

616—006.85—053.8

WILMSŮV TUMOR U DOSPĚLÉHO

Pplk. MUDr. Jaroslav DANĚK, pplk. MUDr. Oldřich SMOLA

Chirurgické oddělení vojenské nemocnice v Plzni

(náčelník: pplk. MUDr. Jaroslav Daněk)

Wilmsův tumor je nádorem dětského věku a v literatuře se udává, že až na málo výjimek se vyskytuje do šestého roku života. Mnoho autorů jej považuje za kongenitální novotvar. Smith dokonce udává, že přibližně 6 % z těchto nádorů je již klinicky prokazatelných při

porodu a při větší velikosti mohou být i porodní překážkou.

Méně známou skutečností je, že Wilmsův tumor se vyskytuje i v dospělém věku. Ve světové literatuře Culp a Hartman uvádějí 97 případů tohoto onemocnění. Smith do roku 1960

sebral 105 případů, Klapproth 108 případů a Altung do roku 1964 133 případů. Do roku 1971 stouplo číslo popsaných případů ve světovém písemnictví na 151.

Klasifikace těchto nádorů je velmi obtížná a podle Zavadiče a Radkové má Wilmsův tumor nejméně 53 synonym. Nejčastější z nich jsou: renální embryom, adenomyosarkom, nefroblastom, adenosarkom, embryonální smíšený nádor ledviny apod.

Protože jde o vzácný výskyt Wilmsova tumoru, uvádíme nemocného námi pozorovaného, kde diagnóza nádoru byla vyslovena až histologem.

F. O., 33letý muž, povoláním úředník, byl přeložen na naše oddělení v březnu 1974. Předtím byl hospitalizován a vyšetřován na interním oddělení pro proteinurii s hematurií. Z anamnestických údajů je pozoruhodné, že v roce 1966 měl zánět žil pravého bérce. Za rok nato, v r. 1967, měl znovu zánět žil, jak na lýtku tak na stehně pravé dolní končetiny. Byl léčen v příslušné spádové nemocnici. Asi po jednoměsíční léčbě byl ve zlepšeném stavu odeslán do domácího léčení. Již tehdy byly zjištěny v moči patologické nálezy. Ledviny podrobněji vyšetřovány nebyly. Týž rok byl vyšetřován v cévní poradně příslušného KÚNZ, kde byla při flebografii údajně zjištěna trombóza dolní duté žíly. Od té doby mívá opakovaně drobné záněty na pravé dolní končetině. Funkční vyšetření ledvin nebylo provedeno.

Při vyšetření váží 86,5 kg, je dobré výživy, TK 120/80, puls 80/min. Na kůži břicha byly patrné venózní kolaterály v oblasti pupku. Břicho bylo mírně vzedmuté s hmatnou tuhou rezistencí v pravém hypogastriu a mezogastriu. Poklep na bederní krajinu byl nebolestivý. Na pravé dolní končetině na bérce a stehně byly varixy s počínající pigmentací v oblasti vnitřní strany bérce. A. dorsalis pedis a a. tibialis posterior byly dobře hmatné. Na pravé dolní končetině byl pastózní otok sahající až k tříslu.

Při příjmu na naše oddělení zjišťujeme, že jde o rozsáhlý nádorový proces pravé ledviny s projevy útlaku okolí, o levostrannou ureterolitíazu se spontánním odchodem konkrémentu, o vlekou žilní insuficienci pravé dolní končetiny po pravostranné ileofemorální trombóze s vyvinutým kolaterálním oběhem na břiše, jako možnou známkou okluze v. cavae caudalis.

Vyšetření: FW 60/100; KO ery 3 100 000; HMT 26 %; le 8 600; N močoviny 17,24 mg %; kreatinin v krvi 1,43 mg%; moč: chem — bílk⁺; moč. sed — ery 20 — 28; le 1 — 3; epi 2 — 3; bakt⁺⁺; drt⁺; moč bakteriologicky: staphylococcus epidermidis⁺, streptococcus alfa⁺; Escherichia coli haemolytica, Escherichia coli; kvantita méně než 10⁵/ml; Addisův sediment. ery 78 660 000; le 2 000 000; válce 0; Kreatinin klírens: maxim. filtr. 163,0 ml; min. filtr. 57,0 ml; Variace 106,0 ml; průměr 126,20 ml; maxim. resorpce 99,4 %; min. resorpce 98,7 %; variace 0,7 %; průměr 99,12 %. Vylučovací

urografie potvrdila podezření na tumorózní proces pravé ledviny (obr. 1), selektivní oboustranná renovazografie potvrdila podezření na hypovaskulární, zčásti nekrotický tumor pravé ledviny (obr. 2).

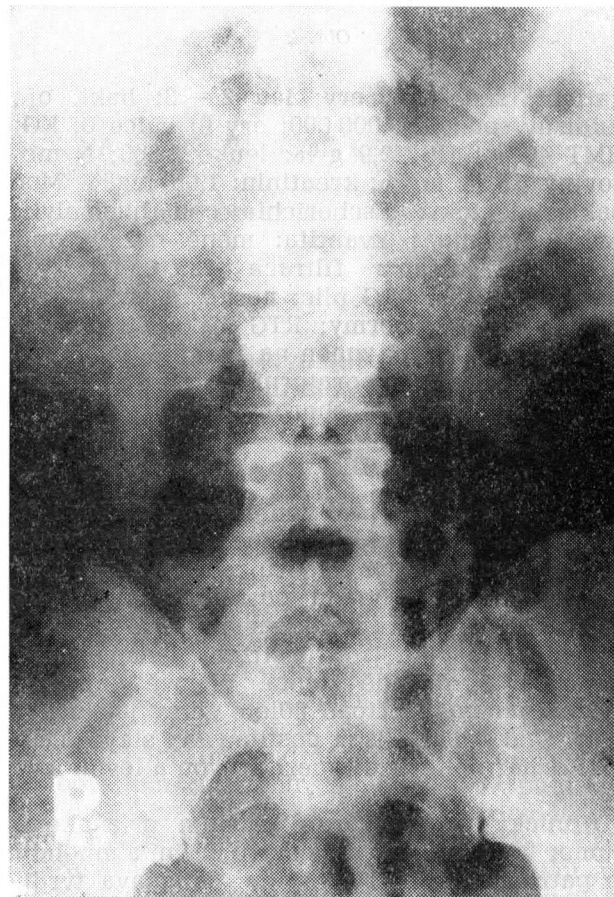
Při operaci byla zjištěna značně zvětšená pravá ledvina (velikosti dětské hlavy), která intimně vazivově adherovala k okolním orgánům. Dolní dutá žíla byla nápadně tuhá, vyplněna tuhou hmotou, pravděpodobně organickým trombem, který sahal vysoko až přes bránici. Byla provedena pravostranná nefrektomie. Metastázy peroperačně nebyly zjištěny.

Histologické vyšetření (prof. MUDr. Vaněk): Uprostřed ledviny je novotvar o průměru 10 cm. Jde o adenosarkom ledviny (Wilmsův nádor). Perirenální tuk s fibrozními pruhy je bez nádorové infiltrace.

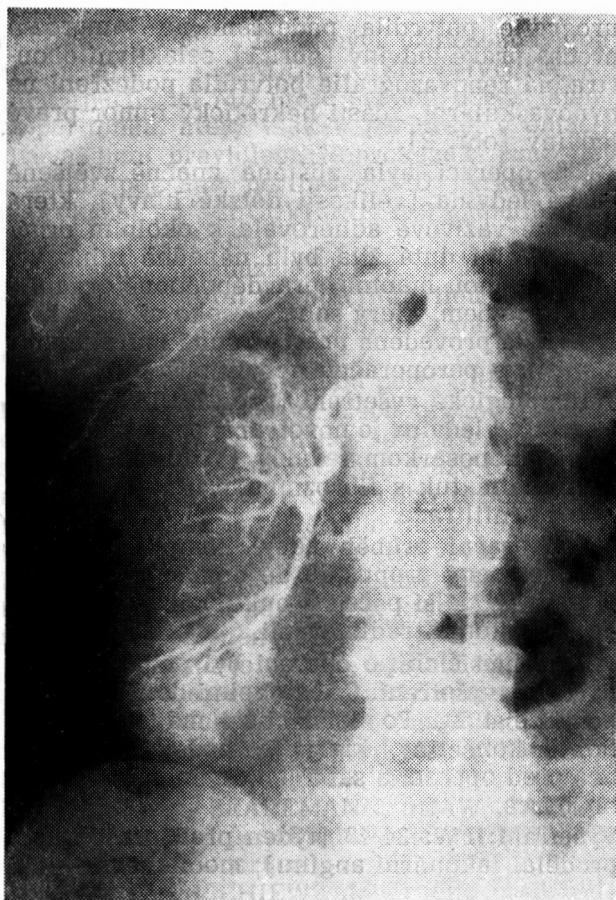
Pooperační průběh nebyl komplikován. 14. den nemocný propuštěn do domácího léčení a předán do další péče na onkologické oddělení, kde podstoupil radioterapii.

Po 5 měsících po operaci byl přijat ke kontrolnímu vyšetření. Cítí se velmi dobře, přibral na váze 4 kg. Po delší chůzi má otok pravé dolní končetiny, který je podstatně menší než před operací a sahá jen do poloviny pravého bérce.

Vyšetření: FW: 34/49 (týden před přeshetřením prodělal lakunární angínu); moč: chem. — ne-



Obr. 1



Obr. 2

gativní; sed. — oj. ery; leu 2 — 3; bakt. oj.; Addisův sed.: le 3 000 000; ery 0; válce 0; KO: HMT 40 %; Hb 12,9 g %; leuko 2 800; N močovininy 13,98 mg%; kreatinin: 1,68 mg%. Moč bakteriologicky: *Escherichia coli* haemolytica⁺⁺; *Haffnia*⁺; kvantita: méně než 10⁵/ml; Kreatinin klírens: filtrace 129,0 ml; re-sorpce 99,2 %. RTG plic: norm. nálezy; jaterní testy v mezích normy; RTG Th a LS páteře: bez metastatických změn na Th a LS páteři.

Z klinického i laboratorního vyšetření nelze soudit na propagaci choroby.

Diskuse

Incidence Wilmsova tumoru v dospělosti je podle různých autorů různá. Werner uvádí 0,5 % z primárních nádorů ledvin. Klapproth 4,4 % z 1 396 případů postihujících jedince všech věkových skupin. Jagasia udává 9,2 %.

Podle Kaushika jsou postižení nemocní nejčastěji v 5. dekádě života. Věkově nejstarší byl zaznamenán případ 80leté ženy, jak uvádí Clay. Obě pohlaví jsou postihována stejně často. Rovněž není rozdíl mezi pravou a levou ledvinou.

Klinicky je hematurie hlavním příznakem. Tumor bývá hmatný přes stěnu břišní a mnohdy je patrná i asymetrie břicha. Schadava tvrdí, že u některých nemocných se může vyskytovat i hypertenze.

Udává se, že růst nádorů je rychlý, ale ne u všech případů stejný. Svědectvím toho je skutečnost, že se někdy nádor stane manifestním teprve v pozdějším dětství nebo v dospělosti, ač jeho embryonální založení je nepochybné.

Z patologico-anatomického hlediska se nádor jeví jako ohraničený nepravidelně kulovitý útvar, který svým růstem zatlačuje před sebou tkáň ledviny. Zpravidla je to nádor solitární. V průřezu je rozdělen vazivovými septy na několik laloků, vlastní nádorová tkáň je bělavě šedá, nejednou prostoupena ložisky nekrózy s hemorrhagiemi, kalcifikacemi nebo kostní strukturou. Často invazivně vrůstá do ledvinné pánvičky v podobě klikatých útvarů a může vést k hematurii, někdy s močí odcházejí nekrotické tkáně. Často vrůstá do vén.

Mikroskopická stavba jeví časté variace. Nejcharakterističtější složkou nádoru jsou nepravidelná, nepřesně ohraničená ložiska buněčné tkáně, podobná embryonálnímu mezenchymu.

Wilms vyslovil teorii odvozující nádor z odštěpených buněk středního zárodečného listu — mezoblastu, které se osamostatnily ještě dříve, než se prosegmenty rozšířily v myosklerotom a mezonefrogní pruh. Proto si uchovávaly schopnost diferencovat se jak v mezonefres, tak i v deriváty mezosklerotomu, tedy v příčně pruhované svalstvo, chrupavku, kost a tukovou tkáň.

Jiní přičítají jmenovaným heterologním elementům metaplastický vznik.

Včasnou diagnózou a operací se někdy podaří nemocného zachránit. Většina případů však má infaustní prognózu.

Nádor metastazuje krevní cestou, nejčastěji do plic, jater a kostí. Vzácněji do lymfatických uzlin a peritonea.

Zajímavý názor u tohoto onemocnění v dospělosti přináší Lacroix a Cattaneo Godio. Tvrdí, že prognóza se s přibývajícím věkem lepší. Zprávy o 10–15letém přežívání jsou známkami relativní nezhoubnosti tohoto jinak maligního tumoru.

Z dostupných sdělení jsou známky tyto doby přežití Wilmsova tumoru v dospělosti:

Autor	Počet nemocných	Věk	Doba přežití
Farow	5	19–71	několik měsíců až 30 let
Olsen Bischoff	1	67	3 roky po oper. žije
Boyer	1 (meta v játr. a plicích)	21 (bez oper.)	42 měsíců (aktinoterapie)
Wienert		17	10 let po oper. žije

Léčení těchto nemocných zahrnuje především včasnou operaci, radioterapii a chemoterapii. Nejvíce se doporučuje nefrektomie s ná-

slednou radioterapií. Ozařování před operací nezlepšuje operační výsledky, které se získávají co nejvčasnější operací a pooperační radioterapií. O možnostech a výsledcích chemoterapie u těchto nádorů v dospělosti nejsou dosud podrobné zprávy.

Náš příspěvek potvrzuje sdělení i jiných autorů o mnohdy obtížné a zdlouhavé diagnóze těchto nádorů. Je příspěvkem i v tom, že opakované záněty žil dolních končetin mohou být prvním signálem vznikajícího zhoubného nádoru ledvin. O manifestaci tohoto příznaku u Wilmsova tumoru v dospělosti není v literatuře zmínka.

Náhodně zjištěný nález v moči byl bez dalšího vyšetření přehlížen, a tak došlo k oddálenému stanovení diagnózy vážného nádorového onemocnění.

Souhrn

Popsán případ Wilmsova tumoru u 33letého muže, který se manifestoval opakovanými migrujícími flebitidami, proteinurií s hematurií. Po nefrektomii a radioterapii je nemocný sedm měsíců bez potíží a přibral na váze 4 kg.

Literatura

1. Zavadič, I. P., Radková, L. M.: Opuchol Wilmsa u vzroslovo. Vop. Onkol., 15, 1969, s. 101—2.
2. Wienert, G.: Wilms tumors in adults. Med. Welt., 24, 1973, s. 1945.
3. Kaushik, S. P. et al.: Renal embryoma in an adult. Amer. Surg., 30, 1972, s. 468—70.
4. Bradley, J. E., Pincoffs, M. C.: Association of adenomyosarkoma of the kidney (Wilms tumor) with arterial hypertension. Ann. Intern. Med., 11, 1938, s. 1616.
5. Clay, J.: Development mixed tumours of the kidney in a female patient aged 80. Brit. Med. J., 2, 1930, s. 1083.
6. Culp, O. S., Hartman, F. W.: Mesoblastic nephroma in adults, Clinicopathological study of Wilms tumor and related neoplasms. J. Urol., 60, 1948, s. 552.
7. Jogasia, K. H., Thurman, W. G.: Wilms tumor in adult. Arch. Intern. Med., 115, 1965, s. 322.
8. Klapproth, H. J.: Wilms tumor. A report of 45 cases and an analysis of 1351 cases reported in the world literature from 1940—1958. J. Urol., 81, 1959, s. 633.
9. Smith, K. H.: Wilms tumors in adults. Brits. J. Surg., 47, 1960, 397.
10. Warner, H. V.: Zur Frage des Operations Ergebnisse Nierentumoren im Kindesalter. Arch. F. Klin. Chir., 1927, s. 145—347.
11. Samsonov, V. A.: Rukovodstvo patologičeskoj anatomii. „Medicina“, 1964, s. 196—199.