

Синхронные уротелиальные и почечно-клеточные опухоли: обзор литературы и наблюдения из практики

С.В. Афонин, В.Б. Матвеев, И.Е. Тюрин

ГУРОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Контакты: Сергей Валентинович Афонин asv2931@yandex.ru

Наличие синхронных почечно-клеточной и уротелиальной карцином у одного и того же пациента наблюдается редко. В статье освещаются вопросы эпидемиологии, диагностики, лечения представленного вида патологии, приводятся данные собственных наблюдений, особенности каждого конкретного случая.

Ключевые слова: синхронные, уротелиальные, почечно-клеточные опухоли

Synchronous urothelial and renal cell carcinomas: a review of literature and clinical notes

S.V. Afonin, V.B. Matveyev, I.E. Tyurin

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Synchronous renal cell and urothelial carcinomas are rare in the same patient. The paper describes the epidemiology, diagnosis, and treatment of the given type of pathology and presents the data of the authors' observations and the specific features of each specific case.

Key words: synchronous, urothelial, renal cell tumors

Синхронное возникновение почечно-клеточной и уротелиальной опухолей в одной и той же почке встречается крайне редко. Первый случай наблюдения синхронных почечно-клеточной и уротелиальной карцином в одной и той же почке описал Graves в 1921 г. В 1967 г. A.S. Villegas сделал сообщение о случае обнаружения синхронных почечно-клеточных и уротелиальных билатеральных опухолей почки при исследовании аутопсийного материала [1]. S.K. Hong и соавт. нашли в литературе только 7 сообщений о синхронных опухолях, которые были описаны вследствие изучения не аутопсийного материала [2]. Hart и соавт. при широком анализе англосаксонской литературы обнаружили 24 случая синхронных опухолей в одной и той же почке [3]. В испанской литературе первый случай вышеупомянутых опухолей был описан R. Peyri и соавт. [4]. M. Cortina и соавт. выявили в общей сложности 44 синхронные опухоли, включая уротелиальные опухоли почечной лоханки и мочеточника [5]. Различными авторами были опубликованы сообщения о первично множественных опухолях: почечно-клеточной в почке и уротелиальной в мочеточнике в сочетании с фибросаркомой, а также почечно-клеточной и уротелиальной опухолей в сочетании с лимфомой в одной и той же почке [1, 5–7]. Наиболее часто уротелиальная опухоль обнаруживается в почечной лоханке, при этом не характерно ее возникновение в почечных чашках [3]. Н.Е. Wegner

и соавт. в своей работе показали, что медиана возраста в группе больных с синхронными опухолями в одной и той же почке составила 65 лет [8]. Преимущественно данная патология встречалась у мужчин (в соотношении 2:1) и опухоли локализовались чаще слева (3:1) [6]. В литературе имеется сообщение, в котором указывается на высокую подверженность развитию синхронных опухолей пациентов, получающих хронический гемодиализ [9–11]. У данной группы больных значительно возрастает риск возникновения опухолей мочевыделительной системы, при этом почечно-клеточные и уротелиальные опухоли — наиболее частые из всех упоминавшихся в литературе [10, 12–16]. С.Т. Lee и соавт. высказывают мнение о том, что пролонгированный уремический статус может повышать восприимчивость органов мочевыделительной системы к развитию 2 различных типов злокачественных опухолей [9]. Прослежена четкая взаимосвязь между приобретенной кистой почки и почечно-клеточным раком у больных, получающих хронический гемодиализ. Пролиферация эпителия выстилки кист также рассматривается как субстрат возможной опухолевой трансформации [11].

Окончательный диагноз устанавливают по результатам планового гистологического исследования. G. Garcia и соавт., обобщив в своей работе данные мировой литературы, пришли к заключению, что правильный диагноз синхронных почечно-клеточных

и уротелиальных опухолей в одной и той же почке можно установить лишь в результате патоморфологического исследования удаленного макропрепарата [17]. Однако в настоящее время существуют трудности в определении морфологических различий между недифференцированными уротелиальными опухолями и карциномами собирательных канальцев по причине ассоциации тех и других типов опухолей с фиброзной и десмопластической стромой, а также наличия тубулярного типа роста.

Как это имеет место в общей популяции, макрогематурия остается основным симптомом опухоли органов мочевыделительной системы [14, 15] и встречается в 90% случаев [8]. Однако если рассматривать группу больных, получающих хронический гемодиализ, то они не имеют адекватной уродинамики, следовательно, и гематурия у них менее выражена, что затрудняет ее распознавание по сравнению с пациентами, имеющими нормальную функцию почек. Некоторые авторы указывают на наличие субъективных симптомов: боли в поясничной области и ощущения «плюс-ткани» [3, 5–8, 18, 19].

А. Demir и соавт. (2004) проанализировали данные 25 случаев синхронных опухолей, описанных в литературе, отметив при этом, что факты сочетанной локализации почечно-клеточной и уротелиальной опухоли в одной и той же почке являлись случайной находкой. Та же группа авторов описала клинический случай, при котором пациенту была выполнена радикальная нефрэктомия по поводу диагностированной с помощью компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) инфильтративной опухоли с некротическим компонентом в верхнем полюсе правой почки. При гистологическом исследовании удаленного макропрепарата были обнаружены 2 опухоли различного строения: одна из них, исходящая из неизмененного уротелия почечной лоханки, инфильтрировала паренхиму в виде солидной структуры тубулярного типа роста. Другая опухоль была изолирована от первой, но локализовалась рядом и была интерпретирована как высокодифференцированный почечно-клеточный рак [20]. Диагностировать синхронные опухоли перед операцией довольно трудно, поскольку имеется немного случаев правильной предоперационной диагностики [18]. Ультразвуковое исследование (УЗИ) обычно не позволяет дифференцировать обе опухоли в почке. Наилучший путь к решению данной диагностической проблемы — это прицельное обследование почечной лоханки и выявление карциномы *in situ* [7]. Нужно отметить, что наличие карциномы *in situ* и экспрессия высокомолекулярного цитокератина помогают определить начало развития этих опухолей и облегчают дифференциальную диагностику. Некоторые авторы, например А.Р. Нарт

и соавт., рекомендуют выполнять иммуногистохимическое исследование синхронных ипсилатеральных почечно-клеточных и уротелиальных опухолей, подчеркивая при этом, что эти новообразования положительны в отношении цитокератина и эпителиального антигена мембраны при отсутствии гиперэкспрессии p53 [3].

У большинства пациентов имеют место уротелиальные опухоли низкой стадии, хотя некоторыми авторами описаны случаи с высокой стадией [3, 5, 8].

Стратегия лечения двух видов раков такая же, как и в общей популяции — хирургический метод остается основным [14, 15]. В.Р. Jozsi и Н.А. Wise описали первый случай выполненной трансабдоминальной резекции почки по поводу локализованного уротелиального рака почечной лоханки и радикальной нефрэктомии по поводу рака контралатеральной почки у одного и того же пациента [21]. S.K. Hong, S.J. Jeong и соавт. сообщая о 7 случаях синхронных опухолей, делают акцент на попытке максимального сохранения почечной паренхимы [2]. При доказанном наличии синхронных опухолей в одной и той же почке предпочтение всегда должно отдаваться нефроуретерэктомии. Однако при первоначально выполненной нефрэктомии отсроченная уретерэктомия показана молодым пациентам с положительными уретеральными краями и при опухолях высокой стадии.

Прогноз при синхронных опухолях аналогичен прогнозу обеих изолированных опухолей [17].

Особенно пристальному динамическому наблюдению должны подвергаться больные группы высокого риска, в частности больные, получающие хронический гемодиализ. Для данных пациентов необходимо регулярное обследование с тщательным последующим наблюдением.

В отделении урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН в разное время наблюдалось 3 пациента с синхронными ипсилатеральными уротелиальными и почечно-клеточными опухолями. Приводим краткое описание случаев.

Мужчина, 72 лет, поступил с единственной жалобой на ноющие боли в правой поясничной области. По данным УЗИ и КТ с внутривенным контрастированием выявлена солидная опухоль паренхимы правой почки диаметром 2,5 см. По результатам уретеропиелоскопии выявлено экзофитное образование в нижней трети правого мочеточника диаметром 0,5 см. Пациенту была выполнена диагностическая трансуретральная резекция устья правого мочеточника. Гистологическое заключение: уротелиальный рак II степени анаплазии, растущий в пределах слизистой и подслизистого слоев. Следующим диагностическим этапом произведена пункционная биопсия опухоли правой почки под ультразвуковым контролем. Цитологическое заключение: почечно-клеточный рак. Больному пла-

нировалось выполнить нефроуретерэктомию справа с резекцией мочевого пузыря, однако от предложенной операции пациент отказался.

Мужчина, 63 лет, поступил с жалобами на примесь крови в моче, учащенное мочеиспускание. Была выполнена цистоскопия: из устья правого мочеточника в полость мочевого пузыря пролабировала опухоль размером 1,0х1,5 см, кровоточащая при контакте. По данным экскреторной урографии, КТ, УЗИ констатированы отсутствие функции правой почки, истончение ее паренхимы, наличие дилатации правого мочеточника до 5,0 см в диаметре. Больному была выполнена операция в объеме нефроуретерэктомии справа с резекцией мочевого пузыря. Гистологическое заключение: почечно-клеточный светлоклеточный рак, уротелиальный рак мочеточника II степени анаплазии. В данном случае опухоль почки стала случайной находкой при гистологическом исследовании удаленного макропрепарата и была представлена опухолевым узлом округлой формы диаметром 3,5 см.

Мужчина, 42 лет, поступил с жалобами на примесь крови в моче. При обследовании по данным экскреторной урографии, селективной ангиографии, УЗИ была диагностирована опухоль правой почки. Произведена нефрэктомия справа. Гистологическое заключение: уротелиальный рак лоханки и светлоклеточный рак почки в корковом веществе.

Как видно из приведенных выше клинических примеров, 2-я опухоль иного гистологического строения (почечно-клеточный рак во 2-м случае и уротелиальный рак — в 3-м) была установлена только по результатам морфологического исследования и, по сути, стала случайной находкой. Данный факт диктует необходимость выполнения тщательной уточняющей предоперационной диагностики при малейших подозрениях на наличие синхронных опухолей, обнаружение которых в некоторых случаях приведет к изменению тактики хирургического лечения, что, в свою очередь, позволит улучшить отдаленные результаты, а следовательно, улучшить прогноз.

ЛИТЕРАТУРА

- Villegas A.S. Bilateral primary malignant renal tumors of dissimilar histogenesis: report of 2 cases and review of the literature. *J Urol* 1967;98: 450—5.
- Hong S.K., Jeong S.J., Lee S.E. A case of renal transitional cell carcinoma associated with synchronous contralateral renal cell carcinoma. *J Korean Med Sci* 2001;16:108—10.
- Hart A.P., Brown R., Lechago J. et al. Collision of transitional cell carcinoma and renal cell carcinoma in a single kidney: an immunohistochemical study and review of the literature. *Cancer* 1994;73: 154—9.
- Peyri R., Ferrer Roca O., Mallafre J.M. et al. Carcinoma urotelial e hipernefroma renal en el mismo rinon. *Actas Urol Esp* 1979;3:105—6.
- Merenciano Cortina F.J., Laforga J., De la Morena E. et al. Carcinoma transicional de ureter y carcinoma ipsilateral sincronico de celulas renales en rinon hidronefrotico: Asociacion infrecuente. *Actas Urol Esp* 2001;25:380—4.
- Fukasawa M., Kobayashi H., Matsushita K. et al. Intraperitoneal rupture of giant hydronephrosis due to ureteral cancer accompanied by renal cell carcinoma. *J Urol* 2002;167:1393—4.
- Bernie J.E., Albers L., Baird S., Parsons C.L. Synchronous ipsilateral renal adenocarcinoma, transitional cell carcinoma of the renal pelvis and metastatic renal lymphoma. *J Urol* 2000;164:773—4.
- Wegner H.E., Bornhoft G., Dieckmann K.P. Renal cell cancer and concomitant transitional cell cancer of the renal pelvis and ureter in the same kidney—report of 4 cases and review of the literature. *Urol Int* 1993; 51: 158—63.
- Lee C.-T., Lin J.-W., Hsu K. et al. Concurrent renal cell carcinoma and transitional cell carcinoma in a chronic hemodialysis patient. *Renal Failure* 2003;25(5):863—9.
- Port F.K., Ragheb N.E., Schwartz A.G., Hawthorne V.M. Neoplasms in dialysis patients: a population-based study. *Am J Kidney Dis* 1989;14:119—23.
- Marple J.T., Mac Dougal M. Development of malignancy in end-stage renal disease. *Semin Nephrol* 1993;13:306—14.
- Chen K.S., Lai M.K., Huang C.C. et al. Urologic cancers in uremic patients. *Am J Kidney Dis* 1995;25:694—700.
- Chiang H.S., Guo H.R., Hong C.L. et al. The incidence of bladder cancer in the black foot disease endemic in Taiwan. *Br J Urol* 1993;71:274—8.
- Ou J.H., Pan C.C., Lin J.S.N. et al. Transitional cell carcinoma in dialysis patients. *Eur Urol* 2000;37:90—4.
- Levine E. Renal cell carcinoma in uremic acquired renal cystic disease: incidence, detection, and management. *Urol Radiol* 1992;13:203—10.
- Pecqueux J.C., Schwartz A., Dieckmann K.P., Offermann G. Cancer incidence in patients on chronic dialysis and in renal transplant recipients. *Urol Int* 1990;45:290—2.
- Garcia G.I., Patron R.R., Someso C.S. et al. Tumor sincronico renal: asociacion de adenocarcinoma renal y tumor transicional de pelvis renal, en el mismo rinon, un hallazgo excepcional. *Actas Urol Esp* 2005;(7):711—4.
- Doria F.P.L. Martinez-Valls G.J.P., Egea M.M. et al. Carcinoma de celulas transicionales y adenocarcinoma de celulas renales: caso inusual de asociacion en el mismo rinon. *Actas Urol Esp* 1998;22:431—3.
- Wang M.C., Tseng C.C., Lan R.R. et al. Double cancers of the kidney and ureter complicated with emphysematous pyelonephritis within the parenchyma of the renal tumor. *Scand J Urol Nephrol* 1999;33:420—2.
- Demir A., Onol F.F., Bozkurt S., Turkeri L. Synchronous ipsilateral conventional renal cell and transitional cell carcinoma. *Int Urol Nephrol* 2004;36:499—502.
- Jozsi B.P., Wise H.A. 2nd, Quilter T.N., Evans W.E. Bilateral simultaneous kidney tumors of dissimilar cell type: a case report with emphasis on operative approach. *J Urol* 1976;116:655—7.