



СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.61-006.6:616.45-006-06

Г.А. ПОЛЯКОВА, В.В. КОЛОСКОВ, Т.А. БРИТВИН

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, 129110, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2

Метахронный метастаз рака почки в контралатеральный надпочечник, мимикрирующий многокамерную кисту, у больного, страдающего множественной миеломой и ранее оперированного по поводу рака почки и метастаза в надпочечник (клиническое наблюдение)

Полякова Галина Александровна — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник патологоанатомического отделения, тел. +7-915-456-79-92, e-mail: koloskovvv@inbox.ru

Колосков Владимир Владимирович — кандидат медицинских наук, младший научный сотрудник отделения хирургической эндокринологии, тел. +7-906-703-26-25, e-mail: koloskovvv@inbox.ru

Бритвин Тимур Альбертович — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения хирургической эндокринологии, тел. +7-916-500-56-22, e-mail: t.britvin@gmail.com

Представлено наблюдение метахронного метастаза рака почки в контралатеральный надпочечник, мимикрирующий многокамерную кисту, у больного, страдающего множественной миеломой и ранее оперированного по поводу рака почки и метастаза в надпочечник. Морфологические критерии и иммуногистохимические маркеры помогли идентифицировать метахронный метастаз в контралатеральный надпочечник, мимикрирующий кисту.

Ключевые слова: надпочечник, почечно-клеточный рак, метастазы, иммуногистохимия.

G.A. POLYAKOVA, V.V. KOLOSKOV, T.A. BRITVIN

M.F. Vladimirsky Moscow Regional Scientific and Research Institute, 61/2 Schepkina St., Moscow, Russian Federation 129110

Metachronous metastasis of kidney cancer to the contralateral adrenal, mimicking the multilocular cyst, in patient suffering from multiple myeloma and previously operated for kidney cancer and adrenal metastasis (clinical observation)

Polyakova G.A. — D. med. Sc., Professor, chief research associate of the department of morbid anatomy, tel. +7-915-456-79-92, e-mail: koloskovvv@inbox.ru

Koloskov V.V. — Candidate of Medical Science, junior research associate of the department of endocrine surgery, tel. +7-906-703-26-25, e-mail: koloskovvv@inbox.ru

Britvin T.A. — D. med. Sc., leading research associate of the department of endocrine surgery, tel. +7-916-500-56-22, e-mail: t.britvin@gmail.com

Metachronous metastasis of kidney cancer to the contralateral adrenal, mimicking the multilocular cyst, in patient with multiple myeloma and previously operated for kidney cancer and metastasis to the contralateral adrenal is discussed. Morphological criteria and immunohistochemical markers helped to identify metachronous metastasis to the contralateral adrenal mimicking cyst.

Key words: adrenal body, renal cell carcinoma, metastasis, immunohistochemistry.

Надпочечники занимают четвертое место по частоте метастазов в них после легких, печени и костей. Метастазы рака почки классифицируются по локализации на ипсилатеральные (на стороне пораженной почки), контралатеральные и билатеральные. По времени выявления они подразделяются на синхронные и метакхронные. Первые обнаруживаются одновременно или в течение 6 месяцев после выявления первичной опухоли, вторые позже чем через 6 месяцев [1]. Метакхронные метастазы, по данным МОНИКИ, наблюдались в сроки от 9 месяцев до 16 лет, а по данным литературы, до 23 лет [2].

Широкое внедрение современных лучевых методов дооперационной визуализации (УЗИ, РКТ, МРТ) и накопление опыта их использования привели к резкому увеличению случайно выявленных опухолей надпочечников (инциденталом), среди которых до 30% являются метастатическими [3-5]. Для верификации метакхронного метастаза почечно-клеточного рака в надпочечники возрастает значимость сопоставления гистологического строения опухоли в удаленной почке и удаленном надпочечнике. Дифференциальная диагностика метастазов рака почки в надпочечник является довольно сложной для патоморфологов. Гистоструктура аденокортикальных опухолей и светлоклеточного («гипернефроидного») почечно-клеточного рака имеет много «сходного». В то же время возможно метастазирование в надпочечник других морфологических форм почечно-клеточного рака, например, зозинофильно-клеточного или онкоцитарного, которые приходится дифференцировать с аденокортикальными карциномами, аденокортикальными опухолями с неопределенным прогнозом малигнизации и даже с феохромоцитомами. В этих случаях дифференциальная диагностика еще труднее, хотя она базируется на тех же признаках, но тогда обязательно привлекаются иммуногистохимические маркеры.

Новообразования надпочечников (особенно двухсторонние) у пациентов с наличием в анамнезе онкологического заболевания должны рассматриваться как потенциально метастатические, при этом время, прошедшее после лечения первичной опухоли, не имеет существенного значения. В работах, посвященных визуализации данных опухолей, прослеживается мнение, согласно которому у такого пациента изолированная опухоль надпочечника менее 3 см и без признаков злокачественности, вероятнее всего, является аденомой. На основании анализа опыта работы рентгенологического отдела МОНИКИ и данных литературы можно утверждать, что УЗИ и РКТ (либо МРТ) позволяют выявлять прямые (инфильтративный рост, наличие других метастазов) и/или косвенные (большие размеры, многоузловое строение, неоднородность структуры, нечеткие контуры, наличие кальцинатов) признаки злокачественности опухоли надпочечника. При РКТ отображением значительного липид-содержания в аденомах можно считать пониженную плотность этих образований, в то время как ткань метастазов обычно характеризуется средними денситометрическими значениями. Однако метастазы почечно-клеточной карциномы гистологически схожи с тканью коры надпочечника, содержат в своем составе липиды и в отдельных случаях практически неотличимы от аденокортикальных аденом.

Метастазирование в надпочечники может быть выявлено раньше, чем установлена первичная опухоль. Поэтому при случайном обнаружении новообразования в надпочечниках следует думать о возможности его метастатического характера и в связи с этим проводить соответствующие исследования. Несмотря на то, что адrenaлэктомия не всегда выполняется одновременно с нефрэктомией, а часто бывает отсроченной, отмечаются хорошие отдаленные результаты, так как именно при данной локализации первичной опухоли метастаз в надпочечник может быть изолированным [5-7].

В 13 наших наблюдениях метастазы в надпочечниках выявлены в сроки от 9 месяцев до 16 лет после проведенного лечения (метакхронные метастазы). Контралатеральные метастазы выявлены в 4 из них. В одном наблюдении метастаз диаметром 4,5 см. был обнаружен при УЗИ через 3 месяца после нефрэктомии и наиболее вероятно был пропущен при нефрэктомии. Наибольший интерес представляло наблюдение контралатерального метастаза, в котором адrenaлэктомия была выполнена через 14 лет после нефрэктомии, произведенной по поводу почечно-клеточного рака. Был удален правый надпочечник с опухолью весом 200 г. По данным гистологического исследования, строение опухоли надпочечника соответствовало светлоклеточному почечно-клеточному раку с обширными очагами некроза. Это наблюдение иллюстрирует длительное развитие и относительно доброкачественное течение одиночного метастаза почечно-клеточного рака в контралатеральный надпочечник.

Приводим новое собственное наблюдение относительно длительного развития одиночного метастаза почечно-клеточного рака в контралатеральный надпочечник у пациента, страдающего миеломной болезнью.

Больной П., 63 года, поступил 07.06.2011 в отделение хирургической эндокринологии МОНИКИ с направительным диагнозом: Гормонально-неактивная опухоль левого надпочечника. Множественная миелома 3А стадия. При поступлении жаловался на периодически возникающие ощущения дискомфорта в левом подреберье. В анамнезе: в 2001 г. была произведена нефрэктомия и адrenaлэктомия справа по поводу светлоклеточного рака правой почки с метастазом в надпочечник. В 2001 г. также была диагностирована множественная миелома, по поводу которой больной получает химиотерапию согласно протоколу. В настоящее время по заключению гематолога МОНИКИ — ремиссия заболевания. В анамнезе плазмотрансфузия без осложнений, а также операция по поводу контрактуры Дюпюитрена и кистей обеих рук.

До поступления в указанную клинику при УЗИ была выявлена опухоль левого надпочечника размером 7 см. Мультиспиральная РКТ (рис. 1): в забрюшинном пространстве слева определяется объемное образование 67x49x51 мм округлой формы; структура негомогенна, с преобладанием выраженного кистозного компонента, окруженного неравномерной толщины стенкой, и наличием выраженных септ; при контрастировании в артериальную фазу отмечалось накопление препарата стенкой образования до 77 ед.Н., в отсроченную фазу показатели плотности сохранялись высокими (45 ед.Н.). Заключение:

Рисунок 1.

Компьютерная томограмма. Объемное образование в забрюшинном пространстве слева 67x49x51 мм, округлой формы; структура неомогенная, с преобладанием выраженного кистозного компонента, окруженного неравномерной толщиной стенкой и наличием выраженных септ

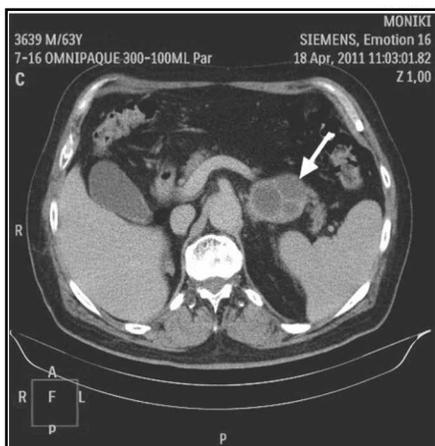


Рисунок 2.

Макропрепарат. Обзорный снимок. Левый надпочечник с новообразованием округло-овальной формы и бугристой поверхностью, масса 76 г, размер 7,5x6,0x6,0 см

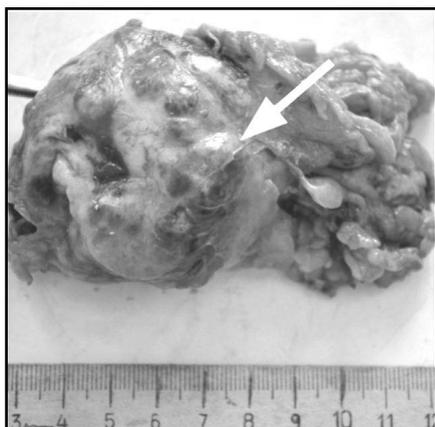
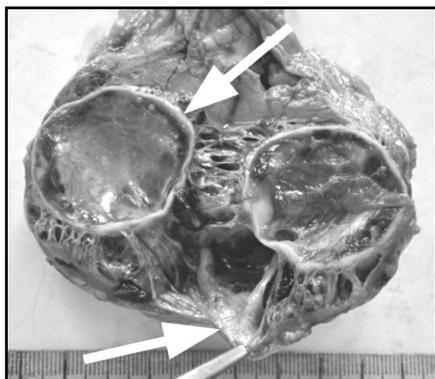


Рисунок 3.

Макропрепарат. Новообразование на плоскостных разрезах. Многокамерная киста. Наиболее крупная киста(->) диаметром 4,0x3,0 см с фиброзной стенкой толщиной 0,3-0,2 см, киста с тонкой стенкой диаметром 3,0 см(->), а также множественные мелкие кисты диаметром 0.1-0,2 см



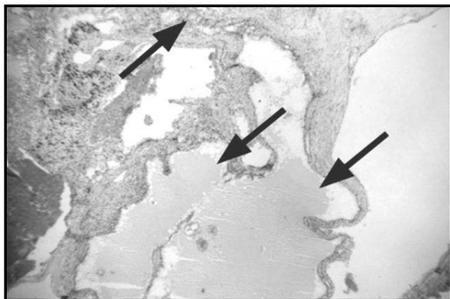
опухоль забрюшинного пространства слева, исходящая, вероятнее всего, из надпочечника (с учетом анамнеза вторичного генеза). Гормональные исследования (АКТГ, кортизол, альдостерон и активность ренина; свободный кортизол и метанефрина в суточной моче) не выявили нарушений функциональной активности надпочечника. Диагноз: Гормонально-неактивная опухоль левого надпочечника; состояние после правосторонней нефрэктомии и адреналэктомии по поводу рака почки и метастатической опухоли надпочечника. Множественная миелома, стадия 3А. 07.06.2011 — левосторонняя тораколумботомия (10-е межреберье). В верхнем полюсе левой почки обнаружена киста с прозрачным содержимым, диаметром 1,5 см; в левом надпочечнике выявлено опухолевидное образование округло-овальной формы диаметром 7 см с бугристой поверхностью, регионарные лимфатические узлы пальпаторно и визуально не изменены. Произведена адреналэктомия с удалением окружающей жировой клетчатки.

Макроскопически: поверхность новообразования бугристая, масса 76 г, размер 7,5x6,0x6,0 см (рис. 2). На разрезе многокамерная киста с плотной белесоватой стенкой диаметром 7 см, содержимым буроватого цвета мягкой консистенции (рис. 3). Толщина стенки наиболее крупной камеры с диаметром 4,0x3,0 см -0,3-0,2 см. Имеется также камеры с тонкой стенкой диаметром 3,0 см, а также множественные мелкие камеры диаметром 0,1-0,2 см. По периферии новообразования надпочечник неравномерно истончен. Вне кисты кора 0,1 см, мозговое вещество слабо выражено. Гистологически: кситозные полости заполненные кровью, в толще фиброзных стенок кисты выявлены «островки» ткани надпочечника (рис. 4). Стенки выстланы светлыми клетками (рис. 6, 8). По данным иммуногистохимического (ИГХ) исследования клетки, выстилающие камеры кисты, экспрессируют CD10, цитокератины AE1/AE3 и 8/18 (рис. 5, 7, 9). Реакция с CD34 отрицательная. Заключение: по совокупности данных гистологического и иммуногистохимического исследований — метастаз рака почки в надпочечник. Состояние после выписки удовлетворительное. В марте 2012 года проведено динамическое обследование: ремиссия миеломной болезни сохраняется, новые метастазы не выявлены, получает заместительную гормональную терапию (преднизолон, кортинейф).

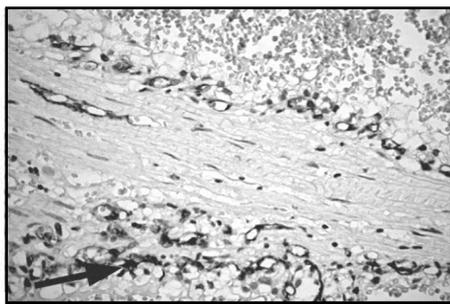
Данное наблюдение иллюстрирует возможность относительно доброкачественного течения и длительного по времени одиночного метастаза почечно-клеточного рака в контралатеральный надпочечник, у больного, ранее перенесшего нефрэктомии и адреналэктомию по поводу рака и метастаза в ипсилатеральный надпочечник. Дифференциальная диагностика метастатической опухоли с кистозными изменениями, мимикрирующую многокамерную кисту надпочечника, была возможна лишь после проведения ИГХ исследования с использованием маркеров широкого спектра. Особый интерес представляет то, что больной более 10 лет страдает множественной миеломой, по поводу которой проводилась химиотерапия. В литературе нам не встречались сообщения о двусторонних метастатических опухолях рака почки в надпочечники у больных с множественной миеломой.

**Рисунок 4.**

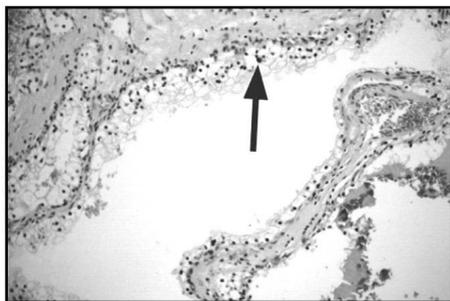
Микропрепарат. Кистозные полости, заполненные кровью(->). В толще фиброзных стенок определяются очаги ткани надпочечника(->). Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение 125

**Рисунок 5.**

Микропрепарат. Экспрессия цитокератинов AE1/AE3 в эндокриноцитах надпочечника. Увеличение 400

**Рисунок 6.**

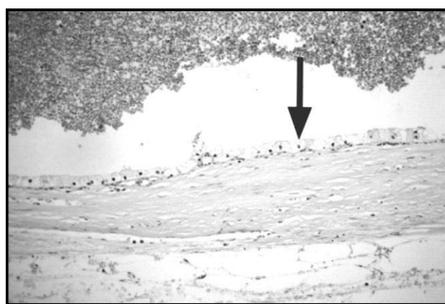
Микропрепарат. Светлые клетки почечно-клеточного рака, выстилающие стенку кисты. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение 220

**Рисунок 7.**

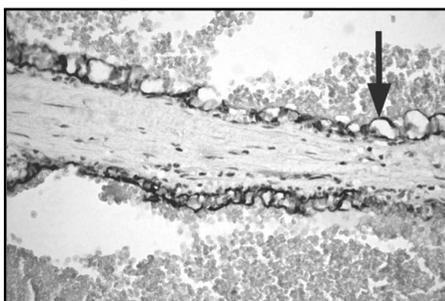
Микропрепарат. Положительная реакция с антителами к цитокератинам 8/18 — маркеру почечно-клеточного рака. Увеличение 225

**Рисунок 8.**

Микропрепарат. Светлые клетки почечно-клеточного рака. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение 400

**Рисунок 9.**

Микропрепарат. Положительная реакция с CD10 — ИГХ маркером почечно-клеточного рака в клетках, выстилающих стенку кисты, увеличение 400

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Матвеев В.Б., Баронин А.А. Метастазы рака почки в надпочечнике. Роль адrenaлэктомии // Урология. — 2002. — № 3. — С. 11-15.
2. Трапезникова М.Ф., Богатырев О.П., Бычкова Н.В. и др. Метастазы опухоли почки в надпочечниках // Урология. — 2004. — № 1. — С. 25-30.
3. Brunt L.M., Moley J.F. Adrenal incidentaloma // World J Surg. — 2001. — Vol. 25 (7). — P. 905-913.
4. Lam K.Y., Lo C.Y. Metastatic tumors of the adrenal glands: a 30-year experience in a teaching hospital // Clin. Endocrinol. — 2002. — Vol. 56. — P. 95-101.

5. Murakami S., Terakado M., Hashimoto T. et al. Adrenal metastasis from rectal cancer: report of a case // Surg.Today. — 2003. — Vol. 33. — P. 126-130.
6. Wade T.P., Longo W.E., Virgo K.S. et al. A comparison of adrenalectomy with other resections of metastatic cancer // Am.J.Surg. — 1998. — Vol. 175, № 3. — P. 183-186.
7. Weithofer P., Schott W., Bosse A. et al. Renal cell carcinoma: unusual late metastases 14 and 23 years after transplantation // Dtsch. Med. Wochenschr. — 2009. — Vol. 134, № 34-35. — P. 1674-1676.