

睾丸肿瘤 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E7_9D_BE_E4_B8_B8_E8_82_BF_E7_c22_306016.htm 名称睾丸肿瘤所属科室泌尿生殖外科病因隐睾被认为发生睾丸肿瘤的危险因素，其发生肿瘤的机会比正常睾丸高3倍~4倍。睾丸肿瘤中有7%~10%发生在隐睾。据观察10岁以后手术者不能防止，10岁前手术可明显减少，3岁前手术能避免发生肿瘤。另外睾丸肿瘤与遗传、多乳症、以及外伤睾丸萎缩、激素等亦有一定关系。病理睾丸肿瘤病理分类方法较多，至1986年Morse等将各种常用的分类法总结归纳(表25-1)，根据这个分类，睾丸肿瘤可分为原发性和继发性两大类。原发性肿瘤中，又可分为生殖细胞瘤和非生殖细胞瘤，并非凡将生殖细胞瘤中最常见的精原细胞瘤单独列出，这对指导治疗和阐明预后独有独到之处。睾丸生殖细胞瘤都是同一来源，受不同致癌因素的影响，可发生精原细胞瘤或胚胎组织和胚外组织肿瘤如胚胎癌、畸胎瘤以及绒癌、卵黄囊肿瘤。见下表(表25 - 1)。表25 - 1 睾丸肿瘤组织分类 (一) 原发性肿瘤 1.生殖细胞肿瘤 (1) 精原细胞瘤 典型精原细胞瘤 间质型精原细胞瘤 精母细胞瘤性精原细胞瘤 (2) 胚胎瘤 (3) 畸胎瘤 (有无恶性变) 成熟型 未成熟型 (4) 绒膜上皮癌 (5) 卵黄囊肿瘤 (内胚窦、胚胎性腺癌) 2.非生殖细胞肿瘤 (1) 性腺基质肿瘤 (2) 间质(leydig) 细胞瘤 支持(xertoli为) 细胞瘤 (3) 性腺胚细胞瘤 (4) 其他类型肿瘤 睾丸腺癌 间质性肿瘤 类癌 肾上腺残留肿瘤 (二) 继发性肿瘤 1.网状内皮组织肿瘤 2.转移性肿瘤 (三) 睾丸旁肿瘤 1.腺瘤样肿瘤 2.附睾囊腺瘤 3.间质性肿瘤 4.皮质瘤 5.转移瘤 临床表现睾丸肿瘤常在无意中发现***内有肿块

，亦有感局部隐痛和沉重感。隐睾可能出现腹股沟、下腹肿物。一个萎缩的睾丸忽然增大应想到肿瘤，急性疼痛不常见，但10%可有类似睾丸炎或附睾炎的病状。大约10%病人主要表现为转移癌病状，如锁骨上肿大淋巴结，肺转移咳嗽和呼吸困难等。睾丸检查从健侧开始，作为对比大小、硬度和轮廓。肿瘤一般不敏感，不像正常组织的感觉。附睾清楚分开，鞘膜和**无粘连，常无积液。肿瘤的大小和有无转移癌常表现为正常睾丸组织内的不规则肿物。扩散至附睾和精索的占10%~15%，预后不良。【治愈标准】睾丸肿瘤自然病史短，常用2年生存判定疗效，由于生存并不一定治愈，近年用5年生存作为疗效标准。诊断（一）肿瘤标记（瘤标）目前应用最广的是胎甲球（AFP）和人类促性腺激素（HCG）。AFP：正常值<40ng/ml，半衰期4天~5天。睾丸肿瘤中全部卵黄囊瘤、50%~70%胚胎癌、畸胎癌时升高；纯绒癌和纯精原细胞瘤不升高。HCG：正常值<1ng/ml，全部绒癌和40%~60%胚胎癌HCG阳性，rdquo.精原细胞瘤5%~10%阳性。应用以上两种瘤标检查，非精原细胞瘤90%有其一或两都阳性。纯精原细胞瘤HCG阳性占5%~10%，即90%以上纯精原细胞瘤不产生瘤标，非精原细胞瘤不产生瘤标者10%，所以一旦临床上诊断睾丸肿瘤后应立即行睾丸切除术，不必等候瘤标结果。瘤标可作为观察疗效的指标，手术或化疗、放疗后迅速下降则预后较好，下降缓慢或不下降者可能有残余肿瘤。所以一旦临床上诊断睾丸肿瘤后应立即行睾丸切除术，不必等候瘤标结果。瘤标可作为观察疗效的指标，手术或化疗、放疗后迅速下降则预后较好，下降缓慢或不下降者可能有残余肿瘤。（二）B超可用于确定睾丸内肿瘤和腹股沟

有无转移淋巴结等病状。(三)CT及MRI可发现腹膜后淋巴结转移灶 $< 2\text{cm}$ 的病变。另外还有足背淋巴造影和泌尿系造影等。治疗睾丸肿瘤的治疗决定于其病理性质和分期，治疗可分为手术、放疗和化疗。首先应做经腹股沟的根治性睾丸切除术。标本应作具体检查，最好行节段切片，了解肿瘤性质，尤其是精原细胞瘤是纯的还是混合的，治疗上有相当大的差别，一般统计精原细胞瘤65%~70%已有转移。假如纯精原细胞瘤无腹膜后淋巴结转移而已有肺、肝转移灶，应想到非精原细胞瘤成分，以下分别讨论治疗方案。(一)精原细胞瘤 睾丸切除后放射治疗，25~35GY(2500~3500rad)3周照射主动脉旁和同侧髂、腹股沟淋巴结。第I期者90%~95%可生存5年。如临床发现腹膜后病变即第2期，则纵隔及锁骨上区亦照射20~35GY(2000~3500rad)2~4周5年生存率亦可达80%以上。腹内大块转移和远处病灶预后不良，生存率仅20%~30%，近年亦用含顺铂的化疗，生存率可以明显提高，60%~100%有效(PVB或DDP+GY)化疗方案在下段内介绍。睾丸切除时精索有病变者，半侧**亦应包括在照射区内。腹部有 $> 10\text{cm}$ 肿瘤，肺部转移癌均有明显的放疗效应。(二)非精原细胞瘤 包括胚胎癌、畸胎癌、绒癌、卵黄囊肿瘤或各种混合组成肿瘤。腹膜后淋巴结转移极常见，由于对放射线不如精原细胞瘤敏感，因此，除睾丸切除外应同时行腹膜后淋巴结清扫术，第I期病例手术证实约10%~20%已有转移，即病理属2期。睾丸切除加腹膜后淋巴结清除术，病理I期者90%左右可生存5年以上，病理2期者降至50%左右。第3期远处转移144例中肺89%，肝73%、脑31%、骨30%、肾30%、肾上腺29%、消化道27%、脾13%、腔静脉11%。以化疗为主要

治疗。在非精原细胞瘤中绒癌常是先转移至肺等远处病灶。在治疗过程中密切观察瘤标记HCG及AFP的改变。婴幼儿3岁以内胚胎癌恶性程度比成年人低，对手术、化疗、放疗耐受性差，腹膜后淋巴结转移亦低于成年人，仅4%左右，一般不考虑行腹膜后淋巴结清除术，小儿畸胎瘤、卵黄囊肿瘤等处理与胚胎癌相同。死亡多为血行转移。必要时行化疗。化疗：化疗在非精原细胞瘤中有一定地位，主要适应证：预后不良的I期非精原细胞瘤，已侵及精索或辜丸，切除后瘤标仍持续升高者。 “良性畸胎瘤”镜下有向管侵犯最终29%单纯辜丸切除者死于肿瘤。小儿畸胎瘤为良性。(三)白膜为天然屏障，肿瘤穿破常在肿瘤纵隔，该处是血管、淋巴管、神经和小管通过部位，10%~15%扩展到附辜和精索者淋巴和血行转移危险增加。(四)全部辜丸肿瘤好发于淋巴转移，虽然纯绒癌也有血液播散。精索4根~8根淋巴管向上扇形散开至腹膜后淋巴链。右侧辜丸的最初到达的淋巴结是L3椎体主动脉区间的淋巴结，左侧辜丸第一梯队淋巴结主动脉旁区：左输尿管、肾静脉、肠系膜下动脉起始部与主动脉间。向上可达乳糜池、胸导管、锁骨上淋巴结(左侧为主)，亦可向下逆行转移至髂、腹股沟淋巴结。腹股沟病亦可由***病变转移引起。(五)淋巴结以外转移可直接侵入血管或瘤栓从淋巴静脉吻合处播散，大多数血行转移在淋巴转移之后。假如A期非精原细胞仅做辜丸切除术则20%扩散，其中大多数即80%为腹膜后转移淋巴结，20%转移与之无关。纯精原细胞瘤转移常为精原细胞瘤，少于10%为其他成分转移，而有其他成分转移者占纯精原细胞瘤死亡的30%~45%。非精原细胞瘤发展迅速，倍增时间仅10天~30天，治疗无效

者85%二年内死亡，其余在三年以内。精原细胞瘤可以在有效的治疗后经2年~10年复发。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com