

P21/17

Referuje: MUDr. Markéta Kolečková

Klinické údaje: 62letý muž s námahovou i klidovou dušností, kašlem a recidivujícími pleurálními výpotky. Zobrazovacími metodami prokázán rozsáhle metastazující tumor neznámého primárního ložiska s bilaterálním, masivním postižením pleury více vpravo a generalizací do lymfatických uzlin mediastinálních, paraaortálních a skeletu. Pro suspektní pleurální origo tumoru bylo provedeno její opakované bioptické vyšetření a zahájena paliativní chemoterapie paklitaxelem a karboplatinou.

Makroskopický popis: Pravá plíce, hmotnosti 830g, a parietální pleura pravého hemithoraxu kompletně infiltrovány tumorem bělavé barvy, výrazně tuhé konzistence, se zesílením až na 22 mm v oblasti bránice. Difúzní pleurální a perikardiální adheze. Nádorová okluze truncus pulmonalis a arteriae pulmonales. Levá plíce hmotnosti 720g, ložiskově infiltrována tumorem obdobného vzhledu, bez srůstů. V kůře ledvin multifokálně patrna běložlutá ložiska okrouhlého tvaru, průměru 5 až 10 mm. Levá břišní paraaortální lymfatická uzlina velikosti 80x86x72 mm, na řezu setřená tumorem.

Mikroskopický popis: tukově vazivová tkáň s hyperplazií nervových vláken přecházející v nádorové struktury solidně alveolárního a tubulárního uspořádání, se středně intenzivní kulatobuněčnou zánětlivou celulizací v okolí. Nádorové buňky jsou polygonálního tvaru, kohezivní, se zvýšeným N/C poměrem ve prospěch jádra a makronukleoly. Některé z tubulů vykazují světlobuněčný vzhled. Mitotická aktivita je v daných vzorcích minimální.

Imunohistochemické vyšetření: CK18 pozitivní, androgenové receptory pozitivní v 90%, napsin A slabě pozitivní do 10%. Mezotelové markery D2-40, calretinin a CK5/6, dále TTF-1, CK7, CK20, CDX-2, CD10, PSA a CK-v jsou negativní.

Speciální vyšetření: Produkce mucinu ve speciálním barvení PAS a Alcianova modř neprokázána. V cytoplazmě nádorových buněk prokázán PAS-D negativní glykogen.

Diagnóza: Karcinom světlobuněčný metastatický, vs. renálního primárního origa.

Diferenciální diagnóza: Maligní mezoteliom pleury, adenokarcinom a spinocelulární karcinom plic se světlobuněčnou diferenciací, primární světlobuněčný karcinom plic.

Diskuze: Karcinom ledviny tvoří 2 až 3 % všech solidních nádorů dospělé populace, jehož průměrný věk výskytu je mezi 50 a 70 lety, s predominancí u mužského pohlaví (1, 2). Nejčastějším histologickým typem je světlobuněčný renální karcinom (RCC). Klinicky představuje tumor nepředvídatelného biologického chování s rezistencí k systémové terapii (3). U převažujících sporadických forem tohoto onemocnění se v 84% až 98% případů uplatňuje delece alely von Hippel-Lindau tumor supresorového genu. Pouze pro jeho 4% je charakteristický familiární výskyt (1). V době diagnózy bývá metastatický rozsev zjištěn u jedné třetiny nemocných (4). Generalizace do plic pak byla zaznamenána až u 75 % případů (5). V literatuře se setkáváme s kazuistikami pozdních metastáz RCC do plic u pacientů i 25

let po nefrektomii (6, 7). S případem generalizovaného RCC imitujícího stadium IV plicního karcinomu měl také zkušenost kolektiv autorů Griniatsos et al. (8). Rovněž u našeho pacienta klinický obraz svědčil pro primární plicní původ tumoru, imunohistochemie však tuto diagnózu vylučovala. Materiál byl následně konzultován s prof. MUDr. Hesem, PhD., který se také přiklonil k diagnóze metastazujícího renálního karcinomu. Při pitvě byla zjištěna infiltrace kůry obou ledvin bez typického obrazu uzlovitého renálního tumoru, jak jej běžně známe. Mohli bychom tedy tento případ považovat za jeden z případů metastazujícího renálního karcinomu bez primárního renálního origa, jež jsou sporadicky publikovány. Teorií vzniku existuje několik. Může se jednat buď o projev spontánní regrese přítomného primárního renálního ložiska nebo o vývoj tumoru v ektopické tkáni ledviny a generalizace z ní či, a to vzhledem k malé velikosti lézí, selhání užitých detekčních modalit.

Reference:

1. Ronald M Bukowski. Metastatic clear cell carcinoma of the kidney: therapeutic role of bevacizumab. *Cancer Manag Res.* 2010; 2: 83–96.
2. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, et al. (Eds.) SEER Cancer Statistics Review, 1973–1997. Bethesda, Maryland: National Cancer Institute, 2000.
3. Shaheen PE, Bukowski RM. Targeted therapy for renal cell carcinoma: a new therapeutic paradigm. *Cancer Invest.* 2006 Oct; 24(6): 640-656.
4. Beneš P. Metastazující karcinom ledviny – současné možnosti léčby. *Klin Farmakol Farm* 2010; 24(1): 38–46
5. Maldazys JD, deKernion JB. Prognostic factors in metastatic renal carcinoma. *J Urol* 1986; 136: 376–379
6. Shiono S, Yoshida J, Nishimura M et al. Late pulmonary metastasis of renal cell carcinoma resected 25 years after nephrectomy. *Jpn J Clin Oncol.* 2004 Jan;34(1):46-9.
7. Fattahi Masoum SH, Feizzdeh KB, Goreifi A. Pulmonary and chest wall metastasectomy in urogenital tumors: a single center experience and review of literature. *Nephrourol Mon.* 2014 May 3; 6(3): e17258.
8. Griniatsos J, Michail PO, Menenakos C et al. Metastatic renal clear cell carcinoma mimicking stage IV lung cancer. *Int Urol Nephrol.* 2003; 35(1): 15-17.
9. Kumar RM, Aziz T, Jamshaid H at al. Metastatic renal cell carcinoma without evidence of a primary renal tumour. *Curr Oncol*, Vol. 21, pp. e521-524.