

# Primární nádory retroperitonea

MUDr. Eva Poláčková, MUDr. Karel Zita, MUDr. Osvald Cerman

Urologické oddělení, Nemocnice Břeclav

Ve sdělení prezentujeme kazuistiku dvou pacientů s primárním tumorem retroperitonea 40letého muže s maligním typem nádoru a 66letou ženu s benigním typem nádoru retroperitonea. Obsahem sdělení je symptomatologie, diagnostika a terapie onemocnění.

**Klíčová slova:** primární tumory retroperitonea, extragonadální smíšený tumor retroperitonea, leiomyom retroperitonea.

## Primary retroperitoneal tumours

In our presentation we deal with cases of two patients with primary retroperitoneal tumour – 40 years old man with a malignant type of tumour and 66 years old woman with benign type of retroperitoneal tumour. The content of the article is the symptomatology, diagnosis and therapy of the disease.

**Key words:** primary retroperitoneal tumours, mixed extragonadal retroperitoneal germ cell tumour, retroperitoneal leiomyoma.

## Úvod

Nádory retroperitonea dělíme na primární, to jsou ty, které vznikají ze tkání retroperitoneálního prostoru (nikoli z orgánů ležících v retroperitoneu) a sekundární (metastatické a systémové). Primární nádory jsou velmi vzácné a v literatuře se publikují obvykle jako kazuistiky. Jedná se především o nádory mezenchymové, dále nádory neurogenního původu nebo z embryonálních zbytků urogenitálního systému (dysontogenetické tumory). Mezenchymové nádory jsou benigní i maligní povahy. Často jde o myolipomy nebo lipomy. Z maligních variant se pak nejčastěji vyskytuje liposarkom (1), ale můžeme se setkat také s maligním histiocytem nebo rhabdomyosarkomem. Neurogenního původu jsou neurinomy (schwannomy), ganglioneuromy, neuroblastomy a jejich maligní varianty. Primární extragonadální tumory jsou velmi vzácné, avšak nebezpečné.

Převážnou část retroperitoneálních nádorů však tvoří nádory sekundární, které do retroperitonea metastazují nebo prorůstají per continuitatem (nádory gynekologické,

urologické nebo nádory gastrointestinálního traktu) a nádory systémové – lymfomy (2).

Klinická diagnostika časných stadií izolovaných nádorů retroperitonea je velmi obtížná. Objemný nádor může působit nemocnému tlakové obtíže nebo vyklenovat břišní stěnu, utlačovat míšní kořeny v sakrální oblasti s rozvojem iritační nebo paretické symptomatologie dolních končetin. Velmi často bývají sekundárně postiženy horní močové cesty, útlakem močovodů se vyvíjí dilatace močovodu a kalichopánvičkového systému ledviny, při prorůstání nádorů gastrointestinálního traktu (GIT) do retroperitonea se může projevit neurčitá bolest v zádech, případně poruchy trávení (3).

Pokud je nalezena solidní expanze v retroperitoneu, pak přesnou diagnózu stanoví až patolog. Dosavadní zobrazovací metody, včetně výpočetní tomografie (CT) a magnetické rezonance (MR) zobrazí sice spolehlivě tukovou tkáň, také některé suspektní známky malignity - invazivní růst, nejasné okraje, absence kalcifikací atd. ale jistě neozřejmí, zda se jedná o tumor benigní či maligní.

Punkční biopsie pod kontrolou CT nebo UZ z ložiska v retroperitoneu se zpravidla neindikuje, snad s výjimkou podezření na primární lymfom, plazmocytom nebo extragonadální germinální nádor. V diagnostice retroperitoneální lymfadenopatie se uplatňuje také laparoskopie - odběr uzliny při diagnostické laparoskopii. Pro všechny ostatní léze v retroperitoneu platí indikace k otevřené (méně často laparoskopické) exploraci. Vyskytuje-li se nádor v oblasti nadledviny, případně pokud trpí nemocný paroxysmální hypertenzí při nádoru kdekoli v retroperitoneu, pak musí být striktně vyloučena hormonální aktivita nádoru (3).

## Kazuistika 1 – extragonadální smíšený germinální tumor retroperitonea

Muž, 40 let, byl odeslán do urologické ambulance k vyšetření pro několik měsíců trvající píchavé bolesti v pravém mezogastriu. Doposud se s ničím neléčil, v dětství podstoupil operaci tříselné kýly vlevo. Při palpačním vyšetření břicha byla nad pupkem hmatná nebolestivá, pružná, pohyblivá

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Eva Poláčková, epolackova@seznam.cz

Urologické oddělení Nemocnice Břeclav, U Nemocnice 3066/1, 690 02 Břeclav

Cit. zkr: Urol. praxi 2016; 17(4): 187–189

Článek přijat redakcí: 17. 8. 2015

Článek přijat k publikaci: 9. 6. 2015

**Obr. 1.** CT vyšetření břicha a retroperitonea – objemná tumorózní formace, zřejmě primárně vycházející z retroperitonea velikosti 101 × 104 × 97 mm



rezistence velikosti 10 × 10 cm. Základní laboratorní vyšetření byla v mezích normy, sonograficky vyšetřeny ledviny - bez dilatace dutých systémů. Na CT břicha s kontrastní látkou (KL) byla popsána objemná tumorózní formace, zřejmě primárně vycházející z retroperitonea velikosti 101 × 104 × 97 mm, bez nálezu metastáz v dutině břišní. Následně byl pacient došetřen RTG plic a scintigrafií skeletu – obě vyšetření s negativním nálezem, z dalších vyšetření v rámci diferenciální diagnostiky tumoru byly vyšetřeny tumormarkery HCG a AFP – vše v mezích normy, sonografické vyšetření skrota vyloučilo tumor varlete, endokrinologickým vyšetřením byl vyloučen feochromocytom. Pacient byl indikován k revizi retroperitonea vpravo – objemný opouzdřený tumor byl fixován k v. cava a na přední plochu aorty, postupně byl vcelku odpreparován, peroperační krevní ztráta byla cca 1 000 ml. Závěr histopatologa: extragonadální smíšený germinální tumor (nezralý teratom + embryonální karcinom) retroperitonea. Pooperační průběh byl bez komplikací, 13. pooperační den byl pacient propuštěn do domácího léčby, rána zhojena per primam intentionem (p.p.i.). Onkologem byla indikována adjuvantní chemoterapie, podány 4 série chemoterapie režimem BEP (cisplatina + etoposid + bleomycin), následně byl pacient dispenzarizován, nyní je 15 měsíců po operačním výkonu, klinické vyšetření ani zobrazovací metody neprokazují známky lokální recidivy či metastatického rozsevu – trvá remise onemocnění.

## Diskuze

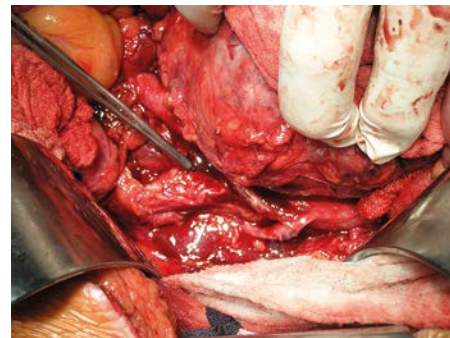
Klinické údaje dokazují, že 3–5 % germinálních nádorů má extragonadální původ. Existují dvě hypotézy vzniku extragonadálních nádorů. Jednou je dislokace primitivních germinálních buněk v průběhu časně embryonální migrace ze žlutkového váčku entodermu retroperitonea kranálně do mediastina nebo kaudálně do sakrokokcygeální oblasti. Druhou je možnost perzistence pluripotentních buněk v sekvestrovaných reziduích v retroperitoneu v průběhu časně somatického vývoje.

U většiny dospělých je onemocnění diagnostikováno již jako pokročilé, kdy lze tumor vyhmátnat při palpačním vyšetření břicha, je symptomatologie bolestí, hubnutí, někdy i teploty.

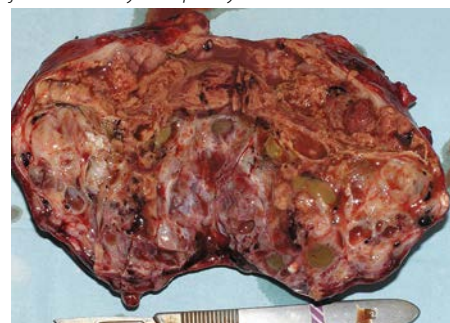
**Obr. 4.** CT nálezy – kulovitá expanze při pravé ledvině nasedající na m. psoas maior velikosti 33 × 26 × 46 mm vycházející z retroperitonea



**Obr. 2.** Peroperační nález – tumor fixován k v. cava inf. a k aortě



**Obr. 3.** Exstirpovaný tumor na řezu velikosti 120 × 90 × 90 mm tvořený prokrvácenou solidně cystickou tkání, 1/4 tumoru kompletně nekrotická, součástí jsou i ostrůvky chrupavky



Léčba spočívá v exstirpaci nádoru s následnou chemoterapií dle histopatologického složení, radioterapie bývá indikována spíše z nejistoty radikality operace nebo po vyčerpání možností chemoterapie. Nemocní s neseminomovým extragonadálním nádorem mají špatnou prognózu bez ohledu na operační léčbu nádoru, chemoterapii nebo radioterapii (4).

## Kazuistika 2 – leiomyom retroperitonea

Žena, 66 let, která je v péči urologické ambulance s anamnézou renální koliky vlevo

**Obr. 5.** Exstirpovaný tumor na řezu velikosti 40 × 35 × 35 mm



před 6 lety. Pacientka je obézní, léčí se pro hypertenzi, při antihypertenzní medikaci je tlakově stabilizovaná, v minulosti podstoupila cholecystectomii.

Při kontrolním urologickém vyšetření bylo provedeno sonografické vyšetření ledvin s nálezem ohraničeného hypoechogenního okrsku velikosti 28 × 31 mm při dolním rtu pravé ledviny, na CT urografii popsána kulovitá expanze při pravé ledvině nasedající na m. psoas maior velikosti 33 × 26 × 47 mm, vycházející z retroperitonea, relativně

hladce ohraničená, diferenciálně diagnosticky nejspíše mezenchymální tumor – rhabdomyom, leiomyom, fibrom, event. desmoid, solitární fibrózní tumor, nicméně i přes hladké kontury a spíše benigní vzhled nelze zcela vyloučit maligní variantu typu liposarkomu, maligního fibrózního histiocytomu, leiomyosarkomu apod., základní laboratorní vyšetření byla v normě, RTG plic bez metastáz. Pacientka byla indikována k revizi retroperitonea vpravo, kde byl nalezen parakaválně uložený kulovitý palpačně tuhý tumor velikosti cca 4 cm na stopce a byla provedena jeho exstirpace. Operační výkon i pooperační průběh byl bez komplikací, histopatolog popsal makroskopicky tuhý bělavý tumor velikosti 40 × 35 × 35 mm se závěrem leiomyom retroperitonea, gynekologický (uterinní) typ. Pacientka je i nadále sledována v naší ambulanci, druhý rok po operaci je bez známek lokální recidivy.

## Diskuze

Většina nádorů vycházejících z hladkého svalstva v retroperitoneu je považována za maligní, benigní leiomyomy jsou považovány

za velmi vzácné. Velká část z těchto nádorů se podobá histologicky děložním myomům, obsahují pozitivní hormonální receptory, a zdá se, že mají dobrou dlouhodobou prognózu s malým potenciálem pro lokální recidivy (5).

## Závěr

Primární retroperitoneální tumory jsou vzácné nádory, popisované převážně v kazuistikách.

80 % všech primárních retroperitoneálních tumorů u dospělých tvoří maligní typy nádorů (6). I benigní typy nádorů však mohou pacienta ohrozit svým expanzivním růstem. Zobrazovací vyšetření ne vždy umožní jejich odlišení od primárního postižení retroperitoneálních orgánů, rovněž biotické vyšetření nemusí stanovit jednoznačnou diagnózu. Nejeftektivnější léčbou je radikální chirurgická exstirpace tumoru (7). Odstraněním celé solidní léze získáme materiál pro histopatologické vyšetření a stanovení diagnózy. U benigních nádorů je operace kurativní, u maligních nádorů je podle typu nádoru indikována adjuvantní léčba (3).

## LITERATURA

1. Chang IYJ, Herts BR. Retroperitoneal Liposarcoma, J Urol, Vol 189, 1093–1094, March 2013 Publisher Online: November 29, 23012, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2012.11.122>
2. Poršová M, Šverma R, Porš J, Kolombo I, Pabišta R. Expanze v oblasti retroperitonea nejasného původu, Urol praxi, 2006;6: 283–284.
3. Šafařík L. Nádory retroperitonea. In Dvořáček J, Babjuk M et al. Onkourologie, Praha: Galén 2005: 23–24.
4. Kawaciuk I. Urologie, Praha: Galén 2009: 417–418.
5. Am J Surg Pathol 12/2001; 25 (11)1355–1363. DOI: 10.1097 / 00000478-200111 1000-00002 Zdroj: PubMed
6. Malkowicz SB. Retroperitoneal tumours. In: Sein AJ,

- Kavoussi L, Novick A, Partin A, Peters C: Campbell-Walsh Urology. 10th ed. Philadelphia: Saunders, 2012; 1506–1514.
7. Hruška M, Klézl P, Mencla P, Klečka J, Kolombo I, Jirásek T, Kujal P, Grill R, Liposarkom a ganglioneurom jako primární nádory retroperitonea, Česká urologie 2015; 19(2): 149–156.