie nadal pozostaje kwestią sporną. Pacjenci w stopniu IIA/IIB, a w szczególności z niewielkimi zmianami w przestrzeni zaotrzewnowej (<3 cm) mają około 90% szans na całkowite wyleczenie po radioterapii. Alternatywą dla radioterapii jest chemioterapia. Jest to obecnie coraz bardziej preferowana metoda leczenia w stopniu IIB z węzłami > 3cm oraz standardowa w IIC. Należy jednak podkreślić, że te rekomendacje nie są oparte na prospektywnych badaniach randomizowanych, tylko na niewielkich liczbowo badaniach porównawczych. Dodatkowo biorąc pod uwagę fakt korzystnego rokowania i wysoki odsetek wyleczeń u chorych z nasieniakiem jądra we wczesnym stopniu zaawansowania, istotną kwestią przy decyzjach terapeutycznych pozostaje późna toksyczność leczenia.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była analiza wyników leczenia chorych na nasieniaka jądra w II stopniu zaawansowania klinicznego z zastosowaniem radioterapii, chemioterapii i skojarzonej chemioterapii z następową radioterapią.

MATERIAŁ I METODY

Praca miała charakter retrospektywny, nieinterwencyjny i obejmowała 82 pacjentów, którzy byli leczeni w latach 1993 – 2014, a następnie podlegali badaniom kontrolnym w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach. Ocenie poddano: stopień pierwotnego zaawansowania miejscowego i zaawansowania regionalnego, wielkość guza węzłowego, stężenie β HCG oraz aktywność LDH w surowicy oraz częstość i ryzyko występowania żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Wczesny efekt leczenia oceniono na podstawie badań obrazowych z zastosowaniem kryteriów RECIST wersja 1.1. Stopień zaawansowania węzłowego ustalono na N1 u 25 chorych (30%), N2- 27 chorych (33%) i N3 30 chorych (37%). Samodzielną chemioterapię (CT) zastosowano u 32 chorych (40%), samodzielną radioterapię (RT) u 16 chorych (19%), a leczenie skojarzone-chemioterapię z następową radioterapią (CT+RT) u 34 chorych (41%). Wyniki odległe oceniano w odniesieniu do wyleczeń odległych i przeżyć całkowitych. Dokonano oceny tolerancji leczenia oraz częstość występowania żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej.

Analiza tolerancji, wczesnych wyników, tj. odpowiedzi na leczenie oraz porównanie odsetków pomiędzy wybranymi grupami została przeprowadzona za pomocą testu chi-kwadrat z ewentualnymi poprawkami na liczebność grup.

WYNIKI

Zaobserwowano graniczny związek pomiędzy zaawansowaniem guza pierwotnego (pT) a zaawansowaniem węzłowym (N) ($p=0,065$). Również stosowane leczenie wiązało się z zaawansowaniem węzłowym ($p=0,0005$). Pacjenci ze stopniem zaawansowania węzłowego N3 istotnie rzadziej byli poddawani RT, a najczęściej otrzymywali leczenie skojarzone. W odniesieniu do odpowiedzi na leczenie, uzyskano: CR u 41 chorych (50%), PR u 30 chorych (37%), SD u 10 chorych (12%), a PD u 1 chorego (1%). Odsetek całkowitych odpowiedzi był najwyższy u chorych z cechą węzłową N1. W przypadku odpowiedzi zmian węzłowych na leczenie w zależności od zastosowanej terapii, różnice były znamienne statystycznie na korzyść samodzielnej RT ($p=0,0003$). Analizowano toksyczność dla danych metod terapeutycznych. U około 31% chorych po chemioterapii stwierdzono toksyczność hematologiczną w stopniu 3 i 4. Polineuropatię czuciową częściej diagnozowano u chorych otrzymujących większą ilość cykli chemioterapii. W przypadku radioterapii nie obserwowano toksyczności hematologicznej w stopniu 3 i 4, a najczęstsze działania niepożądane w tej grupie chorych to nudności/wymioty w stopniu 1 i 2 (12%). W całej badanej grupie obserwowano 5 niepowodzeń leczenia (6%), jedno niepowodzenie u chorego z cechą N1 (4%) i cztery niepowodzenia u chorych z cechą N3 (13%). Jedno niepowodzenie ujawniło się u chorego poddanego samodzielnej CT, pozostałe 4 u chorych po leczeniu skojarzonym CT+RT. Najczęstszą przyczyną niepowodzeń były przerzuty odległe. Czas od orchidektomii do ujawnienia się przerzutów odległych po leczeniu wynosił 9, 10, 29 i 36 m-cy, a dla wznowy w przestrzeni zaotrzewnowej 10, 18 i 38 m-cy. Odsetek 5-letnich przeżyć całkowitych chorych w zależności od zaawansowania IIA, IIB i IIC wyniósł odpowiednio 100%, 100%, 84% i był granicznie znamieny. Natomiast w zależności od metody leczenia wyniósł: 100% dla RT, 91% dla CT i 92% dla RT+CT i różnice były nieznamienne statystycznie.

WNIOSKI

Wysoki odsetek 5-letnich przeżyć całkowitych wynoszący 95% i niskie ryzyko nawrotu w analizowanej grupie potwierdza wysoką wyleczalność nasieniaka w II stopniu zaawansowania. Nie potwierdzono w analizie, by leczenie skojarzone odznaczało się wyższą skutecznością terapeutyczną, choć porównanie metod z uwagi na współzależność pomiędzy zaawansowaniem a sposobem leczenia ma ograniczoną

wartość. Uzyskanie całkowitej remisji choroby nowotworowej wiąże się z bardzo dobrym rokowaniem co do trwałego wyleczenia. Ryzyko żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej jest związane z zaawansowaniem węzłowym.

Słowa kluczowe: nasieniak jądra, II stopień zaawansowania, radioterapia, chemioterapia.