

R. Zachoval¹, Z. Velenská², M. Lukeš¹,
M. Záleský¹, M. Urban¹, V. Rychterová²

¹Urologická klinika 3. LF UK Praha,
přednosta: doc. MUDr. M. Urban

²Patologicko-anatomický ústav
3. LF UK Praha,
vedoucí: doc. MUDr. V. Rychterová, CSc.

CYSTICKÝ PAPILÁRNÍ RENÁLNÍ KARCINOM IMITUJÍCÍ ORGANIZOVANÝ HEMATOM V CYSTĚ

KLÍČOVÁ SLOVA

Papilární renální karcinom
Cystická degenerace

SOUHRN

Demonstrujeme problematiku klinické a morfologické diagnózy papilárního renálního karcinomu na kazuistice 24leté pacientky, která utrpěla kontuzi bederní krajiny při autonehodě. Klinicky nálezel imponoval jako organizovaný hematoma v cystě. Histologicky byl prokázán regresivně změněný cystický papilární renální karcinom.

KEY WORDS

Renal papillary carcinoma
Cystic degeneration

SUMMARY

CYSTIC PAPILLARY RENAL CARCINOMA IMITATING THE ORGANIZED HAEMATOMA IN THE CYST

We demonstrate problems in clinical and morphological diagnosis of renal papillary cell carcinoma on the case of 24 years old patient, who had a blunt trauma of lumbar region due to an vehicle accident. Clinical findings were impressive of an organized haematoma in renal cyst. Histological examination revealed cystic degeneration of renal papillary carcinoma.

ÚVOD

Papilární renální karcinom tvoří 10 - 15 % karcinomů ledvin a je druhým nejčastějším typem po světlobuněčném karcinomu. Jedná se o nejčastěji se vyskytující renální karcinom u mladých lidí do 30 let. Vyskytuje se častěji u mužů. V ledvině se často nachází současně s papilárním renálním karcinomem i kortikální adenomy [1].

Klinická symptomatologie a výsledky zobrazovacích vyšetření při diagnostice papilárního renálního karcinomu se v řadě případů neliší od světlobuněčného karcinomu. Avšak v případě pseudocystické degenerace papilárního karcinomu je ultrasonografickým a CT vyšetřením zjištěna dobře ohraničená léze cystického charakteru, vyplněná homogenním či mírně nehomogenním tekutým obsahem. Angiografické vyšetření prokazuje avaskulární nebo výrazně hypovaskulární lézi ledviny [1].

Makroskopicky bývá nádor lokalizován v kůře ledviny, je vazivově opouzdřený, velikosti v průměru 3 - 8 cm. Velmi často se

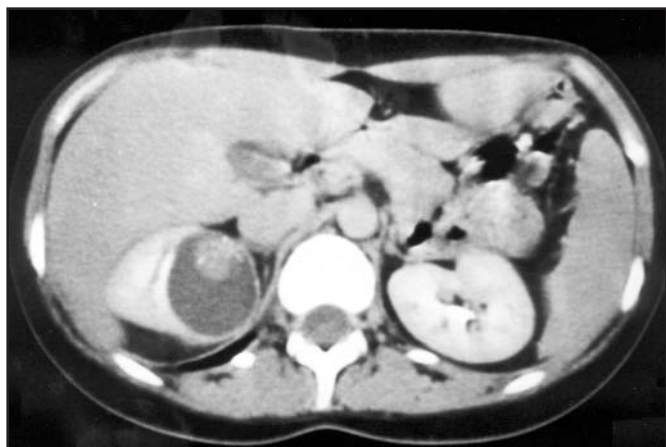
nachází v nádoru hemoragie, nekróza až cystická přeměna [2]. Mikroskopicky převažuje u dobře diferencovaných nádorů papilární struktura [3]. Imunohistochemicky je nádor pozitivní se širokospektrými protilátkami proti cytokeratinům a 30 % nádorů je pozitivní s protilátkou EMA [4]. Cytogeneticky může být prokázána trisomie 3q, 7, 12, 16, 17, 20 a ztráta chromozomu Y [5].

KAZUISTIKA

Dvacet čtyřletá pacientka byla vyšetřena pro iritační mikční obtíže, bolesti v pravém bedru a horečku. Týden před onemocněním došlo u pacientky ke kontuzi břišní a bederní krajiny vpravo při autonehodě.

USG: V horním pólu pravé ledviny 35 x 30 x 25 mm ohraničená hyperechogenní expanze s hypoechogenními ložisky.

IVU: Odtlačení horní kalichové skupiny pravé ledviny laterálně.



Obr. 1. CT - obraz cysticky degenerovaného papilárního renálního karcinomu.



Obr. 2. Angiografie - avaskulární expanze v horním pólu pravé ledviny.

CT: 35 mm velká dobře ohraničená expanze pravé ledviny s hladkými okraji mající nízkou denzitu a hyperdenzní obsah, tvořící asi 1/5 objemu expanze, který lne k její stěně (obr. 1).
DSA: Avaskulární expanze v horním pólu pravé ledviny (obr. 2).

Diferenciálně diagnosticky se pomýšlelo na organizovaný hematoma v cystě, nádor, nádor v cystě a absces.

Při operační revizi byl nalezen cystický útvar se silným vazivovým pouzdrém hladkého povrchu, jehož obsahem byla hemoragická tekutina, nekrotické hmoty a koagula.

K peroperačnímu histologickému vyšetření byl zaslán obsah cysty a část stěny cysty. Makroskopicky se jednalo o 6 křehkých částek velikosti 5 - 15 mm převážně našedlé, místy sytě žluté barvy, ložiskově prokrvácených (obsah cystické léze) a 2 ploché částky 4 x 2 cm s křehkými hmotami, místy ulpívajícími na povrchu (stěna cystické léze). Mikroskopicky šlo o papilární nádor benigního vzhledu. Vzhledem k výsledku peroperační biopsie a makroskopicky normálnímu vzhledu zbývající části pouzdra cystické léze byla provedena marsupializace.

Histologickým vyšetřením z parafinového bloku byl jak v obsahu cysty, tak ve stěně cysty zastižen papilární nádor, na povrchu papil jednovrstevný pravidelný kubický epitel, jádra malá bez atypii a mitóz, fibrovaskulární stroma místy edematózně prosáklé, místy překrvené s ložisky čerstvého i staršího krvácení s hemosiderinovou pigmentací. Ložiskově byl nádor nekrotický. Na periférii silné vazivové pouzdro, na zevní straně pouzdra v jednom řezu zastižena část tubulárního adenomu. Nádor byl klasifikován jako dobře diferencovaný renální karcinom. Po tomto definitivním histologickém nálezu byla pro nepříznivou centrální lokalizaci nádoru a jeho intimní vztah k hlavním větvím renální arterie provedena radikální nefrektomie.

Histologické vyšetření po nefrektomii prokázalo v horním pólu ledviny cystický útvar hvězdčovitěho tvaru velikosti v průměru 3 cm s hladkým vnitřním povrchem. Mikroskopicky bylo nalezeno reziduum cystického papilárního renálního karcinomu, v lumen cysty převážně nekrotický papilární nádor s mikrokalcifikacemi a fibrinózně hnisavý exsudát s makrofágy.

Pacientka je 12 měsíců po operaci bez známek recidivy onemocnění.

DISKUSE

Klinická symptomatologie papilárního renálního karcinomu se významně neliší od symptomatologie světlolobčového karcinomu. Pacienti jsou nejčastěji vyšetřeni pro hematurii nebo bolesti v bedru, často je však nádor zjištěn náhodně při ultrasonografickém vyšetření ledvin. Nádor se může manifestovat i paraneoplastickými projevy: hypertenzí nebo hyperkalcemií s hypofosfatemii [6, 7].

Rovněž ultrasonografické a CT vyšetření odhalí v případě papilárního karcinomu bez pseudocystické degenerace většinou typický obraz nádorové expanze. Avšak v případě, že je papilární karcinom pseudocysticky změněn, mohou výsledky těchto vyšetření zjistit dobře ohraničenou lézi cystického charakteru, obsahující homogenní nebo mírně nehomogenní tekutý obsah. Angiografické vyšetření prokáže avaskulární nebo výrazně hypovaskulární renální lézi [8]. To v některých případech může vést ke stanovení diagnózy renální cysty, krvácení do cysty, nádoru v cystě či abscesu ledviny.

Při patologicko-anatomickém vyšetření je obtížné zejména odlišení papilárního renálního adenomu a papilárního renálního karcinomu. V některých klasifikacích se uvádí jako hlavní kritérium velikost nádoru (do 3 cm adenom, nad 3 cm karcinom) [9]. V jiných klasifikacích se jako papilární renální adenom označuje pouze nádor menší než 5 mm [10]. V nejnovějších publikacích se uvádí, že pro odlišení benigního a maligního papilárního renálního

nádoru nerozhoduje velikost, ale cytogenetické vlastnosti nádoru [11]. Mikroskopicky nelze spolehlivě rozlišit hranici mezi papilárním renálním adenomem a dobře diferencovaným papilárním renálním karcinomem [12].

ZÁVĚR

Papilární karcinom ledviny může být v některých případech výrazně regresivně změněný, až pseudocystický, což je nutné vzít v úvahu při diferenciální diagnostice cystických lézí ledvin.

LITERATURA

1. Mancilla-Jimenez R, Stanley RJ, Blath RA: Papillary renal cell carcinoma. A clinical, radiologic and pathologic study of 34 cases, *Cancer*, 38, 1976, s. 2468-80.
2. Mydlo JH, Bard RH: Analysis of papillary renal adenocarcinoma, *Cancer*, 30, 1987, s. 529-34.
3. Kovacs G, Kovacs A: Parenchymal abnormalities associated with papillary renal cell tumors: a morphologic study, *J. Urol. Pathol.*, 1, 1993, s. 301-12.
4. Renshaw AA, Corless CL: Papillary renal cell carcinoma: Histology and immunohistochemistry, *Am. J. Surg. Pathol.*, 19, 1995, s. 842-9.
5. Kovacs G: Papillary Renal Cell Carcinoma: A morphologic and cytogenetic study of 11 cases, *Am. J. Pathol.*, 134, 1989, s. 27-34.
6. Bell E: *Renal Disease*, Lea & Febiger, Philadelphia, 1950.
7. Bennington J: Cancer of the kidney - Etiology, epidemiology, and pathology, *Cancer*, 32, 1973, s. 1017-1029.
8. Blath RA, Mancilla-Jimenez R, Stanley RJ: Clinical comparison between vascular and avascular renal cell carcinoma, *J. Urol.*, 115, 1976, s. 514-20.
9. Michal M, Hes O, Mukenšabl P: *Nádory ledvin dospělého věku*, Euroverlag s. r. o., Plzeň, 2000, s. 32-36.
10. Murphy WM, Beckwith JB, Farrow GM: *Tumors of the Kidney, Bladder and Related Urinary Structures*, Armed Institute of Pathology, Washington, D.C., 1994, s. 105-9.
11. Fleming S, Bonnell MO: Surgical pathology of renal epithelial neoplasms: recent advances and current status, *Histopathology*, 36, 2000, s. 195-202.
12. Murphy WM: *Urological Pathology*, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1997, s. 454-5.

MUDr. Roman Zachoval
Urologická klinika
3. lékařská fakulta UK Praha