

616.681.006.04-07-08

SOUČASNÁ PROBLEMATIKA DIAGNOSTIKY A LÉČENÍ NEMOCNÝCH SE ZHOUBNÝM NÁDOREM VARLETE

Plk. MUDr. Lubomír HYRŠL, CSc.

Urologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha

(náčelník: plk. MUDr. Lubomír Hyršl, CSc.)

Zhoubné nádory varlete (dále ZNV) se nevyskytují často. Jejich incidence je přibližně 2 onemocnění na 100 000 mužů ročně. Závažné však je to, že ve věku od 15 do 34 roků způsobují 10–13 % všech úmrtí na rakovinnové nemoci, což představuje čtvrté místo v mortalitě mezi zhoubnými nádory v těchto věkových skupinách vůbec (1, 2, 7).

Tím, že nejčastěji postižené věkové skupiny odpovídají vojákům základní služby, mladým důstojníkům a praporčíkům, je dána závažnost tohoto onemocnění pro zdravotnickou službu v armádě.

Ke zpracování problematiky ZNV nás vedla skutečnost, že se stále ještě setkáváme na jednotlivých stupních vojenské zdravotnické služby s chybami v jejich diagnostice i léčení, které mají vážné důsledky pro nemocné.

Volba správného léčebného postupu u nemocných se ZNV je závislá na zjištění diagnózy nebo alespoň vyslovení podezření na tuto chorobu, na přesném určení jeho buněčného složení a na stanovení rozsahu onemocnění (6).

V první diagnostické etapě vystačíme s palpací varlete a zjištěním anamnézy. Potíže může způsobit pouze malá skupina centrálně rostou-

cích nádorů bez zvětšení varlete nebo s jeho hladkým zvětšením, popřípadě centrální růst a hydrokéla [8]. Na tomto místě bych chtěl zdůraznit nezastupitelný význam řádně prováděných preventivních prohlídek vojáků základní služby, důstojníků a praporčíků, které jsou dány našimi základními řády. Zodpovědně a v nařízených termínech prováděná vyšetření jsou schopna vyhledat většinu nemocných se ZNV již v počátečním stadiu. Přesto stále přicházejí na naše pracoviště nemocní v době, kdy lokální nález je značně pokročilý, jsou postiženy regionální uzliny nebo vytvořeny vzdálené metastázy.

Povinností vyšetřujícího lékaře je pak zajistit neodkladnou operační kontrolu varlete. Před touto operací provádíme pouze základní klinické a laboratorní vyšetření a rentgen plic. Za zvlášť důležitý považujeme odběr krve ke zjištění hladiny specifických proteinů, které označujeme jako „markery“. Vyšetřovány jsou lidský choriiový gonadotropin (HCG), alfafetoprotein (AFP) a v poslední době laktikodehydrogenáza (LDH). Zjištění výše hladiny těchto látek nám u určitého procenta nemocných umožňuje v dalším průběhu sledovat účinnost chirurgické i onkologické léčby [1, 6].

Operaci provádíme zásadně z tříselného řezu. Uvolnění varlete ze šourku předchází vždy vypreparování cévní stopky vysoko v tříselném kanálu a její podchycení svorkou. Kde palpační nález na varleti nesvědčil jednoznačně pro nádor, provádíme ještě před podvazem cévní stopky jeho přímou kontrolu zrakem po otevření obalů, nebo incizí v podezřelém místě, pokud povrch varlete je normální. Tento postup umožňuje zodpovědné posouzení nálezu na varleti a provedení jediného správného léčebného výkonu — radikální orchidektomii. Nepovažujeme za nutné potvrzovat si nález rychlou biopsií z podezřelého místa po předcházejícím podchycení cévní stopky svorkou. Za zcela nepřijatelný považujeme odběr materiálu na histologické vyšetření z řezu na šourku a teprve po výsledku, za několik dnů, provádět orchidektomii. Operaci končíme palpační kontrolou uzlin podél ilických cév.

V době nutné ke zjištění přesné buněčné skladby nádoru a ke zhojení operační rány provádíme vyšetření, která nám zjistí rozsah onemocnění. Kontrolní stanovení hladiny markerů a rentgenová vyšetření nám buď přímo, nebo nepřímo ukáží postižení regionálních uzlin, nebo odhalí vzdálené metastázy. Doporučovanou vylučovací urografii, kavografii a lymfografii jsme nahradili v roce 1980 jediným vyšetřením — počítačovou tomografií. Jde o metodu, která nemocného nijak nezatěžuje, nevyžaduje žádnou přípravu a poměrně velmi přesně ukáže postižení retroperitoneálních uzlin a jejich vztah k okolním orgánům, především velkým cévám. Informuje nás o játrech i ledvinách. Její nedostatek je v tom, že není schopna odhalit mikroskopické postižení uzlin nádorem a odli-

šit jejich zánětlivé zvětšení od nádorového. I přesto je přínos CT i v této problematice značný [4].

Další léčebný postup je závislý od zjištění buněčného složení nádoru a rozsahu onemocnění. Byla vypracována a stále je používána celá řada histologických klasifikací. Pro praxi je dostačující zkrácená a přehledná klasifikace, kterou uvedl v roce 1973 Mostoffi [tab. 1]. Asi 95 % nádorů varlete má původ v buňkách zárodečného epitelu, zbytek tvoří vzácné nádory ze Sertoliho nebo Leydigových buněk a jiné [3, 5].

Podle UICC dělení na stadia není zatím u ZNV doporučováno. Přesto se však v praxi používá, takže se o něm stručně zmíním.

Tab. 1

Nádory s jediným buněčným typem
Seminom
Embryonální karcinom
Choriokarcinom
Teratom
Nádory s více než jedním buněčným typem
Embryonální karcinom + teratom
Embryonální karcinom + seminom
Seminom + teratom
Jiné kombinace

1. stadium: nádor omezený na varle, bez klinického průkazu postižení regionálních uzlin a metastáz;
2. stadium: nádor s klinicky prokázaným postižením regionálních uzlin;
3. stadium: přítomnost vzdálených metastáz.

V případě čistého seminomu, bez ohledu na klinické stadium nemoci, předáváme nemocného bez lymfadenektomie k dalšímu léčení na onkologické oddělení.

U neseminomových a smíšených nádorů se v 1. a 2. stadiu nemoci provádí oboustranná retroperitoneální lymfadenektomie. Histologické vyšetření získaných uzlin pak rozhoduje o dalším způsobu léčení. Nebylo-li zjištěno jejich nádorové postižení, je nemocný pouze dispenzarizován. Pokud je nález pozitivní, doplňuje se chirurgická léčba podáváním cytostatik. Ve 3. stadiu na orchidektomii navazuje cytostatická léčba. Lymfadenektomii indikujeme v některých případech až po jejím ukončení.

Výjimku z tohoto léčebného schématu dělá choriokarcinom. Protože je známá tendence tohoto nádoru metastazovat krevní cestou, neprovádíme lymfadenektomii.

Nemocní léčení pro nádorové onemocnění varlete vyžadují trvale pravidelné kontroly,

které řídí onkolog nebo urolog a spoluúčastní se na nich celá řada dalších odborníků.

Problematika diagnostiky, léčení a monitorování léčby ZNV je v současné době tak rozsáhlá, že je k dosažení co nejlepších léčebných výsledků nutná úzká spolupráce urologa s dalšími specialisty. Zcela neodmyslitelná je účast rentgenologa a patologa při diagnostice a zjišťování rozsahu nemoci, onkologa při léčbě, biochemika, imunologa a pracovníka RSA oddělení nukleární medicíny při monitorování výsledků chirurgické a onkologické léčby. V budoucnu budou jistě přizváni i další odborníci.

Závěrem se pokusím shrnout některá pravidla, jejichž dodržování na jednotlivých stupních vojenské zdravotnické služby by zkvalitnilo vyhledávání nemocných v počátečních stádiích onemocnění a tím podstatně zlepšilo dlouhodobé léčebné výsledky.

Při pravidelných preventivních lékařských prohlídkách nařízených vojenskými řády se zaměřit i na oblast šourku.

U každého podezřelého z onemocnění ZNV zabezpečit ihned odborné vyšetření.

Při pozitivním klinickém nálezů provést operační kontrolu varlete a při potvrzení diagnózy orchidektomií.

Neprovádět k ověření diagnózy odběr podezřelé tkáně na histologické vyšetření.

Po zjištění buněčné skladby nádoru zabezpečit u neseminomových a smíšených nádorů dokončení vyšetření a pokračování léčby na urologickém oddělení ÚVN.

Jen zavedením uvedených diagnostických a léčebných postupů a dodržováním všech pravidel aktivního vyhledávání nemocných se ZNV můžeme přispět ke zlepšení výsledků v léčbě i u tohoto závažného nádorového onemocnění mladých mužů a tím přispět ke splnění závěrů XVI. sjezdu KSČ v prohloubení péče o nemocné se zhoubnými nádory.

Souhrn

Autor ukazuje na závažnost problematiky zhoubných germinálních testikulárních nádorů v armádě. Uvádí současné moderní diagnostické a léčebné postupy. Při jejich uskutečňování zdůrazňuje význam týmové interdisciplinární spolupráce. Vytýčuje zásady postupu na jednotlivých stupních vojenské zdravotnické služby, které mají urychlit diagnostický proces a ujednotit léčení tak, aby výsledky v léčbě byly co nejlepší.

Literatura

1. BAŠE, J.: Komplexní léčba zhoubných nádorů varlat u dospělých. In: Supplementum Sborníku vědeckých prací LFUK v Hradci Králové, 23, 1980, č. 3, s. 219 až 223.
2. GROPP, C. - HAVEMANN, K.: Therapie maligner Hodentumoren. Z. Urol. Nephrol., 71, 1978, č. 9, s. 617 až 622.
3. HRADEC, E.: Dnešní stav urologické onkologie. Prakt. Lék., 57, 1977, č. 22, s. 796—805.
4. HUTSCHENREITER, G. - ALKEN, P. - SCHNEIDER, H.: The value of sonography and lymphography in the detection of retroperitoneal metastases in testicular tumors. J. Urol. (Baltimore), 122, 1979, č. 6, s. 766 až 769.
5. MOSTOFFI, F. K.: Testicular tumors: Epidemiologie, Etiologie and Pathologie Features. Cancer, 32, 1973, č. 5, s. 1186—1201.
6. ZVARA, V. - HORŇÁK, M.: Možnosti moderného léčebného postupu pri nádoroch testis v našich podmienkach. Rozhl. Chir., 55, 1976, s. 585—591.
7. ZVARA, V. - HORŇÁK, M.: Nádory testis — analýza klinického súboru z urologických oddelení SSR v rokoch 1965—1974. Informační zprávy Československé urologické společnosti, 18, 1975, č. 1—2, s. 74—76.
8. WEISSBACH, L. - VAHLENSIEK, W. - FIGGE, M. et al.: Diagnostik bei Hodentumoren. Urologe B, 20, 1980, č. 3, s. 106—112.

Klíčová slova: Zhoubné nádory varlete; Radikální orchidektomie; Buněčná skladba nádoru; Specifické proteiny „markery“.