

Metastázy sa môžu vyskytnúť synchronne alebo metachronne vzhľadom na primárny nádor. V literatúre sa uvádza, že približne polovica metastáz v prsníku sa vyskytla s odstupom času po nefrektómii pre RCC, preto história prekonania tohto ochorenia by mala vzbudiť podozrenie na možné metastatické ochorenie (1, 2).

Klinický obraz metastatických lézií prsníka je zvyčajne asymptomatický, pričom lézie sú najčastejšie solitárne, diskkrétne, pohyblivé, s rýchlym rastom, uložené povrchovo – v hornom laterálnom kvadrante. Bolesťovosť, citlivosť či sekrécia z bradavky sú zriedkavé. Postihnutie spádových lymfatických uzlín je variabilné a kožné afekcie sú zriedkavé (1, 6, 7, 11).

V zobrazovacích modalitách, vďaka absencii dezplastickéj reakcie, môže metastáza imponovať ako benígna lézia. Mamografický obraz predstavuje nepravidelnú, zle ohraničenú masu s vnútorným heterogénnym prejasnením, pričom väčšinou chýba obraz spikulácií do okolia či prítomnosť mikrokalcifikátov. V ultrasonografickom obraze sa opisuje heteroechogénna okrúhla alebo oválna lézia so zadným akustickým zosilnením, a naopak chýba dorzálne zatienenie. Metastatické lézie prsníka neprerastajú do vývodov žľazy a nedochádza pri nich k retrakcii bradavky či patologickej sekrécii z bradavky. Väčšinou ide o lézie okrúhleho až oválneho tvaru, ktoré sú dobre ohraničené. Sú lokalizované v povrcho- vých podkožných tkanivách alebo v tkanivách priľahlých k prsnému parenchýmu. Jediným

znakom naznačujúcim malignitu je zvýraznená vaskularizácia pri dopplerovskom vyšetrení. Hoci majú metastatický RCC a primárny karcinóm prsníka identické morfológické znaky, existujú aj iné markery na ich rozlíšenie, a to histológia a imunohistochemia (1, 2, 6, 7).

K opätovnému relapsu RCC môže dôjsť kedykoľvek po nefrektómii. Asi 30% pacientov s RCC má v čase diagnózy metastázy a napriek chirurgickej liečbe 20–50% progreduje do metastatického ochorenia. Interval pre zistenie metastáz RCC v prsníku sa pohybuje od niekoľkých mesiacov až do niekoľkých rokov. Prognóza pre pacientov s metastatickým RCC bola nepriaznivá. Medián času prežitia bol len 6 až 12 mesiacov a 2-ročná miera prežitia bola 10% až 20%. Chirurgia zohráva v manažmente pacientov s metastatickým RCC dôležitú úlohu. Liečba metastáz prsníka sa líši od liečby primárneho nádorového ochorenia prsníka, pretože nie je postihnutá koža a aj postihnutie axilárnych uzlín je variabilné. Metastatické lézie prsníka sú chemorezistentné, preto sa chemoterapia neodporúča. O cieľovej terapii v súčasnosti nemáme dostatok informácií. Preto sa pristupuje k chirurgickej resekcii solitárnej metastázy prsníka a tento postup je spojený s lepším prežívaním pacienta, avšak mastektómia a odstránenie lymfatických uzlín sú zbytočné, pretože nepredstavujú kuratívnu liečbu. Paliatívna rádioterapia a cieľná liečba majú dostatočnú lokálnu aj systémovú kontrolu s tolerovateľnou toxicitou (1, 2, 6, 13, 14).

Záver

Kazuistikou sme chceli poukázať na možnosť výskytu metastáz RCC v prsníku, pričom v nasledujúcich desaťročiach sa predpokladá nárast týchto nálezov. Prognóza pre pacientov s metastatickým RCC nebola priaznivá, no chirurgická liečba priniesla dlhšie prežívanie týchto pacientov. V súčasnosti existujú aj štúdie, ktoré sa venujú ďalším možnostiam liečby.

Uvedená kazuistika je neobvyklá tým, že RCC metastázoval do prsníka viacnásobne, najprv synchronne s primárnym nádorom a v priebehu niekoľkých rokov metachronne do toho istého prsníka, pričom ostatné časti tela nevykazovali známky metastatického postihnutia, až na metastatickú léziu 7. rebra vpravo.

U pacienta s pozitívnou anamnézou o prekonaní RCC by mala byť akákoľvek nová lézia vyšetrená histologicky, pretože metastázy v prsníku môžu imponovať ako benígne lézie. Samozrejme, neodmysliteľnou súčasťou dispenzáru pacientov sú naďalej ultrasonografické, mamografické a stagingové CT vyšetrenia. Je dôležité myslieť na túto zriedkavú lokalitu metastázovania RCC, aby bolo ochorenie včas diagnostikované a následne, aby bola zvolená správna liečba. Keďže sú metastatické lézie prsníka chemorezistentné, pristupuje sa v prípade izolovanej lézie k metastazektómii. V prípade dokázania metastatického postihnutia lymfatických uzlín sa pristupuje k lymfadenektómii.

LITERATÚRA

- Falco G, et al. Breast metastases from a Renal Cell Carcinoma. A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep* [online]. 2014;5(4):193-195. [cit. 01.05.2023]. doi: 10.1016/j.ijscr.2014.01.019. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3980508/pdf/main.pdf>.
- Xu Y, et al. Renal clear cell carcinoma metastasis to the breast ten years after nephrectomy: a case report and literature review. *Diagn Pathol*. [online]. 2017;12(1):76. [cit. 03.05.2023]. doi: 10.1186/s13000-017-0666-8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5668985/pdf/13000_2017_Article_666.pdf.
- Bahadoram S, et al. Renal cell carcinoma: an overview of the epidemiology, diagnosis, and treatment. *G Ital Nefrol*. [online]. 2022;39(3):2022-vol3. [cit. 04.05.2023]. Available from: <https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/2022/05/39-03-2022-03.pdf>.
- Malhotra KP, et al. Metastases from renal cell carcinoma-Report of three unpredictable cases and literature review. *Indian J Cancer*. [online]. 2021;58(2):273-277. [cit. 06.05.2023]. doi: 10.4103/ijc.IJC_160_20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34100413/>.
- Syčová-Milá Z. Súčasný pohľad na liečbu karcinómu obličky. *Onkológia*. Bratislava. [online]. 2010;5(5):262-265. [cit. 06.05.2023]. Available from: <https://www.solen.sk/storage/file/article/ef4a14531bc47fc8f708175a7efec28d.pdf>.
- Singla A, et al. Rare metastatic sites of renal cell carcinoma: a case series. *Pan Afr Med J*. [online]. 2022;11:42:26. [cit. 07.05.2023]. doi: 10.11604/pamj.2022.42.26.33578. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9288148/pdf/PAMJ-42-26.pdf>.
- Elouarith I, et al. Breast metastasis 18 years after nephrectomy for renal cell carcinoma: a case report. *J Surg Case Rep*. [online]. 2022;2022(4):rjac116. [cit. 10.05.2023]. doi: 10.1093/jscr/rjac116. PMID: 35530427. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9071336/>.
- Petejova N, Martinek A. Renal cell carcinoma: Review of etiology, pathophysiology and risk factors. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. [online]. 2016;160(2):183-194. [cit. 4.05.2023]. doi: 10.5507/bp.2015.050. Available from: https://biomed.papers.upol.cz/artkey/bio-201602-0002_renal_cell_carcinoma_review_of_etiology_pathophysiology_and_risk_factors.pph.
- Wasifuddin M, et al. Malignant Pleural Effusion As the Initial Presentation of Renal Cell Carcinoma: A Case Report and Literature Review. *Cureus*. [online]. 2023;15(4):e37128. [cit. 15.05.2023]. doi: 10.7759/cureus.37128. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37153237/>.
- Botticelli A, De Francesco GP, Di Stefano D. Breast metastasis from clear cell renal cell carcinoma. *J Ultrasound*. [online]. 2013;16(3):127-30. [cit. 01.05.2023]. doi: 10.1007/s40477-013-0026-9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3771566/pdf/40477_2013_Article_26.pdf.
- Ganapathi S, Evans G, Hargest R. Bilateral breast metastases of a renal carcinoma: a case report and review of the literature. *BMJ Case Rep*. [online]. 2008. [cit. 04.05.2023]. doi: 10.1136/bcr.06.2008.0239. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3124739/>.
- Garfield K, LaGrange CA. *Renal Cell Cancer*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. [online]. 2023. [cit. 14.5.2023]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470336/>.
- Gangadaran SGD. Current Management Options in Metastatic Renal Cell Cancer. *Oncol. Rev*. [online]. 2017;11(2):339. [cit. 15.05.2023]. doi: 10.4081/oncol.2017.339. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5481727/>.
- Ali HOE, et al. Renal Cell Carcinoma Metastasis to the Breast: A Rare Presentation. *Case Rep Radiol*. [online]. 2021;2021:6625689. [cit. 15.05.2023]. doi: 10.1155/2021/6625689. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8121607/>.