

F. Zátura, R. Fiala, V. Študent, J. Pernička

Urologická klinika UP v Olomouci
přednosta doc. MUDr. F. Zátura

POKROČILÝ PRIMÁRNÍ KARCINOM URETRY A JEHO ŘEŠENÍ

KLÍČOVÁ SLOVA:

Primární karcinom uretry
Uretra
Nádor
Cystostomie
Kontinentní cystostomie

SOUHRN:

U nemocného s pokročilým primárním karcinomem bulbární uretry byl podrobně vyšetřen močový měchýř a horní močové cesty. Protože bylo vyloučeno nádorové postižení měchýře, byla provedena pouze ureterektomie s emaskulinizací a radikální prostatektomií. Terapie byla doplněna adjuvantní radioterapií. Derivace moči byla nejprve zajištěna punkční epicystostomií. Po 3 měsících po kontrolní CT a endoskopické kontrole byla provedena definitivní derivace kontinentní cystostomií tubulizovaným lalokem.

ÚVOD:

Primární karcinom uretry je u muže poměrně vzácný, bylo popsáno asi 600 onemocnění. Etiologický faktor není znám, bývá uváděna souvislost se zánětem či strikturou uretry. Nejčastější (v 60 %) je karcinom v bulbomembranózní části. (1) Histologicky

80 % nádorů tvoří spinocelulární karcinom, 15 % karcinom z přechodného epitelu a 5 % adenokarcinom a nádory nejasného původu. Na tumor uretry je třeba myslet při dysurických potížích, při spontánní perineální píštěli a bolesti v průběhu uretry.



obr. 2: NMR a) transverzální řez, b) sagitální řez



obr. 1: Ultrasonografie nádoru. Snímač 7,5 MHz

KAZUISTIKA:

57letý muž A. V. měl 4 měsíce postupně se zhoršující dysurické potíže s bolestmi na hrázi. Ke konci močil po kapkách, ale k lékaři šel, až když se mu otevřela urinózní píštěl na spodině šourku, ze které permanentně odkapávala moč a hnis. Kromě známek chronické sepse jsme našli bilaterální ureterohydronefrózu středního stupně, zřejmě ze subvezikální obstrukce. Hladina azotémie nebyla zvýšena.

Protože drenáž močového měchýře epicystostomií při výrazné cystitidě a ucpávání epicystostomie detritem nebyla dostatečná, byla založena oboustranná nefrostomie. Poté byl zklidněn akutní zánět dolních močových cest antibiotiky. Ze stěru z píštěle na cytologii byl prokázán spinocelulární karcinom.

Diagnóza byla objasněna sonografickým vyšetřením (obr. 1), CT i vyšetřením NMR (obr. 2). Velký tumor bulbární uretry, v sagitálním rozměru 10 x 7 cm, v transverzálním 10 x 5 cm, prakticky obturoval lumen uretry a sahal od symfýzy až topořivým tělesům. Patologické uzliny nebyly žádným z vyšetření zastíženy.

I když je spinocelulární karcinom v měchýři vzácný, provedli jsme kanálem epicystostomie endoskopickou kontrolu a randomizovanou biopsii, která neprokázala nádorové postižení. Rovněž prostatická uretra až po coliculus seminalis byla intaktní.

Proto jsme indikovali radikální operaci se zachováním močového měchýře. V první době jsme provedli radikální uretrektomii s amputací penisu, emaskulinizací, perineální radikální prostatektomií a s uzávěrem spodiny močového měchýře.

Při operaci jsme místo píštěle překryli sterilním obalem a odstranili penis se šourkem a tumorem v jednom celku (obr. 3), takže nedošlo ke kontaminaci rány a nemocný se zhojil primárně (obr. 4). Histologické vyšetření: spinocelulární karcinom místy rohovějící, stadium hodnoceno jako pT4 NO M0 G3.

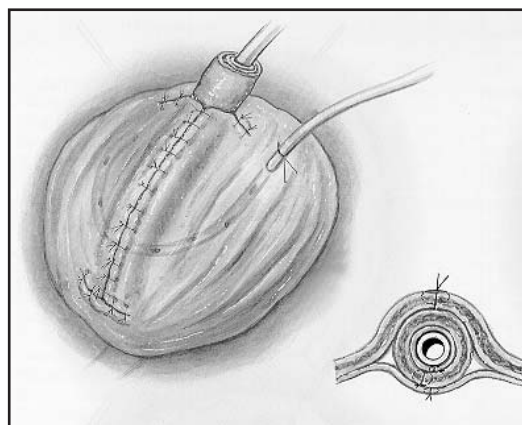
Biopsie okolí excize byly negativní.

Regionální uzliny nebyly hmatné.

14 dní po operaci nastoupil nemocný adjuvantní radioterapii, kdy bylo ve 22 sezeních ozářeno operační pole a oblast regionálních uzlin.

8 měsíců po 1. operaci jsme provedli CT kontrolu, kontrolní endoskopii

měchýře kanálem epicystostomie a vylučovací urografii. Ultrasonografický nález ureterohydronefrózy se upravil, recidivu onemocnění jsme nenalezli. Proto jsme nahradili epicystostomií kontinentní cystostomií tubulizovaným lalokem z přední stěny močového měchýře (obr. 5). Nemocný se překvapivě dobře zhojil, při kontrole za 3 týdny po operaci byla ověřena kontinence profilometricky. Rok po operaci je nemocný v dobrém celkovém stavu bez známek recidivy nádoru, je kontinentní při pravidelné autokatetrizaci měchýře tubulizovaným lalokem.



obr. 5: Kontinentní cystostomie tubulizovaným lalokem měchýře

DISKUSE:

Tumor bulbomembranózní uretry se projevuje obstrukčními potížemi různě dlouhého trvání a kromě bolesti na perineu u většiny nemocných i spontánní píštělí (1, 2, 3). 37 % nemocných ze souhrnného zpracování literárních údajů (3) mělo v anamnéze venerologické onemocnění, 35 % strikturu uretry a 7 % trauma uretry. Náš nemocný neudával žádný z těchto predisponujících faktorů.

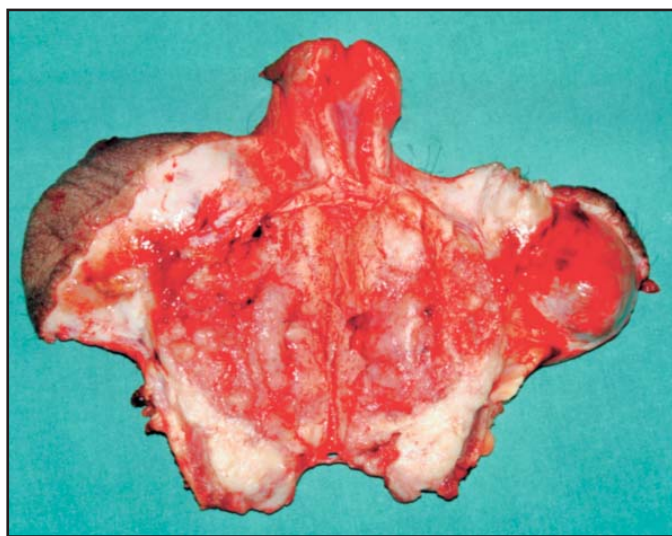
Pro diagnózu je nezbytné biotické ověření. V diferenciální diagnostice přichází v úvahu parauretrální absces, komplikovaná uretrolitiáza a divertikl uretry. Většina tumorů bulbomembranózní uretry je způsobena spinocelulárním karcinomem (2, 3). Pro zjištění rozsahu onemocnění je vhodná ultrasonografie a CT, velmi podrobnou informaci nám u našeho nemocného poskytlo vyšetření NMR.

Z nádorů uretry má tumor bulbouretrální uretry nejhorší prognózu (3). Indikace chirurgické terapie závisí na rozsahu nádoru. Výsledky resekce uretry s tumorem, parciální amputace, radikální amputace i cystoprostatektomie s emaskulinizací nejsou příliš povzbudivé, z 99 léčených 5 let přežilo jen 10 nemocných (3). Radioterapie bez chirurgického zásahu má špatné výsledky. Adjuvantní radioterapie a chemoterapie může zlepšit výsledky chirurgického ošetření. (4, 5).

Derivace moči kontinentní cystostomií tubulizovaným lalokem měchýře je jednou z možností zachování kontinence nemocného (6). Výhodou je možnost endoskopické kontroly měchýře, a to nejlépe flexibilním endoskopem.

ZÁVĚR:

Indikace radikální operace byla u pokročilého stadia nádoru bulbomembranózní uretry jedinou možností, jak kauzálně léčit toto onemocnění a zbavit nemocného septického ložiska. V úvahu připadala i radikální cystektomie, ale vzhledem k tomu, že měchýř byl zdravý, omezili jsme výkon na radikální prostatektomii. Domníváme se, že toto řešení spolu s derivací kontinentní cystostomií je pro nemocného nejlepším řešením.



obr. 3: Preparát - tumor uretry se šourkem a penisem po emaskulinizaci



obr. 4: Sutura po operaci

LITERATURA:

1. Herr, W. H.: Male urethra cancer. In: Walsh, P. C., Retik, A. B., Stamey, T. A., Vaughan jr., E. D.: Campbell's Urology, W. Saunders Company, USA, 1997, s. 3401 - 3407.
2. Mandler, J. I., Pool, T. L.: Primary carcinoma of the male uretra. J. Urol., 96, 1966, s. 67 - 73.
3. Kaplan, G. W., Bulkley, G. J., Grayhack, J. T.: Carcinoma of the male uretra J. Urol., 98, 1967, s. 365 - 371.
4. Raghavaiah, N. V.: Radiation therapy in the treatment of carcinoma of the male urethra. Cancer, 1978, 41, s. 1313.
5. Sher, H. I., Herr, H. W., Yagoda, A. et al.: Neoadjuvant M-VAC for extravesical urinary tract tumours. J. Urol., 139, 1988, s. 475 - 4776.
6. Fichtner, J., Hohenfellner, R.: Kontinente Vesikostomie. In: Hohenfellner R. et al.: Augewählte urologische OP Techniken. G. Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1997, s. 3.13 - 3.19.

František Zátura
Mošnerova 12
779 00 Olomouc