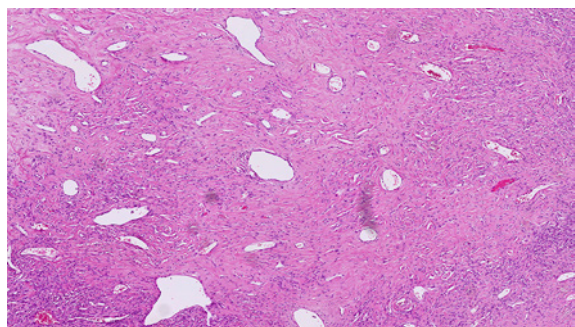




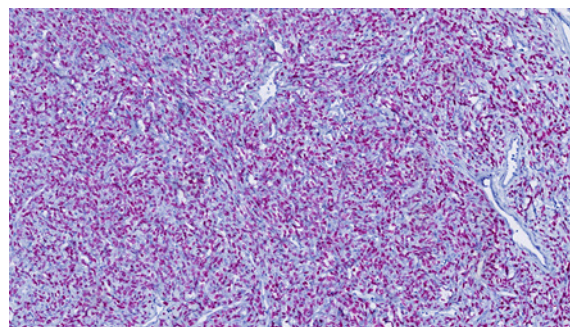
Obr. 1. Klasický morfologický obraz SFT; v některých partiích tumor sestával z proliferace neorganizovaně uspořádaných vřetenobuněčných a kulatobuněčných elementů zasazených ve variabilně kolagenózním stromatu, s větvicemi se a hyalinizovanými parožnatými cévami (staghorn vessels)

Fig. 1. Classic histological picture of SFT; variably cellular tumor composed of ovoid to spindled cells exhibiting patternless growth against a variably collagenous background stroma containing thin-walled large branching, "staghorn" shaped blood vessels

reakce byla prokázána s těmito protilátkami: ERG, actin S, desmin, SS18, S100, AE1/3. Imunohistochemická exprese MDM2 byla zachována. Proliferační aktivita byla přibližně 20 %. Tumor byl omezen na paratestikulární oblast, samotný parenchym varlete byl intaktní, se zachovanou spermiogenezí, bez preneoplastických změn. Nadvarle a semenný provazec byly normálního vzhledu. Nádor byl kompletně odstraněn, chirurgické okraje byly negativní. Závěr histologického a imunohistochemického vyšetření byl maligní solitární fibrózní tumor (high risk dle rizikového stratifikačního modelu WHO klasifikace z roku 2020).

DISKUZE

Solitární fibrózní tumor (SFT) je vzácný tumor měkkých tkání fibroblastické diferenciace, který se vyskytuje hlavně v pleuře. Extrapleurální SFT postihuje převážně osoby středního věku, bez predilekce pohlaví. Může se vyskytovat v jakékoli anatomické lokalizaci, nejčastěji však v podkoží, dále pak v měkkých tkáních proximálních částí končetin, v mediastinu, v retroperitoneu a v ob-



Obr. 2. Nukleární exprese STAT6 v nádorových buňkách, diagnostický imunofenotyp SFT

Fig. 2. Nuclear expression of STAT 6 in tumor cells, diagnostic immunophenotype of SFT

lasti hlavy a krku (zvl. v orbitě a v mozkových plenách). Byl však popsán jeho výskyt i v plicích, v prsu, v gastrointestinálním traktu, v mužském i ženském urogenitálním traktu (1, 2). Diagnóza je určena morfologickým histologickým, imunohistochemickým, případně molekulárně genetickým vyšetřením. Většina SFT je benigních. 20–30 % nádorů je maligních, toto riziko se zvyšuje s narůstající velikostí nádoru (3). Kritéria malignity nejsou jednoznačně stanovena u SFT pleurálních ani extrapleurálních. Za histologické znaky asociované se zvýšeným rizikem recidiv a metastazování jsou u pleurálních SFT považovány: hypercelularita, mitotická aktivita (> 4 mitózy/10 HPF), jaderný pleomorfismus, nekrózy a infiltrativní růst (4). U SFT v extrapleurální lokalizaci nejsou tyto znaky považovány za jednoznačně prediktivní pro agresivní biologické chování a neexistuje přímá korelace mezi morfologií a biologickým chováním tumoru (4). Morfologická variabilita SFT je obrovská, mohou se histologicky překrývat téměř s jakýmkoliv tumorem měkkých tkání, diferenciální histologická diagnostika SFT od ostatních měkkotkáňových paratestikulárních tumorů může být náročná. Imunohistochemie, případně molekulární genetika, je proto ke spolehlivé diagnóze nezbytná. Objev fúze genů NAB2-STAT6 byl zásadní pro diagnostiku SFT. Tento fúzní transkript vede k overexpresi proteinu STAT6, což lze detekovat imunohistochemicky a znamenalo to průlom v imunohistochemické diagnostice SFT. STAT6 je vysoce senzitivní a specifický imuno-