

© Б.Г. Гулиев, Б.К. Комяков, Ж.П. Авазханов, 2021

УДК 616.617-006-089.819:615.849.19

DOI 10.21886/2308-6424-2021-9-1-113-117

ISSN 2308-6424



Эндоскопическая лазерная резекция опухоли мочеоточника при первично-множественных злокачественных образованиях

Бахман Г. Гулиев^{1,2}, Борис К. Комяков¹, Жалолиддин П. Авазханов^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Минздрава России

191015, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

²Центр урологии с робот-ассистированной хирургией Мариинской больницы
191014, Россия, г. Санкт-Петербург, пр-т Литейный, д. 56

Представлен случай эндоскопического лечения опухоли мочеоточника у больной с первично-множественными злокачественными образованиями. При полинеоплазии обычно встречаются два и более новообразований различных локализаций, в том числе и органов мочеоточительной системы. Чаше диагностируются опухоли почки и простаты, в редких случаях — новообразование мочеоточника. При диагностике последней патологии особенно актуально проведение органосохраняющих операций. Кроме того, хроническая болезнь почек после радикальной нефруретерэктомии может быть относительным противопоказанием к проведению дальнейшей химиолучевой терапии при полинеоплазии. У данного пациента с образованием молочной железы и вульвы был выявлена одиночная опухоль нижней трети правого мочеоточника, которая была успешно удалена эндоскопическим путём. Выбранный способ малоинвазивного лечения позволил сохранить нормальную функционирующую почку, избежать развития хронической болезни почек у больной, которой в дальнейшем планировалась химиотерапия.

Ключевые слова: полинеоплазия; мочеоточник; рак мочеоточника; эндоскопическое лечение

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки. **Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. **Информированное согласие.** Пациентка подписала информированное согласие на публикацию своих данных.

Поступила в редакцию: 30.01.2021. **Принята к публикации:** 09.03.2021. **Опубликована:** 26.03.2021.

Автор для связи: Бахман Гидаятович Гулиев; тел.: +7 (921) 945-34-80; e-mail: gulievb@mail.ru

Для цитирования: Гулиев Б.Г., Комяков Б.К., Авазханов Ж.П. Эндоскопическая лазерная резекция опухоли мочеоточника при первично-множественных злокачественных образованиях. *Вестник урологии*. 2021;9(1):113-117. DOI: 10.21886/2308-6424-2021-9-1-113-117

Endoscopic laser resection of a ureteral tumour in primary multiple malignant neoplasms

Bakhman G. Guliev^{1,2}, Boris K. Komyakov¹, Zhaloliddin P. Avazkhanov^{1,2}

¹Mechnikov North-Western State Medical University
191015, Russian Federation, St. Petersburg, 41 Kirochnaya st.

²Urology Centre with Robot-assisted Surgery, St. Petersburg Mariinsky Hospital
191014, Russian Federation, St. Petersburg, 56 Liteiny ave.

A case of the ureteral tumour endoscopic treatment is presented in a patient with primary multiple malignancies. In the case of polyneoplasia, there are usually two or more neoplasms of different localizations, including the organs of the urinary system. The kidney and prostate tumours are diagnosed more often, but in rare cases, ureter neoplasms. It is especially important to perform organ-sparing surgeries when diagnosing ureter neoplasms. In addition, chronic kidney disease after radical nephroureterectomy can be a relative contraindication to further chemoradiation therapy in polyneoplasias. In this patient, along with the breast and vulva neoplasms, a solitary tumour of the right ureter's lower third was detected, which was successfully removed endoscopically. The chosen method of minimally invasive treatment allowed to preserve a normal functioning kidney, to avoid the development of chronic kidney disease in the patient, who was later scheduled for chemotherapy.

Key words: polyneoplasia; ureter; ureter tumour; endoscopic treatment

Financing. The study was not sponsored. **Conflict of interest.** The authors declare no conflicts of interest. **Informed consent.** The patient signed informed consent to the publication of her data.

Received: 30.01.2021. **Accepted:** 09.03.2021. **Published:** 26.03.2021.

For correspondence: Bakhman Gidayatovich Guliyev; tel.: +7 (921) 945-34-80; e-mail: gulievb@mail.ru

For citation: Guliev B.G., Komyakov B.K., Avazkhanov Zh.P. Endoscopic laser resection of a ureteral tumour in primary multiple malignant neoplasms. *Vestn. Urol.* 2021;9(1):113-117. (In Russ.). DOI: 10.21886/2308-6424-2021-9-1-113-117

Введение

Сложной проблемой современной онкологии остаётся диагностика и лечение первично-множественных злокачественных образований (ПМЗО). За последнее десятилетие количество больных с ПМЗО в динамике увеличилось. Так, в России в 2011 году было выявлено 24774 случаев ПМЗО, а в 2018 году — 54873, что составило 4,7% и 8,8% от всех впервые выявленных злокачественных новообразований [1]. Наиболее часто встречаются первично-множественные опухоли желудочно-кишечного тракта и женских половых органов [2, 3]. Частота встречаемости полинеоплазии в урологии колеблется от 4,7% до 16,8% [4, 5, 6]. При ПМЗО можно выполнить симультанные операции, позволяющие за короткий срок избавить пациента от злокачественных образований. Но при сочетании опухоли одного из органов мочевыделительной системы с онкопатологией других локализаций возникают сложности в алгоритме лечебных манипуляций. Это связано с различием в тактике лечения каждого из этих заболеваний. Изолированные ПМЗО являются сложными для проведения комплексного хирургического и химиотерапевтического лечения. Это может быть связано с различием в биологии злокачественных опухолей различных органов, при которых объём хирургического вмешательства и используемые схемы химиотерапии отличаются. При ПМЗО среди онкоурологических заболеваний чаще встречаются опухоли простаты и почки, а в редких случаях мочеточника [1, 4, 5]. Образования верхних мочевых путей (ВМП) чаще выявляются на экскреторных или КТ урограммах в виде дефекта наполнения, для их гистологической верификации и степени распространённости выполняется уретероскопия с биопсией [7, 8]. Выбор метода лечения этих пациентов в большей мере должен быть в пользу органосохраняющих операций. Среди них наиболее малоинвазивным является эндоскопическое удаление опухоли мочеточника [8, 9, 10, 11]. При технической невозможности данного вмешательства и локализации опухоли в нижней трети

мочеточника можно выполнить резекцию данного участка с уретероцистоанастомозом по Боари или пластику кишечным сегментом. Приводим клиническое наблюдение эндоскопического удаления опухоли мочеточника у больной с ПМЗО.

Описание клинического случая

Больная Т., 68 лет, госпитализирована в клинику с ПМЗО. Из анамнеза известно, в апреле 2020 года выполнена биопсия образования левой молочной железы, гистологически выявлен инвазивный рак неспецифического типа (T1N1M0), назначена химиотерапия с анастрозолом. В июле 2020 года диагностирована опухоль вульвы, произведено хирургическое вмешательство в объёме расширенной вульвэктомии с пластикой дефекта местными тканями. Гистологическое заключение: плоскоклеточный ороговевающий рак вульвы (G2, протяжённость 1,5 см и глубина инвазии 6 мм) без признаков лимфоваскулярной инвазии. В одном из 13 пахово-бедренных лимфоузлов справа выявлен метастаз. В последующем пациентка находилась под наблюдением онколога по месту жительства. При контрольной магнитно-резонансной томографии брюшной полости и малого таза выявлено новообразование нижней трети правого мочеточника диаметром 1,5 см, и расширение ВМП справа. Цитологическое исследование мочи без признаков атипии. Установлен диагноз опухоль нижней трети правого мочеточника, гидроуретеронефроз справа. 14.01.2021 года выполнена цистоскопия, мочевого пузыря без особенностей, устья мочеточников расположены типично и симметрично. В правый мочеточник введён ригидный уретероскоп 9,5 Шр, на 5 см выше устья визуализируется экзофитное мякотоворсинчатое образование, перекрывающее просвет мочеточника (рис 1). При осмотре гибким эндоскопом других опухолей не выявлено. С помощью петли Dormia произведена биопсия и удалена основная экзофитная часть опухоли (рис. 2). Далее выполнена лазерная инцизия её основания и коагуляция кровотокающих сосудов (рис. 3, 4), по струне установлен стент 7 Шр.

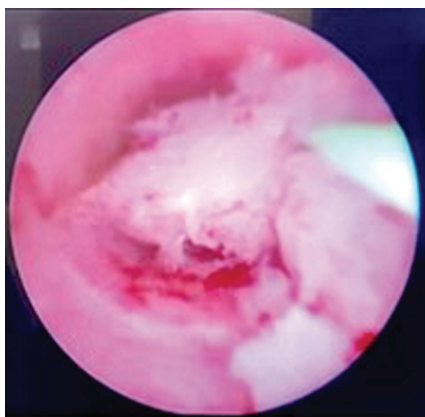


Рисунок 1. Эндоскопическая картина опухоли мочеоточника

Figure 1. Endoscopic view of a ureteral tumour

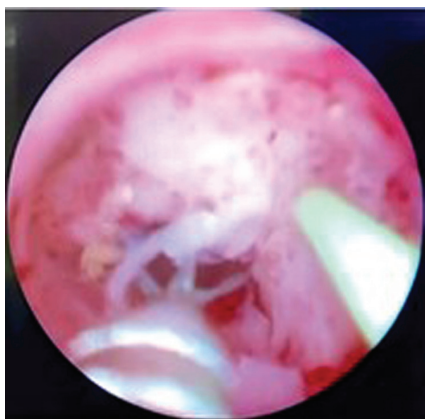


Рисунок 2. Производится биопсия опухоли

Figure 2. A tumour biopsy is performing

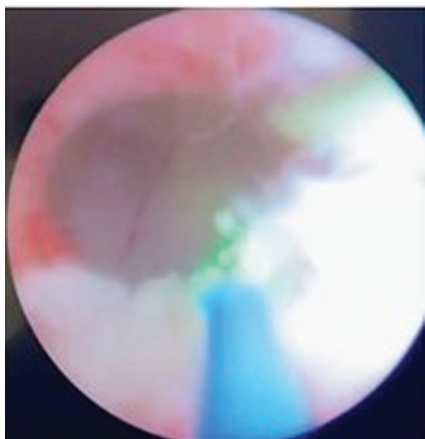


Рисунок 3. Лазерная инцизия опухоли мочеоточника

Figure 3. Laser incision of the ureteral tumour

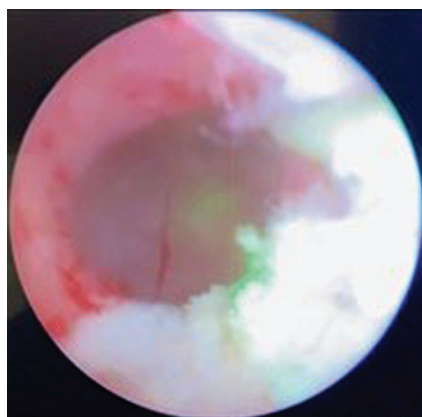


Рисунок 4. Эндоскопическая картина после удаления опухоли мочеоточника

Figure 4. Endoscopic view after removal of the ureteral tumour

Больная находится под нашим наблюдением и продолжает получать лечение по поводу опухоли молочной железы и вульвы. При ультразвуковом исследовании полостная система правой почки не расширена, почечный конец стента визуализируется в лоханке. После окончания лечения по поводу других двух онкологических заболеваний нами планируется повторная уретероскопия с биопсией стенки мочеоточника в зоне удаленной опухоли и лазерная абляция.

Обсуждение

Лечение больных с ПМЗО представляет определённые сложности. В своей практике урологи встречаются с больными, имеющими опухоль органов мочевыделительной системы и других локализаций. Объём урологической операции может зависеть от возраста пациента, его общего состояния, характеристики диагностированных образований, в том числе онкоурологических. При уротелиальных опухолях ВМП лечебная тактика зависит от их локализации и распространённости онкологического процесса, функционального состояния поражённой и противоположной почки [8, 10]. Если опухоль локализована в ЧЛС почки с отсевами вниз по ходу мочеоточника и нормальной контралатеральной почке по абсолютным показаниям выполняется радикальная нефруретерэктомия с резекцией мочевого пузыря. При единичных образованиях ВМП, в особенности единственной или единственно функционирующей почки, можно выполнить органосохраняющие операции [8]. Учитывая пути метастазирования уротелиального рака ВМП, при его локализации в нижней трети мочеоточника, производится резекция данного участка мо-

Интра- и послеоперационных осложнений не было, больная на 2-е сутки выписана на амбулаторное лечение. Гистологическое заключение — внутриэпителиальная высокодифференцированная уротелиальная карцинома, pTa NOM0.

четочника с уретероцистоанастомозом по Боари или илеоуретеропластика. Внедрение эндоскопических и лазерных технологий позволило расширить долю органосохраняющих операций при опухолях ВМП. Технически возможности современных гибких уретероскопов позволяют произвести ревизию не только мочеточника и лоханки, но и всех групп чашечек. Использование NBA методики улучшает визуализацию и диагностику небольших образований [9]. Далее с помощью гибких щипцов можно выполнить их биопсию, а потом — лазерную инцизию основания опухоли с коагуляцией кровоточащих сосудов. Учитывая малоинвазивность эндоскопических вмешательств их можно выполнять при единичных образованиях по электроактивным показаниям.

Использование органосохраняющих эндоскопических вмешательств при опухолях ВМП особенно актуально у больных с ПМЗО. У них онкологические заболевания других органов могут потребовать проведения более тяжелых объемных хирургических вмешательств или полихими-

отерапии. Удаление нормально функционирующей почки приводит к развитию хронической болезни почек, которая является относительным противопоказанием к химиолучевой терапии. Поэтому у этих пациентов необходимо максимально стремиться к сохранению функции почки, что и было сделано у данной больной, которой в дальнейшем планируется продолжение полихимиотерапии. После проведения необходимо-го лечения другими смежными специалистами нами планируется повторная уретероскопия для оценки состояния зоны операции, выполнения биопсии и возможной лазерной абляции.

Заключение

При полинеоплазии в редких случаях встречаются опухоли мочеточника. Малоинвазивные органосохраняющие операции при данной патологии позволяет сохранить функцию почки, избежать развития хронической болезни почек, что в дальнейшем позволяет проводить химиолучевую терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные образования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). Под ред. Каприна А.Д., Старинского В.В., Петровой Г.В. М: МНИОН им. П.А. Герцена; 2019. ISBN 978-5-85502-243-8
2. Паяниди Ю.Г., Жордания К.И., Паукер В., Сельчук В.Ю., Казубская Т.П. Полинеоплазия органов женской репродуктивной системы и наследственность. *Акушерство и гинекология*. 2016;9:68–72. DOI: 10.18565/aig.2016.9.68-72
3. Васильев Н.В., Маркович В.А., Фролова И.Г., Ермоленко Р.В., Мальцева А.А., Ковалев О.И., Лютикова П.О. Полинеоплазия, ассоциированная с GIST: обзор литературы и редкий случай из практики. *Сибирский онкологический журнал*. 2020;19(2):140–146. DOI: 10.21294/1814-4861-2020-19-2-140-146
4. Kinoshita Y, Singh A, Rovito PM Jr, Wang CY, Haas GP. Double primary cancers of the prostate and bladder: a literature review. *Clin Prostate Cancer*. 2004;3(2):83–6. DOI: 10.3816/cgc.2004.n.016
5. Леонов О.В., Долгих В.Т., Копыльцов Е.И., Алексеев Б.Я. Первично-множественные злокачественные новообразования с поражением мочеполовых органов. *Онкоурология*. 2010;2:56–61. DOI: 10.17650/1726-9776-2010-6-2-56-60
6. Dong C, Hemminki K. Second primary neoplasms in 633,964 cancer patients in Sweden. *Int J Cancer*. 2011;93(2):155–161. DOI: 10.1002/ijc.1317
7. 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. eLIBRARY ID: 24881912
8. Rouprêt M., Babjuk M., Burger M., Capoun O., Cohen D. et al. Compérat EM, Cowan NC, Dominguez-Escrig JL, Gontero P, Mostafid AH, Palou J, Peyronnet B, Seisen T, Soukup V, Sylvester RJ, van Rhijn BWG, Zigeuner R, Shariat SF. European association of urology guidelines on upper urinary tract urothelial carcinoma: 2020 Update. *Eur Urol*. 2021;79(1):62–79. DOI: 10.1016/j.eururo.2020.05.042

REFERENCES

1. Kaprin A.D., Stalinskiy V.V., Petrova G.V., eds. *Malignancies in Russia in 2018 (morbidity and mortality)*. Moscow: P.A. Gertsen MNIIOI; 2019. (In Russ.). ISBN 978-5-85502-243-8
2. Payanidi Y.G., Zhordania K.I., Pauker V., Selchuk V.Y., Kazubskaya T.P. Polyineoplasia of female reproductive system organs and heredity. *Obstetrics and gynecology*. 2016;9:68–72. (In Russ.). DOI: 10.18565/aig.2016.9.68-72
3. Vasilyev N.V., Markovich V.A., Frolova I.G., Ermolenko R.V., Maltseva A.A., Kovalev O.I., Lyutikova P.G. Polyneoplasia associated with gastrointestinal stromal tumor: literature review and case report. *Siberian journal of oncology*. 2020;19(2):140–146. (In Russ.). DOI: 10.21294/1814-4861-2020-19-2-140-146
4. Kinoshita Y, Singh A, Rovito PM Jr, Wang CY, Haas GP. Double primary cancers of the prostate and bladder: a literature review. *Clin Prostate Cancer*. 2004;3(2):83–6. DOI: 10.3816/cgc.2004.n.016
5. Leonov O.V., Dolgikh V.T., Kopyltsov E.I., Alekseev B.Y. Primary-multiple malignant neoplasms involving the urinary tract. *Cancer Urology*. 2010;2:56–61. (In Russ.). DOI: 10.17650/1726-9776-2010-6-2-56-60
6. Dong C, Hemminki K. Second primary neoplasms in 633,964 cancer patients in Sweden. *Int J Cancer*. 2011;93(2):155–161. DOI: 10.1002/ijc.1317
7. Martov A.G., Solomatnikov I.A., Baykov N.A., Andronov A.S., Khammurzaev O.A. Narrowed spectrum diagnostics and computer chromoendoscopy in the diagnosis of epithelial neoplasms of the lower and upper urinary tract. *Urology*. 2015;(5):55–59. (In Russ.). eLIBRARY ID: 24881912
8. Rouprêt M., Babjuk M., Burger M., Capoun O., Cohen D. et al. Compérat EM, Cowan NC, Dominguez-Escrig JL, Gontero P, Mostafid AH, Palou J, Peyronnet B, Seisen T, Soukup V, Sylvester RJ, van Rhijn BWG, Zigeuner R, Shariat SF. European association of urology guidelines on upper urinary tract urothelial carcinoma: 2020 Update. *Eur Urol*. 2021;79(1):62–79. DOI: 10.1016/j.eururo.2020.05.042

9. Комяков Б.К., Гулиев Б.Г., Маковская А.И., Ким В.Е., Идрисов Ш.Н. Чрескожная эндоскопическая электрорезекция опухолей лоханки. *Онкоурология*. 2011;1:85–89. DOI: 10.17650/1726-9776-2011-7-1-85-89
10. 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. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2012.11341.x
11. Мартов А.Г., Ергаков Д.В., Мужецкая 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. DOI:10.29188/2222-8543-2020-13-5-42-45
9. Komyakov B.K., Guliyev B.G., Makovskaya A.I., Kim V.E., Id-risov S.N. Percutaneous endoscopic electrosection of pelvic tumors. *Cancer Urology*. 2011;1:85–89. (In Russ.). DOI: 10.17650/1726-9776-2011-7-1-85-89
10. 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. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2012.11341.x
11. Martov A.G., Ergakov N.G., Muzhetskaya R.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. (In Russ.). DOI: 10.29188/2222-8543-2020-13-5-42-45

Сведения об авторах

Бахман Гидаятович Гулиев — д.м.н., профессор; профессор кафедры урологии Северо-Западного ГМУ имени Мечникова; руководитель центра урологии с робот-ассистированной хирургией Мариинской больницы г. Санкт-Петербург, Россия

ORCID iD 0000-0002-2359-6973

e-mail: gulievbg@mail.ru

Борис Кириллович Комяков — д.м.н., профессор; заведующий кафедрой урологии Северо-Западного ГМУ имени Мечникова

г. Санкт-Петербург, Россия

ORCID iD 0000-0002-8606-9791

e-mail: komyakovbk@mail.ru

Жалолиддин Пайзилидинович Авазханов — врач центра урологии с робот-ассистированной хирургией Мариинской больницы; аспирант кафедры урологии Северо-Западного ГМУ имени Мечникова

г. Санкт-Петербург, Россия

ORCID iD 0000-0003-1551-0284

e-mail: profecor-can@mail.ru

Information about the authors

Bakhman G. Guliev — M.D., Dr. Sc. (M), Full Prof.; Prof., Dept. of Urology, Mechnikov North-West State Medical University; Head, Urology Centre with Robot-assisted Surgery, St. Petersburg Mariinsky Hospital

ORCID iD 0000-0002-2359-6973

e-mail: gulievbg@mail.ru

Boris K. Komyakov — M.D., Dr. Sc. (M), Full Prof.; Head, Dept. of Urology, Mechnikov North-West State Medical University

ORCID iD 0000-0002-8606-9791

e-mail: komyakovbk@mail.ru

Zhaloliddin P. Avazkhanov — M.D.; Urologist, Urology Centre with Robot-assisted Surgery, St. Petersburg Mariinsky Hospital; Post-graduate student, Dept. of Urology, Mechnikov North-West State Medical University

ORCID iD 0000-0003-1551-0284

e-mail: profecor-can@mail.ru