

Michał T. Tkocz, Mariusz M. Wróblewski, Magdalena A. Duda

MNOGIE PIERWOTNE NOWOTWORY UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO – RAK JASNOKOMÓRKOWY I NASIENIAK JĄDRA

Ze Szpitala im. prof. Emila Michałowskiego w Katowicach

Mnogie pierwotne nowotwory charakteryzują się jednoznacznością złośliwością, są odległe i wykluczona jest możliwość, że jeden nowotwór jest przerzutem drugiego. W pracy przedstawiono przypadek rzadkiego współistnienia raka jasnokomórkowego nerki i raka jądra. [Wiad Lek 2007; 60(3–4): 192–193]

Słowa kluczowe: mnogie pierwotne nowotwory, rak jasnokomórkowy, rak jądra.

Ogólnie akceptowaną definicją mnogich pierwotnych nowotworów jest zaproponowana w 1933 r. przez Warrena i Gatesa definicja mówiąca, że „każdy guz nowotworowy musi się charakteryzować jednoznaczny obrazem złośliwości, każdy guz powinien być odległy oraz musi być wykluczona możliwość, że jeden guz jest przerzutem drugiego” [1]. Ray i wsp. [2] wykazali, że 13,5% pacjentów z mnogimi zmianami nowotworowymi to chorzy z różnego pochodzenia nowotworami układu moczowo-płciowego. Badania nad mnogimi pierwotnymi nowotworami mają istotne znaczenie zarówno dla opracowań naukowych, jak i praktyki klinicznej. W dostępnym piśmiennictwie przedstawiono opracowania dotyczące współistnienia z rakiem nerkowokomórkowym innych pierwotnych nowotworów [2].

Autorzy przedstawiają pacjenta z rzadkim współistnieniem raka jasnokomórkowego nerki i nasieniaka jądra.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent S.W., lat 34 (nr hist. chor. 6057/04), został przyjęty na oddział urologiczny z potwierdzonym w badaniu ultrasonograficznym (USG) i tomograficznym (TK) guzem nerki lewej. Zmianę wykryto 2 tygodnie wcześniej na innym oddziale urologicznym podczas badania USG przed planowym zabiegiem usunięcia jądra lewego z powodu guza. Guz jądra pacjent wyczuł około 3 tygodni przed zgłoszeniem się po raz pierwszy do urologa. W badaniu USG moszny jądro prawe było normoechogeniczne, prawidłowego kształtu i wielkości; lewe jądro większe niż prawe z licznymi hipoechogenicznymi obszarami. W urografii stwierdzono cechy modelowania górnej grupy kielichowej nerki lewej. Markery alfafetoproteiny (AFP) i ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej (*human chorionic gonadotropin* – HCG) oznaczone przed zabiegiem wynosiły odpowiednio 1,57 IU/ml i 0,12 mIU/ml. Pacjenta operowano; jądro lewe usunięto poprzez kanał pachwinowy, histopatologicznie stwierdzono guz o wymiarach 45 x 22 mm

(*seminoma testis*), najądrze, osłonki, powrózek – stan normalny (T1 N0 Mx). W 5 i 10 dobie wartości AFP i HCG wynosiły 2,45 IU i 0,07 mIU/ml oraz 1,98 IU/ml i 0,02 mIU/ml.

W USG nerek po stronie prawej uwidoczniło się prawidłowo położoną, bez cech zastoju i złogów. W górnym biegunie nerki lewej, także położonej prawidłowo, wykryto dobrze odgraniczony kulisty guz średnicy 5 cm. W badaniu TK jamy brzusznej wykonanym techniką spiralną, warstwą grubości 10 mm po doustnym podaniu środka cieniującego (badanie podstawowe) oraz po dożylnym podaniu środka cieniującego stwierdzono: w obrębie grzbietowej części nerki lewej widoczną patologiczną strukturę średnicy 5 cm, modelującą układ kielichowo-miedniczkowy (UKM), przekraczającą granice nerki, penetrującą w kierunku struktur mięśniowych (mięśnia biodrowo-lędźwiowego i czworobocznego lędźwi). Granica między guzem a mięśniem czworobocznym lędźwi zatarta – cechy naciekania. Nerka lewa wydziela mocz cieniujący. Zmiana zlokalizowana jest w części górnej nerki. Nerka prawa w badaniu TK bez zmian. Nadnercza obustronnie bez cech patologii. Powiększonych węzłów chłonnych w okolicy głównych naczyń nie uwidoczniło się. Badanie radiologiczne klatki piersiowej nie wykazywało zmian.

Po przygotowaniu pacjenta operowano: cięciem lędźwiowym lewostronnym z dostępu tylnobocznego wykonano radykalną nefrektomię. Węzły chłonne okolicy wnęki nerki i dużych naczyń niebadalne. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. Badanie histopatologiczne nr 358096: guz średnicy 4,5 cm na przekroju złotawy, nadnercze o wymiarach 3 x 1,5 cm, makroskopowo bez zmian. Guz nerki – *Carcinoma Clarocellulare* G2.

Po konsultacji onkologicznej pacjenta zakwalifikowano do chemioterapii. Przed planowanym leczeniem choremu wykonano TK klatki piersiowej; w obrębie płuc i opłucnej nie stwierdzono zmian patologicznych. Choremu podano 1 kurs *karboplatyny*. Tolerancja leczenia dobra. Pacjent po zakończeniu terapii znajduje się pod stałą kontrolą onkologiczną i urologiczną.

OMÓWIENIE

Mnogie pierwotne nowotwory są coraz częściej obserwowane u pacjentów z nowotworami. U pacjenta z jednym nowotworem układu moczowego możliwe jest zwiększone ryzyko rozwoju innego nowotworu w układzie moczowo-płciowym i w innych narządach. Ryzyko rozwoju innego pierwotnego nowotworu u pacjentów z rakiem jasnokomórkowym nerki różni autorzy oceniają na 30–42% [1]. Najczęstszymi współistniejącymi nowotworami u pacjentów z rakiem nerki są nowotwory płuc, stercza, jelita grubego, pęcherza oraz chłoniaki nieziarnicze. Potwierdzone jest zwiększone ryzyko występowania raka jasnokomórkowego nerki u pacjentów z rakiem stercza i odwrotnie – zwiększone ryzyko występowania raka stercza u pacjentów z rakiem jasnokomórkowym nerki [3]. U pacjentów z rakiem brodawczakowatym nerki występuje zwiększone

ryzyko rozwoju raka pęcherza moczowego i raka stercza [4]. Może to mieć związek z zanieczyszczeniem środowiska, starzeniem się populacji, pewnymi genetycznymi predyspozycjami, nadmiernym spożywaniem tłuszczu, otyłością [5].

W leczeniu najlepszym rozwiązaniem byłoby leczenie obu nowotworów jednocześnie. Niestety w większości przypadków nie jest to możliwe, co zwykle wiąże się z koniecznością wykonywania osobnych cięć, dłuższym okresem znieczulenia, zwiększoną liczbą powikłań i wzrostem śmiertelności okołooperacyjnej. W związku z tym leczenie rozpoczyna się od zmiany bardziej agresywnej i po jego zakończeniu przystępuje się do leczenia drugiego nowotworu [5].

Należy podkreślić, że w trakcie diagnostyki pacjenta z chorobą nowotworową trzeba mieć na uwadze, że może on mieć również inny histologicznie nowotwór, dotyczący innego narządu.

Piśmiennictwo

- [1] Rabbani F, Grimaldi G, Russo P. Multiple primary malignancies in renal cell carcinoma. *J Urol* 1998; 160: 1255–1259. [2] Ray P, Sharifi R, Ortolano V, Guinan P. Involvement of the genitourinary system in multiple primary malignant neoplasms: a review. *J Clin Oncol* 1983; 1: 574–576. [3] Barocas DA, Rabbani F, Scherr DS, Vaughan ED Jr. A population-based study of renal cell carcinoma and prostate cancer in the same patients. *BJU Int* 2006; 97: 33–36. [4] Rabbani F, Reuter VE, Katz J, Russo P. Second primary malignancies associated with renal cell carcinoma: influence of histologic type. *Urology* 2000; 56: 399–403. [5] Mydlo JH, Agins JA, Donohoe J, Grob BM. A review of urologic cancer patients with multiple primary malignancies. *World J Urol* 2001; 19: 240–243.

Adres autorów: Michał Tkocz, Szpital im. prof. Emila Michałowskiego, ul. Strzelecka 9, 40-073 Katowice, e-mail: tkocz40@interia.pl

M. Tkocz, M. Wróblewski, M. Duda

MULTIPLE PRIMARY MALIGNANCIES OF THE GENITOURINARY TRACT – – RENAL CELL CARCINOMA AND SEMINOMA TESTIS

Summary

Multiple primary malignancies are tumors which present a definite picture of malignancy, each must be distinct and the possibility that one is a metastasis of another must be excluded. Authors present rare case of renal cancer associated with testicular cancer.

Key words: multiple primary malignancies, renal cell carcinoma, testicular cancer.