

- Noen pasienter befinner seg i en alvorlig tilstand når de diagnostiseres, for eksempel lungesvikt på grunn av omfattende lungemetastaser, og starten på kjemoterapi bør ikke forsinkes av orkiektomi hvis diagnosen er sikker. Orkiektomi må utføres senere uten å forsinke den systemiske behandlingen.
- Ved forekomst av massive lunge- eller hjernemetastaser, spesielt hos pasienter med koriokarsinom, kan det oppstå lunge- eller hjerneblødning under initial behandling, og behandlingssenteret bør være forberedt på å håndtere situasjonen. Pasienter må kanskje behandles på intensivavdelingen.
- Tumorlysesyndrom kan forekomme (svært sjelden), og behandlingssenteret bør være forberedt på dette og vurdere profylakse hos pasienter med stor tumorbyrde.
- Pasienter som i utgangspunktet anses som uegnet for oppstart av fulldose kjemoterapi, kan behandles med et innledende 3-dagers regime, etterfulgt av en fulldosesyklus 2 på dag 15.
- Planer for mulig stamcellehøsting og høydose kjemoterapi bør gjøres så tidlig som mulig for å redusere risikoen for forsinkelse av behandlingen.
- I løpet av de første 10–15 dagene etter starten av kjemoterapi kan TM øke (= «surge»). Hvis denne økningen i TM ikke erkjennes, vil fallet i TM feilaktig bli vurdert som forsinket. Derfor bør beregningen av fallet i TM baseres på TM-nivåene på dag 14/15 i den første BEP-syklusen og dag 1, 5 og 14/15 i den andre BEP-syklusen.
- Hos noen pasienter, for det meste hos de med svært høyt TM-nivå før kjemoterapi (β -hCG > 100 000 IE / L, AFP > 50 000ug / L), kan fallraten for TM være tilfredsstillende etter de første 2 eller 3 kurene med kjemoterapi, men så avtar fallet i TM etter tredje eller fjerde kur for å holde seg lett forhøyet, ofte rundt 30–50, og synker bare sakte. Dette fenomenet (stabile, lett forhøyede markører, såkalt «tail»), skal ikke betraktes som en behandlingssvikt. Hvis man er i tvil, kan man diskutere dette i SWENOTECA-nettverket.
- Pasienter med viabel germinalcellekraft ved residual reseksjon etter kjemoterapi bør diskuteres i SWENOTECA-nettverket angående videre kirurgi og/eller kjemoterapi. Målet bør alltid være å oppnå fullstendig reseksjon av restmasser (Fizazi et al., 2008).
- Se generelle kommentarer om metastatisk sykdom [7.1](#).

7.4 Hjernemetastaser

Det er rapportert hjernemetastaser hos 1–2 % av testikkelkreftpasientene og ca. 10 % av pasientene med avansert metastatisk sykdom (Nonomura et al., 2009; Oechsle & Bokemeyer, 2011; Patel et al., 2019). Det mangler prospektive kliniske studier, dataene er fra retrospektive serier. Primær cerebral germinalcellekraft er ikke inkludert i dette programmet.

Det bør vurderes multimodale behandlingsstrategier hos pasienter med hjernemetastaser, inkludert kjemoterapi, muligens høydosebehandling, samt lokal behandling med strålebehandling eller kirurgi. Sekvenseringen av modaliteter er ikke forhåndsbestemt og kan variere i henhold til symptomer, tumorlokalisasjon, multiplisitet og størrelse, målet for behandlingen, dvs. kurativ eller palliativ intensjon. Hvis hjernemetastasen er resektabel, og det er mulig med en kort forsinkelse av oppstarten av kjemoterapi, bør primær hjernekirurgi vurderes (Fossa, Bokemeyer, et al., 1999).

Generelt er kjemoterapi den initiale behandlingen, ettersom de fleste av disse pasientene også har ekstracerebrale metastaser. Det anbefales kjemoterapi som inneholder ifosamid, på grunn av bedre penetrasjon til CNS (Jacus et al., 2016). Hvis det oppnås komplett remisjon (CR)