

精巣腫瘍

精巣腫瘍はおもに精子に分化増殖していく精母細胞が癌化してきたもので、胚細胞腫瘍(精巣腫瘍全体の95%)とも呼ばれています。症状としては痛みを伴わない陰嚢内容の腫大で発見されることが多いですが、転移による症状を契機に気づかれることもあります。発生のピークは1~10歳、20~40歳と二相性であり、40歳未満の方の発症が全体の3分の2を占めるといわれています。精巣腫瘍は病理組織学的に1)セミノーマ(精上皮腫)、と2)非セミノーマとに分類されます。セミノーマは胚細胞腫瘍の70%を占めています。非セミノーマの中には胎児性癌(10%)卵黄嚢腫、絨毛癌、奇形腫(それぞれ数%)があります。

精巣腫瘍の検査

精巣腫瘍の診断にはまず、精巣の触診および超音波検査を施行して精巣腫瘍の存在を確認します。同時に精巣腫瘍の腫瘍マーカーを測定します。精巣腫瘍の腫瘍マーカーにはAFP LDH HCG-βなどがありますが、全例で上昇するわけではありません。これらの腫瘍マーカーの上昇は特定の組織型を反映する傾向にあります、その一方で、腫瘍マーカーにはほとんど変化を認めない組織型もあります。精巣腫瘍は増殖が速く転移を生じやすい傾向にあるため、組織型の検査を含め、腫瘍の発生している精巣を速やかに手術で取り除くこと(高位精巣摘除術と言われます。)を行います。同時に転移が生じているかどうか全身のCT、MRI検査を施行します。これらの検査によって精巣腫瘍がどれくらい進行しているか(病期)をしらべ、治療方針を決定いたします。

精巣腫瘍の病期

- I 期： 腫瘍が精巣に限局している状態。
- II 期： お腹の中のリンパ節に転移を生じている状態。さらにリンパ節のサイズにより、小さい時をIIa期、大きい時をIIb期と細分類しています。
- III 期： 転移が横隔膜以上のリンパ節にまで認めれる場合をIIIa期、肺に認められた場合をIIIb期、さらに肝や脳転移が認められた場合をIIIc期としています。

精巣腫瘍の治療

精巣腫瘍には、診断を兼ねた精巣腫瘍摘除術を行い、その後病理組織、および病期に応じて1)経過観察、2)放射線治療、3)化学療法、4)後腹膜リンパ節郭清術、など

が施行されます。

放射線治療;病期 I セミノーマ術後あるいは病期 IIa セミノーマで行うことがあります。

化学療法;病期 IIb以上のセミノーマと、病期 II 以上の非セミノーマでは、化学療法が選択される。化学療法としては、シスプラチン、エトポシド、及びブレオマイシンの3剤併用 (BEP 療法)、を 2~4 コース行います。これにより、腫瘍マーカーが陰性化、かつ画像上腫瘍が消失しなければ、さらに、エトポシド、イフォマイド、及びシスプラチンの3剤併用療法 (VIP 療法)を施行いたします。その他、通常の化学療法で効果が十分でない場合、抹消血肝細胞移植が可能であれば、超大量化学療法を行います。

後腹膜リンパ節郭清;病期 II 以上で化学療法を施行後も、後腹膜リンパ節転移が残存する場合には、そのリンパ節を切除します。摘出標本に生存する癌細胞が残存している場合には、さらに術後化学療法が追加されます。

当科での治療指針

I 期の場合

原発の精巣を切除するだけで、あとは何もしないで経過観察をします。ただし、10~20%のかたには、検査で発見できない腫瘍が隠れている場合があります。経過観察中に発見される場合があります。このような可能性を防ぐために、切除組織の結果によってはよくご相談の上、放射線照射を追加あるいは、化学療法を追加する場合もまれにあります。

IIa 期の場合、セミノーマであれば、放射線治療あるいは化学療法を行い、非セミノーマであれば化学療法を施行いたします。

IIb 期以上の場合には、化学療法を施行します。

