

# 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](mailto: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, веретенноклеточный 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, oncurology

## 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 веретенновидных 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  $\geq 30$  %, 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  $74 \times 75$  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

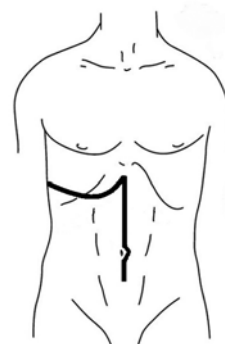


Рис. 2. Верхне-среднесрединная лапаротомия (схема): торакофренотомия справа

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	Референт- ные 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

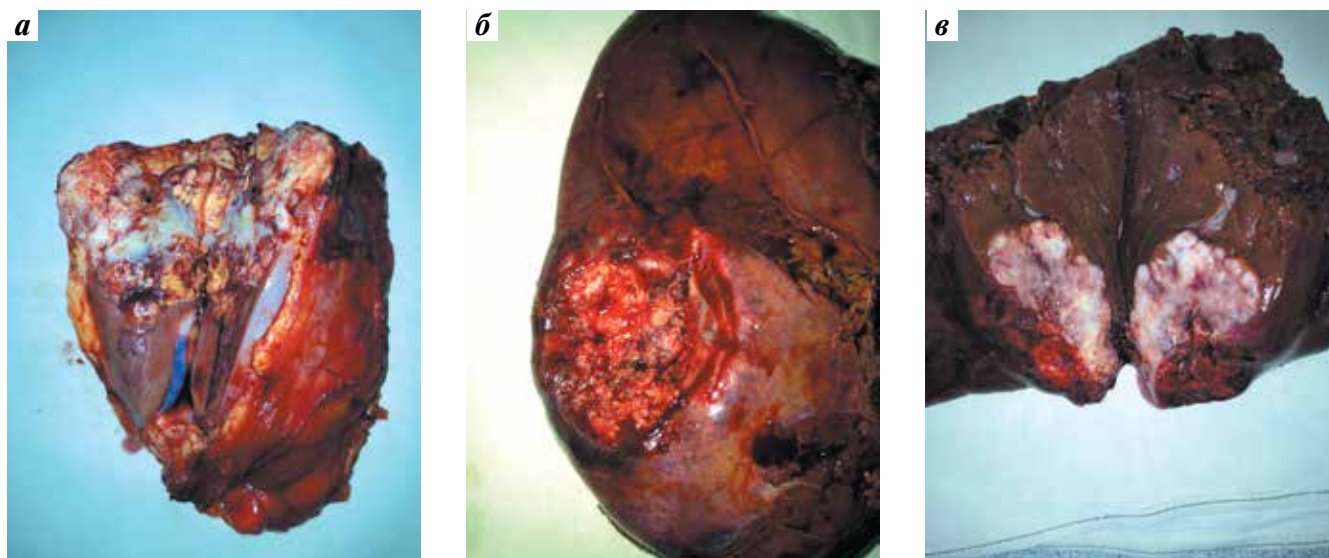


Рис. 3. Макропрепарат: а — удаленная почка; б — резецированный участок печени; в — резецированный участок печени в разрезе  
Fig. 3. Gross specimen: a — removed kidney; b — resected portion of the liver; c — sliced resected portion of the liver

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>.