

D. Miklánek, A. Čermák, D. Pacík

Urologická klinika FN Brno
přednosta: doc. MUDr. D. Pacík

NEOBVYKLÝ PŘÍPAD SIMULTÁNNÍHO VÝSKYTU KARCINOMU LEDVINY A PAPILOKARCINOMU LEDVINNÉ PÁNVIČKY

KLÍČOVÁ SLOVA:

Simultánní výskyt karcinomu
Karcinom z přechodního epitelu
Karcinom ledviny
Imunohistochemické vyšetření

SOUHRN:

Nádory z přechodního epitelu (TCC) a nádory parenchymu ledviny (RCC) se vyskytují průměrně v 7 %, resp. 80 % maligních tumorů ledvin a horních cest močových. Ačkoliv se jedná o dva často se vyskytující maligní nádory, jejich současný výskyt je poměrně vzácný. Autoři uvádějí kazuistiku 74leté pacientky vyšetřované pro lumbalgie a makroskopickou hematurii. Na základě vyšetření (ultrazvuku, vylučovací urografie - IVU, počítačové tomografie - CT) byl zjištěn tumor levé ledvinové pánvičky. Po nefroureterektomii histologie potvrdila nález TCC, ovšem rovněž výskyt RCC. V diferenciální diagnostice RCC a TCC se může uplatnit imunohistochemické vyšetření.

KEY WORDS:

Simultaneous appearance of carcinoma
Transitory cell carcinoma
Renal cell carcinoma
Imunohistochemical examination

SUMMARY:

UNUSUAL CASE REPORT OF RENAL CARCINOMA AND RENAL PELVIS
PAPILLOCARCINOMA SIMULTANEOUS APPEARANCE

Transitory cell carcinoma (TCC) and renal cell carcinoma (RCC) represents 7% respectively 80% of renal and lower urinary tract tumours in average. Although they are two frequent malignant, both simultaneously in one patient are rather rare. The case report of 74-years old women examined with low back pain and macroscopic haematuria is presented by the authors. On the base of examinations (sonography, intravenous urography, computer tomography) the tumour of the left renal pelvis was found. Nfroureterectomy followed by histology confirmed the diagnosis of TCC but also RCC was found. Imunohistochemical examination can be valuable in differential diagnosis.

ÚVOD:

Karcinom z přechodního epitelu (TCC) tvoří 7 % a karcinom ledviny (RCC) dokonce 80 % primárních maligních tumorů ledvin. Přestože se primárně tyto tumory vyskytují často, jejich výskyt v jedné ledvině je velice vzácný a může činit diagnostické potíže.

KAZUISTIKA:

Na našem pracovišti jsme se setkali s případem 74leté pacientky, která byla vyšetřena pro ataku makroskopické hematurie

a pravostranné lumbalgie. Vyšetření moči bylo bez nálezu mikrohematurie, cystoskopie makroskopicky bez patologického nálezu, v proplachové cytologii moči nalezeny jen pravidelné urotelie. Při UTZ vyšetření zjištěna expanzivní formace 35x25 mm - vyplňující část kalichopánvičkového systému levé ledviny. Podezření na tumorózní proces levé ledvinové pánvičky potvrdila IVU a CT vyšetření (viz obr. 1).

Vyšetření k vyloučení generalizace byla negativní (scintigrafie skeletu, ultrazvukové vyšetření jater, rentgen plic). Následně jsme provedli levostrannou nefroureterektomii včetně resekce terčíku močového měchýře. Histologické vyšetření potvrdilo nález papilokarcinomu pánvičky z přechodního epitelu velikosti 40x40x30 mm,

pT2 G2, ale současně také diagnostikovalo karcinom světló-buněčného typu o průměru 20 mm v oblasti hilu ledviny, pT2 G2. Na předoperačně provedeném CT vyšetření tumor v oblasti hilu patrný nebyl.

Po 3 měsících jsme provedli kontrolní cystoskopii s random biopsií, makroskopicky bez nálezu tumoru, z biopsie byla patologem diagnostikována těžká chronická folikulární urocystitida se zánětlivou hyperplazií epitelu.

DISKUZE:

První případ duplicity karcinomu ledviny byl popsán v roce 1921 [1]. Do roku 1993 bylo v anglosaské literatuře zaznamenáno pouze 23 podobných případů.

Voneschenbach ukazuje na jediný případ výskytu karcinomu ledviny a páničky za dobu 30 let u více než 700 pacientů s karcinomem ledviny (0,14 %) [2]. Strong a Pearse uvádějí v retrospektivní studii u 70 pacientů s TCC současný výskyt karcinomu ledviny u 3 pacientů (4 %) [3].

Většina pacientů s TCC nebo RCC je ve věku mezi 60 - 70 lety. U simultánního výskytu karcinomu ledviny je popisovaný průměrný věk 64,5 roku. Poměr mezi muži a ženami je u duplicity karcinomu ledviny 2 : 1. U duplicitních tumorů ledviny bývá 3x častěji postižena levá ledvina [4]. Mezi nejčastější projevy onemocnění patří hematurie (90 %), lumbalgie (19 %) nebo hmatná rezistence (14 %). První dva uvedené příznaky byly zaznamenány i u naší pacientky.

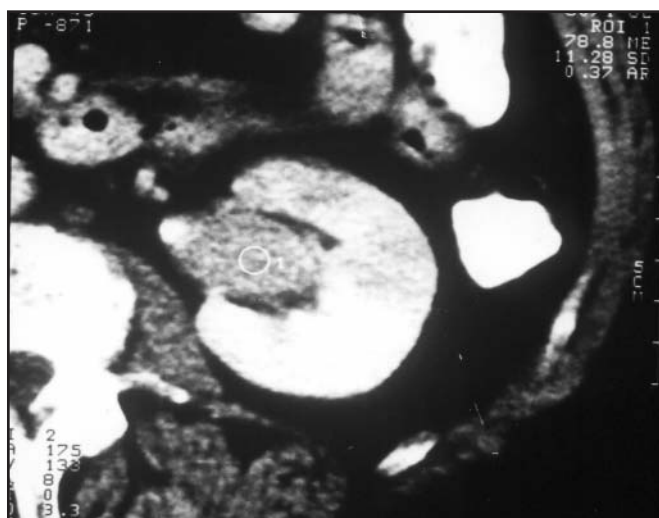
Obzvláště při současném výskytu RCC a TCC může být přínosné provést imunohistochemické vyšetření. U RCC i TCC byla zjištěna pozitivita pro epitelální membránový antigen (EMA) a cytokeratiny identifikované monoklonálními protilátkami (AE1/AE3, CAM 5.2 a MAK-6). U karcinomu z přechodního epitelu byly pozitivní keratiny identifikované protilátkami 34betaE12 (v 10 - 30 % případů), zatímco u RCC a v metastaticky postižených lymfatických uzlinách byly negativní (0 %) - viz tabulka.

	EMA, AE1-AE3 CAM 5.2, MAK-6	CEA polyklon.	CEA monoklon.	34 beta E 12
RCC	++	-	-	-
TCC	++	-	-	+
Postižené uzliny	++	+++	+++	-

Poznámka: + 0 - 30 % ++ 30 - 70 % +++ nad 70 %

Z toho vyplývá, že keratin 34betaE12 může hrát roli při diferenciální diagnostice mezi RCC a TCC.

Dále byla tumorózní tkáň lymfatických uzlin silně pozitivní pro CEA (karcinoem-bryonální antigen) - a to jak polyklonální, tak monoklonální, zatímco pro RCC i TCC byl CEA bez reakce. Z toho lze usuzovat, že tumorózní buňky, které zasáhnou lymfatické uzliny, mohou změnit fenotyp a dochází k expresi CEA [4]. I když imunohistochemické vyšetření nebylo u naší popisované pacientky provedeno, chceme upozornit na jeho potencionální význam v podobných případech.



Obr. 1: CT vyšetření prokázalo expanzi v oblasti levé ledvinné páničky.

ZÁVĚR:

Současný výskyt maligních nádorů různé histologické klasifikace v jedné ledvině je velice vzácný. Při zpětném zkoumání původní RTG dokumentace se často objeví známky, které mohly upozornit na podezření z dalšího nádoru, avšak zůstaly nerozpoznány. Prognóza onkologického onemocnění se nezhoršuje výskytem duplicity nádoru, ale závisí na biologických vlastnostech a pokročilosti jednotlivých tumorů.

LITERATURA:

1. Graves R C, Templeton E R.: Combined tumors of the kidney. J. Urology, 5, 1921, s. 517-537
2. Voneschenbach A C, Johnson D E, Ayala A G.: Simultaneous occurrence of renal adenocarcinoma and transitional cell carcinoma of the renal pelvis. J Urol 118, 1977, s. 105-106
3. Strong D W, Pearse H D.: Recurrent urothelial tumors following surgery for transitional cell carcinoma of the upper urinary tract. Cancer 38, 1976, s. 2178-2183
4. Amy P, Hart M S, Brown R M.D.: Collision of transitional cell carcinoma and renal cell carcinoma. Cancer 73, 1994, č. 1, s. 154-159
5. Jin-Woo Lee M.D., Moon-Jae Kim, M.D.: Ipsilateral synchronous renal cell carcinoma and transitional cell carcinoma. J. Korean Medical Science 9, 1994, č. 6, s. 466-470
6. Wegner H E, Bornhof G, Dieckmann K P.: Renal cell cancer and concomitant transitional cell cancer of renal pelvis and ureter in the same kidney - report of 4 cases review of literature. Urol. Int. 51(Š), 1993, s. 158-163
7. Ferrero Doria R et al.: Transitional cell carcinoma and renal cell adenocarcinoma unusual case of association in the same kidney. Actas Urol. Esp., 22 (5), May 1998, s. 431- 433
8. Ronchetti E, et al.: Synchronous renal carcinoma ant urothelioma of the contr renal pelvis. Miner-va Chir., 54 (5), May 1999, s. 359-362

MUDr. David Miklánek
Urologická klinika
FN Brno Jihlavská 20
639 00 Brno