

Случай полного излечения диссеминированной опухоли почечного аллотрансплантата

М.И. Давыдов¹, Б.П. Матвеев¹, Р.Б. Ахмедшин², С.И. Митюшин³,
В.Б. Матвеев¹, М.И. Волкова¹, А.И. Карсладзе¹, В.А. Черняев⁴
¹ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; ²ГУ Гематологический научный центр, Москва;
³Городская клиническая больница, Владимир; ⁴кафедра онкологии ФПДО МГМСУ

Контакты: Мария Игоревна Волкова mivolkova@rambler.ru

Ключевые слова: опухоль аллопочки, опухоль почечного трансплантата

A case of complete recovery of disseminated renal allograft tumor

M.I. Davydov¹, B.P. Matveyev¹, R.B. Akhmedshin², S.I. Mityushin³,
V.B. Matveyev¹, M.I. Volkova¹, A.I. Karseladze¹, V.A. Chernyaev⁴

¹N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences; ²Hematology Research Center, Moscow;
³Town Clinical Hospital, Vladimir; ⁴Department of Oncology, Moscow State University of Medicine and Dentistry

Key words: renal allograft tumor, renal graft tumor

Появление злокачественных опухолей является одним из хорошо известных поздних осложнений трансплантации органов, индуцируемым иммуносупрессивной терапией [1]. Новообразования почки составляют 4,6% всех впервые выявленных опухолей у данной группы больных, что несколько больше, чем в общей популяции (3%) [2]. В большинстве случаев почечно-клеточные опухоли развиваются в собственных почках пациентов, однако в 0,5–10% наблюдений описано поражение собственно почечного аллотрансплантата [3, 4]. Источником опухолей трансплантированной почки могут являться клетки, принадлежащие как реципиенту [3], так и донору [4]. Наиболее распространенным гистологическим типом новообразований почечного аллотрансплантата является почечно-клеточный рак (ПКР), светлоклеточный вариант [1, 2]. Описаны также папиллярный [4, 5] и саркоматоидный [3] варианты рака почки, переходно-клеточные опухоли [6] и ангиомиолипомы аллопочек [4], а также метастазы рака собственной почки в трансплантированную [7]. В большинстве описанных наблюдений злокачественные опухоли трансплантированных почек характеризовались небольшими размерами, высокой степенью дифференцировки и отсутствием метастазов. Хирургическое удаление опухолевого очага в объеме нефрэктомии и даже резекции аллотрансплантата позволяет излечить подобную категорию пациентов [5, 8]. В доступной нам литературе мы не обнаружили случаев полного эффекта лечения распространенной опухоли аллопочки. Ниже приводим собственное клиническое наблюдение.

Больная М., 31 года, с детства страдает хроническим мембранозно-пролиферативным гломерулонефритом с исходом в хроническую почечную недостаточность терминальной стадии, потребовавшую проведения программного гемодиализа в период с 2000 по 2001 г. 27 октября 2001 г. в ГКБ Владимира пациентке выполнена гетеротопическая аллотрансплантация трупной почки в левую подвздошную ямку и назначена иммуносупрессивная терапия (сандиммун). В мае 2002 г., спустя 7 мес после осуществления трансплантации, зарегистрировано повышение температуры тела, увеличение трансплантата в размерах. При обследовании выявлена опухоль аллопочки. С целью уменьшения скорости прогрессирования опухолевого процесса 26.05.2002 г. отменен сандиммун, после чего отмечено появление и быстрое нарастание симптомов криза отторжения (боль, лихорадка, быстрое увеличение размеров трансплантата, снижение диуреза, повышение концентрации азотистых шлаков в крови). Пациентка госпитализирована в ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. При обследовании выявлена опухоль аллопочки размером 8х9 см с метастазами в парааортальные, левые подвздошные и паховые лимфатические узлы (ЛУ), мягкие ткани, брюшину, легкие, ЛУ средостения. Наблюдалось быстрое увеличение трансплантата в размерах (>2 см/сут). В связи с угрозой разрыва аллопочки 5.06.2002 г. по жизненным показаниям выполнена паллиативная трансплантатэктомия. Интраоперационно подтверждено наличие массивной опухоли аллопочки, растущей в переднюю брюшную стенку, адвентициальную оболочку сигмовидной кишки, левые подвздошные сосуды, левые придатки матки, левую поясничную мышцу, распространяющейся

в запирающую ямку и бедренный канал. Выявлены опухолевая инфильтрация большого сальника, множественные метастазы в париетальную и висцеральную брюшину. При гистологическом исследовании препарата обнаружена недифференцированная злокачественная опухоль аллопочки с выраженной лимфоплазмочитарной и сегментоядерной лейкоцитарной инфильтрацией. При иммуногистохимическом (ИГХ) исследовании в клетках опухоли отмечена экспрессия виментина. Экспрессии других известных антигенов (цитокератины 8, 18, 19, маркеры нейрогенной дифференцировки, ПКР, антигены синтеза меланина и гемопозитической ткани) выявить не удалось. Больная переведена на программный гемодиализ. В послеоперационном периоде наблюдалась быстрая регрессия метастазов, клинически сопровождающаяся лихорадкой (рис. 1–4). **Через 12 мес после осуществления трансплантатэктомии зарегистрирована полная регрессия всех опухолевых очагов.**

Через 54 мес после удаления аллопочки, 20.12.2006 г. в Гематологическом научном центре Москвы пациентке выполнена повторная трансплантация трупной почки, назначена иммуносупрессивная терапия. В настоящее время, спустя 28 мес после выполнения повторной аллотрансплантации, больная жива без признаков прогрессирования опухолевого процесса с удовлетворительной функцией пересаженной почки.

Вторая почка того же трупного донора трансплантирована больному М., 28 лет, который умер через 4 мес после операции от прогрессирования недифференцированной опухоли аллопочки. При ИГХ-исследовании данной опухоли также не выявлено экспрессии известных антигенов, как и в случае пациентки М.

С учетом быстрого (через 4 и 7 мес после проведения трансплантации) развития опухолей почечных аллотрансплантатов у обоих реципиентов одного трупного донора наиболее вероятным является донорское происхождение злокачественных новообразований. Крайне низкая степень дифференцировки опухоли, вероятно, обусловившая отсутствие экспрессии известных антигенов ее клетками, не позволяет судить о ее гистогенезе. Бурное прогрессирование опухолевого процесса на фоне применения иммуносупрессивной терапии вполне объяснимо, так как, подавляя отторжение аллотрансплантата, сандиммун также привел к подавлению продукции и секреции лимфокинов Т-лимфоцитами, активированными опухолевыми антигенами. Отмена иммуносупрессора на фоне значительной распространенности опухолевого процесса не позволила иммунной системе хозяина реализовать противоопухолевый ответ, достаточный для развития клинического противоопухолевого ответа, однако оказалась достаточной для запуска острого криза отторжения. После удаления пораженной аллопочки, новообразование которой составляло > 50% опухолевой массы в организме, дальнейшее развитие иммунных реакций, направленных на отторжение чужеродных тканей, имеющих комплекс собственно донорских и опухолевых антигенов, привело к быстрой регрессии опухоли. Отсутствие прогрессирования заболевания после назначения иммуносупрессивной терапии после осуществления повторной трансплантации аллопочки при достаточном сроке наблюдения за больной свидетельствует об истинном полном эффекте аутоиммунотерапии.

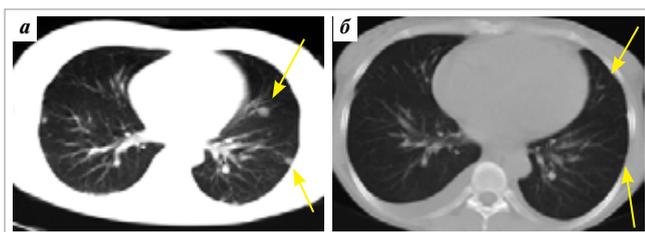


Рис. 1. Компьютерные томограммы легких больной М.: а – до удаления аллопочки: множественные метастазы в паренхиме обоих легких; б – через 1,5 мес после удаления аллопочки: полная регрессия нескольких опухолевых очагов и уменьшение оставшихся метастазов в легочной паренхиме

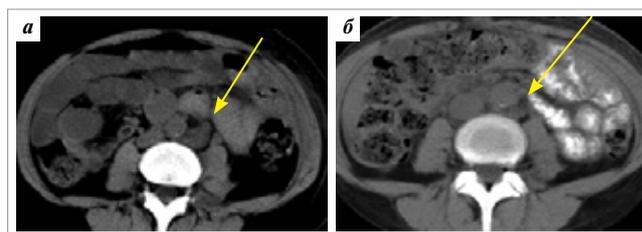


Рис. 2. Компьютерные томограммы живота больной М.: а – до удаления аллопочки: массивный парааортальный опухолевый конгломерат; б – через 4 мес после удаления аллопочки: полная регрессия парааортального конгломерата

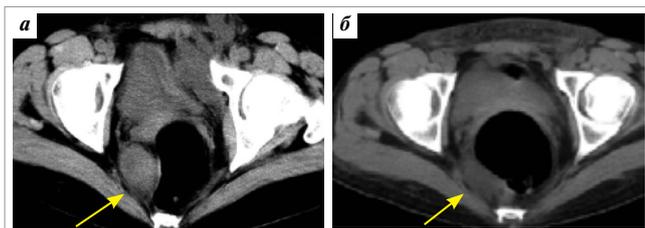


Рис. 3. Компьютерные томограммы таза больной М.: а – до удаления аллопочки: метастаз в параректальную клетчатку; б – через 4 мес после удаления аллопочки: регрессия параректального метастаза

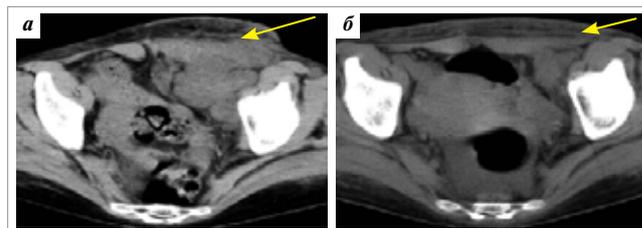


Рис. 4. Компьютерные томограммы таза больной М.: а – до удаления аллопочки: метастаз в паховые ЛУ слева; б – через 12 мес после удаления аллопочки: регрессия метастазов в паховые ЛУ слева

ЛИТЕРАТУРА

1. Penn I. Cancer in renal transplant recipients. *Adv Ren Replace Ther* 2000;7:147–56.
2. Ribal M.J., Rodriguez F., Musquera M. et al. Nephron-sparing surgery for renal tumor: a choice of treatment in an allograft kidney. *Transplant Proc* 2006;38(5):1359–62.
3. Boix R., Sanz C., Mora M. et al. Primary renal cell carcinoma in a transplanted kidney: genetic evidence of recipient origin. *Transplantation* 2009;87(7):1057–61.
4. Rotman S., Druaz C., Venetz J.P. et al. De novo concurrent papillary renal cell carcinoma and angiomyolipoma in a kidney allograft: evidence of donor origin. *Hum Pathol* 2006;37(4):481–7.
5. Hernandez Sanchez J.E., Gymez Vegas A, Blazquez Izquierdo J. et al. Nephron sparing surgery for the treatment of renal carcinoma in a functioning graft: case report. *Arch Esp Urol* 2007;60(3):295–7.
6. Zani D., Simeone C., Antonelli A. et al. Cancer in kidney transplantation. *Urol Int* 2008;80:329–31.
7. Gymez Garcna I., Burgos Revilla F.J., Sanz Mayayo E. et al. Metastasis in renal graft of primary renal adenocarcinoma. *Actas Urol Esp* 2004;28(6):458–61.
8. Chambade D., Meria P., Tariel E. et al. Nephron sparing surgery is a feasible and efficient treatment of T1a renal cell carcinoma in kidney transplant: a prospective series from a single center. *J Urol* 2008;180(5):2106–9.

Возможности мультимодального лечения метастатической формы рабдомиосаркомы предстательной железы

О.Б. Карякин, С.В. Башкатов, О.В. Терехов, Д.В. Неледов, Н.А. Горбань, Ю.В. Гуменецкая, Е.А. Доницкина
МРНЦ РАМН, Обнинск

Контакты: Олег Борисович Карякин karyakin@mrrc.obninsk.ru

Рабдомиосаркома — наиболее часто встречающаяся опухоль мягких тканей у детей в возрасте до 19 лет. В представленном клиническом случае проведение полихимиотерапии на I этапе лечения привело к полной регрессии метастазов в легких и плевре, нормализации состояния больного в течение 18 мес. Проведение консолидирующей лучевой терапии на предстательную железу и бедренные кости позволило добиться локального контроля над этими очагами. Возникший рецидив заболевания локализовался в легких и плевре. Длительность эффекта 2-й линии химиотерапии не превышала 3 мес. Несмотря на первичную диссеминацию заболевания и неблагоприятный прогноз, удалось на 27-м месяце терапии добиться стабилизации болезни и повышения качества жизни — улучшения общего состояния больного, восстановления самостоятельного мочеиспускания, уменьшения, полного исчезновения болей.

Ключевые слова: рабдосаркома предстательной железы, метастазирование, мультимодальное лечение

Possibilities of multimodal therapy for metastatic prostate rhabdomyosarcoma

*O.B. Karyakin, S.V. Bashkatov, O.V. Terekhov, D.V. Neledov,
N.A. Gorban, Yu.V. Gumenetskaya, E.A. Donichkina*

Medical radiology research center, Russian academy of medical sciences, Obninsk

Rhabdomyosarcoma is the most common soft tissue tumor in children aged less than 19 years. In the represented case report, polychemotherapy at Stage 1 of treatment resulted in a complete regression of metastases in the lung and pleura, normalization of the patient's health status within 18 months. Consolidation radiotherapy directed to the prostate and femoral bones could achieve a local control over these foci. The emerged recurrence was located in the lung and pleura. The effect of second-line chemotherapy did not exceed 3 months. Despite primary disease dissemination and poor prognosis, disease stabilization and better quality of life (improved general condition, recovery of spontaneous urination, relief and complete disappearance of pain) could be achieved at therapy month 27.

Key words: prostate rhabdosarcoma, metastatic spread, multimodal treatment