

МЕТАСТАЗ ОСТЕОСАРКОМЫ В ПОЧКУ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

А.А. Курильчик, А.Л. Стародубцев, А.Л. Зубарев, В.Е. Иванов, Г.Т. Кудрявцева
ФГБУ Медицинский Радиологический Научный Центр Минздравсоцразвития РФ, г. Обнинск

Ключевые слова: метастаз остеосаркомы в почку

В сообщении представлено редкое клиническое наблюдение метастазирования остеосаркомы в почку у пациента 18 лет. Больному проведено комбинированное лечение остеосаркомы бедренной кости. Через год при обследовании был выявлен метастаз остеосаркомы в левую почку.

Введение

На долю остеосаркомы приходится почти 45% всех сарком костей. Остеосаркома наблюдается в любом возрасте, но около 65% всех случаев приходится на период от 10 до 30 лет, и чаще всего развитие саркомы отмечается в конце полового созревания. Остеосаркома обладает высокой тенденцией к развитию гематогенных метастазов. К моменту установления диагноза 10–20% пациентов уже имеют макрометастазы в легкие, выявляемые рентгенологически. Около 80% пациентов к моменту установления диагноза имеют микрометастазы в легких, которые визуализируются на компьютерных томограммах. Метастазирование остеосаркомы в регионарные лимфоузлы встречается крайне редко, так как кости не имеют развитой лимфатической системы. Из других зон метастазирования стоит отметить кости, плевру, перикард, почки, ЦНС. В зарубежной литературе приводятся единичные случаи [2–8] метастазирования остеосаркомы в почки. В отечественной литературе описано клиническое наблюдение первичной остеосаркомы почки [1]. Приводим собственное наблюдение метастазирования остеосаркомы в почку.

Клиническое наблюдение

Больной Л., 18 лет, августе 2009 г. обратился к травматологу по месту жительства с жалобами на боли в левом тазобедренном суставе, которые носили постоянный характер. Верифицирован морфологический диагноз: остеосаркома, G3, и проведено 2 цикла внутриаартериальной полихимиотерапии по схеме AP (цисплатин+доксорубицин). В радиологическом отделении ФГБУ МРНЦ наблюдается с но-

ября 2009 г. Состояние при поступлении удовлетворительное, ходит, пользуясь костылями, без нагрузки на левую ногу. Визуально по передней поверхности левого тазобедренного сустава рубец после биопсии, заживший первичным натяжением. Область левого тазобедренного сустава болезненна при пальпации, движения в суставе вследствие выраженного болевого синдрома резко ограничены, разгибательная контрактура. По задней поверхности левого бедра инфильтрация мягких тканей – обширная гематома в стадии организации, расцененная как осложнение проведения курсов внутриаартериальной полихимиотерапии по месту жительства. Спиральная компьютерная томография (СКТ) органов грудной клетки (23.11.2009 г.): данных о метастатическом поражением легких не получено. Спиральная компьютерная томография тазобедренных суставов (24.11.2009 г.): на серии СКТ тазобедренных суставов отмечается нарушение костной структуры головки, шейки левого тазобедренного сустава в виде разрушения костной структуры с нарушением кортикального слоя и обширным мягкотканым компонентом, который имеет не гомогенную структуру и плотность с зонами распада и участками костной плотности. По данным ультразвукового исследования мягких тканей левого бедра (23.11.2009 г.) определяются инфильтративные изменения подкожно-жировой клетчатки левого бедра (гематома в стадии организации), проведена пункция. При цитологическом исследовании №17057-60/09 от 26.11.09. данных об опухолевом процессе не получено. Неврологический статус – чувствительных и двигательных нарушений в пальцах левой стопы нет.

На 1-м этапе комбинированного лечения проведены курсы неoadьювантной полихимиотерапии (схема AP: цисплатин+доксорубицин) в комбинации с предоперационным курсом лучевой терапии (ЛТ) на образование в 1/3 левой бедренной кости РОД 3Гр, СОД 36Гр (рис. 1). Во время 2-го этапа комбиниро-

Адрес для корреспонденции

Курильчик А.А.
E-mail: zubarev@mrrc.obninsk.ru



Рис. 1. Рентгенограммы до (А 1, 2) и после (Б) оперативного лечения первичной опухоли в/3 левой бедренной кости

ванного лечения выполнена операция (17.03.2010 г.): сегментарная резекция в/3 левой бедренной кости с удалением опухоли, эндопротезирование левого тазобедренного сустава индивидуальным онкологическим эндопротезом. Гистологическое заключение №11966-88: опухоль головки бедренной кости — остеосаркома с признаками лечебного патоморфоза III степени. Гиалиновый хрящ головки бедренной кости остается интактным. На границе метафиза и диафиза остеосаркома прорастает за пределы кортикальной пластинки бедренной кости в прилежащую соединительную ткань. Послеоперационный период протекал гладко. Проведены курсы адьювантной полихимиотерапии по схеме AP (цисплатин+доксорубин). Контрольное обследование через 3 мес — данных о рецидиве и появлении метастазов не выявлено. По данным спиральной компьютерной томографии, выполненной в октябре 2010 г., был выявлен метастатический очаг в нижней доле правого легкого в S8 16×13 мм. В ноябре 2010 г. госпитализирован в радиологическое отделение ФГБУ МРНЦ для проведения комбинированного лечения солитарного метастаза в правом легком. На момент поступления при осмотре: состояние ближе к удовлетворительному, ходит с помощью костылей с дозированной нагрузкой на оперированную конечность. Живот при пальпации напряжен, умеренно болезненный слева. Симптом Пастернацкого положительный слева. Отмечались эпизоды макрогематурии, повышение показателей креатинина до 174 мкмоль/л; мочевины до 10,8 ммоль/л. В общем анализе мочи протеинурия — белок до 0,40 г/л. Рентгенография органов грудной клетки (12.11.10 г.): солитарный метастаз в нижней доле правого легкого. Рентгенография левого бедра (10.11.10): в сравнении

с данными от 05.10.10 г. существенных динамических изменений не отмечено. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (11.11.10 г.): печень — без очаговых образований.

Поджелудочная железа неравномерно повышенной эхогенности. Правая почка не изменена. Вся левая почка представлена образованием размером 129×112 мм, неоднородной структуры. Левая почечная вена не визуализируется. Просвет нижней полой вены свободен. В области ворот левой почки определяются два лимфатических узла до 20 мм. Подвздошные л/узлы не определяются. Заключение: опухоль левой почки. Метастатическое поражение л/узлов в воротах левой почки (рис. 2). По данным сцинтиграфии скелета (13.11.10 г.) отмечаются зоны повышенного включения радиофармакологического препарата (РФП) в проекции верхней трети левой бедренной кости и костях, образующих левую вертлужную впадину, в зоне оперативного вмешательства, а также в проекции лонного сочленения и левой седалищной кости (135%). Кроме того, имеется зона повышенного накопления РФП в проекции левой половины затылочной кости (160%). Левая почка увеличена и представлена в виде очага гипофиксации, окруженного зоной гиперфиксации РФП. Спиральная компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза с внутривенным контрастным усилением (15.11.10 г.): прогрессирование метастатического процесса в легких. В левой плевральной полости имеется жидкость. Увеличенных лимфоузлов в средостении не выявлено. На серии СКТ органов брюшной полости левая почка увеличена в размерах за счет опухолевого образования, занимающего всю почку (рис. 3). Размеры образования 120×110 мм, протяженность

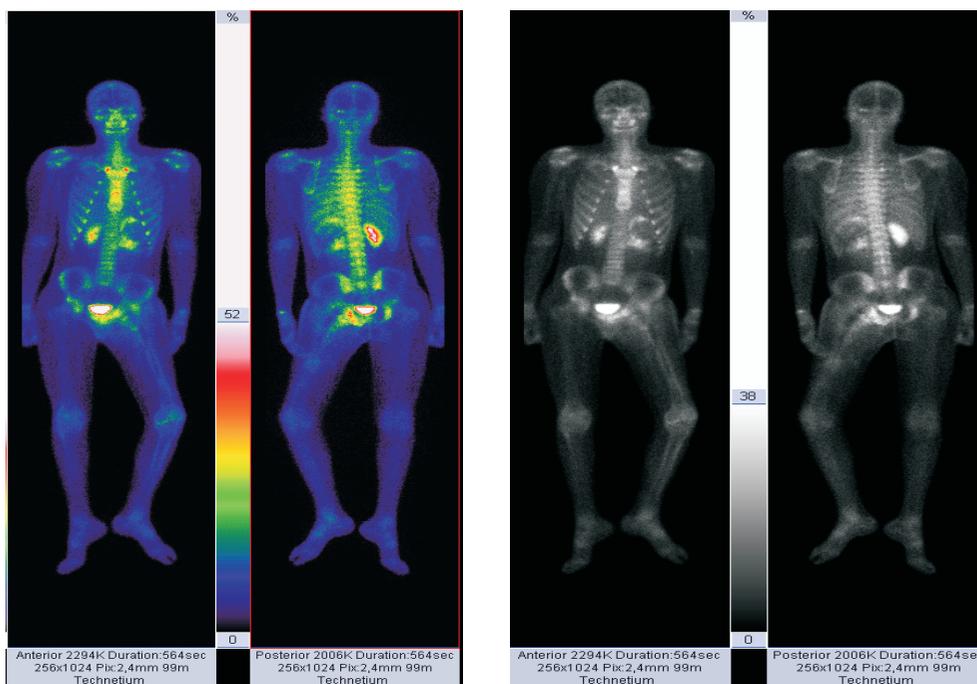


Рис. 2. Сцинтиграммы (левая почка увеличена и представлена в виде очага гипофиксации РФП с зоной гиперфиксации по периферии)



Рис. 3. СКТ-картина метастаза остеогенной саркомы в левую почку

до 150 мм. Структура образования не гомогенная, с зонами пониженной плотности и участками повышенного накопления РКВ. По ходу сосудистой ножки левой почки и парааортально определяются увеличенные лимфоузлы размерами до 25 мм. В правой почке патологических образований не выявлено. В малом тазу увеличенных лимфоузлов не выявлено. Заключение: опухолевое образование левой почки. Поражение забрюшинных лимфоузлов. Очаговое поражение легких. Левосторонний плеврит. Под контролем УЗИ была выполнена биопсия опухолевого образования левой почки (16.11.2010 г.); морфологическое заключение № 48613-17 – остеосаркома с очагами некроза.

В связи с тем, что в процессе обследования у больного выявлена генерализация процесса с выраженным интоксикационным синдромом, эпизоды макрогематурии, почечная недостаточность, прогрессивное нарастание анемии (Hb 89–70–62 г/л), от проведения специфического лечения решено отказаться. В стационаре больному проводилась симптоматическая, гемотранфузионная терапия. В настоящее время больному проводится симптоматическое лечение по месту жительства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соколова И.Н., Соловьев Ю.Н., Ушакова Н.Л., Атаев А.А. Первичная остеосаркома почки. Архив патологии. 2004, № 5, с. 42-44.
2. King C.M.P., Reznek R.H., Norton A.J., Kingston J.E. Osteosarcoma metastatic to the kidney with invasion of the inferior vena cava. British Journal of Radiology. 1992, No. 65, p. 827-830.

3. Marec-Bérard P., Crassard N., Matthias Schell et al. Osteosarcoma metastatic to the kidney and iatrogenic hemorrhage. *Pediatric Blood & Cancer*. 2008, v. 50, Is. 3, p. 690-692.
4. Nelson J.A., Clank A., Palubinskas A.J. Osteogenic sarcoma with calcified renal metastasis. *British Journal of Radiology*. 1971, No. 44, p. 802-804.
5. Ogose A., Morita T., Emura I. et al. Osteosarcoma Metastatic to the Kidneys Without Lung Involvement. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 1999, v. 29, Is. 8, p. 395-398.
6. Raby W.N., Kopplin P., Weitzman S. Metastatic osteosarcoma of the kidney presenting as renal emorrhage. *J. Pediatr. Hematol. Oncol.* 1996, No. 18 (3), p. 321-322.
7. Rebecca Ayres, Nancy S. Curry, Leonie Gordon, Barbara F. Bradford. Renal metastases from osteogenic sarcoma. *Urologic Radiology*. 1985, v. 7, No. 1, p. 39-41.
8. Sharon K. Lockhart, John D. Coan, Norman Jaffe et al. Osteosarcoma metastatic to the kidney. *Clinical Imaging*. 1989, v. 13, Is. 2, p. 154-156.

Статья поступила 25.06.2011 г., принята к печати 20.07.2011 г.
Рекомендована к публикации Б.Ю. Боханом

METASTASIS OF OSTEOSARCOMA IN THE KIDNEY: CASE REPORT

Kurilchik A.A., Starodubtsev A.L., Zubarev A.L., Ivanov V.E., Kudryavtseva G.T.
Medical Radiological Research Centre, Obninsk, Russia

Key words: metastasis of osteosarcoma in the kidney

This is case report about the metastasis of osteosarcoma in the kidney. The patient is 18 years old with osteosarcoma of the thighbone received combined therapy with surgery. A year later, metastasis of osteosarcoma in the left kidney were diagnosed.