

Metastase eines Nierenzellkarzinoms im Pankreaskopf elf Jahre nach der Nephrektomie

Bettina Gornickel, Gregor Buschta, Peter Buchmann

Chirurgische Klinik, Stadtspital Waid, Zürich

Summary

Renal cell carcinoma metastatic to the pancreas eleven years after nephrectomy

We report the case of a 60-year-old male patient with recurring upper gastrointestinal bleeding eleven years after nephrectomy because of renal cell cancer. In the following gastroscopy an ulcer was seen in pars II duodeni. CT and upper endosonography showed a tumor in processus uncinatus of the pancreas, which was suspicious of not being adenocarcinoma but of being neuroendocrine. The consecutive somatostatine-receptor scintigraphy was positive. We operated the patient according to Whipple. The surprising histological result was a metastasis of renal cell carcinoma.

Fallbeschreibung

Ein heute 60-jähriger Mann wurde 1994 wegen eines rechtsseitigen Nierenzellkarzinoms nephrektomiert. Das Malignom war als Zufallsbefund bei einer Sonographie im Rahmen der Abklärungen einer Hepatitis A entdeckt worden. Zum damaligen Zeitpunkt wurden keine Metastasen gefunden, der Patient war seitdem rezidiv- und beschwerdefrei. Es bestanden weder weitere Erkrankungen noch eine Medikamenteneinnahme.

Im Juli 2005 stellte sich der Patient wegen Teerstuhls erstmals vor. In der durchgeführten Gastroskopie wurde bei nicht einsehbarer Blutungsquelle der Verdacht auf ein Ulcus duodeni gestellt. Mittels Adrenalinunterspritzung und Argonplasmaokoagulation konnte die Blutung gestillt und der Patient mit stabilem Hämoglobinwert wenige Tage später nach Hause entlassen werden.

Im Dezember 2005 kam es jedoch zu einer Rezidivblutung. Der Patient bemerkte einen Blutabgang ab ano. In der folgenden Gastroskopie konnte die Blutungsquelle in Pars II des Duodenum gesehen und mit Adrenalin unterspritzt werden. Aufgrund der ungewöhnlichen Lokalisation wurde bei Verdacht auf einen durchbrechenden Tumor eine Computertomographie des Abdomens durchgeführt (Abb. 1), auf welcher eine stark Kontrastmittel anreichernde Raumforderung zwischen Duodenum und Pankreas mit einer Ausdehnung von 6×5×4 cm zu sehen war, die sich gegenüber dem Duodenum und dem Processus uncinatus nicht abgrenzen liess. Radiologisch bestanden keine Anhaltspunkte für Metastasen.

Die Endosonographie mit Feinnadelpunktion zeigte einen gut abgrenzbaren, ungefähr 30×37 mm grossen Tumor. In der Zytologie fanden sich nur Zylinderepithelien ohne Hinweis auf ein Malignom.

Aufgrund der Grösse des Tumors und seiner Ausdehnung in der Computertomographie wurde zusammen mit dem Patienten im interdisziplinären Konsens der Entscheid zur operativen Entfernung gefällt. Da radiologisch und endosonographisch ein Adenokarzinom des Pankreas unwahrscheinlich war und somit differentialdiagnostisch ein neuroendokriner Tumor in Frage kam, wurde präoperativ eine Somatostatinrezeptor-Szintigraphie zur Diagnoseerhärtung und zum Auffinden eventueller Metastasen durchgeführt. Dabei konnte ein deutlich somatostatinrezeptorpositiver Tumor im Bereich des Processus uncinatus des Pankreas ohne weitere pathologische Anreicherungen festgestellt werden (Abb. 2).

Es erfolgte die komplikationslose Duodenopancreatektomie mit Antrektomie aufgrund der sich intraoperativ darstellenden Nähe zum Magen. Im Schnellschnitt waren die Resektatränder tumorfrei.

Das Ergebnis der definitiven Histologie zeigte einen unerwarteten Befund: Es präsentierte sich eine Metastase des hellzelligigen Nierenzellkarzinoms.

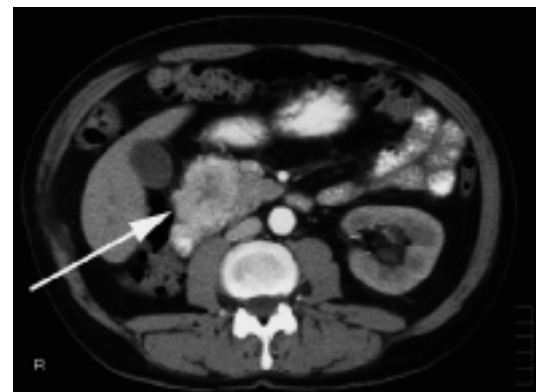


Abbildung 1

Die Computertomographie des Abdomens zeigt eine stark Kontrastmittel anreichernde Raumforderung zwischen Duodenum und Pankreas (Pfeil), die sich nicht vom Duodenum und vom Processus uncinatus abgrenzen lässt.

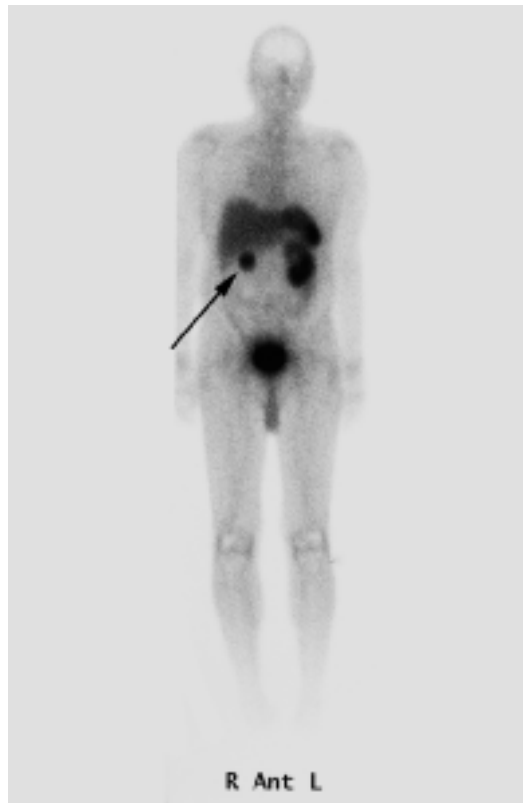


Abbildung 2

In der Somatostatinrezeptor-Szintigraphie ist ein deutlich somatostatinrezeptorpositiver Tumor im Bereich des Processus uncinatus des Pankreas (Pfeil) ohne weitere pathologische Anreicherungen zu sehen.

Diskussion

Dieses Ergebnis der Histologie war für alle Beteiligten überraschend. Die Metastasierung des Nierenzellkarzinoms in das Pankreas ist selten, aber durchaus bekannt. In Autopsiepräparaten von Patienten mit einem Nierenzellkarzinom fanden sich in 1,9% aller Fälle Metastasen im Pankreas [1]. Erstaunlich war aber das lange rezidivfreie Intervall, insbesondere, da der Primär-

tumor ein Zufallsbefund ohne eigene Symptomatik war, in toto exzidiert werden konnte und zum damaligen Zeitpunkt keine Metastasen gefunden wurden. In der Literatur sind Spätmetastasen bei 11% aller Patienten mit einem Nierenzellkarzinom, die den Primärtumor mehr als zehn Jahre überleben, dokumentiert [2]. Erst kürzlich wurde der Fall einer solitären Schilddrüsenmetastase eines Nierenzellkarzinoms, die ebenfalls erst elf Jahre nach der Nephrektomie entdeckt worden war, publiziert [3]. Ein anderer Fall ist beschrieben, bei dem von der Nephrektomie bis zum Auffinden der Pankreasmetastase 27 Jahre vergingen [4]. Im Vergleich dazu ist das Intervall bei unserem Patienten mit elf Jahren eher kurz. Unser Patient wurde mit dem Verdacht auf einen neuroendokrinen Tumor operiert, aber auch im Wissen um eine solitäre Metastase des Nierenzellkarzinoms wäre die Operation die richtige Therapie gewesen. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate für Patienten mit dem gleichen Krankheitsbild liegen mit Operation bei 75–81% [5, 6]. Verständlicherweise gibt es keine aktuellen kontrollierten Studien. Aus dem Jahr 1966 existieren Angaben über eine Fünf-Jahres-Überlebensrate beim metastasierenden Nierenzellkarzinom von 2,7% [7]. Diese Zahl muss natürlich unter Berücksichtigung der übrigen Umstände, insbesondere des sich ständig weiterentwickelnden medizinischen Standards gewertet werden. Zuletzt drängt sich die Frage auf, warum der Tumor in der Somatostatinrezeptor-Szintigraphie radionuklid-speichernd war. Die Antwort darauf ermöglicht zugleich einen neuen Therapieansatz. Nierenzellkarzinome weisen teilweise Somatostatinrezeptoren auf [8]. Forschungen für mögliche Immuntherapien dieses auf Chemo- und Radiotherapie so schlecht ansprechenden Tumors mit Antagonisten oder zytotoxischen Somatostatinanaloga sind bereits im Gang [9]. Diese Therapieform würde insbesondere für Patienten mit multiplen oder inoperablen Metastasen neue Hoffnung bedeuten.

Literatur

- 1 Bennington JL. Proceedings: cancer of the kidney – etiology, epidemiology and pathology. *Cancer*. 1973;32:1017–29.
- 2 McNichols DW, et al. Renal cell carcinoma: long-term survival and late recurrence. *J Urol*. 1981;126:17–23.
- 3 Kern B, Zimmer G, Peterli R, von Flüe M. Solitäre Schilddrüsenmetastase eines klarzelligen Nierenzellkarzinoms elf Jahre nach einer Nephrektomie. *Schweiz Med Forum*. 2006;6(26):634–5.
- 4 Fullarton GM, et al. Gallbladder and pancreatic metastases from bilateral renal carcinoma presenting with hematuria and anemia. *Urology*. 1991;38:184–6.
- 5 Sohn TA, et al. Renal cell carcinoma metastatic to the pancreas: results of surgical management. *J Gastrointest Surg*. 2001;5:346–51.
- 6 Thompson LD, Heffess CS. Renal cell carcinoma to the pancreas in surgical pathology material. *Cancer*. 2000;89:1076–88.
- 7 Riches E. The natural history of tumours of the urinary tract. *Can Med Assoc J*. 1966;95:256–62.
- 8 Reubi JC, Kvolts L. Somatostatin receptors in human renal cell carcinomas. *Cancer Res*. 1992;52:6074–8.
- 9 Jungwirth A, et al. Inhibition of the growth of Caki-I human renal adenocarcinoma in vivo by luteinizing hormone-releasing hormone antagonist cetrorelix, somatostatin analog RC-160, and bombesin antagonist RC-3940-II. *Cancer*. 1998;82:909–17.

Korrespondenz:
 med. pract. Bettina Gornickel
 Chirurgische Klinik
 Stadtspital Waid
 Tüchestrasse 99
 CH-8037 Zürich
bettina.gornickel@googlemail.com