

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-07>

## Рак молочной железы у пациентки после трансплантации почки

**Е. Рассказова**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
**А. Зикиряходжаев**<sup>1-3</sup>, доктор медицинских наук,  
**Р. Идигова**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского центра радиологии Минздрава России

<sup>2</sup>Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

<sup>3</sup>Российский университет дружбы народов, Москва

**E-mail:** rasskaz2@yandex.ru

*Усовершенствования в иммуносупрессивной терапии привели к увеличению выживаемости пациентов и трансплантатов у реципиентов, однако одновременно повысился риск возникновения опухолевых процессов, таких как рак молочной железы.*

*В статье представлено клиническое наблюдение (пациентка 51 года, с диагнозом: рак левой молочной железы IIA стадии pT2N0M0G3, тройной негативный тип), у которой в анамнезе 10 лет назад была трансплантация почки по поводу хронической почечной недостаточности.*

**Ключевые слова:** онкология, рак молочной железы, трансплантация почки, иммуносупрессивная терапия, хирургическое лечение, хроническая почечная недостаточность.

**Для цитирования:** Рассказова Е., Зикиряходжаев А., Идигова Р. Рак молочной железы у пациентки после трансплантации почки // Врач. – 2019; 30 (11): 38–40. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-07>

**Р**иск развития злокачественных новообразований у пациентов после трансплантации почки в несколько раз выше, чем в популяции [1, 2].

Наиболее часто после трансплантации почки выявляют злокачественные новообразования кожи (23,6%), солидные опухоли (19,8%) и гематологические злокачественные новообразования (10,6%) [3].

Длительный период иммуносупрессии увеличивает выживаемость пациентов и, соответственно, трансплантатов у реципиентов. Однако вследствие длительной иммуносупрессии повышается риск возникновения опухолевых процессов. Одним из частых злокачественных новообразований у реципиентов донорских органов является рак молочной железы (РМЖ) [4].

Имуносупрессивная терапия, получаемая пациентами после пересадки органов, существенно увеличивает риск возникновения онкологических заболеваний. Частота развития многих *de novo* опухолей

существенно превышает таковую в популяции. Еще выше риск рецидива или прогрессирования предшествующих онкологических заболеваний. Тем не менее принципиальные изменения в качестве жизни, получаемые в результате трансплантации, по сравнению с программным диализом, создают условия для определенного компромисса в принятии решения о выполнении операции [5].

Чаще РМЖ после трансплантации почки диагностируют в группе пациенток молодого возраста (по сравнению с общей популяцией), а показатели, связанные с молекулярно-биологическим типом и прогнозом РМЖ сопоставимы с таковыми в общей когорте. Иммунодепрессанты не влияют на прогноз РМЖ [6].

Ежегодные скрининговые тесты (маммография) имеют решающее значение для ранней диагностики РМЖ. Своевременное лечение РМЖ может обусловить хороший прогноз у реципиентов почечного трансплантата [7].

Приводимое клиническое наблюдение касается пациентки, которой выполнено хирургическое лечение по поводу РМЖ, выявленного после проведенной 10 лет назад трансплантации почки.

**Пациентка Х., 51 года, диагноз: рак левой молочной железы IIA стадии pT2N0M0G3, тройной негативный тип.**

*В анамнезе у пациентки – острый пиелонефрит с исходом в хронический. В течение 1 года развилась хроническая почечная недостаточность (ХПН), по поводу чего она находилась на гемодиализе в течение 3 лет (с 2006 по 2009 г.). На фоне гемодиализа диагностирован гепатит С.*

*27.08.09 выполнена трансплантация донорской почки в ФГБУ «НМИЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова». В дальнейшем неоднократно лечилась в стационаре в связи с хроническим антителоопосредованным отторжением трансплантата (плазмаферез, Атгам, Мабтера).*

*В 2018 г. у пациентки диагностирован сахарный диабет типа 2 (уровень глюкозы – в пределах 4–8 ммоль/л), для коррекции принимает галвус 50 мг 1 раз в сутки).*

*Пациентке проводилась следующая иммуносупрессивная терапия: програф, имуран, медрол.*

*В марте 2019 г. пациентка самостоятельно обнаружила узловое образование в левой молочной железе и обратилась в поликлинику МНИОИ им. П.А. Герцена. По результатам комплексного обследования диагностирован рак левой молочной железы IIA стадии pT2N0M0G3, тройной негативный тип.*

*Пациентке после диагностики РМЖ отменен имуран, добавлен препарат сертикан. С иммуносупрессивной целью принимает медрол (4 мг 1 раз в сутки), сертикан (10 мг 1 раз в сутки).*

Клинически в левой молочной железе в верхне-внутреннем квадранте определяется узловое образование размером 3,0×2,5 см, плотное при пальпации, кожные симптомы отрицательные, сосково-ареолярный комплекс не изменен. В правой молочной железе узловых образований нет. В аксиллярных областях увеличенные лимфатические узлы не пальпируются.

Маммография: на фоне двусторонней фиброно-жировой инволюции в левой молочной железе на уровне 2 см от соска в верхневнутреннем квадранте определяется неправильной формы образование размером 2,5×2,0 см (рис. 1). При УЗИ обеих молочных желез — картина фиброно-жировой инволюции, на фоне которой слева в верхне-внутреннем квадранте определяется опухолевый узел размером 28,7×13,5×15,7 мм, к которому плотно прилежит опухолевый узел размером 9,7×9,2 мм. Рядом визуализируется киста размером 8,5×6,6 мм, с уплотненными стенками. Лимфатические узлы в аксиллярной области — без видимых структурных изменений.

27.02.19 — рентгенография органов грудной клетки. Заключение: справа усиление легочного рисунка. Синусы свободны.

11.03.19 — остеосцинтиграфия костей скелета. Заключение: убедительных скнтиграфических признаков вторичного очагового поражения костей не выявлено.

19.03.19 — динамическая нефросцинтиграфия. Заключение: тяжелая степень нарушения паренхиматозно-выделительной функции правой и левой почек. Степень нарушения паренхиматозно-выделительной функции трансплантированной почки ближе к тяжелой. Присутствуют косвенные признаки ХПН.

Цитологическое исследование (пунктат образования левой молочной железы). Заключение: низкодифференцированный рак без признаков специфичности.

Гистологическое исследование (узел левой молочной железы). Заключение: инвазивный неспецифицированный рак левой молочной железы III степени злокачественности по Ноттингемской системе.

Иммуногистохимическое исследование: ER 0, PR 0, Her2/neu 0, Ki-67 64%, Cytokeratin 5/6: 30% в опухоли.

12.03.19 — генетическое исследование. Заключение: мутации в генах BRCA 1,2, CHEK 2 не выявлены.

Консилиум с участием химиотерапевта, радиолога, хирурга от 14.03.19: рекомендовано хирургическое лечение в объеме радикальной мастэктомии слева.

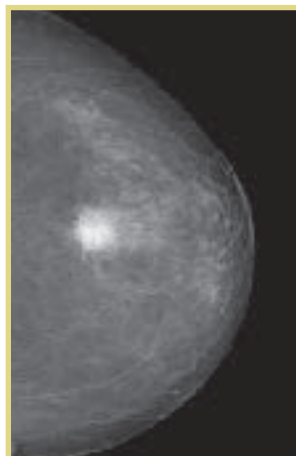


Рис. 1. Маммография слева, прямая проекция

27.03.19 в МНИОИ им. П.А. Герцена выполнена операция: радикальная мастэктомия слева.

Хирургических осложнений нет.

В послеоперационном периоде отмечено снижение уровня белка крови с 64 до 50 г/л. Консультирована врачом-трансплантологом, рекомендована инфузия альбумина 5% 100 мл в течение 5 дней, после лечения — положительная динамика (уровень белка — 65 г/л).

Пациентка выписана на 6-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии (рис. 2).

Гистологическое исследование. Макроскопическое описание: молочная железа размером 20×13×3 см, с регионарной клетчаткой. Сосок не изменен. На разрезе в ткани железы, в центральной части железы — плотный опухолевый узел серого цвета, границы размыты, размером 3,5×2,5×3,0 см. На остальном протяжении ткань железы представлена дольчатой жировой тканью с тонкими фиброзными прослойками. Из регионарной клетчатки выделено 12 эластичных лимфатических узлов диаметром 0,5–2,0 см.

Микроскопическое описание: инфильтративный РМЖ без признаков специфичности III степени злокачественности (9 баллов) с массивными очагами некрозов, периваскулярным ростом, незначительной лимфоидной инфильтрацией по периферии опухоли. В ткани молочной железы, взятой вблизи от опухоли — единичные структуры внутрипротоковой карциномы, на остальном протяжении — фиброно-кистозные изменения, склерозирующий аденоз долек, дистрофические изменения паренхимы. В крупных протоках соска отмечаются внутрипротоковые папилломы без атипии. В 12 исследованных лимфатических узлах — гистиоцитоз синусов, выраженный липоматоз, без метастазов.



Рис. 2. Пациентка на 6-е сутки после радикальной мастэктомии слева

*Пациентка обсуждена на консилиуме с участием химиотерапевта, радиолога, хирурга. С учетом тяжелой сопутствующей патологии рекомендовано динамическое наблюдение.*

В данном клиническом наблюдении объем хирургического вмешательства (радикальная мастэктомия) был связан с размером опухолевого узла и соотношением с размером молочной железы (размер 2 по бюстгалтеру), а также неблагоприятным молекулярно-биологическим типом опухолевого узла.

После планового гистологического исследования тактика лечения обсуждена на консилиуме с участием химиотерапевта, радиолога, хирурга и рекомендовано наблюдение с учетом гистологической структуры опухолевого узла и биохимических анализов крови, а также сопутствующих заболеваний.

В случае удовлетворительных биохимических показателей крови возможно назначение лекарственной терапии в полном объеме.

Риск развития рака, в том числе РМЖ, увеличивается на фоне длительного периода иммуносупрессии после трансплантации почек. Объем лечения РМЖ зависит от уровня биохимических показателей крови, возраста пациенток, прогностических факторов риска в том числе от молекулярно-биологического типа опухоли. Прогноз РМЖ у пациенток с трансплантацией почки такой же, как в общей популяции женщин.

\* \* \*

*Конфликт интересов отсутствует.*

## Литература/Reference

1. Heo J., Noh O., Oh Y-T. et al. Cancer risk after renal transplantation in South Korea: a nationwide populationbased study // BMC Nephrology. – 2018; 19: 311–7. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1110-3>.

2. Villeneuve P., Schaubel D., Fenton S. et al. Cancer Incidence Among Canadian Kidney Transplant Recipients // Am. J. Transplant. – 2007; 7: 941–8. DOI: 10.1111/j.1600-6143.2007.01736.x.

3. Roussel J., Baron O., Périgaud Ch. et al. Outcome of Heart Transplants 15 to 20 Years Ago: Graft Survival, Post-transplant Morbidity, and Risk Factors for Mortality // J. Heart Lung Transplant. – 2008; 27 (5): 486–93. DOI: 10.1016/j.healun.2008.01.019.

4. Self M., Dunn E., Cox J. et al. Managing Breast Cancer in the Renal Transplant Patient: A Unique Dilemma // Breast Cancer In Renal Transplant. – 2006; 72 (2): 150–3.

5. Перлин Д.В., Даренков С.П. Лечение инвазивного рака мочевого пузыря после трансплантации почки // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2010; 12 (2): 61–6 [Perlin D.V., Darenkov S.P. Treatment of invasive bladder cancer in patient after renal transplantation // Russian Journal of Transplantology and Artificial Organs. – 2010; 12 (2): 61–6 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.15825/1995-1191-2010-2-61-66>.

6. Jeong I.-Ji., Lee S.-G., Kim Y.H. et al. Characteristics and prognosis of breast cancer after liver or kidney transplantation // Breast Cancer Res Treat. – 2018; 167 (1): 101–6. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4504-1>.

7. Kato T., Kakuta Y., Yamanaka K. et al. Early diagnosis and treatment of breast cancer in Japanese kidney transplant recipients: a single center experience // Springer Plus. – 2015; 4: 196–200. DOI: 10.1186/s40064-015-0946-2.

## BREAST CANCER IN A FEMALE PATIENT AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

**E. Rasskazova<sup>1</sup>**, Candidate of Medical Sciences; **A. Zikiryakhodzhaev<sup>1-3</sup>**, MD, **R. Idigova<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>P.A. Herzen Moscow Oncology Research Institute, Branch, National Medical Radiology Research Center, Ministry of Health of Russia

<sup>2</sup>I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

<sup>3</sup>Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

*Immunosuppressive therapy improvements have led to the increased survival of patients and grafts in recipients; however, there has been simultaneously a higher risk for tumor processes, such as breast cancer.*

*The paper describes a clinical case of a 51-year-old female patient diagnosed with Stage IIA left triple-negative breast cancer (pT2N0M0G3), who had a history of kidney transplantation 10 years ago for chronic renal failure.*

**Key words:** oncology, breast cancer, kidney transplantation, immunosuppressive therapy, surgical treatment, chronic renal failure.

**For citation:** Rasskazova E., Zikiryakhodzhaev A., Idigova R. Breast cancer in a female patient after kidney transplantation // Vrach. – 2019; 30 (11): 38–40. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-07>