

KARCINOM RETE TESTIS

CARCINOMA RETE TESTIS

Katarína Slatinová¹, Zdeněk Šalomon²,
Martin Labovský¹

¹Urologické oddělení Nemocnice Znojmo, p.o.

²Patologicko-anatomické oddělení
nemocnice Znojmo, p.o.

Došlo: 8. 2. 2012.

Přijato: 24. 4. 2012.

Kontaktní adresa

MUDr. Katarína Slatinová

Urologické oddělení Nemocnice Znojmo

MUDr. J. Jánskeho 11, 669 02 Znojmo

e-mail: slatinova@zoznam.sk

Souhrn

Slatinová K, Šalomon Z, Labovský M. Karcinom rete testis

Uvádíme kazuistiku negerminálního maligního tumoru postihujícího rete testis varlete. Tumor je raritní a může být zaměněn s jinými tumory, které do varlete metastazují. Vzhledem

k jeho agresivní biologické povaze a rezistenci k chemoterapii a radioterapii je velikost tumoru v době diagnózy jediným prokázaným faktorem délky přežití pacientů s tímto onemocněním.

Klíčová slova:

rete testis, varle, karcinom.

Summary

Slatinová K, Šalomon Z, Labovský M. Carcinoma rete testis

We report a case of nongerminall malignant tumour affecting the rete testis. This rare tumour can be misdiagnosed with other types of metastatic malignant tumours. Because of its aggressive biological behavior and resistance to chemotherapy and radiotherapy, tumor size at the time of diagnosis is the only proven factor in survival of patients with this disease.

Key words:

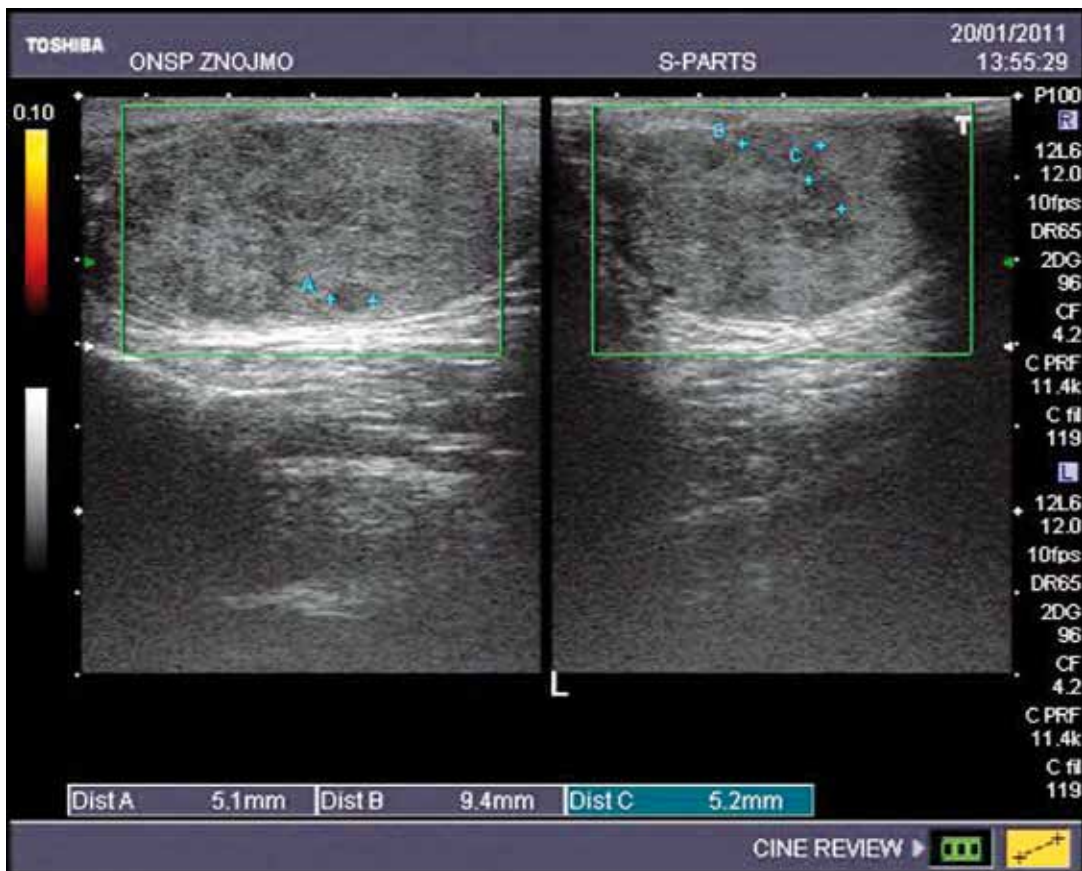
rete testis, testis, carcinoma.

ÚVOD

Karcinom rete testis je vzácný tumor postihující varle. Vyskytuje se zejména u starších mužů mezi 70.–80. rokem života, ale jsou popsány i případy u mladších mužů, z dostupných údajů v literatuře v rozmezí mezi 8.–91. rokem života (1). V celosvětové literatuře bylo dosud popsáno cca 60 případů, přičemž jenom asi polovina splňuje po revizi kritéria pro tento tumor. Jeho charakteristickým znakem je zejména jeho špatná prognóza. Tumor časné metastazuje do spádových lymfatických uzlin a viscerálních orgánů.

KAZUISTIKA

V lednu 2011 byl na naší ambulanci vyšetřen 70letý pacient pro cca 3měsíční anamnézu nebolestivého zduření levého varlete. Fyzikálním vyšetřením bylo zjištěné tuhé varle v celém objemu s nediferencovatelným nadvarletem, nález byl palpačně nebolestivý. Ultrazvukovým vyšetřením byla prokázána tumorózní infiltrace levého varlete, bez přítomnosti hydrokély. Laboratorně jsme neprokázali elevaci AFP nebo HCG. Zaznamenali jsme však elevaci PSA. Pacient podstoupil radikální orchiektomii vlevo z inguinálního přístupu. Histologicky byl po opa-



Obr. 1.

USG varlat – nález nádorové infiltrace varlete

Fig. 1.

USG testis – finding of testicular tumour infiltration

kované revizi nálezu patologie naší nemocnice a vyššího klinického pracoviště diagnostikován dobře diferencovaný adenokarcinom rete testis. Tumor byl tubulopapilární až cystopapilární struktury, rostl intrakanalikulárně s invazí do tubuli efferentes v oblasti nadvarlete. Imunohistochemicky byly vyloučeny tumory mezoteliální a gonadostromální. Pro elevaci PSA pacient následně podstoupil biopsii prostaty, kde jsme diagnostikovali adenokarcinom prostaty GS 3+3. Pro diferenciálně diagnostickou úvahu o možné metastáze karcinomu prostaty do varlete byl nález znovu revidován a metastatický proces vyloučen. Pacient je nyní 12 měsíců po primární diagnóze karcinomu rete testis s probíhající radioterapií pro karcinom prostaty bez známek recidivy karcinomu rete testis. Druhé varle je v pravidelných intervalech vyšetřováno USG a spádové lymfatické uzliny

a viscerální orgány jsou vyšetřovány pomocí dalších zobrazovacích metod.

DISKUSE

Karcinom rete testis se projevuje nejčastěji jako nebolestivé zduření varlete, často spojené s hydrokélou (25 % případů). Popsány jsou ale i případy spojené s bolestivým zduřením hemiskrota, s traumatem, epididymitidou nebo kryptorchismem, i když přímou souvislost mezi kryptorchismem a karcinomem rete testis se prokázat nepodařilo (2). Nikdy není bilaterální. Makroskopicky se projevuje jako nepouzdřený, tuhý, bělavý tumor lokalizovaný do hilu varlete. Může zasahovat do semenného provazce nebo nadvarlete.

Pro tento vzácný tumor byly sestaveny tzv. Nochowitzove kritéria, která by měl vzhledem k široké diferenciální diagnostice a časté histologické podobnosti s jinými tumory splňovat (3, 4). Nejdůležitějším kritériem je nepřítomnost histologicky podobného jiného primárního tumoru v těle, který by mohl být primární lokalizací. Tumor musí být lokalizován do hilu varlete. Pro patologa je důležitá vizualizace přechodu normálního epitelu do epitelu maligně transformovaného při histologickém vyšetření a absence převahy struktur připomínajících germinální testikulární nádory. Maligní transformace postihuje buněčnou výstelku rete testis. Jeho histologický vzhled může být tubulární nebo papilární, ale byly popsány i případy s cystickou nebo solidní komponentou. Buňky karcinomu mají lumínální povrch krytý mikrokly, cytoplazma buněk je vyplněná hojným obsahem perinukleárních tonofilamentů a tukovými kapénkami. Jádra jsou nepravidelná. Imunohistochemicky tkáň tumoru vykazuje pozitivitu pro cytokeratiny, CEA, vimentin, NSE, LeuM1 a TAG 72, negativitu pro AFP a HCG (5).

V diferenciální diagnostice je nutné vyloučit metastázu adenokarcinomu jiné primární lokalizace, nejčastěji karcinomu prostaty. Imunohistochemicky je adenokarcinom prostaty PSA a PAPH pozitivní. Druhým nejčastějším karcinomem metastazujícím do hilu varlete jsou adenokarcinomy plic (5). Dalším tumorem v diferenciální diagnostice je maligní mezoteliom. Mikrokly buněk mezoteliomu jsou delší a tenčí, tumor bývá lokalizovaný mimo hilu varlete a nevykazuje přechod do benigní adenomové komponenty. Imunohistochemicky lze u mezoteliomu prokázat pozitivitu pro kalretinin a WT-1, která u karcinomu rete testis chybí (1). Z dalších tumorů je nutné vyloučit „ovariální“ typ nádorů z po-

vrchového epitelu, zejména serózní typy, maligní tumor ze Sertoliho buněk postihující více testikulární stroma než tubuly. Do rete testis mohou prorůst i germinální tumory a vytvářet intratubulární germinální neoplazii, proto při hyperplastických lézích rete testis nejasné etiologie je nutné uvažovat o přítomnosti germinálního tumoru (5).

Prognóza tumoru závisí od stadia v době diagnózy. Tumor rychle metastazuje lymfatickou cestou do spádových ilických a para-aortálních lymfatických uzlin. Časně vytváří i viscerální metastázy a byly popsány i případy metastatického poškození kůže (6). Léčba je chirurgická, spočívající v radikální orchiektomii. Retroperitoneální lymfadenektomie se rutinně nedoporučuje. Tumor je primárně rezistentní vůči všem známým chemoterapeutickým režimům a vůči radioterapii (7). Velikost tumoru v době diagnózy je jediným prokázaným faktorem délky přežití těchto pacientů (4).

ZÁVĚR

Primární adenokarcinom rete testis je mezi tumory postihujícími varle vzácný. Důležité je zejména histologické vyšetření zkušeným patologem a vyloučení jiného primárního karcinomu metastazujícího do varlete. Vzhledem k rezistenci tumoru k chemoterapii a radioterapii je jedinou formou terapie časná chirurgická léčba. Velikost v době diagnózy je jediným prokázaným faktorem délky přežití pacientů. Vzhledem k jeho agresivitě není v literatuře mnoho dostupných údajů o následné léčbě recidivy tohoto onemocnění. Pacienti s pokročilým onemocněním nebo recidivou většinou umírají do několika měsíců.

LITERATURA

1. **Mahul BA.** Selected other problematic testicular and paratesticular lesions: rete testis neoplasms and pseudotumors, mesothelial lesions and secondary tumors. *Mod Pathol* 2005; 18(Suppl 2): S131–145.
2. **Hastak MS, Ramraje SN, Shedje RT.** Adenocarcinoma of Rete testis. *Bombay H Journal* 2010; 52(3): 408–410.
3. **Orozco RE., Murphy WM.** Carcinoma of the rete testis: case report and review of the literature. *J Urol* 1993; 150: 974–977.

4. **Nochomovitz LE, Orenstein JM.** Adenocarcinoma of the rete testis: consolidation and analysis of 31 reported cases with a review of the literature. *J Urol Pathol* 1994; 2: 1–37.
5. **Hes O, Michal M, Mukenšnabl P.** Nádory varlat. Plzeň: Euroverlag s.r.o. 2007; 368 s.
6. **Abhishek S.** A Rare Isolated Case Of Adenocarcinoma Of Rete Testis With Cutaneous Secondaries? a Case Report. *WebmedCentral SURGERY* 2011; 2(1): WMC001501.
7. **Mermerstaihn W, Vardi N, Gusakova I, Klein J.** Serous papillary adenocarcinoma of rete testis: Unusual Ultrasonography and pathological findings. *Cancer Journ* 2007; 3: 37–39.

Poznámka člena výkonné redakční rady k článku autorů Kočovská P, Eret V, Toufarová P, Chudáček Z, Hora M. Možnosti endoskopického řešení dlouhodobě ponechaných inkrustovaných ureterálních stentů (s. 101–107)

INKRUSTACE ČI ENKRUSTACE?

Ureterální stenty užívané v klinické praxi od roku 1978 (1) přinesly podstatné zlepšení možností krátkodobé i dlouhodobé derivace moči z horních cest močových. Zavedení stentu nepřináší však pro pacienta jen výhody, ale i problémy. Zavedení stentu zhoršuje kvalitu života pacienta (2), u více než jedné poloviny pacientů můžeme očekávat komplikace, mezi které patří močová infekce, bolest v boku, mikční obtíže a enkrustace stentu (2, 3). Specifickou skupinu komplikací tvoří „zapomenuté“ stenty v těle pacienta. V těchto případech dochází k častým enkrustacím, k migraci stentů či jejich fragmentaci. Důvodem k opomenutí extrakce stentu bývá většinou nespolupráce pacienta, i přesto je zde nepochybná odpovědnost lékaře, který stent zavedl. Zavedení kontrolních mechanismů pomocí informačních systémů umožňuje snížit počet pozdních výměn či extrakcí stentu z 12,5 % na 1,2 % (4). U gravidních pacientek je nutné mít vždy na mysli zkrácení výměn stentu, kdy doporučený interval je 6 týdnů (5).

Základním faktorem vytváření enkrustací na povrchu stentu je nerovnost jeho povrchu, na kterém dochází k adhezi bílkovin. Samotný proces enkrustace je podmíněn přítomností infikované moči, kdy se pomocí ureázy zvyšuje pH. Tím je umožněna inkorporace iontů vápníku a hořčíku do biofilmu pokrývajícího povrch stentu, a tím vznik enkrustací (6). Tvorba enkrustací za příznivých podmínek začíná již velmi brzy, a to již za 14 dní od zavedení. Za 6 týdnů jsou přítomny již v 47,5 % případů (7). Počátkem devadesátých let 20. století byla ještě tvorba krust na povrchu stentu označována jako inkrustace (8), od konce 20. století je již jednoznačně inkrustace vyhrazena pro obstrukci vnitřního lumen stentu a enkrustace pro proces probíhající na zevním povrchu stentu (9, 10).

Správně terminologicky bychom do budoucna měli veškeré kalcifikace vznikající na zevním povrchu stentu označovat jako enkrustace.

Jejich odstranění je pak doménou kombinovaných endourologických metod (11).

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.

Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, Boženy Němcové 54, 370 01 České Budějovice

e-mail: petrik@nemcb.cz

Literatura

1. Finney RP. Experience with new double J ureteral catheter stent. *J Urol* 1978; 120(6): 678–681.
2. Joshi HB, Newns N, Stainthorpe A, MacDonagh RP, Keeley FX, Jr., Timoney AG. Ureteral stent symptom questionnaire: development and validation of a multidimensional quality of life measure. *J Urol* 2003; 169(3): 1060–1064.
3. Auge BK, Preminger GM. Ureteral stents and their use in endourology. *Curr Opin Urol* 2002; 12(3): 217–222.
4. Ather MH, Talati J, Biyabani R. Physician responsibility for removal of implants: the case for a computerized program for tracking overdue double-J stents. *Tech Urol* 2000; 6(3): 189–192.
5. Semins MJ, Matlaga BR. Ureterscopy during pregnancy. *Indian J Urol* 2009; 25(3): 291–295.
6. Wollin TA, Tieszer C, Riddell JV, Denstedt JD, Reid G. Bacterial biofilm formation, encrustation, and antibiotic adsorption to ureteral stents indwelling in humans. *J Endourol* 1998; 12(2): 101–111.
7. el-Faqih SR, Shamsuddin AB, Chakrabarti A, Atassi R, Kardar AH, Osman MK, et al. Polyurethane internal ureteral stents in treatment of stone patients: morbidity related to indwelling times. *J Urol* 1991; 146(6): 1487–1491.
8. Abber JC, Kahn RI. Pyelonephritis from severe encrustations on silicone ureteral stents: management. *J Urol* 1983; 130(4): 763–764.
9. Tunney MM, Bonner MC, Keane PF, Gorman SP. Development of a model for assessment of biomaterial encrustation in the upper urinary tract. *Biomaterials* 1996; 17(10): 1025–1029.
10. Kawahara T, Ito H, Terao H, Yoshida M, Matsuzaki J. Ureteral stent encrustation, encrustation, and coloring: morbidity related to indwelling times. *J Endourol* 2012; 26(2): 178–182.
11. Xu C, Tang H, Gao X, Yang B, Sun Y. Management of forgotten ureteral stents with holmium laser. *Lasers Med Sci* 2009; 24(2): 140–143.