

DLAŽDICOBUNĚČNÝ KARCINOM LEDVINNÉ PÁNVIČKY

SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE RENAL PELVIS

Martin Klíma¹, Jan Schraml¹,
Milouš Derner², Martin Čegan³

¹Oddělení urologie a Centrum robotické
chirurgie, Masarykova nemocnice
v Ústí nad Labem, Krajská zdravotní a.s.

²Oddělení radiodiagnostiky,
Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem,
Krajská zdravotní a.s.

³Oddělení patologické anatomie,
Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem,
Krajská zdravotní a.s.

Došlo: 15. 10. 2013.

Přijato: 5. 12. 2013.

Kontaktní adresa

MUDr. Martin Klíma

Oddělení urologie a Centrum robotické
chirurgie

Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem,
Krajská zdravotní a.s.

Sociální péče 3316/12a,

401 13 Ústí nad Labem

e-mail: martin.klima@kzcr.eu

Střet zájmů: Článek vznikl bez podpory,
jedná se o nezávislý článek.

Souhrn

Klíma M, Schraml J, Derner M, Čegan M.
Dlaždicobuněčný karcinom ledvinné pánvičky

Chceme prezentovat případ 41leté pacientky, které byla provedena nefrektomie pro abscedující pyelonefritidu při dlouhodobé anamnéze nefrolitiázy horního kalichu pravé ledviny. Ta odhalila pokročilý keratinizující dlaždicobuněčný karcinom ledvinné pánvičky.

Klíčová slova:

ledvina, ledvinná pánvička, dlaždicobuněčný karcinom.

Summary

Klíma M, Schraml J, Derner M, Čegan M.
Squamous cell carcinoma of the renal pelvis

We would like to present a case report of a 41-year-old female, with chronic right upper pole nephrolithiasis who underwent nephrectomy due to pyelonephritis with abscess formation. An incidental finding of advanced keratinizing squamous cell carcinoma of the renal pelvis was diagnosed in the surgical specimen.

Key words:

kidney, renal pelvis, squamous cell carcinoma.

ÚVOD

Primární maligní nádory ledvinné pánvičky se vyskytují relativně zřídka. Obvyklým histologickým typem je uroteliální karcinom za-

stoupený přibližně v 90 %, dlaždicobuněčný karcinom v 1–7 % a adenokarcinom nacházející méně než v 1 % případů (1). Výskyt dlaždi-

cobuněčného karcinomu je ve většině případů spojen s dlouhodobou anamnézou iritačních vlivů, jako je nefrolitiáza a také pyelonefritidy. Dle analýzy dat Švédského národního onkologického registru bylo potvrzeno, že pacienti s urolitiázou mají signifikantně vyšší incidenci nádorů pánvičky a ureteru (2, 3). To je dáno tím, že při dlouhodobě ponechané litiáze dochází chronickým drážděním k dlaždicobuněčné metaplazii epitelu a v některých případech potom k rozvoji dlaždicobuněčného karcinomu (4–6). Tyto nádory primárně vzniklé v ledvinné pánvičce následně invadují do tuku renálního hilu a renálního parenchymu. Ve většině případů se jedná o vysoce agresivní tumory.

Protože se jedná o raritní tumory s často nejednoznačnými klinickými i radiologickými příznaky, stává se často, že jsou odhaleny v pokročilých stádiích, která nemají dobrou prognózu i díky jejich biologické povaze (4, 7–9).

KAZUISTIKA

Při prvním přijetí na naše oddělení byla 41letá pacientka odeslána obvodním urologem k hospitalizaci pro subfebrilie a podezření na absces horního pólu pravé ledviny. Pacientka byla měsíc předtím hospitalizována na jiném urologickém oddělení s anamnézou pravostranné pyelonefritidy a přeléčena antibiotiky. V anamnéze měla objemnou nefrolitiázu horního kalichu ledviny vpravo, přes 30 mm v největším rozměru. O této litiáze se vědělo dle jejího sdělení asi 20 let, údajně byla zjištěna náhodně a nebyla řešena pro svůj objem i lokalizaci a asymptomaticnost. Pacientka při přijetí subjektivně udávala pouze intermitentní bolesti pravého boku trávající několik dní.

V laboratorním nálezu byla elevace zánětlivých markerů. Ultrazvukový nález na ledvině byl nepřehledný, a proto bylo provedeno nativní CT vyšetření ledvin, které odhalilo hypotonii kalichopánvičkového systému vpravo, rozšíření parenchymu se známkami pyelonefritidy, v horním segmentu objemný cystický útvar s hrubými kalcifikacemi ve stěně (výše zmíněná nefrolitiáza) vyplněný tekutinou o denzitě okolo 20 HU – ložisko bylo popsáno spíše charakteru komplikované cysty než abscesového ložiska a ureter bez dilatace, bez prokazatelné překážky. Dle následné RTG vi-

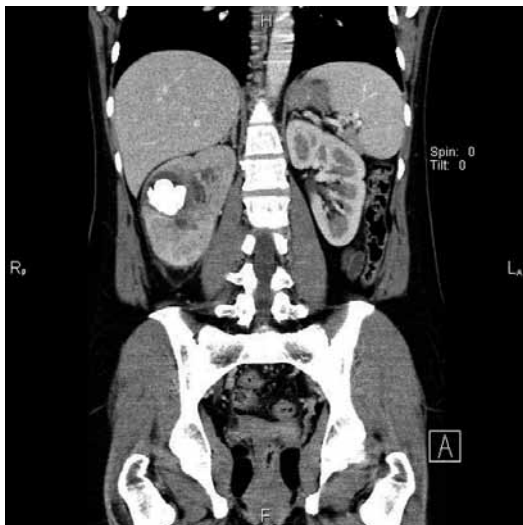
zity, kde byl nález revidován, se jednalo spíše o izolovaný hydrokalix horního pólu než o absces či komplikovanou cystu.

Na empiricky parenterálně nasazeném Augmentinu došlo k ústupu klinických i vymizení laboratorních známek zánětu. Kultivace moči byla sterilní. Pacientka se cítila subjektivně dobře a na vlastní žádost byla po 4 dnech s perorální antibiotickou léčbou propuštěna do ambulantní péče.

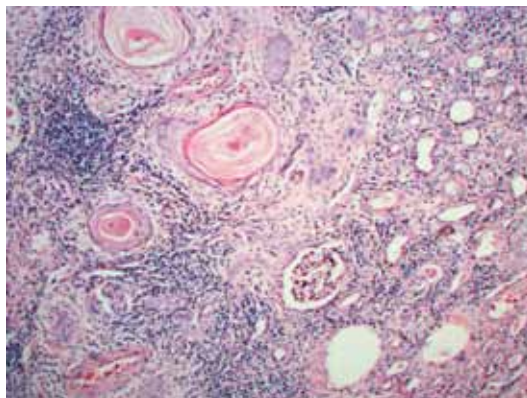
Po 22 dnech byla opět přijata s identickými obtížemi – febrilie a intermitentní bolesti v pravém boku. Byla doplněna cystoskopie – bez patologického nálezu. Jednalo se již o třetí hospitalizaci v krátké řadě za sebou, druhou na našem oddělení. Ani přes parenterální antibiotické terapii nedošlo k normalizaci stavu, hladiny zánětlivých markerů neklesaly, pacientka byla stále febrilní. Za daných okolností jsme považovali stav za konzervativně neřešitelný a za příčinu zánětu pokládali ložisko v oblasti horního pólu ledviny s litiázou. Eventuální punkce či drenáže jsme vzhledem k délce obtíží a anamnéze nepokládali za přínosné, protože jako jediné možné řešení jsme pokládali eventuální resekci daného pólu ledviny s chronickou litiázou. Vzhledem k situaci byla pacientce nabídnuta laparoskopická revize pravé ledviny s eventuální resekci postižené oblasti. Pacientka po poučení s naším návrhem strategie léčby souhlasila a podepsala informovaný souhlas i s eventuální nefrektomií, včetně možné konverze na otevřenou operaci.

Operační výkon byl velmi obtížný. Pro četné srůsty v dutině břišní nebyla operace laparoskopickou metodou proveditelná. Po konverzi byla obtížně vypreparována pravá ledvina. Četné srůsty byly v okolí hilu a vena cava inferior. Parakaválně byl nalezen objemný paket uzlin imitující kaseózní změny. Pro podezření na tuberkulózu ledviny byla provedena nefrektomie a pacientka pooperačně přemístěna na infekční JIP a následně na infekční oddělení. Podezření na TBC se však nepotvrdilo. Pooperační průběh byl bez komplikací. Pacientka 8. pooperační den podepsala opět negativní revers s hospitalizací a odešla i se zavedenou drenáží, která byla extrahována ambulantně 10. pooperační den.

Makroskopicky na řezu ledvinou bylo nalezeno velké množství hnisu a konkrémentů v dutém systému, velikosti od 3 do 15 × 15 × 8 mm. Parenchym měl na řezu žlutou kůru a červenohnědou dřev, místy byla v parenchymu nalezena abscesová ložiska. V paketu



Obr. 1.
CT snímek tumoru
Fig. 1.
CT of tumour



Obr. 2.
Dlaždicobuněčný karcinom ledvinné pánvičky
(100× HE)
Fig. 2.
Squamous cell carcinoma of the renal pelvis (100× HE)

lokalizovaném parakaválně bylo nalezeno pět uzlin, největší průměru 15 mm, na řezu šedo-žluté barvy.

Mikroskopicky se jak v uzlinách, tak v ledvině jednalo o středně diferencovaný dlaždicobuněčný karcinom s monocelulární keratinizací a tvorbou rohových perel s dobře identifikovatelnou lymfangioinvazí. Parenchym ledviny byl tímto karcinomem difúzně prostoupen. V okolí tumoru byla četná abscesová ložiska a v oblasti pánvičky hojná smíšeně zánětlivá celulizace. V zastižených excizích z pánvičky byla ložiska uroteliálního epitelu, který volně přecházel do struktur středně diferencovaného keratinizujícího spinocelulárního karcinomu. Stěna ureteru byla prostoupena strukturou výše popsaného karcinomu, zastižená část sliznice byla bez nádorových změn, v lumen byla smíšená zánětlivá celulizace. V hilu ledviny byly nalezeny celkem tři lymfatické uzliny, v jedné z nich potom struktury výše popsaného karcinomu. Cévní lumina byla bez maligních nádorových struktur. V preparátu č. 2 (paket parakaválních lymfatických uzlin) byla ve dvou ze sedmi uzlin nalezena metastáza výše uvedeného karcinomu.

Souhrnem se tedy jednalo o středně diferencovaný keratinizující dlaždicobuněčný karcinom pánvičky ledviny s dobře identifikovatelnou lymfangioinvazí. Nádor dosahoval k resekčním okrajům. Ve třech z devíti vyšetřovaných lymfatických uzlin byla nalezena metastáza výše uvedeného karcinomu. Patologem bylo stadium klasifikováno jako pT3N2MX, G2.

Pacientka byla následně odeslána na onkologii k další léčbě metastatického onemocnění. Onkologem byla indikována následná systémová léčba a byly jí podány tři série chemoterapie cisplatiny s gemcitabinem. Za 3 měsíce od operace i přes onkologickou léčbu došlo k lokální recidivě a generalizaci tumoru. Na CT byla nalezena měkkotkáňová masa velikosti asi 70 × 40 × 90 mm v místě po nefrektomii infiltrující okolní struktury (játra, m. psoas, obratel L2, dolní dutou a renální žílu, aortu a kličku duodena) a mnohočetné metastázy jater. Další cyklus chemoterapie nebyl indikován, doporučena pouze symptomatická analgetapie.

Pacientka zemřela za 5 měsíců od operace.

DISKUSE

Dlaždicobuněčný karcinom ledvinné pánvičky je velice zřídka nalézáný tumor, ve většině případů je jeho nález spojován s chronickým drážděním dané oblasti, a to nejčastěji na podkladně chronické litiázy s chronickou infekcí (4–9). Diagnostika nádoru v počáteční fázi, na rozdíl od litiázy, bývá obtížná pro nedostatky specifických klinických symptomů a objektivních nálezů. Příčina mikroskopické hematurie je připisována chronické litiáze apod.

První manifestací těchto tumorů může být až generalizace (jak lokální, či celková) onemocnění nebo náhodný nález při řešení komplikací litiázy, jako je hydronefróza apod.

Ani široká paleta zobrazovacích vyšetření, kterou můžeme standardně využít – sonografie, intravenózní urografie, retrográdní pyelografie, CT či MR–, nemusí vést u raných stadií tumorů ledvinné pánvičky a ureteru k jejich odhalení. Rovněž úspěšnost cytologické diagnózy stoupá až se stupněm buněčné dysplazie.

Proto v některých případech podobným tomu našemu může být správná diagnóza stanovena až pooperační histologií. A zde se otevírá prostor pro diskusi, zda v dnešní době dostupných miniinvazivních technik je ku pro-

spěchu pacienta v případě endoskopicky neřešitelné litiázy provést resekci postižené oblasti či nefrektomii s ureterektomií, nebo ponechat prostor pro chronické dráždění a možný vznik karcinomu a dalších komplikací.

ZÁVĚR

Spojitosť mezi dlaždicobuněčným karcinomem horních močových cest a dlouhodobou iritací litiázou je dobře známá. Chronická iritace zapříčiněná urolitiázou způsobuje dlaždicobuněčnou metaplazii urotelu, která se může zvrhnout v karcinom. Pro tento fakt je doporučováno, aby pacienti s dlouhodobou anamnézou urolitiázy byli pečlivě sledováni pomocí zobrazovacích metod a dispenzarizováni (5, 7). V ranějších stadiích tohoto typu tumoru by kombinace chirurgické a medikamentózní léčby mohly vést k lepším prognózám. Především je ale důležité zvážit včasnou eradikaci urolitiázy u mladých pacientů (jako v našem případě), ať už jakkoliv těžko přístupné. Je otázkou, zda by odstranění konkrementu zamezilo pozdějšímu rozvoji maligního tumoru s infaustní prognózou.

LITERATURA

1. **Kawaciuk I.** Urologie. Praha: Galén 2009.
2. **Sivaramakrishna B, Aron M, Ansari MS, et al.** Squamous cell carcinoma of the renal pelvis manifesting after percutaneous nefrolithotomy for long standing calculus. *Int Urol Nephrol* 2004; 36(2): 149–151.
3. **Chow WH, Lindblad P, Gridley G, Nyren O, Mc Laughlin JK, Linet MS, Pennello GA, Adami HO, Fraumeni JF Jr.** Risk of urinary tract cancers following kidney or ureter stones. *J Natl Cancer Inst* 1997; 89(19): 1453–1457.
4. **Li MK, Cheung WL.** Squamous cell carcinoma of the renal pelvis. *J Urol* 1987; 138(2): 269–271.
5. **Paonessa J, Beck H, Cook S.** Squamous cell carcinoma of the renal pelvis associated with kidney stones: a case report. *Med Oncol* 2011; 28(Suppl 1): S392–399.
6. **Dutkiewicz S, Kalczak M.** Planoepithelial squamous cell carcinoma of the renal pelvis. *Int Urol Nephrol* 1994; 26(6): 631–635.
7. **Mardi K, Kaushal V, Sharma V.** Rare coexistence of keratinizing squamous cell carcinoma with xantogranulomatous pyelonephritis in the same kidney: Report of two cases. *J Cancer Res Ther* 2010; 6(3): 339–341.
8. **Bandyopadhyay R, Biswas S, Nag D, et al.** Squamous cell carcinoma of the renal pelvis presenting as hydronephrosis. *J Canc Res Ther* 2010; 6(4): 537–539.
9. **Jain A, Mittal D, Jindal A, et al.** Incidentally detected squamous cell carcinoma of renal pelvis in patients with staghorn calculi: Case series with review of the literature. *ISRN Oncol* 2011, 520674 doi: 10.5402/2011/620574.