

Опухоль почки крупных размеров, имитирующая внеоргannую опухоль забрюшинного пространства: клинический случай

И.А. Рева, А.В. Бормотин, В.В. Дьяков, А.Н. Берников, М.В. Ковылина, Е.А. Прилепская, Д.Ю. Пушкар

Кафедра урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова;
Россия, 127206 Москва, ул. Вучетича, 21

Контакты: Игорь Анатольевич Рева rewа-igor@rambler.ru

Забрюшинное пространство может являться местом локализации широкого спектра как редких доброкачественных, так и злокачественных новообразований, являющихся, в свою очередь, очагом первичного или метастатического поражения. Большую часть опухолей забрюшинного пространства составляют саркомы, лимфомы и различные опухоли эпителиального происхождения (почки, надпочечника, поджелудочной железы). При выявлении крупной опухоли, расположенной у одного из полюсов почки, может встать вопрос о том, является ли данное образование опухолью почки или же внеоргannой опухолью забрюшинного пространства, прилегающей к почке или прорастающей в нее. Ввиду значительных различий в методиках лечения разных опухолей забрюшинного пространства в случае неясного генеза образования для определения оптимальной лечебно-диагностической тактики необходим индивидуализированный подход с привлечением специалистов смежных специальностей.

Ключевые слова: почечно-клеточный рак, внеоргannая опухоль забрюшинного пространства, липосаркома, лейомиосаркома, лимфома Ходжкина, неходжкинская лимфома, лимфома Беркитта, дифференциальная диагностика, мультиспиральная компьютерная томография, тонкоигльная биопсия

DOI: 10.17650/1726-9776-2015-1-64-67

Large-sized kidney tumor mimicking an extraorgan retroperitoneal tumor

I.A. Reva, A.V. Bormotin, V.V. Dyakov, A.N. Bernikov, M.V. Kovylinа, E.A. Prilepskaya, D. Yu. Pushkar

Department of Urology, A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry;
21, Vuchetich St., Moscow 127206, Russia

The retroperitoneal space may be a site for a broad spectrum of both rare benign and malignant tumors that are in turn a focus of primary or metastatic involvement. Sarcomas, lymphomas, and different epithelial tumors (of the kidney, adrenal, and pancreas) constitute the bulk of retroperitoneal tumors. Detection of a large-sized tumor located at one of the renal poles may raise the question of whether this mass is a kidney tumor or an extraorgan retroperitoneal tumor adjacent to or growing into the kidney. In view of significant differences in treatment procedures for various retroperitoneal tumors, when the origin of the mass is unknown, there is a need for an individual approach to defining the optimal therapeutic and diagnostic tactics, by attracting specialists in allied fields.

Key words: renal cell carcinoma, extraorgan retroperitoneal tumor, liposarcoma, leiomyosarcoma, Hodgkin lymphoma, non-Hodgkin lymphoma, Burkitt lymphoma, differential diagnosis, multislice spiral computed tomography, fine-needle biopsy

Введение

Злокачественные опухоли почки составляют порядка 4 % всех эпителиальных опухолей, при этом подавляющее большинство злокачественных опухолей почки представлено почечно-клеточным раком (ПКР). В большинстве случаев ПКР длительное время ничем себя не проявляет. Только у 10 % пациентов клиническая картина представлена классической для ПКР триадой симптомов: гематурия, боли, наличие пальпируемого образования, и, как правило, это пациенты с распространенной стадией заболевания. На сегодняшний день благодаря широкому внедрению в повседневную врачебную практику ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютер-

ной томографии около 50 % всех выявленных случаев ПКР являются случайными находками при обследовании по поводу неспецифических для ПКР симптомов.

При выявлении у пациента опухоли неинвазивные методы визуализации не всегда могут дать достоверную информацию о генезе новообразования. Так, при выявлении крупной опухоли, расположенной у одного из полюсов почки, может встать вопрос о том, является ли данное образование опухолью почки или же внеоргannой опухолью забрюшинного пространства, прилегающей к почке или прорастающей в нее. С учетом большого разнообразия опухолей как злокачественного, так и доброкачественного ха-

рактера, развивающихся в забрюшинном пространстве, значительных различий в методиках их лечения в данной ситуации обязательным является консультирование пациента у специалистов смежных специальностей с целью определения оптимальной лечебно-диагностической тактики.

В настоящем клиническом наблюдении мы приводим пример пациентки с крупной опухолью почки, имитирующей внеоргannую опухоль забрюшинного пространства.

Пациентка К., 42 лет, с февраля 2014 г. стала отмечать периодически возникающие приступы тошноты, подъемы систолического артериального давления до 150 мм рт. ст. При амбулаторном обследовании по данным УЗИ заподозрено новообразование левой почки. С целью уточнения диагноза пациентке выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов забрюшинного пространства, по данным которой левая почка оттеснена кверху и ротирована кнутри за счет объемного образования размерами $98 \times 70 \times 102$ мм, непосредственно прилежащего к нижнему полюсу левой почки. Образование имеет неровные, нечеткие границы, структура его неоднородна. При внутривенном контрастировании образование неоднородно накапливает контрастный препарат до 100 ед. Н в артериальную фазу. Лоханка левой почки и левый мочеточник оттеснены медиально. Образование гипervasкулярно. Увеличенных лимфатических узлов в забрюшинном пространстве не определяется (рис. 1).

В нашу клинику пациентка обратилась в марте 2014 г. с направляющим диагнозом — опухоль левой почки. Данные физикального обследования: поясничная

область не изменена, безболезненна при поколачивании. В левом подреберье пальпируется плотное подвижное образование диаметром до 10 см. Отклонений в анализах крови и мочи не выявлено. Рентгенография органов грудной клетки также без патологических изменений.

На врачебном консилиуме с учетом данных МСКТ почечный генез образования поставлен под сомнение. Высказано предположение, что образование может представлять собой внеоргannую опухоль забрюшинного пространства саркомного, гематогенного или иного генеза. Обсуждался вопрос о необходимости предварительной биопсии образования. С целью определения лечебной тактики пациентка была консультирована хирургом и гематологом. От биопсии новообразования с учетом клинической картины, данных лабораторных исследований и методов визуализации решено воздержаться. С целью избавления пациентки от опухоли, уточнения диагноза принято решение удалить образование, выполнить гистологическое, иммуногистохимическое исследования.

13.03.14 г. пациентке выполнено оперативное вмешательство. При ревизии забрюшинного пространства выявлено, что образование исходит из нижнего полюса левой почки, не имеет собственных магистральных сосудов. Окружающие органы и ткани образованием не компрометированы. Выполнена плоскостная резекция левой почки (рис. 2, 3).

По данным патогистологического исследования образование представляет собой хромофобный ПКР II–III степени клеточной анаплазии по системе градации Фурмана, не прорастающий в капсулу почки. Край резекции без признаков опухолевого роста.

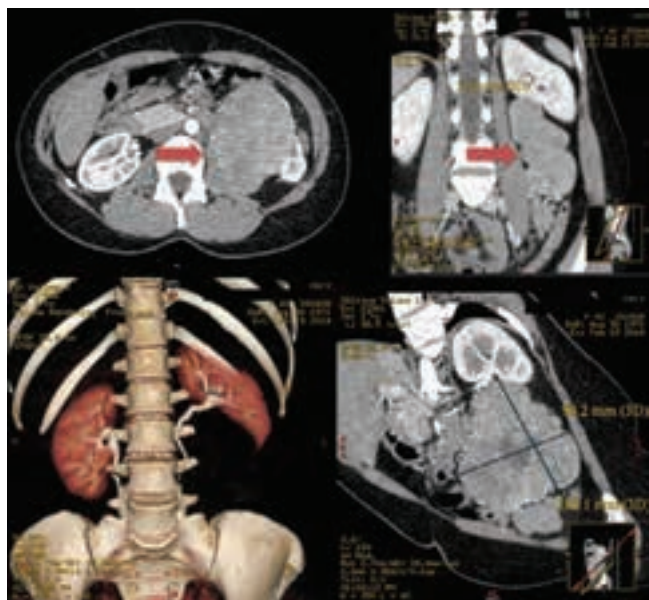


Рис. 1. МСКТ, демонстрирующая наличие крупной опухоли забрюшинного пространства



Рис. 2. Опухоль выделена и выведена в рану. Отчетливо видно, что опухолевый узел исходит из нижнего полюса левой почки

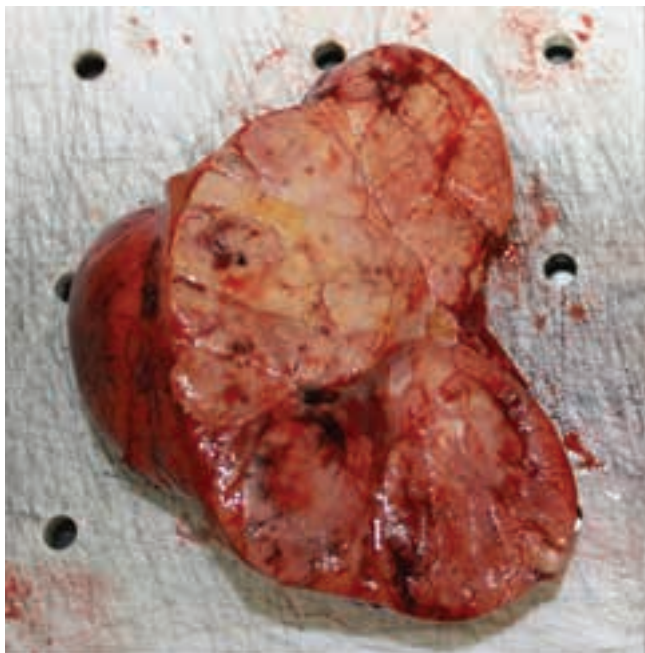


Рис. 3. Макропрепарат удаленной опухоли

Через 6 мес после оперативного вмешательства пациентке выполнена контрольная МСКТ органов брюшинного пространства, по данным которой левая почка расположена обычно. Девиации лоханки левой почки и левого мочеточника не отмечается. Данных, подтверждающих рецидив опухоли, нет. Определяются склеротические изменения брюшинного пространства на стороне перенесенной операции (рис. 4).

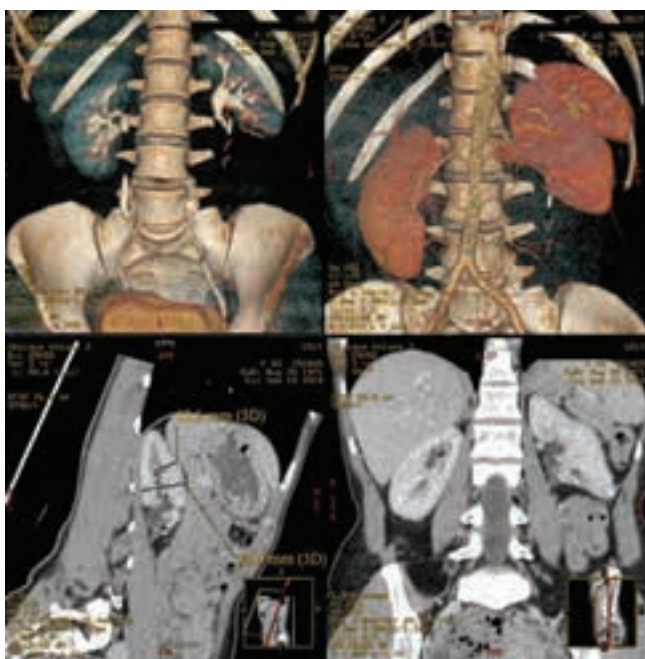
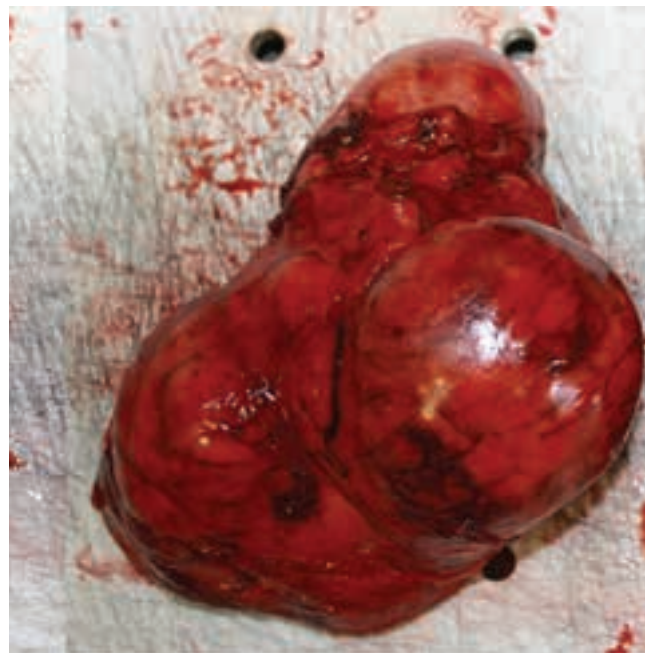


Рис. 4. Контрольная МСКТ, выполненная через 6 мес после оперативного лечения



Обсуждение

Брюшинное пространство может являться местом локализации широкого спектра как редких доброкачественных, так и злокачественных новообразований, являющихся, в свою очередь, очагами первичного или же метастатического поражения. При этом злокачественные образования встречаются в 4 раза чаще доброкачественных [1, 2].

Среди всех злокачественных опухолей брюшинного пространства 1/3 часть составляют саркомы с превалированием 2 гистологических типов: липосаркома (70 %) и лейомиосаркома (15 %) [3]. Другие опухоли брюшинного пространства представлены, как правило, гематогенными опухолями (лимфома Ходжкина и неходжкинская лимфома) и эпителиальными опухолями (опухоли почки, надпочечника, поджелудочной железы). Кроме того, встречаются вторичные опухоли (метастазы герминогенных опухолей, карциномы, меланомы) [3].

Большинство пациентов с опухолями брюшинного пространства предъявляют такие жалобы, как увеличение объема живота, чувство быстрого насыщения, дискомфорт в животе и наличие пальпируемого образования [4]. Мочевые пути и желудочно-кишечный тракт часто бывают смещены опухолью, однако они редко поражаются опухолевым процессом, вследствие чего симптомы со стороны этих систем нетипичны [5].

При инициальном обследовании пациентов с подозрением на опухоль брюшинного пространства методом выбора является МСКТ с контрастным усилением. Обследованию подлежат грудная клетка,

брюшная полость с забрюшинным пространством и полость малого таза. МСКТ позволяет оценить размеры, локализацию образования, взаимоотношение с прилежащими органами, а также наличие метастазов. Кроме того, радиологические характеристики опухоли, полученные при МСКТ, в ряде случаев дают возможность судить о природе образования и, следовательно, позволяют определить дальнейшую лечебную тактику [2]. Так, липосаркомы, состоящие преимущественно из жировой ткани, и лейомиосаркомы имеют характерный вид на МСКТ, что позволяет отказаться от биопсии опухоли в предоперационном периоде [3, 6].

Саркомы составляют лишь 1/3 всех опухолей забрюшинного пространства, поэтому МСКТ далеко не всегда позволяет однозначно судить о характере новообразования. При неоднозначности данных радиологического обследования, отклонениях в анализах крови показано выполнение биопсии опухоли. Тонкоигольная биопсия является безопасной диагностической методикой, позволяющей уточнить диагноз и решить вопрос о необходимости неоадьювантной терапии, определить чувствительность опухоли к химиотерапии, что особенно важно в случае новообразований лимфогенного характера [7, 8].

Лимфомы (Ходжкина и неходжкинские) имеют ряд типичных, но не специфических клинических проявлений, таких как необъяснимая потеря массы тела, лихорадка, ночная потливость. Характерно наличие в течение длительного времени увеличенных лимфатических узлов (в области шеи и верхних конечностей, ключиц, паха). При лимфомах с преимущественно абдоминальной локализацией патологического процесса пациентов часто беспокоят увеличение размеров живота и чувство быстрого насыщения [9, 10]. Лимфомы редко формируют единичные опухолевые конгломераты, как в случае нашей пациентки, чаще проявляясь в виде групп увеличенных лимфатических узлов. Однако стоит помнить о лимфоме Беркитта, составляю-

щей 1–2 % всех лимфом и в 90 % поражающей мужчин, способной формировать крупные опухолевые массы, затрагивающие прилежащие органы [11].

Наиболее часто встречающимися в забрюшинном пространстве доброкачественными опухолями являются фибромы, ангиомиолипомы почки, липомы, доброкачественные нейрогенные опухоли (шваннома, нейрофиброматоз) и параганглиомы (гормонально активные и неактивные) [1]. Доброкачественные опухоли выявляются, как правило, случайно при обследовании, не связанном с онкологическим поиском, и не требуют предварительного гистологического исследования [12].

Заключение

Забрюшинное пространство является местом развития широкого спектра новообразований как доброкачественного, так и злокачественного характера. Большую часть опухолей забрюшинного пространства составляют саркомы, лимфомы и различные опухоли эпителиального происхождения (почки, надпочечника, поджелудочной железы). Ввиду большого количества жировой клетчатки и относительно малого количества жизненно важных органов клиническая симптоматика проявляется, как правило, при достижении опухолью больших размеров. При выявлении крупной опухоли забрюшинного пространства часто возникают сомнения в ее генезе, знание которого важно для определения лечебной тактики. Так, под маской опухоли забрюшинного пространства может скрываться опухоль почки. В случае, когда МСКТ не дает достоверных данных о связи опухоли с почкой, может встать вопрос о необходимости биопсии новообразования. При решении этого вопроса стоит учитывать рентгенологические характеристики опухоли (при подозрении на липосаркому и лейомиосаркому), а также клинические проявления и данные лабораторных методов исследования (при подозрении на опухоль лимфогенного характера).

ЛИТЕРАТУРА

1. Van Roggen J.F., Hogendoorn P.C. Soft tissue tumours of the retroperitoneum. *Sarcoma* 2000;4:17–26.
2. Dirk C. Strauss, Andrew J. Hayes, J. Meirion Thomas. Retroperitoneal tumours: review of management. *Ann R Coll Surg Engl* 2011;93(4):275–80.
3. Clark M.A., Fisher C., Judson I., Thomas J.M. Soft-tissue sarcomas in adults. *N Engl J Med* 2005;353:701–11.
4. Hueman M.T., Herman J.M., Ahuja N. Management of retroperitoneal sarcomas. *Surg Clin North Am* 2008;88:583–97.
5. Neuhaus S.J., Barry P., Clark M.A. et al. Surgical management of primary and recurrent retroperitoneal liposarcoma. *Br J Surg* 2005;92:246–52.
6. Strauss D.C., Hayes A.J., Thway K. et al. Surgical management of primary retroperitoneal sarcoma. *Br J Surg* 2010;97:698–706.
7. Hoeber I., Spillane A.J., Fisher C., Thomas J.M. Accuracy of biopsy techniques for limb and limb girdle soft tissue tumors. *Ann Surg Oncol* 2001;8:80–7.
8. Strauss D.C., Qureshi Y.A., Hayes A.J. et al. The role of core needle biopsy in the diagnosis of suspected soft tissue tumours. *J Surg Oncol* 2010;102:523–9.
9. American Cancer Society. Non-Hodgkin lymphoma detailed guide. 2013; p. 4–27.
10. American Cancer Society. Hodgkin lymphoma detailed guide. 2013; p. 2–17.
11. Grajo J.R., Kayton M.L., Steffensen T.S. et al. Presentation of ileal Burkitt lymphoma in children. *J Radiol Case Rep* 2012;6(8):27–38.
12. Hughes M.J., Thomas J.M., Fisher C., Moskovic E.C. Imaging features of retroperitoneal and pelvic schwannomas. *Clin Radiol* 2005;60:886–93.