

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 ≥ 6 cm, kombineret med vasculær invasion eller involvering af epididymis)) har således en recidiv-risiko på 32 – 40 % (se afsnit 2.2). Hvis ingen risikofaktorer er tilstede er risikoen for recidiv 11%.

Recidiverne ses i 97% af tilfældene lokaliseret til de retroperitoneale eller iliacele 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 embryonalcelle 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. I 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. *Eur Urol*. 2014 Dec;66(6):1172-8
2. Mortensen MS, Bandak M, Kier MG, Lauritsen J, Agerbæk M, Holm NV, von der Maase H, Daugaard G. Surveillance versus adjuvant radiotherapy for patients with high-risk stage I seminoma. *Cancer*. 2016 Nov 28. doi: 10.1002/cncr.30458. [Epub ahead of print]
3. 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*. 2014 Dec 1;32(34):3817-23.

4. Chung P, Daugaard G, Tyldesley S et al. Evaluation of a prognostic model for risk of relapse in stage I seminoma surveillance. *Cancer Med.* 2015 Jan;4(1):155-60
5. 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
6. 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.
7. 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.
8. Cummins S, Yau T, Huddart R et al. Surveillance in stage I seminoma patients: a long-term assessment. *Eur Urol* 2010;57:673-678.
9. Chung P, Warde P. Stage I Seminoma: Adjuvant treatment is effective but is it necessary? *J Natl Cancer Inst* 2011;103:195-196.
10. 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;103:2412-49.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Mortensen MS, Lauritsen J, Kier MG, Bandak M, Appelt AL, Agerbæk M, Holm NV, Kempel MM, von der Maase H, Daugaard G. Late Relapses in Stage I Testicular Cancer Patients on Surveillance. *Eur Urol.* 2016 Aug;70(2):365-71. doi: 10.1016/j.eururo.2016.03.016.