

## Клиническое наблюдение пациента с синхронными опухолями левой почки и правого мочеточника. Описание клинического случая

А.В. Хайленко, К.М. Фигурин, Г.Д. Айрапетова, О.А. Халмурзаев, К.О. Хафизов

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России;  
Россия, 115478, Москва, Каширское шоссе, 23

Контакты: Алексей Викторович Хайленко a.khaylenko@mail.ru

Приводится описание редкого наблюдения больного с синхронным двусторонним опухолевым поражением мочевыделительной системы.

**Ключевые слова:** синхронное поражение, рак почки, рак мочеточника

DOI: 10.17650/1726-9776-2016-12-1-102-114

Clinical observation of a patient with synchronous tumors of the left kidney and right ureter: A case report

A.V. Khailenko, K.M. Figurin, G.D. Airapetova, O.A. Khalmurzaev, K.O. Khafizov

N. N. Blokhin Russian Cancer Research Center; 23, Kashirskoe Shosse, Moscow, 115478, Russia

The paper describes a rare case of synchronous bilateral tumor involvement of the urinary tract.

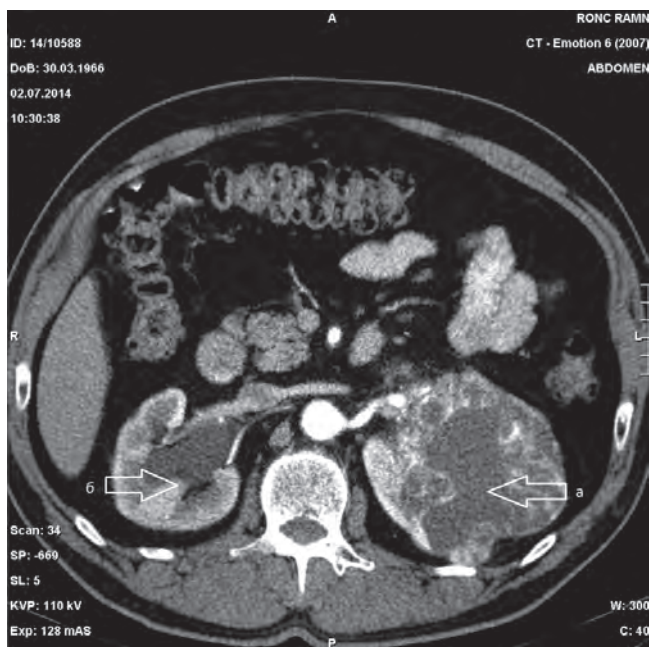
**Key words:** synchronous involvement, kidney cancer, ureteral cancer

Одновременное развитие уротелиальной опухоли верхних мочевых путей (ВМП) и почечно-клеточного рака (ПКР) наблюдается крайне редко. В литературе встречаются лишь единичные описания. Как правило, речь идет о синхронных ипсилатеральных опухолях [1–3]. Нередко 2-е новообразование выявляется случайно при гистологическом исследовании после хирургического лечения одной диагностированной опухоли. В доступных источниках литературы (PubMed) мы нашли единичное описание наблюдения пациентки с синхронными двусторонними опухолями: ПКР с одной стороны и уротелиального новообразования мочеточника – с другой [4]. Этот факт побудил нас описать данное клиническое наблюдение.

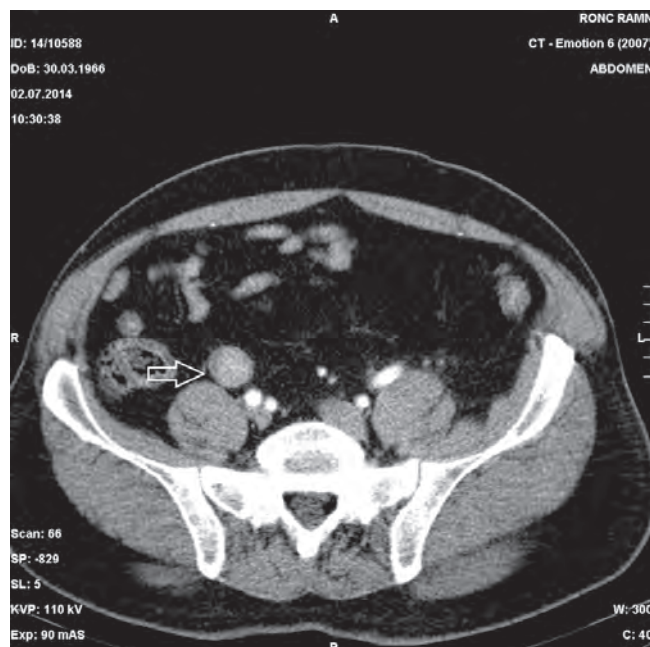
**Пациент З.,** 49 лет, находился на стационарном лечении в РОНЦ им. Н.Н. Блохина с 30.06.2014 по поводу диагноза: первично-множественные злокачественные опухоли – синхронный рак левой почки T2N0M0, рак правого мочеточника T1N0M0.

Из анамнеза: пациент обратился за медицинской помощью в январе 2014 г. по месту жительства (г. Ульяновск) с жалобами на эпизоды безболевого макрогематурии. При обследовании были выявлены синхронные опухолевые образования левой почки и правого мочеточника. Пациент был направлен в РОНЦ им. Н.Н. Блохина, где был госпитализирован в урологическое отделение.

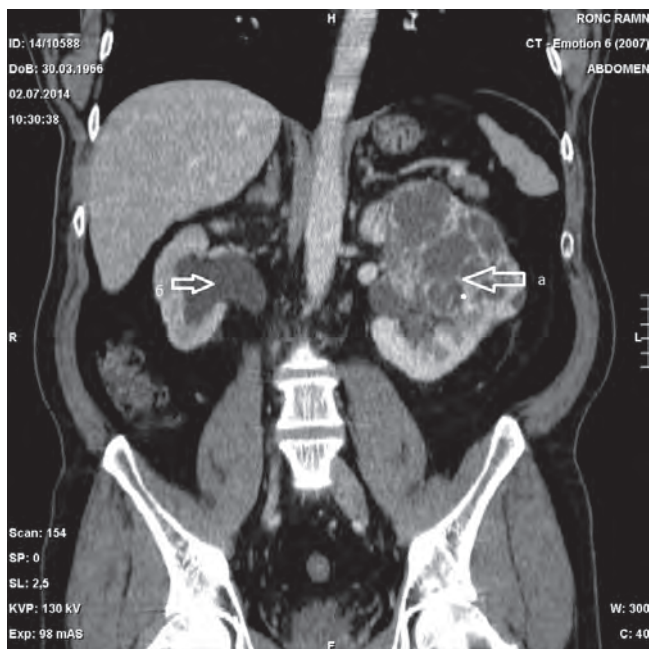
Проведено обследование. По данным рентгеновской компьютерной томографии (КТ) с внутривенным усилением от 03.07.2014, в верхней и средней трети левой почки определяется опухоль размерами до 12,0 × 10,0 × 8,0 см неоднородной, кистозно-солидной структуры с множественными перегородками, нечеткими, неровными контурами, которая распространяется на синус почки, сдавливает чашечно-лоханочную систему. Лоханка отчетливо не визуализируется; вероятнее всего, опухоль врастает в лоханку, а также распространяется за контур почки в паранефральную клетчатку (рис. 1, 2). При внутривенном контрастировании отмечается «усиление» опухоли. Левый мочеточник до 0,3 см, визуализируется на всем протяжении, в прилоханочной части имеет незначительное утолщение стенки. Левая почечная и нижняя полая вены без признаков тромбоза. Положение, форма, размеры правой почки не изменены. Контур ее ровные, четкие, структура однородная. Кортико-медулярная дифференциация, функция правой почки сохранена. Отмечается расширение чашечно-лоханочной системы правой почки до 4,5 × 3,0 см (см. рис. 1, 2). Правый мочеточник расширен в верхней трети до 1,3–1,5 см, структура его неоднородная, с перегибом. В средней трети от уровня бифуркации аорты правый мочеточник неравномерно расширен до 1,5–2,3 см, накапливает контрастный препарат, протяженность опухолевого обра-



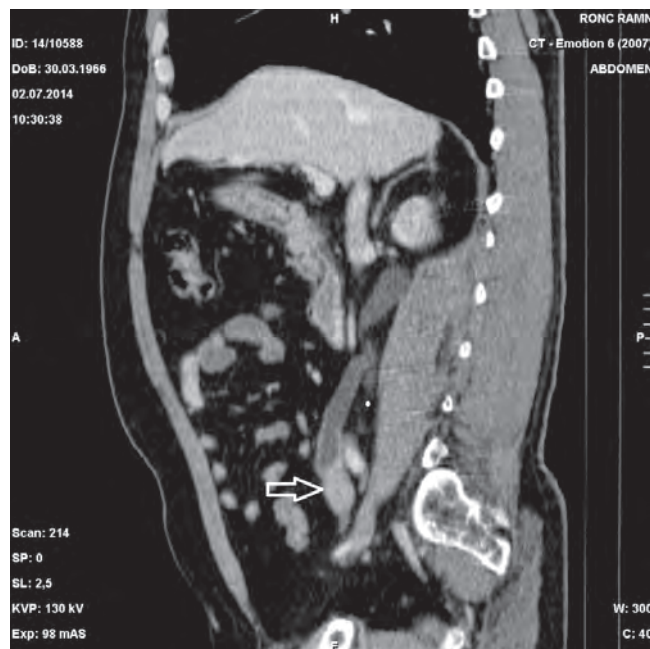
**Рис. 1.** Пациент 3. КТ, аксиальная плоскость: опухолевое образование левой почки (а), гидронефроз справа (б) (указано стрелками)



**Рис. 3.** Пациент 3. КТ, аксиальная плоскость: опухолевое образование правого мочеточника (указано стрелкой)



**Рис. 2.** Пациент 3. КТ, фронтальная плоскость: опухолевое образование левой почки (а), гидронефроз справа (б) (указано стрелками)



**Рис. 4.** Пациент 3. КТ, сагиттальная плоскость: опухолевое образование правого мочеточника (указано стрелкой)

зования составляет около 6 см, на протяжении 4,2 см опухолевое образование полностью obtурирует просвет правого мочеточника, в нижней трети мочеточник не расширен (рис. 3, 4). Данных, говорящих о метастатическом поражении органов брюшной полости, забрюшинных лимфатических узлов нет. Пациенту 07.07.14 в связи с правосторонним уретерогидронефрозом выполнена чрескожная нефростомия справа. Цистоскопия от 14.07.14: уретра при осмотре не изменена. Емкость

мочевого пузыря 200 мл. Слизистая оболочка бледно-желтого цвета, гладкая, экзофитные образования не определяются. Устья мочеточников в типичном месте. Шейка мочевого пузыря свободная. Пациенту выполнено цитологическое исследование мочи, заключение: высокодифференцированный уротелиальный рак.

04.08.14 пациенту выполнено оперативное пособие в объеме радикальной нефрэктомии слева, резекции дистальных 2/3 правого мочеточника и устья правого



мочеточника, наложение уретеро-уретероанастомоза. Операция — срединная лапаротомия, проведена радикальная нефрэктомия слева с парааортальной лимфодиссекцией; левый мочеточник был мобилизован и пересечен в прилоханочном отделе. В средней трети правого мочеточника пальпировалась опухоль размером до 6 см. Мочеточник мобилизован и пересечен на 2 см проксимальнее от опухоли. Участок остающегося мочеточника по краю резекции отправлен на срочное гистологическое исследование. Заключение: элементов опухоли в краях резекции не выявлено. Интраоперационно выполнена уретеропиелоскопия справа: опухолевидные образования в просвете правого мочеточника, лоханке правой почки не определяются. Удалены средняя и нижняя трети правого мочеточника с резекцией мочевого пузыря в области устья правого мочеточника; выполнена паракавальная и тазовая лимфодиссекция справа. Проксимальный отдел левого мочеточника мобилизован и забрюшинно переведен на правую сторону. Наложен уретеро-уретероанастомоз с интубацией мочеточников стентом Ch № 6. Справа и слева установлены дренажи. Рана брюшной стенки зашита.

Результаты планового гистологического исследования послеоперационного материала: в почке определяется узловое образование размерами  $10 \times 10,5 \times 6$  см, верифицирован светлоклеточный ПКР II стадии по Фурману без признаков прорастания почечной капсулы. В стенке мочеточника по результатам срочного исследования — без признаков опухолевого роста. Надпочечник имеет обычное строение. На расстоянии 2,5 и 12 см от линии резекции на слизистой оболочке мочеточника имеется экзофитное образование на тонкой ножке размерами  $3,5 \times 2 \times 1,8$  см. Экзофитное образование мочеточника имеет строение уротелиального рака low grade с признаками инвазии в подслизистый слой. В краях резекции мочеточника — без признаков опухолевого роста. В исследованных лимфатических узлах признаков опухолевого роста не обнаружено.

Послеоперационный период протекал нормально. При антеградной уретеропиелографии, выполненной пациенту на 10-е сутки послеоперационного периода, отмечалась проходимость уретеро-уретероанастомоза (рис. 5). Мочеточниковый стент был удален. При контрольной антеградной уретерографии нарушения пассажа контрастного препарата не отмечено (рис. 6). На следующем этапе пациенту проведено удаление нефростомы справа. Пациент был выписан из стационара на 14-е сутки в удовлетворительном состоянии. Показатели мочевины, креатинина в крови в пределах нормы.

В течение 15 мес после выписки из стационара пациент не обращался в РОНЦ им Н.Н. Блохина. При телефонном разговоре в октябре 2015 г. пациент сообщил, что чувствует себя хорошо; по данным магнитно-резонансной томографии, выполненной по месту жительства

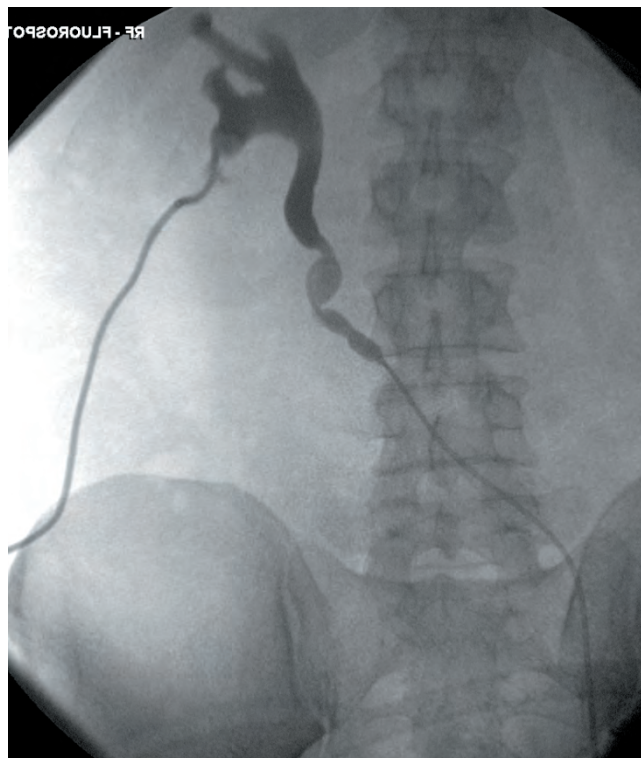


Рис. 5. Пациент 3. Антеградная урография: в просвете мочеточника определяется положение стента



Рис. 6. Пациент 3. Антеградная урография: состояние после удаления мочеточникового стента

ва, состояние мочевых путей и правой почки удовлетворительное, рецидива заболевания нет.

### Обсуждение

У данного пациента имелось синхронное двустороннее опухолевое поражение мочевыделительной системы. По поводу ПКР левой почки указанной распространенности (см. данные рентгеновской КТ) единственным методом лечения была радикальная нефрэктомия. В таком случае по поводу рака правого мочеточника должна была выполняться операция, позволяющая максимально сохранить мочевые пути: резекция мочеточника, эндоскопическое удаление опухоли, удаление дистальных отделов мочеточника с кишечной пластикой.

Положительный цитологический анализ мочи не может служить точным предсказанием мышечной инвазии или высокой степени злокачественности при опухоли ВМП. Чувствительность и предсказательная ценность цитологического исследования составляет соответственно 56 и 54 % для низкодифференцирован-

ной опухоли и 62 и 44 % для мышечно-инвазивного рака [4]. Тем не менее, принимая во внимание положительный результат цитологического анализа мочи, большие размеры опухоли, нарушение пассажа мочи из ВМП и развитие гидронефроза, мы заключили, что, вероятнее всего, у пациента имеется опухоль высокого риска прогрессии [5]. В таком случае выполнение сегментарной резекции мочеточника с анастомозом конец-в-конец менее предпочтительно, чем дистальная резекция мочеточника с удалением устья, из-за большей вероятности рецидива заболевания. Учитывая вышеизложенное, мы выбрали тот объем операции, который был представлен в описании клинического наблюдения. Кроме того, мы решили отказаться от кишечной пластики мочеточника, которая усложнила бы операцию, и наложили перекрестный анастомоз между левым и правым мочеточниками. Отсутствие рецидива заболевания в течение 15 мес и удовлетворительное состояние мочевыделительной системы и пациента в целом обнадеживают. Но больной нуждается в длительном динамическом наблюдении.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Kotsev R., Stratev S., Karaivanov M. A clinical case of the simultaneous development of a tumor of the renal parenchyma and of a transitional-cell carcinoma of the ureter and bladder. *Khirurgiia (Sofia)* 1997;50(1): 78–9.
2. Gómez García I., Rodríguez Patrón R., Conde Someso S. et al. Renal synchronous tumor: association of renal adenocarcinoma and transitional tumor of renal pelvis, in the same kidney, an exceptional discovery. *Actas Urol Esp* 2005;29(7):711–4.
3. Sugi M., Yamanaka S., Fujita I. et al. A case of synchronous ipsilateral renal cell carcinoma and ureteral transitional cell carcinoma. *Hinyokika Kyo* 2000 ;46(2): 113–6.
4. Heng-Chang Chuang, Cheng-Keng Chuang, Kwai-Fong Ng. Simultaneous development of renal cell carcinoma and multifocal urothelial carcinoma. *Chang Gung Med J* 2008;31:515–9.
5. Messer J., Shariat S.F., Brien J.C. et al. Urinary cytology has a poor performance for predicting invasive or high-grade upper-tract urothelial carcinoma. *BJU Int* 2011;108(5):701–5.
6. Roupêt M., Babjuk M., Compérat E. et al. Guidelines on Urothelial Carcinomas of the Upper Urinary Tract. Guidelines EAU 2014.