

Guz stwierdzany w obrębie piersi jest uznawany za zmianę pierwotną. W piersi rzadkością jest istnienie ognisk przerzutowych nowotworów z innych narządów. Ogniska przerzutowe powstają drogą krwiopochodną. Zazwyczaj powstają w przebiegu raka drugiej piersi, czerniaka, raka płuca, jajnika, żołądka, chłoniaków i białaczek. W piśmiennictwie światowym podkreślana jest szczególna rzadkość występowania przerzutów raka jasnokomórkowego nerki do piersi.

Przedstawiono przypadek 64-letniej chorej, u której guz piersi okazał się ogniskiem przerzutowym raka jasnokomórkowego nerki. U chorej 12 lat wcześniej przeprowadzono amputację nerki z powodu raka. To ognisko przerzutowe było pierwszym objawem progresji raka nerki.

Rzadkością jest tak długi czas pomiędzy pierwszym rozpoznaniem raka nerki a progresją choroby nowotworowej.

Słowa kluczowe: rak nerki, rak piersi, przerzut do piersi.

Rzadki przypadek przerzutu raka nerki do piersi z 12-letnim okresem utajenia pomiędzy nefrektomią a progresją choroby nowotworowej

Unusual case of renal carcinoma metastasis to the breast with a 12-year period between prior nephrectomy and generalized neoplasm disease

Janusz Godlewski, Grażyna Kuciel-Lisieska

Oddział Chirurgii Onkologicznej, Szpital MSWiA w Olsztynie

Wstęp

Guz stwierdzony w piersi podczas wstępnej diagnostyki klinicznej jest uznawany za pierwotną zmianę w obrębie tego narządu. W piersi rzadko występują przerzuty nowotworów z innych narządów. Ogniska przerzutowe powstają drogą krwiopochodną w przebiegu raka drugiej piersi, czerniaka, raka płuca, jajnika, żołądka, chłoniaków i białaczek [1–3]. W piśmiennictwie podkreślane jest rzadkie występowanie przerzutów raka jasnokomórkowego nerki do piersi. Są to jednostkowe przypadki [4–10].

Własne spostrzeżenia

Pacjentka w wieku 64 lat została przyjęta 14.12.2004 r. na Oddział Chirurgii Onkologicznej Szpitala MSWiA w Olsztynie w celu otwartej biopsji chirurgicznej guza piersi prawej. W badaniu guz o średnicy 5 cm był umiejscowiony w kwadrancie górno-zewnętrznym piersi prawej, ruchomy względem podłoża, z widocznym podskórnie zasinieniem po uprzedniej biopsji cienkoigłowej. Węzły chłonne pachy były niemacalne. W USG piersi opisano hipoechogeniczne, lite ognisko o wymiarach 37–23–21 mm, dobrze unaczynione, z tętniącą zmianą płynową w centrum (drobny tętniak). Guz ten opisany został w badaniu mammograficznym, jako dobrze wysyczone policykliczne zacienienie z odcinkowymi pasmowatymi zwłóknieniami. Przed przyjęciem wykonano biopsję cienkoigłową, która okazała się niediagnostyczna. W wywiadzie pacjentka zgłosiła, że 12 lat wcześniej z powodu raka miała amputowaną lewą nerkę.

Śródoperacyjnie, makroskopowo guz był barwy wiśniowej, miękki, bardzo mocno unaczyniony. W wyglądzie inny niż typowe zmiany piersi. Tak też został opisany na skierowaniu na badanie histopatologiczne, z zaznaczeniem o przebytej 12 lat wcześniej amputacji z powodu raka nerki.

Wynik badania histopatologicznego brzmiał: *Carcinoma clarcellulare metastaticum e rene, Vimentyna (+), CK 1 (+)*.

Pacjentka chorowała na nowotwór nerki w 1992 r. W archiwalnej dokumentacji leczenia szpitalnego znajduje się opis badania USG brzucha – guz nerki lewej o nierównym brzegu i różnej, ale litej echostrukturze, o wymiarach ok. 14–8 cm. Guz ten potwierdzono w badaniu urograficznym. Chora była operowana w maju 1992 r.; wykonano nefrektomię lewostronną. Wynik badania histopatologicznego brzmiał: *Carcinoma clarcellulare renis* (masy nowotworowe w obrębie nerki, uciskające miąższ nerki, rozrastające się do miedniczki nerkowej). Zaawansowanie określono jako T2N0M0.

The tumor found in the breast is recognized as primary lesion. Neoplasm metastasis from another organ is rare in the breast and it occurs via blood vessels. Usually it occurs during carcinoma of the second breast, malignant melanoma, pulmonary carcinoma, ovarian carcinoma, stomach carcinoma, lymphoma and leukemia. Metastasis of renal carcinoma to the breast is especially rare, which is emphasized in the literature.

This paper presents the case of a 64-year-old woman with metastasis of renal cell carcinoma to the breast 12 years after nephrectomy. Metastasis to the breast was the first symptom of generalized neoplasm disease.

Such a long time between the first diagnosis of renal cancer and generalized neoplasm disease is an exception.

Key words: renal carcinoma, breast carcinoma, metastasis to the breast.

Obecnie, po otrzymaniu wyniku histopatologicznego biopsji otwartej guza piersi wykonano chorej badanie TK brzucha, w którym opisano nerkę prawą i lewą po lewostronnej nefrektomii jako prawidłowe, z kolei w obrębie trzustki opisano liczne zmiany guzowate. Największe guzy w obrębie głowy trzustki, o wymiarze 55–37 mm, w trzonie o wymiarze 42–36 mm i ogonie trzustki 53–51 mm.

Zdjęcie RTG płuc jest prawidłowe, natomiast wykonana scyntygrafia kości ca opisuje ognisko wzmożonego wychwytu znacznika w obrębie żuchwy i ślad wzmożonego znacznika w rzucie III żebra prawego lub tkanek miękkich piersi prawej.

Po wygojeniu rany pooperacyjnej chora została skierowana do leczenia systemowego.

Omówienie

Przerzuty nowotworowe z innych narządów do piersi występują rzadko [4–10], natomiast częste są zmiany pierwotne w gruczole piersiowym.

Histologicznie przerzuty z innych narządów mają charakter ogniska pierwotnego (czerniak, gruczolakorak, rak płaskonabłonkowy), a nie mają budowy histologicznej typowej dla raków piersi [11]. W ok. 30 proc. nie odnajduje się ogniska pierwotnego [1, 12]. Najczęściej ognisko przerzutowe w piersi pochodzi z raka drugiej piersi [1]. Przerzuty nowotworowe do piersi występują w późnym okresie choroby nowotworowej i często świadczą o uogólnionym rozsiewie choroby [13]. Podobnie było u przedstawionej chorej, u której w późniejszej diagnostyce znaleziono ogniska przerzutowe w trzustce i żuchwie, co jest częste i charakterystyczne dla raka jasnokomórkowego nerki. Rak ten należy do grupy raka nerkowokomórkowego nerki – nowotworów nabłonkowych wychodzących z odcinka proksymalnego kanalików nerkowych [14].

Rak nerkowokomórkowy szerzy się naciekając torebkę, a następnie otoczenie, daje również przerzuty naczyniami krwionośnymi, najczęściej do płuc, wątroby, kości i skóry oraz wątroby naczyniami chłonnymi do regionalnych i innych węzłów chłonnych [15].

Kazuistyką jest zaistnienie przerzutu raka nerkowokomórkowego nerki do piersi oraz 12-letni bezobjawowy okres od pierwszego rozpoznania raka nerki do uogólnionego rozsiewu choroby. W piśmiennictwie światowym znaleziono opis przerzutu raka jasnokomórkowego nerki do tarczycy po 14 latach [16]. Z tych dwóch względów prezentowany przypadek jest szczególny i godny przedstawienia.

Piśmiennictwo

1. Jeziorski A, Piekarski J. Przerzuty do piersi – problemy diagnostyczne i terapeutyczne. *Nowotwory* 1999; 49 (4): 445-7.
2. Chaignaud B, Hall TJ, Powers C, et al. Diagnostic and natural history of extramammary tumors metastatic to the breast. *J Am Coll Surg* 1994; 179: 49-53.
3. Shetty MR. Diagnosis and natural history of extramammary tumors metastatic to the breast. *J Am Coll Surg* 1995; 180: 381-2.
4. Monticelli J, Machiavello JC, Birtwisle-Peyrottes I, Goharin A, Lange AC. Breast metastasis revealing cancer of the kidney. Apropos of a new case and review of the literature. *J Chir (Paris)* 1994; 131 (3): 160-1.
5. Forte A, Peronace MI, Gallinaro LS, Bertagni A, Prece V, Montesano G, Palumbo P, Nasti AG. Metastasis to the breast of a renal carcinoma: a clinical case. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 1999; 3 (3): 115-8.
6. Chica GA, Johnson DE, Ayala AG. Renal cell cancer carcinoma presenting as breast carcinoma. *Urology* 1980; 15 (4): 389-90.
7. Piscioi F, Barbareschi G, Polla E, Boi S, Rinaldi M, Castellani M, Barbareschi M. Breast metastasis as the initial clinical symptom of renal adenocarcinoma. *Minerva Chir* 1980; 35 (17): 1355-8.
8. Spitzer D, Menzel C, Batka M, Joos H. Breast metastasis in renal cell carcinoma. *Zentralbl Gynakol* 1994; 116 (5): 301-3.
9. Carr BI. Renal carcinoma manifesting as breast mass. *Urology* 1983; 21 (2): 166-7.

10. Pursner M, Petchprapa C, Haller JO, Orentlicher RJ. Renal carcinoma: bilateral breast metastases in a child. *Pediatr Radiol* 1997; 27 (3): 242-3.
11. Kannan V. Fine needle aspiration of metastatic renal cell carcinoma masquerading as primary breast carcinoma. *Diagn Cytopathol* 1998; 18 (5): 343-5.
12. Hajdu SI, Urban JA. Cancers metastatic to the breast. *Cancer* 1972; 29: 1691-6.
13. Ben Amna M, Sibert L, Navarra S, Dunet F, Pfister C, Grise P. Breast metastasis of kidney cancer. Diagnostic and therapeutic features. *Prog Urol* 2002; 12 (6): 1272-4.
14. Gruchała A. Wybrane zagadnienia z patologii onkologicznej nerek, pęcherza moczowego i prostaty. Konferencja 22–24.05.2003 r. Nowotwory układu moczowego. Postępy w chirurgii onkologicznej. *Współczesna Onkologia* 2003; supl., 36.
15. Zieliński J, Leńka J. *Urologia*. Tom II. PZWL, Warszawa 1993; 383-4.
16. Pereira Arias JG, Acinas Garcia O, Escobal Tamayo V, Emaldi Abasolo A, Prieto Ugidos N, Bidosola Aguirre A, Bernuy Malfaz C. Late metastasis in thyroid gland after nephrectomy for renal clear cell carcinoma. *Actas Urol Esp* 1995; 19 (6): 468-72.

Adres do korespondencji

lek. **Janusz Godlewski**
Oddział Chirurgii Onkologicznej
Szpital MSWiA
ul. Wojska Polskiego 37
10-228 Olsztyn
e-mail: janusz350@poczta.onet.pl