

mladší populaci než uroteliální karcinom měchýře (1, 6, 9). Nejčastějším podtypem je adenokarcinom. Často se vyskytuje bez klinických symptomů, pokud se symptomy objeví, nejčastější je hematurie. Při diagnostice je metodou volby cystoskopie a CT vyšetření. Nádory se vyskytují ve střední čáře kdekoliv v průběhu urachu, nejčastěji však ve vrcholu měchýře, někdy s exofytickou složkou propagující se do jeho lumen (4).

Bylo navrženo několik stagingových systémů urachálních malignit, nejčastěji je dodnes využívaný systém dle Sheldona z roku 1984, lze použít ale i například klasifikaci dle Mayo Clinic, či TNM klasifikaci (Tab. 1) (5, 9).

Při nálezů pokročilého onemocnění či generalizace je prognóza nepříznivá (medián přežití 12–24 měsíců) (6). Pokud je onemocnění lokalizované, zlatým standardem léčby je kompletní chirurgická excize nádoru zahrnující parciální či radikální cystektomii, odstranění celého urachu včetně umbiliku a případně i spádových lymfatických uzlin (3, 7, 9).

I po radikální operaci je vysoké riziko recidivy onemocnění (15–18 %), zvláště u lokálně pokročilejších nádorů (8, 9). V současné době neexistuje standardní protokol neoadjuvantní či adjuvantní onkologické terapie a její přínos je nejasný. V případě generalizovaného onemocnění se využívají chemoterapeutické režimy na bázi 5-fluorouracilu (v kombinaci s cisplatinou či leukovorinem) (3).

V naší kazuistice prezentujeme případ karcinomu urachu u mladého pacienta, který úspěšně podstoupil chirurgickou intervenci a je v remisi.

KAZUISTIKA

42letý pacient, muž, nekuřák, bez interních komorbidit, byl vyšetřen na urologické ambulanci pro hematurii. Pacient neměl další symptomy, byl bez bolesti, strangurií či urgencí. Kultivace moči byla negativní. Vstupně měl pacient normální palpační nález na břiše a zevním genitálu, per rectum vyšetření bylo bez hmatné rezistence. Na ultrazvukovém vyšetření bylo vyjádřeno podezření na solidní útvar ve vrcholu měchýře, ledviny s normálním nálezem, bez hydronefrózy. Bylo doplněno CT vyšetření hrudníku, břicha a malé pánve s kontrastní látkou, kde byla ve vertexu měchýře nalezena expanze velikosti 48 × 32 × 26 mm se solidní i cystickou složkou, bez známek lymfadenopatie či generalizace (Obr. 1). Cystoskopie prokázala široce přisedlý papilární tumor ve vrcholu močového měchýře. Na základě vzhledu a rozsahu afekce bylo vyjádřeno podezření na nádor urachu s prorůstáním do močového měchýře, bez možnosti radikálního ošetření endoskopickou operací.

Dle indikace multidisciplinárního semináře byla provedena otevřená resekce měchýře s cystoskopickou kontrolou okrajů, součástí resekátu byl i pozůstatek urachu ve formě pruhu směřujícího k pupku (Obr. 2, 3). Jelikož pruh nedosahoval až k umbiliku, byl pupek během operace zachován. Výkon proběhl bez komplikací. Histologicky byl prokázán středně diferencovaný adenokarcinom, s pozitivním imunohistochemickým barvením CK 7 a CK 20 (Obr. 4, 5). Jed-

Tab. 1. Přehled stagingových systému urachálních karcinomů (5)

Tab. 1. Overview of urachal carcinoma staging systems

Stadium	Sheldon	Mayo	TNM
I	Nádor ohraničený na sliznici urachu	Nádor ohraničený na urachus/měchýř	(T1) Nádor s invazí do podslizničního vaziva
II	Lokální invaze v rámci urachu	Propagace mimo svalovinu měchýře/urachu	(T2) Prorůstání do svaloviny
III	A: Invaze do měchýře B: Invaze do břišní stěny C: Invaze do peritonea D: Invaze do jiných břišních orgánů (kromě měchýře)	Metastáze do regionálních lymfatických uzlin	(T3) Prorůstání do periurachálních/perivezikálních měkkých tkání, do prostaty, dělohy či pochvy
IV	A: Metastáze do regionálních lymfatických uzlin B: Vzdálené metastáze	Vzdálené metastáze	(T4) Prorůstání do břišní stěny/vzdálená disseminace