

J. Klečka¹, M. Hora¹, J. Droppa¹,
Š. Hadravská², P. Mukenšnáč²

¹Urologická klinika FN v Plzni
přednosta doc. MUDr. Z. Ouda, CSc.

²Šiklův patologicko-anatomický ústav
FN v Plzni
přednosta prof. MUDr. F. Fakan, CSc.

NEOBVYKLÁ LOKALIZACE METASTÁZY UROTELIÁLNÍHO KARCINOMU LEDVINNÉ PÁNVIČKY V MYOKARDU

KLÍČOVÁ SLOVA

Uroteliální karcinom ledvinné pánvičky
Metastáza
Myokard

SOUHRN

V kazuistice popisují autoři případ neobvyklé lokalizace diseminovaného karcinomu ledvinné pánvičky z přechodného epitelu do myokardu. Uroteliální karcinom generalizuje zejména do regionálních mízních uzlin, kostí a plic. Nález diseminace do srdečního svalu je velice vzácný a nám se podařilo zaznamenat jen dvě zmínky o metastázách v této lokalizaci.

KEY WORDS

Urothelial carcinoma of the renal pelvis
Metastasis
Myocard

SUMMARY

AN UNUSUAL CAUSE OF LOCALISATION OF DISSEMINATED RENAL PELVIS
CARCINOMA INTO MYOCARD

In case report authors describe an unusual cause of localisation of disseminated renal pelvis carcinoma from transitional epithel into myocard. Urothelial carcinoma generalise mainly in regional lymph nodes, bones and lungs. Finding dissemination into myocard is very rare and we managed to find two notes only in this localisation.

ÚVOD

Mezi nejčastější nádory ledvinné pánvičky a ureteru patří karcinom z přechodného epitelu, nález jiných nádorů je velmi vzácný.

V roce 1997 byl v ČR hlášen zhoubný novotvar ledvinné pánvičky u 91 pacientů, tj. incidence (počet nově diagnostikovaných případů na 100 000 obyvatel za rok) byla 0,9; z toho u mužů 49 (1,0) a u žen 42 (0,8) [13].

Karcinom pánvičky z přechodného epitelu je velice často sdružen s analgetickou nefropatií, u které se vyvíjí asi v 10 % a kterou typicky nalézáme u žen středního věku.

Další ohroženou skupinou jsou pacienti v pravidelném dialyzačním léčeni, u kterých je vývoj karcinomu z urotelu podmíněn kombinací imunosuprese, chronické iritace urotelu a sníženým wash effectem [1].

KAZUISTIKA

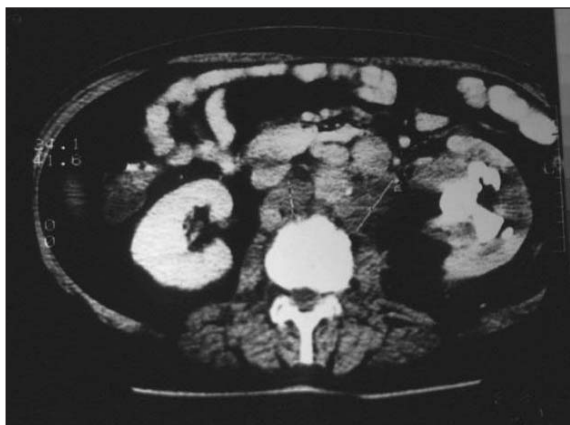
J. J., 60letý pacient, byl odeslán na ambulanci urologické kliniky FN v Plzni praktickým lékařem pro bolesti v pravém podžebří a levé bederní krajině a úbytek hmotnosti (12 kg během dvou měsíců). Na USG byla vakovitá levá ledvina, jejíž obsah byl hlavně anechogenní, rozsáhlý odlitkový konkrement, subrenálně sledovatelný močovod šíře 17 mm. Pravá ledvina byla normálního vzhledu. V retroperitoneu byly v úrovni ledvinných hilů četné sféricky deformované a infiltrované uzliny o velikosti 2 – 3 cm. Játra s 15mm cystou v pravém laloku, bez ložiskových změn.

Na základě toho bylo provedeno CT retroperitonea (obr. 1 a 2) se závěrem: starší hematom v retroperitoneu event. mnohočetné uzliny s centrální nekrózou, hydronefróza vlevo s objemnou odlitkovou nefrolitiázou, rozšíření levého ureteru, který je vyplněn koaguly.

Při přijetí pacienta dominuje v krevním obraze leukocytóza 29,8 tisíc, CRP 172, urea 10,9; kreatinin 170.



Obr. 1. CT snímek hydronefrózy vlevo s centrálně nekrotickými, zvětšenými hilovými uzlinami.



Obr. 2. CT snímek objemné odlitkové nefrolitiázy.

Vyšetření bylo doplněno vylučovací urografií konstatující odlitkovou nefrolitiázu vlevo s afunkcí ledviny, vpravo normální nález na ledvině, suspektní hypertrofie prostaty.

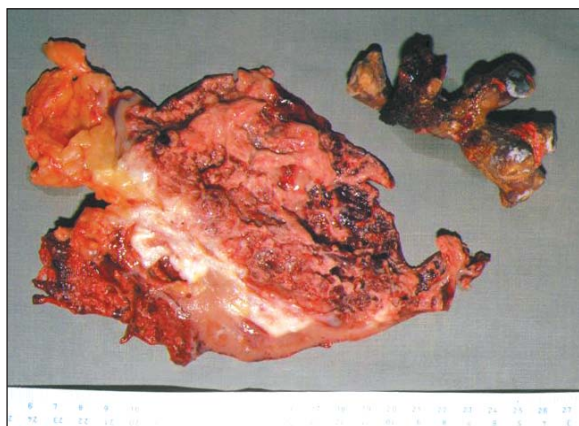
RTG plic bez ložiskových změn, pouze mírně zmnožená bronchiální kresba, srdce bez dilatace.

Vzhledem k výše uvedeným nálezům a zánětlivým parametrům bylo u pacienta pomýšleno na pyonefros na podkladě odlitkové nefrolitiázy se zánětlivě zvětšenými a kolikovými uzlinami. Diferenciálně diagnosticky zvažována možnost tumoru, a proto nemocný indikován k levostranné transperitoneální nefrektomii.

Peroperačně byl nalezen objemný pyonefros s odlitkovou litiázou. Ledvina pevně adherovala hilovými strukturami ke zvětšeným uzlinám a aortě (obr. 3).

Histologicky byl nález hodnocen jako hůře diferencovaný uroteliální karcinom, který prakticky zcela destruuje oblast hilu ledviněho a infiltrativně vrůstá až do ledvině kůry. Tumor obsahuje ložiska dlaždicobuněčné metaplasie a drobné fokusy světlebuněčné přestavby. Nádor je rozsáhle nekrotický. Stadium pT3 pN2 Mx GIII.

Pooperačně u pacienta přetrvávají stavy zmatenosti, od druhého pooperačního dne se rozvíjí febrilní stav, který se při antibiotické léčbě postupně daří zvládnout. Dochází k poklesu teploty, ale zároveň k celkovému zhoršení stavu, elevaci leukocytů na 34 tisíc, retenci dusíkatých metabolitů, hypokalemii, dostavuje se hypotenze, levostranná kardiální dekompenzace a vzniká obousměrný fluidotorax. Na kontrolním CT byl v lůžku po nefrektomii



Obr. 3. Rozříznutý preparát ledviny s odlitkovým koncrementem.

prokázán menší hematoma bez známek kolikvace. Sonografie jater prokazuje mnohočetná ložiska v.s. metastatického vzhledu. Vzhledem ke kardiální dekompenzaci byl pacient 12. pooperačního dne přeložen na interní JIP, kde po dvou dnech umírá pod obrazem kardiálního selhání.

Při pitvě byla zjištěna masivní diseminace tumoru s metastatickým postižením paraaortálních uzlin a uzlin mezenteria, dále metastatické postižení kontralaterální nadledviny a metastázy v játrech a plicích. Na řezu myokardem zjištěny makroskopicky četné uzlíky do průměru 8 mm vzhledu metastáz. Tento nález byl potvrzen i při histologickém vyšetření (obr. 4).

DISKUSE

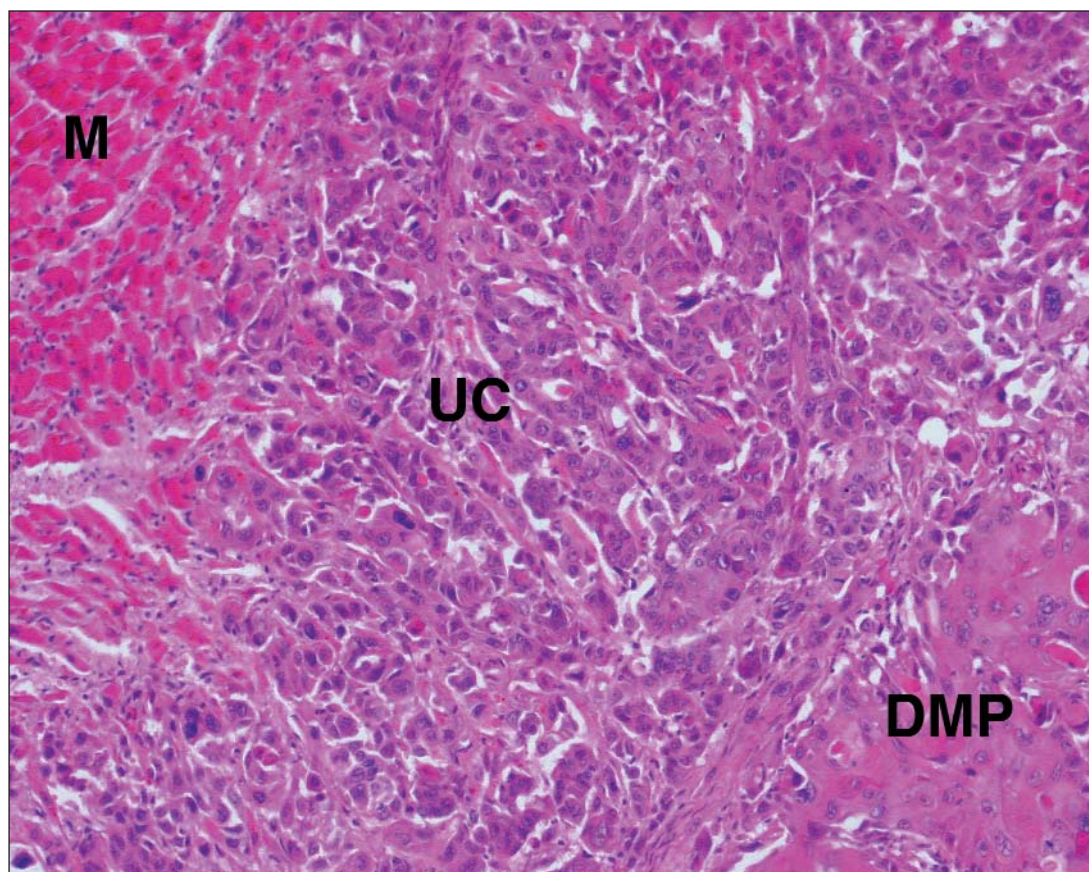
Uroteliální karcinomy ledvině pánvičky a ureteru představují asi 4 % všech uroteliálních nádorů. Většina karcinomů horních cest močových je v době diagnózy lokalizována na pánvičku, ledvinu a ureter. Metastázy jsou většinou lokalizovány v regionálních lymfatických uzlinách, kostech nebo v plicích [2].

Sengelov et al. [3] hodnotí soubor 156 pacientů s lokálně pokročilým uroteliálním tumorem. Nemocným byly provedeny krevní testy, RTG a scintigrafie skeletu, biopsie kostní dřeně a CT břicha a mozku. Vzdálené metastázy byly objeveny u 86 % pacientů. Jejich nejčastější lokalizací byly regionální uzliny a kosti (19 %) v lokalizaci pánve a dolní lumbální páteře. Metastázy do kostní dřeně byly prokázány u 14 % pacientů.

Mezi vzácné se vyskytující, ale v literatuře zmiňované lokalizace metastáz uroteliálních tumorů patří orofaciální oblast. Peter a Zimmerman předkládají kazuistiku 69letého nemocného s karcinomem prsu, u kterého se vyvinula oční metastáza. Histologické vyšetření potvrdilo metastázu typickou pro buňky přechodného epitelu s následným nálezem duplicity karcinomu v močových cestách [4]. Známé jsou i případy metastáz do horní a dolní čelisti [5, 6].

Bloch et al. referují ve své práci z roku 1987 o dvou pacientech, kteří podstoupili kraniotomii pro solitární metastázu mozku s následnou aktinoterapií [7], Cozzarini et al. o výskytu dvou případů karcinomatózy mozkových plen způsobených karcinomem z přechodného epitelu [8]. Jako komplikace laparoskopické nefrektomie byly publikovány dva případy vzniku metastázy v místě portů [9, 10].

U našeho nemocného jsme vedle metastáz v obvyklých lokalizacích objevili metastázování do myokardu. V dostupné literatuře jsme našli pouze dvě zmínky o diseminaci do této lokalizace. V první šlo o metastázu do pravé srdeční komory prezentující se hypoxemií a vznikem pravo-levého *shuntu* [11], další práce referuje o karcinomatóze perikardu projevivší se život ohrožující perikardiální tamponádou [12].



Obr. 4. Histologický preparát. V levém horním rohu tkáň myokardu (M) přecházející v tkáň uroteliálního karcinomu (UC), v pravém dolním rohu ložiska dlaždicobuněčné metaplasie (DMP) a papilokarcinomu.

ZÁVĚR

Přestože uroteliální karcinom pánvičky a ureteru nepatří mezi časté tumory, musíme jej vzhledem k panuroteliálnímu charakteru onemocnění sledovat se stejnou důsledností jak karcinom močového měchýře.

V době stanovení diagnózy není většina onemocnění v pokročilém stadiu. Najdeme-li metastázy, tak většinou v typických lokalizacích (uzliny, kosti, plíce event. játra).

Je však nutné vědět, že karcinomy z urotelu mají i své vzácné lokalizace metastázování, které mohou být součástí masivní diseminace nádorového onemocnění, jak prezentujeme v naší kazuistice. Klinické projevy vzácného metastatického poškození jsou vedle celkových a lokálních příznaků prvním znamením, které nás upozorní na přítomnost metastázujícího uroteliálního karcinomu močových cest.

LITERATURA

1. Ou JH, Pan CC, Lin JS, Tzai TS, Yang WH, Chang CC, Cheng HL, Lin YM, Tong YC. Transitional cell carcinoma in dialysis patients. *Eur Urol* 2000; 37[1]: 90-4.
2. Tanagho EA, McAninch JW. Smith's General Urology : Ureteral and renal pelvic cancer. 13th Edition, 1992.
3. Sengelov L, Maase H, Kamby C, Jensen LI, Rasmussen F, Horn T, Nielsen SL, Steven K. Assessment of patients with metastatic transitional cell carcinoma of the urinary tract. *J Urol* 1999; 162[2]: 343-6.
4. Peter J, Zimmerman LE. Ocular metastases from transitional cell carcinoma of the urinary tract. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmology* 1984; 22[4]: 137-41.
5. Cohen DM, Green JG, Diakman SL, Howell RM, Ham SD. Maxillary metastasis of transitional cell carcinoma : report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67[2]: 185-9.
6. Cardona F, Bagan JV, Perez A. Mandibular metastasis of transitional cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58 [10]: 1154-8.
7. Bloch JL, Nieh PT, Walzak MP. Brain metastasis from transitional cell carcinoma. *J Urol* 1987; 137[1]: 97-9.
8. Cozzarina C, Reni M, Mangili F, Baldoli MC, Galli L, Bolognesi A. Meningeal carcinomatosis from transitional cell carcinoma : report of two cases and review of the literature. *Cancer Invest* 1999; 17[6]: 402-7.
9. Masayuki O, Shinichiro I, Yuji T. Port site metastasis after laparoscopic nephrectomy: unsuspected transitional cell carcinoma within a tuberculous atrophic kidney. *J Urol* 1999; 162[2]: 486-7.
10. Ahmed I, Shaikh N, Kapadia CR. Track recurrence of renal pelvic transitional cell carcinoma after laparoscopic nephrectomy. *Brit J Urol* 1998; [81]: 319.
11. Lin WC, Telen MJ. Cardiac metastasis from a transitional cell carcinoma : a case report. *Med Oncol* 2000; 17[2]: 147-50.
12. Fabozzi SJ, Newton JR jr, Moriarty RP, Schellhammer PF. Malignant pericardial effusion as initial solitary site of metastasis from transitional cell carcinoma. *Urology* 1995; 45[2]: 320-2.
13. Novotvary 1997. PRAHA 2000, ÚZIS.

MUDr. Jiří Klečka
Urologická klinika
FN v Plzni
Tř. Dr. E Beneše 13
305 99 Plzeň
e-mail: kleckaj@fnplzen.cz