

СЛУЧАЈНИ НАЛАЗ МАЛИГНОГ ЦИСТИЧНОГ ТУМОРА БУБРЕГА ДИЈАГНОСТИКОВАН УЛТРАЗВУКОМ

Милан СТОЈАНОВИЋ¹, Бранислав ГОЛДНЕР²

¹Дом здравља „Др Ника Лабовић”, Беране, Црна Гора;

²Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод Малигни цистични тумор бубрега је редак облик малигнух тумора. Настаје цистичном дегенерацијом солидног тумора после унутартуморског крварења, некрозе и коликвације, или папиларном пролиферацијом у обичној цисти. Због таквог патоанатомског супстрата, малигни цистични тумор бубрега има типичну ултразвучну слику и важно га је разликовати од бенигне цисте.

Приказ болесника Код жене старе 59 година при прегледу гинеколошких органа ултразвуком је откривена циста у десном бубрегу и препоручено јој је да се јавља на редовне контролне прегледе. Уплашена пацијенткиња се одмах подвргла поновном ултразвучном прегледу код радиолога, када је откривен цистични малигни тумор у горњој трећини десног бубрега. Упућена је на преглед компјутеризованом томографијом (СТ), а резултати су потврдили ултразвучни налаз. Обављена је нефректомија десног бубрега на Уролошком одељењу Клиничког центра у Подгорици. Хистопатолошки налаз је гласио: *Adenocarcinoma cystica renis dex.*

Закључак Од пресудне је важности да се свака цистична промена у бубрегу детаљно и пажљиво прегледа ултразвуком, јер се у наизглед „простој” цисти може кријати малигни тумор.

Кључне речи: ултразвук; циста; малигни цистични тумор бубрега

УВОД

Малигни тумори бубрега најчешће потичу из његовог паренхима – епитела сабирних каналића (аденокарциноми) и, у односу на остале туморе реналног порекла, заступљени су са 83-85% [1, 2]. Мањи број тумора има исходиште у везивном ткиву кортекса и капсуле бубрега: фибросаркоми, рабдомиосаркоми, липосаркоми, лејомиосарком [1, 3]. Према подацима студија које су обухватиле велики број испитаника, малигни тумори паренхима бубрега чине 3% малигнома код одраслих људи, а у поређењу са другим малигним болестима, заузимају тринаесто место. Јављају се у сваком животном добу, најчешће у првој деценији (нефробластом, Вилмсов тумор), шестој и седмој деценији (аденокарцином) и чешће код особа мушког пола [1]. Клиничке манифестације малигнух тумора бубрега су разноврсне (паранеопластични синдром), а врло често и нетипичне. Класични клинички тријас – хематурија, бол и палпабилна туморска маса у абдомену – јавља се код 3% болесника и одговара одмаклом стадијуму болести [1, 3].

Малигни тумори бубрега су најчешће чврсте грађе и веома прокрвљени. Међутим, постоје и хиповаскуларни и аваскуларни тумори, а њихова учесталост је 10-26%. Узроци хиповаскуларности тумора су: тромбоза туморских вена, унутартуморско крварење, некроза и коликвација у тумору. Због неуједначеног развоја неоваскуларне мреже у централном и периферном делу тумора, некроза обично захвата средишњи део тумора, док периферни дуго задржава хиперваскуларност [1-3].

До увођења ултразвука и компјутеризоване томографије (СТ) као визуелизационих метода дијагностике, Легер је до 1960. године из светске литературе сакупио око 60 описа случајева цистичних тумора бубрега [1]. Саобразно патоанатомским променама насталим у тумору, могуће је при ултразвучном и СТ прегледу дијагностиковати малигне цистичне туморе бубрега. Према скорашњим подацима из литературе, код чак 15-26% малигнух тумора бубрега откривају се његови цистични облици [4-6]. Ови се тумори јављају као унилокуларни (50%), мултилокуларни (30%) или са приздним чвором туморског раста у већ постојећој цисти (20%) [6, 7].

ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Болесница стара 59 година, домаћица из сеоског насеља општине Андријевица, дошла је на контролни преглед бубрега ултразвуком после откривене „цистичне формације” у десном бубрегу при гинеколошком ултразвучном прегледу. Болесница је била доброг општег стања и без уролошких тегоба. Имала је повишен артеријски притисак (180/110 mm Hg) и била пушач двадесет година. Стандардни лабораторијски налази крви и урина нису показали значајна одступања од референтних вредности. Засејане подлоге уринокултуре остале су стерилне.

При ултразвучном прегледу органа горњег абдомена и бубрега, у горњој трећини десног бубрега се издвојила неехогена циста величине 8,0×7,2 cm, у чијој горњој трећини и дуж рубова се налазио ехогени ту-

морски садржај (Слике 1, 2а и 2б). На основу ултразвучног налаза постављена је дијагноза малигног цистичног тумора десног бубрега, с којом је болесница упућена на додатно СТ испитивање у Општој болници у Бијелом Пољу. На нативној и контрастној СТ серији пресека од 7 mm уочен је цистични, експанзивни хиподензни тумор у горњој трећини десног бубрега, који показује неравномерно рубно појачање густине после интравенске примене контрастног средства (Слика 3). Налаз СТ потврдио је ултразвучно постављену дијагнозу цистично дегенерисаног малигног тумора бубрега, па је болесница упућена на Уролошко одељење Клиничког центра у Подгорици, где је урађена радикална десна нефректомија. Патохистолошки налаз је гласио: *Cystic adenocarcinoma renis dex* (G1 – Fuhrman, Stadijum T2 – Robson I).

ДИСКУСИЈА

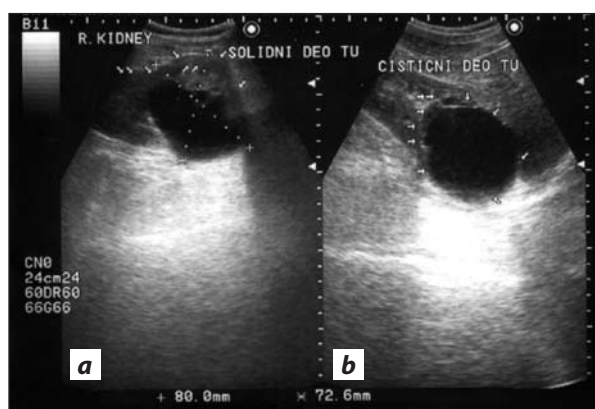
Малигни цистични тумори бубрега су редак облик тумора бубрега и најчешће се дијагностикују случајно, током ултразвучног и СТ прегледа органа горњег абдомена и бубрега [3, 6, 7]. Први опис малигну цистичних тумора бубрега дао је Бусер 1930. године [1].

Правилно обављен преглед бубрега ултразвуком из неколико равни и правовремено упућивање болесника на додатна дијагностичка испитивања веома су важни за даље надгледање болесника с променама које не задовољавају ултразвучне критеријуме за једноставну цисту [8-10]. Једноставна циста је бенигни тумор конгениталног или стеченог порекла. На ултразвучном налазу се приказује као оштро ограничена кружна промена глатких контура спољњег и унутрашњег зида, испуњена течним садржајем без одјека (неехогена), због чега се иза ње добија појачање одјека. На СТ пресецима једноставна циста је правилног



СЛИКА 1. Ултразвучни налаз цисте са солидним – хипоехогеним (стрелице) и течним – неехогеним садржајем у горњем полу десног бубрега. Постериорно појачање одјека потиче од цистичног дела тумора. Цистични карцином бубрега.

FIGURE 1. Sonogram reveals complex solid-hypoechoic mass (arrows) and cystic-anechoic content in the upper pole of the right kidney. Posterior acoustic enhancement associated with cystic portion of tumour. Cystic renal cell carcinoma.



СЛИКА 2. Солидни део тумора (а). Цистични део тумора (б).

FIGURE 2. Solid part of the tumour (a). Cystic portion of the tumour (b).



СЛИКА 3. СТ снимак бубрега после интравенске примене контрастног средства: експанзивни солидни тумор у цисти с умереним хетерогеним појачањем густине у периферном делу тумора.

FIGURE 3. CT scan of the kidney obtained after injection of contrast material: an expansive solid tumour in the cystic cavity with moderate heterogeneous enhancement of tumor periphery.

облика, оштрих контура, густе течности (највише 15 HU) и без садржаја контрастног средства после његове интравенске примене [9].

Нетипичне цисте бубрега одступају од критеријума за једноставну цисту. То су цисте компликоване инфекцијом, крварењем или растом тумора, а могу бити: септиране – мултилокуларне, задебљаних, неправилних и колабрираних зидова, хипоехогене или хетероехогене. Цисте компликоване инфекцијом – инфламмиране цисте (супкортексне, интрапаренхимске и парапијеличне) оштрих су контура, напетих зидова, испуњене ехогеним садржајем (гној или детритусне честице) које стварају одјеке сличне одјецима од меког ткива. Ове цисте обично нарушавају контуре бубрега и врше притисак на карлични систем [3, 7].

Хеморагичне цисте су такође диференцијалнодијагностички значајне, а настају услед крварења у зиду или због инфаркције и коликвације ткива бубрега. Око 5% циста садржи хеморагичну течност [11].

Пролиферативне цисте су хетероехогене, са течним неехогеним или хипоехогеним садржајем, у којој с једног од зидова цисте проминара ехогена структу-

ра која припада некротичном тумору у коликвазији или тумору с унутарцистичним растом [2, 3, 11].

Дермоидне цисте, иако ретке у бубрегу, такође се разматрају у диференцијалној дијагнози. Њихов зид је саграђен од везивног ткива, а с унутрашње стране је обложен епителом са лојним жлездама. Оне су испуњене беличастим сирастим садржајем, у којем се налазе длаке, зуби, хрскавично, костно ткиво и друга ткива [5].

Калцификоване цисте су такође диференцијално дијагностички значајне. Могу бити бенигне и малигне. Некада солитарне цисте имају калцификован зид делимично или дуж целог свог обода.

Ехинококне цисте у бубрегу дају обично „крпасте“ калцификације у зиду и најчешће су праћене налазом ехинококних циста у плућима и јетри.

Малигни цистични тумори, због калцијумових депозита у капсули, могу имати сонографски изглед бенигне калцификоване цисте чији пречник може бити дужи и од 10 *cm*. Развој ових тумора тече веома споро, а прогноза је боља него код аденокарцинома бубрега [5, 11].

Вишеструке цисте бубрега се јављају код болесника са слабошћу бубрега који се лече дијализом, од којих неке могу бити и малигне природе [12]. Оне се такође могу дијагностиковати код болесника с туберозном склерозом или Фон Хипел-Ландауовим (*Von Hippel-Landau*) синдромом [7].

Разноликост могућих цистичних промена у бубрезима нагнало је Боснијака (*Bosniak*) [8] да све цистичне лезије бубрега разврста у четири категорије према *СТ* налазу. Некомпликоване цисте су сврстане у категорију 1, одликују се глатким зидом и хиподензним садржајем (мањи од 20 *HU*), а није их потребно посебно надгледати. Цисте категорије 2 (најчешће бенигне природе) одликују следеће особине: хомогена атенуација нативно, без постконтрастног појачања густине разлика атенуације мања је од 10 *HU*; пречник је мањи од 3 *cm*; мање од једне трећине ткива пролази ван бубрега; има оштре и глатке контуре; могућа претходна инфекција. Контрола ових цистичних промена требало би да буде свака три месеца, сваких шест и 12 месеци. Цисте категорије 3 (могући малигнитет) одликује следеће: један од четири критеријума у категорији 2 не одговара (неправилно задебљани зидови или цистичне септе са постконтрастним појачањем густине или без њега, грубе неправилне калцификације, нодуларна маса без постконтрастног појачања густине). Избор лечења је ресекција, јер 50% циста ове категорије може да се трансформише у малигни тумор. Цисте категорије 4 (најчешће малигнитет) одликује: налаз солидне унутарцистичне компоненте без обзира на то колико је мало постконтрастно појачање густине; неправилне и неоштре контуре цисте. Избор у лечењу је нефректомија.

При ултразвучном прегледу малигне цисте издваја се туморски од течног унутрашњег садржаја. Теч-

ност је ехогена, гушћа, са дифузним, финим, ситним одјецима у виду талоба или неправилних трака и мрља са појачањем одјека иза цисте. Зидови цисте су неједнаке дебљине, негде прекинути, а унутрашња контура је неправилна. Унутрашњи рубови цисте су задебљали, неправилни, неравни (назубљени), а течан садржај је с одјецима. Најчешће је унутрашња контура назубљена од остатака некротичког малигног ткива. Сличну слику на ултразвук може дати редак облик цистоликог карцинома бубрега, тзв. папиларни цистаденокарцином [3, 5].

Када нека цистолика промена не показује кардиналне знаке просте цисте (неехоген садржај, танки зидови са правилном унутрашњом контуром и дистално појачање одјека), треба урадити *СТ* преглед у танким пресецима пре и после примене контрастног средства. Најпоузданији дијагностички поступак је пункција уз контролу преко ултразвука или *СТ*. Малигне цисте садрже мутну крваву течност с великом концентрацијом липида, протеина и лактат-дехидрогеназе (*LDH*). Једини поуздани доказ малигнитета је налаз малигну хелија у аспирационој течности. Налаз ацелуларног дебриса и изостанак малигну хелија указују на бенигну хеморагичну цисту [3, 6, 11].

Диференцијалнодијагностички са цистичним туморима бубрега у обзир долазе свежи посттрауматски хематоми и локализоване запаљењске промене: апсцес, карбункул и упаљене цисте бубрега [3, 6]. Неопходан је пажљив и детаљан преглед ултразвуком сваке цистичне промене у бубрегу. Висока осетљивост и специфичност, као и обиље информација које пружа неинвазивни ултразвучни поступак, требало би да буду полазни метод у алгоритму дијагностичких поступака.

ЛИТЕРАТУРА

1. Nikolić J, Mičić S. Tumori urogenitalnih organa. Beograd: Medicinska knjiga; 2005.
2. Lukač I, Kovačević N, Mijatović-Stefanović D, Dobrosavljević-Kovačević M. Dijagnostički ultrazvuk u gastroenterologiji i nefrologiji. Beograd: Dunaj; 1994. p.216-226.
3. Lišanin LJ. Tumori bubrega. In: Marković A, editor. Ultrazvuk u medicini. Beograd: Elit Medica; 1997. p.405-414.
4. Bates J. Abdominal Ultrasound. Sydney – Toronto: Elsevier; 2004.
5. Middleton DW, Kurtz SP. Ultrasound of the Urogenital Sistem. Stuttgart – New York: Thieme; 2006.
6. Parienty RA, Pradel J, Pareienty I. Cystic renal cancers: CT characteristics. Radiology 1985; 157:741-4.
7. Semnic R. CT toraksa i abdomena. Novi Sad: Institut za onkologiju Sremska Kamenica; 2005. p.203-207.
8. Bosniak MA. Difficulties in classifying cystic lesions of the kidney. Urol Radiol 1991; 13:91-3.
9. Curry NS. Cystic renal masses: Accurate Bosniak classification requires adequate renal CT. AJR 2000; 175:339-42.
10. Zagoria RJ, Bechtold RE, Dzer RB. Staging of renal adenocarcinoma: role of various imaging procedures. AJR 1995; 164:363-70.
11. Baxter MG, Kurtz BA, Hertzberg SA. Ultrasound Cystae. Stuttgart – New York: Thieme; 2006.
12. Levine E. Renal cell carcinoma in uremic acquired renal cystic disease: incidence, detection, and management. Urol Radiol 1992; 13:203-11.

INCIDENTAL FINDING OF MALIGNANT RENAL CYSTIC TUMOUR DIAGNOSED SONOGRAPHICALLY

Milan STOJANOVIĆ¹, Branislav GOLDNER²

¹Health Centre "Dr Nika Labović", Berane, Montenegro; ²School of Medicine, Belgrade

INTRODUCTION Malignant cystic renal tumour is a rare variant of renal malignancy. Cystic neoplasm results from haemorrhage, necrosis and colliquation of a solid tumour or tumour occurring within the wall of a cyst. That pathoanatomic substratum reflects characteristic sonographic features indicating its malignant nature. It is important to distinguish a simple cyst (not requiring surgery) from intracystic malignant lesion because it requires surgery.

CASE OUTLINE The authors present a 59-year-old woman with a sonographic finding of a simple cyst in the upper pole of the right kidney revealed during gynaecological ultrasonography. Immediately afterwards, the radiologist performed renal sonography and its finding was a cystic lesion suggestive of malignancy. Further evaluation by CT scan

showed that the lesion was clearly malignant. After surgery, the histological finding verified cystic renal cancer.

CONCLUSION Ultrasonography may reveal a complex cyst and solid mass but requires an experienced sonographer. Contrast CT scan would be performed to examine the "suspicious" lesion because it clearly shows if a cystic lesion is benign or malignant.

Key words: ultrasound; cyst; malignant cystic renal tumour

Branislav GOLDNER
Gočka 4, 11192 Beograd
Tel.: 011 2321 777
E-mail: goldy@ptt.yu