DOI:10.16016/j.1000-5404.2000.12.033
第22卷第12期 第三军医大学学报 Vol. 22, No. 12
2000年12月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Dec. 2000

文章编号:1000-5404(2000)12-1201-03

临床研究

69例睾丸肿瘤的治疗和临床分析

李彦锋,靳凤烁,方玉华,李黔生,江 军,徐序广,张 勇,万江华,张军卫,朱方强 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所泌尿外科,重庆 400042)

提 要:目的 探讨睾丸肿瘤早期治疗和随访监测的合理措施,评价其远期疗效。方法 回顾总结了69例睾丸肿瘤患者临床资料和随访监测情况。结果 61例患者中位随访时间10.8年,Ⅰ期和Ⅱ~Ⅲ期患者无瘤生存率分别为91.7%(44/48),38.5%(5/13);总生存率为96.8%(46/48),53.8%(7/13);7例死于肿瘤转移,其中5例晚期肿瘤患者均在术后1~3年内死亡。结论 ①早期睾丸肿瘤行根治性睾丸切除后辅以适当放疗或化疗,预后良好。睾丸肿瘤治疗后复发或失败多发生于术后3年之内,远期复发较为少见。②成年后隐睾行睾丸固定对日后癌变保护作用有限。③胚胎癌、淋巴肉瘤、Ⅱ~Ⅲ期肿瘤血管及淋巴转移侵犯是睾丸肿瘤的高危因子,对此宜采取更为积极的治疗措施并进行严密随访。该类肿瘤预后欠佳。

关键词:睾丸肿瘤;治疗;预后
中图法分类号:R737.21 文献标识码:A

Clinical analysis and treatment for 69 cases of testicular tumor

LI Yan-feng, JIN Feng-shuo, FANG Yu-hua, LI Qian-sheng, JIANG Jun, XU Xu-guang, ZHANG Yong, WAN Jiang-hua, ZHANG Jun-wei, ZHU Fang-qiang (Department of Urology, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400042, China)

Abstract: Objective To explore the reasonable principles of the early treatment and follow-up surveillance for testicular tumors and evaluate the long-term efficiency. Methods The clinical data and surveillance outcomes of 69 cases of testicular tumor were reviewed with 1.5~22 years of follow-up (median time 10.8 years). Results The diseased-free survival rate and total survival rate were 91.7% (44/48), 96.8% (46/48) for patients in stage Ⅰ and 38.5% (5/13), 53.8% (7/13) for those in stage Ⅱ ~ Ⅲ. Seven patients died of metastasis including 5 in stage Ⅱ ~ Ⅲ within 1 to 3 years after operation. Conclusion ①Patients with early testicular tumor orchiectomy is needed and should supplement with radiation or chemotherapy. Prognosis is good. The recurrence after the treatment happened mostly within 3 years and after that, it is very rare. ②Orchidopexy can only offer a limited protection against future malignancy if performed on patients over 10 years old. ③High risk factors are embryonic cell carcinoma, lymphosarcoma, tumor stage Ⅱ ~ Ⅲ and blood or lymph invasion. More active management and intensive follow-up is need for patients with those factors and the prognosis is usually poor.

Key words: testicular tumor; therapy; prognosis

在许多国家睾丸肿瘤是15~35岁男性最常见肿瘤。尽管其绝大部分为恶性,但该肿瘤是可治愈的。早期对睾丸肿瘤进行合理治疗和术后科学监测,常可获得理想效果。我院自1975至今共收治睾丸肿瘤69例。现结合有关文献,对其合理治疗和预后监测进行分析和探讨。

1 临床资料

本组69例,发病年龄8~77岁,平均38.0岁,其中发病高峰年龄段为20~49岁,占54例(78.3%)。左侧31例,右侧33例,双侧先后或同时发生者5例。病史0.5~40年,平均2.1年,其中55例病史不超过1年,占79.7%。有隐睾病史者16例,占23.2%,其中4例先后在10~32岁行睾丸下降固定术,术

作者简介:李彦锋(1968-),男,山西省长子县人,博士研究生,主治医师,讲师,主要从事前列腺增生、男性避孕方面的研究,发表论文9篇。电话:(023)68757344

收稿日期:2000-01-25;修回日期:2000-05-27

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

后8～24年发生肿瘤；有外伤史者2例；同时伴尿道下裂者1例；真两性畸形1例。肿瘤发生于阴囊内睾丸57例（61个睾丸），腹股沟以上睾丸12例（13个睾丸）。临床表现：睾丸无痛性肿大，局部硬结或下腹部及腹股沟区包块，偶伴腰痛；另外，1例21岁真两性畸形患者，染色体核型46 XY，社会性别女性，因无月经来潮就诊于妇科，手术探查发现左侧隐睾精原细胞瘤；1例8岁患儿因突然出现声音变粗、外生殖器增大就诊，病理诊断为间质细胞瘤；2例老年前列腺增生患者，行双侧睾丸切除术治疗，病理发现睾丸原位癌。患者术前均常规行胸片、B超、肿瘤标志物（HCG、AFP）等辅助检查，部分行腹部、盆腔CT、MRI检查。治疗：除睾丸下极纤维瘤和睾丸白膜外淋巴管瘤行瘤结节切除外，其余均行根治性睾丸切除术和/或腹股沟部、腹部肿瘤根治性切除术。13例行腹膜后淋巴结清扫，显示5例为炎性反应，8例存在淋巴结转移。术后59例接受25～35 Gy局部放疗或化疗（主要为BEP方案）。

2 结果

术后病理诊断：精原细胞瘤49例，其中原位癌2例；恶性畸胎瘤4例；成熟性畸胎瘤3例；混合瘤（精原细胞瘤＋畸胎瘤）3例；间质细胞瘤3例；非何杰金氏淋巴瘤2例；胚胎癌、卵黄囊瘤、淋巴肉瘤、睾丸下极纤维瘤、睾丸白膜外淋巴管瘤各1例。临床Ⅰ期53例，占76.8%；Ⅱ期11例占15.9%；主要转移部位为腹膜后及腹腔淋巴结、小肠、肾脏、肾上腺；Ⅲ期5例，占7.3%，主要转移至肺、纵隔、锁骨上、颌下淋巴结、乳腺及骨髓。

61例获得随访，Ⅰ期48例，Ⅱ～Ⅲ期13例，时间1.5～22年，中位随访时间10.8年；存活53例；Ⅰ期46例，Ⅱ～Ⅲ期7例；Ⅰ期和Ⅱ～Ⅲ期患者的无瘤生存率分别为91.7%（44/48），38.5%（5/13）；总生存率为96.8%（46/48），53.8%（7/13）；病因特异性生存率为96.8%（46/48），58.3%（7/12）。死亡8例中，1例死于其它疾病，7例死于肿瘤转移，其中2例系一侧睾丸精原细胞瘤Ⅰ期，行根治性睾丸切除术及放疗后8年和10年，对侧已下降固定之睾丸（分别在25和32岁时行睾丸固定）再发肿瘤，于2～3年内死于全身转移；5例系精原细胞瘤、淋巴肉瘤或胚胎癌Ⅱ～Ⅲ期，1～3年内死于肿瘤转移。

3 讨论

睾丸肿瘤系泌尿系统常见肿瘤，多发于青壮年。本组20～49岁年龄段患者占78.3%。尽管睾丸肿瘤绝大部分系恶性，但临床Ⅰ期肿瘤患者多可治愈，预后极佳[1]。本组临床Ⅰ期肿瘤患者仅有2例于首次治疗后8～10年再发对侧肿瘤，并在2～3年内死于全身转移。随访期间总生存率达96.8%；临床Ⅱ～Ⅲ期肿瘤随访期间总生存率为53.8%，5例死于肿瘤转移的患者均在术后1～3年内死亡。该结果表明早期睾丸肿瘤经根治性睾丸切除术和放疗或化疗后具有理想的无瘤生存率，少数患者复发转移一般均发生于术后3年内，3年后则极少发现有肿瘤转移复发。因而，对该类患者的合理随访措施建议前2年之内每3个月进行胸部X线及腹部B超检查；第3年内每4个月1次胸部X线及腹部B超检查。3年后则可酌情延长随访间隔时间，但应教育患者使其认识病变复发的早期体征和症状，并介绍其每月进行睾丸自我检查[2]。

本研究进行系统CT检查及血清学肿瘤标志检测的病例较少。文献显示：CT监测睾丸肿瘤的总特异性为90%，而由于睾丸肿瘤治疗后的总复发率较低，因而应用CT检查监测睾丸肿瘤复发产生的假阳性的可能性超过发现一例真阳性的可能性，故CT检查在睾丸肿瘤的复发监测中价值很低；同时，血清学肿瘤标志在肿瘤复发的诊断中亦缺乏价值[2]。

本研究有隐睾病史者16例，行睾丸下降固定者共4例均在10岁后手术，术后8～24年先后发生肿瘤（包括上述2例远期复发病例）。可见，10岁以后的睾丸固定术对将来的恶变仅能提供部分保护作用，对该类患者的治疗应首选睾丸切除。近来有学者甚至认为2岁以后的隐睾治疗选择即应该是睾丸切除[3]。隐睾自发性下降或激素治疗后下降应进行长期随访，至少每年1次行睾丸超声检查以监测早期肿瘤[3]。

本研究1例60岁患者肾移植术后3年出现一侧睾丸间质细胞瘤。该肿瘤多见于儿童和青少年，属少见肿瘤。该患者肾移植术后长期应用环孢素A等免疫抑制剂可能是促进其产生肿瘤的主要原因。有学者对5 692例肾移植术后患者的长期随访研究显示：包括睾丸肿瘤在内的多种肿瘤的标准发生率增加了2～5倍，某些肿瘤甚至增加了10～30倍。这与免疫系统的削弱引起致癌因子发挥作用的理论相吻合[4]。

睾丸肿瘤的治疗传统策略是睾丸切除后辅以放疗或化疗。目前所建议的标准放疗是3周内照射30 Gy。临床Ⅰ期精原细胞瘤其总生存率可达到98%的理想效果，但仍有部分患者出现复发或远期第2次恶变。该类患者复发的主要部位是主动脉旁淋巴结[5]。对Ⅰ期精原细胞瘤患者行根治性睾丸切除后，仅行主动脉旁淋巴结区域的辅助放疗而不包括同侧骨盆的前瞻性研究认为这种放疗可产生最小毒性和理想的无瘤生存率[6]。针对非精原性生殖细胞肿瘤的治疗，由于其对放疗相对不敏感，一般将3疗程博来霉素、鬼臼乙叉甙和顺铂联合化疗（BEP方案）及4疗程鬼臼乙叉甙和顺铂联合化疗作为睾丸癌化疗的标准方案[7]。尤其对于具有高危因素（胚胎癌、肿瘤侵润血管或淋巴管或肿瘤分期T_2期以上）的非精原性生殖细胞肿瘤辅以化疗是腹膜后淋巴结清扫术后的有效选择措施[8]。亦有学者认为对于临床Ⅰ期非精原性生殖细胞肿瘤大部分可通过单独睾丸切除而治愈，若患者睾丸切除后血清学标志正常，既不是胚胎癌占绝对优势，又没有血管侵润病

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

理改变者,仅需进行随访监测[9]。本组临床Ⅰ期行根治性睾丸切除的大部分患者均行预防性同侧盆腔放疗(精原细胞瘤)或化疗(非精原性生殖细胞肿瘤),随访结果显示预后理想。因而对于睾丸肿瘤的合理治疗主要在于寻求既避免因治疗不充分所导致的复发率增高,又要尽量避免因过度治疗而导致不必要的毒副作用。

在睾丸肿瘤的早期诊治和预后监测中应强调:①重视睾丸出现的任何硬结和包块;②腹股沟型或腹腔型隐睾行下降固定术后均应长期随访,尤其是成年后行下降固定者;③一侧发生肿瘤,宜注意随访对侧睾丸情况,尤其是有隐睾病史者。④成年患者隐睾应积极主张切除,且隐睾切除后仍需随访,本组 1 例 30 岁患者行隐睾切除时病理报告未见恶变,术后 4 月即出现腹部包块,探查证实为精原细胞瘤。⑤器官移植术后,大量免疫抑制剂的应用,可能诱发睾丸肿瘤的发生。⑥胚胎癌和以胚胎癌为主的混合瘤及存在血管、淋巴侵犯是睾丸肿瘤预测复发的高危因子,因而,上述情况治疗上应采取更为积极的措施并严密随访。

参考文献:

[1] Ayala A G, Ro J Y. Testicular tumors: clinically relevant histological findings[J]. Semin Urol Oncol, 1998, 16(2): 72—81.

[2] Buchholz T A, Walden T L, Prestidge B R. Cost-effectiveness of posttreatment surveillance after radiation therapy for early stage seminoma[J]. Cancer, 1998, 82(6): 1 126—1 133.

[3] Berkmen F, Alagol H. Germinal cell tumors of the testis in cryptorchids[J]. J Exp Clin Cancer Res, 1998, 17(4): 409—412.

[4] Birkeland S A, Storm H H, Lamm L U, *et al*. Cancer risk after renal transplantation in the Nordic countries, 1964~1986[J]. Int J Cancer, 1995, 17, 60(2): 183—189.

[5] Sternberg C N. The management of stage I testis cancer[J]. Urol Clin North Am, 1998, 25(3): 435—449.

[6] Sultanem K, Souhami L, Benk V, *et al*. Para-aortic irradiation only appears to be adequate treatment for patients with Stage I seminoma of the testis[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 1998, 40(2): 455—459.

[7] Einhorn L H, Donohuo J P. Advanced testicular cancer: update for urologists[J]. J Urol, 1998, 160(1): 1 964—1 969.

[8] Bohlen D, Borner M, Sonntag R W. Long-term results following adjuvant chemotherapy in patients with clinical stage I testicular nonseminomatous malignant germ cell tumors with high risk factors [J]. J Urol, 1999, 161(4): 1 148—1 152.

[9] Sogani P C, Perrotti M, Herr H W, *et al*. Clinical stage I testis cancer: long-term outcome of patients on surveillance[J]. J Urol, 1998, 159(3): 855—858.

(编辑 冯崇英)

文章编号:1000-5404(2000)12-1203-01

经验与短篇

羟基磷灰石义眼台植入术后义眼台外露的原因分析及处理

Analysis on the causes and management of exposure of the implanted artificial eye after implantation

李世宏,贺翔鸽 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所眼科,重庆 400042)

随着羟基磷灰石义眼台植入术的广泛开展,主要并发症之一义眼台外露,也受到手术医生的重视。我院自 1994 年开展此项手术以来,共行 58 眼,其中发生义眼台外露 9 眼,经处理 8 眼效果满意。

1 材料与方法

1.1 义眼台材料

使用美国 IOI 天然珊瑚石合成的羟基磷灰石义眼台。分 16、18、20、22 等几个型号。

1.2 手术方法

1.2.1 一期义眼台植入术

1.2.1.1 眼内容物剜出联合义眼台植入术 眼内容物剜出术,植义眼台于巩膜壳内,缝合巩膜壳并刮除角膜上皮,分层缝合筋膜囊和结膜。

1.2.1.2 眼球摘除联合义眼台植入术 眼球摘除术,将义眼台用异体巩膜包裹并缝合牢靠,将 4 条直肌及 2 条斜肌固定缝合在巩膜壳相应部位,最后分别缝合筋膜和球结膜。

1.2.2 二期义眼台植入术 逐层剪开球结膜及筋膜囊,寻找并游离直肌及斜肌。将义眼台用异体巩膜包裹并缝合牢靠,

(下转 1206 页)

作者简介:李世宏(1969—),男,天津市人,医师,主要从事眼整形和眼外伤方面的研究。电话:(023)68757341

收稿日期:2000-01-15;修回日期:2000-07-15

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net