

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Аристархова А.А., 2013
УДК 616.61-006.6-033.2:611.44/.45

**МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ РАКА ПОЧКИ В ОРГАНЫ
ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ**

А.А. АРИСТАРХОВА

RENAL CELL CARCINOMA TO THE ORGANS OF THE ENDOCRINE SYSTEM

A.A. ARISTARKHOVA

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России

В статье представлены литературные данные и анализ собственных 16 наблюдений метастазирования почечно-клеточного рака в надпочечники и 5 случаев в щитовидную железу. Приводятся сведения о частоте, предпосылках метастазирования, особенностях клинического проявления, трудностях диагностики и выбора метода лечения. Особое внимание уделяется ранней диагностике метастазирования светлоклеточного рака почки в органы эндокринной системы. Даются рекомендации по выполнению адrenaлэктомии и последующему диспансерному наблюдению.

Ключевые слова: надпочечники, щитовидная железа, метастазы, светлоклеточный рак почки.

The report contains data from literature and our own analysis of 16 cases of metastatic renal cell carcinoma to the adrenal gland and 5 cases to the thyroid gland. The data on frequency, preconditions of metastasis, clinical features, difficulties of diagnostics and treatment are given. Especial attention is given to the early diagnostics of clear-cell carcinoma to the organs of the endocrine system. The recommendations of using adrenalectomy and next dispensary observation are given.

Key words: adrenal gland, thyroid gland, metastasis, clear-cell carcinoma.

Вопрос о метастазировании рака почки в органы эндокринной системы представляет большой практический

и теоретический интерес. Бурное развитие клинической онкологии, информативных методов диагностики,

возросшая осведомлённость врачей по этой теме, актуализирует работу в данном направлении с целью дальнейшего изучения и совершенствования методов диагностики и лечения. Рак почки относится к агрессивным и непредсказуемым по своему течению злокачественным опухолям. При первичном обращении 25-30% больных имеют отдалённые метастазы [8]. 70-75% всех случаев почечно-клеточного рака составляет светлоклеточный рак (Аляев Ю.Г. и др., 2002; Матвеев Б.П., 2003).

Большое внимание клиницистов в последнее время привлечено к метастазированию рака почки в щитовидную железу и надпочечники. В литературе сведения о частоте и сроках метастазирования весьма разноречивы как по данным клинических наблюдений, так и результатов аутопсии. В 1891 г. J. Leva впервые описал случай метастатического поражения щитовидной железы при раке почки. С тех пор, по данным литературы, подтверждено около 100 подобных случаев. Малое количество наблюдений свидетельствует не только о редкости метастазирования рака почки в щитовидную железу, но и о трудностях его диагностики. Редкость метастазирования во многом можно объяснить обильным кровоснабжением железы, препятствующим оседанию клеток опухоли, онкотическим действием йода и тиреоидных гормонов, высоким содержанием кислорода в тканях щитовидной железы [2,6].

В ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11» г. Рязани с 1992 г. было выявлено 5 случаев метаста-

зирования рака почки в щитовидную железу. Большинство больных (80%) – женщины в возрасте 45 лет и старше. По данным литературных источников, возрастные и половые особенности в случаях метастазирования почечно-клеточного рака в щитовидную железу не отмечены, средний возраст составляет 66 лет. В двух наблюдениях метастатическое поражение развивалось на фоне аутоиммунного тиреоидита и многоузлового зоба, что существенно осложнило диагностику. По данным С. S. Heffess и соавт. (2002), в 42% случаев метастазы рака почки возникают при наличии в щитовидной железе различных заболеваний. Вероятно, это объясняется уменьшением скорости кровотока в измененной железе и соответственно снижением насыщенности кислородом тиреоидной ткани. По данным клинического обследования и УЗИ, у 2 больных выявлены одиночные узлы в одной из долей, у 3 пациентов в обеих долях щитовидной железы, размерами до 4 см в диаметре, округлой формы, различной экзогенности. Тонкоигольная аспирационная биопсия, выполненная у 2 больных с целью верификации диагноза, оказалась нерезультативной (была выявлена лимфоидная инфильтрация с дисплазией). Каких-либо особенностей локализации метастатических опухолей отмечено не было. В разрезе опухолевый узел имел желтовато-оранжевую окраску, дольчатое строение, содержал мелкоизолированные кисты. По мнению Н. Welti и J. Horowitz (1966), макроскопическая картина узла настолько специфична, что риск спу-

тять с первичной опухолью щитовидной железы минимален. Микроскопическое исследование в большинстве случаев затруднено и требует тщательной дифференциации метастатического поражения железы с первичным тиреоидным раком, аденомой щитовидной железы или раком окощитовидных желез [9].

В рассмотренных нами случаях метастазирования стоит отметить скудные клинические проявления. По данным К. Shimaoka (1962), только у 5 – 10% пациентов диагноз устанавливается на основе клинических данных. Более чем в половине опубликованных наблюдений метастазирования рака почки в щитовидную железу, диагноз устанавливался при гистологическом исследовании или на аутопсии [6]. У двух пациентов в анамнезе нефрэктомия, выполненная 4 и 9 лет назад по поводу светлоклеточного рака почки. Это указывает на возможность длительного существования метастазов рака почки в щитовидной железе, латентном их течении. По данным С. Neffess (2002), метастазы в щитовидной железе после нефрэктомии по поводу рака почки в среднем возникают через 9,4 года (от 2 до 21,9). Всем пациентам в отделении эндокринной хирургии была выполнена тиреоидэктомия, гистологически подтверждены метастазы светлоклеточного рака почки. В сроки до 1 года после удаления метастаза в щитовидной железе и нефрэктомии умерли 2 больных, до 3 лет – ещё 2. Судьба одной пациентки неизвестна. У всех больных причиной смерти явилась генерализация опухолевого процесса.

Более подробно хотелось бы описать случай раннего метастатического поражения щитовидной железы при светлоклеточном раке почки на фоне аутоиммунного тиреоидита.

Больная Н., 47 лет, поступила в отделение эндокринной хирургии городской клинической больницы №11 в 2001 г. с жалобами на дискомфорт и постоянное чувство давления в области передней поверхности шеи.

Из анамнеза: с 1999 г. аутоиммунный тиреоидит, по поводу чего лечилась амбулаторно. С 2000 г. – гипотиреоз, для компенсации которого больная принимала L-тироксин в дозе 100 мкг/сут. В 2000 г. выполнена нефрэктомия слева по поводу светлоклеточного рака почки (T2N0M0).

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 ст., язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии ремиссии.

Осмотр и пальпация щитовидной железы: увеличена до 3 степени, плотная, бугристая, безболезненная. УЗИ: правая доля 29*30*60 мм, левая доля 20*18*49 мм, перешеек 9 мм, контуры неровные, нечеткие, структура неоднородная, эхогенность ткани снижена. Пункционная биопсия щитовидной железы: лимфоидная инфильтрация с дисплазией. Данные лабораторных методов исследования в пределах нормы. Поставлен диагноз: гипертрофическая форма аутоиммунного тиреоидита, гипотиреоз. В связи с наличием синдрома сдавления органов шеи и сопутствующего гипотиреоза, выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия под эндотрахеальным наркозом. При гистологическом ис-

следовании выявлены метастазы светлоклеточного рака почки в щитовидную железу. Послеоперационный период без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии с последующим диспансерным наблюдением, назначена заместительная гормонотерапия. Данное наблюдение подтверждает сложности диагностики метастазов почечноклеточного рака в щитовидной железе на фоне её сопутствующих заболеваний.

Рак почки занимает 3-е место по частоте метастазирования в надпочечники после рака лёгких и молочных желез. М.И. Давыдов, Н.С. Стилиди (2008) приводят данные о 13 больных раком почки из 44 пациентов с метастатическими опухолями надпочечников; Н.А. Нечипоренко и соавт. (2000) – о 9 пациентах из 40; А.А. Баронин (2003) – о 17 из 34 больных; А.П. Калинин, В.В. Колосков (2011) – о 26 пациентах из 60 [1, 4, 5].

За период с 2002 по 2011 гг. в ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11» было выявлено 16 случаев метастазирования рака почки в надпочечники. Средний возраст составил 58 лет (от 49 до 74 лет). Частота среди мужчин и женщин примерно одинакова. У 11 пациентов (68,7%) диагностирован рак левой почки, в одном случае (6,25%) – рак обеих почек. Поражение левого надпочечника выявлено в 12 случаях (75%), правого – в 3 (12,5%), обоих надпочечников – в одном случае. По данным В.Р. Латыпова, О.С. Попова (2010) – в 67,3% случаев поражается левый надпочечник, а в 29,3% – правый. Частота по-

ражения ипсилатерального надпочечника при локализации рака в левой почке составляет от 62,5 до 100%, что объясняется особенностями венозного оттока от левого надпочечника (Петров С.Б., Новиков Р.В., 2005).

У большинства больных характерных клинических проявлений опухолевого поражения надпочечников не было. По данным К. Lam и С. Lo, только у 20 из 464 больных (4,6%) с метастазами в надпочечниках отмечаются клинические проявления, причем только в случаях двустороннего поражения. У трёх больных в анамнезе нефрэктомия по поводу рака почки (4, 6 и 18 лет назад). Во всех рассмотренных нами случаях размер опухоли почки превышал 5 см в диаметре. R. Knobloch et al. при анализе результатов 589 пациентов, определили средний диаметр опухоли почки, дающий метастаз в надпочечник – 7,8 см. Макроскопическая картина метастатического поражения надпочечника: узел инкапсулированный, охряножёлтого цвета, чаще более 3 см в диаметре, характерны кровоизлияния. Гистологическая верификация является довольно сложной задачей, т.к. трудно выделить специфические признаки [3]. Золотым стандартом в диагностике поражения надпочечников на сегодняшний день является КТ, чувствительность метода составляет 92% (Gill I.S. et al.) [1,5].

Хирургическое лечение проведено 12 больным (75%), в 2 случаях в связи с распространенным метастатическим процессом от оперативного лечения было решено отказаться.

Нередко возникают двусторонние метастазы рака почки в надпочечники – 41% случаев (В.Ю.Сельчук).

Мы наблюдали случай двустороннего метастазирования почечно-клеточного рака в надпочечники, которому предшествовала нефрэктомия слева с резекцией левого надпочечника. Приводим это наблюдение.

Больная М., 1951 г.р., поступила в хирургическое отделение городской клинической больницы №11 в январе 2013 г. с жалобами на ноющие боли в правом подреберье. Из анамнеза: ампутация матки с придатками в 1997 г., в 2003 г. – иссечение кисты левой почки с резекцией левого надпочечника, в 2008 г. – нефрэктомия слева по поводу светлоклеточного рака почки (T2NxM0), опухоль размером 8 см, интимно связана с надпочечником. Больная находилась на диспансерном наблюдении в течение 5 лет. При проводимых контрольных обследованиях данных за метастазы и рецидив опухоли не было до июля 2012 г., когда при КТ были выявлены опухоли обоих надпочечников. Проводилась иммунотерапия реофероном, на фоне которой участились и усилились болевые приступы в области правого подреберья. При контрольной КТ (через 5 мес.) – картина без динамики.

При осмотре состояние удовлетворительное, телосложение правильное, избыточного питания. Живот мягкий, безболезненный. Данные лабораторных методов исследования в пределах нормы. УЗИ(01.2013): R.S.: удалена, в проекции надпочечника гипоехогенное образование 52*35 мм. R.D.: 114*54 мм, ТСП – 19 мм, в нижнем полюсе плотное округлое образование 15 мм в диаметре, на границе средней и верхней трети и в проекции надпочеч-

ника округлые гипоехогенные образования диаметром 26, 19 и 51мм соответственно; в нижней трети жидкостное образование 32 мм в диаметре. РКТ(12.2012): надпочечники: в правом – опухолевидное неоднородное образование 52*45*29 мм, в левом надпочечнике аналогичное образование 67*31*29 мм. В паренхиме правой почки мелкие кисты до 3мм, киста 30мм в диаметре в нижнем полюсе; ложе левой почки без особенностей. ЖП 60*23 мм, общий желчный проток не расширен, мелкие конкременты.

Был выставлен диагноз основной: ЖКБ. Сопутствующий: единственная правая почка, mts рака почки в надпочечники, кисты правой почки, ГБ, послеоперационная вентральная грыжа. Больная консультирована в РОКОД по поводу проведения биопсии надпочечников с целью верификации диагноза. Заключение: слева пункция не представляется возможным, справа – высокий риск осложнений. Симультантная операция по удалению метастазов надпочечников и желчного пузыря, предложенная в отделении, главным онкологом области признана нецелесообразной. Выполнена лапароскопическая холецистэктомия, послеоперационный период гладкий. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с последующим диспансерным наблюдением в РОКОД и решением там вопроса об удалении метастазов рака почки в надпочечники.

Метастазы рака почки весьма устойчивы к химио- и лучевой терапии, иммунотерапии. Перечисленные виды лечения в некоторых случаях дают симптоматическое улучшение, не влияя на общую продол-

жительность жизни. Таким образом, хирургический подход остаётся единственным эффективным методом лечения метастатических опухолей щитовидной железы и надпочечников [7, 8]. По данным В.Б. Матвеева (2004), удаление единичных метастазов при раке почки улучшает выживаемость и качество жизни пациента до 5 и более лет.

Выводы

Учитывая, что метастазирование рака почки происходит и после 5 лет (по нашим и литературным данным), следует вести наблюдение этих больных и после 5-летнего срока. Проводить им не только УЗИ диагностику, но и обязательно РКТ, ЯМРТ, т.к. разрешающая способность последних методов очень высока.

При злокачественных опухолях левой почки любого размера и локализации, учитывая особенности венозного кровоснабжения почки и надпочечника, необходимо выполнять адреналэктомию слева.

При раке почки, расположенном в верхнем полюсе, который интимно соприкасается с надпочечником на этой стороне, нужно выполнять адреналэктомию, особенно если размер опухоли превышает 5 см.

Важно учитывать существующую возможность поражения щитовидной железы при раке почки. Необходимо всесторонне и углубленно обследовать больных с узловыми образованиями в щитовидной железе для исключения первичной злокачествен-

ной опухоли почек.

Литература

1. Баронин А.А. Первичные и метастатические опухоли надпочечников: дис. ... д-ра мед. наук / А.А. Баронин; Рос. АМН РОНЦ им. Н.Н. Блохина. – М., 2003.
2. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы / Е.А. Валдина. – СПб.: Питер, 2001. – 416 с.
3. Ветшев П.С. Оценка методов диагностики новообразований надпочечников / П.С. Ветшев, Л.И. Ипполитов, Е.И. Коваленко // Хирургия. – 2002. – №1. – С. 62-67.
4. Диагностика заболеваний щитовидной железы / С.Б. Пинский [и др.]. – М.: Медицина, 2007. – 192 с.
5. Калинин А.П. Метастатические опухоли надпочечников: пособие для врачей / А.П. Калинин, В.В. Колосков. – М.: МОНИКИ, 2012. – 35 с.
6. Калинин А.П. Метастазы опухолей в щитовидную железу / А.П. Калинин, Я.В. Ермулович, А.Ф. Фикс // Хирургия. – 1973. – №3. – С. 30-33.
7. К вопросу о хирургическом лечении опухолей надпочечников / А.А. Клименков [и др.] // Вопр. онкологии. – 1998. – Т. 44, №5. – С. 541-546.
8. Матвеев В.Б. Энциклопедия клинической онкологии / В.Б. Матвеев. – М.: Медицина, 2004. – С. 490-500.
9. Первичные и метастатические опухоли надпочечников / М.И. Давыдов [и др.] // Вестн. Моск. онкол. общества. – 2008. – №6-8. – С. 2-7.

Аристархова Анастасия Александровна – очный аспирант ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9.