

FOKÁLNÍ NEFRITIDA, KARCINOM LEDVINY NEBO METASTÁZA?

MUDr. David Ondra¹, MUDr. Jaroslav Plachý¹, MUDr. Ivo Zlínský²

¹Urologické oddělení Uherskohradištské nemocnice, Uherské Hradiště

²Radiodiagnostické oddělení Uherskohradištské nemocnice, Uherské Hradiště

56letá nemocná byla přijata na urologické oddělení pro oboustrannou cystopyelonefritidu, CT vyšetřením byl diagnostikován tumor levé ledviny a patologické ložisko v ledvině pravé. Zvažován oboustranný tumor, metastáza nebo fokální nefritida. Vlevo byla provedena radikální nefrektomie, a po ukončení antibiotické léčby kontrolní CT pravé ledviny, kde byl již jen nález pozánětlivých změn.

Klíčová slova: renální karcinom, fokální nefritida, výpočetní tomografie.

Urolog. pro Praxi, 2008; 9(3): 143–144

Kazuistika

56letá pacientka byla přijata na urologické oddělení s klinickými příznaky oboustranné cystopyelonefritidy (teploty 39 °C, močový sediment ery 148,

leu 577, CRP 138). Dle ultrasonografie byla pravá ledvina bez patologického nálezu, vlevo byl nalezen tumor dolního polu ledviny. Empiricky byla nasazena antibiotika (**Amoksilav + Gentamycin**) a 3.

den léčby provedeno CT ledvin. Shledán objemný tumor levé ledviny vyklenující její laterální konturu s centrální nekrozou (obrázek 1) a ve střední části pravé ledviny hypodenzní, nepravidelně ohraničený okresek – v. s. duplicitní tu (meta?), dif. dg nelze vyloučit fokální nefritidu (obrázky 2, 3, 4).

Z moči vykultivována *Escherichia coli* 10³ citlivá na podaná antibiotika, v dalším průběhu hospitalizace došlo k poklesu teplot a ústupu potíží. S odstupem 12 dnů od přijetí byla provedena radikální nefrektomie vlevo. Pooperační průběh bez pozoruhodností. Histologicky se jednalo o dobře ohraničený, ložiskově prokrvácený **konvenční karcinom ledviny (G2)**, hojně infiltrovaný kulatobuněčnou zánětlivou celulizací. Ostatní stagingová vyšetření (**scintigrafie skeletu, rtg S+P, USG jater**) byla negativní. Po 3 týdnech od začátku příznaků byla antibiotika (Gentamycin jen 10 dnů) nahrazena chemoterapeutiky, po 7 týdnech bylo provedeno kontrolní CT, kdy byla pravá ledvina jen s nálezem pozánětlivých změn (obrázek 5). Přesná data CT vyšetření jsou uvedena v tabulce 1.

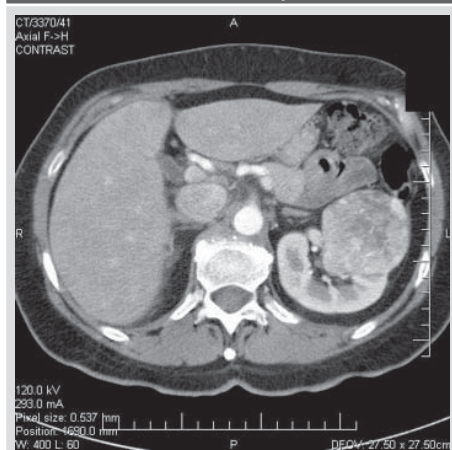
Diskuze

Při CT vyšetření ledvin dochází v parenchymatózní fázi k menšímu sycení tumoru ve srovnání se zánětlivým procesem, především v centrální části

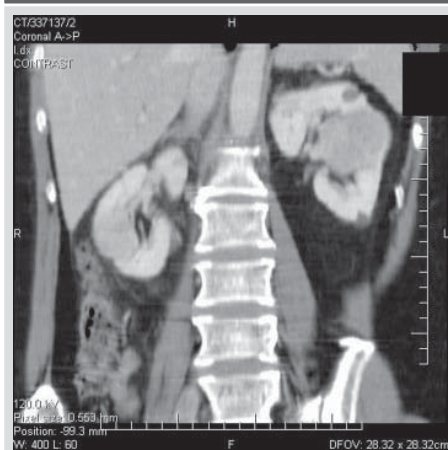
Tabulka 1. Srovnání denzity tkáně ledviny v HU

	nativně	arteriál. fáze	parench. fáze
zdravý parenchym	21	170–182	170
ložisko v P ledvině	18	109	127
ložisko v L ledvině	19–21	70–90	80–88
po přeléčení			
ložisko v L ledvině	22		180

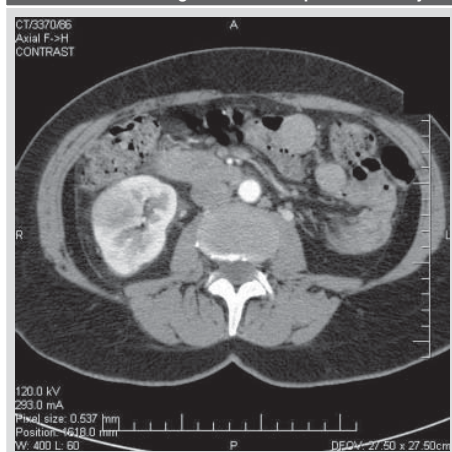
Obrázek 1. Tumor levé ledviny



Obrázek 3. CT rekonstrukce obou ledvin



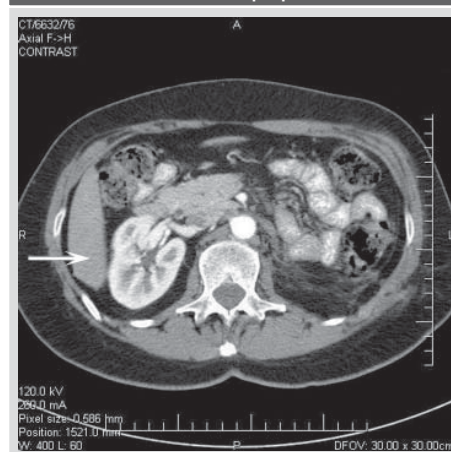
Obrázek 2. Patologické ložisko pravé ledviny



Obrázek 4. CT rekonstrukce obou ledvin



Obrázek 5. Pravá ledvina po přeléčení ATB



tumoru s nekrózou, naopak k relativně většímu syčení dojde na periferii tumoru s patologickou vaskularizací. Zánětlivé ložisko se sytí v celém rozsahu homogenně. Toto by mohlo být případným vodítkem pro odlišení těchto dvou procesů pomocí CT angiografie.

Závěr

Obraz tumoru ledviny, metastázy v ledvině a fokální pyelonefritidy může být při CT vyšetření

podobný. Problematickým může být zejména rozlišení tumoru a fokálního zánětu ledviny. CT nález ne zcela jednoznačného tumoru u pacientů s klinickým obrazem zánětu musí být hodnocen s rezervou. Definitivní rozhodnutí o diagnóze a dalším postupu by mělo následovat s časovým odstupem po přeléčení antibiotiky a kontrolním CT. Délka tohoto odstupe je k diskuzi, v našem případě stačilo 7 týdnů.

Ke zvážení je provedení dalších zobrazovacích metod jako NMR nebo PET vzhledem k jejich dostupnosti a ceně.

MUDr. David Ondra

Urologické oddělení Uherskohradištské nemocnice
Purkyňova 365, 686 68 Uherské Hradiště
e-mail: ondra@nspuh.cz

Literatura

1. Ferda J, Kreuzberg B, Hes O, Hora M, Ferdová E, Baxa J, Mírka H, Ohlidalová K. Dvofázová multidetektorová CT-angiografie renálního karcinomu. *Ces Radiol* 2007; 61 (1): 11–19.
2. Lamla A, Pernička J. Pseudotumory ledvin. *Urolog. pro Praxi* 2002, 6: 249–251.
3. Obšitník M. Renálne ložisko – diagnostický algoritmus a terapeutický management. *Urolog. pro Praxi* 2005, 3: 103–105.