

T. Hruban, B. Hruban

Chirurgické oddělení Prostějov,
přednosta MUDr. Bohumil Hruban, CSc.

METASTÁZY KARCINOMU ŽALUDKU DO MOČOVODU

KLÍČOVÁ SLOVA:

Močovod
Metastáza
Adenokarcinom žaludku

SOUHRN

V práci jsou uvedena dvě kazuistická sdělení obstrukce ureteru, způsobená metastázou karcinomu žaludku. U obou případů se základní onemocnění manifestovalo až vzdálenou metastázou do ureteru. Primární nádor byl nalezen následným vyšetřením GIT traktu. Autoři na podkladě vlastních zkušeností doporučují v diferenciální diagnostice obstrukce horních močových cest zvažovat i možnost raritního metastatického procesu.

ÚVOD

Metastázy nádorů do ureteru jsou vzácné. Pomineme-li malignity močového ústrojí, jsou primární tumory nejčastěji lokalizovány v žaludku, prsu, kolorektu, čípku děložním. V ureteru se vyskytují i metastázy melanomů a lymfomů. Již v roce 1948 Preshman a Ehrich stanovili následující kritéria pro pravé metastázy.

1. tumor infiltruje všechny vrstvy ureteru.
2. přítomnost nádoru v periureterální lymfatické tkáni.

Za metastázu nelze považovat lokoregionální prorůstání nádoru do ureteru z okolí, např. při pokročilých nádorech kolorekta a vnitřních rodidel. Na chirurgickém oddělení v Prostějově jsme v krátkém časovém údobí dvou let 1996 - 1997 léčili dva pacienty, kteří byli primárně operováni pro obstrukci ureteru s histologickým závěrem metastázy ze zažívacího traktu. Následně jsme diagnostikovali a operačně řešili pokročilý karcinom žaludku.

KAZUISTIKY

1. 66-letá žena byla postupně vyšetřena na chirurgické a urologické ambulanci pro bolesti v pravé bederní krajině, teplotu 38 °C. Při UZ vyšetření byla zjištěna dilatace kalichopánvičkového systému vpravo, vlevo byl nálezn negativní. Nález v moči a sedimentu byl bez přítomnosti erytrocytů. Sonografický popis dilatovaného dutého systému vpravo potvrdila vylučovací urografie, kde byla vpravo zobrazena výrazná dilatace kalichopánvičkového systému, proximálního a středního ureteru, která končila v oblasti S1 skloubení. Vlevo jen zaoblené papily bez dilatace kalichopánvičkového systému, ureter volně průchodný (Obr. 1).



Obr. 1: Obstrukce ureteru vpravo

Při ascendentní pyelografii vpravo byla jasně znázorněna stenosa v úrovni S1 skloubení (Obr. 2). Konkrement při žádném z vyšetření nebyl nalezen. RTG vyšetření byla doplněna flexibilní urete-

roskopií s nálezem stenózy ureteru v 9 cm. 28. 8. 1996 byla provedena operační revize ureteru vpravo. Shledána jizevnatá stenóza ureteru ve výše popsané lokalizaci v rozsahu 1 cm. Provedena resekce v makroskopicky zdravé tkáni. Peroperační nález nevzbuzoval podezření na maligní proces. Histologicky byl překvapivě zjištěn metastatický adenokarcinom G 2. Při pátrání po primárním tumoru byla pacientka vyšetřena computerovou tomografií. UZ břicha byl doplněn RTG jícnu, žaludku, irrigografií, ale primární ložisko nalezeno nebylo. Primární tumor diagnostikován až při gastroskopii, kde byl zjištěn rozsáhlý tumor fundu žaludku velikosti ženské pěsti. 11. 10. 1996 následovala další operace - proximální resekce žaludku, pyloroplastika a vzhledem k prorůstání útvaru do pankreatu i resekce pankreatu se splenektomií. V pooperačním období byla pacientka bez komplikací, zhojena per primam, následovala chemoterapie na onkologickém oddělení.



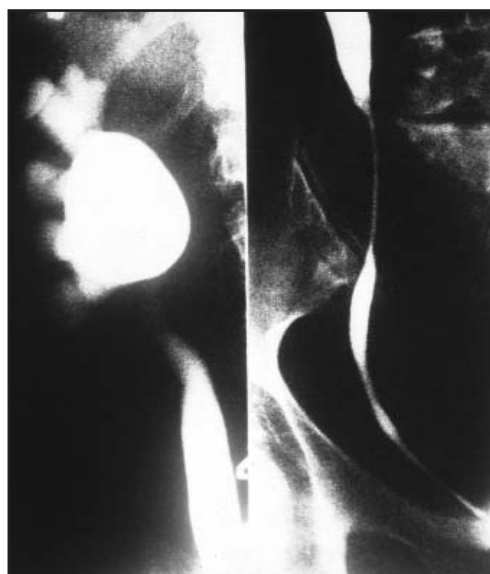
Obr. 2: Ascendentní pyelografie - stop náplně v oblasti S1 sklobení vpravo

6. 12. 1996 zaveden double pig tail do operovaného močovéhoodu pro postupně narůstající dilataci KPS a recidivu stenózy v místě její resekce. Při kontrolní IVU se vytvořil téměř identický obraz vlevo jako na straně pravé a byl řešen taktéž double pig tailem. Následovaly pravidelné výměny stentů oboustranně každé 3 měsíce, komplikovány 2x pyelonefritidou vpravo, která byla přeléčena antibiotiky (Gentamycin). Poslední výměna double pig tailů bilaterálně byla provedena dne 8. 7. 1997.

Dne 16. 7. 1997 exitovala na generalizaci maligního procesu do pleury, perikardu, mediastinu, parietálního a viscerálního peritonea a omenta.

2. 67-letý muž byl vyšetřen v privátní urologické ambulanci pro bolesti levé bederní krajiny. V anamnéze měl spontánní odchod Ca lithiasy před 20 lety. Vylučovací urografie ukázala opožděnou funkci vpravo a výraznou dilataci kalichopánvičkového systému a ureteru až do úrovně S 1, vlevo byl přiměřený nález. V moči a sedimentu mikrohématurie prokázána nebyla. UZ- dilatace kalichů do 8 mm. 29. 4. 1997 provedena ascendentní urografie vpravo, kde se zobrazil dilatovaný dutý systém s kolénkovitě prohnutým proximálním ureterem v subpelvické části, ureter byl

souvisle naplněn kontrastní látkou až do výše S 1-2, kde kónické stop (Obr. 3, 4).



Obr. 3, 4: Dilatace kalichopánvičkového systému a ureteru k S1-2, kde kónické stop při ascendentní pyelografii vpravo

Kontrastní látka do distálního ureteru nepronikla. Tentokrát jsme ureteroskopií již neindikovali a provedli jsme dne 30. 4. 1997 operační revizi, resekci pravého ureteru, anastomózu end to end se zavedením double pig tailu peroperačně. Konkrement jsme v ureteru nenalezli, jen krátkou stenózu velikosti 1, 5 cm. Materiál odeslán na histologické vyšetření, kde byl shledán metastatický adenokarcinom G 2. Dne 9. 5. 1997 proveden RTG žaludku, plic a skeletu s negativním nálezem. Při irrigografickém vyšetření ze dne 12. 5. 1997 byla zobrazena stenóza 35 mm v oblasti hepatální flexury a nález hodnocen jako nádorová infiltrace. 15. 5. 1997 provedena operační revize. V dutině břišní nalezen velký tumor žaludku v oblasti velké křivatury zasahující až ke kardii - linitis plastica, metastázy v omentu, paraaortálních uzlinách, stenóza colon ascendens z metastázy z mesocolon. Stav řešen ileo-transversoanastomózou. Pooperační průběh byl bez komplikací, plánována jen extrakce double pig tailu, event. jeho ponechání a pravidelné výměny.

DISKUSE

Metastázy do ureteru jsou kuriózní a zpravidla pozdní manifestací nádorové choroby. 90 - 100 % je diagnostikováno v pokročilé fázi nádorového onemocnění, až v 55 % jde o bilaterální postižení. Skutečnost, že hematogenní či lymfatické metastázování do ureteru je vzácné, je pravděpodobně způsobena segmentální distribucí krevního a lymfatického zásobení ureteru a periureterální tkáně i protisměrnou drenáží proti orgánům malé pánve. Z klinických projevů je hematurie vzácným příznakem, časté jsou bolesti z obstrukce, mnohdy však dominuje symptomatologie základního onemocnění. Tock a Wee popisují případ oboustranné metastázy ureteru projevující se supravézikální

retencí. Cohen a kol. uvádí, že 85 % metastatických lézí je asymptomatických. Nález při vylučovací urografii event. ascendentní pyelografii není specifický - od defektu v náplni, přes stenozu až po stop náplně se sekundární ureterohydronefrosou. Ani CT vyšetření či ureteroskopie mnohdy neobjasní příčinu obstrukce. Verifikaci mnohdy přináší až operační revize s peroperačním či následným histologickým vyšetřením. Léčba je závislá na pokročilosti základního onemocnění, lze užít celou škálu metod, od zavedení double pig tailu, pig tail nefrostomie, resekce, resekce s reimplantací ureteru do močového měchýře nebo anastomózy s druhostranným močovodem, ureterokutaneostomie, resekce tumoru a implantaci ureteru do střeva. Ve většině publikovaných prací jsou hodnoceny sekční nálezy, event. je popisován výskyt metastáz do ureteru u pacientů dlouhodobě léčených pro malignitu. V naší sestavě dvou nemocných byla nejprve diagnostikována metastáza do ureteru, a teprve následně bylo pátráno po primárním zdroji.

ZÁVĚR

Metastázy do ureteru jsou zpravidla projevem pokročilosti základního onemocnění. U našich dvou nemocných byla primárně diagnostikována metastáza, následně pokročilý primární tumor, který byl klinicky němý. Z našich zkušeností, které jsme získali v poměrně krátkém časovém údobí, lze vyvodit doporučení, že

v diferenciální diagnostice obstrukce ureteru je nutné pomýšlet i na možný raritní metastatický proces.

LITERATURA

1. Bergman, H.: The Ureter, Springer Verlag. New York, 1981, 780 s.
2. Stearns, D. B., Farmer, D. A., Gordon, S. K.: Ureteral metastasis secondary to gastric carcinoma: case report. J. Urol., 80, 1958, p. 214 - 217.
3. Steven, A., Kim, J. K., Pinck, B. D.: Metastatic ureteral tumors. J. Urol., 110, 1973, p. 288 - 290.
4. Babaian, R. J., Johnson, D. E., Ayala, A. G., Sie, E. T.: Secondary tumors of ureter. J. Urol., 4, 1979, p. 341 - 343.
5. Cohen, W. M., Hasson, J.: Metastatic cancer to the ureter: A review of the literature and case presentations. J. Urol., 112, 1974, p. 188 - 189.
6. Esrig, D., Kanellos, A. W., Freeman, J. A., Stein, J. P.: Metastatic renal cell carcinoma to the contralateral ureter. J. Urol., 44, 1994, p. 278 - 281.
7. Zunarelli, E., Pollastri, C. A., Cazo, M., Migaldi, M., Galizia, G., Criscuolo, M.: Metastatic breast carcinoma presenting as urinoma. Pathologica, 87, 1995, p. 712 - 714.
8. Lopez-Martinez, R. A., Stock, J. A., Gump, F. E., Rosen, J. S.: Carcinoma of the breast metastatic to the ureter presenting with flank pain and recurrent urinary tract infection. Am. Surgery., 62, 1996, p. 748 - 752.

MUDr. T. Hruban
Holandská 1
796 04 Prostějov

AUSSCHREIBUNG

Die Kommission "Europa" der Deutschen Gesellschaft für Urologie schreibt hiermit für das Jahr 1998

Stipendien

für die Dauer von jeweils 3 Monaten aus.

Anforderungen an den/die Bewerber/in:

Facharzt für Urologie (sogenannte 1. Qualifikation)
Deutsche Sprachkenntnisse
(Kriterien: Arzt-Patientengespräch, Nachweis eines Sprachkurses)
Alter bis ca. 40 Jahre
Interesse an ausgewählten Diagnostik- und Therapieverfahren

Umfang des Stipendiums:

Reisekosten von bzw. bis bundesdeutsche Grenze, Unterkunft, Verpflegung,
Kosten für Versicherungen und Behörden, monatliches Taschengeld

Bewerbungen mit Curriculum vitae, qualitativem Operationskatalog sowie zwei Referenzen sind bitte bis zum **31. Januar 1998**

an

Herrn
Prof. Dr. med. P. Alken
Direktor der Urologischen Klinik
Klinikum der Stadt Mannheim
Theodor-Kutzer-Ufer 1 - 3
68135 Mannheim
DEUTSCHLAND
Tel.: 0049/621/383-2229
Fax: 0049/621/383-3822

zu richten (in deutscher Sprache).

Bei positiver Entscheidung wird die organisatorische Vorbereitung einer Hospitation ca. 6 - 12 Monate in Anspruch nehmen.