

Bilaterální tumor ledvin jako náhodný nález při ultrazvukovém vyšetření u 82letého pacienta s močovou retencí

Bilateral kidney tumour as an incidental finding during ultrasound
examination in an 82-year-old patient with urinary retention

Kristýna Dukátová¹, Roman Zachoval^{1,2}, Jaroslav Jarabák¹, Katarína Otavová¹

¹Urologická klinika 3. LF a Thomayerovy nemocnice, Praha

²Urologická klinika 1. LF UK, Praha

Došlo: 28. 4. 2019

Přijato: 17. 6. 2019

Kontaktní adresa:

MUDr. Kristýna Dukátová
Urologická klinika 3. LF
a Thomayerovy nemocnice
Václavská 800, 140 59 Praha
e-mail: kristyna.dukatova@ftn.cz

Střet zájmů: Žádný.

Prohlášení o podpoře: Autorka prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno farmaceutickou firmou.

SOUHRN

Dukátová K, Zachoval R, Jarabák J, Otavová K. Bilaterální tumor ledvin jako náhodný nález při ultrazvukovém vyšetření u 82letého pacienta s močovou retencí. V kazuistice upozorňujeme na důležitost ultrazvukového vyšetření ledvin i při vyšetření akutních urologických stavů týkajících se jiných orgánů a prezentujeme zde možnost radikální chirurgické léčby i u pacientů

vyššího věku, kteří jsou v dobrém biologickém stavu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Bilaterální tumor ledvin, retence moči, ultrazvukové vyšetření.

SUMMARY

Dukatova K, Zachoval R, Jarabak J, Otavova K. Bilateral kidney tumour as an incidental finding during ultrasound examination in an 82-year-old patient with urinary retention. Bilateral renal cell carcinoma as an incidental finding during ultrasonography examination of an 82year old man with urinary retention. We emphasize the importance of ultrasound examination of the kidneys also in the examination of acute urological conditions related to other organs and we present the possibility of radical surgical treatment even in elderly patients who are in good biological condition.

KLÍČOVÁ SLOVA

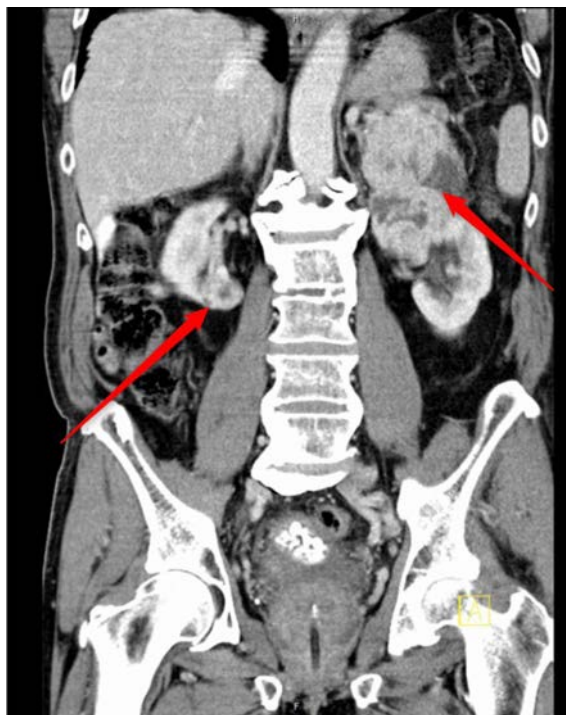
Bilateral renal cancer, urinary retention, ultrasound examination.

ÚVOD

Nádory ledvin tvoří asi 2–3 % veškerých zhoubných nádorů, bilaterální tumor ledvin se pak vyskytuje u 3–5 % z nich. Incidence nádorů ledvin obecně vzrůstá, v České republice je dokonce nejvyšší na světě (1, 2, 3, 4). Rizikové faktory jsou známy a patří mezi ně kouření, hypertenze a obezita. Většina pacientů je asymptomatická a až 50 % nádorů ledvin je diagnostikováno náhodně při ultrazvukovém vyšetření břicha (5). Základní léčbou lokalizovaného onemocnění je chirurgické řešení (2, 3, 5). Populace stárne a stále častěji se rozhodujeme, zda přistoupit k operační léčbě i přes vyšší věk pacienta. Naše rozhodnutí by mělo být vždy založeno na základě zvážení všech rizik a benefitů pro konkrétního pacienta a s přihlédnutím k pacientovu přání (6). Cílem této práce je upozornit na důležitost komplexního ultrazvukového vyšetření a zároveň demonstrovat klinický profit operační léčby nádorových onemocnění i u starších pacientů, kteří jsou v dobrém biologickém stavu.

KAZUISTIKA

V naší ambulanci byl akutně ošetřen 82letý pacient pro močovou retenci s nutností zavedení permanentního močového katétru. Během ultrazvukového vyšetření bylo vysloveno podezření na bilaterální tumor ledvin. Kontrastní CT vyšetření břicha a pánve potvrdilo bilaterální synchronní tumor ledvin. Na levé ledvině ukázalo objemný tumor horního pólu o rozměrech 100 × 95 × 90 mm s možným prorůstáním do levostranné nadledviny a suspektní infiltrací do pankreatu, vpravo vyšetření prokázalo tumor dolního pólu pravé ledviny o velikosti 25 × 20 × 23 mm, dále pak výrazně zvětšenou prostatu 60 × 50 × 56 mm a v močovém měchýři přes dvacet cystolitů. Pacient byl doposud bez jakékoliv urologické anamnézy. Dlouhodobě se ve svém věku léčil jen s arteriální hypertenzí a byl v celkově dobrém biologickém stavu (ECOG Performance Status 1). Pacient byl prezentován na onkourologickém semináři, kde bylo s přihlédnutím k jeho dobrému biologickému stavu a normálním renálními parametrami (kreatinin 92 μmol/l, urea 5,7 mmol/l) rozhodnuto o radikálním



Obr. 1. Kontrastní CT vyšetření břicha a malé pánve – bilaterální synchronní tumor ledviny (viz šipky), benigní hyperplazie prostaty, mnohočetná cystolitida
Fig. 1. Contrast CT scan – bilateral synchronous renal cell carcinoma (see arrows), benign prostatic hyperplasia, multiple bladder stones

operačním řešením. Spolu s chirurgy byla provedena radikální nefrektomie vlevo s adrenalectomií, splenektomií a resekci kaudy pankreatu. Histologické vyšetření prokázalo světlobuněčný renální karcinom (pT4, N0, M0, G2, R0), avšak bez infiltrace sleziny či pankreatu. Pooperační průběh byl bez komplikací, renální parametry vykazovaly jen mírnou elevaci (kreatinin 133 μmol/l, urea 5,6 mmol/l). Pacient se zhojil per primam. S odstupem deseti týdnů od první operace byla provedena resekce pravé ledviny, kde histologické vyšetření prokázalo také světlobuněčnou variantu renálního karcinomu (pT1a, M0, N0, G2, R0). Vzhledem k nutnosti trvale zavedeného močového katétru, mnohočetné cystolitidě, velikosti prostaty a v neposlední řadě s přihlédnutím k pacientovu přání, byla necelý půl rok po první operaci provedena transvezikální prostatektomie s extrakcí mnohočetné cystolitidy. Pooperačně pacient močil volně, bez postmiktického rezidua a renální parametry byly stále stabilní (kreatinin 130–140 μmol/l, urea 6,5–9,0 mmol/l). Pacient byl nadále laboratorně a pomocí zobrazo-

vacích metod pravidelně sledován na onkologii. Pět let po první operaci se pacientův celkový stav náhle výrazně zhoršil. Dle doplněného ultrazvukového vyšetření břicha a rentgenového vyšetření srdce a plic, se objevila recidiva v lůžku po levostranné nefrektomii s metastatickým postižením jater a suspektní metastázou v 12. žeburu vlevo. Vzhledem k jasnému nálezu na provedených zobrazovacích vyšetřeních již nebylo doplněno kontrolní CT vyšetření břicha a malé pánve. Vzhledem k věku a zhoršení celkového stavu byl zvolen symptomatický postup bez aktivní onkologické léčby. Nadále byl pacient hospitalizován v hospicové péči, kde ve věku 87 let zemřel.

DISKUZE

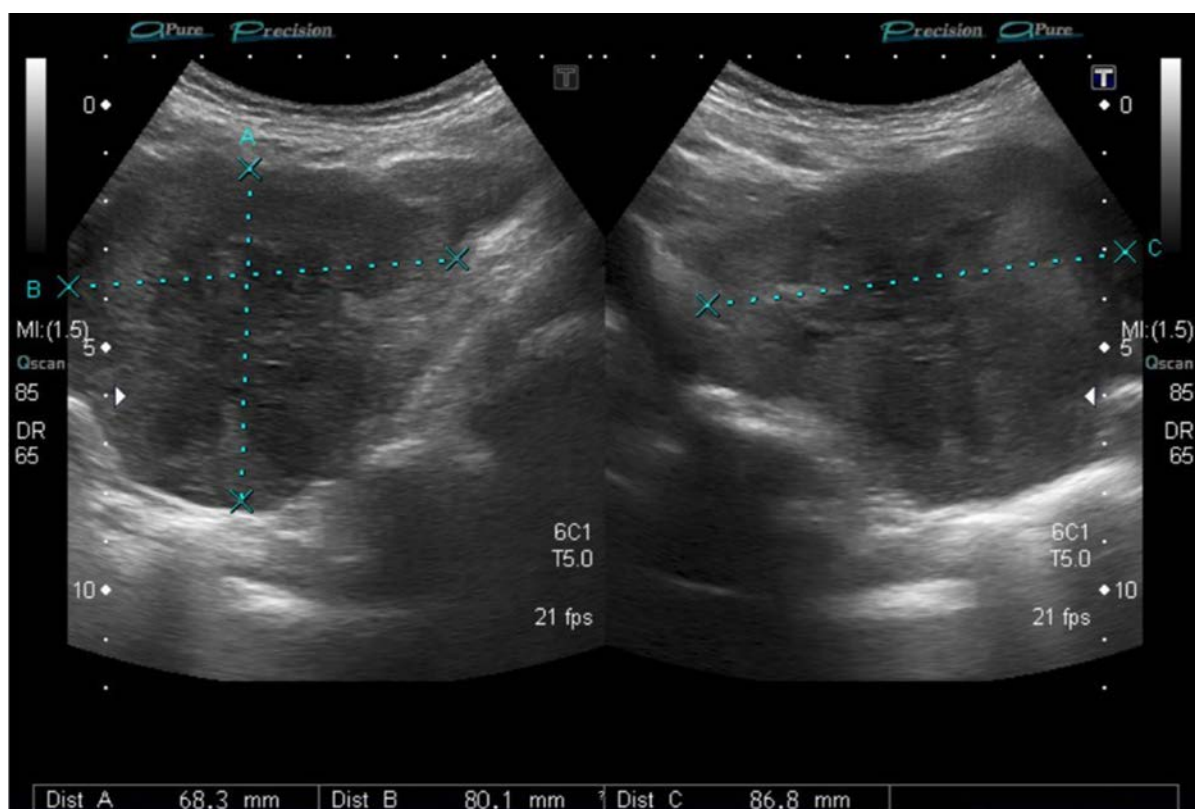
Nádory ledvin jsou třetím nejčastějším urologickým maligním onemocněním v České republice. Jejich incidence nadále vzrůstá, výskyt je častější u mužů než u žen. Maximum výskytu je mezi 60.–70. rokem, ale postihuje i mladší jedince. Incidence nádorů ledviny byla v České republice v roce 2016 u mužů 21,0/

100 000 a u žen 9,9/100 000 (3, 4). Až 90 % nádorů ledvin tvoří karcinomy, z nichž nejčastějším typem je světlobuněčný renální karcinom (80 %) (5).

Bilaterální renální nádor se vyskytuje u 3–5 % nádorů ledvin. Je přítomen buď synchronně či metachronně. Obě varianty pak mohou být jak sporadické, tak hereditární (1, 2).

Hereditární formy nádorů tvoří cca 3–5 % všech nádorů ledvin. Jedná se o nádory ledvin, které jsou součástí relativně vzácných dědičných syndromů (Von Hippel-Lindau syndrom, Birt-Hogg-Dubé syndrom, tuberózní skleróza, hereditární papilární karcinom aj.). Na rozdíl od sporadických nádorů jsou častěji multifokální, bilaterální a postihují daleko mladší pacienty. Přítomnost hereditárního typu nádoru má výrazný dopad na celou rodinu, která musí být pravidelně sledována a co nejdříve léčena (7).

Ve studii, kterou publikovali Klatte a spol. u 10 337 pacientů s tumorem ledvin, se bilaterální synchronní tumor vyskytl u 153 z nich. Histologicky se nejčastěji jednalo o světlobuněčný renální karcinom (76 %) a papilární (19 %) typ karcinomu. Výsledky studie



Obr. 2. USG vyšetření břicha – recidiva v lůžku po levostranné nefrektomii

Fig. 2. Ultrasound scan – local recurrence after left nephrectomy

prokázaly, že bilaterální synchronní renální karcinom má podobnou prognózu jako unilaterální. Dále studie odhalila, že u bilaterálního synchronního karcinomu je oproti unilaterálnímu signifikantně vyšší výskyt multifokality nádoru (54 % 16 %) a papilárního typu nádoru (19 % 12 %) (1, 8). Grimaldi a spol. ve studii, která zahrnovala 698 pacientů s nádorem ledviny, zastihli bilaterální tumor u 33 pacientů (5 %). U 4 ze 33 (12 %) byl diagnostikován VHL (Von Hippel-Lindau syndrom), či dědičný renální karcinom a 29 ze 33 (88 %) mělo nehereditární formu bilaterálního tumoru ledvin. Byl zde prokázán signifikantní rozdíl ve velikosti tumoru u synchronního a asynchronního bilaterálního nádoru (medián 4 cm 2,8 cm) (9).

Většina pacientů s nádorem ledviny je asymptomatická, polovina z nich je diagnostikována zcela náhodně při ultrazvukovém vyšetření břicha. Jen malá část se projeví bolestí v boku či hematurií. V diagnostice nádorů ledvin jsou základem zobrazovací metody, především ultrasonografie, která od sebe odliší solidní a cystické útvary ledvin. Dále pak CT vyšetření a magnetická rezonance (2, 5, 8).

Základem léčby lokalizovaného onemocnění je operační řešení, radikální nefrektomie či resekce ledviny (3). Stejně je tomu i u bilaterálních nádorů ledvin. Oproti metachronnímu bilaterálnímu tumoru je volba operačního řešení u synchronního typu nádoru složitější. Jedná se o rovnováhu mezi zachováním ledvinového parenchymu a kompletním, onkologicky bezpečným odstraněním tumoru, které má vždy přednost. Rozhodnutí o typu operačního zákroku závisí především na velikosti tumoru, jeho uložení a v neposlední řadě také na celkovém stavu pacienta (1, 2, 8). Nejvhodnější volbou pro prezervaci ledvinového parenchymu je bilaterální resekce ledvin. V takovém případě se obvykle přistupuje nejdříve k resekci na straně s rozsáhlejším tumorem s cílem eliminace co nejvíce nádorových buněk. Vzhledem k velikosti tumorů je někdy nutné zvolit radikální nefrektomii na jedné straně, v kombinaci s resekci ledviny na straně druhé. V těchto případech je doporučováno nejdříve provést nefrektomii a poté resekci ledviny na druhé straně. Pouze jedná-li se o vysoce rizikový nádor, volí se nejdříve resekce ledviny v první době před radikální nefrektomií. Tento

postup se volí pro eventuální možnost přípravy pacienta na hemodialýzu v situaci, kdy během resekce ledviny dojde ke komplikacím s nutností radikální nefrektomie. Jsou-li bilaterálně tumory rozsáhlé, přistupuje se i k oboustranné radikální nefrektomii s vědomím nutnosti následné dialyzační léčby či transplantace ledviny (2). Alternativní metodou léčby je u pacientů, kteří jsou příliš rizikováni pro operační řešení, radiofrekvenční ablace či kryoablace tumoru (8).

Do studie, kterou provedl Hu a spol. bylo zařazeno celkem 32 pacientů s bilaterálním synchronním renálním karcinomem. Dle velikosti nádoru, jeho lokalizace a dle stavu pacienta byl volen typ operačního řešení. U osmi pacientů bylo zvoleno operační řešení bilaterálních nádorů v jedné době, u zbylých byla operace provedena ve dvou dobách s odstupem čtyř až osmi týdnů. U patnácti pacientů byla zvolena radikální nefrektomie na straně jedné s parciální resekci tumoru ledviny na straně druhé. U devíti pacientů byla provedena bilaterální parciální resekce ledviny. Pooperačně se vyskytla elevace kreatininu a snížení glomerulární filtrace u pěti pacientů, ani jeden z nich však nevyžadoval hemodialyzační léčbu (2).

Spolu se stárnoucí populací bude i nadále postupovat operační zákroky stále více lidí nad 80 let. Ve studii, kterou provedl Chung a spol., bylo zařazeno celkem 404 pacientů nad 80 let podstupujících nejrozumnější elektivní operační výkony. Jako nejčastější pooperační komplikace se u 12,9 % pacientů vyskytly respirační obtíže. Druhou nejčastější pooperační komplikací byla infekce, dále pak šok, neurologické obtíže, kardiovaskulární komplikace, či zhoršení renálních parametrů. Ve studii bylo také prokázáno, že vyšší riziko pooperačních komplikací mají obecně muži a častěji se komplikace vyskytují u zákroků prováděných v celkové anestezii. Rozvoj pooperačních komplikací však závisel především na celkovém stavu pacienta před operací. Volba indikovat zda operační řešení by vždy měla být závislá nejen na věku pacienta, ale především na jeho biologickém stavu, benefitech operace a v neposlední řadě také na přání pacienta (6). Ve studii, kterou provedli Staehler a spol., bylo zařazeno celkem 117 pacientů ve věku nad 74 let s nádorovou masou ledviny. Pacienti podstoupili radikální nefrekto-

mii, resekci ledviny, či nefroureterektomii, signifikantní rozdíl v morbiditě pacientů u jednotlivých typů operací však nebyl prokázán. Během operace žádný pacient nezemřel a nejčastější komplikací bylo peroperační krvácení. V pooperačním období se nejčastěji vyskytla infekce a kardiovaskulární komplikace. Hlavním limitujícím faktorem pro další přežití pacientů se ukázal akutní infarkt myokardu. Operační řešení u starších pacientů je vhodné provádět na větších urologických pracovištích a prognóza pacientů je dána především přítomností komorbidit (10).

ZÁVĚR

Synchronní bilaterální tumor ledviny je relativně vzácný, nejčastěji je diagnostikován náhodně. Kazuistika poukazuje na důležitost komplexního ultrazvukového vyšetření v běžné akutní urologické praxi. Zároveň demonstruje klinický profit operační léčby nádorových onemocnění i u starších pacientů, kteří jsou v dobrém biologickém stavu. Samotný věk by proto neměl být kontraindikací chirurgické léčby.

LITERATURA

1. Klatte T, Wunderlich H, Patard J-J, et al. Clinicopathological features and prognosis of synchronous bilateral renal cell carcinoma: an international multicentre experience. *BJU Int.* 2007; 100(1): 21–25.
2. Hu X-Y, Xu L, Guo J-M, Wang H. Surgical strategy of bilateral synchronous sporadic renal cell carcinoma – experience of a Chinese university hospital. *World J Surg Oncol.* 2017; 15(1): 53.
3. Gronka L, Poršová M, Poněšický J, et al. Karcinom ledviny – současné trendy. *Onkologie* 2008; 2(2): 94–101.
4. Dušek L, Mužík J, Kubásek M, et al. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. Masarykova univerzita, [2005]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802–8861.
5. Hora M. Nádory ledvin. *Urol. praxi.* 2006; 6(1): 28–30.
6. Chung J-Y, Chang W-Y, Lin T-W, et al. An analysis of surgical outcomes in patients aged 80 years and older. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 2014; 52(4): 153–158.
7. Haas NB, Nathanson KL. Hereditary kidney cancer syndromes. *Adv Chronic Kidney, Dis.* 2014; 21 (1): 81–90.
8. Ladman J, Handrejch L, Šafařík L, Holan P, Miniberger M. Bilaterální synchronní renální karcinom s odlišným histologickým nálezem. *Urol. praxi* 2016; 17(2): 87–90.
9. Grimaldi G, Reuter V, Russo P. Bilateral non-familial renal cell carcinoma. *Ann Surg Oncol.* 1998; 5(6): 548–552.
10. Staehler M, Haseke N, Stadler T, et al. Renal surgery in the elderly: morbidity in patients aged > 75 years in a contemporary series. *BJU Int.* 2008; 102(6): 684–687.