

Uretral cancer er sjælden og vanskelig at diagnosticere

Nina Klemann¹, Birgitte Grønkjær Toft² & Peter Thind¹

KASUISTIK

1) Urologisk Afdeling, Rigshospitalet
2) Patologifdelingen, Rigshospitalet

Ugeskr Læger
2014;176:V07130435

Uretral cancer er en sjælden sygdom med overvejende dårlig prognose [1].

Symptomerne spænder over udflåd, hæmaturi, udfyldning i urethra og/eller ingvinale lymfeknuder, obstrueret vandladning og smerter i underlivet til, i svære tilfælde, fistel- eller abscesdannelse [2]. Diagnosen stilles som regel sent i forløbet pga. vage symptomer, hvilket kan være medvirkende til de dårlige behandlingsresultater og dårlig prognose. I det følgende beskrives et typisk forløb af uretral cancer.

SYGEHISTORIE

En 69-årig kvinde med cancer mammae antea, mykxødem og hypertension blev henvist fra sit hjemsygehus pga. fund af en cystisk proces omkring urethra ved en MR-skanning. Hun havde i et års tid oplevet en lidt slappere stråle ved vandladning, men havde ellers ingen gener.

Objektivt havde patienten en tydeligt cystisk og palpatorisk ikkemalignitetssuspekt proces i blærehalsen. Ultralydsvejledt fandt man processen beliggende omkring urethra, og den indeholdt en solid komponent. Biopsier viste adenokarcinom in situ.

Ved en cystoskopi fandt man overalt normaltudseende urotel, men i overgangen mellem trigonum og blærehalsen i venstre side fandt man et område med let elevation. Biopsier herfra viste adenokarcinom in situ, og patienten blev indstillet til operation med fjernelse af blære, urethra og genitalia interna. Ved

operationen fandt man en lille, cystisk og papillomatøs tumor i urethras væg, men i øvrigt upåfaldende forhold (Figur 1).

En patologisk undersøgelse viste, at der i blære og urethra var en periuretral cyste med udbredte papillomatøse forandringer, adenokarcinom in situ og fokalt, mikroinvasivt adenokarcinom, pT1, N0, med frie resektionsrande. Cysten sås fokalt med kommunikation til urethra, men det kunne ikke afgøres, om forandringen var opstået i et periuretralt divertikel eller en periuretral kirtel. Cysten var ekspansivt dilateret mod blærehalsen med kommunikation hertil, men der var ingen infiltrativ vækst til selve blæren. Lymfeknudeeksairose fra symfyse til aortabifurkatur viste ikke tegn på spredning hertil.

I de øvrige exciderede væv, inkl. fra vagina og genitalia interna, fandtes ingen malignitet. Patienten fik som erstatning for den exciderede blære ved en Brickers operation anlagt en afledning og var ved en ambulant kontrol fire måneder postoperativt i velbefindende.

DISKUSSION

De tre hyppigst histologisk forekommende uretrale cancere er for begge køn angivet som urotelialt karcinom (55%), planocellulært karcinom (22%) og adenokarcinom (16%). De resterende udgøres af sjældne tumorer som f.eks. malignt melanom [1].

Incidensen er tidligere beskrevet som værende højere hos kvinder end hos mænd, mens man i nyere, amerikanske data fra 2012 angiver, at den højeste incidens er hos mænd, nemlig 4,3/mio. mod 1,5/mio. hos kvinder [1]. Ætiologien er ukendt, men kronisk inflammation menes at være af afgørende betydning for sygdommens opståen [1]. Høj alder, høj T-klassificering, lymfeknudeinvolvering, histologisk ikkeplanocellulær type og afroamerikansk oprindelse er tidligere beskrevet som værende associeret med dårligere cancerspecifik overlevelse [3].

Operation, som beskrevet i denne sygehistorie, er førstevalg for patienter med lokaliseret tumor [4]. Patienter med lokalavanceret sygdom behandles primært med neoadjuverende kemoterapi efterfulgt af operation. En del får adjuverende kemoterapi og/eller strålebehandling. Uretrale cancere er aggressive, og de lokalavancerede tumorer giver overordnet en dårlig prognose [5].

 FIGUR 1

Det opskårne præparat.



Uretral dysplasi eller invasiv cancer ses hos omkring 5% af patienterne med invasiv urotelial blærecancer og påvises enten på diagnosetidspunktet eller som et senere recidiv. Invasiv uretral cancer ses derfor i et vist omfang hos patienter med urotelial blærecancer.

Primære uretrale cancere derimod udgør mindre end 1% af de maligne tilstande i urinvejene og kan derfor let overses i den kliniske hverdag. MR-skanning anbefales til diagnosticering ved mistanke om en uretral tumor [1], men uretrale canceres lave incidens bevirker begrænset viden om behandlingsstrategien [4]. Vævsforandringerne kan være svære at se ved endoskopi og ultralyd, og da op mod 50% af mændene med uretral cancer har en anamnese med uretral striktur [1], kan forløbet protaheres yderligere, inden diagnosen stilles. Ved proksimal beliggenhed af canceren ses der endvidere senere symptomdebut og dermed senere diagnosticering, behandling og prognose [1].

SUMMARY

Nina Klemann, Birgitte Grønkjær Toft & Peter Thind:

Urethral cancer is rare and difficult to diagnose

Ugeskr Læger 2014;176:V07130435

Primary cancer of the urethra is a rare condition with symptoms ranging from haematuria, urethral obstruction and pelvic pain to urethrocutaneous fistula and abscess. Magnetic resonance imaging (MRI) is considered first choice of diagnostic imaging, but experience with treatment is scarce. We present a case of a 69-year-old woman with a one-year history of urinary obstruction. MRI revealed a tumour surrounding the urethra, and biopsies showed adenocarcinoma in situ. Surgery with removal of the bladder, urethra, internal genitals and lymph nodes revealed a periurethral cyst with both adenocarcinoma in situ and focal adenocarcinoma.

KORRESPONDANCE: Nina Klemann, Urologisk Afdeling, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. E-mail: ninakhp@gmail.com

ANTAGET: 19. september 20103

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 20. januar 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Grivas PD, Davenport M, Montie JE et al. Urethral cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 2012;26:1291-314.
2. Gheiler EL, Tefilli MV, Tiguert R et al. Management of primary urethral cancer. *Urology* 1998;52:487-93.
3. Champ CE, Hegarty SE, Shen X et al. Prognostic factors and outcomes after definitive treatment of female urethral cancer: a population-based analysis. *Urology* 2012;80:374-81.
4. Koontz BF, Lee WR. Carcinoma of the urethra: radiation oncology. *Urol Clin North Am* 2010;37:459-66.
5. Chen LP, Lin SJ, Fu TY et al. Locally advanced female urethral adenocarcinoma of enteric origin: the role of adjuvant chemoradiation and brief review. *Kaohsiung J Med Sci* 2011;27:150-4.