



Тилляшайхов М.Н.^{1,3}, Бойко Е.В.¹✉, Хасанов Ш.Т.¹, Рахматуллаев Б.Х.¹,
Алламова Ш.М.¹, Туксанов А.И.², Иброхимов С.С.²

¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан

² Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

³ Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Диагностика и лечение сочетанного почечно-клеточного рака с эхинококкозом почки

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: существенный вклад в замысел – Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В.; дизайн исследования – Хасанов Ш.Т.; сбор данных – Рахматуллаев Б.Х.; анализ и интерпретация данных – Туксанов А.И., Иброхимов С.С.; подготовка статьи – Бойко Е.В., Алламова Ш.М.; окончательное одобрение варианта статьи для опубликования – Тилляшайхов М.Н.

Подана: 15.02.2024

Принята: 12.04.2024

Контакты: boykoelena82@mail.ru

Резюме

Данная публикация посвящена редким случаям совмещения паразитарного поражения почки с опухолевым изменением ее паренхимы. Немалая опасность инфицирования паразитарных кист, гнойных распадов с последствиями пиелонефрита и пионефроза у пациентов усугублялась негативными результатами при наличии в данном случае ракового процесса. В обоих случаях имеющийся процесс обнаружен случайно, при обращении пациентов по поводу жалоб, не связанных с данной патологией. С учетом размеров опухолевых узлов и признаков инфильтрации в собирательную систему перспективным показанием явилось оперативное вмешательство в объеме радикальной нефрэктомии. Наличие паразитарной кисты удаленной почки обнаружено после исследования макропрепарата. Ввиду трудностей на этапе обследования в выявлении характера небольших кистозно-солидных образований следует вывод о наличии риска упущения опасных для жизни патологий почек.

Ключевые слова: эхинококкоз почки, почечно-клеточный рак, эхинококковая киста, радикальная нефрэктомия, компьютерная томография



Tillyashaykhov M.^{1,3}, Boyko E.¹, Khasanov Sh.¹, Rakhmatullaev B.¹, Allamova Sh.¹,
Tuksanov A.², Ibrokhimov S.²

¹ Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology
and Radiology, Tashkent, Uzbekistan

² Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery
named after. Academician V. Vakhidov, Tashkent, Uzbekistan

³ Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

Diagnosis and Treatment of Combined Renal Cell Carcinoma with Renal Echinococcosis

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: significant contribution to the idea – Tillyashaykhov M., Boyko E.; research design – Khasanov Sh.; data collection – Rakhmatullaev B.; data analysis and interpretation – Tuksanov A., Ibrokhimov S.; preparation of the article – Boyko E., Allamova Sh.; final approval of the version of the article for publication – Tillyashaykhov M.

Submitted: 15.02.2024

Accepted: 12.04.2024

Contacts: boykoelena82@mail.ru

Abstract

This publication is devoted to rare cases of combined parasitic kidney damage in the presence of tumor changes in the parenchyma of the kidney. The considerable danger of infection of parasitic cysts, purulent decay with consequences of pyelonephritis and pyonephrosis in patients was aggravated by the dire consequences in the presence of a cancerous process in this case. In both cases, the existing process was discovered by chance, when patients addressed complaints not related to this pathology. Considering the size of the tumor nodes and signs of infiltration into the collecting system, surgical intervention in the amount of radical nephrectomy was a promising indication. The presence of a parasitic cyst in a removed kidney was discovered after examining a macroscopic specimen. Having difficulties at the stages of examination in identifying the nature of small cystic-solid formations, the conclusion follows that there is a risk of missing life-threatening kidney pathologies.

Keywords: echinococcosis of the kidney, renal cell carcinoma, echinococcal cyst, radical nephrectomy, computed tomography

Рак почки – это наиболее обсуждаемая онкоурологическая патология в связи с высокой смертностью и увеличением заболеваемости.

Среди онкоурологической заболеваемости в Узбекистане рак почки устойчиво занимает 3-е место. Средний возраст пациентов составил 48 ± 3 года, причем у мужчин эта болезнь встречается в 2 раза чаще. Светло-клеточный рак является наиболее частым новообразованием почки – до 60–70% всех опухолей [1]. Впервые опухоли почек были описаны F. Kenig, в дальнейшем более подробные описания, которых придерживались многие годы, представил в 1883 г. Grawitz – с характерной гистологической структурой из больших и светлых клеток с пенистой протоплазмой,

сходной с клетками надпочечника и не похожей ни на одну опухоль, развившуюся в организме человека [2, 3]. В настоящее время рак почечной паренхимы называют почечно-клеточным раком почки (ПКР).

В течение долгого времени опухоли почки могут оставаться бессимптомными, диагностируют такие случаи чаще при обращении пациентов по поводу других заболеваний. В поздней стадии это заболевание чаще всего проявляется характерной клинической триадой: опухоль, боли, гематурия.

С улучшением диагностики на основе современных инструментальных исследований на сегодняшний день не составляет труда с точностью диагностировать случаи ПКР. Данные УЗИ и КТ описывают типичные изменения, свойственные опухолевому процессу в почке. Исключением могут быть лишь те редкие случаи, когда несколько различных по структуре процессов могут сочетаться в одном органе, что в значительной мере усложняет их диагностику [4, 5].

В нашем случае пациентам в дооперационный период с применением специальных методов диагностики был выставлен диагноз почечно-клеточного рака в различных стадиях. Послеоперационный диагноз этих пациентов осложнился тем, что при ревизии макропрепарата удаленной почки на фоне рака также имело место эхинококковое поражение. Это крайне редкая патология, когда возможны образования кист в самой опухоли (по мнению Enemm, у 1% из 579 опухолей) [6].

По данным Afsar H., 1994 г., данный вид паразитарного поражения обуславливается развитием в органе пузырьчатой, гидатидозной стадии ленточного гельминта (*Taenia echinococcus*).

Эхинококкоз почки как самостоятельное заболевание – сравнительно редкая форма эхинококкоза и колеблется между 1,5–3% эхинококкоза у человека даже в тех областях, где гидатидная болезнь является эндемической [7–9]. Самые высокие показатели зарегистрированных случаев заболеваний эхинококкозом на сегодняшний день отмечаются в Индии.

Заражение человека эхинококкозом происходит при попадании в желудочно-кишечный тракт зрелых яиц паразита от первичного хозяина – домашних животных (при проглатывании зараженной воды или овощей).

Ввиду анатомических особенностей (*v. portae*) до 70% эхинококковых финок оседает в печени – первом фильтре, до 20% в легких – втором фильтре и 10% достигают других органов – третий фильтр (Deve) [10]. В 90% случаев это односторонний процесс, что облегчает тактику лечения при интактной противоположной почке. Одной из причин поздней диагностики процесса, по мнению L.A. Surraco, является то, что эхинококковые финки в почке поселяются в паренхиме, клинически не проявляя себя, и только при объемных разрушениях паренхиматозной ткани прорастают в почечную капсулу или лоханку, менее благоприятную для них среду.

В диагностике кистозных образований играют большую роль ультразвуковое и компьютерное сканирование [11, 12].

Представляем описание собственного наблюдения 2 случаев не распознанного в дооперационном периоде эхинококкоза почки при явном раке почки той же локализации.

История болезни № 7630. Пациент И., 1941 г., поступил в отделение для оперативного лечения по поводу опухоли левой почки cT1NxM1, метастазы в позвоночник. Жалобы при поступлении на боли в поясничном отделе позвоночника



последние полгода. На КТ выявлены признаки объемного образования на уровне VL5, VS1, VS2, VS3 позвонков с прорастанием в спинномозговой канал (рис. 1). Объемное образование левой почки? (не исключен вариант паразитарной кисты?). УЗИ: органы брюшной полости без видимых патологических изменений. Правая почка без особенностей. Левая почка 96×58, в/з по передне-медиальной поверхности образование 80×67×69 мм с прорастанием паренхимы, деформирующее ЧЛС. Структура образования смешанная, внутри имеются полостные структуры диаметром до 16 мм. Вывод: опухоль левой почки (исключить опухоль надпочечника). Экскреторная урография на 15 мин – функция почек сохранна. Справа ЧЛС без патологии. Слева ЧЛС деформирована. Мочеточники контрастированы фрагментарно, мочевого пузыря без деформаций. Радиоизотопное исследование костей – признаки метастатического поражения sacralного отдела позвоночника. Показатели анализов крови и мочи соответствуют норме.

В декабре 2022 г. произведена операция – радикальная нефрэктомия слева. На разрезе удаленной почки обнаружены 2 опухолевых узла размерами 2,5×2,5 см и 1,0×1,0 см, которые инфильтративно проросли в капсулу эхинококковой кисты (рис. 2). Кроме того, в самой кисте в 3 камерах имелись аналогичные опухолевые узлы размерами 2,5 см, 2,0 см и 1,5 см. Результат гистоанализа – почечно-клеточный рак, светло-клеточный вариант. В лимфоузлах реактивные изменения. Послеоперационный период протекал без осложнений.

История болезни № 4086. Пациент Б., 1947 г., госпитализирован с диагнозом Тumor правой почки cT3NxM0. В анамнезе vitae пациент отметил перенесенную операцию в молодости по удалению эхинококковой кисты печени. При описании анамнеза morbi с признаками учащенного мочеиспускания обратился в частную клинику,

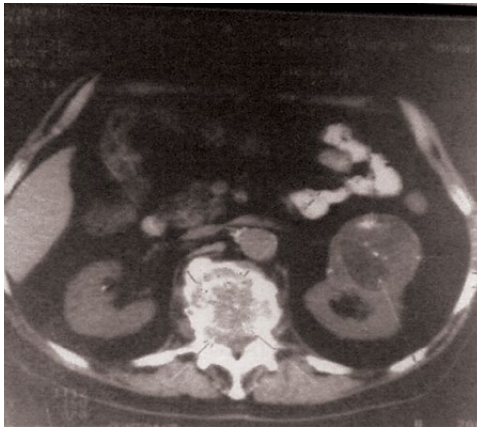


Рис. 1. Компьютерная томограмма пациента И., 1941 г. Объемное образование левой почки
Fig. 1. Computed tomography of the patient I., 1941. Volumetric formation of the left kidney

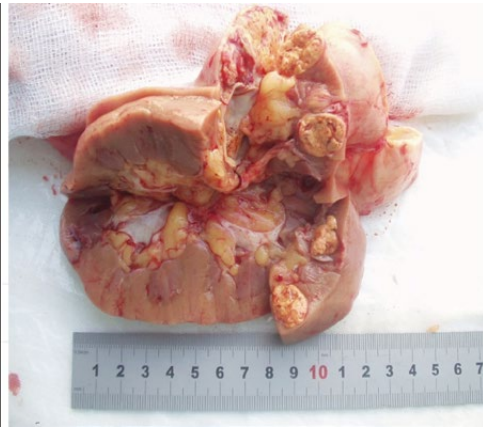


Рис. 2. Макропрепарат удаленной почки. Множественные опухолевые очаги ПКР, эхинококковая киста (врастание опухоли в капсулу эхинококковой кисты)
Fig. 2. Macropreparation of the removed kidney. Multiple tumor foci of RCC, echinococcal cyst (tumor ingrowth into the capsule of an echinococcal cyst)

где установлен диагноз «сложная киста правой почки? Tumor правой почки? ДГПЖ 2 ст.». После чего пациент обратился в онкоцентр, где при обследовании выявлено солидное образование правой почки с признаками инфильтрации чашечек. Патогномоничных клинических признаков, обусловленных наличием опухоли в почке, пациент не наблюдал. В клинике РСНПМЦОиР выполнено обследование: УЗД (зона интереса): печень с эхопризнаками гепатоза, без очаговых изменений. Правая почка 125×65 мм, из верхнего полюса исходит неоднородное, с нечеткими контурами кистозно-солидное образование. Основная масса узла локализована экстраренально. Рядом с образованием определяется неоднородный узел 41×37 мм (паракавальный л/у? увеличенный надпочечник?), толщина сохраненной паренхимы правой почки 16–17 мм. ЧЛС не расширена. Левая почка без патологии. Парааортальные, подвздошные л/у не визуализируются. Мочевой пузырь: при объеме 380 мл стенки толщиной 4–5 мм, шейка пузыря деформирована извне. Остаточный объем мочи 90 мл. Предстательная железа с признаками доброкачественной гиперплазии. Заключение: образование правой почки. MTS в паракавальные лимфоузлы? ДГПЖ 2 ст. МСКТ – левая почка обычных размеров и структуры. Контур правой почки деформированы на уровне верхнего сегмента, где определяется объемное образование с крупнобугристыми контурами, включает в себя солидные и кистозные компоненты. Общие размеры образования 10,0×5,2 см. Данных за метастатические изменения не выявлено. Простата увеличена – 5,9×5,2 см, контуры относительно ровные. Вывод: объемное образование правой почки, состоит из крупных узлов и кистозных компонентов. Увеличение размеров простаты. Экскреторная урография: контуры правой почки гладкие, паренхима верхнего полюса деформирована, наличие образования с достаточно четкими контурами, ЧЛС не расширена. Левая почка без особенностей. Функция обеих почек сохранна.

В ноябре 2023 г. выполнена операция – радикальная нефрадреналэктомия справа. На разрезе макропрепарата определяется кистозное образование с мутным



Рис. 3. Компьютерная томография. Пациент Б., 1947 г. Объемное образование с солидными и кистозными включениями
Fig. 3. Computed tomography of Patient B., 1947. Volumetric formation with solid and cystic inclusions

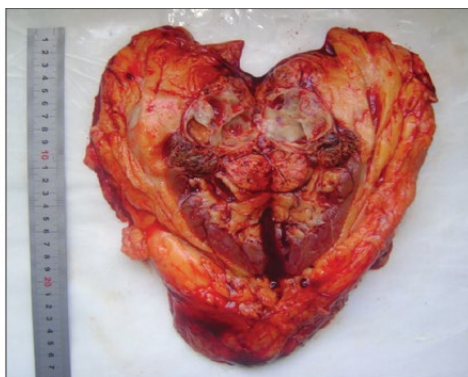


Рис. 4. Макропрепарат удаленной правой почки. Верхний полюс занят эхинококковой кистой и очагами ПКР
Fig. 4. Macropreparation of the removed right kidney. The upper pole is occupied by an echinococcal cyst and foci of RCC



содержимым, с плотными, местами кальцинированными перегородками. В центральной части почки имеется солидный опухолевый компонент, инфильтрирующий лоханку и капсулу кисты. Результат гистоанализа: почечно-клеточный рак, светлоклеточный вариант. В лимфоузлах реактивные изменения. Надпочечник – метастатического поражения не выявлено. Послеоперационный период протекал гладко. При выписке пациенту даны рекомендации по онконастороженности. Учитывая в анамнезе лечение эхинококкоза, рекомендовано обратиться в отделение гепатобилиарной хирургии РСНПМЦХ им. академика В. Вахидова (для динамического контроля паразитарной патологии).

Принимая во внимание возможные сочетания разнотканевых образований в одной почке, необходимо обратить внимание на дифференциальную диагностику, осуществляемую в подавляющем большинстве с помощью расширенных радиологических методов, таких как КТ и МРТ, которые остаются опорой диагностики органных образований.

На КТ различают 3 вида объемных образований почки: плотные, жидкостные и смешанные. Вызывают сомнения в диагностике лишь образования смешанного характера. В таких случаях проводят их пункцию с последующим цитологическим исследованием полученного материала. В наших случаях биопсия не выполнялась: в первом случае из-за полученной достаточной информации о наличии рака почки и абсолютных показаний к удалению измененного органа; во втором – опухоль не подвергалась биопсии с целью верификации процесса в связи с риском повреждения крупных сосудов, близко расположенных к опухоли.

Вышеописанные клинические новообразования подтверждают сложность дооперационной диагностики сочетанных образований почки. В данном случае при малейшем подозрении на кистозное образование и отсутствие данных о его содержимом стоит воздержаться от манипуляций, повышающих риск распространения процесса. Оптимальной тактикой лечения данной категории пациентов с учетом принципов лечения пациентов с онкопатологией и профилактики паразитарного осеменения является расширенная нефрэктомия.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Kuroda N, Sugawara E, Kusano H, Yuba Y, Yorita K, Takeuchi K. A review of ALK-rearranged renal cell carcinomas with a focus on clinical and pathobiological aspects. *Pol J Pathol*. 2018;69(2):109–113.
2. Grünwald V. Risk-adapted (immuno)therapy for renal cell carcinoma. *Urologe A*. 2018 Nov;57(11):1326–1333.
3. Ding M, Lu X, Wang C, Zhao Q, Ge J, Xia Q, Wang J, Zen K, Zhang CY, Zhang C. The E2F1-miR-520/372/373-SPOP Axis Modulates Progression of Renal Carcinoma. *Cancer Res*. 2018 Dec 15;78(24):6771–6784.
4. Van Leeuwen RS, Ahmad S, van Nesselrooij B, Zandee W, Giles RH. *Von Hippel-Lindau Syndrome*. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJH, Gripp KW, Amemiya A, editors. *GeneReviews*. Seattle: University of Washington (WA); 2000.
5. Ganguly S, Chandra A, Chatterjee IB. Pathobiology of cigarette smoke-induced invasive cancer of the renal pelvis and its prevention by vitamin C. *Toxicol Rep*. 2018;5:1002–1010.
6. Capitanio U, Bensalah K, Bex A, Boorjian SA, Bray F, Coleman J, Gore JL, Sun M, Wood C, Russo P. Epidemiology of Renal Cell Carcinoma. *Eur Urol*. 2019 Jan;75(1):74–84.
7. Ward RD, Tanaka H, Campbell SC, Remer EM. 2017 AUA Renal Mass and Localized Renal Cancer Guidelines: Imaging Implications. *Radiographics*. 2018 Nov-Dec;38(7):2021–2033.
8. Liaw CW, Winoker JS, Mehrazin R. Imaging Protocols for Active Surveillance in Renal Cell Carcinoma. *Curr Urol Rep*. 2018 Aug 13;19(10):81.
9. Pourseif MM, Moghaddam G, Saeedi N, Barzegari A, Dehghani J, Omid Y. Current status and future prospective of vaccine development against *Echinococcus granulosus*. *Biologicals*. 2018 Jan;51:1–11.
10. McManus DP, Zhang W, Li J, Bartley PB. Echinococcosis. *Lancet*. 2003 Oct 18;362(9392):1295–304.
11. Moro P, Schantz PM. Echinococcosis: a review. *Int J Infect Dis*. 2009 Mar;13(2):125–33.
12. Wen H, Vuitton L, Tuxun T, Li J, Vuitton DA, Zhang W, McManus DP. Echinococcosis: Advances in the 21st Century. *Clin Microbiol Rev*. 2019 Mar 20;32(2).