

SYNCHRONNÍ TRIPLICITA UROLOGICKÝCH MALIGNIT

SYNCHRONIC TRIPPLICITY OF UROLOGICAL MALIGNANCIES

**Monika Žižlavská, Martin Drábek,
Zdeněk Lavička**

Urologické oddělení, Nemocnice Jihlava

Došlo: 18. 9. 2013.
Přijato: 20. 11. 2013.

Kontaktní adresa

MUDr. Monika Žižlavská
Urologické oddělení, Nemocnice Jihlava s.r.o
Vrchlického 59, 586 01 Jihlava
e-mail: monika.zizlavska@seznam.cz

Střet zájmů: žádný.

Souhrn

Žižlavská M, Drábek M, Lavička Z. Synchronní triplicita urologických malignit

Vícečetné malignity musí splňovat kritéria dle IARC (International Agency of Research on Cancer): Musí pocházet z odlišných orgánů, musí mít rozdílnou histologickou strukturu a nesmí být navzájem metastázami. Multiplicity rozdělujeme dle časového výskytu na synchronní a asynchronní. Nejčastějšími multiplicitami jsou duplicity, vzácnými triplicity, vícečetné malignity jsou zcela raritní. V našem článku prezentujeme kazuistiku pacienta se synchronním výskytem tří urologických malignit, a to adenokarcinomem prosta-

ty, konvenčním renálním karcinomem pravé ledviny a uroteliálním karcinomem močového měchýře.

Klíčová slova:

triplicita, synchronní, renální karcinom, uroteliální karcinom, adenokarcinom prostaty.

Summary

Žižlavská M, Drábek M, Lavička Z. Synchronic triplicity of urological malignancies

Multiple tumors, as defined by the criteria of the IARC (International Agency of Research on Cancer), must have an origin in different organs, must have a different histological structure, and must not be a metastasis from another primary tumour. According to the time of development, multiple tumors are divided into synchronous or asynchronous. The most frequent multiple tumors are duplicate, triplicity is rare, and development of more than three tumors in a single patient is very rare. We present a case report of a patient with three synchronous urological malignancies, prostate adenocarcinoma, renal cell carcinoma of the right kidney and urothelial bladder carcinoma.

Key words:

triplicity, synchronic, renal carcinoma, urothelial carcinoma, prostate adenocarcinoma.

ÚVOD

Kritéria multiplicity tumorů určil v roce 1889 Billroth: Jednak musí být potvrzena různá struktura nádorů, dále pak musí být známa

odvoditelnost nádorů od místa vzniku a dále pak případně prokázána tvorba metastáz. V roce 1932 Waren a Gottes zavedli posuzo-

**Obr. 1.**

Tumor ledviny, CT snímek, arteriální fáze, koronární scan

Fig. 1.

Renal tumor, CT image, arterial phase, coronar scan

**Obr. 2.**

Tumor ledviny, CT snímek, arteriální fáze, axiální scan

Fig. 2.

Renal tumor, CT image, arterial phase, axial scan

vání multiplicity malignit dle histologického rozboru. Tedy v souhrnu vícečetné malignity musí splňovat kritéria dle IARC (International Agency of Research on Cancer): Musí pocházet z odlišných orgánů, musí mít rozdílnou histologickou strukturu a nesmí být navzájem metastázami. Multiplicity rozdělujeme dle časového výskytu na synchronní a asynchronní (1–4). Nejčastějšími multiplicitami jsou duplicita, vzácnými triplicita, vícečetné malignity jsou zcela raritní. Poměr triplicit je přibližně 1 : 2000. Do současné doby bylo triplicitních malignit popsáno několik stovek. První multiplicita byla publikována celosvětově v roce 1851 Bennettem, první u nás Šiklem v roce 1927 (2). V české literatuře je popis maligní triplicity velmi raritní, záchyt synchronní urologické maligní triplicity se nám dosud nepodařilo v české literatuře nalézt.

Na našem pracovišti se s vícečetnými malignitami (výskyt tří a více nádorů) setkáváme extrémně vzácně, s triplicitou čistě urologic-

kých malignit jsme se setkali celkem 2krát, u jednoho pacienta s asynchronními malignitami a nyní u níže popsaného pacienta se synchronními malignitami.

KAZUISTIKA

Pacient, 72 let, diabetik na konvenčním inzulínovém režimu, dlouholetý kuřák, dříve pracující jako řezník, přichází k urologickému vyšetření na terénní urologickou ambulanci k preventivní prohlídce, subjektivně asymptomatický. Sonograficky zjištěn susp. tumor pravé ledviny a tumor močového měchýře a při palpačním vyšetření prostaty per rektum karcinom prostaty. Odebrána krev na PSA – výsledná hodnota 1300 ng/ml. Doplněno CT břicha a malé pánve s kontrastní látkou s nálezem nádorové expanze na pravé ledvině nejméně T2, velikosti 47 × 36 × 45 mm, nádorové ex-

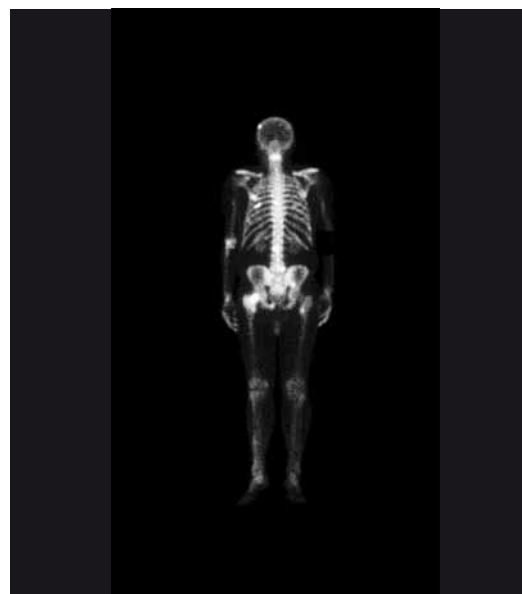


Obr. 3.

Tumor močového měchýře, CT snímek, vylučovací fáze, koronární scan

Fig. 3.

Bladder tumor, CT image, excretory phase, coronar scan

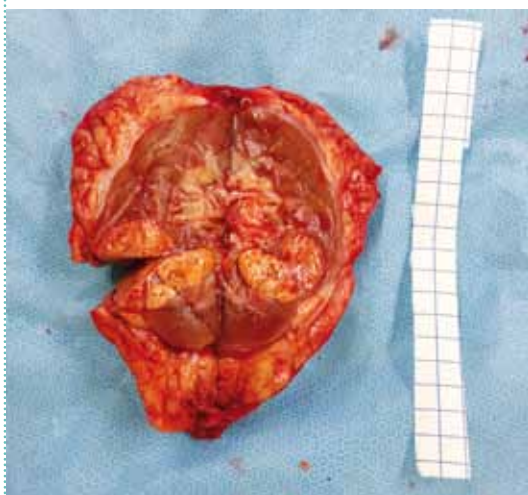


Obr. 4.

Scintigrafie skeletu s nálezem metastáz (kalva, levá parietální kost, sternum, obratle C3, Th7, L2, pravá kyčel, stydká kost, levá stehenní kost)

Fig. 4.

Bone scintigraphy with the presence of metastase (skull, left os parietale, sternum, vertebrae C3, Th7, L2, right ilium, os pubis, left femur)



Obr. 5.

Tumor ledviny, fotografie preparátu po radikální nefrektomii

Fig. 5.

Renal tumor, photography of preparate after radical nephrectomy

panze báze močového měchýře a zřetelně zvětšené prostaty, bez nálezů maligně zvětšených lymfatických uzlin a scintigrafické vyšetření skeletu s nálezem osteoplastického metasta-

tického rozsevu do kostí. RTG srdce a plic bylo bez patologického nálezů. Pacientovi byla navržena otevřená operace na pravé ledvině s pokusem o provedení záchovného, tuto však

pacient odmítá. Pacient souhlasil s provedením transuretrální resekce tumoru močového měchýře (TUR) a punkční biopsie prostaty (BPP) za hospitalizace na našem urologickém oddělení. V celkové anestezii byla provedena TUR třicentimetrového tumoru na přechodu pravé boční a zadní stěny močového měchýře a BPP. Histologicky byl definitivně potvrzen uroteliální karcinom močového měchýře pT1 G2 a adenokarcinom prostaty klinicky T2c M1b/ossa/GS 9/5 + 4/. Zahájena terapie nesteroidními antiandrogeny (bicalutamid). Nález jsme konzultovali v urologicko-onkologické komisi, z té pak indikováno převedení na hormonální terapie LHRH agonistou (leuprorelin) a léčba bisfosfonáty (kyselina zoledronová).

Pacient nadále docházel na ambulantní kontroly do terénní urologické ambulance, LHRH agonista byl aplikován á 3 měsíce, kontrolní cystoskopie á 3 měsíce od TUR – byly opakovaně bez známek recidivy. Pacient je subjektivně bez potíží, opakovaně odmítá operační řešení karcinomu ledviny. Až po 6 měsících od původního urologického vyšetření pacient po domluvě s rodinou souhlasí s otevřeným operačním výkonem na pravé ledvině.

Během operačního výkonu bylo zjevné, že ledvina adhezuje k perirenálnímu tuku a fascii, tumor je prakticky intrarenální, proto bylo přistoupeno k radikální nefrektomii (RANE) vpravo. Na řezu preparátu pak patrný zcela intrarenální žlutavý tumor velikosti cca 6 cm zasahující do sinu ledviny. Histologicky byl následně potvrzen konvenční renální karcinom pT3a G2. Výsledky jsme opět projednali v urologicko-onkologické komisi. PSA je při šestiměsíční terapii LHRH analogy 26,09 ng/ml, kontrolní cystoskopie bez známek recidivy tumoru močovém měchýři, uro-onkologickou komisí tedy doporučeno sledování pacienta v terénní urologické ambulanci, nadále aplikace hormonální léčby a bisfosfonátů, kontrolní RTG plic á půl roku, doporučena i kontrolní scintigrafie skeletu, v případě symptomatologie (bolesti skeletu, hematurie), eventuálně ke zvážení provedení paliativní radioterapie.

Nyní je pacient 9 měsíců po TUR a biopsii prostaty a 4 měsíce po RANE, subjektivně bez potíží, na bolesti si nenařiká, nynější hladina PSA je 6,49 ng/ml. Terapii LHRH analogy a bisfosfonáty toleruje bez potíží, je bez známek recidivy tumoru močového měchýře či ledviny.

DISKUSE

Častěji jsou multiplicitními nádory postiženi muži a nádory jsou asi v 80 % asynchronní (2, 3). Multiplicitní nádory se zpravidla vyskytují ve vyšším věku (nad 70 let) (2, 3).

V roce 1995 Koyama publikoval rozsáhlou studii urogenitálních multiplicit. U 24 pacientů byl popsán výskyt urogenitální duplicity a u 10 urogenitální triplicity. Mnohočetné malignity byly ve velké většině u mužů a ve většině případů u pacientů starších 61 let. Triplicita čistě urologických malignit (karcinomu ledviny, karcinomu prostaty a uroteliálního karcinomu močového měchýře, ureteru a renální páničky) byla popsána u dlouhodobého silného kuřáka, který přežil výbuch atomové bomby (2, 4).

Nejpravděpodobnější etiologický faktor vzniku vícečetných malignit se předpokládá synergický kancerogenní vliv zevního prostředí spojený s genetickou predispozicí, vliv UV záření, u asynchronních malignit pak patrně i vliv chemoterapie a radioterapie prvotních malignit (2, 3). Je pravděpodobné že s prodlužujícím se věkem a stárnutím populace se s vícečetnými malignitami bude setkávat stále častěji.

Nález synchronní urologické triplicity je velmi vzácný, pacienta je o nálezech nutné šetrně, ale podrobně informovat a seznámit jej s možnostmi léčby. Rozhodnutí a volba způsobu léčby je na pacientovi. Dále je pak důležité pacienta důkladně seznámit s rizikovými faktory pro vznik malignit a dle zvážení pacienta pak i plánovat možnost minimalizace výskytu rizikových faktorů, v tomto případě naplánování odvykání kouření. Dále je nutné pacienta upozornit na možnost rodinné predispozice.

U našeho pacienta byly všechny tři urologické malignity zjištěny prakticky náhodně při urologickém vyšetření, na které se pacient dostavil preventivně na popud své manželky. Subjektivně byl pacient bez potíží a jak sám doznal, urologické vyšetření by nevyhledal, nebýt manželky, která jej k preventivnímu vyšetření motivovala. Naš pacient je 72letý dlouhodobý kuřák, dlouholetý diabetik na inzulinu, v rodinné anamnéze bez zjištěné malignity. Je pravděpodobné, že zejména dlouhodobý kancerogenní vliv nikotinu a zplodin tabáku zde má svůj etiologický podíl.

ZÁVĚR

Multiplicity rozdělujeme dle časového výskytu na synchronní a asynchronní. Vícečetné malignity musí splňovat kritéria dle IARC (International Agency of Research on Cancer): Musí pocházet z odlišných orgánů, musí mít rozdílnou histologickou strukturu a nesmí být navzájem metastázami. Nejčastějšími multi-

plicitami jsou duplicity, vzácnými triplicity, vícečetné malignity jsou zcela raritní. Poměr triplicit je přibližně 1 : 2000 (2, 4, 6).

Do současné doby bylo triplicitních malignit popsáno několik stovek. V české literatuře je popis maligní triplicity velmi raritní, záchyt synchronní urologické maligní triplicity se nám dosud nepodařilo v české literatuře nalézt.

LITERATURA

1. **Dvořáček J, et al.** Urologie praktického lékaře. Praha: ISV 2000; 127–173.
2. **Prošvic P, Odrážka K, Morávek P, et al.** Vícečetné malignity v urologii – kazuistiky. Praha: ČOS ČLS JEP 2004.
3. **Dušek L, et al.** Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice na: www.svod.cz
4. **Morikawa, Y, Shiomi, K, Isihara, Y, et al.** Triple primary cancers involving kidney, urinary bladder, and liver in a dye worker. *Am J Ind Med* 1997; 31: 44–49.
4. Vybrané otázky onkologie VIII. Praha: Galén 2004: 112–116
5. www.czechurol.cz
6. www.linkos.cz