

Adrenokortikální karcinom

MUDr. Martin Kuhn¹, MUDr. Lumír Domes¹, MUDr. Michal Plintovič¹, MUDr. Libor Palička¹,
MUDr. Pavol Vajcík¹, MUDr. Vladimír Trojek²

¹Urologické oddělení, Kroměřížská nemocnice a.s.

²Radiologické oddělení, Kroměřížská nemocnice a.s.

Prezentace kazuistiky pacienta, přijatého pro sonograficky diagnostikovaný asymptomatický útvar retroperitonea. U pacienta byla provedena série vyšetření – počítačová tomografie (CT), endokrinologické, fibrogastroskopické vyšetření. Následně bylo ložisko extirpováno, histologicky diagnostikován adrenokortikální karcinom pT2 N0 M0. Pacient je dále sledován na urologické a onkologické ambulanci, bez adjuvantní terapie.

Klíčová slova: adrenokortikální karcinom, adenom nadledviny, nádory retroperitonea.

Adrenocortical carcinoma

A case report of a patient with an asymptomatic formation in retroperitoneum. A series of tests was performed – computed tomography (CT), endocrinological and gastroscopic examination. The patient has undergone surgery with a histological finding of an adrenocortical carcinoma pT2 N0 M0. The patient is followed up on urology and oncology ambulance without adjuvant therapy.

Key words: adrenocortical carcinoma, adrenal gland adenoma, tumors of the retroperitoneum.

Úvod

Adrenokortikální karcinom je maligní nádor vycházející z buněk kůry nadledvin, které jsou většinou málo diferencované. Jedná se o nádor s incidencí 1–2/1 000 000 obyvatel, činí tak 0,02 % všech nádorů a postihuje především ženy v poměru 1,5–2 : 1. Jeho růst je obvykle rychlý a vyskytuje se v každém věku s převahou v dětství v 1. dekádě (6) a poté v dospělosti ve 4. a 5. dekádě (2). 5leté přežití se pohybuje mezi 16–38 % (7). V 60–80 % je hormonálně aktivní a ve 40–50 % je tento karcinom příčinou ACTH – independentního Cushingova syndromu. Příznaky hyperkortikalizmu se většinou manifestují až u větších tumorů. Neaktivní nádor se může stát aktivním nebo může produkovat metabolity, které jsou nefunkční (1). V takovém případě bývá prvním příznakem bolest břicha či hmatný útvar v dutině břišní. Morfologicky je tvořen žlutooranžovou až žlutohnědou uzlovitou masou podle obsahu lipidů v nádoru (2).

Kazuistika

78letý pacient po pravostranné horní lobektomii pro spinocelulárního karcinomu plic, byl odeslán obvodním lékařem na urologickou ambulanci Kroměřížské nemocnice a.s. v roce 2011 k preventivnímu vyšetření prostaty. Při fyzikálním vyšetření byl hmatný útvar v levém mesogastriu. Na ultrazvukovém (UZ) vyšetření byl diagnostikován dobře ohraničený, centrálně anechogenní kulovitý útvar u horního pólu levé ledviny velikosti 120 × 110 mm (obrázek 1). Na CT retroperitonea byl následně popsán útvar 130 × 110 × 100 mm v levém retroperitoneu nehomogenně hypodenzní, levá nadledvina nezřetelná. Útvar dosahoval kraniálně až k žaludku, bez jasně ohraničení, kaudálně intimně naléhal na levou ledvinu. Zvětšené lymfatické uzliny nebyly patrné (obrázek 2). Diferenciálně diagnosticky bylo uvažováno zvláště o tumoru nadledviny, a to feochromocytomu, adrenokortikálním karcinomu, neuroblastomu, a vzhledem k osobní anamnéze, i o metastáze spinocelulárního karcinomu plic do nadledviny. Pro nejasné ohraničení od žaludku bylo doplněno fibrogastroskopické vyšetření, CT plic a mediastina k vyloučení recidivy karcinomu plic a dále vyšetření endokrinologické – malý dexamethasonový test, katecholaminy v moči, poměr plasmatického aldosteronu a plasmatické reninové aktivity, kalemie. Všechna vyšetření byla s negativním nálezem, laboratorní hodnoty byly v mezích normy. V srpnu 2011 byla indikována operační revize. Z levostranné lumbotomie, po uvolnění od okraje žaludku a přední strany ledviny, byl extir-

nomu plic do nadledviny. Pro nejasné ohraničení od žaludku bylo doplněno fibrogastroskopické vyšetření, CT plic a mediastina k vyloučení recidivy karcinomu plic a dále vyšetření endokrinologické – malý dexamethasonový test, katecholaminy v moči, poměr plasmatického aldosteronu a plasmatické reninové aktivity, kalemie. Všechna vyšetření byla s negativním nálezem, laboratorní hodnoty byly v mezích normy. V srpnu 2011 byla indikována operační revize. Z levostranné lumbotomie, po uvolnění od okraje žaludku a přední strany ledviny, byl extir-

Obr. 1. UZ tumoru



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Martin Kuhn, kuhnmartin@seznam.cz

Urologické oddělení, Kroměřížská nemocnice a.s., Havlíčkova 660, 767 01 Kroměříž

Cit. zkr: Urol. praxi, 2016; 17(1): 38–39

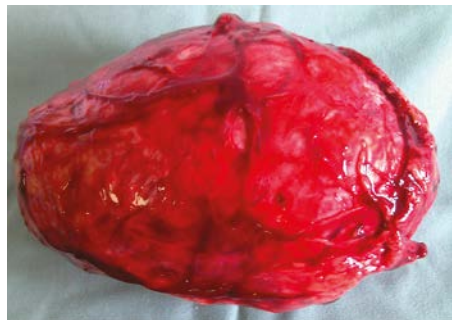
Článek přijat redakcí: 16. 2. 2015

Článek přijat k publikaci: 19. 2. 2015

Obr. 2. CT retroperitonea



Obr. 3. Tumor velikosti 190 × 130 × 140 mm



Obr. 4. Řez tumorem



pován tumor velikosti 190 × 140 × 130 mm, makroskopicky opouzdřený, na řezu žlutavý, ložiskově nekrotický (obrázek 3, 4). V pooperačním období byl pacient bez komplikací, dimise osmý pooperační den. Histologicky a imunohistochemicky potvrzen adrenokortikální karcinom pT2, N0, M0. Adjuvantní léčba nebyla zahájena, pacient je urologicky a onkologicky sledován. Současná doba přežití pacienta je 41 měsíců s plnou remisí, Karnofského index 100 %.

LITERATURA

1. Kawaciuk I. Urologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2009: 44–56, 447–449.
2. Ciprová V, Povýšil C, Šafařík L. Nádory nadledvin a retroperitonea. In: Dvořáček J., Babjuk M. et al. Onkourologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2005: Karolinum.
3. Broul M. Adrenokortikální karcinom. Urol.praxi, 2010; 11(4): 200–203.
4. Kutikov A, Crispen LP, Uzzo RG. Pathophysiology, Evaluation, and Medical Management of Adrenal Disorders. In: Wein A.J. et al. Campbell-Walsh Urology 10th Edition. Saunders, 2012.

Diskuze

Zobrazovací metody

UZ je rutinní zobrazovací metoda k odhalení patologie orgánů dutiny břišní. Ačkoli vizualizace nadledvin je obtížná, stále má roli v diagnostice jejich lézí a sledování změn v průběhu léčby (8). Možnosti ultrasonografie jsou ale limitovány velikostí nádoru, za dolní hranici se považuje velikost 15 mm (3).

CT retroperitonea je zlatým standardem ve vyšetření nadledvin. Dobře určí lokalizaci a velikost nádoru, vztah k okolním orgánům nebo infiltraci do okolních struktur, metastázy či nádorový trombus. Typicky je adrenokortikální karcinom velký, nehomogenní jak nativně tak postkontrastně, vytlačuje přilehlé struktury. Hypodenzní oblasti odpovídají nekróze, avšak menší léze pod 6 cm mohou být v nativním CT homogenní. Mikrokalcifikace nebo hrubé kalcifikace, jsou patrné přibližně u 30 % pacientů. Při nedostatku retroperitoneálního tuku může být nemožné určit, zda nádor prorůstá do okolních orgánů (9).

Magnetická rezonance (MRI) oproti CT nenabízí další prostorové rozlišení a je hlavně používána jako alternativa, kdy je kontrastní CT kontraindikováno (10).

Funkční scintigrafie nadledvin je indikována k průkazu pooperačního rezidua tkáně nadledvin po adrenalectomii (3).

Operační léčba

Dle velikosti nádoru se provádí klasická či laparoskopická extirpace nadledviny a u lokálně pokročilých nádorů i resekce okolních orgánů. Regionální retroperitoneální lymfadenektomie poskytuje informaci o stagingu. I přes agresivní chirurgickou léčbu je karcinom nadledviny spojen s vysokou pravděpodobností recidivy onemocnění, a to v 60–80 %. Pokud nelze provést extirpaci, je možné řešit lokální recidivu a některá metastatická ložiska radiofrekvenční ablací nebo angioembolizací (4).

Adjuvantní léčba adrenokortikálního karcinomu

Konvenční chemoterapie nebývá efektivní. Mezi účinná adrenolytika patří mitotan, který působí cystotoxicky a redukuje sekreci kortizolu. Indukce protinádorové odpovědi je u cca 35 % pacientů (1). V současné době je doporučená terapie první volby mitotan v monoterapii, etoposid, doxorubicin, cisplatin a mitotan nebo streptozotocin a mitotan (5). Nádor je radiorezistentní, účinek radioterapie spočívá v paliativní terapii bolesti metastáz v CNS a kostech (4).

Závěr

V diagnostice adrenokortikálního karcinomu má své místo především klinické vyšetření včetně vyšetření ultrazvukového, které umožňuje určit velikost a lokalizaci tumoru. CT vyšetření retroperitonea eventuálně MRI je součástí vyšetřovacího algoritmu. Při podezření na tumor nadledviny je předoperačně indikováno vyšetření endokrinologem k posouzení biologické aktivity. Léčba je chirurgická, dle velikosti tumoru klasická či laparoskopická extirpace, adjuvantní léčba nebývá příliš účinná.

Autor prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.