

# 腹壁转移性碰撞癌 1 例报告及文献复习

李恩源, 杨延皓, 陶俊, 居小兵\*, 顾民

(南京医科大学第一附属医院泌尿外科, 江苏 南京 210029)

[关键词] 碰撞癌; 肾透明细胞癌; 非小细胞肺癌; 腹壁转移

[中图分类号] R737.11

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2018)02-269-03

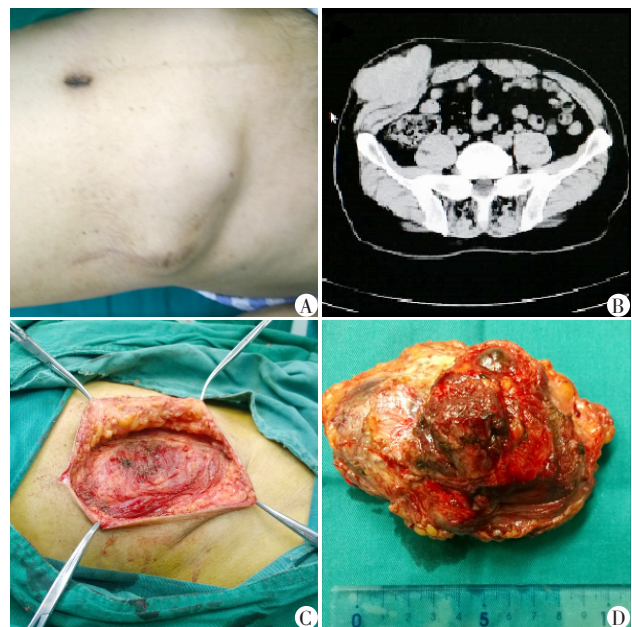
doi:10.7655/NYDXBNS20180229

## 1 病例资料

患者男, 63岁, 8年前行右侧腹腔镜下根治性肾切除术, 术后病理证实: 肾透明细胞癌, Fuhrman核分级2~3级。术后常规接受干扰素 $\alpha$ (IFN- $\alpha$ )免疫治疗, 定期随访。随访期间常规行胸部CT发现双肺结节, 遂行纤维支气管镜下穿刺活检提示: 肺低分化鳞癌, 分期为cT4N2Mx, 手术无法切除, 采用6周期TC化疗方案和40 Gy/20 F放疗。6个月前患者发现原肾癌手术部位腹壁皮下出现快速增大的肿块(图1A)。据患者描述, 此肿块5年前就存在, 当时大小约2 cm, 未予重视。6个月前肿块开始进行性增大, 患者于门诊就诊时肿块最大直径约10 cm, 质硬, 无痛, 边界不清。门诊行中下腹CT提示: 右侧腹壁软组织密度影, 考虑转移灶(图1B)。患者2016年4月7日收入本科行腹壁转移灶切除术。术中见肿块位于右侧腹壁皮下, 侵犯腹外斜肌。手术完整切除肿块以及与之粘连的腹外斜肌及其腱膜。术后病理结合免疫组化染色提示: 上皮样区(图2A~D): RCC(-), EMA(-), Vim(-), CD10(-), Pax2(-), Ki-67(70%+), Pax-8(-), CK5/6(+), P63(+), P40(+); 透明细胞区(图2E~H): RCC(-), EMA(+), Vim(+), CD10(+), Pax2(-), Ki-67(+), Pax-8(-), CK5/6(-), P63(-), P40(-), 综上, 腹壁肿物为肾透明细胞癌和肺鳞状细胞癌转移。

## 2 讨论

肾透明细胞癌占成人恶性肿瘤的2%~3%, 是最常见的肾恶性肿瘤, 并且20%~30%的肾恶性肿瘤在



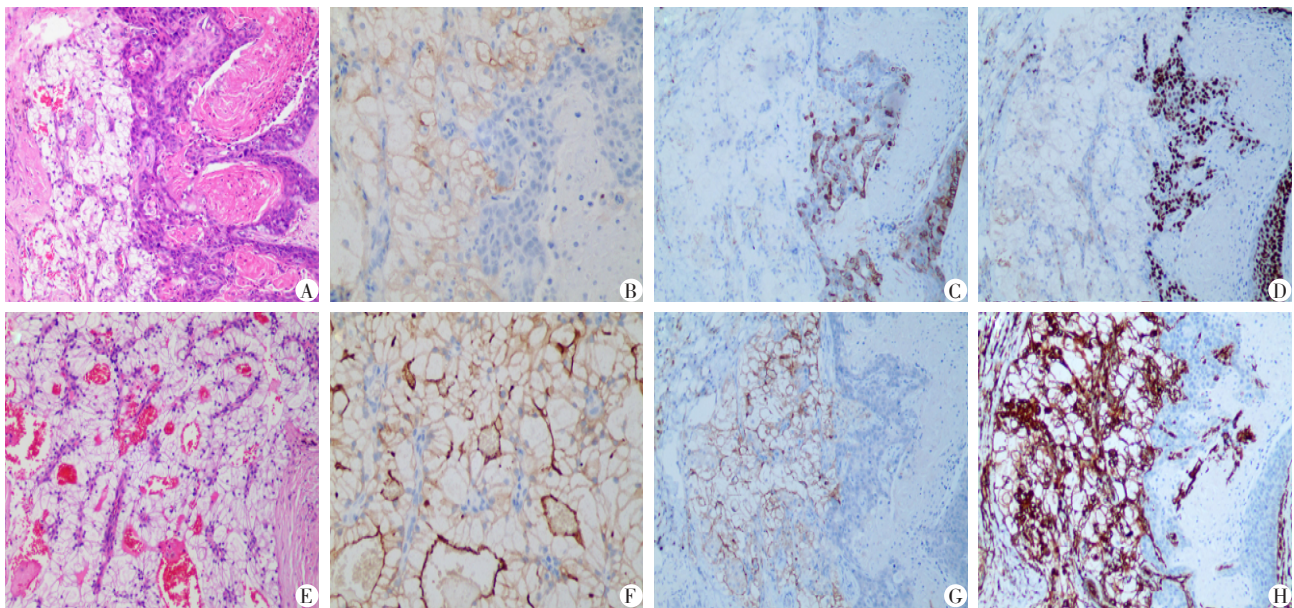
A: 患者腹部正面观; B: CT平扫示肿瘤侵犯腹壁肌层; C: 完整切除肿瘤后术野; D: 被切除肿瘤大体观。

图1 腹壁转移性碰撞癌图片资料

确诊时已发生转移<sup>[1-3]</sup>。肾癌最常见的转移部位是肺(48.4%), 其次是骨(23.2%)、肾上腺(5.2%)和脑(1.3%), 大约11.9%的肾癌病例为多脏器转移, 也曾有尿道和精索转移的报道<sup>[4]</sup>, 而皮肤转移的发生率为4%~6%<sup>[5]</sup>。肾透明细胞癌与多种原发性肿瘤关系密切, 被视为“最佳肿瘤受体”, 包括肺、胃、结肠、前列腺、膀胱、子宫内膜、卵巢、鼻黏膜、血液系统和乳房在内的众多器官<sup>[6]</sup>有向肾透明细胞癌周围转移的倾向, 其中肺癌为最常见的肿瘤供体<sup>[7]</sup>。而对于肺癌而言, 大约56%的非小细胞肺癌在诊断时即出现转移<sup>[8]</sup>, 常见的非小细胞肺癌的转移部位依次是骨、脑、肝、肾上腺, 而腹壁皮肤转移极为少见。

[基金项目] 吴阶平医学基金(320675013116)

\*通信作者(Corresponding author), E-mail: doctorjxb@njmu.edu.cn



A:非小细胞肺癌的HE染色;B:CD10(+);C:CK5/6(+);D:P63(+);E:肾细胞癌的HE染色;F:CD10(+);G:EMA(+);H:VIM(+)

图2 腹壁转移性碰撞癌术后病理上皮样区(A~D)和透明细胞区(E~H)图片

同一个体罹患两种或两种以上原发性肿瘤并非罕见,据报道,发生率为0.73%~11.7%<sup>[9]</sup>。根据Suzuki等<sup>[10]</sup>的观点,两种原发性肿瘤的确诊时间超过6个月者,称作异时癌,本例肾癌和肺癌应属异时癌。碰撞癌是指同一宿主同一器官同时或异时性发生2个或2个以上病理组织学类型不同的癌瘤,异时癌属于碰撞癌。转移性碰撞癌文献鲜有报道。考虑到肾癌、肺癌、腹壁肿物的出现时间和先后顺序,有理由认为5年前患者右侧腹壁孤立、静止的肿块为与手术有关的肾癌腹壁种植转移,之后被肺癌的放化疗所致的免疫力降低所激活。随着腹壁肿物中肾癌成分逐渐增长,肺癌细胞被腹壁肿物中肾癌微环境所吸引,肾癌、肺癌共同生长进一步导致腹壁肿物的快速增大。如果这一假设被证实,则有理由认为肾癌细胞可以分泌某种物质,可以招募其他肿瘤细胞,或者肾癌细胞的肿瘤微环境易化了其他肿瘤的生长。

与本病例类似,一种原发性肿瘤转移至另一种原发性肿瘤的罕见现象被称为“肿瘤到肿瘤的转移”(tumor to tumor)。根据Campbell<sup>[11]</sup>的描述,肿瘤到肿瘤的转移需要符合以下特征:第一,超过一种原发性肿瘤出现在同一个体;第二,受体肿瘤确为恶性或良性肿瘤;第三,转移性的肿瘤必须是在受体肿瘤附近生长,而不是肿瘤连续生长或癌栓。对于肿瘤转移至淋巴系统而淋巴系统本身已存在原发性肿瘤这种情况应排除在外<sup>[12]</sup>。有研究<sup>[13-15]</sup>分别报道了乳腺癌、膀胱癌、肺癌、肾癌的实体纤维瘤

(Solitary fibrous tumor, SFT)转移。根据Velez-Cubian等<sup>[12]</sup>的观点,与肾癌类似,实体纤维瘤可以表达丰富的血管,使得上述肿瘤细胞易于转移至其附近。

同一个体出现多部位占位性病变增加了诊治的困难,准确区分转移灶和原发性肿瘤至关重要。病理组织活检联合免疫组化染色技术被广泛应用于诊断和鉴别诊断原发性肿瘤和转移灶。本例中,术后病理最终确诊肾透明细胞癌,纤维支气管镜下活检确诊肺鳞状细胞癌,腹壁转移灶的诊断则依赖于免疫组化染色。因此,建议在诊治多部位占位性病变时应常规行病理组织检查和免疫组化染色,以免误诊,延误治疗。

肾癌对放化疗不敏感。转移性肾癌的现代治疗方案为分子靶向治疗,根据靶向不同可分为两类:抑制血管内皮生长因子和其对应受体(VEGF/VEGFR)途径以及抑制mTOR途径。肺癌对于放化疗中度敏感。肺癌的靶向治疗主要包括与表皮生长因子受体(EGFR)途径有关的酪氨酸激酶抑制剂。对本例而言,在肺癌的放化疗期间出现肿物的快速增大,提示靶向治疗也许是更佳选择,前提是能够通过基因测序技术寻找到相关突变基因。

#### [参考文献]

- [1] Lam JS, Shvarts O, Leppert JT, et al. Renal cell carcinoma 2005: new frontiers in staging, prognostication and targeted molecular therapy [J]. J Urol, 2005. 173(6): 1853-1862
- [2] Keizman D, Maimon N, Mishaeli M, et al. The current ap-



- proach to metastatic renal cell carcinoma [J]. *Harefuah*, 2015, 154(8):535-539
- [3] Akaza H, Oya M, Iijima M, et al. A large-scale prospective registration study of the safety and efficacy of sorafenib tosylate in unresectable or metastatic renal cell carcinoma in Japan: results of over 3200 consecutive cases in post-marketing all-patient surveillance [J]. *Jpn J Clin Oncol*, 2015, 45(10):953-962
- [4] Pirola GM, Martorana E, Fidanza FA, et al. Rare metastatic sites of renal cell carcinoma: urethra and spermatic cord [J]. *Urologia*, 2016, 83(4):214-217
- [5] Fernández-Rueda P, Ruiz-López P, Ramirez-Neguin MA, et al. Cutaneous metastasis of renal cell carcinoma: A case report and review of the literature [J]. *Gac Med Mex*, 2015, 151(4):533-537
- [6] Kurlekar UA, Rayate AS. Synchronous primary malignancies in breast and kidney: a rare case report [J]. *Indian J Surg*, 2015, 77(Suppl 1):6-9
- [7] Sella A, Ro JY. Renal cell cancer: best recipient of tumor-to-tumor metastasis [J]. *Urology*, 1987, 30(1):35-38
- [8] Nguyen TK, Louie AV. Synchronous oligometastatic non-small cell lung cancer and isolated renal cell carcinoma: a case report and literature review [J]. *Cureus*, 2015, 7(10):e366
- [9] Irimie A, Achimas-Cadariu P, Burz C, et al. Multiple primary malignancies -- epidemiological analysis at a single tertiary institution [J]. *J Gastrointest Liver Dis*, 2010, 19(1):69-73
- [10] Suzuki T, Takahashi H, Yao K, et al. Multiple primary malignancies in the head and neck: a clinical review of 121 patients [J]. *Acta Otolaryngol Suppl*, 2002, 547(1):88-92
- [11] Campbell LV Jr, Gilbert E, Chamberlain CR Jr, et al. Metastases of cancer to cancer [J]. *Cancer*, 1968, 22(3):635-643
- [12] Velez-Cubian FO, Gabordi RC, Smith PV, et al. Tumor-to-tumor metastasis: an unusual case of breast cancer metastatic to a solitary fibrous tumor [J]. *J Thorac Dis*, 2016, 8(6):E374-378
- [13] Petraki C, Vaslamatzis M, Argyrakos T, et al. Tumor to tumor metastasis: report of two cases and review of the literature [J]. *Int J Surg Pathol*, 2003, 11(2):127-135
- [14] Chen HW, Dry SM, Seeger LL. Primary lung carcinoma metastatic to a solitary fibrous tumor [J]. *Skeletal Radiol*, 2004, 33(4):226-229
- [15] Kragel C, Wei S. Renal cell carcinoma metastasizing to solitary fibrous tumor of the pleura: a case report [J]. *J Med Case Rep*, 2011, 29(5):248
- [收稿日期] 2017-03-23

(上接第268页)

活动、持续进展,因此须在活动期积极治疗,阻止病情进展、恶化,故正确评估病情亦十分重要。

#### [参考文献]

- [1] Fujita K, Nakashima K, Kanai H, et al. A successful surgical repair of pulmonary stenosis caused by isolated pulmonary Takayasu's arteritis [J]. *Heart Vessels*, 2013, 28(2):264-267
- [2] Ishihara T, Haraguchi G, Tezuka D, et al. Diagnosis and assessment of Takayasu arteritis by multiple biomarkers [J]. *Circ J*, 2013, 77(2):477-483
- [3] Sun Y, Ma L, Yan F, et al. MMP-9 and IL-6 are potential biomarkers for disease activity in Takayasu's arteritis [J]. *Int J Cardiol*, 2012, 156(2):236-238
- [4] Nair AM, Goel R, Hindhumati M, et al. Serum amyloid A as a marker of disease activity and treatment response in Takayasu arteritis [J]. *Rheumatol Int*, 2017, 37(10):1643-1649
- [5] Kaku Y, Aomi S, Tomioka H, et al. Surgery for aortic regurgitation and aortic root dilatation in Takayasu arteritis [J]. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*, 2015, 23(8):901-906
- [6] Keser G, Aksu K. What is new in management of Takayasu arteritis [J]. *Presse Med*, 2017, 46(7):229-235
- [7] Kong X, Ma L, Ji Z, et al. Pro-fibrotic effect of IL-6 via aortic adventitial fibroblasts indicates IL-6 as a treatment target in Takayasu arteritis [J]. *Clin Exp Rheumatol*, 2018, 36(1):62-72
- [8] Terao C, Yoshifuji H, Nakajima T, et al. Ustekinumab as a therapeutic option for Takayasu arteritis: from genetic findings to clinical application [J]. *Scand J Rheumatol*, 2015, 8(27):1-3
- [9] Clifford A, Hoffman GS. Recent advances in the medical management of Takayasu arteritis: an update on use of biologic therapies [J]. *Curr Opin Rheumatol*, 2014, 26(1):7-15
- [收稿日期] 2017-11-18