

METASTÁZA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU V PROSTATĚ

MUDr. Michael Peší¹, MUDr. Libor Šafařík¹, MUDr. Viktor Soukup¹, doc. MUDr. Jaroslava Dušková², MUDr. Pavel Dundr, Ph.D.², MUDr. Josef Sedláček¹, prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc.¹

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

²Ústav patologie VFN a 1. LF UK, Praha

Autoři prezentují nemocného s kolorektálním karcinomem, u kterého došlo tři roky po abdominoperineální amputaci rekta ke vzniku metastázy v prostatě. Pacientovi byly aplikovány 4 kúry chemoterapie, po kterých ložisko v prostatě nejevilo známky regrese. Byla provedena salvage cystoprostatektomie se zajištěním derivace moči ileálním konduitem. Pacient však zemřel 7 měsíců od operace.

Tato kazuistika upozorňuje na možný výskyt metastatického postižení prostaty a na jeho velmi špatnou prognózu.

Úvod

Zatímco primární karcinom prostaty je po bronchogenním karcinomu druhou nejčastější malignitou u mužů, sekundární nádory prostaty jsou velmi ojedinělým nálezem. V literatuře se setkáváme jen s omezeným množstvím prací zabývajících se touto problematikou, většinou se jedná pouze o kazuistiky.

Ve studii, do které bylo zařazeno více než 30 000 pacientů s nádorovým onemocněním, byla diagnóza sekundárního nádoru prostaty stanovena pouze u tří pacientů (0,01%) (6). Autoři práce hodnotící 51 pacientů se sekundárním nádorovým postižením prostaty zjistili, že u 50 z nich byla přítomna generalizace do více orgánů, pouze v jednom případě primárně rektálního karcinomu byla přítomna solitární metastáza v prostatě (1).

Většina sekundárních nádorů postihuje prostatu přímým šířením, více než v 50% z močového měchýře a z rekta. Další cestou šíření metastáz do prostaty je hematogenní rozsev, čemuž odpovídá častý nález metastatických buněk v lumen cév, a implantace nádorových buněk do prostaty z močových cest. Nejběžnější typ sekundárního nádoru prostaty představují lymfomy (19). Ze solidních tumorů jsou nejčastěji sídlem primárního ložiska plic a pankreas. Další lokalizací nádorů postihujících druhotně prostatu jsou tlusté střevo, rektum, žaludek, kůže (maligní melanom), prs, oko (maligní melanom), kůra nadledvin, lymfomy, ledviny, penis, žlučník, varle (seminom) a ledvinná pánevka (2, 3, 8, 9, 10, 12, 13, 18). Také byla popsána metastáza synoviálního sarkomu do penisu a prostaty (14).

Většina metastáz v prostatě se histologicky nepodobá primárnímu prostatickému karcinomu. Výjimkou je malobuněčný karcinom (nejčastější histologický typ metastáz solidních tumorů v prostatě), který nevykazuje morfologické odchylky od primárního malobuněčného karcinomu prostaty (7).

Byly popsány neobvyklé podtypy primárního adenokarcinomu prostaty, které připomínají adenokarcinomy pocházející z jiných orgánů, např. mucinózní, signet ring cell a duktální typ, ale tyto nádory většinou vykazují pozitivitu při průkazu prostatického specifického antigenu (PSA) a kyselé fosfatázy (PAP), což je odlišuje od sekundárních nádorů. Avšak i primární karcinom prostaty může výjimečně vykazovat PSA a PAP negativitu (16).

Přes relativně vysokou prevalenci adenokarcinomu prostaty jsou popsány pouze dva případy metastazování „nádoru do nádoru“ (4).

Důkladné histologické vyšetření vzorků tkáně a stanovení odpovídající diagnózy je velmi důležité, protože při sekundárním nádorovém postižení prostaty nenásleduje hormonální léčba.

Kazuistika

Dvaatřicetiletý muž se základní diagnózou kolorektálního karcinomu, ve 39 letech věku podstoupil abdominoperineální amputaci dle Milese. Patologickohistologické vyšetření prokázalo kribriformní adenokarcinom, pT3 pN1 M0 dle klasifikace TNM. Následovala adjuvantní radioterapie a chemoterapie (60 Gy a 12 měsíců 5-FU).

Při kontrolním vyšetření tři roky po amputaci rekta bylo na CT objeveno hypodenzní ložisko v prostatě (obrázek 1). Magnetická rezonance (MRI) ukázala v T1 i T2 váženém obraze malé, nehomogenní hyposignální ložisko v prostatě. Pozitronová emisní tomografie (PET) neprokázala jiná vzdálená ložiska podezřelá z metastatického růstu. Při laboratorním vyšetření séra byla zjištěna pouze elevace karcinoembryonálního antigenu (CEA) a Ca 19-9, ostatní tumorové markery včetně PSA byly v normě. Pacientovi byl na urologickém oddělení v místě bydliště pro močovou retenci přechodně zaveden močový katétr.

Vyšetření per rektum ani transrektální sonografie (TRUS) nebylo možno provést, za so-

nografické kontroly proto byla přes perineum odebrána punkční jehlou tkáň z patologického ložiska. Histologické vyšetření prokázalo kribriformní adenokarcinom, byla stanovena diagnóza solitární metastázy karcinomu rekta do prostaty.

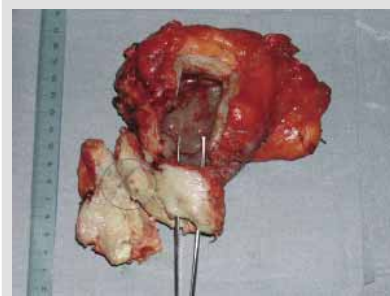
Následně byly aplikovány 4 kúry chemoterapie (irinotekan), po kterých solitární ložisko v prostatě nejevilo známky významné regrese.

Vzhledem k solitárnímu metastatickému ložisku, nízkému věku pacienta, jeho dobrému celkovému zdravotnímu stavu a předchozí aktinoterapii malé pánve jsme se rozhodli pro salvage cystoprostatektomii se zajištěním derivace moči ileálním konduitem. Peroperačně byl zjištěn v prostatě nádor infiltrující

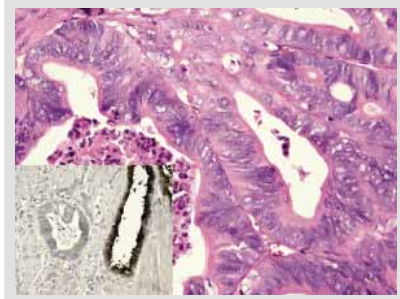
Obrázek 1. Na CT je dobře patrné hypodenzní ložisko v prostatě velikosti 46 x 35 mm



Obrázek 2. Na fotografii je zachycen rozstřižený močový měchýř s prostatou, průběh prostatické uretry ozřejmuje pinzeta. Metastatické ložisko je ohraničeno kruhem



Obrázek 3. Struktury prostatické tkáně prostoupené středně diferencovaným adenokarcinomem ložiskovitě kribriřformním s mohutnou perineurální propagací. Hematoxylin-eosin, zvětšení 100x. Při imunohistochemickém průkazu prostatických markerů k vyloučení kolizního prostatického karcinomu se obarvily pouze normální prostatické aciny



její pouzdro (obrázek 2). Pooperační období zvládl nemocný bez komplikací.

Tři měsíce po operaci však u pacienta došlo k rozvoji ileózního stavu, pro který byl znovu hospitalizován. Při CT vyšetření byla zjištěna rozsáhlá intraabdominální recidiva karcinomu rekta, ve snaze obnovit střevní pasáž jsme provedli ileotransverzoanastomózu. Pooperační období proběhlo bez komplikací. Při kontrolním CT vyšetření s odstupem dalších 3 měsíců byla popsána progresse lokální recidivy a dvě metastatická ložiska v játrech. Vzhledem ke stadiu onemocnění a velmi špatnému celkovému zdravotnímu stavu jsme neindikovali další onkologickou terapii. Pacient zemřel 7 měsíců od cystoprostatektomie.

Patologickoanatomický nález

Makroskopicky prostata na řezu s rozsáhlými nekrotizacemi. Z prostaty vyšetřena transversálně odebraná lamela, v níž byly zachyceny struktury prostatické tkáně prostoupené středně diferencovaným adenokarcinomem ložiskovitě kribriřformním s mohutnou perineurální propagací a ložisky nádorové infiltrace i v periprostatické vazivově tukové tkáni (obrázek 3). Vzhledem k určité variabilitě nádorových struktur byl proveden imunohistochemický průkaz prostatických markerů k vyloučení kolizního prostatického karcinomu, výsledek tohoto vyšetření byl negativní.

Diskuze

Sekundární nádory prostaty jsou raritním nálezem. Většinou jsou náhodným nálezem při pitvě. V jedné studii byla přítomnost metastatického postižení prostaty zjištěna u 5,6% mužů zemřelých na nádorové onemocnění (19).

Pacienti se sekundárními nádory prostaty jsou většinou bez mikčních obtíží, popřípadě

se prezentují podobnými příznaky jako primární karcinom prostaty (5). Nepříliš častým nálezem může být makroskopická hematurie (15) nebo močová retence (11). U našeho nemocného došlo ke vzniku močové retence, která byla vyřešena přechodným zavedením močového katétru.

U většiny pacientů je v době vzniku prostatické metastázy přítomno sekundární postižení jiných orgánových systémů. Solitární sekundární postižení prostaty, tak jako u našeho pacienta, je výjimečné. Za pozornost stojí i poměrně dlouhá doba tří let od primární léčby, i když je popsán vznik metastázy v prostatě 10 let po hemikolektomii (17).

Místem solidního primárního tumoru prostatických metastáz jsou nejčastěji plíce a pankreas. Kolorektální karcinom také patří k relativně častým primárním ložiskům.

Diagnóza je většinou založena na základě vyšetření per rektum, TRUS, CT nebo MRI. Hodnoty PSA a sérové alkalické fosfatázy jsou většinou ve fyziologickém rozmezí (1). Ani u našeho pacienta nebyla zjištěna elevace PSA.

Pacienti po amputaci rekta, tak jako v našem případě, není možno vyšetřit per rectum ani pomocí TRUS. Transperineální sonografie spolu s CT a MRI jsou nejspíše použitelnými zobrazovacími metodami.

U pacientů se solitární metastázou v prostatě, s přihlédnutím k věku a celkovému zdravotnímu stavu, je jednou z léčebných metod radikální prostatektomie. U nemocných po aktinoterapii malé pánve je nutno provést cystoprostatektomii se zajištěním derivace moči.

Radioterapie je vhodná u pacientů, kteří z důvodu vysokého věku či vysokého operačního rizika nejsou schopni chirurgického výkonu (17).

Vznik sekundárního tumoru prostaty po předchozí definitivní terapii znamená špatný prognostický faktor (1, 7), což potvrzuje i průběh onemocnění u našeho pacienta.

Závěr

Nález solitární metastázy v prostatě je raritní. U pacientů s anamnézou kolorektálního karcinomu a vznikem mikčních obtíží je nutno brát v úvahu i možnou přítomnost metastázy v prostatě. Sérová hladina PSA nemusí být patologicky zvýšena. Jednou z možností léčby je radikální prostatektomie, popř. cystoprostatektomie. Výsledky této léčby však nejsou příliš uspokojivé, prognóza těchto nemocných zůstává přes veškerou onkologickou léčbu velmi vážná.

Práce byla podpořena projektem VZ MSM 111100005.

Literatura

- Bates AW, Baithun SI. Secondary solid neoplasms of the prostate: a clinico-pathological series of 51 cases. *Virchows Arch*, 2002; 440: 392–396.
- Berman JR, Nunnemann RG, Broshears JR, Berman IR. Sigmoid colon carcinoma metastatic to prostate. *Urology*, 1993; 41: 150–152.
- Borum ML, Chen HC. Gastric adenocarcinoma metastatic to the prostate gland: a rare case and review of the literature. *Dig Dis Sci*, 2001; 46: 2658–2659.
- Grignon DJ, Ro JY, Ayala AG. Malignant melanoma with metastasis to adenocarcinoma of the prostate. *Cancer*, 1989; 63: 196–198.
- Hodge GB, Carson CC. Oat cell carcinoma of lung masquerading as prostatic carcinoma. *Urology*, 1985; 25: 69–70.
- Johnson DE, Chabaud R, Ayala AG. Secondary tumors of the prostate. *J Urol*, 1974; 112: 507–507.
- Madersbacher S, Schatzl G, Susani M, Maier U. Prostatic metastasis of a small cell lung cancer in a young male. *Eur Urol*, 1994; 26: 267–269.
- Maeda N, Nishizaki S, Furubayashi T. Secondary non-Hodgkin lymphoma of the prostate: a case report. *Hinyokika Kiyo*, 1996; 42: 537–538.
- Moudouni SM, EnNia I, Rioux LN, Manuta A, Guille F, Lobel B. Prostatic metastases of renal cell carcinoma. *J Urol*, 2001; 165: 190–191.
- Ohmori K, Nishimura K, Nishizaki Y. A case of small cell lung cancer metastasizing to prostatic cancer. *Urol Int*, 1998; 60: 251–253.
- Parziani S, Rosi P, Sidoni A, Porena M. Urinary retention due to prostatic involvement in testicular lymphoma: a case report. *Acta Urol Belg*, 1993; 61: 33–37.
- Pereira JG, Prieto UN, Larrinaga SJ, Gallego-Sanchez JA, Zabalza EI, Ojanguren-Bergaz JM, Bernuy MC. Primary prostatic infiltration by Burkitt's lymphoma. *Arch Esp Urol*, 1997; 50: 906–908.
- Plummer ER, Greene DR, Roberts JT. Seminoma metastatic to the prostate resulting in a rectovesical fistula. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*, 2000; 12: 229–230.
- Porter HJ, Damjanov I, Arnold P, Thrasher JB. Synovial sarcoma metastatic to the penis and prostate. *J Urol*, 2001; 166: 605–605.
- Rub R, Jossiphov J, Avidor Y. Macroscopic hematuria as an initial manifestation of carcinoma of the colon. *J Urol*, 1999; 161: 922–922.
- Segawa T, Kakehi Y. Primary signet ring cell adenocarcinoma of the prostate: a case report and literature review. *Hinyokika Kiyo*, 1993; 39: 565–568.
- Schips L, Zigeuner RE, Langer C, Mayer R, Punker K, Hubme G. Metastasis of an ascending colon carcinoma in the prostate 10 years after hemicolectomy. *J Urol*, 2002; 168: 641–642.
- Yamamoto S, Sasaguri T, Shimizu Y, Watanabe J, Shibata KR, Iwasaki R. Renal pelvic carcinoma of horseshoe kidney cause systemic metastasis by implantation in the prostate. *Int J Urol*, 2001; 8: 184–187.
- Zein TA, Huben R, Lane W, Pontes JE, Englander LS. Secondary tumours of the prostate. *J Urol*, 1955; 133: 615–616.