

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК ПІДКОВОПОДІБНОЇ НИРКИ

С.В. Головка, Я.В. Собков, А.А. Кобірніченко

Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ

Вперше виявлена при автопсії та описана в 1521 році Berengario da Carpi, підковоподібна нирка є аномалією сполучення нирок, розповсюдженість якої складає 0,25%, або 1 на 400 у загальній популяції, та виникає в результаті зрощення нижніх полюсів нирок до або під час обертання (на 4,5-6 тижні внутрішньоутробного розвитку) [1]. Найчастіше зустрічається у чоловіків, співвідношення між чоловіками та жінками становить 2:1. Більшість хворих з цією патологією залишаються безсимптомними. Коли виникають симптоми, вони найчастіше пов'язані з гідронефрозом, нефролітіазом, запальними захворюваннями, і у невеликому відсотку випадків – з новоутвореннями. За даними літератури (123 випадки), у 47% випадків зустрічається нирково-клітинний рак, у 28% – уротеліальна карцинома, у 20% – пухлина Вільмса, у 5% – саркома [1,5]. Прогноз та виживаність серед цих пацієнтів залежать від стадії захворювання та гістопатологічної градації.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

56-річна жінка П. звернулася до клініки урології Головного військово-медичного клінічного центру Міністерства оборони України зі скаргами на дискомфорт в правій поперековій ділянці та по правому фланку, що турбував її протягом останніх 3-х місяців. З анамнезу встановлено, що за 1 місяць до звернення у хворої під час санаторно-курортного лікування на УЗД діагностовано новоутворення правої нирки. Хвора ніколи не відмічала епізодів макрогематурії, больового синдрому, «безпричинних» підйомів температури тіла, заперечувала втрату ваги тіла за останні місяці. Загальноклінічні та біохімічні аналізи крові та сечі хворої були в межах норми. Фізикальне обстеження хворої не виявило будь-яких особливостей. Рентгенографія

органів грудної клітини не виявила відхилень від норми.

За даними комп'ютерної томографії з контрастуванням та 3D реконструкцією (Рис.1, 2а,2б), нирки нижніми полюсами над аортою зрощені за допомогою паренхіматозної перемички товщиною 20мм. В нижньому сегменті правої половини нирки з переходом на середній – візуалізовано утворення з нерівними контурами, розмірами 54х67мм, неоднорідної структури за рахунок невеликих анехогенних ділянок. Ліва половина нирки – звичайних розмірів, без ознак пухлинного ураження. Даних щодо гідронефрозу з обох сторін не виявлено, шар паренхіми обох нирок 12-13мм. Ознак заочеревинної лімфаденопатії не виявлено.

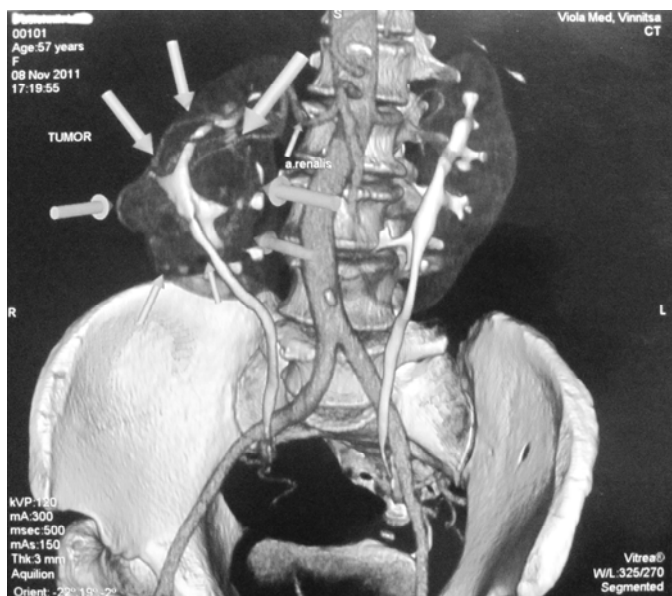
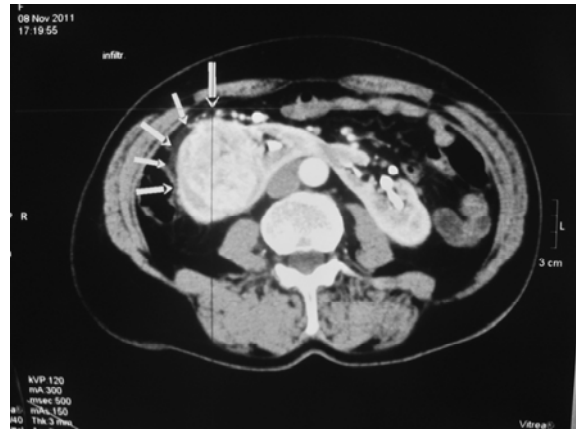


Рис.1. 3D реконструкція комп'ютерної томографії, підковоподібна нирка та пухлина в правій половині



А



Б

Рис.2. Комп'ютерна томографія, косий (а) та поперечний (б) зрізи

Після відповідної передопераційної підготовки, хвора була взята на операцію. Під загальною анестезією, поперечним розрізом типу «шеврон» довжиною 25см від XI ребра зліва до XI ребра справа вище пупка, виконано лапаротомію. При ревізії печінки ознак метастазів не було виявлено. Після мобілізації висхідної та частково поперекової ободової кишки, останні зміщено медіально, оголено позаочеревинний простір справа. Після розтину фасції Герота в

області паранефрія виявлено множинні аномальні артеріальні та венозні судини, правий сечовід звивистий, аномально розташований. Виділені ниркова артерія і вена, мобілізована права половина підковоподібної нирки з новоутворенням у середній та нижній третині. В правій половині підковоподібної нирки розміром 15x8см, локалізовано новоутворення в нижній третині по латеральному краю розміром 5,0x5,5см (Рис. 3).



Рис.3. Інтраопераційний знімок. Зовнішній вигляд пухлини

Враховуючи аномальне розташування судин, інтимне прилягання правого сечоводу до новоутворення, можливість проростання пухлини в порожнисту систему нирки, вирішено, що виконання повноцінної резекції нирки не пред-

ставляється можливим. Локалізований паренхіматозний перешийок підковоподібної нирки. Останній, товщиною 2,0см, розташований безпосередньо на черевному відділі аорти (Рис.4).



Рис.4. Інтраопераційний знімок. Перешийок підковоподібної нирки

Прийнято рішення виконати гемінефректомію справа з пухлиною. На перешийок накладено два затискачі Сатинського, виконана істмотомія. Додатково пошиті та перев'язані обидві поверхні розітнутого перешийку. Мобілізована судинна ніжка правої половини підковоподібної нирки. Додаткових судин не виявлено. Виконана правобічна гемінефректомія. Контроль на гемо-

стаз, сторонні тіла, цілісність плеври та печінки. Позаочеревинний простір справа дренований двома поліхлорвініловими трубками. Рана пошарово ушита. Макропрепарат – права половина підковоподібної нирки розміром 15,0x8,0см з новоутворенням в нижньому полюсі розміром 5,0x5,5см (Рис.5) відправлений на патогістологічне дослідження.



Рис.5. Макроскопічний вигляд препарату в розрізі, пухлина в нижньому полюсі

Хвора була виписана з госпіталю через 8 днів в задовільному стані, після загоєння після-

операційної рани первинним натягом, з нормальним рівнем сироваткового креатиніну.

Гістологічне дослідження препарату виявило нирково-клітинний рак, світлоклітинний варіант, II ступінь градації за Фурманом.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Підковоподібна нирка є аномалією сполучення нирок, розповсюдженість якої складає 0,25% [1]. Віртуально, кожне урологічне захворювання може виникати в підковоподібній нирці. Нирково-клітинний рак зустрічається приблизно в 47% випадків новоутворення підковоподібної нирки, після нього за частотою йдуть уротеліальна карцинома, пухлина Вільмса [2]. Хоча прогноз залежить від тих самих факторів, як і в звичайних незрощених нирках, при плануванні оперативних втручань особливу увагу слід приділити особливостям кровопостачання та збиральної системи нирки. Пухлина може локалізуватись в будь-якому відділі нирки, однак найчастіше вона виникає близько до перешийка. Це пояснюється тим, що тератогенні фактори, відповідальні за атипову міграцію нефрогенних клітин та формування перешийку підковоподібної нирки, відповідають за схильність до виникнення пухлини у цьому відділі нирки [1,4].

При будь-якому виді новоутворення нирки використання комп'ютерної томографії важливе для визначення наявності пухлини контралатеральної нирки, ступеня інфільтрації пухлини в навколониркову клітковину, оточуючі органи, ниркову та порожнисту вени. В нашому випадку комп'ютерна томографія з 3D реконструкцією надала важливу інформацію стосовно анатомічних деталей та дозволила обрати оптимальний вид оперативного доступу.

Метою подальшого спостереження за прооперованими хворими є рання ідентифікація метастатичної активності. Така активність може бути пов'язана з позитивним хірургічним краєм, мультифокальними пухлинами та ступенем диференціації пухлини. Можливість хірургічної резекції обґрунтовано розглядається найкращою

хірургічною операцією в разі наявності резектабельної пухлини, та їй віддається перевага при солітарних метастатичних ураженнях. В клінічних дослідженнях раннє виявлення рецидиву пухлини може збільшити ефективність системної терапії при невеликому об'ємі пухлини. Локальні рецидиви досить рідкі (1,8%) при негативному хірургічному краєві. Рецидиви в контралатеральній нирці зустрічаються у близько 1,2% випадків [6].

Коли ймовірність рецидиву низька, достатньо виконувати рентгенографію органів грудної клітини та ультразвукове дослідження; коли ймовірність рецидиву помірна або висока, методом вибору є комп'ютерна томографія черевної та грудної порожнини.

Спостереження в даному випадку буде проводитись з комп'ютерною томографією грудної та черевної порожнини, через розмір пухлини та ступінь гістологічної градації за Фурманом, що становив II.

ВИСНОВКИ

1. Підковоподібна нирка є найчастішою аномалією зрощення нирок, частіше зустрічається у чоловіків. Важливо підкреслити, що третина хворих залишаються безсимптомними, а клінічна маніфестація захворювання є результатом гідронефрозу, нефролітіазу, запалення, та, рідше, пухлини, як у нашому випадку.

2. У світовій літературі знайдено менше 140 випадків даного захворювання, наша доповідь робить свій внесок у вивчення цього рідкісного захворювання.

3. Використання комп'ютерної томографії з 3D реконструкцією є важливим діагностичним методом, тому що він значно допомагає в діагностиці та виборі хірургічного доступу.

4. Слід також зазначити, що прогноз не залежить від аномалії, та визначається видом новоутворення нирки і його стадією, як і в нормальній нирці.

Список літератури

1. *Anomalities of the upper urinary tract* / [Walsh P., Retik A., Vaughan E. et al.]. – *Campbell's urology*. – 8th edition. Philadelphia: WB Saunders, 2002. – p1885-924.
2. *Incidence of tumoral pathology in horseshoe kidneys* / [Rubio Briones J., Regalado Pareja R., Sanchez Martin F. et al.]. – *Eur Urol.*, 1998. – 33:175-9.
3. *Kim TH. Renal cell carcinoma in a horseshoe kidney and preoperative superselective renal artery embolization: a case report* / TH. Kim. – *Korean J Radiol.*, 2005. – 6 200-3.

4. *Malignant tumor in a horseshoe kidney* / [Jones L., Reeves M., Wingo S. et al.]. – *Urology Journal*, 2007. – Vol.4. – No1.
5. *Yaber-Gómez EK. Clear cell carcinoma in horseshoe kidney: a case report and literature review* / EK. Yaber-Gómez. – *Rev Mex. Urol.*, 2010. – 70(2): 111-115.
6. *Outcome of isolated renal fossa recurrence after nephrectomy* / [Itano N., Blute M., Spotts et al.]. – *J Urol.*, 2000. – 164(2):322-325.

Реферат

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ

С.В. Головкин, Я.В. Собков,
А.А. Кобирниченко

Подковообразная почка относится к наиболее частым аномалиям сращения почек. Как правило, сама по себе подковообразная почка не вызывает никаких симптомов и является случайной находкой. Когда симптомы возникают, они наиболее часто связаны с гидронефрозом, нефролитиазом, воспалительными заболеваниями, и в небольшом проценте случаев – с новообразованиями. Прогноз и выживаемость среди пациентов с новообразованием подковообразной почки зависит от стадии заболевания и гистопатологической градации. В литературе нами найдено описание менее 140 случаев данной нозологии. Мы сообщаем о клиническом случае почечно-клеточного рака подковообразной почки у 56-летней женщины, и описываем наш опыт лечения.

Ключевые слова: подковообразная почка, новообразование, почечно-клеточный рак.

Summary

CASE REPORT: RENAL CELL CARCINOMA OF HORSESHOE KIDNEY

S.V. Golovko, J.V. Sobkov,
A.A. Kobirnichenko

Horseshoe kidney is the most frequent kidney fusion anomaly. The majority of patients with this pathology are asymptomatic. When symptoms are present they are associated with hydronephrosis, nephrolithiasis, inflammation, and, in small percentage with neoplasma. Prognosis and survival rate of patients with tumors of the horseshoe kidney are dependant on tumor pathology and stage. In the literature we found less than 140 cases of such pathology. We report a case of renal cell carcinoma in a 56-year-old woman and depict our experience in its management.

Key words: horseshoe kidney, neoplasma, renal cell carcinoma.