

Редкие наблюдения рака мочевого пузыря у подростков и 18-летней беременной женщины

М.И. Давидов, А.И. Петруняев, А.П. Соколов

Клиника урологии Пермской государственной медицинской академии

RARE CASES OF URINARY BLADDER CANCER IN ADOLESCENTS AND IN AN 18-YEAR-OLD PREGNANT WOMAN

M.I. Davidov, A.I. Petrunyaev, A.P. Sokolov

Clinic of Urology, Perm State Medical Academy

The authors have followed up five 16—18-year-old patients with transitional-cell urinary bladder carcinoma (UBC). They analyze rare cases of two 16-year-old youths diagnosed as having UBC of stages T₃ and T_{2b}N₀M₀. After complex treatment (urinary bladder resection, radio- and chemotherapy), one of them is a more than 10-year survivor with the tumor not being recurrent and metastasizing; the other is a 9-month survivor. An 18-year-old woman at gestational weeks 27 who had concomitant congenital heart disease and transitional-cell UBC (T₁N₀M₀) complicated by profuse intravesicular hemorrhage, urinary bladder tamponade, and anemia was emergently hospitalized. She underwent transurethral bladder tumor resection. At gestational week 40, a healthy girl weighing 3.2 kg was vaginally delivered.

Опухоли мочевого пузыря у детей и подростков встречаются очень редко [1—3], в 60 раз реже, чем у взрослых [4]. В отличие от взрослых в детском и юношеском возрасте чаще наблюдается саркома [3, 5, 6], а эпителиальные опухоли — лишь в исключительных случаях [7, 8]. М.И. Гойхбергу [9] к 1973 г. удалось отыскать в зарубежной литературе описание только двух случаев рака мочевого пузыря (РМП) у детей. Л.А. Дурнов и соавт. [10], имевшие огромный опыт лечения онкоурологических заболеваний у детей, лишь однажды диагностировали злокачественную эпителиальную опухоль мочевого пузыря. К 2006 г. в отечественной и зарубежной литературе мы отыскиали 598 наблюдений злокачественных опухолей мочевого пузыря у лиц в возрасте до 18 лет. Преимущественно это были саркомы и лишь у 36 человек — рак.

В урологической клинике Пермской медицинской академии на базе больницы им. докт. Граля за последние 30 лет находились на лечении 3487 больных РМП. В возрасте не старше 18 лет было только 5 (0,1%) больных (16 и 17 лет — по 2 пациента, 18 лет — 1). Юношей было 3, лиц женского пола — 2. Открытая резекция мочевого пузыря с опухолью в сочетании с лучевой и химиотерапией осуществлена у двух больных, трансуретральная резекция — у трех. У всех пяти пациентов при гистологическом исследовании удаленной опухоли установлен переходноклеточный РМП.

Один из наблюдаемых больных — 16-летний юноша с переходноклеточным инвазивным РМП в стадии T₃N₀M₀ — был описан нами ранее [11] в ближайшие сроки после операции, когда дальнейшая судьба пациента оставалась неясной. Была выполнена открытая резекция мочевого пузыря с опухолью с последующей лучевой и химиотерапией. После публикации мы продолжили динамическое наблюдение за больным с контрольными обследованиями, дважды демонстрировали его на заседаниях

Пермского краевого урологического общества. Через 10 лет после операции рецидива рака и метастазов не обнаружено.

Приводим наблюдение другого подростка с инвазивной эпителиальной опухолью мочевого пузыря, которая сдавила тазовый отдел мочеточника и блокировала правую почку.

Больной К., 16 лет, поступил в урологическую клинику на базе больницы им. докт. Граля 17.08.2006 с жалобами на тупые боли в правой поясничной области и периодическую макрогематурию. Последняя наблюдалась около года, но терапевты ставили диагноз «гломерулонефрит». Направлен на госпитализацию медицинской комиссией при райвоенкомате, где предъявил указанные жалобы. Состояние удовлетворительное. Периферические лимфоузлы не пальпируются. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 78 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка и почки не пальпируются. Наружные половые органы сформированы правильно. *Per rectum*: предстательная железа не увеличена, эластической консистенции. Бимануально опухоли в малом тазу не прощупываются. Анализ мочи: эритроциты сплошь в поле зрения. Цитологическое исследование осадка мочи по Папаниколу: обнаружены атипичные клетки. Анализ крови общий и биохимический без патологии. Ультразвуковое исследование (УЗИ): в деформированном мочевом пузыре лоцируется эхопозитивное образование размерами 6 × 4 см, на широком основании, пузырная стенка в зоне образования утолщена, определяется расширение правого мочеточника и чашечно-лоханочной системы правой почки. Цистоскопия: на правой боковой стенке с переходом на дно мочевого пузыря видно опухолевидное образование 6 см в диаметре, на широком основании. Опухоль имеет грубые утолщенные ворсины, участки некроза и кровоизлияний. Устье правого мочеточника расположено в зоне опухоли. Экскреторная урография: функция левой почки удовлетворительная, правая почка блокирована и контрастируется лишь на отсроченных снимках (через 1 и 2 ч), на которых

видна значительная дилатация правого мочеточника на всем протяжении и чашечно-лоханочной системы правой почки. На нисходящей цистограмме определяется больших размеров дефект наполнения, занимающий правую половину мочевого пузыря. При полицистографии выявлена ригидность правой боковой стенки пузыря в зоне опухоли. Диагноз опухоли мочевого пузыря подтвержден компьютерной томографией, при которой метастазы в подвздошных и тазовых лимфоузлах не обнаружены. По данным рентгенографии грудной клетки и УЗИ метастазы в легкие, печень и забрюшинные лимфоузлы отсутствуют. Диагноз: РМП в стадии T2bN0M0 со сдавлением тазового отдела правого мочеточника, уретерогидронефроз справа. Под эндотрахеальным наркозом 25.08.2006 выполнена гемирезекция мочевого пузыря с уретероцистоанастомозом справа. Нижняя срединная лапаротомия. Метастазы в печень, органы брюшной полости и регионарные лимфоузлы не выявлены. После экстраперитонизации мочевого пузыря и цистотомии обнаружено грубоворсинчатое опухолевидное образование размерами $6 \times 5 \times 4$ см, на широком основании, расположенное на правой боковой стенке с переходом на дно мочевого пузыря и устье правого мочеточника. Выполнена гемирезекция мочевого пузыря с уретероцистоанастомозом по Лидбеттеру — Политано. Мочевой пузырь ушит полисорбом, дренирован надлобковым и уретральным дренажами. Гистологическое исследование удаленной опухоли (проф. Т.Б. Пономарева): переходноклеточный РМП G₂ с инвазией глубокого мышечного слоя. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. После удаления дренажей восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Выписан в удовлетворительном состоянии через 16 сут после операции. В онкодиспансере проведены лучевая и полихимиотерапия комбинацией CMV (цисплатин, метотрексат, винбластин). Обследован через 9 мес: жалоб нет, мочеиспускание не нарушено, порциями по 200—250 мл, при цистоскопии рецидива опухоли не обнаружено. Экскреторная урография: функция почек удовлетворительная, дилатации правого мочеточника и лоханки нет, уретероцистоанастомоз хорошо проходим. По данным рентгенологического и ультразвукового исследований метастазы в отдаленные органы отсутствуют.

Данные наблюдения служат напоминанием врачам, что РМП может встречаться не только в пожилом и зрелом возрасте, но и у юношей.

У молодых беременных женщин (не старше 18 лет) РМП является казуистикой. Нам не удалось найти ни одного подобного наблюдения при изучении отечественной литературы за 90 лет и зарубежной литературы за последние 20 лет.

РМП и беременность по гормональному статусу пациентов являются противоположными состояниями. М.Б. Пряничникова [12], проанализировав собственные исследования и публикации иностранных авторов, установила, что у женщин с РМП значительно снижено содержание эстрадиола и прогестерона,

а в анамнезе часто отмечаются выкидыши и отсутствие беременностей. У беременных же, как известно, наблюдается увеличение секреции эстрогенов и прогестерона, а эти гормоны препятствуют образованию канцерогенных метаболитов триптофана [12].

Приводим собственное наблюдение РМП у юной беременной.

Больная Б., 18 лет, доставлена бригадой «скорой помощи» во 2-е урологическое отделение больницы им. докт. Граля в 4 ч утра 02.10.2006 с жалобами на головокружение, частые позывы на мочеиспускание с отхождением мочи интенсивного красного цвета с большим количеством темных бесформенных сгустков крови, резкую слабость, одышку при физической нагрузке. Заболела 4 ч назад, когда внезапно возникла профузная гематурия. Имеет беременность сроком 27 нед, по поводу которой состоит на учете у акушера-гинеколога. Беременность первая. Страдает врожденным компенсированным пороком сердца — недостаточностью трехстворчатого клапана. Диагноз доказан при обследовании в кардиологическом отделении (фонокардиография, УЗИ сердца и другие методики), состоит на учете у кардиолога. Состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Голени отеочные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. АД 100/60 мм рт. ст. Пульс 99 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца ослаблены, выслушивается мягкий, «дующий» систолический шум, наиболее выраженный в третьем и четвертом межреберьях справа от грудины. Живот деформирован, увеличен в объеме беременной маткой, при пальпации мягкий, болезненный над лоном. Перитонеальных симптомов нет. Печень, селезенка и почки не пальпируются. Мочевой пузырь не прощупывается, однако перкуторно над ним определяется большая зона притупления за счет скопления в нем сгустков крови. Наружные половые органы сформированы правильно. Выделений из влагалища нет. Матка увеличена соответственно 27 нед беременности, сердцебиение плода выслушивается. Анализ крови: гемоглобин 93 г/л, эритроциты $3,1 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 30%, лейкоциты $9,8 \times 10^9$ /л, СОЭ 58 мм/ч. Мочевина, креатинин, билирубин и глюкоза сыворотки в норме, коагулограмма без патологии. ЭКГ: неполная блокада правой ножки пучка Гиса, гипертрофия правого предсердия. По данным УЗИ сердца, мочевых путей, матки и брюшной полости: недостаточность трехстворчатого клапана, значительная пиелозктазия справа, в полости мочевого пузыря визуализируется гиперэхогенное неомогенное образование без акустической тени размерами $8 \times 6 \times 6$ см, в матке плод женского пола, метастазов в печени, брюшной полости, малом тазе и по ходу подвздошных сосудов не выявлено. После катетеризации пузыря катетером №25 Fg удалось отмыть около 200 г сгустков крови, ликвидировав частичную тампонаду мочевого пузыря. Произведена гемотрансфузия 400 мл одноклассной крови, назначена гемостатическая терапия (этамзилат, глюконат кальция, викасол, плазма). Состояние значительно улучшилось, примесь крови в моче уменьшилась. В последующие дни гемостатиче-

ская терапия продолжена, после чего моча стала светлой, дизурия исчезла. При повторном УЗИ от 06.10.2006: мочевого пузыря правильной формы, в нем обнаружено эхопозитивное образование размерами $3 \times 2,5 \times 2$ см, связанное с пузырной стенкой широкой ножкой, стенка мочевого пузыря в области образования не утолщена; полость пузыря свободна от сгустков крови. При цистоскопии выявлена ворсинчатая опухоль размерами $3 \times 2,5 \times 2$ см, расположенная на левой боковой стенке мочевого пузыря в 4 см от устья левого мочеточника. Слизистая оболочка вокруг образования не изменена. Диагноз: РМП в стадии T1N0M0, осложненный профузным кровотечением с частичной тампонадой пузыря, вторичная анемия, беременность 27 нед, пиелоктазия справа, врожденный порок сердца — недостаточность трехстворчатого клапана. После 3-дневного «светлого» промежутка возобновилась интенсивная пузырная макрогематурия и, в связи с угрозой для жизни матери, встал вопрос об экстренной операции. От открытого хирургического вмешательства больная сразу категорически отказалась. Кроме того, на мини-инвазивной операции настаивали кардиологи. Поэтому 09.10.2006 под эпидуральной анестезией выполнена трансуретральная резекция (ТУР) опухоли мочевого пузыря. Использовалась монополярная техника радиочастотной электрохирургии с применением радиотома частоты 425 кГц (электрическая цепь: активный электрод — петля резектоскопа, пассивный — на бедре). Резекция проведена до глубокого мышечного слоя, внутрипузырное кровотечение полностью остановлено. Операция длилась 18 мин и прошла без осложнений. Нарушений гемодинамики у плода во время операции и в послеоперационном периоде не отмечено. Гистологическое исследование резецированной ткани: переходноклеточный РМП высокой степени дифференцировки (G₁), достигающий подслизистого слоя.

Послеоперационный период протекал без осложнений. После полной клинической реабилитации (отсутствие макрогематурии, нормализация анализов крови и мочи, компенсация сердечной деятельности) в удовлетворительном состоянии 03.11.2006 выписана на амбулаторное лечение. Проведение химиотерапии сочли нецелесообразным ввиду возможного токсического влияния на плод.

Активное диспансерное наблюдение осуществлялось онкоурологом, акушером-гинекологом и кардиологом. Роды проходили через естественные родовые пути, при сроке беременности 40 нед, без осложнений. Родилась здоровая доношенная девочка массой 3,2 кг. При ее обследовании педиатрами аномалий и другой патологии не выявлено. Контрольный осмотр больной в клинике выполнен в мае 2007 г.: жалоб нет, порок сердца компенсирован, анализ мочи нормальный, при УЗИ и цистоскопии рецидива рака нет. Наблюдение за больной продолжается.

Таким образом, у юной беременной раковая опухоль мочевого пузыря развилась на фоне отягощенной патологии (врожденного порока сердца) и осложнилась профузным внутрипузырным кровотечением. Несмотря на это, удалось благополучно выполнить мини-инвазивное хирургическое вмешательство без неблагоприятных последствий для беременной и плода.

В то же время вопросы лечебной тактики у больных РМП, имеющих беременность на большом сроке, остаются спорными. Выжидание с операцией и перенос комплексного лечения на послеродовой период сопряжены с прогрессированием ракового процесса и ухудшением прогноза, создают неблагоприятные условия для развития плода, опасны кровотечением из опухоли при родовых схватках. Открытая операция чревата затруднением родовой деятельности вследствие хирургической травмы передней брюшной стенки. При ТУР цепь электрического тока проходит в непосредственной близости к матке с находящимся в ней плодом. Это может провоцировать нарушение сердечбиений и остановку кровообращения у плода. Поскольку радиочастотная электрохирургия способна вызвать непроизвольные сокращения гладкомышечных клеток, ТУР может стимулировать преждевременные роды. При небольшом сроке беременности, по нашему мнению, показано ее прерывание с последующим комплексным лечением РМП. Дискуссионные вопросы могут быть разрешены только по мере накопления мирового опыта.

Литература

1. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. М., Вердана; 2001.
2. Танаго Э., Маканинча Дж. (ред.). Урология по Дональду Смиту: Пер. с англ. М., Практика; 2005.
3. Чекунова Е.В., Нефедова В.О., Соболевский А.Б. Случай рабдомиосаркомы мочевого пузыря у ребенка 5 месяцев. Вестн рентгенол 2001;(3):51—3.
4. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Детская урология: Руководство. М., Медицина; 1986.
5. Laurenti C., De Dominicis C., Dal Forno S. Leiomyosarcoma of the Bladder in a Girl. Eur Urol 1982;8(3):185—7.
6. McDougal W.S., Persky L. Rhabdomyosarcoma of the bladder and prostate in children. J Urol 1980;124(6):882—5.
7. Chaouachi B., Brueziere J., Balguet P. et al. Tumeurs epitheliales de vessie chez l'enfant. Ann Urol 1981;15(1):27—34.
8. Van der Vaeren D., Hennebert P., Van Cangh P.J. Les tumeurs epitheliales de la vessie chez l'enfant. Acta Urol belg 1980;48(4):459—63.
9. Гойхберг М.И. Опухоли мочевых и мужских половых органов. В кн.: Основы детской урологии и нефрологии. Киев, Здоровья; 1973. с. 325—45.
10. Дурнов Л.А., Воинов Е.А., Корнев Ю.Е. Детская онкоурология. Киев, Здоровья; 1981. с.103—10.
11. Давидов М.И., Лядов А.А. Переходноклеточный инвазивный рак мочевого пузыря у юноши. Урол и нефрол 1997;(5):45—6.
12. Пряничникова М.Б. Эндогенные факторы риска новообразований мочевого пузыря у женщин. Вопр онкол 1991;37(9):925—9.