

ONKOCYTOM LEDVINY U TĚHOTNÉ

MUDr. Alexandr Lamla, MUDr. Martin Hrabec, MUDr. Igor Hartmann

Urologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Autor předkládá kazuistiku těhotné pacientky s ledvinou postiženou onkocytomem. Nemocná byla vyšetřena ultrasonografií a výpočetní tomografií, onkocytom byl prokázán až histopatologickým vyšetřením po nefrektomii. Renální onkocytom v těhotenství je vzácný.

Klíčová slova: onkocytom, benigní nádor ledviny, těhotenství.

Urolog. pro Praxi, 2007; 2: 83–84

Úvod

Renální onkocytom (RO) patří mezi méně obvyklé novotvary a představuje asi 3–5% z ledvinových nádorů. Častěji se vyskytuje u žen, poměr k mužům činí asi 2,5:1. Vyskytuje se převážně v sedmé dekádě života. Ačkoliv je jeho etiologie neznámá, byl u několika rodin popsán hereditární výskyt (8). Jelikož jsou všechny těhotné ženy opakovaně ultrasonograficky vyšetřovány, neměla by jeho přítomnost v graviditě uniknout pozornosti.

Kazuistika

30letá žena ve 32. týdnu těhotenství byla komplexně vyšetřena pro hypertenzi, včetně ultrasonografie (USG) s nálezem expanze pravé ledviny. Kulovitá expanze měla 6 cm v průměru, nacházela se na rozhraní střední a dolní třetiny ledviny, byla dobře ohraničená, s pseudokapsulou, vyklenovala laterální konturu ledviny. USG prokázala nehomogenní,

lehce hyperechogenní strukturu ložiska působícího i útlak kalichopánvičkového systému ledviny s dilatací skupiny horního kalichu. Pacientka byla konzultována s gynekologicko-porodnickou klinikou a nález nebyl shledán jako možná porodní komplikace či překážka.

Rodička v termínu, přirozeným způsobem a bez komplikací, porodila zdravou holčičku. Jakmile to její stav dovolil, bylo provedeno vyšetření výpočetní tomografií (CT). CT potvrdilo USG nález 6 cm velkého, v nativním zobrazení (obrázek 1) téměř izodenzního tumoru a až na konstatování homogenní struktury se CT nález shodoval s USG. Postkontrastní CT prokázalo dobrou funkci obou ledvin, nárůst denzity byl + 20 HU oproti nativu (obrázek 2, 3), uzliny byly nezvětšeny, játra negativní, renální a dolní dutá žíla byly bez podezření na nádorový trombus. Ačkoliv z většiny CT skenů by se mohlo zdát, že tumor je extrarenální a vychází z dolního pólu, několik snímků

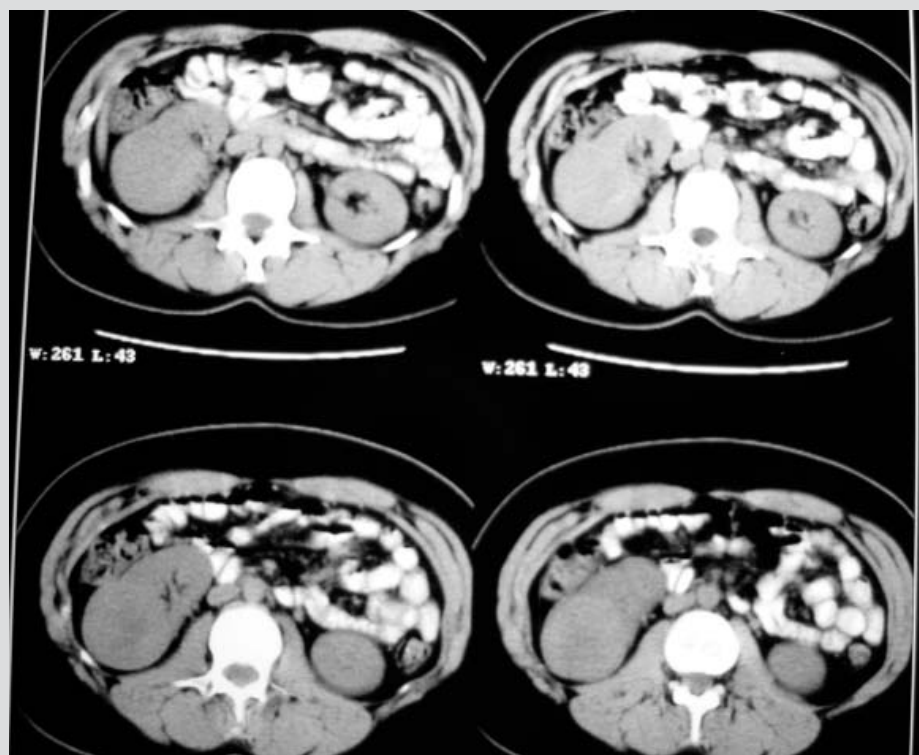
a zejména rekonstrukce prokázaly podstatnou intrarenální lokalizaci tumoru (obrázek 4). Nutno podotknout, že kromě hypertenze neměla pacientka žádná přidružená onemocnění.

Pět týdnů po porodu, kdy pacientka již byla zcela komponována, v dobré fyzické a psychické kondici a normálně kojila, byla provedena pravostranná radikální nefrektomie. Přístup byl zjednan pravostrannou subkostální laparotomií. Průběh výkonu byl zcela standardní, z anomálií byly nalezeny 2 ledvinné tepny, součástí výkonu byla adrenalectomie. Krevní ztráty byly minimální, krevní převody nebyly indikovány, pooperační azotémie nevybočovala z normálních hodnot. Nádor byl na řezu ledvinou lokalizován přesně v souladu s USG a CT vyšetřením, měl 6 cm v průměru, mahagonové barvy s vyznačenou centrální jizvou, bez nekróz, s dobře patrnou pseudokapsulou. Již v operačním protokolu byla zaznamenána možnost RO vzhledem k přítomnosti několika pro tento typ tumoru charakteristických makroskopických známek. Histologicky pak byl potvrzen RO. V uspokojivém stavu s per primam intentionem se hojící ranou byla pacientka 6. pooperační den propuštěna do domácího ošetřování.

Diskuze

Onkocytom v ledvině byl poprvé popsán Zippem v roce 1942, avšak jako klinická jednotka byl uznán až v roce 1976 Kleinem a Valensim, kteří na sestavě 13 pacientů demonstrovali, že se jedná bez výjimky o benigní novotvar s velmi dobrou prognózou.

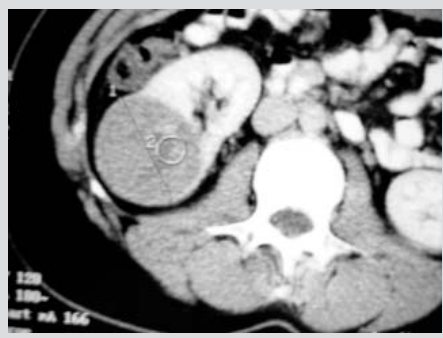
Obrázek 1. Izodenzní, kulovitý tumor dolního polu pravé ledviny s homogenní strukturou v nativním CT zobrazení



Obrázek 2. Postkontrastní CT s nárůstem denzity nádoru



Obrázek 3. Měření velikosti nádoru a nárůstu denzity po aplikaci kontrastní látky



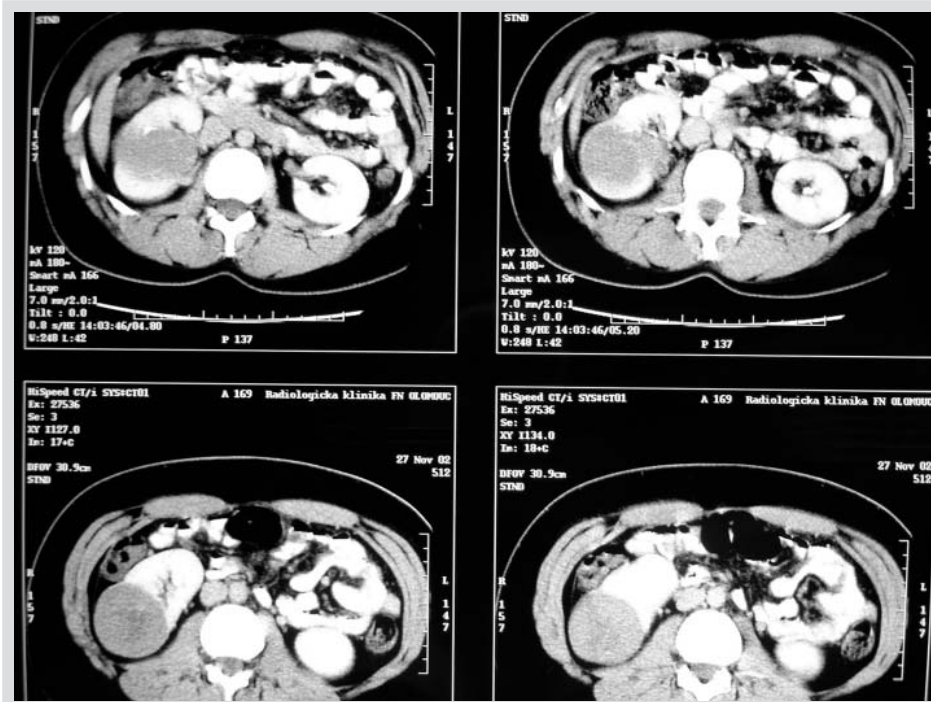
zou (2, 4, 8). I přesto je mu přisuzován možný maligní potenciál, zejména, když byly popsány maligní varianty s metastázami (10). Všechny tzv. maligní RO byly však nejspíše granulárními variantami konvenčního renálního karcinomu nebo chromofóbními karcinomy (8). Vůbec poprvé byl termín onkocytom vysloven v roce 1932 Jaffém, který definoval onkocyt jako buňku s velkým obsahem mitochondrií v cytoplasmě (7). Díky tomu je cytoplazma granulovaná a eozinofilní. Tento jev je natolik typický, že je možno jej dobře využít v diferenciální diagnostice. Onkocyty se však mohou nacházet v nejrůznějších orgánech (slinivka, štítná žláza, nadledviny, plíce), proto je na místě užívat termín onkocytom renální. V literatuře se můžeme setkat s jeho nejrůznějšími synonymy, jako např. mitochondriom, proximální tubulární adenom a renální oxyfilní adenom.

RO se mohou vyskytovat unilaterálně, bilaterálně (6%) (6), mohou být solitární i multifokální. Onkocytomatózou pak nazýváme stav, kdy jsou ledviny vyplněny četnými onkocyty. V literatuře jsou zmínky o RO až 20 cm velkých. Byly publikovány koincidence RO s karcinomy, ať už ipsilaterálně nebo kontralaterálně, výskyt RO v cystě ledviny, v karcinomu, bilaterální multifokální RO u gravidní (1).

Díky plošnému rozšíření USG jsou v současnosti nádory ledvin diagnostikovány ze 2/3 právě USG indikovanou z nejrůznějších důvodů. Klinická symptomatologie tedy často chybí. Jen zřídka se RO může projevit pro nádory ledvin typickou velkou trias (hematurie, lumbalgie, hmatný nádor) (5, 9), která může být doplněna hypertenzí, febriliemi či varikokélou (někdy popisovanou jako malou trias). V literatuře byla uvedena kazuistika nemocné, u níž RO stál v pozadí výrazné anemizace (10).

Diagnostika, jak již bylo zmíněno výše, se opírá zejména o USG a CT. Na USG většinou nacházíme kulovité, dobře ohraničené, homogenní ložisko s iso či hypoechogenní strukturou. Bývá dobře vyvinuta pseudokapsula. CT nijak zvlášť USG nález neupřesňuje, jen jej doplňuje informacemi o stavu jater, spá-

Obrázek 4. Intrarenální lokalizace nádoru znemožňující provedení záchovného výkonu



dových retroperitoneálních uzlin, kontralaterální ledviny a nitrobršních orgánů. Často se stává, že ačkoliv je USG nález přesvědčivý, CT nám do problematiky vnese rozpaky, zejména co se týče lokální pokročilosti procesu. Těmito vyšetřeními však nelze jednoznačně RO diagnostikovat. Jedině v současnosti již zřídka indikovaná angiografie (AG) může upozornit na znaky typické právě pro RO. Patří mezi ně:

- 1) hvězdovitá konfigurace přírodních arterií
- 2) homogenní kapilární nefrogramová fáze (71 % RO)
- 3) projasněný okraj – loukoř – nádoru způsobený jeho ostrým ohraničením a fibrózním pouzdem (76 % RO)
- 4) nepřítomnost jednoznačné patologické vaskularizace nádoru (3, 8).

Léčba je téměř výhradně chirurgická a spočívá v ablačním nebo záchovném výkonu. V současnosti je tendence prosazovat výkony záchovné, zejména

u nádorů ledvin anatomicky či funkčně solitárních. V případě solitární ledviny postižené nádorem podezřelým z RO, který nesplňuje kritéria pro záchovný výkon, je nutno vyčerpat všechny diagnostické postupy včetně biopsie tenkou jehlou.

Závěr

Nález renálního onkocytomu u těhotné pacientky je celkem vzácný. U naší nemocné jsme podezření na RO neměli. Avšak retrospektivně, při konfrontaci preparátu s CT skeny, jsme našli některé znaky, které by nás na možnost RO mohly upozornit. Vzhledem k nepříznivé lokalizaci a nadhraniční velikosti nádoru však jiný než ablační výkon nepřicházel v úvahu.

MUDr. Alexandr Lamla

Urologická klinika FN

I. P. Pavlova 6, Olomouc, 775 20

e-mail: alexandrlamla@seznam.cz

Literatura

1. Baše J. Bilaterální multifokální onkocytom ledviny. Rozhl. Chir. 75, 1996; 12: 573–575.
2. Hes O, Michal M, Šulc M, Podhola M, Zámečník M, Čuřík R, Mičulka P, Neubauer L, Kinkor Z, Pavlovský M. Onkocytom ledviny – morfologická variabilita 102 případů. Čes.-slov. Patol., 37, 2001; 2: 51–56.
3. Hoffmann DM, Gazelle GS, Seftel AD, Haaga JB, Resnick MI. Atlas of Urologic Imaging. Williams et Wilkins Awaverly company. 1995; 37.
4. Hora M, Ouda Z, Hes O, Michal M, Roušarová M. Onkocytom ledviny – nádor jednoznačně benigní. Česká Urologie, 2000; 2: 30–32.
5. Hruban T, Fiala R, Janík M, Záfura F. Onkocytom podkovovité ledviny. Česká urologie 1999; 4: 13–15.
6. Kawaciuk I. Urologie. Nakladatelství H+H, 2000; 187.
7. Križanac Š, Vranješić D, Oberman B. Oncocytomas of the Kidney BJ. Urol., 1987; 60: 189–192.
8. Michal M, Hes O, Mukenšabl P. Nádory ledvin dospělého věku. Euroverlag, 2000; 55–79.
9. Tanagho EA, McAninch JW. Smith's General Urology. Prentice-Hall Inter. Inc., 1995; 372–373.
10. Záfura F, Fiala R, Študent V, Perníčka J, Kolombo I, Hrbeek J. Onkocytom ledviny jako příčina výrazné anémie. Česká urologie 1998; 1: 16–17.