

Złośliwe nowotwory najądrza występują bardzo rzadko. Dotychczas opisano 24 przypadki gruczolakoraka najądrza. Niniejsza praca jest prezentacją przypadku pacjenta z gruczolakorakiem najądrza z przerzutami do węzłów chłonnych zaotrzewnowych. Dokonano także przeglądu dostępnego w bazie MEDLINE piśmiennictwa.

Słowa kluczowe: gruczolakorak, najądrze, przerzuty.

Malignant neoplasms of the epididymis are very rare. The authors have found 24 cases of adenocarcinoma of the epididymis in the literature. The paper is a presentation of the case of adenocarcinoma of the epididymis. The authors have done review of the literature available in the MEDLINE.

Key words: Adenocarcinoma, epididymis, metastases.

Gruczolakorak najądrza u dorosłego – opis przypadku

An adult with adenocarcinoma of the epididymis

– a case report

Piotr Marczyński, Beata Paluchowska, Paweł Wiechno, Grzegorz Madej

Klinika Nowotworów Układu Moczowego Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

WSTĘP

Nowotwory najądrza występują bardzo rzadko. Wśród nowotworów złośliwych z najądrza mogą wywodzić się: międzybłoniak *mesothelioma*, mięsak mięśni poprzecznie prążkowanych *rhabdomyosarcoma*, mięsak mięśni gładkich *leiomyosarcoma*, włóknakiomięsak *fibrosarcoma*, inne rzadsze mięsaki oraz gruczolakorak *adenocarcinoma* [1]. Opisany przypadek dotyczy 56-letniego mężczyzny z histologicznie potwierdzonym gruczolakorakiem najądrza. W dostępnym piśmiennictwie znaleźliśmy tylko 24 opisane przypadki wystąpienia tego nowotworu [2-9].

OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna, lat 54, od listopada 1994 roku obserwował niebolesne zgrubienie w mosznie w okolicy prawego najądrza. W dniu 24 II 1995 roku w oddziale chirurgicznym szpitala w Łukowie usunięto drogą moshnową zmienione guzowato najądrze. W badaniu histopatologicznym materiału pooperacyjnego stwierdzono nowotwór o budowie gruczolakoraka torbielowatego *cystadenocarcinoma*. W wykonanych badaniach dodatkowych – radiogram klatki piersiowej i badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej – nie znaleziono przerzutów nowotworu. Można przypuszczać, że pierwotnie choroba była ograniczona do najądrza. Nie prowadzono dalszej diagnostyki ani leczenia.

Chory zgłosił się do szpitala w Siedlcach 27 IV 1995 roku z powodu bólu w podbrzuszu i lewej pachwinie. W wykonanym badaniu ultrasonograficznym jąder nie stwierdzono odchyień od stanu prawidłowego, poza żyłkami powrózka nasiennego i brakiem prawego najądrza. Badanie USG jamy brzusznej uwidocznilo obecność hypoechogenicznego obszaru o wymiarach 93x47x38 mm w okolicy przykregostupowej, sięgającej od rozwidlenia aorty do prawej tętnicy nerkowej.

Od 4 V 1995 roku chory był pod opieką Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie, gdzie potwierdzono rozpoznanie histologiczne gruczolakoraka torbielowatego najądrza *cystadenocarcinoma epididymis* w stopniu złośliwości

histologicznej G2. W wykonanej tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy uwidocznił pakiet powiększonych węzłów chłonnych o wymiarach 50x50x90 mm, leżący przykregostupowo pomiędzy dolnym biegunem prawej nerki a naczyniami biodrowymi i obejmujący duże naczynia. Oznaczono poziom biologicznych markerów nowotworowych: alfafetoproteiny, gonadotropiny kosmowej i antygenu rakowo-ładowego, stwierdzając podwyższenie CEA do 10 ng/ml (norma: do 3,2 ng/ml).

Ze względu na naciekanie dużych naczyń krwionośnych i rozmiar guza chorego zdyskwalifikowano od leczenia chirurgicznego i radioterapii. Wobec braku przyjętego powszechnie programu leczenia dla tego nowotworu, podjęto próbę chemioterapii dwulekowej, złożonej z cisplatyny (100 mg/m² pow. ciała podawanej przez 3 dni) i cyklofosfamidu (800 mg/m² pow. ciała 1. dnia kursu), podawanych co 21 dni. W okresie od 29 V 1995 r. do 7 VII 1995 r. podano 2 takie kursy. Chory tolerował leczenie dość dobrze. Utrzymywał się podwyższony poziom parametrów nerkowych z powodu zastoiny w układzie kielichowo-miedniczkowym nerki prawej oraz niedokrwistość. Nasiliły się objawy bólowe, co wymagało włączenia morfiny. Trzeciego kursu chemioterapii nie podano z powodu znacznego pogorszenia się stanu ogólnego chorego oraz wystąpienia zapalenia żył głębokich kończyny dolnej prawej i objawów krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Na podstawie badania ultrasonograficznego jamy brzusznej stwierdzono progresję zmian nowotworowych pod postacią wzrostu pakietu węzłów chłonnych w okolicy zaotrzewnowej i przerzutu do głowy trzustki. Po przetoczeniu masy erytrocytarnej i zastosowaniu leczenia przeciwwzapalnego i przeciwkrzepliwego uzyskano poprawę stanu klinicznego chorego.

Z uwagi na progresję choroby nowotworowej, postępujące wyniszczenie chorego i współistniejące powikłania zakończono dotychczasową chemioterapię i odstąpiono od planowanej radioterapii. Dalsze leczenie objawowe prowadzono w rejonie. Dnia 31 VIII 1995 roku chory zmarł w szpitalu w Łukowie.

DYSKUSJA

Gruczolakorak najądrza należy do niezwykle rzadkich nowotworów. Do chwili obecnej opisano na świecie, zgodnie z piśmiennictwem dostępnym w bazie MEDLINE, 24 przypadki tego nowotworu. Wiek pacjentów z rozpoznany gruczolakorakiem najądrza mieścił się w granicach od 5 do 82 lat (średnio 49 lat). Na 24 przypadki – w 15 występowały zmiany przerzutowe. Zlokalizowane one były głównie w przestrzeni zaotrzewnowej. Siedmiu chorych zmarło z powodu postępu procesu nowotworowego. Czas obserwacji wyniósł od 1 miesiąca do 20 lat (mediana 12 miesięcy).

Do chwili obecnej brak jest wskazań dotyczących leczenia innego niż hemikastracja u chorych z gruczolakorakiem ograniczonym do najądrza. Można przypuszczać, że część chorych, z chorobą ograniczoną do najądrza mogłaby odnieść korzyść z pierwotnej limfadenektomii zaotrzewnowej.

U opisywanego chorego brak wyjściowej tomografii komputerowej jamy brzusznej nie pozwala na jednoznaczne określenie stopnia zaawansowania klinicznego w chwili rozpoczęcia leczenia. Badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej można uznać za zbyt mało czułe do oceny układu zaotrzewnowych węzłów chłonnych, które są regionalnymi węzłami chłonnymi najądrza. U chorego, który prawdopodobnie był wyjściowo w I stopniu zaawansowania klinicznego nie wykonano radykalnej orchidektomii, jak również nie uzupełniono leczenia limfadenektomią zaotrzewnową.

Nie jest znany sposób leczenia chorych z przerzutami gruczolakoraka najądrza. Wydaje się, że część chorych z przerzutami ograniczonymi do regionalnych węzłów chłonnych może odnieść korzyść z limfadenektomii. U opisywanego chorego odstąpiono od leczenia operacyjnego uznając opisywane w tomografii komputerowej zmiany za nieoperacyjne. Nie podjęto również próby radioterapii z powodu znacznych rozmiarów guza, oraz nieznannej wrażliwości nowotworu na promieniowanie jonizujące. Podjęta próba chemioterapii zakończyła się niepowodzeniem. Naszym zdaniem, jedyną skuteczną, z dotychczas stosowanych metod leczenia gruczolakoraka najądrza jest leczenie chirurgiczne. Najbardziej właściwym wydaje się być usunięcie najądrza wraz z jądrem, powrózkiem nasiennym oraz regionalnym układem węzłów chłonnych.

7. Naves-Netto E.: *A case of primary adenocarcinoma of the epididymis*. J. Urol. Nephrol. (Paris), 78: 829-32, 1972 Oct.-Nov.
8. Faysal M. H., Strefling A., Kosek J. C.: *Epididymal neoplasms: a case report and review*. J. Urol., 129: 843-4, 1983 Apr.
9. Kher M. M., Kherdekar M. S., Grover S., Sharma K. D.: *Carcinoma of epididymis - report of a case*. Indian. J. Cancer, 10: 475-8, 1973 Dec.

ADRES DO KORESPONDENCJI

lek. med. **Piotr Marczyński**
 Klinika Nowotworów Układu Moczowego
 Centrum Onkologii
 – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie
 ul. W. Roentgena 5
 02-781 Warszawa

PIŚMIENNICTWO

1. Srigley J. R., Warren J., Hardwick J.: *Tumors and Cysts of the Paratesticular Region*. Pathol. Annu. 25 (2): 51-107, 1990.
2. Warner K. E., Noyes D. T., Ross J. S.: *Cyst of the tunica albuginea testis: A report of 3 cases with a review of the literature*. J. Urol. 132: 131, 1984.
3. Soderstrom J., Leidberg C-F: *Malignant „adenomatoid” tumor of the epididymis*. Acta. Pathol. Micobiol. Scand. 67: 165, 1966.
4. Fisher E. R., Kleiger H.: *Epididymal carcinoma (malignant adenomatoid tumor, mesonehric, mesodermal carcinoma of epididymis)*. J. Urol. 95: 568, 1966.
5. Salm R.: *Papillary carcinoma of the epididymis*. J. Pathol. 97: 253, 1969.
6. Kurihara K., Oka A., Mannami M., Iwata Y.: *Papillary adenocarcinoma of the epididymis*. Acta. Pathol. Jpn. 43: 420-3, 1993 Jul.-Aug.