
Brystkreftmetastaser i urinblæren

KORT KASUISTIKK

SAMITHA VASANTHARAJAN

samitha.15@gmail.com

Avdeling for urologi

og

Avdeling for gastro- og barnekirurgi

Oslo universitetssykehus

Samitha Vasantharajan er lege i spesialisering i gastroenterologisk kirurgi.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

NICOLAI WESSEL

Avdeling for urologi

Oslo universitetssykehus

Nicolai Wessel er overlege i urologi.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGER THUNE

Avdeling for kreftbehandling

og

Institutt for klinisk medisin

Universitetet i Oslo

Inger Thune er overlege i onkologi og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANDREAS HABBERSTAD

Avdeling for urologi

Oslo universitetssykehus

Andreas Habberstad er spesialist i urologi.

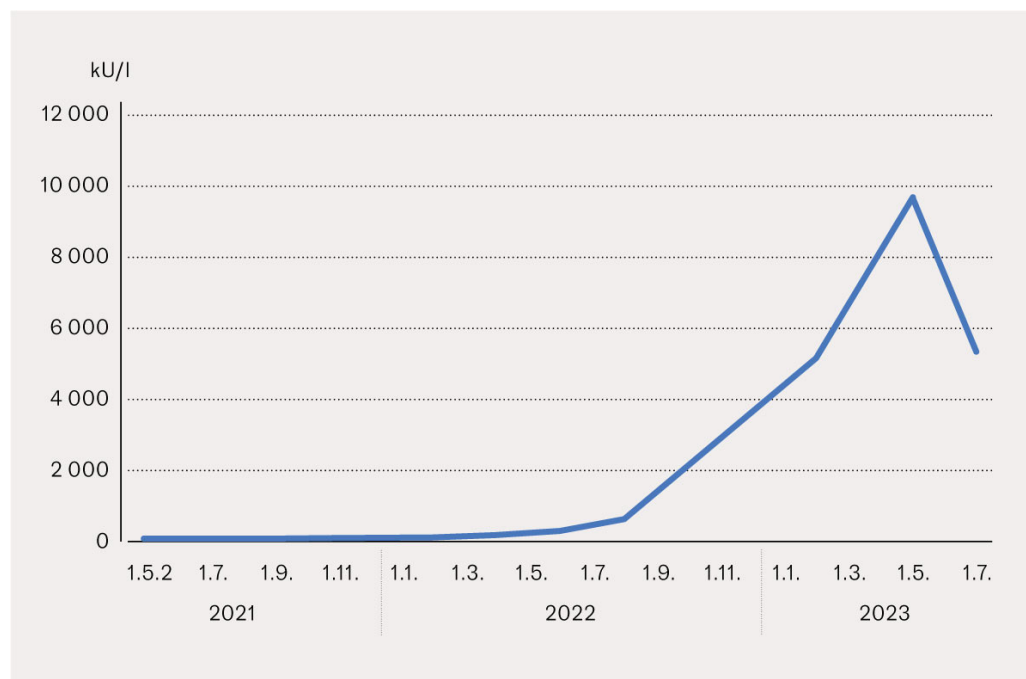
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Metastaser fra brystkreft til urinblæren forekommer sjelden og er forbundet med diagnostiske utfordringer.

Pasienten er en oppegående og selvhjulpne kvinne i 80-årene som røyker og har moderat kols. Hun ble for tyve år siden behandlet for lavgradig duktalt carcinoma in situ i høyre bryst med brystbevarende kirurgi og postoperativ stråling. Tretten år senere ble det påvist infiltrerende lobulært carcinom i samme bryst (ER-positiv, PgR-positiv, HER2-negativ, Ki67 15 %). Det ble gjort ablatio mamma og vaktpostlymfeknutebiopsi med funn av metastaser i to av to lymfeknuter. Pasienten fikk postoperativ strålebehandling og antihormonell terapi.

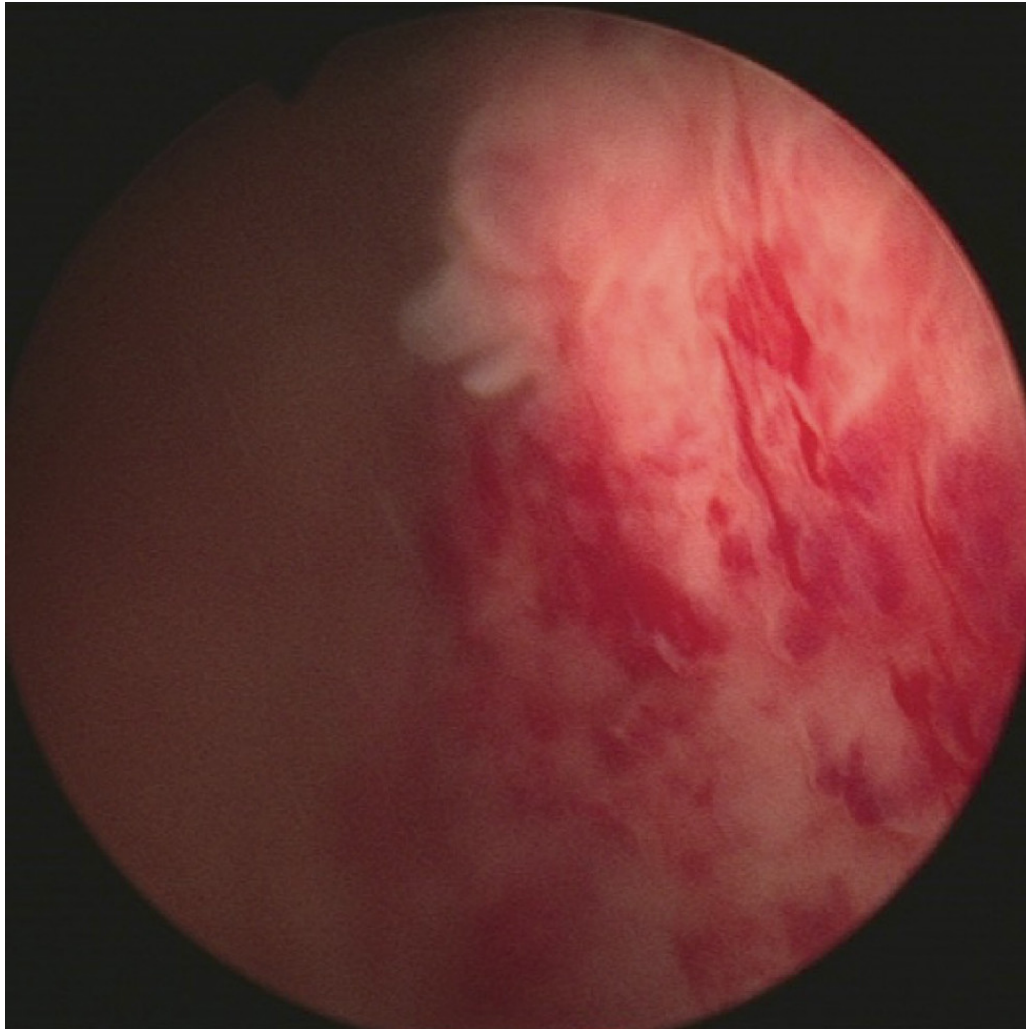
Tre år etter avsluttet behandling ble hun henvist til urologisk avdeling på grunn av makroskopisk hematuri, ledsaget av svie og smerter ved vannlating. Pasienten hadde i en periode opplevd nattesvette. CT urinveier med kontrastvæske viste flere små konkrementer i venstre nyrebekken samt kontrastopptak distalt i venstre urinleder. Cystoskopi avdekket uspesifikke forandringer rundt venstre ureterostium samt et konkrement i blæren. Urincytologi var normal. Pasienten ble diskutert i multidisiplinært teammøte (MDT). Ved poliklinisk kontroll etter tre måneder hadde symptomene gitt seg og CT urinveier viste normaliserte forhold. Funn og symptomer ble oppfattet som forenlig med avgått nyresten. Hun ble noen måneder senere akutt innlagt ved urologisk avdeling med smerter forenlig med nyresteinsanfall, hvor CT viste et konkrement i proksimale venstre ureter. Pasienten fikk behandling med selektiv alfablokker (tamsulosin) og smertestillende. Kontroll-CT uten kontrastvæske en måned senere viste at konkrementet var avgått og kontroller ble avsluttet.

Noen måneder senere ble det under kontroll for brystkreft bemerket at kreftmarkøren MUC1(kU/l) var stigende. Utredning for skjelettmetastaser med skjelettscintigrafi, MR kolumna og bekken var uten funn. CT toraks, abdomen og bekken et halvt år senere viste tilkommet innhold i uterinkaviteten. Transvaginal ultralyd og cervixcytologi var uten funn. MUC1-verdiene var stigende (figur 1), og ved nærmere anamnese ble det klart at pasienten hadde opplevd flere episoder med makroskopisk hematuri i tillegg til urininkontinens. Hun ble henvist til urologisk avdeling for ny utredning.



Figur 1 Verdier av MUC1 etter brystkreft med metastase til urinblære.

Cystoskopi viste generelt ødematøs og lettblødende blæreslimhinne, samt papillomatøse forandringer på venstre side i blæren (figur 2). Urincytologi viste enkelte irregulære/atypiske uroteliale celler klassifisert som Paris 3 etter The Paris System for Reporting Urinary Cytology (TPS). CT urinveier med kontrastvæske viste globalt veggfortykket blære, flere konkrementer i venstre nyre og et konkrement i venstre ureter med oppstrøms dilatasjon av samlesystemet. Pasienten ble avlastet med nefrostomikateter på venstre side før hun ble operert med transuretral reseksjon av de papillomatøse forandringene i blæren.



Figur 2 Cystoskopi viser papillomatøse forandringer i blæren etter metastase fra brystkreft til blære.

Histologi av preparat fra blæren viste utbredt vekst av metastase fra mammakarsinom, infiltrerende lobulært karsinom. Immunhistokjemi var negativ for urotelmarkører. Det ble startet tumorrettet behandling med en østrogenreseptorantagonist og proteinkinasehemmer i palliativt øyemed. I etterkant ble det gjort endoskopisk stensanering.

Diskusjon

Kreft i urinblæren er vanlig og ses oftest i form av urotelialt karsinom. I 2022 ble 1 626 personer diagnostisert med blærekreft i Norge ([1](#)). Metastaser til urinblæren er langt sjeldnere, men kan forekomme, særlig ved innvekst fra nærliggende organer ved

urogenital eller kolorektal kreft. Det er også rapportert om metastaser til blæren fra fjerntliggende fokus som melanom, bryst-, mage-, lunge- og leverkreft (2). Fjernmetastaser til blæren er sjelden og kan være vanskelig å oppdage, både med radiologiske undersøkelser og ved cystoskopi (2, 3).

Anamnesticke opplysninger var avgjørende for den endelige diagnosen hos denne pasienten. Makroskopisk hematuri (synlig blod i urinen) er kardinalsymptomet på kreft i urinveiene og skal utredes i pakkeforløp, såfremt det ikke kan forklares av kateterbruk/skifte, stensykdom eller cystitt hos kvinner under 50 år (1). Utredningen består av cystoskopi og CT urinveier med kontrastvæske, primært for avklaring av blødningsfokus fra øvre urinveier. Urincytologi kan ha tilleggsverdi ved inkonklusiv eller negativ cystoskopi. Denne pasienten hadde både nyresten og kreftsykdom i blæren, noe som vanskeliggjorde diagnosen av sistnevnte. Første utredning av hematuri konkluderte med nyresten som årsak. Pasienten hadde også normale MUC1-verdier på dette tidspunktet. Forandringer sett ved cystoskopi burde kontrolleres med cystoskopi og eventuelt biopsi, men det ble ikke gjort i dette tilfellet.

MUC1 (cancer antigen 15 - 3) er et transmembrant glykoprotein som finnes på alle epiteliale celler. Forhøyede verdier av MUC1 ses ved ulike epiteliale adenokarsinomer (lunge-, lever-, tarm-, bryst-, pankreas- og ovarialkreft). MUC1 er foreslått som potensielt terapeutisk og prognostisk markør for ulike kreftformer (4). Ved brystkreft er MUC1 en av kreftmarkørene som kan måles ved mistanke om metastatisk sykdom (5). Hos denne pasienten bidro stigende MUC1-nivå til intensivert utredning av metastaser, og verdiene falt etter igangsatt behandling (figur 1).

Pasienten har gitt samtykke til publisering av sin sykehistorie, men gikk bort før endelig manus forelå.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje. Blærekreft – handlingsprogram. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/blaerekreft-handlingsprogram> Lest 27.6.2024.
2. Velcheti V, Govindan R. Metastatic cancer involving bladder: a review. *Can J Urol* 2007; 14: 3443–8. [PubMed]
3. Sanguedolce F, Landriscina M, Ambrosi A et al. Bladder Metastases from Breast Cancer: Managing the Unexpected. A Systematic Review. *Urol Int* 2018; 101: 125–31. [PubMed][CrossRef]
4. Chen W, Zhang Z, Zhang S et al. MUC1: Structure, Function, and Clinic Application in Epithelial Cancers. *Int J Mol Sci* 2021; 22: 6567. [PubMed][CrossRef]
5. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje. Brystkreft – handlingsprogram. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft--handlingsprogram> Lest 27.6.2024.

Publisert: 14. oktober 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0104

Mottatt 21.2.2024, første revisjon innsendt 2.5.2024, godkjent 27.6.2024.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. august 2026.