

МЕТАСТАЗЫ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В КАВЕРНОЗНЫЕ ТЕЛА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

УДК 616.329—001—089—053.9

Поступила 20.12.2010 г.



Е.В. Абросимова, ординатор отделения урологии;
Н.С. Тихомиров, зав. патолого-анатомическим отделением

Центральная городская больница, Арзамас, Нижегородской области

Приводится интересный случай поражения полового члена метастазами рака мочевого пузыря. Метастазирование происходит по венозной системе: из пузырно-простатического сплетения по дорсальным венам в кавернозные тела в момент тумесценции.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, метастатические поражения полового члена.

English

Metastases of urinary bladder cancer into penile cavernous bodies

E.V. Abrosimova, Resident, the Department of Urology;
N.S. Tikhomirov, Head of the Department of Morbid Anatomy

Central City Hospital, Arzamas, Nizhny Novgorod region

There has been presented an interesting case of penile lesion by metastases of urinary bladder cancer. Metastasis has occurred through venous system: from vesico-prstatic plexus among dorsal veins into cavernous bodies at the moment of tumescence.

Key words: urinary bladder cancer, metastatic lesions of penis.

Метастатические опухолевые поражения полового члена встречаются крайне редко и обычно свидетельствуют о диссеминации новообразования и неблагоприятном прогнозе. В большинстве случаев в половой член метастазируют опухоли мочеполовой системы, желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей. Лишь у 20% пациентов метастатические поражения полового члена выявляют одновременно с первичным злокачественным заболеванием, тогда как в 50% случаев их обнаруживают в течение 2 лет после установления диагноза. У большинства пациентов метастатические поражения полового члена приводят к нарушению мочеиспускания, у 40% развивается приапизм.

Приводим клиническое наблюдение.

Больной А. 85 лет поступил в отделение урологии с жалобами на затрудненное учащенное мочеиспускание, увеличение в размерах и болезненность полового члена.

Из анамнеза выяснено: месяц назад больной с такими жалобами обратился к урологу в поликлинику, где после осмотра был поставлен диагноз «кавернит полового члена? Рак мочевого пузыря». Назначено лечение: цефотаксим — по 1,0 г 3 раза в день и фокусин — 0,4 г 1 раз в день. Выдано направление на госпитализацию. В приемный покой стационара пациент обратился через месяц, когда после назначенного лечения в течение месяца отметил ухудшение самочувствия.

При объективном осмотре: состояние оценено как средней степени тяжести. Температура тела — нормальная (со слов пациента, повышения температуры не отмечалось). Кожные покровы — чистые, физиологической окраски. Дыхание — везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца — ритмичные, ЧСС — 80 в минуту. Пульс — 80 в минуту. АД — 150/90 мм рт. ст. Живот — мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются, область почек — безболезненная, симптом Пастернацкого — отрицательный с обеих сторон. Половой член находится в эрегированном состоянии, кавернозные тела — плотные, кожа гиперемированная, отечная. Органы мошонки — без патологии.

При ректальном исследовании: предстательная железа увеличена, безболезненная, эластичная, гладкая, междолевая борозда сглажена.

Общий анализ крови: Hb — 90 г/л; ле. — $4,4 \cdot 10^9$ /л; эр. — $2,7 \cdot 10^{12}$ /л; СОЭ — 50 мм/ч; ЦП — 1,0; п.-я. — 8%; с.-я. — 79%; моноц. — 4%; лимф. — 24%.

Общий анализ мочи: цвет — светло-соломенный, прозрачность — неполная, реакция — кислая, удельный вес — 1010, белок — 1,3 г/л; ле. — сплошь в п. зр.

Сахар крови — 3,1 ммоль/л; мочевины — 14,7 ммоль/л; креатинин крови — 210,0 ммоль/л; фибриноген — 5,75 г/л; протромбиновый индекс — 1,0; простатический специфический антиген крови — 3,4 нг/мл.

УЗИ почек и мочевого пузыря: правая почка размера — 117×49 мм, контуры — ровные, лоханка расширена до

Для контактов: Абросимова Евгения Васильевна, тел. раб. 8(831)476-32-11.

43 мм, чашечки — до 17 мм, эхогенность паренхимы повышена, конкрементов не определяется. Толщина паренхимы — 15 мм. Левая почка размерами 120×48 мм, контуры — ровные, лоханка расширена до 52 мм, чашечки — до 20 мм, эхогенность паренхимы повышена, конкрементов нет, толщина паренхимы — 15 мм. Мочеточники с обеих сторон расширены на всем протяжении до 10—12 мм. Мочевой пузырь: на левой боковой стенке — эхогенное образование неоднородной структуры протяженностью 77 мм и толщиной 22—32 мм, прорастающее в стенку мочевого пузыря кзади от него. На задней стенке выявлена эхогенная полость 32×16 мм, сообщающаяся с полостью мочевого пузыря (рис. 1). Заключение: «рак мочевого пузыря с прорастанием задней боковой стенки, дивертикул мочевого пузыря».

На обзорной урограмме: контур почек — ровный, почки — на уровне L₁₋₂, теней конкрементов не определяется, контур мочевого пузыря — ровный, четкий. Внутривенная урография не выполнялась в связи с азотемией.

Пациенту выполнены вскрытие и биопсия, бужирование кавернозных тел (интраоперационно: кавернозные тела равномерно на всем протяжении плотные, заполненные однородной массой, не кровоточат), ревизия мочевого пузыря (интраоперационно: стенка пузыря — плотноватая, экзофитных образований не найдено, стенка мочевого пузыря на всю толщину взята на гистологическое исследование), эпицистостомия.

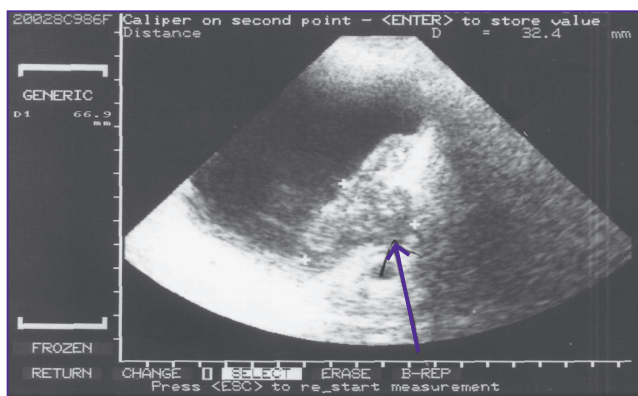


Рис. 1. Данные УЗИ: стрелкой указана зона прорастания опухоли стенки мочевого пузыря

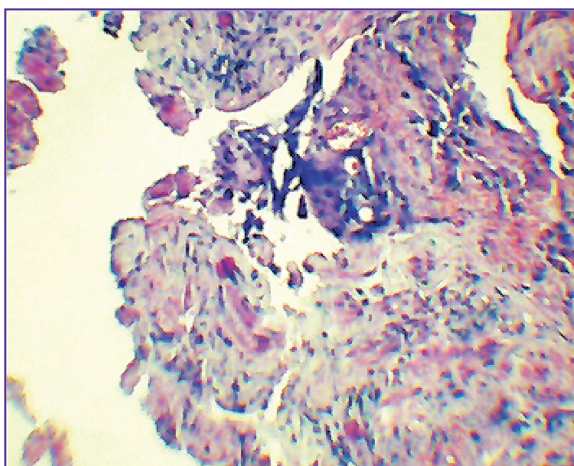


Рис. 2. Метастазы в кавернозные тела

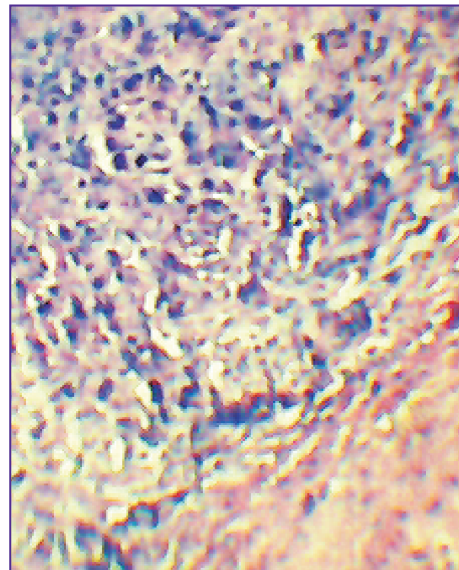


Рис. 3. Опухоль мочевого пузыря

Данные гистологического исследования. В препаратах из кавернозных тел: на фоне выраженного диффузного фиброза с коллапсом кавернозных синусов встречаются мелкие комплексы опухолевой ткани (рис. 2). В препаратах из мочевого пузыря: в стенке мочевого пузыря в слизистой оболочке — узел опухолевой ткани, представленный отдельными и мелкими комплексами клеток с выраженным клеточно-ядерным полиморфизмом, с прорастанием подслизистого слоя, инфильтративно растущий (рис. 3). Морфологическая картина соответствует умеренно дифференцируемому раку.

Проведено иммуногистохимическое исследование опухолевых клеток, полученных из кавернозных тел, которое свидетельствует о том, что опухолевые комплексы можно верифицировать как метастазы уротелиальной карциномы.

Объяснение механизма метастазирования опухолевых клеток из мочевого пузыря в кавернозные тела полового члена стало возможным относительно недавно. Метастазирование происходит по венозной системе: из пузырно-простатического сплетения по дорсальным венам в кавернозные тела в момент тумесценции. Вены полового члена не имеют клапанного аппарата, у них хорошо выражена мышечная оболочка, которая позволяет венам активно сокращаться. В интиме мощные мышечные пучки выбухают в виде «подушечек», тем самым могут способствовать активному депонированию крови. Пузырно-простатическое сплетение, куда депонируются кавернозные тела, также представлено в основном венами мышечного типа. В момент тумесценции отмечается постепенное снижение скорости кровотока по венам полового члена с быстрым изменением направления на противоположное и сохранением ретроградного кровотока в течение некоторого периода с дальнейшим блокированием венозного кровотока до момента достижения пика эрекции. Именно в этот момент происходит метастазирование опухолевых клеток из мочевого пузыря через пузырно-простатическое сплетение в кавернозные тела полового члена.