

BENIGNÍ MUCINÓZNÍ CYSTADENOM RETROPERITONEA

BENIGN MUCINOUS CYSTADENOMA OF THE RETROPERITONEUM

Jiří Klečka¹, Milan Hora¹, Tomáš Ůrge¹,
Ondřej Hes²

¹Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

²Šiklův patologicko-anatomický ústav FN
a LF UK, Plzeň

Došlo: 31. 8. 2008.

Přijato: 20. 10. 2008.

Kontaktní adresa

MUDr. Jiří Klečka, Ph.D.

Urologická klinika LF UK a FN

E. Beneše 13, 305 99 Plzeň

e-mail: kleckaj@fnplzen.cz

Práce byla podpořena výzkumným záměrem
MSM 0021620819.

Souhrn

**Klečka J, Hora M, Ůrge T, Hes O. Benigní
mucinózní cystadenom retroperitonea**

Autoři prezentují kazuistiku 60leté pacientky, u které byla primárně diagnostikována dle sonografie a CT cysta pravé ledviny. Spádovým urologem byla provedena nestandardní punkce útvaru s odsátím bez vyšetření punktátu a bez sklerotizace. Dle kontrolního CT došlo násled-

ně k recidivě cystického útvaru. Byla indikována laparoskopická ablace a na základě histologie byla diagnóza změněna na mucinózní cystadenom. Jedná se o relativně řídké onemocnění, jehož diagnostika činí potíže a velice často je stanovena až na základě histologického vyšetření.

Klíčová slova:

cysty retroperitonea, laparoskopie, mucinózní cystadenom.

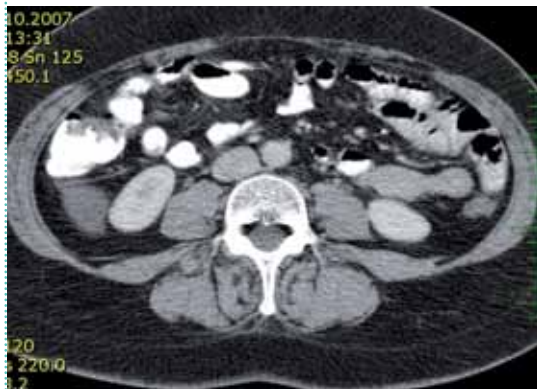
Summary

**Klečka J, Hora M, Ůrge T, Hes O. Benign
mucinous cystadenoma of the retroperito-
neum**

Authors present a case of 60 yers old patient with primary diagnosed renal cyst on right side. In peripheral urological department was done nonstandard cysts puncture and suction without sclerotization and fluid examination. According control CT scan were found a cysts recurrence. The laparoscopic ablation was indicated and on the basis of perioperative finding the diagnosis was switch to mucinous cystadenoma. It's a very rare disease with complicated diagnosis. The final diagnosis is based on histological examination.

Key words:

retroperitoneal cysts, laparoscopy, mucinous cystadenoma.



Obr. 1.

CT po podání kontrastní látky perorálně i intravenózně

Transverzální řez zobrazuje dolní pól pravé ledviny mediálně s naléhajícím útvarem laterálně s patrným rozhraním mezi oběma útvary.



Obr. 2.

Endoskopický pohled na mucinózní cystadenom na počátku laparoskopie

Obrázek byl pořízen z videozáznamu.

ÚVOD

Retroperitoneální benigní cystadenom retroperitonea je zřídkačným tumorem a do současnosti bylo na toto téma publikováno ve světové literatuře kolem 30 kazuistik (1–3). Předoperační diagnostika i peroperační odlišení léze od prosté cysty činí často potíže a definitivní diagnóza je stanovena až na základě histologického vyšetření. V práci prezentujeme naši zkušenost s tímto onemocněním.

KAZUISTIKA

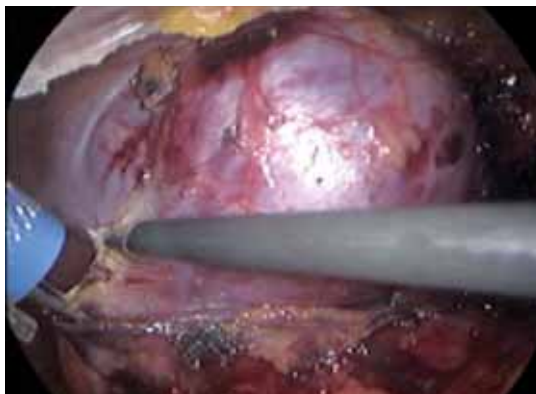
Šedesátiletá pacientka byla vyšetřena v dubnu roku 2007 na jiném urologickém pracovišti pro tupé bolesti v pravém bedru. Urologická anamnéza byla nevýznamná, po gynekologické stránce prodělala pacientka v mládí otevřenou resekci dermoidu pravého vaječníku.

Krevní obraz, biochemická laboratoř z krevního séra, močový sediment a kultivaci moče byly bez patologického nálezu. V rámci vyšetřovacího algoritmu bylo provedeno sonografické vyšetření s průkazem cysty pravé ledviny 15 cm v největším rozměru. Na základě tohoto nálezu bylo v květnu indikováno CT vyšetření s identickým nálezem. Pacientka byla indikována koncem května 2007 k punkci domněle

cysty vpravo pod CT kontrolou. V rámci výkonu bylo odsáto asi 300 ml nijak blíže nespecifikovaného obsahu, který nebyl cytologicky ani biochemicky vyšetřen. Na kontrolním USG o měsíc později došlo ke zmenšení objemu cystického útvaru na 9 cm. Pacientka v říjnu téhož roku vyhledala pro recidivu bolesti v pravém bedru urologickou pomoc na těžší spádové urologické ambulanci, kde bylo indikováno kontrolní CT ledvin (obr. 1). V popisu CT bylo vzhledem k patrnému rozhraní (interface) mezi dolním polem pravé ledviny a cystickým útvarem vysloveno podezření na primární cystický tumor pravé poloviny retroperitonea.

Pacientka byla odeslána na Urologickou kliniku FN v Plzni, kde byla indikována k laparoskopické revizi retroperitonea vpravo. Laparoskopický přístup byl zvolen obdobně jako při laparoskopické nefrektomii. Nejprve byla provedena incize zadního listu retroperitonea v Toldtově linii a následně exponován cystický útvar.

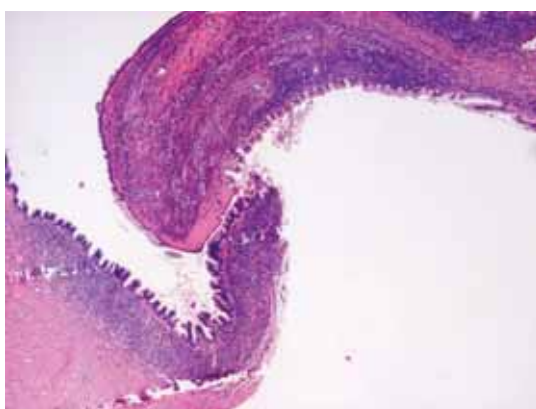
Peroperačně byl zjištěn v souladu s CT vyšetřením cystický tumor velikosti cca 12 cm bez souvislosti s ledvinou, naléhající na její dolní pól a zasahující do pánve. Laparoskopicky byla provedena exstirpace cysty vcelku (en bloc) a následně pro lepší extrakci preparátu odsáto cca 400 ml mléčně zkalené tekutiny (viz obr. 2, 3 a 4). Hojení u pacientky probíhalo bez potíží a 4. pooperační den byla propuštěna do do-



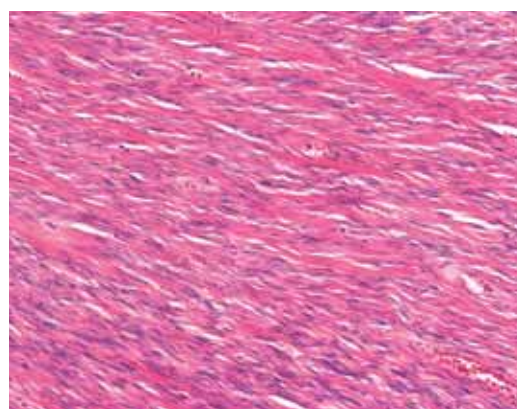
Obr. 3.
Preparace cystadenomu pomocí monopolárního háčku



Obr. 4.
Odsátí obsahu cystického tumoru před vložením do sběrného sáčku



Obr. 5.
Stěna mucinózního cystadenomu (HE barvení, zvětšení 40×)



Obr. 6.
Stěna mucinózního cystadenomu (HE barvení, zvětšení 200×)

máciho ošetřování. Histologicky byla popsána cysta pravého retroperitonea s multilokulární strukturou. V biopsii byla zastižena částka tkáně, která byla identická s ovariálním stromatem, ve kterém je benigní mucinózní cystadenom. Jednalo se o odštěpek vaječníku po předchozím odstranění dermoidu vaječníku v mládí, ve kterém vznikl cystadenom. Léze byla vyhodnocena jako zcela benigní (obr. 5, 6).

DISKUSE

Cystické retroperitoneální tumory s mülleríanským typem epitelové výstelky mohou být

jak benigní povahy (1, 3, 4, 5, 7–9), marginální (9) nebo zcela maligní povahy (10) s překvapivě podobnou strukturou normálních součástí ovaria. Do současnosti není zcela jasný původ cystických retroperitoneálních lézí. Předpokládá se, že se jedná o nadpočetná ovaria či jejich rezidua (4). Základem jejich vzniku jsou základy sekundárního mülleríanského vývodu, které vznikají z peritoneálních mezoteliálních buněk a ze submezoteliálního mezenchymu. Tyto struktury mohou být základem endometriózy či endosalpinxózy včetně jejich zvratu v malignitu (11–13). S ohledem na námi zmínovaný cystadenom retroperitonea se předpokládá invaginace výše uvedeného epitelu s následnou metaplazií či neoplazií mezotelia do

Tab. 1. Bosniakova klasifikace ledvinných cyst

Kategorie	Popis
I	Benigní jednoduchá cysta, s jemnou stěnou, bez sept, kalcifikací nebo solidních komponent. Po podání kontrastní látky na CT nedochází k jejímu enhancmentu.
II	Benigní cysta, která může obsahovat jemná septa včetně enhacmentu. Mohou být přítomny drobné kalcifikace či segmentální ztlustění sept. Do této kategorie spadají i tzv. cysty s vysokou denzitou, které musí splňovat požadavek velikosti do 3 cm.
IIIF	Cysty, které obsahují mnohočetná septa včetně jejich enhacmentu. Obsahují nodulární ztlustění a kalcifikace. Většina těchto lézí je dobře ohraničena. Vyžadují pravidelné sledování.
III	Jedná se o cystické masy s nepravidelnou stěnou a septy. Některé mohou být maligní povahy (např. multilokulární cystický karcinom) nebo benigní povahy (např. infikovaná nebo hemoragická cysta).
IV	Jasně maligní cystické masy, které splňují všechna kritéria jako skupina III a zároveň obsahují solidní tkáňovou složku.

epitelu mülleriánského typu se vznikem cystických neoformací se zbytky ovariální tkáně (3, 9, 10, 14)

Diagnostika retroperitoneálních cystických lézí je možná pomocí ultrazvuku, CT či magnetické rezonance. V rámci diferenciální diagnostiky benigních retroperitoneálních cyst je nutno zvažovat lymfangiom, cystický teratom, parazitární cysty, lymfokélu, urinom, cystický mezoteliom, cystický nefrom, multilokulární cystický renální karcinom (15) či prosté cysty ledvin. Vyjma Bosniakovy klasifikace ledvinných cyst (16) (tab. 1) neexistuje jednotná nomenklatura pro cystické retroperitoneální léze.

Vlastní zobrazovací diagnostika je relativně obtížná a nápomocná může být pacientova anamnéza. Přesná předoperační diagnostika mülleriánských epiteliálních metaplazií (serózní, muciózní či endometroidní) je prakticky nemožná. Zpřesnění diagnózy je možno docílit aspirační biopsií při splnění získání dostatečného množství buněk. Další možnosti je

stanovení hladiny karcinoembryonálního antigenu (CEA) přímo ze získané tekutiny v rámci aspirace. Jedinou a definitivní možností stanovení diagnózy a zároveň léčbou je kompletní odstranění léze.

V rámci terapeutického přístupu u cystických lézí retroperitonea je dnes metodou číslo jedna laparoskopie. Tato umožňuje miniinvasivní a kompletní odstranění léze, tak jak je zdokumentováno v našem případě. Další možností léčby je punkce útvaru s jeho sklerotizací a dlouhodobou drenáží. Agostini et al. (17) prezentují ve své práci soubor 66 pacientů, u kterých bylo ošetřeno tímto způsobem 72 cyst. Pod sonografickou kontrolou byly cysty punktovány, obsah odsát a aplikován buď 95% alkohol či 3% ethoxysklerol a následně zavedena drenáž o celkové době 7 dnů. Autoři konstatují recidivu cyst u 26% pacientů a s ohledem na finanční náklady a vedlejší negativní účinky doporučují použití ethoxysklerolu, jehož aplikace je však zatížena větší mírou septických komplikací. Alkohol je výhodnější použít v opakovaných aplikacích u cyst větších jak 600 ml.

ZÁVĚR

V rámci diagnostiky cystických retroperitoneálních útvarů je nutno pomýšlet nejen na nejčastější simplexní cystu ledvin, ale i na cystické tumory (multilokulární cystický renální karcinom, smíšený epiteliální a stromální tumor ledviny a cystický nefrom) a primární retroperitoneální cystické útvary vycházející z mülleriánského epitelu, jejichž biologická aktivita se může pohybovat od naprosto benigních po maligně se chovající tumory. Jedinou přesnou možností diagnostiky a léčby je jejich kompletní odstranění. V současné době je u nalezených cystických lézí indikován primárně laparoskopický či retroperitoneoskopický přístup. Punkce, sklerotizace a drenáž cystických útvarů je zatížena větší mírou komplikací a recidiv a nelze ji z tohoto důvodu doporučit.

LITERATURA

1. **Williams P, Gall SA, Prem KA.** Ectopic mucinous cystadenoma: a case report. *Obstet Gynecol* 1971; 38: 381–385.
2. **Bhattacharya R.** Retroperitoneal mesonephric cyst: case report. *NZMed* 1975; 82: 232.
3. **Pennell T, Gusdon J.** Retroperitoneal mucinous cystadenoma. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 1229–1235.
4. **De Peralta MN, Delahoussaye PM, Tornos CS, Silva EG.** Benign retroperitonea cysts of Müllerian type: a clinicopathologic study of three cases and review of the literature. *Int J Gyn Pathol* 1994; 13: 273.
5. **Nagy V, Zelenak P, Sokol L, Kaminska L.** Extraovarian mucinous cystadenoma in the retroperitoneum mistaken for a renal cyst. *Ceska. Gynecol* 1994; 59(3): 137–140.
6. **Motoyama T, Chida T, Fujiwara T, Watanabe H.** Mucinous cystic tumor of the retroperitoneum. A report of two cases. *Acta Cytol* 1994; 38(2): 261–266.
7. **Afriat R, Mechet I, Rachedi N, Michenet P, et al.** Primary retroperitoneal mucinous cystadenoma: a case treated by celioscopic surgery. *J Chir Paris* 1995; 132(2): 67–69.
8. **Bortolozzi G, Grasso A, Zasso B.** Mucinous cystadenoma of the retroperitoneum. A case report and review. *Eur J Gynecol Oncol.* 1995; 6(1): 65–68.
9. **Banerjee R, Cough J.** Cystic mucinous tumors of the mesentery and retroperitoneum: report of three cases. *Histopathology* 1988; 12: 527–532.
10. **Nelson H, Benjamin B, Alberty R.** Primary retroperitoneal mucinous cystadenocarcinoma. *Cancer* 1988; 61: 2117–2121.
11. **Lauchlan S.** The secondary müllerian system. *Obstet Gynecol Surv* 1972; 27: 133–146.
12. **Fox H.** Primary neoplasia of the female peritoneum. *Histopathology* 1993; 23: 103–110.
13. **Darrymple JC, Bannatyne P, Russell P, Solomon HJ, Tattersall MH, Atkinson K, Carter J, Dural P, Ellio HR, Friedlander M.** Extraovarian peritoneal serious papillary carcinoma. A clinicopathologic study of 31 cases. *Cancer* 1989; 64: 110–115.
14. **Ulbright T, Morley D, Both L, Berkow R.** Papillary serious carcinoma of the retroperitoneum. *Am J Clin Pathol* 1983; 79: 633–637.
15. **Hora M, Hes O, Michal M, Boudová L, Chudáček Z, Kreuzberg B, Klečka J.** Extensively cystic renal neoplasms in adults (Bosniak classification II or III) – Possible „common“ histological diagnoses: Multilocular cystic renal cell carcinoma, cystic nephroma, and mixed epithelial and stromal tumor of the kidney. *Int Urol Nephrol*, Dec 2005; 37(4): 743–750.
16. **Israel G., Bosniak M.** An update of the Bosniak renal cyst classification systém. *Urology* 2005; 66: 484–488.
17. **Agostini S, Dedola GL, Gabbrielli S, Scelzi S, Dattolo E, Muzzillo F, Masi A.** Percutaneous treatment of simple renal cysts with sclerotherapy and extended drainage. *Radiol Med* 2004; 108(5–6): 522–529.