

LIPOSARKOM SEMENNÉHO PROVAZCE

MUDr. Tomáš Vágner

Urologické oddělení Nemocnice, Nový Jičín

Primární mezenchymální zhoubné nádory semenného provazce jsou velmi vzácné a liposarkom představuje zhruba 7–15 % z nich. Diagnostika bývá stanovena často až z histologického vyšetření a z hlediska prognózy je u lokalizovaného onemocnění rozhodující dostatečný rozsah chirurgického výkonu. Ve sdělení je popsán případ tohoto onemocnění řešený na našem pracovišti.

Klíčová slova: liposarkom, semenný provazec, rezistence skrota či třísla, radikální orchiektomie, lokální recidiva, adjuvantní léčba.

Urolog. pro Praxi, 2008; 9(1): 31–32

Úvodem

Primární mezenchymální zhoubné nádory semenného provazce jsou velmi vzácným onemocněním, poprvé popsán v roce 1845. Dle dostupných zdrojů bylo do roku 1978 dokumentováno v literatuře pouze 212 případů tohoto onemocnění, popisovaných v kazuistikách. Vyskytují se u adolescentů, a dále pak především u mužů nad padesát let, zatím nebyl publikován liposarkom s metastázami.

Onemocnění se projeví nejčastěji nebolestivou narůstající rezistencí v oblasti skrota či třísla. V diferenciální diagnostice se jedná především o preperitoneální lipom, tříselné kýly, funikulokélu či spermatokélu. Vyšetření USG odliší benigní procesy s tekutinovou kolekcí, jinak může USG nález přecházet od nálezů homogenní izo- až hyperechogenní formace k nemohogennímu ložiskovému procesu s různou echostrukturou.

K došetření rozsahu onemocnění se dále doplňuje CT či MRI, případně scintigrafie skeletu.

Základem léčby je radikální orchiektomie, s odstraněním měkkých tkání v okolí semenného provazce až po vnitřní inguinální anulus dle peroperačního nálezu, včetně okolních částí svalů stěny břišní s peroperační histologií. Někteří autoři doporučují současně hemiskrotektomii. Konečná diagnóza bývá často stanovena až z definitivního histologického nálezu pooperačně. Při pozitivě resekčních okrajů se doporučuje operační revize s resekci jizvy a širokou reexcizí okolních měkkých tkání. Retroperitoneální lymfadenektomie se

provádí při lymfadenopatii zjištěné zobrazovacími vyšetřeními.

Adjuvantní teleradioterapie je nezbytnou součástí léčby sarkomů semenného provazce u dětí a adolescentů. Při adjuvantní terapii dospělých mužů jsou názory z hlediska teleradioterapie různé. Obecně však adjuvantní teleradioterapie velmi významně snižuje riziko lokální recidivy onemocnění a je doporučena při velikosti tumoru > 5 cm či nejisté radikalitě chirurgického výkonu. Adjuvantní chemoterapie se běžně nepoužívá.

Z hlediska prognózy onemocnění je v současné době považováno za nejdůležitější stadium onemocnění hodnocené dle velikosti, histologického typu a gradingu tumoru, hloubky invaze a přítomnosti vzdálených metastáz, 15leté přežití je asi 52 %, 10leté přežití bez lokální recidivy asi 44 %.

Kazuistika

Pacient ve věku 73 let vyhledal naši péči pro pět dnů trvající zvětšení a bolesti pravé poloviny skrota, se zarudnutím kůže skrota, bez teplot, bez mikčních potíží či dysurií. Anamnesticky nevylučuje možnost lehkého traumatu skrota, bez výskytu maligních či jiných závažných onemocnění, operací, či abusů, z komorbidit pouze hypertenze a vředová choroba duodena, rodinná anamnéza negativní.

Při objektivním vyšetření zjištěno zarudnutí kůže skrota s maximem vpravo, zduření varlete a nadvarlete palpačně bolestivé, které nelze odiferencovat, bez známek fluktuace či hydrokély.

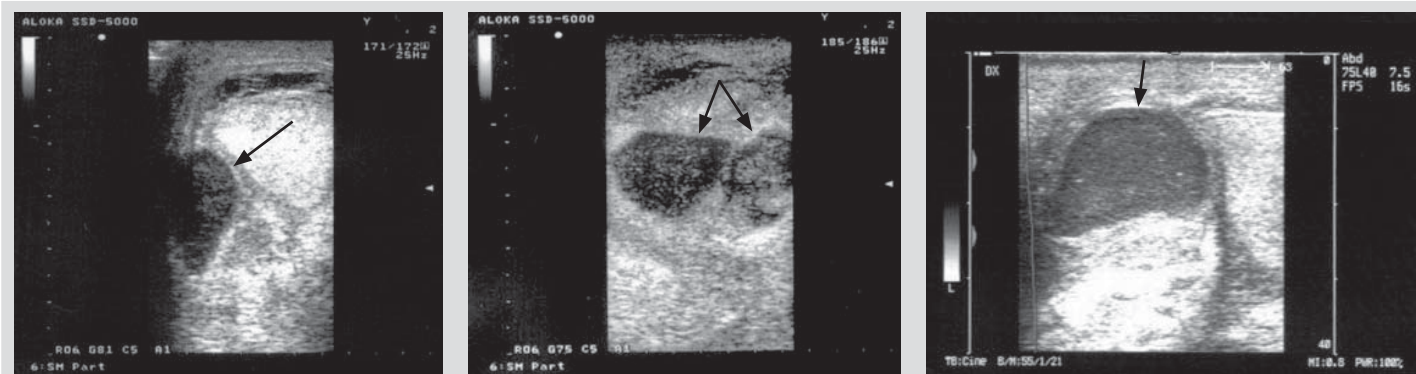
Ve stropu pravého hemiskrota hmatná elastická rezistence nasedající na semenný provazec velikosti 3 cm, nebolestivá, bez fluktuace, dále vpravo tříselný kanál prostupný pro prst, ale bez hmatné hernie i při Valsalvově manévru.

Laboratorně lehká leukocytóza a elevace CRP, vyšetření moči chemicky a v sedimentu negativní. USG skrota: vpravo je v oblasti semenného provazce hypoechogenní ohraničená formace velikosti 40x22 mm, při Valsalvu bez pohybu, cévní struktury obkružují kapsulárně, v centrální části probíhají do formace, z tohoto důvodu zvažována patologicky změněná lymfatická uzlina. Dále vpravo varle i nadvarle zvětšené a v duplexním USG s hyperemií oproti levé straně. RES: obraz charakteru zánětu pravého nadvarlete a varlete, vpravo v oblasti průběhu semenného provazce je obraz charakteru vs. patologicky změněné lymfatické uzliny (na USG printech označeno šipkou).

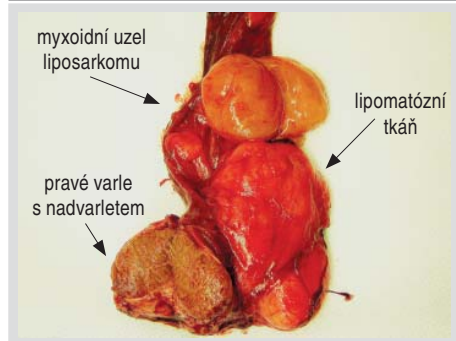
Pacient přijat k terapii za hospitalizace, nasazená kombinační ATB terapie (Unasyn + Gentamycin), kortikoid v sestupné dávce. Přechodně subfebrilie, dále pacient afebrilní, bolesti pravého hemiskrota ustupují. Po týdenní léčbě se lokální palpační nález a USG nález na skrotu nemění.

Pacient byl indikován k operační revizi pravého varlete a nadvarlete z inguinálního přístupu, pro nález nejasné palpační rezistence v průběhu semenného provazce. Peroperačně zjištěn perzistující processus vaginalis peritonei, na semenném provazci asi 3 cm nad nadvarletem pak ohraničená

Obrázek 1. USG pravého semenného provazce v různých řezech (Hypoechogenní formace odpovídající liposarkomu – šipky)



Obrázek 2. Operační preparát



elastická rezistence 3x4 cm krytá povrchovou fascií provazce a nesouvisející s processus vaginalis peritonei. Dále v semenném provazci přítomna lipomatózní tkáň, pravé varle a nadvarle makroskopicky se zánětlivými změnami. Provedena radikální orchiektomie s ligaturou semenného provazce před vnitřním inguinálním anulem. Makroskopicky byly na řezu preparátem zřetelné zánětlivé změny varlete a nadvarlete s drobnými abscesy. V semenném provazci hojně přítomna lipomatózní tkáň a asi 3 cm nad nadvarletem na provazci pak solidní lipomatózní ovoidní formace 4x2 cm na řezu homogenní a bez známek krvácení, abscesu či nekrózy.

Histologické vyšetření: makroskopicky – semenný provazec obrostlý laločnatou tukovou tkání s kapsulou na povrchu přecházející částečně do uzlu výrazně myxoidního vzhledu, nadvarle na řezu

s početnými drobnými abscesy a rozpadem okolních struktur, varle pak poměrně ostře odděleno a bez makroskopických ložiskových změn. Mikroskopicky pak v lipomatózní tkáni nález struktur lipomu, v myxoidním uzlu v průběhu semenného provazce pak nález majoritně dobře diferencovaného liposarkomu, minoritně s nízkou diferenciací (méně než 5%) a zcela ojediněle struktury rhabdomyosarkomu, nádorové struktury nedosahují resekční okraje. V pravém nadvarleti nález hnísavého abscedujícího zánětu přecházejícího na pravé varle, v jehož strukturách je nález hnísavého zánětu.

Pooperační průběh byl bez komplikací, operační rána zhojena p. p. int., doplněno vyšetření CT a scintigrafie skeletu – vše negativní.

Vzhledem k udávané lokální recidivitě onemocnění byla zvažována adjuvantní radioterapie, avšak asi s odstupem sedmi týdnů od operace u pacienta proběhla ischemická cévní mozková příhoda. Po zlepšení celkového stavu a zahájení rehabilitace s mobilizací pacient upadl a zlomil si krček pravého

lemuru – řešeno cervikokapitální endoprotézou. Pacient je v celkově dobrém stavu, po uvedených zdravotních komplikacích se plně zotavil, je bez neurologické deficitu či omezení hybnosti. V současné době je zhruba rok po operačním výkonu, jak v objektivním nálezu, tak dle zobrazovacích vyšetření, bez známek lokální recidivy onemocnění či metastáz.

Závěr

Vzhledem k raritnímu výskytu primárních zhoubných mezenchymálních nádorů v urogenitální oblasti jsou předoperační diagnostika a správně zvolený operační postup velmi obtížné. K včasnému operačnímu řešení u našeho pacienta přispěla bezpochyby i symptomatologie způsobená koincencí zánětu varlete a nadvarlete.

MUDr. Tomáš Vágner

Urologické oddělení Nemocnice s poliklinikou Nový Jičín
K Nemocnici 76, 741 01 Nový Jičín
e-mail: mudr.t.vagner@seznam.cz

Literatura

1. Dvořáček J, Babjuk M et al. Onkourologie. Praha: Galén, 2005: 513–517.
2. Coleman J, Brennan MF, Alektiar K, Russo P. Adult spermatid cord sarcomas: management and results. *Annals of Surgical Oncology* 2003; 10: 669–675.
3. Mercuri M, Distefano M, Mafucci S, Ricciardi V, Butti A, Marin AF. Liposarcoma of the spermatid cord: A rare localization for a Malignant urologic disease. *Universita Cattolica del Sacro Cuore-Rome*.
4. Burger M, Thüroff J, Melchior S. Liposarcoma of the spermatid cord: report of two cases and review of the literature. *The Internet Journal of Urology*. 2005. Volume 3 Number 1.
5. Kashid YS, Bakshi GK, Joshi AS, Mohite JD. Myxoid liposarcoma of the spermatic cord. *J Postgrad Med* 2001; 47: 52–53.