

F. Zátura, R. Fiala, V. Študent, J. Pernička,
I. Kolombo, *J. Hrbek

Urologická klinika UP v Olomouci
*Radiologická klinika UP v Olomouci

ONKOCYTOM LEDVINY JAKO PŘÍČINA VÝRAZNÉ ANÉMIE

KLÍČOVÁ SLOVA:

Onkocytom
Nádor
Ledvina

SOUHRN:

U nemocné s výraznou anémií byl diagnostikován velký tumor levé ledviny. Na základě ultrasonografického nálezu bylo vysloveno podezření na benigní povahu nádoru, stejný názor vyslovil i radiodiagnostik při posuzování CT. Vzhledem k velikosti a nepříznivému umístění nádoru, který zasahoval do hilu ledviny, byla indikována radikální nefrektomie. Histologický nálezní potvrdil benigní povahu léze - onkocytom (grade I). Po odstranění ledviny s nádorem se upravil stav nemocné, včetně krevního obrazu.

ÚVOD:

Autoři měli možnost operovat nemocnou s velkým onkocytomem levé ledviny, který se projevil paraneoplastickou anémií. Ultrasonografický obraz i nálezní CT se výrazně odlišoval od běžného obrazu karcinomu ledviny, ale charakteristická centrální loukoťovitá struktura nebyla patrná. Předoperační diferenciální a indikační rozvaha vycházela z velikosti a umístění nádoru. Vzhledem k nevýhodné poloze pro resekci se autoři spokojili s CT a UZ vyšetřením a provedli radikální nefrektomii.

KAZUISTIKA:

49letá žena byla vyšetřena na interní klinice pro výraznou anémii. Klinický nálezní, nálezní v moči, urea a kreatinin byly v normě. Sonograficky byl prokázán tumor o průměru 9 cm, který vystupoval ventrálně z horní poloviny ledviny. Echogenita tumoru byla homogenní, poněkud vyšší než parenchym, bez rozpadových okrásků (obr. 1). Struktura vlastní ledviny byla prakticky normální, tumor byl z 4/5 uložen extrarenálně, ale z 1/5 zasahoval hluboko do parenchymu až do hilu k cévám. CT vyšetření prokázalo expanzi ve stejné lokalitě ledviny, denzita byla atypicky homogenní, bez rozpadových struktur charakteristických pro Grawitzův tumor (obr. 2). Nálezní byl doplněn i vylučovací urografií, kde byl oboustranně normální nálezní.

Při operaci byla z lumbolaparotomie s resekci 11. žebra nejprve podvázána renální tepna i silná renální žíla o průměru 15 mm. Poté byla odstraněna ledvina i s obaly a nadledvinou. Po

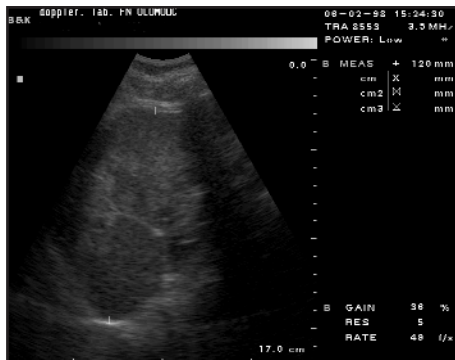
prokrájení preparátu bylo zjištěno, že tumor o průměru 9 cm neprořádal pouzdrem ani do dutého prostoru ledviny. Na řezu měl barvu parenchymu ledviny, struktura připomínala varle (obr. 3). Obaly a nadledvina byly normálního vzhledu, uzliny jsme nenalezli.



obr. 2.: CT

CT i ultrasonografie byly atypické a nesvědčily stejně jako makroskopický nálezní pro Grawitzův tumor. Vysvětlení podal patolog, histologický nálezní svědčil pro diagnózu renálního onkocytomu (Grading I). Nemocná byla po operaci v dobrém stavu

a operační rána se zhojila primárně. Anémie se po předoperační přípravě transfúzemi již neobjevila, nemocná je 6 měsíců po operaci v dobré kondici.



obr. 1: Ultrasonogram onkocytomu levé ledviny

DISKUSE:

Onkocytom ledviny je poměrně vzácný tumor z distálního renálního tubulu. Je charakterizovaný histologicky velkými eosinofilními buňkami s granulární cytoplasmou a typickými polygonálními formami. Hora s autory jej nalezl u 3,9 % z 327 nádorů ledviny (1), všeobecně je udávána frekvence 3 - 7 % solidních nádorů renálního parenchymu (2). Má variabilní potenciál malignity. Původně byl řazen do kategorie benigních lézí, ale byly popsány i maligní varianty s metastázami (3). Podle diferenciací a jaderných atypií jsou udávány tři typy. U první skupiny (Grading I) nebyly prokázány metastázy, u druhé (Grading II) byly metastázy popsány. Onkocytomy s výraznou buněčnou atypií a četnými mitózami jsou maligní variantou (Grading III), (3).

Odlišení od Grawitzova adenokarcinomu je předoperačně poměrně obtížné. Nejčastější předoperační diagnóza je právě karcinom ledviny (4, 5).

Onkocytom se může vyskytovat i společně s karcinomem, např. Licht se spolupracovníky jej našli ve 31 % (4). Možný je i nález oboustranného onkocytomu (6).

CT a ultrasonografie neposkytují jednoznačně specifický obraz pro onkocytom. Jako do určité míry charakteristická známka je popisována centrální loukoťovitá struktura, která se však



obr. 3.: Operační preparát - ledvina s tumorem, řez

ne vždy nalezne (6, 7). Proto je diagnostika doplňována angiografií a punkční histologickou biopsií tenkou jehlou. U naší pacientky jsme na CT charakteristickou strukturu nenalezli, na sonografii byla v náznacích patrná, na řezu tumorem pak byla do určité míry rozeznatelná (obr. 1, 3)

U vhodně umístěných nádorů je indikována resekce nebo enukleace tumoru, která šetří funkční parenchym (8). U těchto nádorů je vhodným diagnostickým potvrzením peroperační ultrasonografie (9) a podrobná peroperační histologie. U naší nemocné jsme vzhledem k velikosti nádoru a jeho nepříznivé poloze, stejně jako k výrazné paraneoplastické anémii, provedli radikální nefrektomii. Vyhodnocením preparátu jsme zjistili, že nádor by nebylo možné enukleovat, protože, i když byla jeho hranice na řezu dobře patrná, nebyla natolik definovaná, aby umožnila enukleaci. Resekci by nebylo možno provést rovněž proto, že nádor zasahoval hluboko do hilu ledviny a bylo by vysoce pravděpodobné ohrožení cév, zejména výrazně rozšířených žil.

ZÁVĚR:

Poměrně velký tumor levé ledviny, jehož jediným příznakem byla výrazná anémie, byl předoperačně vyšetřen sonograficky a CT. Obě vyšetření poskytla natolik odlišný obraz od běžného karcinomu ledviny, že autoři vyslovili podezření na benigní povahu nádoru. Po zvážení všech možností moderní zachovné operativy, polohy a velikosti nádoru byla provedena radikální nefrektomie. Při vhodné poloze tumoru pro resekční výkon by bylo vhodné doplnit vyšetření ještě punkční biopsií tenkou jehlou, peroperační ultrasonografií a podrobnou peroperační biopsií.

LITERATURA:

1. Hora, M., Ouda, Z., Schejbalová, E., Chudáček, Z., Mukenšnabl, P.: Histologické nálezy u nádorů ledvin. Rozhl. Chir., 76, 1997, No. 1, s. 9 - 16
2. Belldegrun, A., deKernion, J. B.: Renal Tumours. In: Walsh, P. C., Retik, A. B., Stamey, T. A., Vaughan jr., E. D.: Campbell's Urology, W. Saunders Company, USA, 1997, s. 2284 - 2289.
3. Leibler, M. M., Tomera, K. M., Farrow, G. M.: Renal oncocytomas J. Urol., 125, s. 481 - 485.
4. Licht, M. R., Nowick, A. C., Tubs, R. L., Klein, E. A., Lewin, H. S., Stroom, S. B.: Renal Oncocytoma: clinical and biological correlates. J. Urol., 150, 1993, s. 1380 - 1383
5. Zhang, G., Monda, L., Wasserman, N., Fraley, E. E.: Bilateral renal Oncocytoma: report of 2 cases and literature review. J. Urol., 133, 1985, s. 84 - 86
6. Goldman, M. S.: Benign Renal Tumours: Diagnosis and Treatment Urol. Radiol., 11, 1989, 203 - 209
7. Dalla-Palma, L., Pozzi-Mucelli, R.: Problematic Renal Masses in Ultrasonography and Computed tomography. Clinical imaging, 1990, 14, s. 83 - 98
8. Baše, J.: Bilaterální multifokální onkocytomy ledviny. Rozhl. Chir., 75, 1996, 12, s. 573 - 575
9. Campbell, S. C., Fichtner, J., Novick, A. C., Steibach, F., Stockle, M., Klein, E. A., Filipas, D., Levin, H. S., Störkel, S., Schweden, F., Obuchowski, N. A., Hale, J.: Intraoperative evaluation of renal cell carcinoma: a prospective study of the role of ultrasonography and histopathological frozen sections. J. Urol., 155, 1996, 1191 - 1195

doc. MUDr. František Zátura
Mošnerova 12
779 00 Olomouc