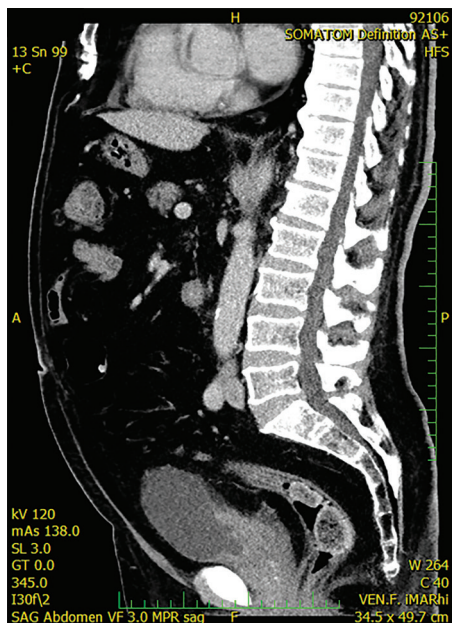
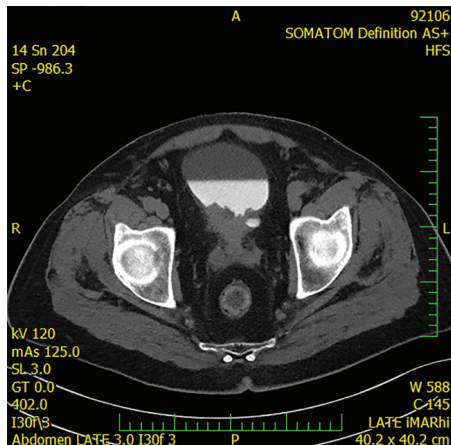


**Obr. 1.** CT vyšetření (sagitální řez) – tumor zaujímá bazi a zadní stěnu močového měchýře, infiltruje prostatu



ve sliznici i svalovině. Imunohistochemická analýza prokázala expresi CDX-2 (Obr. 3) a CK20 (Obr. 4). Výsledky odběrů krevních onkomarkerů (CA 19-9, CA 125, AFP a CEA) nenasvědčovaly pro jinou primární malignitu. Vzhledem k tomuto nálezu byla po onkologickém konziliu doporučena laparoskopická radikální cystoprostatektomie s pánevní lymfadenektomií s derivací dle Bricker. Při histologickém vyšetření preparátu byla popsána infiltrace prostaty, semenných váčků, chámovodů a měkkých tkání okolí močového měchýře- pT4a, lymfatické uzliny byly negativní (pN0). Karcinom také ojediněle zasahoval do okrajů resekce (R1). Pooperační průběh byl u pacienta komplikován rupturou rektosigmoidea s nutností chirurgické revize se

**Obr. 2.** CT vyšetření (transverzální řez) – tumor zaujímá bazi a zadní stěnu močového měchýře, infiltruje prostatu



založením kolostomie, následně se rozvinul septický stav. Tyto komplikace byly postupně zvládnuty antibiotickou a podpůrnou terapií na urologické JIP.

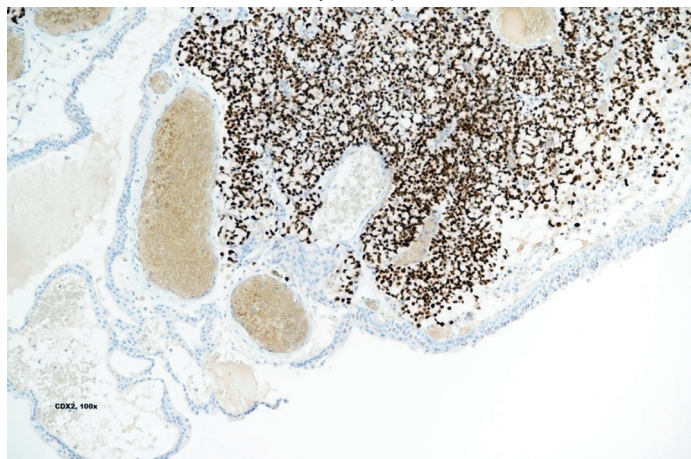
Vzhledem k pozitivnímu okraji resekce byla onkologem indikovaná adjuvantní radioterapie (RT) lůžka močového měchýře a prostaty (66 Gy/33 frakcí), chemoterapie indikovaná nebyla. Ovšem k RT nedošlo pro protražované hojení rány a vysoké riziko toxicity vysokého stupně s rizikem fatálních následků. Pacient navíc další léčbu RT odmítl, tudíž bylo pokračováno konzervativně. V rámci restagingu bylo po 3 a 6 měsících od operace provedeno CT, kde další progresse onemocnění popsána nebyla.

## Diskuze

Primární adenokarcinom močového měchýře se vyskytuje v 0,5–2% nádorů močového měchýře (1) a v době diagnózy v téměř 40% případů metastazuje do lymfatických uz-

lin (3). Postihuje nejčastěji muže během 6.–7. dekády života, většinou se jedná již o svalovinu infiltrující tumor (2, 4). Mezi rizikové faktory vzniku onemocnění patří extrofie močového měchýře, chronické záněty močového měchýře a riziko stoupá také u pacientů žijících v regionech s vysokým výskytem schistosomózy. 70% nádorů bylo popsáno na zadní stěně a trigonu. Před rozhodnutím o léčebném postupu je nutné odlišit primární a sekundární variantu adenokarcinomu a taktéž vyloučit adenokarcinom urachu. Prvním a nejčastějším projevem bývá intermitentní bezbolestná makroskopická hematurie. Dalšími symptomy jsou cystalgie, polakisurie, urgence a recidivující infekce. Při stanovování diagnózy je doporučen odběr cytologie moči, provedení cystoskopie a následná transuretrální resekce s histologickým vyšetřením a imunohistochemickou analýzou. K doplnění stagingu onemocnění využíváme CT hrudníku a břicha. V krevních testech jsou hodnoceny onkomarkery (CA 19-9, CA 125, AFP, CEA a PSA), které mohou poukázat na jiné origo adenokarcinomu. Radikální cystektomie s pánevní lymfadenektomií je doporučenou metodou u svalovinu infiltrujících nádorů močového měchýře (5). V současné době je standardem léčby robotická nebo laparoskopická varianta. Radioterapie je alternativou radikální cystektomie nebo jako adjuvance po operaci. U svalovinu neinfiltrujících nádorů je možná léčba transuretrální resekci s následnými cystoskopickými kontrolami. Tento postup však je spojován s větším rizikem recidivy a progresse onemocnění. Všechny způsoby léčby vyžadují úzkou spolupráci s onkologem.

**Obr. 3.** Imunohistochemická analýza – exprese CDX2



**Obr. 4.** Imunohistochemická analýza – exprese CK20

