

Клинический случай эффективного хирургического лечения пациентки с IV стадией рака почки с инвазией в печень с 50 % саркоматоидным компонентом почечно-клеточного рака без отдаленного метастазирования

В.А. Солодкий, А.Ю. Павлов, С.В. Гармаш, А.Д. Цыбульский, А.К. Ивашин

ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России; Россия, 117485 Москва, ул. Профсоюзная, 86

Контакты: Алексей Дмитриевич Цыбульский vacheg@mail.ru

В статье описан клинический случай успешного хирургического лечения пациентки 51 года с саркоматоидным почечно-клеточным раком правой почки с инвазией в печень. Хирургическое лечение заключалось в нефрадrenaлэктомии справа с тромбэктомией и гемигепатэктомией. По данным гистологического заключения выявлен почечно-клеточный рак смешанного строения, представленный светлоклеточным (50 % ткани опухоли) и саркоматоидным (50 % ткани опухоли) раком III степени злокачественности (по Фурман). При динамическом наблюдении в течение 36 мес рецидива и прогрессирования заболевания не выявлено.

Ключевые слова: рак почки, почечно-клеточный рак, веретенклеточный рак, саркоматоидный рак, онкоурология

DOI: 10.17650/1726-9776-2016-12-4-142-145

A clinical case of effective surgical treatment of a female patient with stage IV kidney cancer with 50 % sarcomatoid renal cell carcinoma accompanied by liver invasion without distant metastases

V.A. Solodkiy, A. Yu. Pavlov, S.V. Garmash, A.D. Tsybul'skiy, A.K. Ivashin

Russian Scientific Center of Roentgenoradiology, Ministry of Health of Russia; 86 Profsoyuznaya St., Moscow 117485, Russia

The article describes a clinical case of effective surgical treatment of a 51-year-old female patient with sarcomatoid renal cell carcinoma of the right kidney accompanied by invasion into the liver. The surgical treatment consisted of right-side nephradrenalectomy with thrombectomy and hemihepatectomy. Histopathology report revealed mixed renal cell carcinoma, comprised of clear cell (50 % of tumor tissue) and sarcomatoid (50 % of tumor tissue) grade III cancer (Fuhrman Nuclear Grade). During 36-month dynamic observation no recurrence or progression was observed.

Key words: kidney cancer, renal cell carcinoma, spindle cell carcinoma, sarcomatoid carcinoma, oncology

Введение

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России за 2014 г. рак почки занимает 10-е место (3,9 %). Всего в 2014 г. было выявлено 22 234 новых случая возникновения злокачественных образований почки [1]. В клинической и научной работе общепринятой системой стадирования почечно-клеточного рака (ПКР) служит классификация TNM (tumor, nodus и metastasis). По данным проведенного в 2012 г. многоцентрового кооперированного исследования с использованием базы данных, содержащей информацию о 7813 больных раком почки в России, были обнаружены 1158 пациентов с IV клинической стадией рака, причем отдаленные метастазы были выявлены у 1011 (87,3 %) больных [2].

Саркоматоидный ПКР (сПКР) представляет собой ПКР различного гистологического типа, трансформировавшийся в рак высокой степени диффе-

ренцировки, однако сам по себе он не выделен в отдельную разновидность [3, 4]. Несмотря на то, что нет консенсуса по определению сПКР, большинство экспертов характеризуют его наличием атипичных веретенковидных клеток и сходством с различными формами сарком [5]. Саркоматоидный компонент встречается около 1 % во всех вариантах гистологических типов опухоли [2]. Наличие саркоматоидных изменений ПКР расценивается как неблагоприятный прогностический фактор выживаемости пациентов. На сегодняшний день максимальное количество наблюдений пациентов с сПКР описаны в работах [4, 6–9].

В исследовании В.У. Zhang и соавт. были проанализированы 2 группы пациентов с IV стадией ПКР с саркоматоидным компонентом ($n = 204$) и без такового ($n = 207$) [6]. Установлено, что наличие саркоматоидных изменений увеличивает риск летального исхода от ПКР

до 58 % ($p < 0,001$), для пациентов без отдаленного метастазирования – до 82 % ($p < 0,001$).

В ряде работ показано, что на прогноз влияет не только факт наличия саркоматоидного компонента в опухоли, но и его объем [4, 6, 10]. В случае если доля саркоматоидного компонента опухоли составляет ≥ 30 %, риск летального исхода от ПКР на 52 % выше, чем у больных с долей саркоматоидного компонента < 30 % [6].

Представляем клинический случай эффективного хирургического лечения пациентки с IV стадией рака почки с инвазией в печень без метастатического поражения, со смешанным типом гистологического строения опухоли, представленным светлоклеточным (50 % ткани опухоли) и саркоматоидным (50 % ткани опухоли) раком.

Клинический случай

Пациентка П., 51 года, на момент осмотра жалоб не предъявляла. Из анамнеза известно, что в ноябре 2012 г. при диспансерном осмотре в поликлинике по месту жительства по данным ультразвукового исследования заподозрено образование в правой почке.

Результаты мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) (рис. 1): в верхних и средних отделах правой почки выявляется дополнительное узловое образование размером около $79 \times 70 \times 60$ мм с извитой сетью патологических сосудов, неравномерно накапливающее контрастное вещество с сохранением гиподенсивных зон без границы с сегментами S6, S7 правой доли печени, сливающаяся с узлом аналогичной структуры в паренхиме печени размером 74×75 мм. Правая почечная вена



Рис. 1. Мультиспиральная компьютерная томография образования правой почки с прорастанием в печень
Fig. 1. Multi-slice helical CT scan of the mass in the right kidney with invasion into the liver

расширена до 30 мм с наличием в просвете масс, накапливающих контрастное вещество, без распространения в нижнюю полую вену (НПВ). Почечная артерия не изменена. В левой почке обнаружена киста размером 12 мм с кальцинатом. В остальных отделах печень без очагов. Надпочечники без объемных образований; правый сливается с извитой сетью расширенных патологических сосудов. Селезенка без очагов. В поджелудочной железе в артериальную фазу определяются гиперденсивные очаги размером 15 мм в хвосте, 5 мм в теле и 7 мм на границе тело–головка. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Лимфатические узлы не увеличены.

По данным статической нефросцинтиграфии определяется сохранная функция контралатеральной почки. Индекс интегрального захвата обций – 51 (норма 92–140), слева – 25 (норма 46–70), справа – 26 (норма 46–70).

С учетом наличия образования больших размеров в правой почке с зоной распада и инвазией в печень, угрозы внутреннего кровотечения в декабре 2012 г. выполнено хирургическое лечение в объеме нефрадреналэктомии справа с тромбэктомией и гемигепатэктомией, холецистэктомией. Осуществили интраоперационную биопсию поджелудочной железы. По результатам срочного гистологического исследования материала, полученного из поджелудочной железы, опухолевые клетки не выявляются.

Ход операции. Выполнена верхне-среднесрединная лапаротомия, торакофренотомия справа (рис. 2). Послойно осуществлен доступ в брюшную полость. После отведения петель кишечника произведено рассечение париетальной брюшины по линии Тольда. Петли толстого кишечника отведены медиально, выделение правой почки было начато в пределах капсулы Герота. Правую почку с окружающей клетчаткой выделили тупым и острым путем. Почечная артерия была трижды перевязана и пересечена. Интраоперационно выявлено распространение опухолевого тромба почечной вены до устья впадения в НПВ. Выполнено наложение турникетов на НПВ ниже почечных сосудов, противоположную почечную вену и супраренальный отдел НПВ выше впадения правой почечной

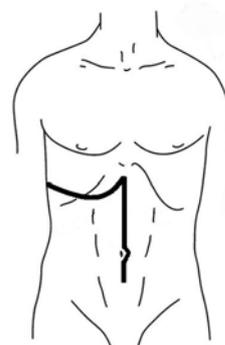


Рис. 2. Верхне-среднесрединная лапаротомия (схема): торакофренотомия справа
Fig. 2. Upper midline laparotomy (diagram): right-side thoracophrenotomy

Динамика биохимических показателей крови пациентки
Dynamics of the patient's blood chemistry values

Параметр Parameter	Значение Value					
	День поступления Admittance day	1-е сутки после операции 1 day after surgery	4-е сутки после операции 4 days after surgery	10-е сутки после операции 10 days after surgery	16-е сутки после операции 16 days after surgery	Референ- тные значения Reference values
Аланинаминотрансфераза, Ед/л Alanine aminotransferase, u/l	15,6	61,8	33,2	16,9	17,8	5–40
Аспаратаминотрансфераза, Ед/л Aspartate aminotransferase, u/l	21,4	51,8	30,6	23,2	22,6	5–40
Мочевина, ммоль/л Urea, μmol/l	3,7	4,1	2,7	5,9	2,2	1,7–8,3
Креатинин, мкмоль/л Creatinine, μmol/l	74,6	92,2	82,3	95,3	104,4	53–97

вены на 30 мм. Произведено циркулярное иссечение устья почечной вены. Выполнена тромбэктомия. Дефект полой вены ушили непрерывным швом. Длительность экспозиции составила 6 мин. За это время гемодинамических нарушений не зарегистрировано. Был выделен и перевязан мочеточник с гонадной веной. Отдельно выделены, а также перевязаны и пересечены вена и артерия надпочечника. Верхний полюс почки с опухолью прилежал к правой доле печени, однако отсутствовало его истинное врастание. Почки с опухолью свободно отошла от печени. Была удалена почка с паранефральной клетчаткой и надпочечником. Выполнен контроль гемостаза. Выделены, перевязаны и пересечены элементы правой сосудисто-секреторной ножки. Произвели мобилизацию правой доли печени с пересечением правой треугольной и венечной связок. При выделении печени от НПВ выявлены 2 дополнительные правые печеночные вены размером до 20 мм, которые были прошиты и пересечены с помощью аппарата ENDO-GIA. Далее по демаркационной линии произвели рассечение паренхимы между 4-м и 5-м сегментами. Рассечение паренхимы осуществляли с помощью ультразвукового скальпеля с раздельным лигированием и перевязкой крупных сосудов. Гемостаз выполнили с использованием электрокоагуляции, отдельных швов, одной пластины тахокомба и пленки Surgicel. Осуществили дренирование подпеченочного, поддиафрагмального пространства и плевральной полости. Послойно наложены швы на рану, а также асептическая наклейка.

В послеоперационном периоде проводили антибактериальную, противовоспалительную, инфузионную, кардиотропную, гепатотропную терапию. На фоне лечения отмечена положительная динамика в виде снижения показателей функции печени (см. таблицу).

Страховые дренажи были удалены. По данным макроскопического исследования (рис. 3а): правая почка размером

120 × 60 × 40 мм с фрагментом мочеточника длиной 40 мм, паранефральной клетчаткой и надпочечником листовидной формы размером 40 × 30 × 5 мм. В верхнем сегменте почки обнаружен опухолевый узел размером 80 × 40 × 40 мм. Ткань опухоли крупнодольчатая, желто-розовой окраски, мягкая. Опухоль врастает в верхние мочевые чашечки, лоханку почки, устье почечной вены, в просвете которой определяется опухолевый тромб размером 30 × 20 × 20 мм. В верхнем полюсе опухоль прорастает фиброзную капсулу и врастает в паранефральную клетчатку и 7-й сегмент печени. Вростания в надпочечник не обнаружено. В клетчатке ворот почки лимфатические узлы не выявлены. Желчный пузырь размером 45 × 20 × 20 мм.

По результатам гистологического исследования: ПКР смешанного строения, представленный светлоклеточным (50 % ткани опухоли) и саркоматоидным (50 % ткани опухоли) раком III степени злокачественности (по Фурман). Опухоль врастает в мочевые чашечки, лоханку почки, паранефральную клетчатку и 7-й сегмент печени, прорастает фиброзную капсулу почки верхнего сегмента почки. В просвете почечной вены регистрируется опухолевый тромб. По краю резекции мочеточника опухолевые клетки не обнаружены. Надпочечник обычного гистологического строения, вростания рака не выявлено. В ткани печени определяется узел (продолженный рост) ПКР. Вне опухоли жировая дистрофия гепатоцитов и воспалительный инфильтрат из лимфоцитов в портальных трактах. По краю резекции правой доли печени (рис. 3б, в) на ширине 2,2 см опухолевые клетки не выявлены. Желчный пузырь обычного гистологического строения.

Пациентка была выписана в стабильном состоянии в январе 2013 г. На протяжении последних 3 лет проводили динамическое наблюдение за больной. МСКТ брюшной полости и легких выполняли 1 раз в 6 мес. За период наблюдения признаков рецидивирования и прогрессирования

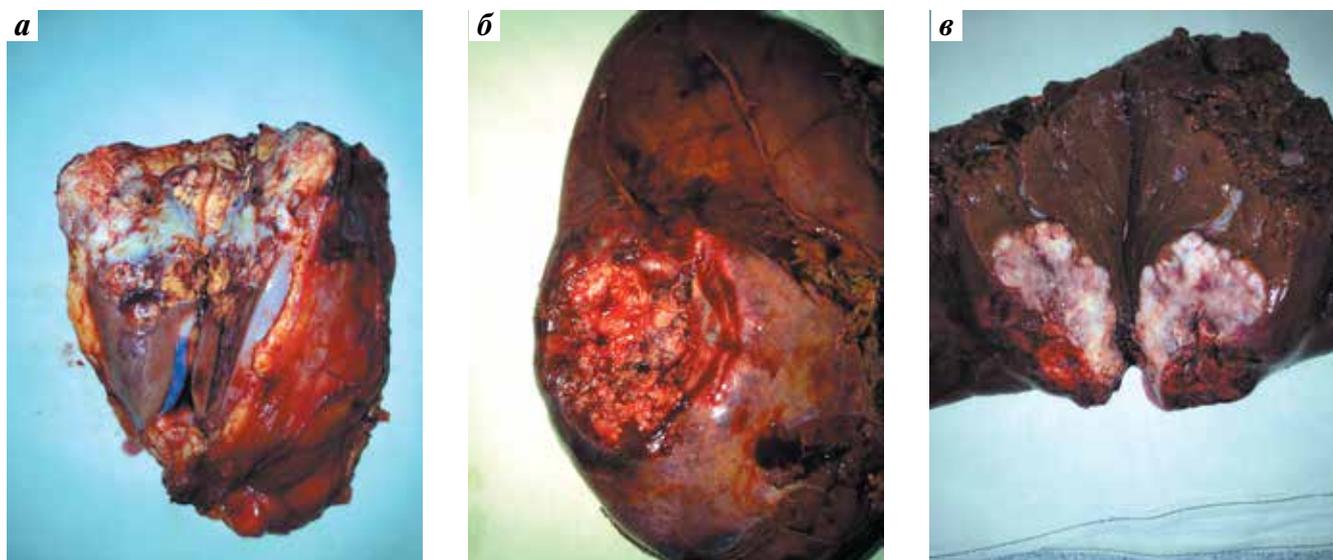


Рис. 3. Макропрепарат: а — удаленная почка; б — резецированный участок печени; в — резецированный участок печени в разрезе
Fig. 3. Gross specimen: a — removed kidney; b — resected portion of the liver; c — sliced resected portion of the liver

заболевания не выявлено. Показатели лабораторных анализов крови и мочи в пределах референсных значений.

Заключение

Наличие 50 % саркоматоидного компонента ассоциировано с крайне неблагоприятным прогнозом

даже без наличия отдаленных метастазов. Несмотря на распространенность процесса и высокую вероятность диссеминации, проведение хирургического лечения в данном клиническом случае показало высокую эффективность в виде безрецидивной выживаемости в течение 36 мес.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России, 2016. 250 с. [Malignant tumors in Russia in 2014 (morbidity and fatality). Eds. by: A.D. Kaprin, V.V. Starinskiy, G.V. Petrova. Moscow: FGBU "Moskovskiy nauchno-issledovatel'skiy onkologicheskiy institute im. P.A. Gertsena" — filial FGBU "Natsional'nyy meditsinskiy issledovatel'skiy radiologicheskiy tsentr" Minzdrava Rossii, 2016. 250 p. (In Russ.)].
2. Алексеев Б.Я., Анжиганова Ю.В., Лыков А.В. и др. Особенности диагностики и лечения рака почки в России: предварительные результаты многоцентрового кооперированного исследования. Онкоурология 2012;(3): 24–30. [Alekseev B.Ya., Anzhiganova Yu.V., Lykov A.V. Some specific features of the diagnosis and treatment of kidney cancer in Russia: preliminary results of a multicenter cooperative study. Onkourologiya = Oncourology 2012;(3):24–30. (In Russ.)].
3. Srigley J.R., Delahunt B. Uncommon and recently described renal carcinomas. Mod Pathol 2009;22:2–23. DOI: 10.1038/modpathol.2009.70. PMID: 19494850. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19494850>.
4. de Peralta-Venturina M., Moch H., Amin M. et al. Sarcomatoid differentiation in renal cell carcinoma: a study of 101 cases. Am J Surg Pathol 2001;25(3):275–84. PMID: 11224597. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11224597>.
5. Delahunt B., Egevad L., Montironi R., Srigley J.R. International Society of Urological Pathology (ISUP) consensus conference on renal neoplasia: rationale and organization. Am J Surg Pathol 2013;37(10):1463–8. DOI: 10.1097/PAS.0b013e318299f14a. PMID: 24025518. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24025518>.
6. Zhang B.Y., Thompson R.H., Lohse C.M. et al. A novel prognostic model for patients with sarcomatoid renal cell carcinoma. BJU Int 2015;115(3):405–11. DOI: 10.1111/bju.12781. PMID: 24730416. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24730416>.
7. Cheville J.C., Lohse C.M., Zincke H. et al. Sarcomatoid renal cell carcinoma: an examination of underlying histologic subtype and an analysis of associations with patient outcome. Am J Surg Pathol 2004;28(4):435–41. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15679982>.
8. Mian B.M., Bhadkamkar N., Slaton J.W. et al. Prognostic factors and survival of patients with sarcomatoid renal cell carcinoma. J Urol 2002;167(1):65–70. PMID: 11743277. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11743277>.
9. Shuch B., Bratslavsky G., Shih J. et al. Impact of pathological tumour characteristics in patients with sarcomatoid renal cell carcinoma. BJU Int 2012;109(11):1600–6. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2011.10785.x. PMID: 22221668. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22221668>.
10. Tickoo S.K., Alden D., Olgac S. et al. Immunohistochemical expression of hypoxia inducible factor-1alpha and its downstream molecules in sarcomatoid renal cell carcinoma. J Urol 2007;177(4):1258–63. DOI: 10.1016/j.juro.2006.11.100. PMID: 17382701. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17382701>.