

非精母生殖細胞瘤 (NSGCT) 的診斷、治療與追蹤

譯者：楊慕華醫師

發生率

根據衛生署統計資料，台灣地區民國 87 年睪丸癌（包括精母細胞瘤與非精母生殖細胞瘤）粗發生率為 0.78/100,000，死亡率為 0.10/100,000。

診斷

睪丸有疑似腫塊之患者均應接受病史詢問、身體檢查、腫瘤指標（應包括 AFP, b-HCG 及 LDH）、胸部 X 光檢驗，必要時加做睪丸超音波。組織病理學檢驗是診斷的依據。在以睪丸腫塊為原發部位之患者，經鼠蹊睪丸切除術以取得腫瘤組織是標準方式，而經陰囊睪丸切除術則是禁忌。在睪丸萎縮、隱睪症患者，或是睪丸超音波有不正常時可考慮對側睪丸切片。若患者腫瘤之原發部位是後腹腔淋巴結或是縱膈腔，實施縱膈腔鏡或是影像導引穿刺檢查以取得標本是必要的。

分期

1. 分期所必要之檢查項目

- A. 進行經鼠蹊睪丸切除術或是影像導引穿刺檢查以取得檢體進行組織病理學檢驗。
- B. 腫瘤指標：必須包括 AFP, b-HCG 及 LDH。多數 NSGCT 的 AFP、b-HCG 均會上升，但是純絨毛內膜癌（choriocarcinoma）只分泌 b-HCG，純內胚腔癌（endodermal sinus tumor）只分泌 AFP。
- C. 腹部骨盆腔電腦斷層。胸部電腦斷層只在胸部 X 光異常或是腹部電腦斷層異常時才加做。下列兩種情況下要考慮加做腦部核磁共振攝影：
b-HCG > 10000 IU/L、肺轉移超過 10 處。
- D. 若臨床有懷疑骨骼轉移之可能，則可考慮加做骨骼掃描。

2. AJCC TNM 分期

- A. T：癌細胞侷限於管腔內為 Tis，未侵犯至 tunica vaginalis 為 T1，侵犯至 tunica vaginalis 為 T2，侵犯至精索為 T3，侵犯至陰囊為 T4。
- B. N：轉移之淋巴結 ≤ 2cm 為 N1，2-5cm 為 N2，>5cm 為 N3。
- C. Stage I：T1-4N0M0（IA：T1；IB：T2-4）；stage II：TxN1-3M0（IIA：N1；IIB：N2；IIC：N3）；stage III：TxNxM1。

危險分級

根據 1997 年國際生殖細胞瘤合作組織共識，病患可分為預後良好、一般預後與預後不良三群：

1. 預後良好（須符合以下所有條件）：AFP < 1000ng/ml；b-HCG < 5000IU/L；LDH<上限之 1.5 倍；內臟轉移侷限於肺。
2. 一般預後（須符合以下所有條件）：AFP 1000~10000 ng/ml；b-HCG 5000~50000 IU/L；LDH 為上限之 1.5~10 倍。
3. 預後不良(下列其中至少一項成立):AFP >10000 ng/ml;b-HCG > 50000 IU/L；LDH >上限之 10 倍；非肺之內臟轉移；原發部為為縱膈腔。

治療

1. Stage I 之治療

後腹腔淋巴結摘除術（RPLND）為標準治療。在拒絕接受手術之病患，密集之追蹤(surveillance)是另一選擇，但必須告知病人復發率約為四分之一。輔助性化療在 stage I 之角色仍未確立。

2. Stage II 之治療

若病患之後腹腔淋巴結小於三公分，則病患可接受 RPLND 後加上兩療程的 BEP 輔助化療，或是不接受 RPLND 直接給予 BEP 化療三療程。若後腹腔淋巴結大於三公分，則應依 stage III 之原則治療。

3. Stage III 及轉移癌之治療

預後較佳（good-risk group）之病患應接受 BEP 三療程或是 EP 四療程，而預後較差（poor and intermediate-risk group）之病患應接受 BEP 四療程。治療結束後應評估腫瘤殘存狀況：若腫瘤指標仍未降至正常表示有殘存腫瘤存在，可直接給予二線治療不必接受腫瘤切片檢查；若腫瘤指標正常但影像學之殘存腫瘤無持續縮小，則應考慮手術探查。若療程結束仍有殘存腫瘤時，可給予挽救治療 VIP 四療程。

追蹤

1. 密切追蹤之患者（patient on surveillance）：病史詢問、身體檢查、胸部 X 光及腫瘤指標第一年每月一次，第二年時每兩個月一次，第三年時每四個月一次，第四及第五年時每六個月一次，電腦斷層於第 3、6、9、12 及 24 個月時做。
2. 接受化療之患者：病史詢問、身體檢查、胸部 X 光及腫瘤指標第一年每兩個月一次，第二年時每三個月一次，第三至五年時每六個月一次，電腦斷層只在臨床有需要時才加做。

參考資料

1. ESMO minimal clinical recommendation for diagnosis, treatment and follow-up of testicular semioma
2. NCCN, practical guideline in oncology: testicular cancer.
3. Hainsworth JD, Greco FA. Testis. In: Haskell CM, Berek JS, eds. Cancer Treatment, 5th edition. Philadelphia, Pennsylvania: W.B. Saunders Company, 2001: 881-897.
4. International Germ Cell Consensus Classification: a prognostic factor- based staging system for metastatic germ cell cancers. International Germ Cell Cancer Collaborative Group. J Clin Oncol 1997 15: 594-603.