

Kazuistika vzácného mucinózního adenokarcinomu uretry a možnosti jeho chirurgického řešení

**MUDr. Lucie Bartáková¹, MUDr. Miroslav Záleský, Ph.D.^{1,2}, MUDr. Miroslav Levý, Ph.D., MBA⁴,
MUDr. Vanda Adamcová¹, doc. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D., MBA^{1,2,3}**

¹Urologické oddělení, Thomayerova nemocnice, Praha

²Urologická klinika 1. LF UK v Praze

³Urologická klinika 3. LF UK v Praze

⁴Chirurgická klinika 1. LF UK v Praze, Thomayerova nemocnice, Praha

Nádory uretry jsou v urologii vzácné a mucinózní adenokarcinom uretry je velmi raritní. Kazuistika popisuje případ tohoto vzácného nádoru, jeho symptomatiku, diagnostiku a chirurgické řešení. Poukazuje na to, že je třeba myslet na možnost výskytu tumoru i v méně obvyklých lokalizacích a že je třeba brát v úvahu při diferenciální diagnostice i relativně málo časté diagnózy. I při lokálně pokročilém tumoru uretry je v některých případech možné radikální chirurgické řešení a pacienti z něho mohou profitovat.

Klíčová slova: adenokarcinom uretry, radikální en-block exenterační výkon.

A case report of rare mucinous urethral adenocarcinoma and its options of surgical treatment

Tumors of the urethra are rare in urology and the mucinous adenocarcinoma of the urethra is very unique. The case report describes a patient with this rare tumor, its symptom, diagnosis and surgical treatment. It points out the need to think about the possibility of tumor occurrence even in less common localizations and that relatively uncommon diagnosis should be taken into account for differential diagnosis. Even in a locally advanced urethra tumor, some surgical solutions are possible and patients can benefit from it.

Key words: adenocarcinoma of the urethra, radical en-block extensions.

Úvod

Nádory uretry patří mezi vzácné tumory, představují méně než 1 % všech malignit (1). Incidence v České republice za rok 2015 byla 0,07/100 000 a mortalita ve stejném roce v ČR dosahovala 0,04/100 000. Maximum výskytu nádorů uretry v české populaci se pohybuje mezi 65 až 75 lety. Muži bývají postiženi častěji (incidence 0,1/100 000 u mužů versus 0,04/100 000 u žen), též úmrtnost na tuto diagnózu je vyšší u mužů (0,07/100 000 u mužů versus 0,01/100 000 u žen) (2).

Pro nízkou četnost primárních nádorů uretry máme relativně málo dat, studie zabývající se

těmito nádory obsahují většinou malé počty sledovaných pacientů.

Podle databáze SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results), která mezi lety 1988–2006 sledovala 2065 mužů s primárním tumorem uretry byl nejčastěji diagnostikován urotelitální karcinom (77,6 %), dále skvamocelulární karcinom (11,9 %), adenokarcinom (5,0 %) a jiné typy (5,5 %) (3).

Nejčastější lokalizací primárního nádoru uretry je část bulbomembranózní (60 %), následuje penilní uretra (30 %), prostatická uretra (10 %) (4).

Následující kazuistika prezentuje pacienta s lokálně pokročilým primárním mucinózním

adenokarcinomem uretry a možnost jeho chirurgického řešení exenteračním výkonem.

Kazuistika

Případ popisuje 55letého muže, dosud bez urologické anamnézy, který byl v místě bydliště akutně vyšetřen pro močovou retenci a periuretrální absces. Prvotním ošetřením bylo založení epicystostomie a drenáž periuretrálního abscesu.

Při dovyšetřování stavu byla provedena uretrocystografie (UCG), toto vyšetření zobrazilo strikturu v oblasti penilní a bulbární uretry. Následně provedená uretroskopie odhalila

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

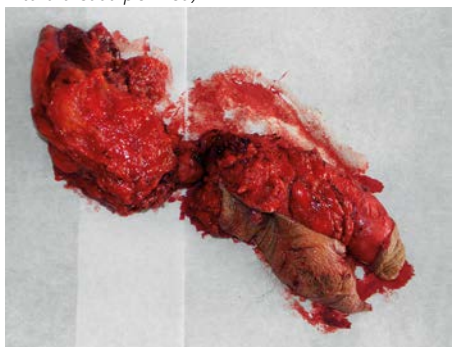
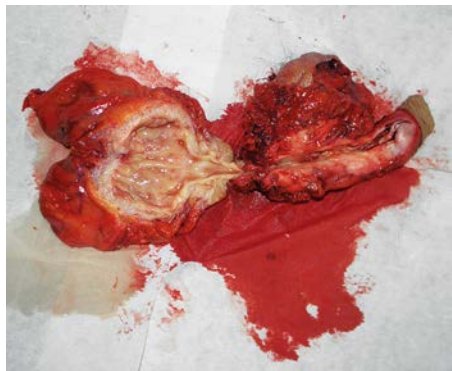
MUDr. Lucie Bartáková, lucie.bartakova@ftn.cz

Thomayerova nemocnice v Praze, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4

Cit. zkr: Urol. praxi 2018; 19(3): 139–141

Článek přijat redakcí: 7. 3. 2018

Článek přijat k publikaci: 2. 4. 2018

Obr. 1. CT snímek lokálně pokročilého tumoru uretry před exenteračním výkonem**Obr. 2.** Preparát odstraněný při výkonu en-block (cystektomie s prostatektomií, resekci zevního genitálu a části perinea)**Obr. 3.** Rozstřížený preparát, patrný tumor v bulbární uretře prorůstající do okolních tkání

příčinu obstrukce jako suspektní tumor v oblasti bulbární uretry. Při výkonu byla odebrána biopsie. Výsledek histologického vyšetření, ale překvapivě nepopisoval tumor uretry, nýbrž adenokarcinom kolorektálního typu. Následovala kolonoskopie a PET/CT, ale žádné z těchto vyšetření neprokázalo jakékoliv postižení gastrointestinálního traktu. Pro lokálně pokročilý nález tumoru s šířením na perineum byl pacient shledán inoperabilním, bez indikace k radikální léčbě. Derivace moči byla namísto epicystostomie zajištěna perineální uretrotomií.

Asi po třetivrtě roku přišel pacient na jiné urologické pracoviště. V tu dobu již byl nádor velmi pokročilý, díky progresi tumoru měl pa-

cient obtíže i při chůzi. Závěr aktuálního CT vyšetření popisoval rozsáhlý tumor bulbární uretry zasahující do spongiózního tělesa vpravo, na perineum, infiltrující pravé varle i nadvarle, ale diseminace ve smyslu vzdálených metastáz potvrzena nebyla (obr. 1).

Pacient byl indikován k radikálnímu výkonu, ale peroperačně byl nález shledán opět jako inoperabilní. Byla provedena pouze částečná resekce tumorózní tkáně s pravostrannou orchiektomií. Histologicky byl výsledek opět uzavřen jako kolorektální karcinom. Po zhodnocení ostatního klinického nálezu, zejména s ohledem na negativní nález na gastrointestinálním traktu, byla histologie patologem přehodnocena jako možná vzácná mucinózní varianta adenokarcinomu vývodných cest močových.

Případ byl referován na Chirurgické klinice Thomayerovy nemocnice (TN) ke zvážení exenteračního výkonu. Před tímto výkonem byla ještě na urologickém pracovišti TN provedena cystoskopie přes epicystostomický kanál (přes perineální uretrotomii nebylo technicky možné provést pro progresi nádoru na hráz). Sliznice močového měchýře byla makroskopicky bez patologie, v hrdle měchýře již byl patrný květákovitý tumor vycházející z uretry. Opět byla odebrána biopsie, se shodným nálezem mucinózního adenokarcinomu.

Pacient byl indikován k exenteračnímu výkonu, který proběhl na Chirurgické klinice TN za spolupráce chirurga a urologa. Byla provedena radikální cystektomie s uretrektomií, totální amputací penisu, resekci zevního genitálu a části hráze, levé varle zůstalo ponecháno. Celý preparát byl odstraněn en-block (obr. 2, 3). Derivace moči byla zajištěna ureteroileostomií dle Brickera.

Vzniklý značný defekt na hrázi byl řešen lalokovou plastikou pomocí musculus rectus abdominis (tzv. VRAM plastika) (obr. 4). Pooperační průběh v prvních dnech byl přiměřený, ale čtvrtý pooperační den byla nutná revize pro ischemii a flegmónu rány. Při revizi byla provedena resekce ischemické části laloku na hrázi.

Další hojení bylo již bez komplikací, pacient byl postupně vertikalizován, realimentován, urostomie byla funkční. Dle definitivní histologie byl nález uzavřen jako nádorová duplicita – jednak hůře diferencovaný hlenotvorný adenokarcinom uretry vycházející z bulbární uretry s angioinvasí a ulcerací na kůži, další dvě ložiska tohoto typu nádoru byla

Obr. 4. Operační pole bezprostředně po výkonu**Obr. 5.** Stagingové CT po 6 měsících od výkonu, bez známek recidivy

zachycena v oblasti penilní uretry (považována za metastázy) při masivní infiltraci kavernózních těles a spongiózního tělesa. Navíc náhodným nálezem byl středně diferencovaný acinární adenokarcinom pravého laloku prostaty, odebrané lymfatické uzliny byly nádoru prosty. Tedy definitivně uzavřeno jako mucinózní adenokarcinom uretry pT4 V1 RX pN0 (0/12) M1 a adenokarcinom prostaty pT2a N0 M0, Gleason score 3+3. Z chirurgického hlediska byl výkon radikální.

Po dimisi a zhojení byl pacient odeslán na spádovou onkologii ke zvážení adjuvantní terapie, ta ale nebyla na daném pracovišti indikována. Proto probíhají pouze dispenzární kontroly na chirurgii.

Po několika týdnech se u pacienta rozvinula kýla v jizvě po laparotomii. Pro dyskomfort pacienta a bolesti byla po třech měsících od původního výkonu provedena revize a plastika břišní stěny sítkou.

Nyní je pacient zhojen, má ještě občasné bolesti v oblasti břišní stěny, jinak bez komplikací. Doposud poslední dispenzární kontrola proběhla v říjnu 2017, tj. šest měsíců od exenteračního výkonu, kdy dle CT vyšetření jsou v malé pánvi jen pooperační změny, relaps základního onemocnění není patrný (obr. 5).

Diskuze

Nádory uretry jsou vzácnou diagnózou v urologické praxi, ale je nutné na tuto možnost myslet při diferenciální diagnóze urologických obtíží. Symptomatika nádoru je většinou již spojena s lokálně pokročilým nálezem (T3/T4). Je třeba si uvědomit, že obstrukce dolních močových cest nemusí mít jen etiologii benigní, ale můžeme se i v běžné praxi setkat s případy

maligními. Nejčastějšími symptomy maligního procesu jsou hematurie či uretroragie, obstrukční symptomatika, bolesti (1).

Celkové přežití pacientů 5 a 10 let je dle databáze SEER 46,2 %, respektive 29,3 %. Sledování této databáze hodnotilo též negativní prediktory přežití, kterými jsou vyšší věk pacienta, vyšší grade nádoru, vyšší T klasifikace, přítomnost metastáz, histologický typ nádoru (uroteliální karcinomy mají lepší prognózu), nemožnost provedení chirurgické léčby nádoru (3).

Doposud není jasně stanovený postup pro přesný management léčby kvůli nedostatku údajů, terapie je individualizována dle aktuálního případu. U lokalizovaných nádorů je primárním postupem léčba chirurgická. Pro lokálně pokro-

čilé nálezy by měl být stanoven multimodální přístup zahrnující chirurgickou léčbu, chemoterapii, popř. radioterapii (5).

Závěr

Nádory močové trubice jsou pro svoji vzácnost relativně často opomíjenou možnou příčinou urologických obtíží. Kazuistika popisuje případ raritního mucinózního adenokarcinomu uretry, který i přes jeho pokročilý rozsah byl indikován k exenteračnímu chirurgickému výkonu s radikálním záměrem. I při takto lokálně pokročilých nádorech je v některých případech radikální chirurgická léčba možná a pacienti z ní mohou profitovat.

Autorka prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

LITERATURA

1. Gakis G, Witjes JA, Compérat E, et al. EAU Guidelines on Primary Urethral Carcinoma, 2015. Dostupný z: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Primary-Urethral-Carcinoma-2016-1.pdf>.
2. Dušek L, Mužík J, Kubásek M, Koptíková J, Žaloudík J, Vyzula R. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. Masarykova univerzita 2005. [cit. 2018–2–13]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 (2007).
3. Rabbani F. Prognostic factors in male urethral cancer. Cancer. 2011; 117: 2426–2434. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048790>.
4. Hartmann I, Doležel M. Nádory močové trubice. Urologie pro praxi 2004; 1: 14–16.

5. David B, Cahn DO, Handorf E, et al. Contemporary practice patterns and survival outcomes for locally advanced urethral malignancies: A National Cancer Database Analysis, Urologic Oncology 2017; 35(12): 670.e15–670.e21. Dostupné z: [http://www.urologiconcology.org/article/S1078-1439\(17\)30388-5/fulltext](http://www.urologiconcology.org/article/S1078-1439(17)30388-5/fulltext).