

### 3. Behandling for stadium I sygdom

#### 3.1 Stadium I seminom (st I S)

Næsten 100% af patienter med seminom stadium I kureres for deres sygdom. Dette behandlingsresultat kan opnås med 3 forskellige behandlingsstrategier: surveillance (med kemoterapi ell. strålebehandling ved recidiv), adjuverende kemoterapi med carboplatin eller adjuverende strålebehandling. I de to sidstnævnte tilfælde gives kemoterapi ved recidiv. I en retrospektiv dansk opgørelse er fundet at 81,5 % af patienterne er kureret med orchiectomi alene, således at recidivraten ligger på omkring 18,5 % hos de patienter der primært følges med observation. For at undgå unødigt stråleeksposition af raske er denne behandlingsstrategi standard i Danmark.

Primærtumors størrelse, kombineret med tilstedeværelsen af vasculær invasion eller invasion i epididymis ved den mikroskopiske undersøgelse af orchiectomi-præparatet er risikofaktorer for tilstedeværelsen af occulte metastaser i retrospektive opgørelser. Patienter med høj risiko for recidiv (tumormål  $\geq 6$  cm, kombineret med vasculær invasion eller involvering af epididymis)) har således en recidiv-risiko på 32 – 40 % (se afsnit 2.2) . Denne gruppe kan tilbydes adjuverende strålebehandling i form af et paraartisk strålefeldt. Høj-risiko patienter kan dog også følges med surveillance, hvilket er standard i Danmark. Hvis ingen risikofaktorer er tilstede er risikoen for recidiv 11%.

Recidiverne ses i 97% af tilfældene lokaliseret til de retroperitoneale eller iliaceale lymfeknuder og hovedparten (ca. 75 %) diagnosticeres inden for de første 2 år efter operation. Enkelte recidiver (under 5 %) ses mere end 5 år efter orchiectomi. Opfølgingsperioden er i Danmark 5 år, da det er erfaringen at de få senrecidiver kan kureres med strålebehandling eller kemoterapi når de erkendes.

#### 3.2 Stadium I non-seminom (st I NS)

Den sygdomsspecifikke 15 års overlevelse for denne patientgruppe er mere end 99%. Hos patienter der følges med surveillance efter orchiectomi er recidivraten 31%. Recidiverne ses i oftest i lymfeknuderne i retroperitoneum (50-60% af patienterne) og/eller i lungerne (13-31%). Involvering af andre viscerale organer ses sjældent og oftest hos patienter med massiv involvering af de nævnte områder. Recidiv er ledsaget af markørforhøjelse (AFP og hCG) hos 60-70% af patienterne.

Vaskular invasion (VI) i primær tumor er, sammen med tilstedeværelsen af embryonalt carcinom og invasion i rete testis, de vigtigste prognostiske faktorer for recidiv. Ca 50% af patienter med alle 3 risikofaktorer vil opleve recidiv, hvilket kun er tilfældet hos 15-30 % af patienter med en enkelt risikofaktor og 12% hvis ingen risikofaktorer er tilstede. Danmark indgår alle patienter med stadium I NS i et surveillance program uanset tilstedeværelsen af risikofaktorer. Denne strategi er valgt for at undgå unødigt behandling med kemoterapi af patienter der er raske efter orchiectomi og fordi næsten alle (>99%) patienter der får recidiv efterfølgende kan kureres med kemoterapi.

#### **Referencer:**

1. Mortensen MS, Lauritsen J, Gundgaard MG, Agerbæk M, Holm NV, Christensen IJ, von der Maase H, Daugaard G. A nationwide cohort study of stage I seminoma patients followed on a surveillance program. DaTeCa 02 study, submitted Eur Urol
2. Daugaard G, Gundgaard MG, Mortensen MS, Agerbæk M, Holm NV, Rørth M, von der Maase H, Christensen IJ, Lauritsen J. Surveillance for stage I non-seminoma testicular cancer – Outcomes and long-term follow-up in a population based cohort. Danish Testicular Cancer (DaTeCa) database 01 study. J Clin Oncol in press

3. Chung PW, Daugaard G, Tydlesley S et al. Prognostic factors for relapse in stage I seminoma managed with surveillance: A validation study. *J Clin Oncol* 2010;28:15s (abstr 4535).
4. Tandstad T, Smaaland R, Solberg A et al Management of seminomatous testicular cancer: A binational prospective population-bases study from the Swedish Norwegian testicular cancer study group. *J Clin Oncol* 2011;29:719-725
5. Aparicio J, Maroto P, del Muro XG et al. Risk-adapted treatment in clinical stage I testicular seminoma: the third Spanish Germ Cell Cancer Group study. *J Clin Oncol* 2011;29:4677-4681.
6. Powles T, Robinson, D, Shamash J, et al. The long-term risks of adjuvant carboplatin treatment for stage I seminoma of the testis. *Ann Oncol* 2008,19:443-447.
7. Cummins S, Yau T, Huddart R et al. Surveillance in stage I seminoma patients: a long-term assessment. *Eur Urol* 2010;57:673-678.
8. Chung P, Warde P. Stage I Seminoma: Adjuvant treatment is effective but is it necessary? *J Natl Cancer Inst* 2011;103:195-196.
9. Mead GM, Fossa SD, Oliver RTD, et al: Randomized trials in 2466 patients with stage I seminoma: Patterns of relapse and follow-up. *J Natl Cancer Inst* 2011;103:241249.
10. Oliver TD, Mead GM, Gordon JS. et al. Randomized trial of carboplatin versus radiotherapy for stage I seminoma: mature results on relapse and contralateral testis cancer rates in MRC TE19/EORTC 30982 Study (ISRCTN27163214). *J Clin Oncol* 2011;29:957-962.
11. Tandstad T, Dahl O, Cohn-Cedermark G, et al. Risk-adapted treatment in clinical stage I nonseminomatous germ cell testicular cancer: the SWENOTECA management program. *J Clin Oncol* 2009;27:2122–2128.
12. Kollmannsberger C, Moore C, Chi KN et al. Non-risk-adapted surveillance for patients with stage I nonseminomatous testicular germ-cell tumors: diminishing treatment-related morbidity while maintaining efficacy. *Ann Oncol* 2010;21:1296-1301.