

Реконструктивная пластика при метастазе рака мочевого пузыря в уретру (случай из практики)

М.Н. Тилляшайхов, Е.В. Бойко, Н.Т. Рахимов, Л.П. Корень, Ш.Т. Хасанов, Н.Т. Абдусаматов, А.Х. Атабоев

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии
Минздрава Республики Узбекистан; Республика Узбекистан, 100179 Ташкент, ул. Фароби, 383

Контакты: Елена Владимировна Бойко boykoelena82@mail.ru

В связи с малым количеством наблюдений стандартная тактика лечения метастатического рака в мочеиспускательный канал все еще не разработана. Однако в настоящее время стало очевидно преимущество комбинированного подхода с применением неоадьювантной лучевой или химиолучевой терапии и хирургического удаления опухоли с учетом ее локализации, размера, степени местной распространенности и наличия метастазов в регионарные лимфатические узлы. В статье описан клинический случай вторичного поражения уретры метастатического характера из мочевого пузыря.

Ключевые слова: опухоль мочеиспускательного канала, метастатический рак мочеиспускательного канала, имплантационный метастаз, рак мочевого пузыря, резекция уретры, буккальная пластика уретры

Для цитирования: Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Рахимов Н.Т. и др. Реконструктивная пластика при метастазе рака мочевого пузыря в уретру (случай из практики). Онкоурология 2019;15(4):135–9.

DOI: 10.17650/1726-9776-2019-15-4-135-139

Reconstructive plastic surgery for bladder cancer metastasis into urethra (case report)

M.N. Tillyashaykhov, E.V. Boyko, N.T. Rakhimov, L.P. Koren', Sh.T. Khasanov, N.T. Abdusamatov, A.Kh. Ataboev

Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan;
383 Farobi St., Tashkent 100179, Republic of Uzbekistan

Due to few observations, a standard treatment scheme for metastatic cancer into urethra has not been developed yet. However it has become evident, that combined approach using neoadjuvant radiation or chemoradiotherapy together with surgical tumor removal, taking into account its location, size, local prevalence and metastases to regional lymph nodes, is much more effective. The article describes a clinical case of a secondary urethra metastatic lesion from bladder.

Key words: urethra tumor, metastatic urethra cancer, implant metastasis, bladder cancer, urethral resection, urethral buccal plastic

For citation: Tillyashaykhov M.N., Boyko E.V., Rakhimov N.T. et al. Reconstructive plastic surgery for bladder cancer metastasis into urethra (case report). Onkourologiya = Cancer Urology 2019;15(4):135–9. (In Russ.).

В повседневной клинической практике широкому кругу врачей встречаются так называемые «редкие болезни», о которых мало известно или вообще неизвестно. В литературе о таких заболеваниях часто невозможно найти обобщающую информацию, ранняя диагностика представляет большие трудности, а результаты лечения остаются неудовлетворительными. Поэтому приходится тратить много времени и сил для поиска причин возникновения этих патологий.

К злокачественным опухолям мочеиспускательного канала относятся первичный рак уретры, имплантационный метастатический рак уретры, а также редкие злокачественные новообразования, такие как меланома, рабдомиосаркома и др. Рак уретры является редкой опухолью, на которую приходится менее 1 % всех новообразований мочевыводящих путей.

Был выполнен поиск публикаций на эту тему в Кокрейновской библиотеке, базах данных Medline и Embase с использованием ключевых слов: urethral metastasis. В доступной нам литературе удалось обнаружить упоминания лишь о 600 случаях и 33 индексированные онлайн-статьи. Однако представленные данные, как правило, имеют описательный характер.

Метастатический рак мочеиспускательного канала встречается еще реже. При поражении полового члена метастазирование в кавернозное тело встречается чаще, чем в уретру [1–3]. Метастазирование в половой член в 28 % случаев обусловлено раком предстательной железы, а уретра считается имплантационным метастазом рака мочевого пузыря в 22 % случаев [4, 5]. Вторичное поражение мочеиспускательного канала злокачественными опухолями встречается редко

(0,01–0,05 %), если только не происходит прямого проникновения из первичных новообразований соседних органов [6]. Уретральный метастаз составляет менее 0,02 % всех урологических онкологических заболеваний. Уретральные метастазы были зарегистрированы из толстой кишки, легких, почек и предстательной железы [7]. Стандартизация метастатического поражения раком уретры очень сложна из-за низкого уровня заболеваемости и плохого прогноза. Тем не менее это требует своего решения.

Большинство исследователей в странах СНГ и за рубежом располагают лишь единичными наблюдениями. Поэтому стандартная тактика лечения метастатического рака в мочеиспускательный канал не разработана. Однако в настоящее время стало очевидно преимущество комбинированного подхода с применением неoadъювантной лучевой или химиолучевой терапии и хирургического удаления опухоли с учетом локализации, размера, степени местной распространенности опухоли и наличия метастазов в регионарные лимфатические узлы [8, 9].

Представляем клиническое наблюдение вторичного поражения уретры метастатического характера из мочевого пузыря.

Клинический случай

Больной С., 45 лет, находился на лечении в отделении онкоурологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии с 25.03.2019 по 15.04.2019. При поступлении предъявлял жалобы на рези при мочеиспускании, слизистые выделения из уретры, периодическое выделение капель крови в начале акта мочеиспускания.

В июне 2017 г. больной начал отмечать периодическую гематурию. Обратился в онкологический диспансер по месту жительства, где по данным цистоскопии по правой стенке мочевого пузыря вблизи устья правого мочеточника было обнаружено образование размером 4,0 × 4,5 см на плотном основании. По результатам ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии органов малого таза выявлено, что образование имеет признаки инвазии в мышечные слои, без изменений паравезикальной клетчатки. Данных о наличии вторичных регионарных и отдаленных изменений не получено. Больному поставлен диагноз С-г мочевого пузыря T2N0M0, в связи с чем 26.06.2017 ему была выполнена гемирезекция правой половины мочевого пузыря с уретероцистнеоанастомозом, подвздошно-обтураторная лимфодиссекция. Результат гистологического исследования: уретелиальный рак мочевого пузыря G₃, инвазия в мышечный слой. В лимфатических узлах реактивные изменения. В послеоперационном периоде пациент получал лучевую терапию в общей дозе 40 Гр и 5 курсов адъювантной химиотерапии гемцитабином по 2000 мг (в 1-й и 8-й дни) и карбоплатином в дозе 150 мг. Со слов

больного, от рекомендованной органосохраняющей операции он категорически отказался.

При появлении жалоб больной обратился в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, активный. Общий осмотр без особенностей. Локально имеется послеоперационный рубец в надлобковой области. Пальпаторно определяется уплотнение в верхней трети передней уретры. Мочится свободно.

По данным ультразвукового исследования зоны интереса наблюдаются эхокартина доброкачественной гиперплазии предстательной железы, утолщение стенок мочевого пузыря. Данных о наличии опухоли ткани мочевого пузыря не получено. Уретерогидронефроз справа I степени. При сканировании стволовой и головчатой части полового члена в проекции пенильной части уретры определяется солидное образование с неровным, местами нечетким контуром. При продольном сканировании отмечено, что образование занимает примерно 50 мм длины уретры (рис. 1). Дифференцировать спонгиозное тело уретры не представляет возможности. Кавернозные тела по данным эхограмм не заинтересованы в неопроцесс. При доплерографическом усилении в проекции опухолевых масс определяется усиленный сосудистый рисунок (рис. 2). Подвздошные лимфатические узлы не увеличены. Паховые лимфатические узлы размерами 5 × 10 и 6 × 12 мм с сохранением кортикамедулярной дифференцировки.

Больному 27.03.2019 под спинальной анестезией проведена уретероцистоскопия. Вход в уретру свободен. На 3 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала определяется рыхлое образование, при контакте легко кровоточит. Уретра в перепончатой и простатической частях без особенностей. Цистоскопическая



Рис. 1. Продольное ультразвуковое сканирование передней (пенильной) уретры: эхокартина солидного образования уретры

Fig. 1. Longitudinal ultrasound scan of an anterior (penile) urethra: echocardiography of an urethral solid formation

картина мочевого пузыря без признаков рецидива опухоли. Выполнена биопсия из опухоли уретры. Патогистологическое заключение: уротелиальный рак.

По данным магнитно-резонансной томографии в дистальных отделах уретры по левой боковой стенке на расстоянии 18 мм от головки полового члена определяется участок патологической интенсивности размером $61 \times 23 \times 18$ мм с гипоинтенсивными сигналами характеристиками в режимах T2- и T1-ВИ. Перепончатая и предстательные сегменты канала сохранены (рис. 3).

По решению консилиума больному 05.04.2019 проведена операция в объеме: меатомия, резекция

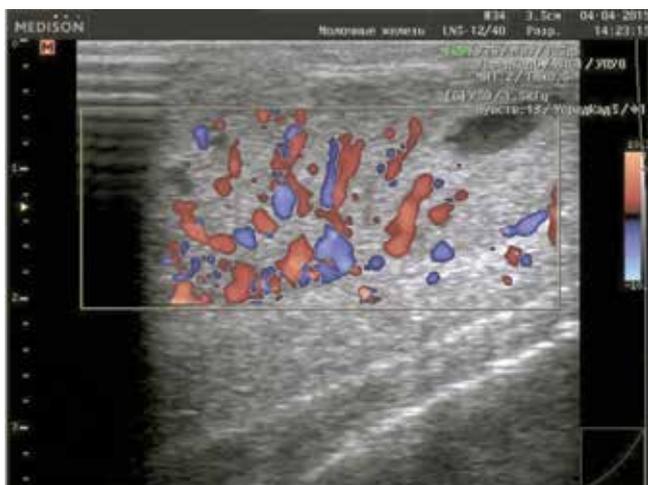


Рис. 2. Усиленный кровоток в проекции опухолевого узла при ультразвуковой доплерографии

Fig. 2. Ultrasound dopplerography of the increased blood flow in tumor node projection



Рис. 3. Магнитно-резонансная картина опухоли уретры

Fig. 3. Magnetic resonance result of an urethral tumor

уретры, буккальная пластика уретры. После установления мочевого катетера Фолея № 18 под общим интубационным наркозом выполнена меатомия, уретротомия. При ревизии по передней окружности уретры за головчатой частью отмечается опухолевая ткань мягкой консистенции, занимающая длину 50 мм (рис. 4). Проксимальная часть уретры чистая. Проведена плоскостная резекция измененной части уретры в пределах здоровых тканей (рис. 5). Макроскопически опухоль имеет неинфильтративный характер роста. При ревизии признаки инфильтрации белочной оболочки кавернозных тел не определяются. Решено было



Рис. 4. Этап операции: уретротомия; визуализируется опухоль по передней окружности губчатой части уретры

Fig. 4. Stage of an operation: urethrotomy; a tumor is visualized along the anterior circumference of the spongy urethra



Рис. 5. Этап операции: плоскостная резекция уретры с опухолью

Fig. 5. Stage of an operation: planar resection of urethra with tumor

выполнить буккальную пластику. Для этого иссечен участок щечной области слизистой оболочки с подслизистым слоем размером 7×2 см (рис. 6). Дефект слизистой оболочки щеки восстановлен атравматическими узловыми швами. После этого дефект уретры был закрыт трансплантатом и фиксирован рассасывающимися узловыми швами (рис. 7). На мочевом катетере и дренажной трубке sh3 проведена послойная пластика задней стенки уретры и кожи (рис. 8).

Удаленная опухоль серо-бурого цвета, мягкой консистенции, имеет размер 5×2 см (рис. 9). Длительность операции составила 75 мин. Патогистологическое заключение: уротелиальный рак G₃.

Послеоперационный период протекал гладко. Раны ротовой полости и уретры зажили первично. После удаления уретрального катетера пациент в течение 7 дней



Рис. 6. Этап операции: иссечение участка слизистой оболочки щечной области

Fig. 6. Stage of an operation: dissection of buccal region mucous membrane



Рис. 7. Этап операции: покрытие трансплантатом дефекта уретры

Fig. 7. Stage of an operation: covering urethral defect with a graft

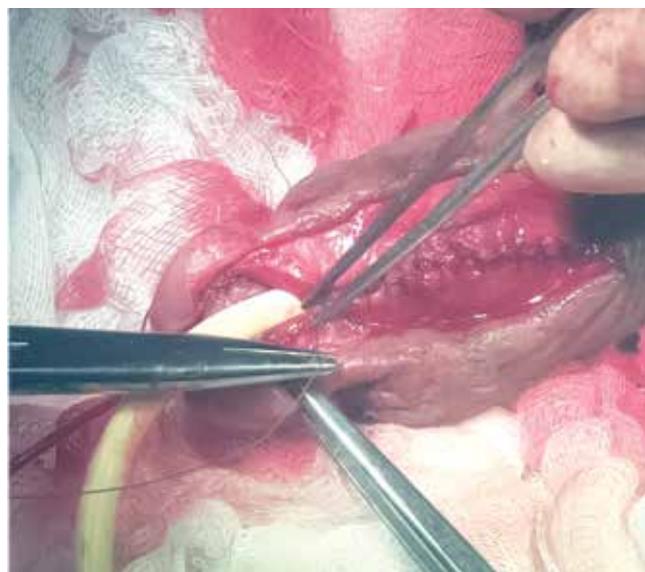


Рис. 8. Этап операции: восстановление уретры

Fig. 8. Stage of an operation: urethral reconstruction



Рис. 9. Макропрепарат удаленной опухоли

Fig. 9. Gross specimen of the removed tumor

наблюдался амбулаторно (мочеиспускание свободное, безболезненное). Больному была назначена химиотерапия по схеме: цисплатин в дозе 100 мг однократно в 1-й день, гемцитабин в дозе 2000 мг в 1-й и 8-й дни. В послеоперационном периоде пациенту проведены 4 курса полихимиотерапии по указанной схеме.

При последнем обращении через 4 мес после хирургического лечения пациент жалоб не предъявляет, мочится адекватно. В динамике данных о рецидивировании процесса не получено.

Представлен редкий случай периодической инициальной гематурии, вызванной метастатическим одиночным узлом в уретре, как результат имплантационного метастазирования рака мочевого

пузыря. Диагноз вторичного поражения уретры был установлен по клиническим подозрениям, на основании анамнеза пациента и с изучением морфологии опухоли. Метастазирование рака мочевого пузыря в уретру встречается редко. Лечение должно быть междисциплинарным с индивидуальным подходом. Хирургическое вмешательство – вариант лечения, но решения должны приниматься на основании

результатов обследования, наличия объема местного поражения тканей метастатического узла, а также признаков отдаленного метастазирования.

Это 2-й случай в нашей практике с применением ступенчатой диагностики и хирургическим лечением. Мы считаем, что это эффективный способ лечения пациентов, у которых прогноз в среднесрочной перспективе положительный.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Blocksom B.H. Bladder pouch for prolonged tubeless cystostomy. *J Urol* 1957;78(4):398–401.
2. Chitale S.V., Burgess N.A., Sethia K.K. et al. Management of urethral metastasis from colorectal carcinomas. *ANZ J Surg* 2004;74(10):925–7. DOI: 10.1111/j.1445-1433.2004.03081.x.
3. Hung C.F., Lee C.H., Hung S.W. et al. Invasive adenocarcinoma of the prostate with urethral tumor. *J Chin Med Assoc* 2010;73(2):101–3. DOI: 10.1016/S1726-4901(10)70010-1.
4. Abeshouse B.S., Abeshouse G.A. Metastatic tumors of the penis: a review of the literature and a report. *J Urol* 1961;86:99–112. DOI: 10.1016/s0022-5347(17)65117-6.
5. Blanco Diez A., Ruibal Moldes M., Rodríguez-Rivera García J. et al. Metastasis of prostatic carcinoma to the urethra: report of a case. *Actas Urol Esp* 2003;27(9):735–8. DOI: 10.1016/s0210-4806(03)73006-x.
6. Tefilli M.V., Gheiler E.L., Shekarriz B. et al. Primary adenocarcinoma of the urethra with metastasis to the glans penis: successful treatment with chemotherapy and radiation therapy. *Urology* 1998;52(3):517–9. DOI: 10.1016/s0090-4295(98)00224-6.
7. Fukata S., Inoue K., Moriki T., Shuin T. A solitary metastasis of renal cell carcinoma to the urethra. *J Urol* 2000;163(4):1245–6.
8. Iverson A.P., Blackard C.E., Schulberg V.A. Carcinoma of the prostate with urethral metastases. *J Urol* 1972;108(6):901–4. DOI: 10.1016/s0022-5347(17)60902-9.
9. Zardawi I., Chong P. Metastatic prostate cancer to the urethra masquerading as urothelial carcinoma. *Urol Case Rep* 2016;7:33–6. DOI: 10.1016/j.eucr.2016.03.007.

Вклад авторов

М.Н. Тилляшайхов: разработка концепции и дизайна исследования, анализ полученных данных;
 Е.В. Бойко: сбор и обработка материала, написание текста рукописи;
 Н.Т. Рахимов: написание текста рукописи;
 Л.П. Корень, А.Х. Атабоев: разработка концепции и дизайна исследования;
 Ш.Т. Хасанов, Н.Т. Абдусаматов: сбор и обработка материала.

Authors' contributions

M.N. Tillyashaykhov: developing the research concept and design, analysis of the obtained data;
 E.V. Boyko: material collection and processing, article writing;
 N.T. Rakhimov: article writing;
 L.P. Koren', A.Kh. Ataboev: developing the research concept and design;
 Sh.T. Khasanov, N.T. Abdusamatov: collection and processing.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Информированное согласие. Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Informed consent. The patient gave written informed consent to the publication of his data.

Статья поступила: 24.08.2019. Принята к публикации: 26.09.2019.

Article submitted: 24.08.2019. Accepted for publication: 26.09.2019.