

J. Pacovský¹, P. Navrátil¹, M. Brodák²,
K. Baker¹, P. Kutilek¹

¹Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové
přednosta doc. MUDr. Petr Morávek, CSc.

²Ústav anatomie LF UK Hradec Králové
přednostka doc. MUDr. Dáša Slížová, CSc.

BENIGNÍ SCHWANNOM RETROPERITONEA - - KAZUISTIKA

KLÍČOVÁ SLOVA

Retroperitoneální tumor
Benigní schwannom
Tumory periferních nervů

SOUHRN

Autoři prezentují případ 53letého muže s benigním schwannomem retroperitonea lokalizovaným pod dolním pólem levé ledviny. Předoperačně byla provedena perkutánní punkční biopsie s odběrem materiálu k cytologickému vyšetření, která ke stanovení správné diagnózy nevedla. Dalším krokem byla operační revize retroperitonea a odstranění tumoru. Pooperačně se objevil výpadek motorické funkce a citlivosti v oblasti inervované levým femorálním nervem, který se po parenterální vitaminoterapii a rehabilitaci upravil ad integrum. Dále je pacient již bez obtíží.

KEY WORDS

Retroperitoneal tumor
Benign schwannoma
Peripheral nerve tumors

SUMMARY

BENIGN RETROPERITONEAL SCHWANNOMA - CASE REPORT

Authors present a case report of 53 years old man with benign retroperitoneal schwannoma localised below the lower pole of the left kidney. Primary percutaneous biopsy has failed to make correct diagnosis. The patient underwent retroperitoneal surgery and removal of the tumor. Neurological complication - sensory and short-time motoric dysfunction in the femoral nerve area followed the surgery. This complication completely disappeared after physiotherapy after short period. The patient is free of any problem and satisfied now.

ÚVOD

Tumory retroperitonea tvoří velmi nesourodou skupinu novotvarů. Ty se vzájemně odlišují svou etiologií, biologickým chováním, odpovědí na léčbu, a tím i celkovou prognózou onemocnění. Retroperitoneum je prostor, jenž obsahuje struktury vycházející ze všech zárodečných listů. Tím je dána velmi pestrá škála zde přítomných primárních tumorů. Navíc jde o prostor, který se díky rozsáhlému krevnímu i lymfatickému cévnímu zásobení stává velmi frekventovaným cílovým místem metastatického šíření novotvarů z jiných lokalizací, tedy nádorů sekundárních. Sekundární tumory mají většinový podíl ze všech retroperitoneálních tumorů. Až 70 % případů metastatického postižení retroperitoneálních uzlin je způsobeno primárními karcinomy děložního čípku, prostaty, močového měchýře a tlustého střeva. Metastázy zhoubných nádorů varlat v lymfatických uzlinách se vyskytují právě v retroperitoneu. Díky relativně nízké incidenci nádorů varlat však tvoří metastázy jen minimální podíl z celkového objemu retroperitoneálních metastáz.

Podle biologického charakteru dělíme primární retroperitoneální tumory na benigní a maligní. Celkem 85 % všech primárních retroperitoneálních tumorů jsou maligní formy, tvoří tak 0,16 % všech maligních tumorů. Většinou se jedná o mezenchymální nádory, které vyžadují razantní onkologickou léčbu. Jejich prognóza je velmi špatná; 5leté přežití je cca 10–15 % [1,2].

Primární benigní tumory tvoří menšinu, jen cca 15 %, patří mezi vzácné tumory. Jsou cca v 80 % mezenchymového původu a nejčastěji vycházejí z nervové tkáně. Podle charakteru mateřské nervové tkáně je členíme na neurofibromy, ganglioneuromy, neurinomy (synonyma - neurilemony, schwannomy). Méně často pocházejí primární benigní retroperitoneální tumory z tukové tkáně, vazivové tkáně, hladké i příčně pruhované svaloviny, krevních i lymfatických cév. Velmi vzácně mohou mít tumory svůj původ v embryonální tkáni a mají charakter benigního či maligního teratomu.

KAZUISTIKA

Na našem pracovišti byl vyšetřen 53letý muž s dlouhodobou anamnézou polymorfních obtíží. Asi 2 roky pozoroval bodavé

bolesti v levém podbřišku s iradiací do levého třísla, někdy až do levého stehna. Občas se obtíže projevovaly jako palčivá bolest, šířící se po celém břiše. Intenzita obtíží byla mírná, přicházely v jednotlivých atakách s frekvencí cca 1krát týdně. Pacient těmto obtížím nepřikládal zvláštní význam. Teprve když se objevily nové potíže charakteru imperativní mikce a pocity nadýmání, rozhodl se pro návštěvu lékaře. Při fyzikálním vyšetření byl shledán fyziologický nález, v močovém sedimentu nebyly nalezeny patologické buněčné elementy. Laboratorně byla zjištěna lehká leukocytóza a hraniční anémie (leukocyty 12,5; hemoglobin 134). Biochemický nález byl zcela normální. Ultrazvukové vyšetření zjistilo zcela normální nález na nitrobřišních orgánech, v retroperitoneu, normální nález na ledvinách, pod dolním pólem levé ledviny byl zjištěn cystický tumor velikosti 70 mm. Následně bylo provedeno CT-vyšetření, které potvrdilo cystickou expanzi v udané lokalizaci velikosti 65 x 56 x 80 mm naléhající na musculus psoas major a musculus iliacus. Bylo vysloveno podezření na možnost vyrůstání tumoru z dolního pólu levé ledviny, jinak byl na obou ledvinách normální nález (obr. 1). Na základě tohoto vyšetření byla provedena diagnostická perkutánní punkce cystického tumoru s odběrem materiálu k cytologickému vyšetření. Vyšetření nepřineslo posun v diagnostice, byl nalezen pouze chudý buněčný nález bez jaderových atypií. Pacient byl indikován k operační revizi a k exstirpaci retroperitoneálního tumoru. Operace byla provedena z levostranné lumbotomie. Byla zrevizována levá ledvina se zaměřením na dolní pól, který byl bez patologického nálezu. Tumor byl nalezen kaudálně pod levou ledvinou, byl hladkého povrchu, dobře pohyblivý vůči okolním orgánům i vůči ledvině. Byl pevně fixovaný k m. psoas major. Bez obtíží byl lokalizován levý močovod, který probíhal mediálně od tumoru. Následovala exstirpace tumoru s nutností ostrého oddělení od zádového svalstva, k němuž byl pevně fixován (obr. 2). Operace proběhla bez komplikací, bez krevních ztrát. Pooperačně si pacient stěžoval na necitlivost v oblasti ventrální strany levého stehna a částečný motorický deficit. Byla omezena flexe v levém kyčelním kloubu. Neurologický konziliář nález uzavřel jako lézi nervus femoralis vlevo s postižením musculus iliopsoas. Doporučena vitaminoterapie a intenzivní rehabilitace. Pacient byl propuštěn do domácího ošetřování 10. pooperační den s ránou zhojenou bez komplikací, vymizelým motorickým defektem a s přetrvávající hypestezií v oblasti přední strany stehna, která přetrvávala do kontroly po 2 týdnech.

Tumor byl histologicky vyšetřen a nález uzavřen jako benigní schwannom s degenerativními změnami bez mitotické aktivity, který nedosahuje k okrajům excize.

DISKUSE

Schwannomy jsou benigní tumory, které vyrůstají ze Schwannovy pochvy periferních nervů. Patří mezi vzácné tumory, které tvoří 1–10 % všech primárních tumorů retroperitonea. Ve světové literatuře se proto objevují pouze popisy jednotlivých případů, jen velmi vzácně jsou prezentovány soubory čítající 3 nebo více [3,4]. Pro diagnostiku jsou používány běžně dostupné zobrazovací metody, kterými jsou ultrazvuk, CT či magnetická rezonance. Makroskopicky mívají schwannomy charakter cystické formace, proto mohou být rentgenologicky odečítány jako maligní, cysticky degenerované zhoubné tumory. Jde o benigní tumory s dobrou prognózou, které však mohou svou lokalizací působit maligně. Relativně častou a potenciálně letální lokalizací jsou neurinomy hlavových nervů. Typickým příkladem jsou neurinomy lokalizované v mostomozekovém úhlu. Tyto tumory mohou svým lokálním expanzivním růstem vést k destrukci lebečního skeletu



Obr. 1. Detailní snímek CT zachycující kulovitou expanzi retroperitonea v intimním kontaktu s musculus psoas major a musculus iliacus.



Obr. 2. Odstraněný schwannom z retroperitonea na řezu.



Obr. 3. Detailní pohled na stěnu odstraněného neurinomu, který zachycuje rozvlákněnou strukturu nervu, ze kterého tumor vychází.

a k nevratnému poškození životně důležitých center [5]. Schwannomy mají i svou vysoce maligní formu, která bývá obvykle spojena se současnou neurofibromatózou (morbus Recklinghausen). Tyto maligní formy mají obvykle velmi špatnou prognózu [3].

Schwannomy typicky vyrůstají z pochvy periferního nervu (obr. 3). Tím je dána vysoká variabilita lokalizací, ve kterých se mohou nacházet. Klinické příznaky se odvíjejí od jejich lokalizace a velikosti. V první řadě se u všech nemocných projevují různě závažné neurologické defekty v regionu inervovaném příslušným nervem. Ty jsou nejčastěji první známkou probíhajícího onemocnění a obvykle vedou k zahájení celého diagnostického procesu. Na končetinách se projevují poruchami hybnosti a citlivosti. Neurinomy hlavových nervů se často projevují poruchami zraku, sluchu či ataxií. Ve všech lokalizacích mohou být vyvolávající příčinou neuralgií.

Při umístění v retroperitoneu mohou být dlouhou dobu asymptomatické nebo jen s minimálními symptomy, které nemocný nepovažuje za příznak chorobného stavu [6]. Vzhledem k tomu mohou dosahovat značných velikostí. V pokročilém stavu se může nádor klinicky prezentovat i gastrointestinálními obtížemi, které mohou mít dokonce charakter subileózních či ileózních stavů. Urologické obtíže mohou být vyvolány přímým tlakem na horní i dolní močové cesty nebo na vegetativní nervy řídící funkci dolních močových cest. Z komprese krevních a lymfatických cév mohou rezultovat otoky dolních končetin.

Benigní retroperitoneální schwannom se může při vyšetřování zobrazovacími metodami jevit jako jiný typ tumoru, nežádka i maligní. V některých případech může neurinom imitovat obrovský tumor nadledviny nebo rozsáhlý tumor ledviny s lymfadenopatií [7]. Z urologického hlediska je zajímavý raritní výskyt schwannomu na dorzu penisu vycházející z dorzálního neurovaskulárního svazku penisu [8]. Neurinom lokalizovaný ve skrotu věrně napodobuje maligní tumor varlete [9].

ZÁVĚR

V diagnostice retroperitoneálního neurinomu má své místo především klinické vyšetření včetně vyšetření neurologického. Ultrazvukovým vyšetřením je možno poměrně dobře určit velikost a lokalizaci tumoru. CT-vyšetření retroperitonea, popřípadě nukleární magnetická rezonance, která má velmi dobrou vypovídací schopnost v měkkých tkáních, patří do vyšetřovacího schématu. K předoperačnímu posouzení biologického charakteru je plně

indikovaná perkutánní aspirační cytologie nebo biopsie, kterou je možno provést pod ultrazvukovou nebo CT-kontrolou. Při nejasném výsledku je vhodnější toto vyšetření zopakovat než přímo indikovat operační řešení. Takto můžeme předoperačně diagnostikovat onemocnění, která chirurgickou léčbu vůbec nevyžadují (např. maligní lymfomy).

Léčba benigního schwannomu je zásadně chirurgická. Při vhodné lokalizaci je na místě laparoskopická exstirpace [10]. Vždy se snažíme o zachování kontinuity nervu, z kterého tumor vychází. V případě potřeby je namístě spolupráce neurochirurga.

Retroperitoneální schwannom je nezhoubné onemocnění, která však vždy narušuje strukturu a funkci mateřského nervu. Pokročilé nálezy neurinomů mohou vést ke kompletní destrukci periferního nervu. Operační výkon je vždy spojen s vysokým rizikem závažného poranění již patologicky změněného nervu. Je nutno počítat s klinickými projevy neurologického charakteru různé intenzity, které by měly být řešeny ve spolupráci s neurologem.

LITERATURA

1. Babjuk M. Nádory retroperitonea. In: Dvořáček J et al. Urologie II. Praha 1998: 859-863.
2. Resnick MI, Kursh ED. Extrinsic obstruction of the ureter. In: Campbell's Urology. 7th ed. Philadelphia: WB Saunders 1998 (1. vol): 411 - 414.
3. Garcia G, Anfossi E, Prost J et al. Benign retroperitoneal schwannoma: report of three cases. *Prog Urol* 2002; 12(3): 450-3.
4. Cortes AI, Fernandez AM, de Astro Barbra F et al. A benign retroperitoneal schwannoma: a review of the literature and a report of new case. *Acta Urol Esp* 1999; 23(7): 621-4.
5. Mdarhri D, Touzani A, Tamura M, Regis J. Gamma Knife surgery for VII nerve schwannomas. *Neurochirurgie* 2004; 50: 407-13.
6. Takemoto J, Yamato T, Suzuki K, Takeuchi M. A case of schwannoma in psoas muscle. *Hiniokika Kiyo* 2004; 50(2): 119-21.
7. Hettiarachchi JA, Finkelstein MP, Schwarz AM et al. Benign retroperitoneal schwannom presenting as a giant aderenal tumor. *Urol Int* 2003; 71(2): 231-2.
8. Catedra GA, Sanz JP, Garmendia OG et al. Schwannoma of the penis. *Arch Urol* 2001; 54(7): 713-5.
9. Montgomery JS, Hollenbeck BK, Fisher PC et al. Benign paratesticular Schwanoma. *Can J Urol* 2004; 11(5): 2393-5.
10. Descazeaud A, Coggia M, Bourriez A, Goeau-Brissonniere O. Laparoscopic resection of a retroperitoneal schwannoma. *Surg Endosc* 2003; 17(3): 520.

MUDr. Jaroslav Pacovský
Urologická klinika LF UK a FN
Sokolská 408, 500 05 Hradec Králové