

616.681-006.04-07

PROBLEMATIKA ČASNÉ DIAGNOSTIKY ZHOUBNÉHO NÁDORU VARLETE

Plk. doc. MUDr. Lubomír HYRŠL, CSc., MUDr. Petr JENKA
Urologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha
(náčelník: plk. doc. MUDr. L. HYRŠL, CSc.)

Zhoubné nádory varlete ze zárodečných buněk (dále ZNV) reprezentují v onkologii dospělých oblast, která je charakterizována velmi dobrými výsledky komplexní léčby (4). I u těchto nádorů však platí, že úplné vyléčení nemocných je tím pravděpodobnější, čím časnější stadium nemoci léčíme. Na urologická pracoviště však jsou stále odesíláni nemocní s pokročilým lokálním nálezem a vzdálenými metastázami (2, 4).

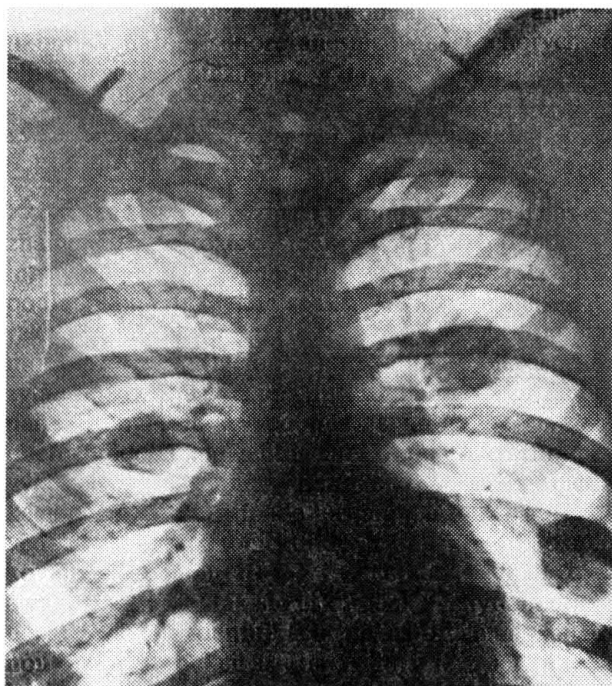
Ze časná diagnostika ZNV je pro další zlepšení léčebných výsledků v současné době problém velmi aktuální, dokazuje soubor nemocných léčených na urologickém oddělení ÚVN. Ze 140 nemocných se ZNV

přijatých v letech 1980–1988 bylo 39, tj. 27,9 %, ve stadiu IV TNM klasifikace z roku 1987 (3).

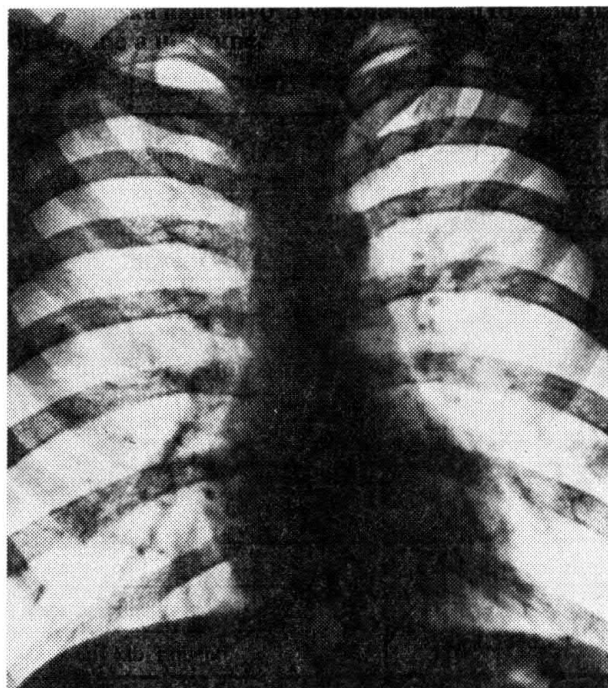
Proto jsme se rozhodli na 3 našich nemocných odeslaných k léčbě v pokročilém stadiu nemoci na tuto problematiku upozornit.

Kasuistika

J. S., 26letý voják z povolání byl asi 18 měsíců před přijetím na naše oddělení vyšetřen na chirurgické ambulanci vojenské nemocnice se zvětšeným, bolestivým varletem. Stav byl klasifikován jako zánět nad-



Obr. 1. Nemocný J. S., 26 let: Rtg snímek plic (6. 4. 1987 – při příjmu): v obou plicích křídlech jsou kulovité útvary o průměru 3 cm, hladkých okrajů – metastázy



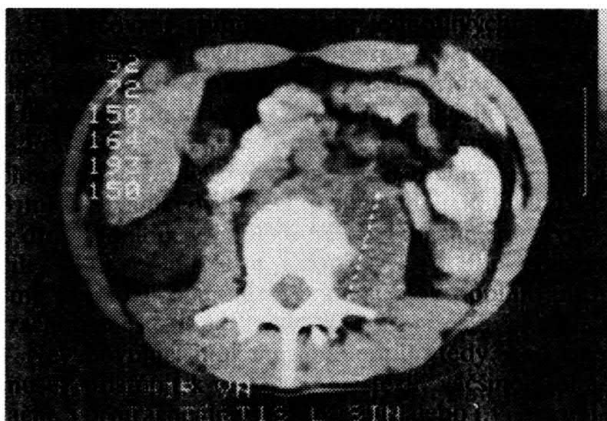
Obr. 2. Týž nemocný: Kontrolní rtg snímek (11. 8. 1987 – po 3 kúrách chemoterapie): plíce jsou čisté, bez ložiskových změn

varlete a tak léčen. Bolestivost ustoupila, rezistence na varleti však přetrvávala. Teprve po 18 měsících bylo pro nelepšící se nález provedeno ultrasonografické vyšetření šourku a nemocný byl s podezřením na nádor varlete odeslán na naše oddělení. Diagnózu ZNV jsme potvrdili. Při předoperačním vyšetření byly zjištěny mnohočetné metastázy v plicích (obr. 1). CT retroperitonea bylo bez patologického nálezu. Histologickým vyšetřením odstraněného varlete byl prokázán seminom se složkou embryonálního karcinomu. Ihned byla zahájena celková chemoterapie. Nádorové onemocnění dobře reagovalo na cytostatickou léčbu a po 7 cyklech chemoterapie došlo k normalizaci nálezu na plicích a nemocný je v současné době v kompletní remisi (obr. 2).

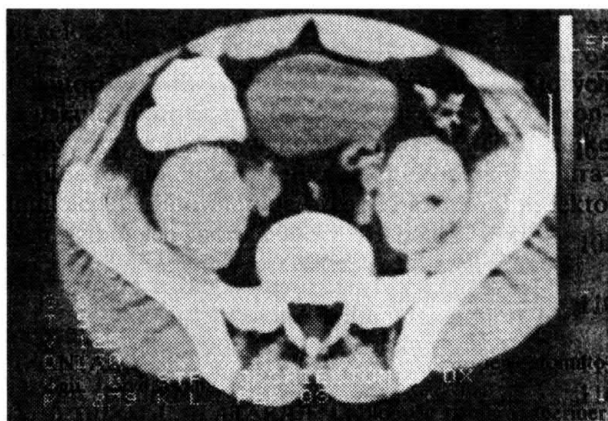
R. J., 20letý voják základní služby byl přijat na neurologické oddělení vojenské nemocnice pro klidové bolesti bederní páteře s propagací po zevní straně stehna až ke kolenu. Při periradikulografii bylo zjištěno zúžení durálního vaku v oblasti L 3 s patologickou zlomeninou tohoto obratle. Proto provedeno CT retroperitonea, kterým byl zjištěn tumorózní infiltrát levého psoatu destruující tělo L 3 (obr. 3, 4). Bylo vysloveno podezření na sarkom retroperitonea. Pro nález výrazně zvětšeného obsahu šourku ještě provedeno urologické vyšetření a nemocný s diagnózou nádoru varlete přeložen na naše oddělení. Při přijetí mělo levé varle rozměry 20×15×15 cm. Byla provedena vysoká inguinální orchiektomie. Histologicky byl zjištěn embryonální karcinom. Zahájena systémová chemoterapie. Po první kúře cytostatik byl nemocný přeložen letecky v sádrovém lůžku do zdravot-

nického zařízení v místě bydliště. Několik dnů po přeložení zemřel. Při přijetí na naše oddělení udával, že zvětšený šourek pozoruje asi 2 roky, z toho 18 měsíců vykonával vojenskou základní službu.

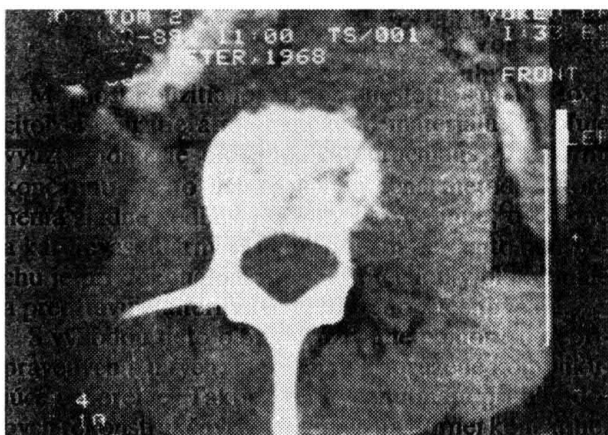
P. Z., 20letý voják základní služby byl léčen lékařem OÚNZ pro nebolestivé zvětšení varlete jako záneht nadvarlete. Pro nelepšící se nález byla chirurgem vojenské nemocnice provedena probatorní transskrotální excize z varlete. Teprve po histologickém vyšetření, které prokázalo teratokarcinom, týden po probatorní excizi, následovala inguinální orchiektomie. Po přeložení na naše oddělení neprokázalo komplexní vyšetření přítomnost metastáz a nemocný byl podle běžného schématu v pravidelných intervalech sledován. Asi po roce byla akutně provedena apendektomie na chirurgickém oddělení OÚNZ v místě bydliště. Pro přetrvávající bolesti v krajině pravé ledviny a teploty kolem 38 °C byl přeložen na naše oddělení. Při ultrasonografickém a CT vyšetření jsme zjistili expanzivní proces paravezikálně vpravo a dilataci dutého systému pravé ledviny. Uzliny v retroperitoneu nebyly zvětšeny (obr. 5). Byla provedena aspirační biopsie z výše popsaného infiltrátu, která zjistila metastázu původního nádoru varlete. Stav jsme hodnotili jako inoperabilní pro prorůstání do psoatu a nejasný vztah k ilickým cévám. K zabezpečení drenáže moči z pravé ledviny byl zaveden pig-tail katétr a zahájena chemoterapie. Po 4 sériích cytoterapie došlo k výrazné regresi nálezu a reziduum bylo operativně odstraněno (obr. 6). Histologické vyšetření již neprokázalo přítomnost maligních buněk a nemocný je v současné době v kompletní remisi.



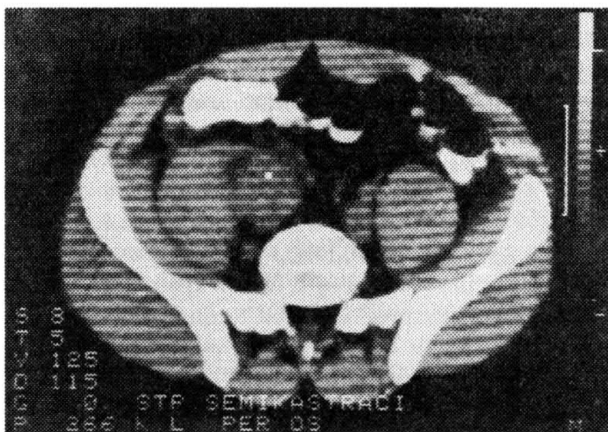
Obr. 3. Nemocný R. J., 20 let: CT retroperitonea (řez v úrovni L3): paravertebrálně vlevo je expanze 52×35 mm se známkami centrální nekrózy. Aorta je odtlačena ventrálně



Obr. 6. Týž nemocný: CT retroperitonea (stejná úroveň řezu – po 4 kúrách chemoterapie): kromě nerovných okrajů cévních struktur vpravo je nálezní normální



Obr. 4. Týž nemocný: CT retroperitonea (stejná úroveň řezu): zřetelná destrukce obratlového těla L 3



Obr. 5. Nemocný P. Z., 20 let: CT retroperitonea (řez v úrovni S2): m. psoas má nerovné mediální kontury, je rozšířený. Při jeho mediálním okraji je expanze denzity 35 j., o průměru 4 cm. Pánvní cévy vpravo nejsou diferencovatelné. Vlevo jsou zřetelné

Diskuse

Výsledky léčby ZNV na našem oddělení jsou plně srovnatelné s předními urologickými pracovišti v zahraničí i u nás. U pokročilých stadií nemoci je však léčení velmi složité, náročné, vyžadující značnou trpělivost od nemocného i ošetřujícího personálu. Časté jsou po této léčbě časné i pozdní komplikace a osud nemocného i při správném provádění léčby je nejistý (1, 2).

Při rozboru příčin pozdního zahájení odborné léčby u našich nemocných jsme zjistili, že největší počet z nich byl odeslán opožděně proto, že nemocný sám si včas nevšiml změn v šourku, nebo je zjistil a ze studu odkládal návštěvu lékaře, popřípadě je podceňoval. Menší část nemocných lékařů vyhledala, ale ten nemyslel na možnost ZNV a léčil je nejčastěji jako zánět.

Pokud chceme naše léčebné výsledky dále zlepšovat, musíme změnit dosavadní pasivní přístup k vyhledávání nemocných se ZNV na aktivní. To znamená využívat v plném rozsahu preventivních prohlídek, které jsou v ČSLA nařízeny příslušnými řády a předpisy. Nezastupitelnou úlohu v tomto smyslu mají lékaři prvního kontaktu – NZS útvarů.

Oblast šourku je lehce přístupná palpačnímu vyšetření. I zcela nezkušený lékař rozpozná patologický nálezní od normálního (2, 4, 5). Jakákoli nenormálnost jej pak musí vést k tomu, aby odeslal nemocného na odborné vyšetření. Toto jednoduché vyšetření se však často opomíjí, jak dokazuje celá řada nemocných z našeho souboru.

Při možnosti ultrasonografie by dnes již nemělo docházet k záměně ZNV za zánětlivé onemocnění. Konečnou diagnózu zánětu a jeho léčení má provádět vždy urolog. Tito nemocní pak musí být pod odbornou kontrolou až do úplného vyléčení, aby se případná chyba v diagnóze dala včas napravit.

Ještě bychom se zmínili o závažné chybě při diagnostice ZNV, se kterou se stále setkáváme na stupni

chirurgických pracovišť vojenských nemocnic. Jde o biopsii z podezřelého místa ve varleti k potvrzení jeho diagnózy. Tento postup je zcela nepřijatelný, protože vytváří podmínky pro rozsev nádoru a navíc mění a rozšiřuje regionální lymfatickou oblast. Tak vznikla metastáza v neobvyklé lokalizaci u jednoho z našich nemocných, která způsobila její pozdní zjištění i přes pečlivé, opakované sledování retroperitonea výpočetní tomografií. Podle našich zkušeností je možné prakticky vždy stanovit diagnózu z palpačního nálezu doplněného ultrasonografickým vyšetřením. Tam, kde ani pak není jistota, provedeme peroperační vyšetření varlete zrakem při podchycení jeho cévní stopce, které ihned při pozitivním nálezu sleduje orchiektomie.

Závěrem bychom chtěli zdůraznit, že další zlepšení léčebných výsledků ZNV není v současné době možné bez úzké spolupráce specializovaných pracovišť s NZS útvarů, která by měla sehrávat hlavní úlohu při aktivním vyhledávání všech nemocných se ZNV.

Souhrn

Autoři provedli rozbor 140 nemocných léčených v letech 1980–1988 na urologickém oddělení ÚVN se zhoubným nádorem varlete ze zárodečných buněk.

Zjistili, že 39, tj. 27,9 %, z nich bylo na léčení odesláno opožděně.

Na 3 kasuistických sděleních ukazují příčiny pozdního zahájení odborné léčby.

Zdůrazňují, že pokud chceme dále zlepšovat léčebné výsledky u těchto nemocných, je třeba změnit dosavadní pasivní přístup při jejich vyhledávání na aktivní. K tomu se musí plně využívat preventivní prohlídky.

Literatura

1. ABRAHÁMOVÁ, J. aj.: Problematika komplexní léčby testikulárních germinálních nádorů. Analýza 200 případů ošetřovaných na onkologické klinice v letech 1947 až 1978. In: Sborn. lék., 82, 1980, č. 8/9, s. 296–298.
2. ABRAHÁMOVÁ, J. aj.: Komplexní diagnostika a léčebný program u testikulárních germinálních nádorů. Prakt. Lék., 64, 1984, č. 3, s. 92–95.
3. HERMANEK, P.: Neue TNM/pTNM Klassifikation und Stadieneinteilung urologischer Tumoren. Urologie B, 26, 1986, č. 4, s. 193–197.
4. HYRŠL, L. – ABRAHÁMOVÁ, J.: Indikace retroperitoneální lymfadenektomie při komplexní léčbě zhoubných nádorů varlete. Rozhl. Chir., 67, 1988, č. 3, s. 206–211.
5. ZVARA, V. aj.: Diagnostika a léčba germinálních nádorů testis. Prakt. Lék., 63, 1983, č. 24, s. 901–904.

Klíčová slova: Zhoubný nádor varlete; Aktivní vyhledávání nemocných.