

Ca. I testikujve

Ne krahasim me semundjet e tjera malinje qe prekin meshkujt ca.i testikujve eshte me i rralli dhe perben afersisht 1-1,5% te te gjitha sem.malinje te meshkujve. Nje rritje e qendrueshme e incidences per ca.testikular eshte verejtur keto dekadat e fundit ne te gjitha vendet e industrializuara. Pjesa me e madhe e keture tumoreve origjinon nga qel germinale (dhe klasifikohen si tu seminomatos, dhe tu jo seminomatos) dhe >70%e pacienteve diagnostikohen ne stadin e pare te semundjes. Faktoret e riskut per zhvillimin e tumoreve jane te mire percaktuar dhe ndahen ne faktore epidemiologjik,faktore klinik dhe faktoret patologjik. Ne ditet e sotme eshte arritur te trajtohen me shume efikasitet tumoret testikulare sidomos kur diagnostikohen qe ne stadet e para te tyre. Keto jane tumore me sensivitet te larte ndaj kemio dhe radioterapise. Me poshte po japim tabelen permbledhese me faktoret e riskut per zhvillimin e ca.testikulare.

Faktoret epidemiologjik

- *histori per kriptorkidise
- *sindroma klinefelter
- *histori familjare per ca.testi
- *prania e tumoreve kontralaterale
- *infertiliteti

Faktoret patologjik

- *tipi histopatologjik i tumorit
- *per tumoret seminomatos
 - Tumori me madhesi >4cm
 - Kur eshte invaduar rete testis
- *per tumoret jo seminomatos
 - Invazioni limfatik ose vascular ose peritumoral
 - Proliferimi qelizor >70%

Shoqata europiane e urologeve

Ca.testi

Prof. Dr. Flamur Tartari

Ca embrionale >50%

Faktoret klinik(keto vlejne per stadin e metastazave)

- *lokalizimi primar
- *ngritja e nivele te markuesve tumoral
- *prezenca e metastazave viscerale jo pulmonare.

Klasifikimi

Tumori testikular epitelial klasifikohet ne tre kategori:

a-tumori qe origjinon nga qelizat germinale

b-tumor qe origjinon nga stroma e cordes spermatike

c-tumor me origjine mikse (nga stroma dhe nga qel e kordes)

Tumoret qe origjinojne nga qelizat germinale perbejne 90-95% te rasteve te tumoreve testikulare. Organizata boterore e shendetit ka publikuar klasifikimin per tumoret me origjine nga qel.germinale, me origjine nga corda spermatike dhe tu mikse. Klasifikimi eshte si me poshte dhe eshte modifikuar ne vitin 2004 nga OBSH.

1.tumoret qe origjinojne nga qelizat germinale i kemi :

- * neoplasia intratubulare
- *seminoma
- *seminoma spermatocitike
- *carcinoma embrionale
- *tu e qeses se verdhe. Keto klasifikohen si me poshte :
 - retikulare, solide ose polivezikulare
 - tu me diferencim parietal, hepatoid, intestinal, mesenkimal
- *choriokarcinoma

Shoqata europiane e urologeve

Ca.testi

Prof. Dr. Flamur Tartari

*teratoma

*tumore me me shume se nje tip histologjik

2.tumoret qe origjinojne nga stoma gonadale/corda seksuale

* tu me origjine nga qeliza leyding

*tu me origjine nga qelizat sertoli(me tipet : tu shume i pasur me qel lipidike, tu sklerotizuese, tu me qeliza te medha te kalcifikuara)

*tumoret sertoli malinje

*granulosa

*tecoma

*gonadoblastoma

3.tumore mixe me origjine nga stroma jo specifike

*tumore ng aepiteli ovarian

*tu te duktuseve kolektore dhe rete testis

*tu nga stroma jo specifike

Diagnosa e ca testikular

Diagnosa e ca testikular do bazohet ne :

1.**ekzaminimin objektiv te testeve** dhe **ekzaminimin e pergjithshem** per te perjashtuar apo konfirmuar zmadhimin e limfonodulave apo masave abdominale.

2.**ECHO-e testeve.** Kjo konfirmon masen testikulare, dhe indikohet gjithmone kur

a-gjenden masa retroperitoneale ne meshkuj te rinj,

b- dhe/ose rritje e markuesve tumoral ne serum

c-masa scrotale nuk eshte e palpueshme

Shoqata europiane e urologeve

Ca.testi

Prof. Dr. Flamur Tartari

3.rritja e markuesve tumoral ne serum perpara se te behet orchiektomia.Keto markues jane AFP dhe Hcg. Kur gjendet e rritur dhe LDH semundja ka kaluar ne stadin metastatik.

4.eksploracioni inguinal dhe orchiektomia.

Kirurgjia konservative behet ne raste te vecanta. Biopsia kontralaterale per diagnostikimin e karcinomes in situ nuk eshte eshte ekzaminim qe behet ne rutine, por rekomandohet te behet ne pacientet me risk te larte per ca testi (volumi testikular <12ml, histori per kriptorkidisem, mosha <30vj).

Stadifikimi i ca testikular

Per nje stadifikim sa me te sakte eshte e domosdoshme te ndiqen hapat e meposhtme:

1.matja e nivelit te markesve tumoral pas orchiektomise – persistenca e nje niveli te rritur te ketyre markuesve ne serum 3 jave pas orchiektomise indikon presencen e semundjes, por dhe normalizimi i vleravet emarkuesve nuk do te thote domosdoshmerisht zhdukje e semundjes. Markuesit tumoral duhet te vleresohen deri sa vlerat e tyre te normalizohen , per aq kohe sa nuk eshte konfirmuar prania e metastazave.

2. vleresimi i limfonodujve retroperitoneale, mediastinale dhe i visceres- per kete na ndihmon CT, RM . Vleresimin e limfonodulave supraklavikulare e bejme me palpacion. Pacientet e diagnostikuar me semimona te cileve CT-abdominale i ka dale normal duhet te bejne dhe CT-pulmoni. CT-pulmoni duhet bere rutine ne pacientet me tu.joseminomatos me origjine nga qel germinale sepse ne 10% te rasteve takohen limfonodula te vogla subpleurale qe sdianostikohen dot me radiografi.

Klasifikimi TNM

T

Tx- tumori primar nuk mund te vleresohet

T0- nuk ka te dhena per tu.primar

Tis- karcinoma in situ, neoplasia intratubulare prekje e qel qerminale

Shoqata europiane e urologeve

Ca.testi

Prof. Dr. Flamur Tartari

T1- tumori i kufizuar ne test, epididimud pa invazion te indit vaskular apo limfatik: tumori mund te invadoje tunika albuginea por jo tunica vaginalis.

T2-tumori i kufizuar ne test apo epididimis, me invasion te indit vaskular dh elimfatik dhe shtrirje pertej tunika albuginea.

T3-tumori ka invaduar korden spermatike me ose pa invasion vaskular /limfatik

T4- tumori ka invaduar crotumin me ose pa invasion vaskular /limfatik

N

Nx- nuk mund te vleresohet prekja e limfonodujve regionale

N0- limfonodulat regionale nuk jane te prekura

N1- prekja e limfonodulave regionale. Madhesia e tyre deri 2 cm

N2- limfonodula te prkura >2cm dhe <5cm

N3 limfonodulat e prekuara arrijne madhesine >5 cm

M

Mx-nuk mund te vleresohet per metastaza

M0-pa metastaza

M1-prania e metastazave

M1a-prekje e nyjeve limfatike jo regionale/ose pulmoneve

M1b-metastaza ne organe te tjera

Markuesit tumoral

Sx- niveli i markuesve tumoral nuk eshte disponueshem

S0-niveli i markuesve tumoral eshte ne limitet e vlerave normale

LDH	Hcg	AFP ng/ml
S1- <1,5*N	<5,000	<1,000

Shoqata europiane e urologeve

Ca.testi

Prof. Dr. Flamur Tartari

S2- <1,5-10*N	5,000-50,000	1,000-10,000
S3- >10*N	>.50,000	.>10,000

Me poshte po paraqesim tabelen me faktoret prognostic per ca qe origjinon nga qelizat germinale per stadin metastatic te semundjes.

Prognose te mire kane :

A-Tu.joseminomatos(56%te rasteve)

Mbijetese 5vj pa mjekim ne 89% te rasteve

Mbijetese 5vj me ndjekje ne 92% te rasteve.

Rastet pa mestaza pulmonare,me nivel markuesish perkatesisht AFP<1,000ng/ml

Hcg <5,000ui/l , LDH<1,5*UIN kane prognoze te mire

B-seminoma (90% te rasteve ka prognoze te mire)

Mbijetese 5vj pa mjekim ne 82% te rasteve

Mbjejetese 5vj me trajtim ne 86% te rasteve

Cdo lokalizim i tumorit, cdo nivel i LDH, Hcg dhe AFP normale , pa metastaza pulmonare jane kritere qe jane ne favor te nje prognoze te mire per kete lloj tumori.(thuje ma bukur)

Prognose jo te mire kane :

Tumoret jo seminomatos ne 28% te rasteve me mbijetese deri 5vj ne 75% te rasteve qe sndiqen klinikisht, dhe mbijetese deri 5vj per 80% te rasteve te trajtuara.

Tumore seminomatos kane prognoze jo te mire ne 10% te rasteve. 67% e rasteve te pandjekura kane mbijetese 5 vj. Per rastet e trajtuara mbijetesa 5 vj takohet ne 72%. Kriteret e meposhtme flasin ne favor te nje prognoze jo te mire:

a-tu primar i lokalizuar retroperitoneal

b-

Shoqata europiane e urologeve

Ca.testi

Prof. Dr. Flamur Tartari

Prognoze e keqe kane :

Tumoret jo seminomatoz ne 16% te rasteve kane prognoze jo te mire.

Mbijetesa eshte 5vjjet per 41% te rasteve qe sndiqen

Mbijetesa eshte 5vj per 48% te rasteve qe ndiqen.

AFP>10,000ng/ml

Hcg>50,000UI/L

Ldh>10*ULN

Udhezime per diagnostikimin dhe stadifikimin e tumorit te teskikujve

1. echo-ja eshte ekzaminim i detyrueshem kur tumori suspektohet klinikisht. Rezultati mund te jete pozitiv ose negativ.

2. orchiectomia dhe ekzaminimi i testit eshte e nevojshme per konfirmimin e diagnozes dhe per te percaktuar shtrirjen lokale te tumorit. Ne situata me metastasa te shumta rekomandohet kemioterapia perpara se te behet heqja e testit..

3. percaktimi i niveleve te markuasve tumorale duhet te behet si perpara ashtu dhe pas orchiektomise si per te stadifikuar rastin por dhe per te ndjekur ecurine e semundjes.

4. limfonodulat retroperitoneale , mediastinale, supraklavikulare dhe viscerale duhen vleresuar ne cdo rast. Ne seminoma berja e CT-se se kraharorit nuk eshte e nevojshme ne qoftese limfonodulat abdominale nuk jane te prekura.

Ekzaminimi patologjik i testit.

Pasi eshte bere orchiektomia testi i hequr do ti neshtrohet ekzaminimeve si nga ana makro asht nga ana mikro dhe ekzaminimeve iminohistokimike. Keshtu testi do vleresohet ne lidhje me madhesine, formen , madhesia e mases tumorale. Gjithashtu do vleresohet epididimi , corda spermatike dhe tunika vaginalis. Me pas do merren mostra per cdo 1cm2 te mundshem te mases tumorale dhe do percaktohen elementet histologjik te tyre qe do na ndihmojne ne percaktimin e llojit te tumorit dhe stadi. Vleresohet mungesa apo prezenca e infusione limfatike/venose peritumorale, prezenca apo absenca e albugineas,tunikes vaginale, epididimit, rete testis dhe prezenca apo absenca e e neoplazise germinale intratubulare ne parenkimen jo-tumorale.

Trajtimi i ca.testikular

Seminoma/ stadi 1

- 1.mbahet nen vezhgim
- 2.kemioterapia mund te rekomandohet te behet ne vend te radioterapise.
- 3.radioterapia adjuvante ne fushen para-aortike me doze totale prej 20 Gy.

Stadi 1 i tumoreve jo seminomatos

CS1A (pt1 jo invazion vaskular)

1.pacienti mbahet nen vezhgim

2.behet kemioterapi adjuvante

CS1B (Pt2-pt4 me invasion vaskular)

Rekomandohet berja e kemioterapise

Rastet me metastaza te tumoreve nga qel.germinale stadi2a/b me nivele te rritura te markuesve tumorale trajtohen sikurse tumoret joseminomatos. Ndersa ato raste kur nuk kemi ngritje te niveleve te markuesve tumoral mund ti mbajme nen vezhgim. Metastazat nga tumoret joseminomatos zgjedhej te pare trajtimi kane 3-4 cikle PEB. Gjithashtu mund te behet

Shoqata europiane e urologeve

Ca.testi

Prof. Dr. Flamur Tartari

rezekcion i mases tumorale reziduale pas kemioterapise kur nivelet e markuesve tumoral jane stabilizuar.

Per metastazat e seminomave fillimisht beehet radioterapi, kur eshte e nevojshme vijohet me kemioterapi. Seminomat e avancuara fillimisht trajtohen me kemioterapi sipas te njejtave principeve qe perdoren per trajtimin e ca.testi joseminomatoz.

Rekomandime per ndjekjen e ca.testi joseminomatos stadi 1

procedurat	Viti 1	Viti2	3-5vjet	6-10vjet
Ekzaminimi fizik	Behet cdo 3muaj	Behet cdo 3muaj	2her ne vit	Nje here ne vit
Markuesit tumoral	Maten cdo 3 muaj	Maten cdo 3 muaj	2her ne vit	Nje here ne vit
Radiografi kraharorit	2 here ne vit	2 here ne vit		
CT abdomeni dhe pelvisi	2 here ne vit			

Rekomandime per ndjekjen e ca.testi joseminomatos stadi1 NSGCT pas RPLND ose kemioterapise adjuvante ne seminoma.

procedurat	Viti 1	Viti2	3-5vjet	6-10vjet
Ekzaminimi fizik	Behet cdo 3muaj	Behet cdo 3muaj	2her ne vit	Nje here ne vit
Markuesit tumoral	Maten cdo 3 muaj	Maten cdo 3 muaj	2her ne vit	Nje here ne vit
Radiografi kraharorit	2 here ne vit	2 here ne vit		
CT abdomeni dhe pelvisi	1here ne vit	1here ne vit		

Tumoret testikulare me origjine nga qelizat stromale

1.Tumoret me origjine nga qelizat leyding

Shoqata europiane e urologeve

Ca.testi

Prof. Dr. Flamur Tartari

Keto tumore perbejne 1-3% te tu.testikulare tek adultet dhe 3% te tumoreve testikulare tek femijet. Vetem 10% e tyre malinjizohen dhe kane keto karakteristika:

- a.Mase >5cm
- b.Atipizem qelizor
- c.Aktivitet i larte mitotik
- d.Nekrose
- e.Invazion vaskular
- f. Ekstension pertej parenkimes testikulare

klinkisht tumoret paraqiten ne trajten e nje testi te rritur ne volum. Ne nje pjese te rasteve masa zbulohet nga nje eko e rastit dhe ne 80% te rasteve tumori zhvillohet ne terren te nje crregullimi hormonal. Markuesit tumoral zakonisht nuk jan ete rritur, pra jane negative, 30% e pacienteve manifestojne gjinekomasti. Trajtimi i zgjedhur eshte orchiektomia apo ne varesi te rastit dhe orchiektomi parciale. Ne ato raste qe malinjizohen do perdoret kemioterapia.

Tumoret me origjine nga qel sertoli

Keto tumore jan eme te rralle se tumoret leyding dhe ne 10-22% te rasteve malinjizohen. Ato karakterizohen nga :

- a.madhesi >5cm
- b.pleomorfizem i nukleusit
- c.aktivitet i rritur mitotik
- d.nekrose dhe invazion qelizor

Shoqata europiane e urologeve

Ca.testi

Prof. Dr. Flamur Tartari

klinika eshte si e tumoreve leyding. Echo nuk eshte ne gjendje te beje nje diferencim te tu.germinale nga tu stromale.. trajtimi eshte i njejte si per tumoret leyding.