

nehomogenní kulovité ložisko 30 mm s nejasným vztahem k levé ledvině. Na předchozím ultrazvukovém vyšetření, které jsme na našem pracovišti provedli před rokem, byl nález na obou ledvinách bez patologie. Pacienta jsme odeslali na CT břicha s kontrastní látkou. Dle CT vyšetření byly obě ledviny bez patologického nálezu, levá nadledvina s nepravidelnou expanzí o velikosti 30 × 25 × 30 mm, nativně 42 HU, postkontrastně 67 HU, relativní washout 10 %, absolutní washout 28 %, v celém vyšetřeném rozsahu nebyla patrná lymfadenopatie. Dle závěru z CT vyšetření bylo doporučeno další vyšetření nálezu pro možnou maligní lézi. Na základě rozhodnutí multidisciplinárního semináře jsme pacienta indikovali k levostrané adrenalektomii. Výkon byl proveden laparoskopicky, po ošetření cévního zásobení byla uvolněna levá nadledvina s nasedajícím suspektním ložiskem, preparát byl odstraněn z pararektálního řezu, výkon proběhl bez komplikací. Po výkonu byl pacient dle zvyklostí našeho pracoviště uložen na monitorované lůžko ARO. V bezprostředním pooperačním průběhu byly u pacienta popsány patologické změny na EKG, provedené kardiomarkery včetně kontrolních s časovým odstupem vykazovaly normální hodnoty, pacient byl zcela asymptomatický. První pooperační den byl přeložen k další péči na standardní oddělení, do domácí péče byl propuštěn pátý pooperační den. Patologický nález prvního čtení popsal nadledvinu obvyklého tvaru a struktury bez patologických změn, k níž přiléhá ohraničený útvar 30 × 17 × 15 mm tvořený tuhou tkání bělavé barvy, novotvar se do tkáně nadledviny pouze vtlačuje, nejsou patrné známky její infiltrace. Nález byl označen za mezenchymový novotvar bez možnosti přesné klasifikace a byl odeslán k imunohistochemickému dovyšetření na vyšší pracoviště. Definitivním nálezem byl leiomyosarkom grade 2 pT1b N0 M0 R0. V rámci stagingového vyšetření jsme u pacienta doplnili PET/CT trupu, vyšetření neprokázalo známky lokálního rezidua či vzdálené diseminace tumoru. Po konzultaci na multidisciplinárním onkologickém semináři nebyl pacient indikován k adjuvantní terapii, dispensární kontrola s restagingovým CT vyšetřením proběhla 6 měsíců od výkonu, pacient je nadále bez známek generalizace a bez lokální recidivy.

Diskuze

V oblasti retroperitonea můžeme zachytit širokou škálu patologických lézí zahrnujících benigní tumory i maligní nádory, které mohou být původem primárně ze tkání retroperitonea, metastatickými ložisky nebo ložisky systémového onemocnění.

Maligní mezenchymové léze jsou v oblasti retroperitonea čtyřikrát častější než benigní měkkotkáňové nálezy (9). Primární nádory retroperitonea mohou být původem mezenchymové, neurogení, germinální a lymfoproliferativní (3). Vzhledem k anatomickým poměrům retroperitonea, obtížné klinické vyšetřitelnosti tohoto prostoru a žádným či nespecifickým příznakům, které růst novotvaru v oblasti retroperitonea vyvolává, jsou nádory retroperitonea často diagnostikovány až při dosažení větších rozměrů, kdy mohou způsobit útlak okolních orgánů či nespecifické obtíže (4, 10). Častěji než na základě symptomů jsou nádory retroperitonea náhodným nálezem na zobrazovacích metodách při vyšetřování nesouvisejících obtíží (10). Retroperitoneální sarkomy tvoří třetinu nádorů v retroperitoneu a 75 % maligních nálezu (3, 4). Diagnostika je založena na zobrazovacích metodách, preferovanou modalitou je CT vyšetření. Zobrazení hrudníku by mělo být provedeno u nálezů s potenciálem plicních metastáz (11). Biopsie ložiska je standardním postupem v diagnostice sarkomu, metodou volby je punkční biopsie, provádí se pod ultrazvukovou či CT kontrolou (8, 10). Pro úspěšnou léčbu pacientů je doporučena centralizace do velkoobjemových sarkomových center (1). U většiny retroperitoneálních sarkomů nedokážeme nalézt predisponující příčinu. Až 5 % sarkomů může vzniknout v terénu po předchozí radioterapii, jedná se například o pacienty po radioterapii pro nádor prsu, cervixu, lymfom či testikulární nádory (5, 12). K rozvoji sarkomu může dojít v širokém rozmezí od doby expozice, medián je 10 let (12). Dále mohou být měkkotkáňové sarkomy spojeny s některými genetickými syndromy, jako je například neurofibromatóza typu I, Li Fraumeni syndrom nebo von Recklinghausenova choroba (5, 12, 13).

Jedinou potenciálně kurativní modalitou léčby retroperitoneálních sarkomů je kompletní chirurgická resekce ložiska (4). Vzhledem

Obr. 1. Na kontrastním CT vyšetření byla patrná levá nadledvina s nepravidelnou expanzí o velikosti 30 × 25 × 30 mm, nativně s densitou 42 HU, na snímku je ložisko v arteriální fázi



k lokální pokročilosti nálezů se často jedná o komplikované výkony s nutností odstranění přilehlých orgánů. Provedení ipsilaterální nefrektomie a částečné kolektomie je nutné u více než poloviny pacientů (55–57 %) (14). Možnost kompletního odstranění léze společně se stupněm diferenciacie tumoru jsou nejdůležitější faktory ovlivňující dobu přežití bez onemocnění (4). Medián přežití pacientů po kompletní resekci byl ve studii autorů von Methren et al. zahrnující 500 pacientů 103 měsíců, zatímco u pacientů s nekompletní resekci pouhých 18 měsíců (11).

Primárně chirurgická resekce je kontrindikovaná u pacientů s oboustranným postižením ledvin, při infiltraci a. mesenterica superior, truncus coeliacus nebo vena portae, při postižení míchy, při generalizaci s inoperabilními metastatickými plicními ložisky a u pacientů s mimoplicními vzdálenými ložisky (1).

Neoadjuvantní terapie ve smyslu chemoterapie, radioterapie nebo kombinované chemoradioterapie může být využita u vybraných pacientů na základě doporučení multidisciplinárního týmu. Jedná se především o pacienty s neresekabilním či hraničně resekalibilním nádorem, u nichž by zmenšení masy mohlo vést ke zvýšení šance na radikální resekci. Dále může být neoadjuvantní systémová terapie využita u chemosenzitivních sarkomů, jako jsou synoviální sarkom nebo leiomyosarkom (1). Neoadjuvantní radioterapie u resekalibilních nálezů nezlepšuje dobu do recidivy ani celkovou dobu přežití obecně u všech typů sarkomů. Efekt byl zaznamenán pouze u pacientů s low-grade liposarkomem. U těchto pacientů je tedy možné neoadjuvantní radioterapii zařadit, není však doporučena u pacientů s high-grade liposarkomem či