

VARLE ŠETŘÍCÍ VÝKON PŘI JEHO POSTIŽENÍ NÁDOREM

MUDr. Alexandr Lamla

Urologická klinika FN Olomouc

Radikální, tříselná neboli vysoká orchiektomie představuje standardní postup při léčbě nádoru varlete. V metastatickém stadiu můžeme orchiektomii provést až sekundárně po primární chemoterapii. Obecně však k odstranění varlete dochází vždy. Určitý počet pacientů má však postiženo varle solitérní. Právě u nich by se za určitých okolností mohl stát metodou volby varle šetřící záchovný výkon.

Klíčová slova: nádor varlete, orchiektomie, solitérní varle.

TESTIS SPARING SURGERY IN A TESTIS AFFECTED BY TUMOUR

Radical, inguinal or high orchiectomy is a mandatory procedure in a testicular cancer. In a bulky or a metastatic disease we can apply secondary orchiectomy after primary chemotherapy. But orchiectomy will be done finally. Some patients have tumour of the solitary testis and we can indicate conservative, organ sparing surgery.

Key words: testicular tumour, orchiectomy, solitary testis.

Urolog. pro Praxi, 2006; 4: 160–161

Úvod

Nádorová onemocnění varlat jsou významná zejména svým maximem výskytu v mladé, produktivní věkové skupině 20–35 let. Pokud použijeme klasické léčebné postupy (spočívající v orchiektomii, radioterapii, lymfadenektomii či chemoterapii) u pacienta s normálním kontralaterálním varletem, zdá se být vše v pořádku. Existuje však sice malé, ale přece jen určité procento nemocných, kteří mají nádorem postiženo varle z jakýchkoliv důvodů solitérní. Ať už je monorchismus na základě vrozeném či získaném, ztráta varlete znamená pro pacienta nutnost doživotní hormonální substituce a bez provedení kryoprezervace spermatu taktéž nemožnost oplodnit. Za určitých okolností, při splnění daných podmínek a indikačních kritérií, by se takovým pacientům mohla nabídnout orgán šetřící operace. Poněkud zvláštní skupinu pacientů se solitérním varletem tvoří nemocní se synchronními či metachronními nádory varlat.

Bilaterální nádory varlat (BNV)

Jak je výše uvedeno, mohou být BNV synchronní (simultánní) nebo metachronní (sukcesivní). První skupina je zastoupena méně, tvoří asi 20–30 % všech BNV. Ve druhé skupině pacientů vznikají nádory varlat v širokých časových odstupech, avšak přibližně 50 % do 5 let. Z celkového počtu nemocných s nádorem varlete tvoří BNV přibližně 1,5–3 % (9). Nemocní postižení nádorem varlete mají větší pravděpodobnost nádorového onemocnění varlete druhého, solitérního. Při BNV vyvstává otázka, zdali se jedná o dva na sobě skutečně nezávislé nádory, anebo jde o metastázu nádoru z jednoho varlete do druhého. Především 50 % výskyt nádorů různého histologického typu a chybění jiných známek diseminace u metachronních nádorů téměř vylučuje možnost metastázování z varlete do

varlete (9), jak to někdy můžeme pozorovat například u nádorů ledvin. Pokud jsou obě varlata postižena stejným typem nádoru, bývá to až v 75 % seminom. Přibližně v 5 % se při jednostranném nádoru varlete prokáže výskyt intratubulární neoplázie v kontralaterálním varleti (9).

Důvody pro záchovný výkon

Pacienti po oboustranné orchiektomii či orchiektomii solitérního varlete jsou sterilní, trpí erektilní dysfunkcí, jsou vystaveni nutnosti doživotní hormonální substituce a s tím ruku v ruce jdoucími psychologickými problémy (6). Záchovný chirurgický výkon vede zachováním produkce androgenů k udržení normálního hormonálního prostředí (4). Uvádí se, že 85 až 92 % pacientů podstupivších enukleaci tumoru varlete dosahuje normálních sérových hladin testosteronu, zbylých maximálně 15 % je postiženo sekundárním hypogonadizmem s nutností hormonální substituce (8).

Indikace k záchovnému výkonu

K enukleaci nádoru mohou být indikováni nemocní se synchronními či metachronními nádory varlat a pacienti s nádory varlat solitérních. Nádor by neměl tvořit více než 75 % hmoty varlete (8) a neměl by pronikat do rete testis (7). Zároveň by se mělo jednat o I. klinické stadium, i když i tato podmínka, zejména podle nejrozsáhlejší německé studie, nemusí být splněna. Samozřejmostí je plná informovanost pacienta o tomto doposud nestandardním, experimentálním výkonu s podpisem příslušných formulářů.

Předoperační vyšetření

Samo sebou je stanovení přesného stagingu, USG eventuálně MRI (1) varlat, dále pak vyšetře-

ní sérových hladin testosteronu (TST), estradiolu (EST), prolaktinu (PRL), luteinizačního (LH) a folikulostimulačního (FSH) hormonu. O alfafetoproteinu (AFP), beta-choriovém gonadotropinu (b-HCG), laktátdehydrogenáze (LDH) není třeba se zmiňovat. Vzhledem k hodnocení pooperační fertility je zajímavá korelace mezi b-HCG produkujícím seminomem a patologickým spermioqramem (3).

Technika provedení

Operační přístup je stejný jako při radikální orchiektomii. Varle i s obaly luxujeme tříselným přístupem ze skrota. Následuje otevření cavum serosum a vybavení varlete s nadvarletem. Aspekci, palpaci, event. peroperačním ultrazvukovým vyšetřením (většinou není třeba) identifikujeme tumor (8). Potvrdíme správnost indikace, po naložení cévní svorky či lépe turniketu na spermatický provazec a po obložení orgánu ledovou tříští k dosažení studené ischémie přistoupíme k vlastnímu výkonu. Incidujeme tunica albuginea kolem tumoru, a provedeme enukleaci s malým lemlem přilehlého parenchymu. Enukleace bývá usnadněna přítomností pseudokapsuly (8). Neproduleň odebereme 4 biopsie kvadrantově ze spodiny a vzorky odesíláme k peroperačnímu histologickému vyšetření. Na tomto vyšetření je založena úspěšnost tohoto postupu (1). Při pozitivním nálezu resekujeme do negativity, v opačném případě ukončujeme výkon za pečlivého stavění krvácení. Po založení drénu, sutuře obalů, relokaci varlete do skrota zvyklým způsobem uzavíráme operační ránu. Kromě enukleovaného tumoru zasíláme k definitivnímu histologickému vyšetření i další biotické vzorky z makroskopicky negativních kanálků. Toto se provádí k vyloučení tubulární intraepiteliální neoplasie (TIN). Tyto vzorky fixujeme

v Bouinově roztoku. V případě nálezu TIN se pak připojuje adjuvantní radioterapie (20 Gy) na postižené varle (6).

Dispenzarizace

Kromě zvyklé dispenzární péče, spočívající ve fyzikálním vyšetření, USG vyšetření, rtg S+P a odběru krve na AFP, b-HCG a LDH se provádí pravidelné sledování hormonálních hladin. Opět se odebírá TST, PRL, EST, LH, FSH, a to prvním rokem každé 3 měsíce, druhým rokem každých 6 měsíců a dále pak jednou ročně (6).

Výsledky

Během různé doby sledování (až 240 měsíců) byl zjištěn minimální počet relapsů, a to v rozmezí 0 % (1) až 5 %. Normální hladinu TST mělo po operaci 85 % nemocných, 15 % pacientů vyžadovalo substituci. Detailnější analýzou bylo zjištěno, že sekundárním hypogonadizmem byli postiženi ti pacienti, jejichž tumor varlete měl více než 20 mm v největším průměru. Sekundární orchiektomie byla provedena až u 12 % pacientů, jednak pro lokální recidivu – relaps, jednak pro pooperační hypotrofii varlete (8). Jeden nemocný zemřel pro předoperačně nediagnostikovanou generalizaci onemocnění (8). Jiná studie kromě nulové recidivity neprokázala korelaci mezi velikostí enukleovaného

tumoru a komplikacemi, mezi které patří atrofie, hematoma a orchiepididymitida (1). Přibližně 25 % pacientů po enukleaci mělo azoospermii, 50 % subnormální spermioqram a ve 25 % byl spermioqram normální (8).

Závěr

Orgán šetřící výkon na solitárním varleti postiženém nádorem se zejména podle German Testicular Cancer Study Group jeví jako plnohodnotná alternativa ablačního výkonu s možností zachování vlastní hormonální produkce a fertility, a to vše při za-

chování bezpečnosti z onkologického hlediska. Naše plánovaná klinická studie, povolená etickou komisí FN Olomouc, však nebyla zahájena, protože k zachovnému výkonu pro tumor varlete dosud nebyl indikován ani jeden pacient.

MUDr. Alexandr Lamla

Urologická klinika FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
e-mail: lamla@fnol.cz, tutite@seznam.cz

Literatura

1. Elert A, Olbert P, Hegele A, Barth P, Hofmann R, Heidenreich A. Accuracy Of Frozen Section Examination of Testicular Tumors of Uncertain Origin. *Eur Urol* 2002; 41: 290–293.
2. Gomes PJ, Rustin GJS. Attempted Preservation of One Gonad in Patients with Bilateral Germ Cell Tumours. *Clin Oncol* 1996; 8: 397–399.
3. Hayashi T, Arai G, Hyochi N, Suzuki M, Masuda H, Kawakami S, Okuno T, Ishizaka K, Kageyama Y, Kihara K. Suppression of Spermatogenesis in Ipsilateral and Contralateral Testicular Tissues in Patients with Seminoma by Human Chorionic Gonadotropin Beta Subunit. *Ad Urol* 2001; 58/2: 251–256.
4. Heidenreich A, Bonfig R, Derschum W, Vietsch H, Wilbert DM. A Conservative Approach to Bilateral Testicular Germ Cell Tumors. *J Urol* 1995; 153: 10–13.
5. Heidenreich A, Engelmann UH, Vietsch H, Derschum W. Organ Preserving Surgery in Testicular Epidermoid Cysts. *J Urol* 1995; 153: 1147–1150.
6. Heidenreich A, Holtl W, Albrecht W, Pont J, Engelmann UH. Testis-preserving surgery in bilateral testicular germ cell tumours. *Brit J Urol* 1997; 79: 253–257.
7. Heidenreich A, Stark L, Derschum W, Vietsch H. Die organerhaltende Therapie des bilateralen Hodentumours. *Urol* 1993; 32: 43–48.
8. Heidenreich A, Weissbach L, Holtl W, Albers P, Kliesch S, Kohrmann U, Dieckmann KP. Organ Sparing Surgery for Malignant Germ Cell Tumor of the Testis. *J Urol* 2001; 166: 2161–2165.
9. Horňák M, Maňoška J. Nádory testis, diagnostika a léčba. *VEDA* 1995; 24–25, 212–214.