

DOI: 10.34921/amj.2020.2.016

UDC: 616.61-006.6-033.2-06:616.45]-089

Bağırov A.M.

BÖYRƏKHÜCEYRƏLİ KARSİNOMA ZAMANI KONTRLATERAL BÖYRƏKÜSTÜ VƏZİYƏ METASTAZ ÜZRƏ KLİNİK MÜŞAHİDƏLƏR VƏ MÜALİCƏ TAKTİKASI*Azərbaycan Tibb Universitetinin Urologiya kafedrası, Bakı*

Məqalədə kontrlateral böyrəküstü vəziyyə metastaz vermiş 2 böyrəkhüceyrəli karsinomalı (BHK) xəstədə tətbiq edilən müalicə taktikası müzakirə edilir. Birinci xəstəyə transperitoneal kəsiklə sağtərəfli radikal nefrektomiya və X-XI-ci qabırğaarası lumbotomik kəsiklə soltərəfli adrenalektomiya əməliyyatı icra edildi. 2-ci xəstəyə klinikamıza qəbul edilməzdən kontrlateral böyrəküstü vəziyyə metastaz aşkar edilməsinə baxmayaraq, 19 ay əvvəl soltərəfli radikal nefrektomiya və ipsilateral adrenalektomiya icra edilib; həmin xəstəyə adrenal krizi önləmək üçün əvəzedici steroid terapiya fonunda sağtərəfli adrenalektomiya əməliyyatı icra edilib. Nəticə olaraq qeyd edilməlidir ki, kontrlateral böyrəküstü vəziyyə metastaz aşkar edilən BHK-li xəstələrdə metastazektomiya əməliyyatı IV mərhələ şiş xəstəliyi olan bu ağır xəstə qrupunda cərrahi müalicənin nəticələrini yaxşılaşdırmağa imkan verir.

Açar sözlər: böyrəkhüceyrəli karsinoma, kontrlateral adrenal metastaz, adrenalektomiya, adrenal kriz

Ключевые слова: почечно-клеточный рак, метастаз в контралатеральную почку, адrenaлэктомия, адrenaльный кризис

Key words: renal cell carcinoma; contralateral adrenal metastases; adrenalectomy; adrena crisis

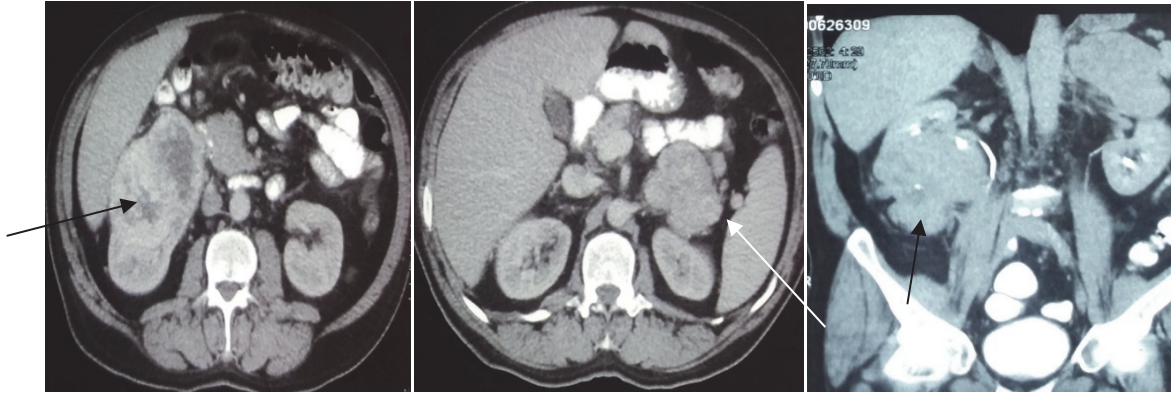
Böyrəkhüceyrəli karsinoma (BHK) uroonkoloji xəstəliklər arasında prostat vəzi və sidik kisəsi xərçəngindən sonra 3-cü ən çox rast gəlinən şiş xəstəliyi olub, təqribən 30% hallarda ilkin aşkar edildiyi zaman distant metastazlarla müşayiət olunur [1, 2]. İpsilateral böyrəküstü vəzi metastazlarına klinik praktikada 1-10% arasında, autopsiya materiallarında isə 6-29% rast gəlinirdi halda, kontrlateral böyrəküstü vəziyyə metastaz təqribən 0,7% hallarda müşahidə edilir. Çox nadir hallarda bilateral adrenal metastazlara təsadüf edilir; indiyə qədər ədəbiyyatda 20 xəstədə hər iki böyrəküstü vəziyyə metastaz haqqında sinxron və ya metaxron məlumat verilmişdir [3].

BHK olan xəstələrdən adrenal metastazların müxtəlif yollarla: limfatik damarlarla, şiş hüceyrələrinin arterial embolizm və retrograd venoz embolizm hesabına olduğu ehtimal edilir [4].

Bu məqalədə biz Azərbaycan Tibb Universitetinin Urologiya Kafedrasının klinik bazasında 2018-2019-cu illərdə müşahidə etdiyimiz böyrəkhüceyrəli karsinomanın kontrlateral böyrəküstü vəziyyə metastazı olan 2 xəstənin cərrahi müalicəsinin nəticələrini müza-

kirə edirik.

1. Xəstə A.V., 53 yaşlı kişi bel nahiyyəsinin sağ tərəfində ağrı, total hematuriya, ümumi zəiflik şikayətləri ilə daxil olub. Laborator müayinədə trombositoz ($358 \times 10^9/L$), eritrositlərin çökmə sürətinin artması (95 mm/saat), anemiya (Hb -96 q/l) aşkar edilib. Kontrastlı kompyuter tomoqrafiyada sağ böyrəyin aşağı qütbündən çıxan $122 \times 100 \times 78$ mm ölçülü, vena daxilinə kontrast məhlul yeridildikdən sonra heterogen kontrastlaşan yumşaq toxuma sıxlıqlı törəmə (böyrəkhüceyrəli karsinoma?) aşkar edilir. Sol böyrəküstü vəzinin lokalizasiyasında onun lateral ayaqcığından başlanğıc alan $88 \times 70 \times 55$ mm ölçülü ovoid lobulyasiyalı konturlara sahib yumşaq toxuma sıxlıqlı törəmə (metastaz?), sağ böyrəküstü medial ayaqcığında 22 mm ölçülü piy sıxlığında düyün (surrenal adenoma) təyin edilir (şək. 1). Klinik göstəricilər, ultrasonoqrafiya və kompyuter tomoqrafiya əsasında xəstəyə sağ böyrəyin karsinoması, sol böyrəküstü vəziyyə metastaz diaqnozu qoyulub. 2.XI.2018 tarixdə xəstədə transperitoneal Chevron kəsiyi ilə sağtərəfli radikal nefrektomiya, X–XI qabırğalararası kəsiklə soltərəfli adrenalektomiya əməliyyatı icra edilib. Patohistoloji diaqnoz: Şəffaf hüceyrəli BHK, Fuhrmann 3 Grade, Surrenal MTS.



Şək. 1. 53 yaşlı xəstənin kontrastlı KT-sı. Sağ böyrəkdə iri ölçülü törəmə və sol böyrəküstü vəziyyə metastaz. Qara ox – sağ böyrəyin törəməsi; ağ ox – sol böyrəküstü vəziyyə metastaz.

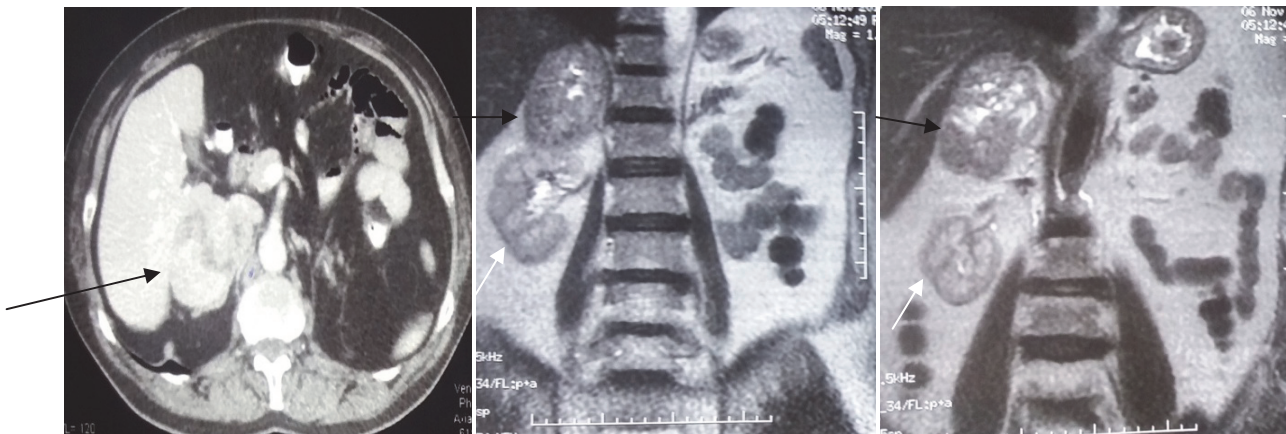
Xəstə əməliyyatdan sonrakı dövrdə dəri altına $\alpha 2b$ 36 000 000 V dozada interferon yeridilməklə immunoterapiya kursu keçib, 14 aydır kafi vəziyyətdə müşahidə altındadır.

2. Xəstə T.N., 61 yaşlı kişi bel nahiyyəsinin sağ tərəfində ağrıların artması şikayəti ilə qəbul edilib. Anamnezində 1 il 7 ay əvvəl kompyuter tomoqrafiyada sol böyrəyin yuxarı qütbündən çıxan 100 x 93 mm ölçülü heterogen strukturlu törəmə və sağ böyrəküstü vəzinin lokalizasiyasında 58 x 30 mm ölçülü metastaz aşkar edilib. Xəstəyə özəl bir klinikada soltərəfli radikal nefrektomiya icra edilib. Epikriz məlumatına görə eyni zamanda xəstədə soltərəfli adrenalektomiya aparılıb və patohistoloji müayinədə sol böyrəkdə renal hüceyrəli karsinoma aşkar edilib, böyrəküstü vəzidə metastaz və ya invaziya təyin edilmədiyi qeyd edilib. Lakin həmin dövrdə sağ böyrəküstü vəzidə yerləşən metastaza müdaxilə edilməyib.

Klinikamızda xəstədə kontrastlı kompyuter tomoqrafiyada və kontrastlı MRT müayinəsində sağ böyrəküstü vəzinin lokalizasiyasında 85x83x63 mm ölçüdə, venadaxili kontrastlaş-

dırılmadan sonra heterogen strukturlu kistoz-degenerativ metastaz aşkar edilmişdir. Xəstədə böyrəkhüceyrəli karsinomanın yeganə kontrateral böyrəküstü vəziyyə metastazı diaqnozu təyin edilib. Xəstəyə sağ yeganə böyrəküstü vəzinin çıxarılması əməliyyatının göstəriş olduğu və adrenal kriz ehtimalını nəzərə alaraq endokrinoloq ilə məsləhətləşmə aparılıb. Qanda Kortizol səviyyəsi 476,4 nmol/l, adrenokortikotrop hormon qatılığı 52,28 pq/ml olub.

15.XI.2019 tarixdə xəstəyə X–XI qabırğalararası kəsiklə sağtərəfli adrenalektomiya əməliyyatı icra edilib. Əməliyyat zamanı və ilk 3 gün müddətində xəstəyə gün ərzində prednizolon 30 mq inyeksiya edilmiş, sonrakı müddətdə hidrokortizon preparatı tablet şəklində qəbul edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı 5-ci gün xəstənin qanında kortizol – 222,9 nmol/l, adrenokortikotrop hormon 42,88 pq/ml olmuşdur. Xəstədə arterial təzyiqin enməsi və ya hər hansı digər adrenal kriz əlamətləri müşahidə edilməyib. Patohistoloji diaqnoz Fuhrmann 3 böyrəkhüceyrəli karsinoma mənşəli metastaz. Xəstə 4 aydır kafi vəziyyətdə müşahidə altındadır.



Şək. 2. 61 yaşlı xəstənin kontrastlı KT və kontrastlı MRT görüntüləri. Soltərəfli nefrektomiya və adrenalektomiya əməliyyatı keçirdiyi, medialda aşağı boş venanı, aşağıda sağ böyrəyi kompressiya edən sağ adrenal vəziyyə metastaz təyin edilir. Qara ox – sağ böyrəküstü vəziyyə metastaz, ağ ox – sağ normal böyrək.

Klinik materialın müzakirəsi. Böyrəkhüceyrəli karsinoma sinxron və ya metaxron olmaqla ipsilateral, kontrlateral və ya bilateral adrenal metastazlar verə bilər ki, kontrlateral metastazlara az hallarda, bilateral metastazlara isə nadir olaraq rast gəlinir [3]. Nisbətən böyük ölçülərə malik və böyrəyin üst qütbindən inkişaf edən böyrək xərçənginin böyrəküstü vəzi və ya vəzilərə metastaz cəhətdən risk faktoru təşkil etdiyi bilinir.

BHK zamanı rastlanan adrenal metastazları adrenal kortikal adenomadan diferensiasiya etmək lazım gəlir. Xoşxassəli adrenal adenomalar müxtəlif mənşəli xərçəng olan xəstələrdə rastlanan böyrəküstü vəzi törəmələrinin təqribən 70%-ni əhatə edir [5]. Bizim ilk təqdim etdiyimiz xəstədə kompyuter tomoqrafiyada böyrək xərçəngi olan tərəfdə – ipsilateral surrenal kortikal adenoma təyin edildiyi halda, kontrlateral böyrəküstü vəzidə böyük ölçülərə malik metastaz aşkar edilmişdir. Biz əldə edə bildiyimiz elmi ədəbiyyatda analoji bir xəstə təsvirinə rast gəlmədik.

Məlumdur ki, metastatik BHK olan xəstələrdə kimyəvi terapiya, hormon terapiyası və ya radioterapiya effektiv deyildir. Buna görə də müvafiq klinik situasiyalarda yeganə effektiv müalicə üsulu olaraq metastazektomiya əməliyyatı seçilir və metastazın tamamilə xaric edilə bilməsi xəstəliyin proqnozuna təsir edən əsas faktor hesab edilir [6].

BHK-nın müalicəsi zamanı solitar metastazların xaric edilməsi xəstənin yaşama müddətinə ciddi şəkildə təsir edə bilər [7, 8]. Belə ki, ağciyərlərə, sümük sisteminə olan metastazlarda bu taktika özünü doğruldur. Chkhotua və b. adrenal metastaza görə radikal cərrahi müalicəyə məruz qalan xəstələrdə xərçəngə bağlı spesifik yaşama müddətinin 19-63 ay arasında olduğunu qeyd etmişlər, bilateral metaxron adrenal metastaz müşahidəsində yaşama müddəti aşağı səviyyədə (6 ay) rastlanmışdır [9].

BHK olan xəstələrdə radikal nefrektomiyanın ipsilateral adrenalektomiya ilə kombinə edilməsinin xəstənin yaşama müddətinə təsiri cəhətdən faydalı olub-olmadığı uzun illərdir müzakirə edilir. Bir retrospektiv araşdırmada nefrektomiya zamanı eyni tərəfdən adrenalektomiya icra edilən 2065 xəstədən yalnız 3-də (0,15%) böyrəküstü vəziyə metastaz və ya invaziya aşkar edilib [10].

Buna görə də KT müayinəsində metastaz əlamətləri təyin edilmirsə, yalnız böyrəyin üst qütbindən inkişaf edən və 8 sm-dən böyük ölçüyə malik BHK xəstələrində simultan olaraq adrenalektomiya tövsiyə edilir. Digər tərəfdən, görüntülmə üsulları ilə (KT, MRT) preoperativ olaraq adrenal metastaz təyin edilmirsə, əksər müəlliflər sinxron adrenalektomiya əməliyyatına göstəriş olmadığına əmindirlər [10]. Bəzi müəlliflər isə böyrəküstü vəziyə invaziya olub-olmadığını təyin etmək üçün intraoperativ frozen biopsiya icra edirlər [3].

Bizim 2-ci xəstəmizdə 1 il 7 ay əvvəl icra edilən radikal nefrektomiya əməliyyatı zamanı ipsilateral adrenalektomiya yerinə yetirilmişdir. Bu fakt epikrizdə əməliyyatın təsvirində qeyd edilmiş və histoloji müayinədə təsdiq edilmişdir. Güman etmək olar ki, əməliyyatı icra edən həkim törəmənin böyrəyin üst qütbindən inkişaf etdiyini və böyük ölçüyə (10 sm) malik olduğunu nəzərə alıb. Lakin həkim KT müayinəsində kontrlateral böyrəküstü vəzidə metastaz olduğunu və metastazektomiya əməliyyatının xəstənin yaşama müddətinə ciddi şəkildə faydalı ola biləcəyini, iktərəfli adrenalektomiyanın (istər sinxron, istərsə də metaxron) adrenal kriz yarada biləcəyini nəzərə almamışdır.

27 xəstədə Kuşinq sindromuna görə bilateral adrenalektomiya əməliyyatı həyata keçirən Prajapati və b. 36,3% halda adrenal kriz müşahidə etmişlər və 3 xəstədə (11,1%) letal nəticə ilə qarşılaşmışlar [11]. Biz ədəbiyyatda BHK xəstələrində, sinxron və ya metaxron iktərəfli adrenalektomiya icra edilən xəstə təsvirinə rast gəlmədik. Belə ki, böyrək xərçəngi olan xəstələrdə bilateral adrenal metastazlar çox nadirdir və bu xəstələrdə metastazın kiçik olduğu tərəfdə böyrəküstü vəzinin rezeksiyası əməliyyatı seçilmişdir [3]. Bizim müşahidəmizdə əvvəl metastaz olmayan tərəfdə adrenalektomiya icra edildiyinə görə, biz endokrinoloqun müşahidəsi altında adrenal kriz cəhətdən xəstəni hazırlayıb əməliyyat və əməliyyatdan sonrakı dövrü idarə etdik. Dəstəkləyici steroid terapiya alan xəstəmizdə adrenal çatışmazlıq əlamətləri müşahidə etmədik.

Metastazektomiya icra edilən BHK xəstələrində postoperativ dövrdə interleykin-2 və interferon-alpha ilə immunoterapiya və ya

hədəfə yönəlik dərman preparatları (sunitinib, sorafenib, bevacizumab) ilə kimyəvi terapiya aparılması göstərişdir [12]. Bizim hər iki müşahidəmizdə interferon-alpha ilə immuno-terapiya (əməliyyatdan sonrakı ilk ayda İntron A 36 000 000 V – göbək nahiyyəsinə inyeksiya) tətbiq edilmişdir.

Nəticə olaraq, BHK olan xəstələrdə

kontralateral böyrəküstü vəziyyə metastaz olan 2 xəstənin müalicəsində seçilən taktika, əldə edilən klinik nəticələr və bu mövzuda müasir ədəbiyyat materialının təhlili metastazektomiya əməliyyatının seçilməsinin bu qrupda sitoreduktiv taktikaya nisbətən xəstənin yaşama müddəti cəhətdən üstünlüyə malik olduğunu söyləməyə imkan verir.

REFERENCES

1. Bianchi M., Sun M., Jeldres C. et al. Distribution of metastatic sites in renal cell carcinoma: a population-based analysis // Ann. Oncol., 2012, vol. 23, pp. 973-980.
2. Cunzao W, Zhenxu Zh, Xueting Y, Weilie H. Synchronous renal cell carcinoma metastasis to the contralateral adrenal gland and pancreas: A case report with 7-year follow-up subsequent to surgical therapy. Published online on: April 28, 2016: <https://doi.org/10.3892/ol.2016.4510>.
3. Öztürk H. Bilateral synchronous adrenal metastases of renal cell carcinoma: A case report and review of literature Published online on: January 28, 2015: <https://doi.org/10.3892/ol.2015.2915>; pages: 1897-1901.
4. Moslemi M.K., Saghaei H., Firoozabadi M.H. Renal cell carcinoma with simultaneous bilateral adrenal metastasis: Ipsilateral radical nephrectomy with contralateral adrenal preservation // Case Rep. Oncol., 2010, vol. 3, pp. 372-379.
5. Vespasiani G., Porena M., Virgili G. et al. Renal cell carcinoma with synchronous adrenal metastases // Acta Urol. Belg., 1990, vol. 58, pp. 197-203.
6. Tosco L., Van Poppel H., Frey B. et al. Survival and impact of clinical prognostic factors in surgically treated metastatic renal cell carcinoma // Eur. Urol., 2013, vol. 63, pp. 646-652.
7. Nerli R.B., Patil S.M., Pathade A., Patil R.A., Pingale N.D., Malur P.R. Metastases of renal cell carcinoma to the contralateral adrenal gland managed by laparoscopic adrenalectomy // Indian Journal of Surgical Oncology, 2017, vol. 8, Issue 3, pp. 326-330.
8. Adashek J.J., Murat Aydin A., Kim P., Spiess P.E. The role of metastasectomy in the treatment of metastatic renal cell carcinoma // AME Medical Journal, 2019, v. 4. doi: 10.21037/amj.2019.06.02.
9. Chkhotua A., Managadze L., Pertia A. Metastasis of renal cell carcinoma to contralateral adrenal gland: case report and review of the literature // Georgian Med News, 2012, vol. 212, pp. 12-18.
10. Lane B.R., Tiong H.Y., Campbell S.C. et al. Management of the adrenal gland during partial nephrectomy // J. Urol., 2009, vol. 181, pp. 2430-2436.
11. Prajapati O.P., Verma A.K., Mishra A., Agarwal G., Agarwal A., Mishra S.K. Bilateral adrenalectomy for Cushing's syndrome: Pros and cons // Indian J. Endocrinol. Metab., 2015, vol. 19(6), pp. 834-840. doi:10.4103/2230-8210.167544.
12. Motzer R.J., Bacik J., Murphy B.A. et al. Interferon-alfa as a comparative treatment for clinical trials of new therapies against advanced renal cell carcinoma // J. Clin. Oncol., 2002, vol. 20, pp. 289-296.

Багиров А.М.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗА В КОНТРАЛАТЕРАЛЬНЫЙ НАДПОЧЕЧНИК ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ

Кафедра урологии Азербайджанского медицинского университета, Баку

Резюме. Почечно-клеточный рак (ПКР) является третьим по частоте, но наиболее смертоносным урологическим раком. Приблизительно в 30% случаях почечно-клеточный рак встречается в IV стадии с различными метастазами (легкое, печень, кости, мозг), ипсилатеральный метастаз в надпочечник обнаружен 1-10%, метастаз в конtralатеральный надпочечник встречается редко (0,7%). В этой статье представлены сведения о двух пациентах с почечно-клеточным раком, при первоначальном осмотре которых были выявлены метастазы в конtralатеральный надпочечник. Первый пациент перенес правостороннюю радикальную нефрэктомия с трансперитонеальным доступом и адреналэктомии слева. Второй пациент за 19 месяцев до обращения к нам перенес радикальную нефрэктомия слева с ипсилатеральной адреналэктомией, несмотря на то, что при первичном обследовании был обнаружен метастаз в конtralатеральном надпочечнике. Пациенту была проведена конtralатеральная адреналэктомия с использованием заместительной стероидной терапии с целью предотвращения надпочечникового кризиса. В заключение следует отметить, что метастазэктомия при ПКР, осложненными конtralатеральными метастазами в надпочечниках, улучшает результаты хирургического лечения больных IV стадии.

Bagirov A.M.

**CLINICAL CASES AND TREATMENT TACTICS FOR METASTASES
TO THE CONTRALATERAL ADRENAL GLAND IN RENAL CELL CARCINOMA**

Department of Urology, Azerbaijan Medical University, Baku

Summary. Renal cell carcinoma (RCC) is the third most common, but is the most lethal urological cancer. Approximately 30% of renal cell carcinomas (RCC) present as stage IV disease with various metastases (lung, liver, bones, brain), ipsilateral adrenal metastases found 1-10%, contralateral adrenal gland is rarely (0,7%) involved. This article presents information about two patients with renal cell carcinoma, during the initial examination of which metastasis was revealed in the contralateral adrenal gland. The first patient underwent a right-sided radical nephrectomy with transperitoneal access and adrenalectomy on the left. The second patient, 19 months before contacting us, underwent radical nephrectomy on the left with ipsilateral adrenalectomy, despite the fact that then metastasis was detected in the contralateral adrenal gland. The patient underwent contralateral adrenalectomy with the use of replacement steroid therapy in order to prevent adrenal crisis. In conclusion, it should be noted that metastasectomy with RCC complicated by contralateral adrenal metastases improves the results of surgical treatment of the IV stage of patients.

Müəlliflə əlaqə üçün:

Bağirov Akif Məmməd oğlu – tibb elmləri doktoru, Azərbaycan Tibb Universitetinin Urologiya kafedrasının professoru

E-mail: dr.akif.bagirov@gmail.com

Rəyçi: tibb e.d., prof. Ə.A.Bağışov