

V. Vít, D. Pacík

Urologická klinika LF MU, FN Brno
přednosta: doc. MUDr. D. Pacík

NEOBVYKLÝ PŘÍPAD LOKALIZACE METASTÁZY KARCINOMU PROSTATY

KLÍČOVÁ SLOVA

Karcinom prostaty
Radikální prostatektomie
Viscerální diseminace

KEY WORDS

Prostatic carcinoma
Radical prostatectomy
Visceral dissemination.

SOUHRN

V kazuistickém sdělení autoři popisují případ neobvyklé diseminace karcinomu prostaty, zjištěné po provedené radikální prostatektomii.

Z kazuistiky vyplývá, že i při dodržení všech pravidel pro správnou indikaci a použití všech rutinních vyšetřovacích metod nemusí dojít k včasné detekci diseminace onemocnění, což vede k selhání radikální léčby, zejména pokud jde o izolovanou viscerální metastázu při současně minimální elevaci hodnot PSA.

SUMMARY

AN UNUSUAL CASE OF METASTASIS LOCALIZATION OF PROSTATIC CARCINOMA

Authors describe a case report of unusual dissemination of the prostatic carcinoma following the radical prostatectomy.

The case report shows that even with the strict adhering to rules for correct indication and with use of all routine investigation methods the illness dissemination must not be detected on time. This leads to radical treatment failure, namely in cases with isolated visceral metastasis and minimal elevation of PSA values.

ÚVOD

Karcinom prostaty jako jeden z nejčastějších zhoubných nádorů a příčina smrti u mužů představuje vysoce závažný medicínský a společenský problém. Incidence i prevalence tohoto onemocnění narůstá jednak s prodlužující se délkou života, jednak se zlepšující se diagnostikou, a lze předpokládat, že je velmi pravděpodobné, že bez včasné diagnostiky a léčby bude na toto onemocnění umírat stále více mužů [1].

V současné době, kdy nejsme schopni jednoznačně odlišit tumory, které budou progredovat a které tedy mohou ohrozit pacienta na životě, je tendence diagnostikovat onemocnění v co nejčasnějším - lokalizovaném stadiu, kdy je možnost radikálního řešení a tedy vyléčení pacienta.

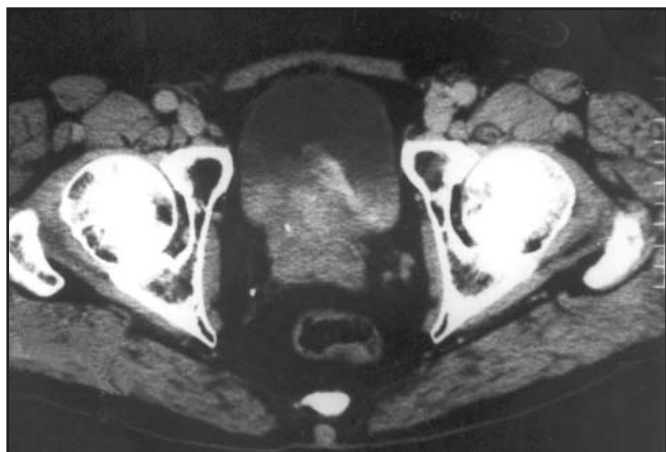
S tím souvisí problematika rutinně používaného diagnostického algoritmu, který ne vždy detekuje onemocnění v jeho skutečném rozsahu.

V našem sdělení chceme přiblížit případ neobvyklé diseminace karcinomu prostaty zjištěné u pacienta po radikální prostatektomii.

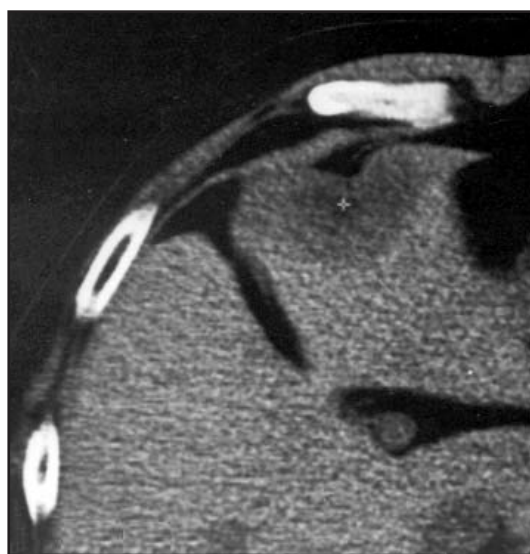
KAZUISTIKA

P. F., 62letý muž, byl odeslán ke svému urologovi pro dysurické potíže trvající asi rok. Vyšetření je požadováno chirurgem před plánovanou cholecystektomií. Na chirurgickém pracovišti je pacient sledován asi 2 roky pro dyspeptické obtíže a pocity tlaku v pravém podžebří. Sonograficky byla detekována vícečetná cholecystolitiáza. Jinak je zdrav, bez pravidelné medikace.

Při vyšetření *per rectum* byla detekována prostata velikosti 4 x 4 cm, vlevo laterokraniálně neostře ohraničená, tužší. Na základě tohoto nálezu a hodnoty PSA (5,65 ng/ml, fPSA 1,21 ng/ml,



Obr. 1



Obr. 2

f/tPSA 21,4 %) byla provedena punkční biopsie prostaty s histologickým nálezem středně diferencovaného adenokarcinomu prostaty (Gleason skóre 6). Spolu s odběrem biopsie byla provedena i uretrocystoskopie, pouze s nálezem inkompletní obstrukce hrdla močového měchýře zvětšenými prostatickými laloky. Transuretrální resekce prostaty provedena nebyla.

Scintigrafické vyšetření skeletu neprokázalo diseminaci základního onemocnění, CT pánve detekovalo zvětšenou, nepravidelně ohraničenou prostatu s kalcifikacemi. Po aplikaci kontrastní látky se prostata nehomogenně sytí s nepravidelnými denzitami, bez patrného prorůstání do okolí, bez průkazu patologicky zvětšených pánevních uzlin (obr. 1).

Při transrektálním sonografickém vyšetření je prostata ohraničená. Sonografie potvrdila cholecystitidu, jinak nebyly shledány patologické nálezy na orgánech dutiny břišní (vč. jater) a na ledvinách.

V této fázi byl pacient odeslán na naše pracoviště, kde byla v prosinci 1998 provedena radikální retropubická prostatektomie. Histologie z preparátu prokázala nízké diferencovaný adenokarcinom prostaty se zachycenou infiltrací semenných váčků, bez his-

tologického průkazu metastatického postižení regionálních lymfatických uzlin - pT3c N0 M0, Gleason skóre 8.

Pooperační průběh byl zcela bez komplikací, po extrakci katétru 21. den byl pacient zhojen a plně kontinentní.

V lednu 1999 byla na chirurgické klinice provedena plánovaná cholecystektomie s velmi překvapujícím nálezem.

Původně laparoskopická revize verifikovala cystický tumor o průměru cca 5 cm v oblasti III. segmentu naléhající na žlučník. Výkon byl konvertován na otevřenou revizi, byla provedena cholecystektomie, exstirpace nádoru a koagulace jeho lůžka. Byla zvažována i parciální resekce jater v okolí tumoru, od té však bylo upuštěno pro nález karcinomatózy nástěnného peritonea (potvrzeno peroperační histologií). Histologické vyšetření stěny cystického tumoru exstirpovaného z jater prokázalo středně diferencovaný acinární adenokarcinom s primárním ložiskem nejpravděpodobněji v prostatě.

Bylo provedeno kompletní vyšetření gastrointestinálního traktu k vyloučení duplicity karcinomu, veškerá provedená vyšetření však byla negativní (rektoskopie, kolonoskopie, irrigografie, CT pankreatu).

Tři měsíce po RAPE došlo k poklesu PSA na 0,22 ng/ml, při CT kontrole však byly zjištěny vícečetné ložiskové léze v játrech na rozhraní segmentu III a IV a nově v sousedství *lobus quadratus*.

Tenkojehlovou biopsií byla potvrzena recidiva metastázy středně až nízké diferencovaného adenokarcinomu. Vzhledem k mírné elevaci PSA na 0,7 ng/ml během 4. měsíce po RAPE a histologickému průkazu recidivující metastázy byla nasazena paliativní hormonální terapie - Flucinom + Suprefact.

Při této léčbě však došlo k další progresi (PSA 0,8 ng/ml, zvětšení intrahepatálních lézí na CT (obr. 2), proto byla v srpnu 1999 doporučena paliativní kombinovaná chemoterapie - Mitoxantron + Prednizon.

Léčba probíhala ambulantně v 21denních cyklech, pacient byl stabilizován, bez subjektivních potíží, přibíral na váze. Došlo opět k poklesu PSA (do 0,04 ng/ml). Začátkem září 2000 byl pacient akutně přijat pro bolesti břicha a celkové zhoršení stavu.

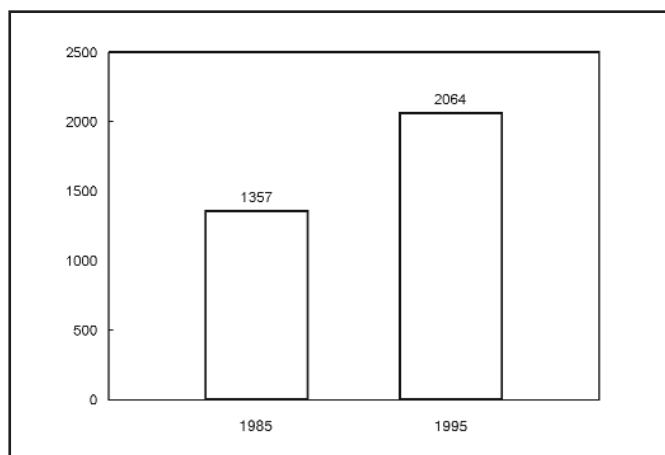
Postupně se rozvinul obraz akutní pankreatitidy, obstrukčního ikteru a pacient 7. 9. 2000 zemřel.

Pitevnický nález (včetně histologického vyšetření) potvrdil mnohočetné metastázy karcinomu prostaty do jater.

DISKUSE

S rostoucí incidencí karcinomu prostaty (graf. 1) a stále častější detekcí tohoto onemocnění u mladších pacientů roste i procento indikací k radikální prostatektomii (RAPE).

Ideální kandidáti pro RAPE jsou muži, kteří z ní mohou mít s největší pravděpodobností benefit. Měla by být tedy zvažována u mužů, kteří mají karcinom, který se při vyšetřeních jeví ohraničený na prostatu, a tedy potenciálně kurabilní, a u mužů mladých a zdravých natolik, že budou žít dostatečně dlouho, aby z vyléčení měli patřičný benefit (10 let a více). Vhodnými kandidáty jsou tedy muži v 5. a 6. deceniu s lokalizovaným karcinomem (T1b, T2a, T2b, T2c, většina T1c a někteří T1a). Muži s nádorem T3 nejsou považováni za vhodné kandidáty pro RAPE [3]. Je však třeba si uvědomit, že někdy může být interpretace digitálního vyšetření chybná - nadhodnocená, i když častější je opačná alternativa. 25 % pacientů, kteří i při podezření na T3 podstoupili operaci, mělo nakonec nádor ohraničený na žlázu [4].



Graf 1. Nárůst nově zjištěných karcinomů prostaty v ČSR a ČR [2]

Před definitivním rozhodnutím o provedení RAPE je nutno zvážit několik faktorů:

- věk pacienta
- jeho celkový zdravotní stav a prognózu dalšího života
- stadium pokročilosti nádoru
- pravděpodobnost komplikací
- přání pacienta.

Pokud jde o diagnostiku možné diseminace (*staging*), jsou nejčastěji používány:

- sonografie - především k detekci hepatálních lézí
- CT (MRI) - hepatální léze, možnost detekce zvětšených spádových uzlin (suverénní metodou je však jen diagnostická pánevní lymfadenektomie, která je první etapou RAPE při PSA nad 10 ng/ml), CT neprovádíme u PSA do 10 ng/ml
- scintigram skeletu - pozitivní nález může předcházet detekci metastáz, např. rtg až o 18 měsíců, neprovádíme u PSA do 10 ng/ml.
- RTG plic.

Adenokarcinom prostaty metastázuje predilekčně do skeletu. Podíl klinicky detekovatelných viscerálních metastáz je relativně malý.

Tabulka ukazuje rozdělení metastatických lokalit tak, jak byly popsány v rámci některých studií [5].

studie	počet pacientů	skelet	pľíce	játra	m�kk� tk�n�
Pienta a kol. (1994)	42	42	3	5	13
Sella a kol. (1994)	39	36	3	3	9
Moore a kol. (1994)	27	22	2	2	10
Eisenberger a kol. (1995)	109	108	6	4	15
Hudes a kol. (1992)	36	36	0	2	7
Celkem	253 (100 %)	244 (96 %)	14 (5,5 %)	16 (6,5 %)	54 (21 %)

Tyto údaje ukazují, že klinický nález viscerálních metastáz představuje méně než 10 % a v řadě p řipadů, jak dokazuje i naše kazuistika, je jejich detekce obt ţn . Vzhledem k vysok  incidenci kostní diseminace je pravděpodobnost jen viscerálních meta-st z velmi mal .  adn  z dosud prováděných diagnostických metod není

schopna jednoznačně stanovit stadium onemocnění a není dosud stanoven takov  diagnostick  algoritmus, který by stoprocentn  zaručoval předoperačně diagnózu signifikantního karcinomu prostaty ohraničeného pouze na prostatu.

Významnou předpovědní hodnotou, kter  m  e a m s  v znamn e ovlivnit naše indikace a doporu en  pacientovi, je vztah hodnoty PSA, klinického stadia a diferenciací nádoru stanoveného z bioptického vzorku. Tato fakta jsou shrnuta ve formě tzv. Partinov ch nomogramů, kter  jsou cennou pomůckou v indikaci pacientů k RAPE [6].

ZÁVĚR

Proč radikální prostatektomie nevyl  i každého muže s karcinomem prostaty? Protože nádor překročil hranice prostaty tak, že v době operace není možno odstranit nádor cel  lok ln  nebo z důvodu přitomnosti vzdálených metastáz.

Proto je velmi d le it  snažit se stanovit stadium pokročilosti nádoru co nejpřesněji j   před operací a operovat jen ty pacienty, kte i z operace mohou mít skute n  prosp  ch.

Z naši kazuistiky je z ejm , že i při dodr  en  všech pravidel pro správnou indikaci a pou it  všech rutinních vyšetřovacích metod nemusí dojít k v asn  detekci diseminace onemocnění a důsledkem je ne sp  ch radikální léčby, zejména pokud jde o izolovanou viscerální metastázu při sou asn  minim ln  elevaci hodnot PSA.

LITERATURA

1. Parker SL,Tong T, Bolden S et al.: Cancer statistics, 1996, Cancer J.Clin.,46,1996, s.5-27.
2. Zdravotnick  ro enka  esk  republiky, 1995,  ZIS, Praha 1996.
3. Zincke H,Osterling JE, Blute ML et al.: Long term (15 years) results after radical prostatectomy for clinically localized (stage T2c or lower) prostate cancer. J.Urol., 152,1994,s.1850-1857.
4. Rietberger JBW, Kranse R, Kirkels WJ, Koning HJ, Schroeder FH: Evaluation of Prostate-specific Antigen, Digital Rectal Examination and Transrectal Ultrasonography in Population-based Screening for Prostate Cancer:Improving the Efficacy of Early Detection.Br.J.Urol.,79,suppl.2,1997,s.57-63.
5. Cammpbell's Urology, Seventh. Edition, 1988,vol. 3, p.2646.
6. Partin AW, Subong ENP, Walsh PC, et al.:Combination of prostate-specific antigen,clinical stage and Gleason score to predict pathological stage of localized prostate cancer,J.Amer.Med.Ass.,277,1997, s. 1445-1449.

MUDr. V t zslav V t
Urologick  klinika FN Brno
Jihlavs  20
639 00 Brno