

<https://doi.org/10.29188/2222-8543-2020-13-5-42-45>

Эндоскопическое удаление папиллярной опухоли мочеточника у пациента с полинеоплазией

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

А.Г. Мартов^{1,2}, Д.В. Ергаков^{1,2}, Н.Г. Мужежская², Р.Г. Биктимиров², А.С. Андронов^{1,2}, М.А. Шоайдаров²

¹ ГБУЗ «Городская клиническая больница имени Д.Д. Плетнева ДЗМ»; 32, 11-я Парковая улица, Москва, 105077, Россия

² Кафедра урологии и андрологии Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования Государственного научного центра федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства России; д. 46, стр. 8, Живописная улица, Москва, 123098, Россия

Контакт: Мартов Алексей Георгиевич, martovalex@mail.ru

Аннотация:

Введение. Выявление метасинхронных опухолей у пациентов, перенесших радикальные онкологические операции, является важной и актуальной проблемой не только онкологии, но и медицины в целом. В данной статье мы представляем случай клинической манифестации уротелиального рака правого мочеточника спустя 21 месяц после удаления меланомы и 6 месяцев после перенесенной радикальной простатэктомии.

Материалы и методы. Приведено редкое наблюдение за 55-летним мужчиной с выявленной у него полинеоплазией (первично-множественными злокачественными опухолями) – меланомой надлопаточной области слева, спустя год диагностированной опухолью предстательной железы и спустя 6 месяцев выявленной папиллярной опухолью правого мочеточника. Опухоль мочеточника манифестировала макрогематурией. При обследовании был выявлен правосторонний уретерогидронефроз.

Результаты. Выполнение видеoureterosкопии с компьютерной хромоэндоскопией позволило не только поставить точный диагноз и улучшить визуализацию границ опухоли, но и провести лазерную вапоризацию мочеточника гольмиевым лазером. Наблюдение за пациентом в течение последующих 5 лет не выявило рецидива меланомы, рака предстательной железы и уротелиального рака ни в правом мочеточнике, ни в мочевом пузыре.

Обсуждение. Настоящее наблюдение интересно в связи с редким сочетанием у одного пациента трех онкологических заболеваний в течение сравнительно небольшого временного промежутка. Использование современных оптических и компьютерных технологий позволило не только провести раннюю диагностику папиллярного рака мочеточника, но и выполнить более радикальное удаление опухоли.

Заключение. Данное наблюдение иллюстрирует необходимость тщательного полноценного обследования онкологических пациентов не только со стороны локализации основного заболевания.

Ключевые слова: метасинхронный рак; уретероскопия; папиллярная опухоль мочеточника; лазерная вапоризация; полинеоплазия.

Для цитирования: Мартов А.Г., Ергаков Д.В., Мужежская Н.Г., Биктимиров Р.Г., Андронов А.С., Шоайдаров М.А. Эндоскопическое удаление папиллярной опухоли мочеточника у пациента с полинеоплазией. Экспериментальная и клиническая урология 2020;13(5):42-45, <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2020-13-5-42-45>

<https://doi.org/10.29188/2222-8543-2020-13-5-42-45>

Endoscopic removal of a papillary tumor of the ureter in a patient with polyneoplasia

CLINICAL CASE

A.G. Martov^{1,2}, D.V. Ergakov^{1,2}, N.G. Muzhetskaya², R.G. Biktimirov², A.S. Andronov^{1,2}, M.A. Shoaydarov²

¹ D.D. Pletnev Moscow city hospital. 32, 11 Parkovaya St., Moscow 105077, Russia

² Department of urology and andrology of the A. I. Burnazyan Federal state medical center of FMBA of Russia. 46, buld 8, Zhivopisnaya St., Moscow 123098, Russia

Contacts: Alexey G. Martov, martovalex@mail.ru

Summary:

Introduction. Detection of metachronic tumors in patients who underwent radical surgery for oncological reasons is extremely important not only in oncology, but also in medicine in general. In this report, we present a case of clinical manifestation of urothelial carcinoma of the right ureter 21 months after the removal of melanoma and 6 months after radical prostatectomy.

Materials and methods. A rare case of a 55-year-old man with a diagnosed polyneoplasia (primary multiple malignant tumors) is demonstrated. A patient with a history of melanoma of the left suprascapular region and prostate cancer diagnosed a year later, subsequently developed a papillary tumor of the right ureter 6 months after it. The tumor of the ureter manifested by macrohematuria. Examination revealed a right-sided ureterohydronephrosis.

Results. Computed virtual chromoendoscopy-assisted ureteroscopy provided not only an accurate diagnosis and improved visualization of the tumor borders but also a holmium laser vaporization of the ureter. Follow-up of the patient in the next 5 years revealed recurrence neither of melanoma and prostate cancer, nor urothelial cancer of the right ureter or the bladder.

Discussion. This clinical case is interesting due to the rare combination of three cancers in one patient within a relatively short time interval. The use of modern optical and computer technologies made it possible not only to carry out early diagnosis of papillary ureteral cancer, but also to carry out a more radical removal of the tumor.

Conclusion. This observation illustrates the necessity of a thorough evaluation of cancer patients without adherence to the site of the primary disease.

Key words: metachronic cancer; ureteroscopy; papillary urothelial carcinoma; laser vaporization; polyneoplasia.

For citation: Martov A.G., Ergakov D.V., Muzhetskaya N.G., Biktimirov R.G., Andronov A.S., Shoaydarov M.A. Endoscopic removal of a papillary tumor of the ureter in a patient with polyneoplasia. Experimental and Clinical Urology, 2020;13(5):42-45, <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2020-13-5-42-45>

ВВЕДЕНИЕ

Выявление метакронных опухолей у пациентов, перенесших радикальные онкологические операции, является важной и актуальной проблемой не только онкологии, но и медицины в целом [1].

В данной статье мы представляем случай клинической манифестации уротелиального рака правого мочеточника спустя 21 месяц после удаления меланомы и 6 месяцев после перенесенной радикальной простатэктомии.

Диагностика папиллярных опухолей верхних мочевых путей является весьма трудной задачей в связи с ограниченной диагностической ценностью рутинных методов диагностики (ультразвукового исследования – УЗИ, экскреторной урографии, мультиспиральной компьютерной томографии – МСКТ и магнитно-резонансной томографии – МРТ) [2]. Использование современного эндоскопического оборудования, усиленного новейшими технологиями обработки получаемого изображения (NBI, Image 1S и др.) позволяют не только улучшить визуализацию новообразований, но и точнее определять мультифокальность поражения и границы роста опухоли [3]. Усовершенствование гибких фиброуретеропиелоскопов и создание цифровых гибких эндоскопов, позволяющих осмотреть весь уротелий, разработка специальных биопсийных щипцов для получения морфологического материала и накопление опыта лазерной вапоризации способствует расширению показаний к применению органосохраняющего лечения уротелиальной карциномы верхних мочевых путей [4].

Наше наблюдение иллюстрирует современные возможности применения эндоскопических методов диагностики и органосохраняющего лечения папиллярных опухолей верхних мочевых путей у пациента, проходившего контрольное обследование после выполнения ему удаления меланомы надлопаточной области и радикальной простатэктомии по поводу локализованного рака предстательной железы (ПЖ).

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Больной В., 55 лет поступил во 2-ое урологическое отделение ГКБ имени Д.Д. Плетнева с жалобами на примесь крови в моче, учащенное мочеиспускание, дискомфорт в поясничной области справа. Из анамнеза известно, что в октябре 2013 года было выполнено хирургическое лечение в объеме иссечения образования левой надлопаточной области. Гистологическое заключение: эпителиоидноклеточная меланома низкой степени дифференцировки. В последующем пациент находился под наблюдением онколога по месту жительства. В июле 2014 года при контрольном обследовании по данным УЗИ шеи справа, обнаружены гипоехогенные очаги, по поводу чего была выполнена лимфаденэктомия справа. Гистологическое заключение: опухолевого роста не обнаружено. Далее при комп-

лексном онкологическом обследовании выявлено повышение уровня ПСА крови до 7,63 нг/мл. В декабре 2014 года выполнена биопсия ПЖ, диагностирована мелкоацинарная аденокарцинома (3+3=6 баллов по шкале Глисона). Проведено обследование в объеме «расширенного онкопоиска» – МРТ органов малого таза, МСКТ грудной клетки и легких, остеосцинтиграфия, гастро- и колоноскопия. По данным обследования признаков местного распространения опухолевого роста и наличия метастазов меланомы и рака ПЖ не выявлено. В феврале 2015 года пациенту произведена экстраперитонеоскопическая простатэктомия. Гистологическое заключение: в ткани ПЖ – очаги и поля роста мелкоацинарной аденокарциномы (3+3=6 баллов по шкале Глисона), в семенных пузырьках и семявыводящих протоках опухолевого роста нет.

В июле 2015 года пациент впервые отметил появление примеси крови в моче. В анализе крови уровень общего ПСА составляет 0 нг/мл, при УЗИ почек выявлено расширение чашечно-лоханочной системы справа до 2,5 см, при КТ с в/в контрастированием заподозрена обструкция правого мочеточника. В связи с чем пациент был госпитализирован в ГКБ им. Д.Д. Плетнева для проведения цистоскопии, уретероскопии справа.

Наследственный анамнез пациента не отягощен, из вредных привычек отмечает курение 2 пачек сигарет в неделю.

При осмотре: общее состояние пациента удовлетворительное, пальпация области почек безболезненная, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание учащено, при ректальном осмотре ПЖ не пальпируется, очагов уплотнения и флюктуации не выявлено, наружные половые органы не изменены. На момент поступления в стационар макрогематурии не отмечено.

В лабораторных данных обращало на себя внимание наличие соответствующих изменений в общем анализе мочи, цитологический анализ мочи был отрицателен, показатель ПСА – 0 нг/мл, остальные лабораторные исследования без отклонений.

5 августа 2015 года была произведена уретроцистоскопия, по данным которой наружный сфинктер уретры сохранен, вслед за сфинктером определяется зона уретроцистоанастомоза, имеющая адекватный просвет. При осмотре зоны анастомоза в режиме компьютерной хромоэндоскопии (Image 1S) патологических изменений подслизистого сосудистого рисунка не выявлено. При цистоскопии емкость мочевого пузыря 250 мл, слизистая не изменена как при осмотре в белом свете, так и в основных режимах spectra A и spectra B компьютерной хромоэндоскопии. Устья обоих мочеточников смещены к шейке мочевого пузыря, не сужены.

Учитывая, что при амбулаторном обследовании выявлена пиелокаликоектазия справа, была произведена уретеропиелоскопия справа, при которой проксимальнее зоны перекреста с подвздошными сосудами выявлена одиночная папиллярная опухоль правого мочеточника размерами

1,5 x 1 см (рис. 1). При фибропиелокаликоскопии выше опухоли изменений верхних мочевых путей не было выявлено. При уретероскопии в белом свете опухоль оказалась существенно меньше, чем в обоих основных режимах компьютерной хромоэндоскопии (1,5 см против 1 см в белом свете). Пациенту была произведена биопсия опухоли мочеточника в визуальном усиленном режиме spectra A. Для получения большего объема материала нами использована нитиноловая корзинка, а не биопсийные щипцы (рис. 2). После проведения в почку страхового струны-проводника выполнена гольмиевая лазерная вапоризация правого мочеточника (2,2 дж. 12Гц, лазер «Auriga») (рис. 3, 4). При осмотре в режиме узкоспектральной эндоскопии (NBI) резидуальных образований и сателлитных опухолей не было выявлено. Почка была дренирована внутренним стентом 6 F. Гистологическое заключение: уротелиальная карцинома низкого риска (low grade) pT1G1N0M0.

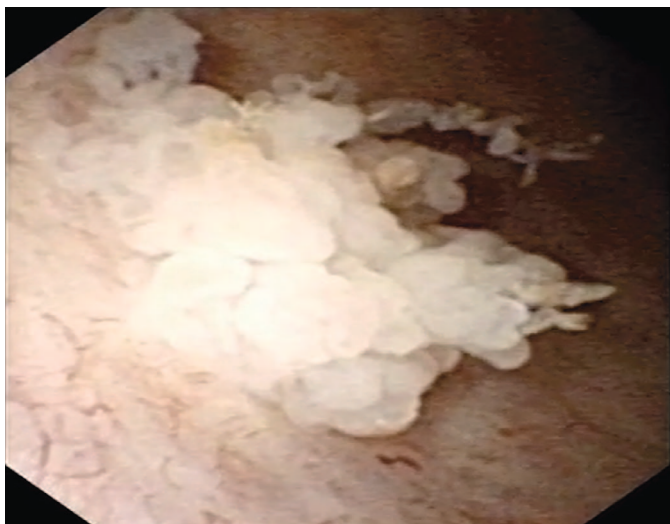


Рис. 1. Уретероскопия. Вид опухоли
Fig. 1. The ureteroscopy. Ureteral tumor

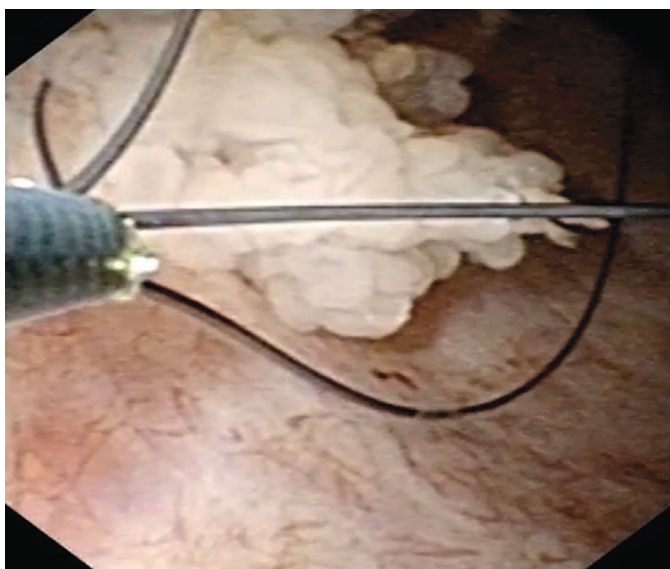


Рис. 2. Биопсия опухоли с помощью корзинки
Fig. 2. Basket biopsy of the tumor

Пациенту 8 октября 2015 года в нашей клинике выполнена цистоскопия, удаление внутреннего стента, контрольная уретеропиелоскопия с узкоспектральной диаг-

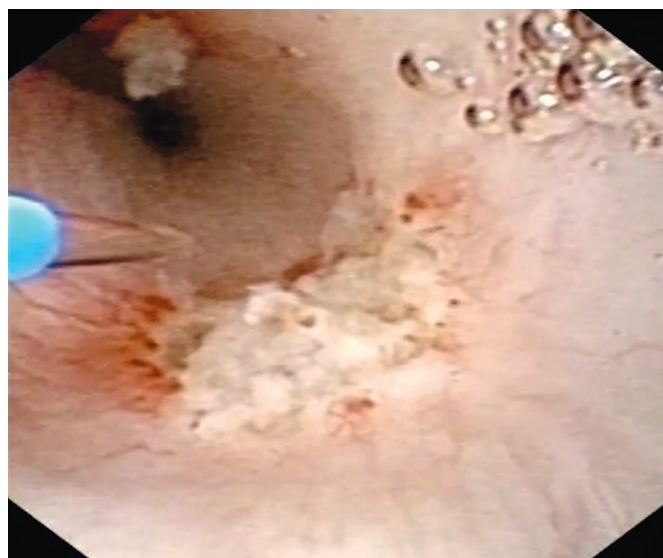


Рис. 3. Лазерная вапоризация опухоли мочеточника (режим белого света)
Fig. 3. Laser vaporization of the ureteral tumor (white light mode)

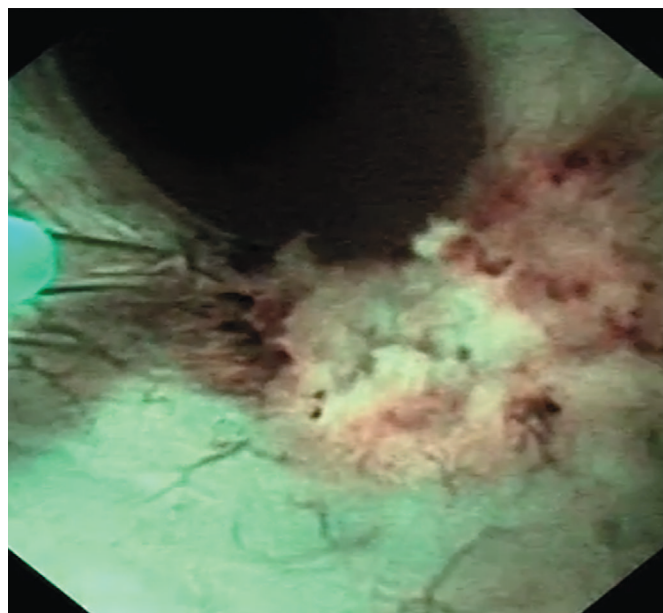


Рис. 4. Лазерная вапоризация опухоли мочеточника (режим узкоспектральной эндоскопии)
Fig. 4. Laser vaporization of the ureteral tumor (NBI – Narrow Band Image)

ностикой (NBI), при которой рецидива опухоли выявлено не было. Цитологический анализ мочи был отрицателен. При контрольных обследованиях в 2016-2020 гг. рецидива меланомы, рака ПЖ (PSA 0,001 нг/мл) и папиллярного рака верхних мочевых путей и мочевого пузыря выявлено не было, цитология мочи отрицательная.

ОБСУЖДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Настоящее наблюдение интересно в связи с редким сочетанием у одного пациента трех онкологических заболеваний в течение сравнительно небольшого временного промежутка (21 месяц). Среди возможных причин развития подобного состояния можно рассматривать как нарушение экспрессии генов (*p53* и других), что может служить универсальным звеном для развития новообразований. Среди других причин следует рассматривать на-

рушение противоопухолевого иммунитета, которое может происходить в результате воздействия наружных факторов (вредные факторы окружающей среды, облучение, системная химиотерапия) [5].

Показанием для проведения органосохраняющего лечения папиллярного рака у данного пациента явилось наличие одиночной папиллярной опухоли, удобной для ее эндоскопического удаления, при условии соблюдения пациентом режима контрольных обследований [6]. С другой стороны, наличие у пациента в анамнезе двух онкологических заболеваний (меланома кожи T1aNO0, рак ПЖ T2cNO0), каждое из которых может в будущем потребовать проведения системной химиотерапии, требует от врача органосохраняющего подхода, так как нефроуретерэктомия с резекцией мочевого пузыря у подобного пациента может ухудшить суммарную азотовыделительную функцию почек [4].

Использование современных оптических и компьютерных технологий позволило нам не только провести раннюю диагностику папиллярного рака мочеочника, но и выполнить более радикальное удаление опухоли, так как границы вапоризации в белом свете и режиме spectra A компьютерной хромоэндоскопии отличались на 33%. Выполнение биопсии мочеочника позволило верифици-

ровать опухоль и точно установить степень дифференцировки. Отсутствие морфологической верификации диагноза нередко является препятствием для последующего наблюдения и получения противорецидивного лечения у онколога, поэтому в данном случае и в большинстве других мы используем корзинку для получения достаточного количества биопсийного материала.

ВЫВОДЫ

Каждый случай первично-множественного рака является уникальным и, ввиду лимитированного количества клинических случаев, четкие алгоритмы лечения не разработаны. Представленный в статье клинический случай демонстрирует успешные результаты персонализированного подхода к лечению первично-множественных локализованных опухолей органов мочевыводящих путей с одним из наиболее длительных периодов наблюдения (5 лет). Для данной категории пациентов необходимо прецизионное динамическое наблюдение с применением современных визуализационных и инструментальных методов, что может обеспечить своевременное выявление и лечение рецидивов. ■

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Roupert M, Babjuk M, Compérat E, Zigeuner R, Sylvester R, Burger M, et al. European guidelines on upper tract urothelial carcinomas: 2013 update. *Eur Urol* 2013;63(6):1059-1071. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.03.032>.
2. Мартов А.Г., Соломатников И.А., Байков Н.А., Андронов А.С., Халмурзаев О.А. Узкоспектральная диагностика и компьютерная хромоэндоскопия в диагностике папиллярных опухолей нижних и верхних мочевых путей. *Урология* 2015;(5):55-59. [Martov A.G., Solomatnikov I.A., Baykov N.A., Andronov A.S., Khalmurzaev O.A. Narrowed spectrum diagnostics and computer chromoendoscopy in the diagnosis of epithelial neoplasms of the lower and upper urinary tract. *Urologiya = Urology* 2015;(5):55-59. (In Russian)]
3. Rai BP, Shelley M, Coles B, Somani B, Nabi G. Surgical management for upper urinary tract transitional cell carcinoma (UUT-TCC): a systematic review. *BJU Int* 2012;110(10):1426-1435. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2012.11341.x>.

4. Sonpavde G, Watson D, Tourtellott M, Cowey CL, Hellerstedt B, Hutson TE, et al. Administration of cisplatin-based chemotherapy for advanced urothelial carcinoma in the community. *Clin Genitourin Cancer* 2012;10(1):1-5. <https://doi.org/10.1016/j.clgc.2011.11.005>.
5. Леонов О.В., Слонимская Е.М., Долгих В.Т. Опыт лечения больных с урологической полинеоплазией. *Вопросы онкологии* 2008;54(2):220-224. [Leonov O.V., Slonimskaya Ye.M., Dolgikh V.T. Treatment for urologic polyeoplasia. *Voprosy onkologii = Problems in Oncology* 2008;54(2):220-224. (In Russian)]
6. Зукров П.А., Дыхно Ю.А. Редкий случай урологического полинеоплазии. *Сибирское медицинское обозрение* 2009;(5):86-88. [Zukov P.A., Dihno U.A. Rare case of urological polyeoplasia. *Sibirskoye meditsinskoye obozreniye = Siberian Medical Review* 2009;(5):86-88. (In Russian)]

Сведения об авторах:

Мартов А.Г. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, зав. отделением урологии (малоинвазивных методов диагностики и лечения урологических заболеваний) ГКБ им. Д.Д. Плетнева; martovalex@mail.ru; RINIC AuthorID 788667

Ергаков Д.В. – к.м.н., доцент кафедры урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, врач отделения урологии (малоинвазивных методов диагностики и лечения урологических заболеваний) ГКБ им. Д.Д. Плетнева; dergakov@mail.ru

Мужецкая Н.Г. – аспирант кафедры урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; врач-уролог; muzhe-natalya@yandex.ru

Биктимиров Р.Г. – к.м.н., доцент кафедры урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; врач-уролог; rafbik@yandex.ru; RINIC AuthorID 274959

Андронов А.С. – к.м.н., ассистент кафедры урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, врач отделения урологии (малоинвазивных методов диагностики и лечения урологических заболеваний) ГКБ им. Д.Д. Плетнева; dr.andronov@mail.ru

Шоайдаров М.А. – аспирант кафедры урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; врач-уролог; shoaydarov@yahoo.com

Вклад авторов:

Мартов А.Г. – концепция и дизайн исследования, анализ современной литературы и полученных данных, оформление результатов и выводов, 50%
Ергаков Д.В. – анализ данных пациента, написание текста и подготовка к публикации, 10%
Мужецкая Н.Г. – сбор данных пациента, написание текста, 10%
Биктимиров Р.Г. – анализ данных пациента, оформление выводов, 10%
Андронов А.С. – анализ данных пациента, написание текста и подготовка к публикации, 10%
Шоайдаров М.А. – анализ данных пациента, подготовка иллюстраций, написание текста и подготовка к публикации, 10%

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Статья поступила: 16.07.2020

Принята к публикации: 26.09.2020

Information about authors:

Martov A.G. – Dr. Sc., Professor, Head of urology and andrology department of the A.I. Burnazyan Federal state medical center of FMBA of Russia, head of the department of urology (minimally invasive methods of diagnosis and treatment of urological diseases) of D.D. Pletnev Moscow city hospital; martovalex@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6324-6110>

Ergakov D.V. – PhD, Associate Professor of urology and andrology department of the A.I. Burnazyan Federal state medical center of FMBA of Russia, doctor of the department of urology (minimally invasive methods of diagnosis and treatment of urological diseases) of D.D. Pletnev Moscow city hospital; dergakov@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1682-7208>

Muzhetskaya N.G. – postgraduate student of urology and andrology department of the A.I. Burnazyan Federal state medical center of FMBA of Russia; urologist; muzhe-natalya@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9496-0157>

Biktimirov R.G. – Ph.D, Associate Professor of urology and andrology department of the A.I. Burnazyan Federal state medical center of FMBA of Russia; urologist; rafbik@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7060-2299>

Andronov A.S. – PhD, Assistant of urology and andrology department of the A.I. Burnazyan Federal state medical center of FMBA of Russia, doctor of the department of urology (minimally invasive methods of diagnosis and treatment of urological diseases) of D.D. Pletnev Moscow city hospital; dr.andronov@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5492-6808>

Shoaydarov M.A. – Postgraduate student of urology and andrology department of the A.I. Burnazyan Federal state medical center of FMBA of Russia, urologist; shoaydarov@yahoo.com; <https://orcid.org/0000-0002-3136-2114>

Authors' contributions:

Martov A.G. – research concept and design, analysis of the literature and findings, writing results and conclusions, 50%
Ergakov D.V. – analysis patient data, article writing and preparing for publication, 10%
Muzhetskaya N.G. – collection patient data, article writing, 10%
Biktimirov R.G. – analysis patient data, writing conclusions, 10%
Andronov A.S. – analysis patient data, article writing and preparing for publication, 10%
Shoaydarov M.A. – analysis patient data, preparation of the figures, article writing and preparing for publication, 10%

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Financing. The study was performed without external funding.

Received: 16.07.2020

Accepted for publication: 26.09.2020