

# Nádory kloubů

## DEFINICE

Primární nádory kloubů jsou nádory, které mají svůj původ v synoviální výstelce diarthroidálních kloubů, šlachových pochev a nebo burz (tihových váček). Prakticky významné nádory jsou takové, které vychází ze synovioblastické tkáně a nazývají se **synoviální sarkomy** (maligní synoviom, sarkom synoviálních buněk), **histiocytické sarkomy** a **synoviální myxomy**.

## OBECNÉ ÚVAHY A KLINICKY PŘÍSLUŠNÁ PATOFYZIOLOGIE

Sarkomy synoviálních buněk jsou vzácné nádory pocházející ze synovioblastické mesenchymální tkáně v hluboké pojivové tkáni kolem kloubů (Craig et al, 2002). Histiocytické sarkomy pravděpodobně pochází z fibroblastů myxomatózní tkáně. Klouby v okolí karpu a tarzu jsou postiženy častěji než distální klouby. Biologické chování těchto nádorů je v rozsahu od pomale rostoucích až k agresivně invadujícím do okolní tkáně. Metastáze se vyskytují v regionálních mízních uzlinách, plicích, kostech a v dalších lokalizacích.

## DIAGNOSTIKA

### Klinické příznaky

**Signalment.** Synoviální sarkomy se objevují nejčastěji u velkých středně starých psů. Zde je poměr ve výskytu 3:2 pes a fena. Nebyla zjištěna plemenná predispozice. Zdá se, že rotvajleři jsou postiženi častěji histiocytickými sarkomy, zatímco dobrmani častěji synoviálními myxomy. Průměrný věk výskytu kloubních nádorů je 9 roků (Craig et al. 2002).

**Anamnéza.** Postižení psi nebo kočky obvykle kulhají. Občas si majitelé mohou povšimnout masy v oblasti postiženého kloubu. Masy mohou růst po určité období pomalu, ale pak se může rychlost růstu zvýšit.

### Klinické příznaky při vyšetření

Masy mohou být různě velké, ale jsou obvykle pevné s místy mírnou fluktuací. Stupeň kulhání se objeví ve vztahu k velikosti kostního postižení.

### Diagnostické zobrazení

Rentgenogramy postižených kloubů jsou nutné k vyhodnocení rozsahu postižení kosti a měkké tkáně. V oblasti kloubu se může vyskytovat lobulárně utvářená měkkotkáňová masa. Kostní změny (např. lýza subchondrální kosti a kortexu, nebo nově vzniklá kostní tkáň) jsou často zjišťovány na obou stranách kloubu (obr. 35-14 Laterální rentgenogram se sarkomem synoviálních buněk kolenního kloubu. Všimněte si nadměrné lýzy distálního femuru a proximální tibie. Protože jsou postiženy obě strany kloubu, můžeme předpokládat, že se jedná o měkkotkáňový nádor.). Toto je v protikladu se vzhledem primárních kostních nádorů, které velmi zřídka postihují kosti na obou stranách kloubu, neboli nekříží kloub. Rentgenogramy hrudníku nebo kontrastem vylepšené CT by mělo být provedeno k vyhodnocení výskytu plicních metastáz.

*Laterální rentgenogram se sarkomem synoviálních buněk kolenního kloubu. Všimněte si nadměrné lýzy distálního femuru a proximální tibie. Protože jsou postiženy obě strany kloubu, můžeme předpokládat, že se jedná o měkkotkáňový nádor. [Fossum, fourth edition]*



### **Laboratorní příznaky**

Jednoznačné a konzistentní laboratorní abnormality nejsou zjišťovány.

### **DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA**

Neoplastické kloubní léze musí být odlišeny od synoviálních cyst, které představují dobře vymezené masy připojené ke kloubnímu pouzdru, šlachové pochvě nebo burze (viz Small Animal Surgery, druhé vydání nebo e-edice). Sarkomy synoviálních buněk musí být taktéž odlišeny od mitotického a bakteriologického postižení kloubu (např. septické artritidy, erosivní artritidy a vilonodulární synovitidy) a ostatních nádorů (např. fibrosarkomu, rhabdomyosarkomu, liposarkomu, hemangiopericytomu, maligního fibrózního histiocytomu, gigantickobuněčného tumoru měkké tkáně a primárních kostních tumorů). Definitivní diagnóza vyžaduje biopsii léze; nicméně, excizní biopsie (amputace končetiny) je vhodnější, než incizní biopsie, jestliže masivní kostní destrukce vylučuje jinou terapii nežli amputaci. Tenkojehelná aspirační biopsie může odhalit zhoubné buňky, ale v mnoha případech nedovoluje vizualizaci architektury nádoru, která je nutná k definitivní diagnostice typu nádoru.

**POZNÁMKA:** Měli byste se pokusit o tenkojehelnou aspiraci nebo jinou bioptickou techniku před amputací končetiny, protože mitotické a neoplastické léze mohou být rentgenologicky neodlišitelné.

### **CHIRURGICKÁ LÉČBA**

Zdá se, že amputace je nejefektivnější léčba pro tyto tumory (viz str. 1342). Lokální excize není doporučována vzhledem k vysokému stupni možných recidiv. Souběžná chemoterapie může být prospěšná.

### **POOPERAČNÍ PÉČE A HODNOCENÍ**

Podívej se na str. 1350, kde jsou uvedeny doporučení pro pooperační péči zvířat po amputaci. Periodická vyšetření postižených zvířat jsou doporučitelná pro včasnou detekci lokální recidivy nádoru nebo detekci metastáz.

### **PROGNÓZA**

Po amputaci končetiny je prognóza opatrná. Ačkoliv jsou tyto nádory považovány za pomale rostoucí s výskytem metastáz až později v průběhu onemocnění, nedávná studie naznačila, že po amputaci jsou metastázy časté. V jedné studii bylo uvedeno, že průměrná doba přežití psů se sarkomem synoviálních buněk byla 32 měsíců, 5 měsíců u histiocytického sarkomu a 30 měsíců u synoviálního myxomu (Craig et al. 2002). Histiocytický sarkom má větší schopnost k metastázám, kdežto synoviální myxom má naopak nejnižší schopnost k metastatickému onemocnění. Dle nedávné studie 16-ti psů se psím synoviálním sarkomem ani klinické stadium ani histopatologický stupeň nádoru významně neovlivnily dobu přežití pacienta (Fox et al. 2002). U psů ošetřených chirurgickou excizí nádoru nebo amputací bylo zaznamenáno významně vyšší přežívání než u těch, kteří ošetření nebyli. Autoři dospěli k názoru, že pro předpověď doby přežití byla agresivita v terapii úspěšnější než určení klinického stadia (staging) nebo stupně nádoru (malignita, grading).

*Zdroj: Fossum 3. vydání str. 1352-1353*