

NÁDORY LEDVIN – ČÁST IV. PÁNVIČKA A MOČOVOD

MUDr. Jaroslav Perníčka

Urologická klinika FN Olomouc

Autor navazuje na předchozí části, které se zabývaly nádory ledvin. V této části se věnuje nádorům páničky a močovodu.

Klíčová slova: nádory ledvin, nádor páničky, nádor močovodu.

RENAL CANCERS – PART IV: RENAL PELVIS, URETER

The author continues from the previous part which dealt with renal neoplastic disorders. Tumours of the renal pelvis and ureter are described in this part.

Key words: renal carcinomas, tumor of renal pelvis, tumor of ureter.

Epidemiologie a etiologie

Nádory z urotelu páničky a močovodu tvoří asi 6–8 % ze všech nádorů ledvin. Jsou převážně maligní, postihují více muže než ženy. Často se vyskytují souběžně s nádory močového měchýře, přičemž jde spíše o multicentrická postižení než o implantační metastázy. Zvýšené riziko je u osob pracujících s anilinovými barvivami, u nemocných užívajících zvýšené množství fenacetinu a u kuřáků. Je znám endemický výskyt (balkánská papilomatóza).

Histopatologie

Nádory vycházejí z urotelu. Část buněk má schopnost metaplázie na skvamózní nebo glandulární epitelové buňky, z toho pak vyplývají různé histologické typy nádorů.

Mezi základní histologické typy patří papilom, papilokarcinom, carcinoma in situ, adenokarcinom, malobuněčný karcinom. Ze smíšených nádorů se můžeme setkat s fibroepiteliálním polypem, invertovaným papilomem, nádory z měkkých tkání nebo metastázami z jiných orgánů. Z nenádorových lézí byly popsány malokoplakie, amyloidní tumor, endometrióza, condyloma accuminata či nefrogenní adenom.

Symptomatologie

Často je prvním příznakem makroskopická hematurie nebo příznaky obstrukce horních močových cest, ať již tumorem nebo koaguly. V pozdních stadiích onemocnění mohou být příznaky způsobené generalizací onemocnění.

Diagnostika

Diagnostika se opírá o vylučovací urografii (defekty v dutém systému ledviny či močovodu), případně ascendentní ureteropyelografii, o cytologii moče (eventuálně odběr izolované moče) či „brush“ cytologii. Spíše než klasická počítačová tomografie (CT) můžeme onemocnění diagnostikovat virtuálním CT. Angiografie má význam spíše diferenciálně diagnostický, než pro vlastní diagnózu. Důležité je endoskopické vyšetření (cystoskopie, ureterorenoskopie). Nesmíme opomenout pracovní anamnézu a vyšetření patřící po vzdálených metastázách.

Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit nádory parenchymu ledviny, nekontrastní konkrementy, koagula a tuberkulózní postižení.

Klinická klasifikace TNM

Klasifikace se používá pouze pro karcinomy.

T (primární nádor)

TX – primární nádor nelze hodnotit

T0 – bez známek primárního nádoru

Ta – neinvazivní papilární karcinom

Tis – karcinom in situ

T1 – nádor postihuje subepiteliální pojivovou tkáň

T2 – nádor postihuje svalovinu

T3 – nádor se šíří přes svalovinu do peripelvického tuku nebo do parenchymu ledviny (ledvinná pánička)

– nádor se šíří přes svalovinu do periureterální tukové tkáně (ureter)

T4 – nádor se šíří na okolní orgány nebo ledvinou do perirenálního tuku

N (regionální mízní uzliny)

Regionálními uzlinami jsou hilové, abdominální para-aortální a parakavální. Lateralita uzlin neovlivňuje uzlinovou klasifikaci.

NX – regionální uzliny nelze hodnotit

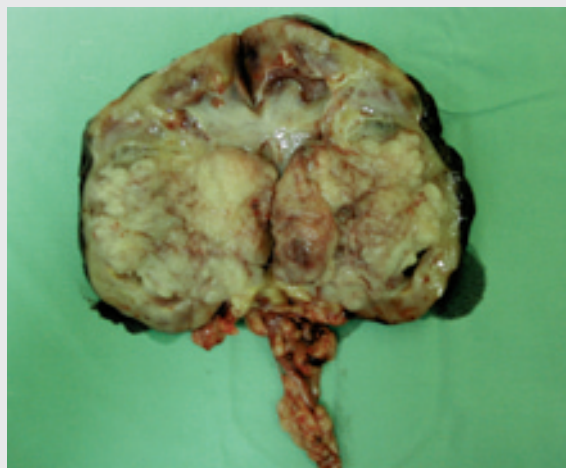
N0 – bez metastáz

N1 – metastáza v jedné uzlině do 2 cm

N2 – metastáza v jedné uzlině od 2 do 5 cm nebo mnohačetné uzliny do 5 cm

N3 – metastáza nad 5 cm

Obrázek 1. Operační preparát



M (vzdálené metastázy)

MX – vzdálené metastázy nelze hodnotit

M0 – bez přítomnosti vzdálených metastáz

M1 – přítomnost vzdálených metastáz

Klasifikace patologická po odstranění ledviny (pTNM) odpovídá klasifikaci TNM.

Rozlišujeme následující stadia onemocnění:

stadium 0a	Ta	N0	M0
stadium 0is	Tis	N0	M0
stadium I	T1	N0	M0
stadium II	T2	N0	M0
stadium III	T3	N0	M0
stadium IV	T4	N0	M0
	každé T	N1,2,3	M0
	každé T	každé N	M1

G (histopatologický grading)

GX stupeň diferenciace nelze hodnotit

G1 dobře diferencovaný

G2 středně diferencovaný

G3–4 málo diferencovaný až nediferencovaný

Literatura

1. Dvořáček, J. a kolektiv (1998): Urologie, ISV, Praha.
2. Zvara, V., Kučera, J., Horňák, M. (1990): Osveta, Martin.
3. TNM klasifikace zhoubných novotvarů, ÚZIS, Praha 2000.
4. Badalament, R. A., O'Toole, R. V., Kenworthy, P. (1990): Prognostic Factors in Patient with Primary Transitional Cell Carcinoma of the Upper Urinary Tract. J. Urol.

Léčba

Základní léčbou je nefroureterektomie včetně odstranění terčiku kolem ureterálního ústí v močovém měchýři. Operace se provádí ze dvou řezů, případně lze kombinovat otevřený výkon (nefrektomie s parciální ureterektomií) a endoskopické odstranění zbytku močového. Výkon lze provést rovněž laparoskopicky, eventuálně s ruční asistencí. Při vhodné lokalizaci a velikosti tumoru, u solitární ledviny či při těžké poruše funkce ledvin můžeme zvážit zachovný, převážně endoskopicky prováděný výkon s využitím elektroresekce, elektrokoagulace či laseru. Jsou indikovány endoskopické kontroly (včetně močového měchýře) v časovém odstupu po provedené operaci.

Jiné druhy léčby mají velmi problematické výsledky.

Prognóza

Prognóza onemocnění je velmi vážná, zvláště při postižení uzlinového systému.

Závěr

Maligní onemocnění pánvičky a močového měchýře mají i přes komplexní léčbu velmi špatnou prognózu. Malé nádory se diagnostikují velmi obtížně, onemocnění se ne zřídka diagnostikuje v pokročilém stadiu.

5. Zungri, E., Chechile, G., Algaba, F. (1990): Treatment of Transitional Cell Carcinoma of the Ureter: Is the Controversy Justified, Eur. Urol., 17.
6. Petkovic, S. A. (1975): Epidemiology and Treatment of Renal Pelvic and Ureteral Tumors, J. Urol., 114.

INFORMACE

Vážená kolegyně, vážený kolego,

pracovní skupina zabývající se biochemickou a molekulárně biologickou podstatou cystinurie u českých pacientů nabízí spolupráci resp. možnost vyšetření pacientů a jejich rodinných příslušníků s tímto onemocněním na výzkumné bázi.

Biochemické a molekulárně genetické vyšetření cystinuriků

Ke kompletnímu vyšetření je postačující vzorek sběru moči za 24 hodin a nesrážlivé krve (EDTA).

Transport vzorku dohodněte, prosím, telefonicky s kontaktní osobou.

Velmi se těšíme na spolupráci.

Kontaktní osoby:

RNDr. Tomáš ADAM, Ph.D.
Mgr. Zuzana ŠKOPKOVÁ
Laboratoř dědičných metabolických poruch
FN Olomouc
I. P. Pavlova 6
775 20 OLOMOUC
tel. 068 / 541 65 55
email: tomasadam@email.cz
<http://iem.wz.cz/>

MUDr. Sylvie ŠTASTNÁ
MUDr. Eva KOŠTÁLOVÁ
Ústav dědičných metabolických poruch
VFN Praha
U nemocnice 2
128 08 PRAHA
tel. 02 / 249 181 14
email: sstastna@dec52.lf1.cuni.cz

Mgr. Eva HRABINCOVÁ
Mgr. Hana FRANCOVÁ
Výzkumný ústav zdraví dítěte
Křížkova 70
660 89 BRNO
tel. 05 7262854
email: eva.hrabcova@volny.cz