

© Коллектив авторов, 2015

Н.В. Орлова<sup>1</sup>, И.Б. Осипов<sup>2</sup>, В.В. Ватутина<sup>1</sup>, А.Н. Муравьев<sup>1</sup>

## МЕТАНЕФРАЛЬНАЯ АДЕНОМА У РЕБЕНКА КАК МАСКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧКИ

<sup>1</sup>ФГБУ «СПб НИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ, <sup>2</sup>ГБОУ ВПО «СПбГПМУ» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, РФ

Orlova N.V.<sup>1</sup>, Osipov I.B.<sup>2</sup>, Vatutina V.V.<sup>1</sup>, Muravyev A.N.<sup>1</sup>

## METANEPHRIC ADENOMA IN A CHILD AS A MASK FOR TUBERCULOUS LESION OF KIDNEY

<sup>1</sup>Saint-Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology,

<sup>2</sup>Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

Метанефральная аденома (МА) – редкая, преимущественно доброкачественная опухоль почки, развивающаяся из остатков метанефрального эпителия. В литературе встречаются единичные случаи описания этой патологии. Несмотря на доброкачественное течение, чаще всего больным МА выполняется нефрэктомия из-за трудностей предоперационной диагностики. В статье представлен случай МА у 6-летнего мальчика, диагностированный морфологически после резекции нижнего полюса правой почки, проведенного по поводу предполагавшегося кавернозного туберкулеза, оказавшегося ошибочным диагнозом.

**Ключевые слова:** метанефральная аденома, туберкулез почки, дифференциальный диагноз, дети.

Metanephric adenoma (MA) is a rare, mostly benign kidney tumor that develops from metanephric epithelial remnants. There are descriptions of isolated cases of this disease in the literature. Although a benign course of the disease, most of the patients with MA are done with nephrectomy because of the difficulty of preoperative diagnosis. The article represents a case of MA in a 6-years-old boy diagnosed morphologically after resection of the lower pole of the right kidney, which was held over alleged cavernous tuberculosis, proved to be a wrong diagnosis.

**Key words:** metanephric adenoma, renal tuberculosis, differential diagnosis, children.

Метанефральная аденома (МА) впервые описана в 1979 г. как двусторонняя опухоль у 7-летнего мальчика [1], в 1980 г. подобные образования было принято называть нефрогенной нефромой [2], а в отдельную нозологическую единицу МА выделена в 1988 г. [3]. МА составляет всего 0,2% среди эпителиальных новообразований почек у взрослых [4], чаще она встречается у женщин. В большинстве случаев МА выявляют случайно при обследовании по поводу других заболеваний или при профилактических осмотрах

[5]. Ее клинические проявления не имеют какой-либо специфичности, а чаще всего вообще отсутствуют [6]. Иногда пациенты отмечают боли в поясничной области, гематурию, гипертензию, пальпируемое образование, редко — повышение температуры тела [3, 7].

Случаи выявления МА у детей крайне редки [5]. Несмотря на преимущественно доброкачественное течение опухоли в этой возрастной группе, описано ее метастазирование в лимфатические узлы бифуркации аорты у 7-летнего ребенка [8], а также случай

### Контактная информация:

Орлова Надежда Валерьевна – детский уролог, очный аспирант ФГБУ «СПбНИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ  
Адрес: Россия, 191036 г. Санкт-Петербург, Лиговский пр., 2–4  
Тел.: (812) 297-89-88, E-mail: nadinbat@gmail.com  
Статья поступила 19.01.15, принята к печати 29.01.15.

### Contact information:

Orlova Nadezhda Valeryevna – Pediatric Urologist, Intramural Postgraduate with Saint-Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology  
Address: Russia 191036 Saint-Petersburg, Ligovskiy prospect, 2–4  
Tel.: (812) 297-89-88, E-mail: nadinbat@gmail.com  
Received on Jan. 19, 2015; submitted for publication on Jan. 29, 2015.

МА, содержащей фокусы папиллярной карциномы с метастазами в регионарные лимфатические узлы у девочки 11 лет [9].

Редкость описываемой патологии позволяет нам поделиться собственным наблюдением.

Пациент М. 6 лет, 2008 г.р., из очага смерти по туберкулезу (мать умерла от ВИЧ-инфекции, туберкулеза легких). У ребенка в возрасте 1 года диагностирован туберкулез внутригрудных лимфатических узлов трахеобронхиальной и бронхопульмональной группы справа в фазе инфильтрации, получил основной и противорецидивные курсы лечения, в декабре 2012 г. снят с учета.

В мае 2013 г. во время плановой диспансеризации при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости выявлены изменения в нижнем полюсе правой почки. В урологическом стационаре общей лечебной сети при спиральной компьютерной томографии (СКТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием обнаружено объемное образование правой почки размером 24x13x26 мм. С подозрением на нефробластому консультирован онкологом, который в свою очередь заподозрил специфический воспалительный процесс.

С октября по декабрь 2013 г. обследован в детском отделении противотуберкулезного диспансера, с 11.10.2013 начата противорецидивная специфическая терапия. Для дообследования направлен в детский туберкулезный санаторий, где продолжено лечение противотуберкулезными препаратами в стандартном режиме, одновременно проведена заочная консультация урологом ФГБУ «СПб НИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ. Учитывая туберкулезный контакт в семье, наличие множественных кальцинатов во внутригрудных лимфоузлах и селезенке, характерную рентгенологическую картину (полостное образование нижнего полюса правой почки с неоднородным содержанием и множественными кальцинатами), заподозрен кавернозный туберкулез правой почки, рекомендована госпитализация для определения дальнейшей тактики.

Ребенок поступил в детскую хирургическую клинику ФГБУ «СПб НИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ 18.02.2014. При нормэргической чувствительности к туберкулину (реакция Манту 2 ТЕ – р 10 мм), положительный Диаскинтест – р 10 мм; отрицательные серологические реакции с туберкулиновым антигеном; на компьютерных томограммах органов грудной клетки данных за обострение внутригрудного процесса не получено, в рутинных анализах мочи и крови данных за воспалительный процесс не выявлено. По данным реносцинтиграфии секреторно-эксcretорная функция канальцевого эпителия обеих почек удовлетворительная с незначительным замедлением оттока мочи. Повторно выполнена СКТ органов брюшной полости – картина субтотально обызвествленного образования нижнего полюса правой почки (см. рисунок), кроме того, определялись петрификаты печени, селезенки, лимфоузлов ворот печени и мезентериальной группы. Установлен клинический диагноз: туберкулез множественных локализаций: кавернозный туберкулез правой почки, активная фаза, туберкулез внутригрудных

лимфатических узлов трахеобронхиальной и бронхопульмональной группы справа в фазе кальцинации, туберкулез печени, селезенки, лимфоузлов ворот печени, туберкулез мезентериальных лимфатических узлов в фазе уплотнения и кальцинации. МБТ (–).

Учитывая невозможность четко дифференцировать этиологию образования в правой почке (каверна, опухоль или кальцинированная киста), отсутствие данных о сроках появления этого образования (первые УЗИ почек сделано в мае 2013 г.), принято решение произвести лечебно-диагностическое вмешательство. 05.03.2014 выполнена операция: люмботомия, резекция нижнего полюса правой почки, нефропексия справа. Послеоперационный период протекал без осложнений. Гистологическое заключение: метанефральная аденома, по линии резекции опухолевого роста нет.

Диагноз при выписке: основной – метанефральная аденома нижнего полюса правой почки; сопутствующий – туберкулез множественных локализаций: кавернозный туберкулез правой почки, активная фаза, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов трахеобронхиальной и бронхопульмональной группы справа в фазе кальцинации, туберкулез печени, селезенки, лимфоузлов ворот печени, туберкулез мезентериальных лимфатических узлов в фазе уплотнения и кальцинации. МБТ (–).

Решением Диагностической комиссии диагноз туберкулеза мочевыделительной системы снят, специфическая терапия отменена.

Основной проблемой диагностики и выбора тактики лечения МА является отсутствие характерной клинической и рентгенологической картины, которая позволила бы дифференцировать ее от злокачественных новообразований [10, 11]. В большинстве публикаций клинические наблюдения за пациентами с МА заканчиваются нефрэктомией именно из-за трудностей предоперационной диагностики, хотя некоторые авторы предлагают выполнять диагностическую биопсию на этапе подготовки к операции [7]. При этом выделяют два основных показания к биопсии образований почки: во-первых, подозрение на злокачественный процесс при высоком риске операции, и, во-вторых, наличие небольшого, предположительно доброкачественного образования, не требующего лечения [12]. В нашем случае размер образования предполагал только оперативное лечение, а анамнестические и лучевые данные позволяли заподозрить наличие генерализованного туберкулезного поражения, в т.ч.

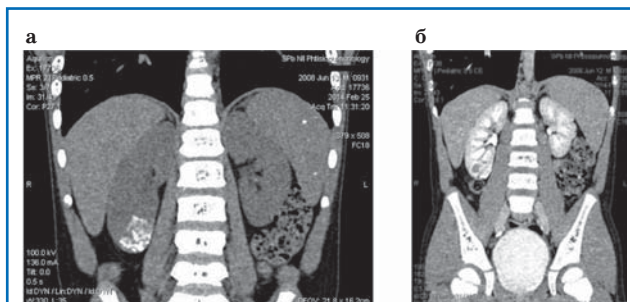


Рисунок. КТ пациента М.: нативная (а), с внутривенным усилением (б).

поражения почки, который в структуре внелегочного туберкулеза детского возраста составляет менее 5% [13].

Многие авторы в качестве операции выбора при лечении МА рекомендуют нефрэктомия [7, 14, 15], хотя в последнее время все чаще выполняются менее травматичные, но достаточные по своей радикальности резекции почки [16–18]. В нашем случае также было принято решение ограничиться резекцией пораженного полюса правой почки в пределах здоровых тканей: объем вмешательства был определен в соответствии с онкологическими и фтизиатрическими принципами.

МА, как и кавернозный туберкулез почек у детей, является редким заболеванием, не имеющим пато-

гномоничных признаков. В нашем наблюдении наличие известного туберкулезного анамнеза и проявлений генерализованного туберкулеза явилось причиной ошибочного диагноза, в результате чего ребенок несколько месяцев необоснованно получал противотуберкулезную терапию. На наш взгляд, осуществление ранней диагностической (биопсия) или лечебно-диагностической манипуляции (операции) могло бы способствовать своевременной диагностике заболевания. С учетом высокого риска диагностической ошибки считаем, что в современных условиях диагноз «туберкулез почки» не должен устанавливаться только на основании анамнестических и лучевых данных и требует бактериологического и/или морфологического подтверждения.

## Литература

1. Bove KE, Bhathena D, Wyatt RJ, et al. Diffuse metanephric adenoma after in utero aspirin intoxication. Arch. Pathol. Lab. Med. 1979; 103: 187–190.
2. Pages A, Granier M. Nephrogenic nephroma. Arch. Anat. Cytol. Pathol. 1980; 28: 99–103.
3. Kuroda N, Toi M, Hiroi M, Enzan H. Review of metanephric adenoma of the kidney with focus on clinical and pathological aspects. Histol. Histopathol. 2003; 18: 253–257.
4. Amin MB, Amin MB, Tamboli P, et al. Prognostic impact of histologic subtyping of adult renal epithelial neoplasms: An experience of 405 cases. Am. J. Surg. Pathol. 2002; 26: 281–291.
5. Jones EC, Pins M, Dickersin GR, Young RH. Metanephric adenoma of the kidney. A clinicopathological, immunohistochemical, flow cytometric, cytogenetic, and electron microscopic study of seven cases. Am. J. Surg. Pathol. 1995; 19: 615–626.
6. Zafar N, Spencer D, Berry AD. Embryonal adenoma of the kidney: A report of two cases. Diagn. Cytopathol. 1997; 16: 42–46.
7. Torricelli FCM, Marchini GS, Campos RSM, Gil AO. Metanephric Adenoma: clinical, imaging, and Histological findings. Clinics (Sao Paulo). 2011; 66: 359–361.
8. Renshaw AA, Freyer DR, Hammers YA. Metastatic metanephric adenoma in a child. Am. J. of Surg. Pathol. 2000; 24: 570–574.
9. Drut R, Drut RM, Ortolani C. Metastatic metanephric adenoma with foci of papillary carcinoma in a child: a combined histologic, immunohistochemical, and FISH study. Int. J. Surg. Pathol. 2001; 9: 241–247.
10. Araki T, Hata H, Asakawa E, Araki T. MRI of metanephric adenoma. J. of Comput. Assist. Tomog. 1998; 22: 87–90.
11. Fielding JR, Visweswaran A, Silverman SG, et al. CT and ultrasound features of metanephric adenoma in adults with pathologic correlation. J. of Comput. Assist. Tomog. 1999; 23: 441–444.
12. Sahni VA, Silverman SG. Biopsy of renal masses: when and why. Canc. Imag. 2009; 9: 44–55.
13. Dhua AK, Borkar N, Ghosh V, Aggarwal SK. Renal tuberculosis in infancy. J. Indian Assoc. Pediatr. Surg. 2011; 16: 69–71.
14. Ebine T, Ohara R, Momma T, et al. Metanephric Adenoma Treated with Laparoscopic Nephrectomy. Int. J. of Urol. 2004; 11: 232–234.
15. Kosugi M, Nagata H, Nakashima J, et al. A case of metanephric adenoma treated with partial nephrectomy. Japan J. of Urol. 2000; 91: 489–492.
16. Bastide C, rambeaud JJ, Bach AM, Russo P. Metanephric adenoma of the kidney: clinical and radiological study of nine cases. BJU. Int. 2009; 103: 1544–1548.
17. Kumar S, Mandal AK, Acharya NR, et al. Laparoscopic nephron-sparing surgery for metanephric adenoma. Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 2007; 17: 573–575.
18. Lai Y, Chen D, Xu X, et al. Metanephric adenoma: A report of two cases and review of the literature. Mol. Clin. Oncol. 2013; 1: 1087–1089.