

noma. After 2 years CT scan revealed a suspected malignant mass in both adrenal glands. The patient then underwent simultaneous bilateral laparoscopic adrenalectomy. Histopathologic assesment revealed renal cell carcinoma metastasis in both adrenal glands. The operation was without complication, the patient was discharged after 5 days, in good condition with corticosteroid substitution. Bilateral laparoscopic adrenalectomy seems to be a feasible and safe procedure in this indication.

KEY WORDS

Adrenalectomy, laparoscopy, neoplasm metastasis, renal cell carcinoma.

.....

ÚVOD

Renální karcinom (RCC) představuje 2–3 % z celkového počtu všech zhoubných tumorů, s vyšší incidencí v západních vyspělých krajinách. Vyskytuje se častěji u mužů v poměru 1,5 : 1, vrchol incidence je mezi 60–70 lety (1). Česká republika patří mezi země s nejvyšším výskytem RCC na světě. V roce 2016 dosáhla incidence 38,5/100 000 obyvatel u mužů a 22,4/100 000 u žen (2). Základní léčbou lokálního onemocnění je parciální nebo radikální nefrektomie. Přibližně třetina pacientů má v době diagnózy vzdálené metastázy (3). Renální karcinom může tvořit metastázy téměř v každém orgánu, nejčastěji metastazuje do plic, kostí, jater a mozku (4). Incidence ipsilaterálních adrenálních metastáz se pohybuje mezi 3–5 %, výskyt kontralaterálních metastáz je 0,7 %. Nález současných bilaterálních metastáz nadledvin při absenci jiných metastatických ložisek je velmi vzácný (< 0,5 %) (5). V kazuistice prezentujeme pacienta, který podstoupil simultánní bilaterální laparoskopickou adrenalectomii pro metastázy RCC.

KAZUISTIKA

V lednu 2016 byl na naše pracoviště referován 64letý polymorbidní muž s nálezem 6 cm

centrálního tumoru dolní třetiny levé ledviny, bez známek generalizace. Nádor byl náhodně zastižen na CT angiografii z chirurgické indikace před perkutánní angioplastikou levé povrchové femorální tepny. U pacienta jsme indikovali a provedli laparoskopickou radikální nefrektomii vlevo šetřící levou nadledvinu. V dolním pólu ledviny bylo přítomné prokrvácené žlutooranžové solidní tumorózní ložisko průměru 6,5 cm. Histopatologické vyšetření prokázalo kolizní tumor tvořený papilárním renálním karcinomem typ I a světlobuněčným renálním karcinomem nukleární grade II. Invaze do krevních ani lymfatických cév nebyla zastižena, maligní nádorové struktury se nešířily do vazivového pouzdra ani do ledvinné pánvičky. Kolizní tumor je velmi vzácný histologický nález charakterizovaný přítomností dvou na sebe naléhajících nádorů různého histologického typu tvořících jednu solidní lézi. Prognóza kolizních nádorů je determinovaná komponentou s vyšším gradem, v tomto případě světlobuněčným renálním karcinomem (6). Na předoperačním CT popsal radiolog maligní tumor levé ledviny s centrální nekrózou, nebyla vyslovena suspekce na kolizní typ nádoru.

Při onkourologické dispenzární kontrole bylo v únoru 2017 provedeno CT břicha s nálezem expanze levé nadledviny 22 × 17 mm. Radiolog popsal ložisko jako suspektní z metastázy, byla doplněná pozitronová emisní tomografie (PET/CT), kde byla expanze levé nadledviny popsána jako spíše benigní, bez zvýšené metabolické aktivity. Jako suspektně maligní bylo naopak popsáno hypermetabolické ztlustění stěny colon transversum. Pacient následně podstoupil kolonoskopii a endoskopickou polypektomii s histologickým nálezem high grade adenomu. Původně jsme plánovali levostrannou adrenalectomii po gastroenterologickém vyšetření. Další průběh byl u pacienta komplikován infarktem myokardu, který byl řešen perkutánní koronární intervencí se zavedením stentu a nutností minimálně šestiměsíční duální antiagregace. Na další kontrolu se dostavil v březnu 2018, kdy jsme provedli CT břicha a plic s nálezem progresivní expanze levé nadledviny na 28 × 36 mm a další