



Клинический случай разрыва ангиомиолипомы почки при беременности

И.К. Мамонтова, Т.В. Шевлякова, И.Н. Девятова

ГБУ РО «Областной клинический перинатальный центр»; Россия, г. Рязань

РЕЗЮМЕ

Цель статьи: представить клинический случай разрыва ангиомиолипомы почки при беременности — этапы диагностики, тактику лечения с положительным клиническим исходом.

Основные положения. Спонтанный разрыв почки — редкое состояние, имеющее тяжелые последствия, особенно при беременности. Одной из его причин является разрыв опухоли (ангиомиолипомы) почки, причем именно беременность обуславливает рост опухоли данного типа. В силу своей редкой встречаемости ангиомиолипома чаще всего становится случайной находкой при обследовании. Основным методом ее диагностики — УЗИ почек.

В статье освещены основные характеристики ангиомиолипомы, представлен клинический случай данного состояния при беременности, а также рассмотрен предложенный иностранными авторами перспективный способ профилактики ангиомиолипомы.

Заключение. Целесообразно включение оценки состояния мочевыделительной системы в протокол одного из скрининговых пренатальных УЗИ с целью профилактики экстренных уропатологий у беременных женщин.

Ключевые слова: спонтанный разрыв почки, ангиомиолипома почки, беременность.

Вклад авторов: Мамонтова И.К. — обзор публикаций, сбор клинического материала, анализ данных, написание текста; Шевлякова Т.В. — обследование и лечение пациентки, разработка дизайна исследования, проверка критически важного содержания; Девятова И.Н. — организация междисциплинарного взаимодействия, утверждение рукописи для публикации.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Мамонтова И.К., Шевлякова Т.В., Девятова И.Н. Клинический случай разрыва ангиомиолипомы почки при беременности. Доктор.Ру. 2020; 19(8): 40–43. DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-8-40-43



A Clinical Case of Renal Angiomyolipoma Rupture during Pregnancy

I.K. Mamontova, T.V. Shevlyakova, I.N. Devyatova

Regional Clinical Perinatal Center (a Government-funded Institution of Ryazan Region); 1i Internatsionalnaya St., Ryazan, Russian Federation 390039

ABSTRACT

Objective of the Paper: To present a clinical case of renal angiomyolipoma rupture during pregnancy and describe the steps in its diagnosis and a treatment approach that led to a favorable clinical outcome.

Key Points: Spontaneous rupture of the kidney is a rare condition with severe complications, especially during pregnancy. One possible cause of this condition is rupture of a renal tumor (angiomyolipoma), with pregnancy being a trigger for the tumor growth of this kind of neoplasm. Because it is rare, angiomyolipoma is most often detected incidentally during an examination. It is mainly diagnosed by renal ultrasound. This paper discusses the main characteristics of angiomyolipoma, describes a clinical case of this tumor in a pregnant woman, and provides information about a promising method for preventing angiomyolipoma proposed by foreign authors.

Conclusion: Assessment of the urinary tract should be done routinely during one of the prenatal ultrasound screenings, as a preventive measure against urinary tract emergencies in pregnant women.

Keywords: spontaneous rupture of the kidney, renal angiomyolipoma, pregnancy.

Contributions: Dr. I.K. Mamontova reviewed publications, collected clinical material, analyzed data, and wrote the paper. Dr. T.V. Shevlyakova was responsible for examination and treatment of the patient, developed the design of the study, and checked critically important content. Dr. I.N. Devyatova was responsible for multidisciplinary cooperation and approved the final version of the manuscript submitted for publication.

Conflict of interest: The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For citation: Mamontova I.K., Shevlyakova T.V., Devyatova I.N. A Clinical Case of Renal Angiomyolipoma Rupture during Pregnancy. Doctor.Ru. 2020; 19(8): 40–43. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-8-40-43

Спонтанный разрыв почки при беременности — редко встречающаяся патология, которая может иметь летальные последствия как для матери, так и для ребенка. Трудности в лечении усугубляются тем, что первоначально почка не рассматривается как вероятный источник кровотечения, диагноз разрыва почки, как правило,

Мамонтова Ирина Константиновна (автор для переписки) — заведующая родовым отделением ГБУ РО «ОКПЦ». 390039, Россия, г. Рязань, ул. Интернациональная, д. 1а. <https://orcid.org/0000-0001-9184-111X>. E-mail: irinamamontova62@yandex.ru

Шевлякова Тамара Валерьевна — к. м. н., заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУ РО «ОКПЦ». 390039, Россия, г. Рязань, ул. Интернациональная, д. 1а. E-mail: doc-tamara@mail.ru

Девятова Ирина Николаевна — главный врач ГБУ РО «ОКПЦ». 390039, Россия, г. Рязань, ул. Интернациональная, д. 1а. E-mail: idevyatova@mail.ru

ставится несвоевременно. Ведение женщины с болевым синдромом чаще осуществляют с диагнозом острого пиелонефрита, почечной колики. Сочетание болевого синдрома и геморрагического шока связывают с отслойкой плаценты, разрывом матки.

Основной причиной внезапного разрыва почки являются ее опухоли (по данным разных авторов, такие случаи составляют до 63%), из них реже всего встречается ангиомиолипома (на нее приходится 3–5% от всех новообразований почек и при этом 90–95% от всех доброкачественных опухолей почек). Среди населения заболеваемость ангиомиолипомой варьирует от 0,3 до 3%.

Ангиомиолипома — доброкачественная мезенхимальная опухоль, состоящая из кровеносных сосудов, гладкомышечных клеток и зрелой жировой ткани в разном соотношении [1, 2]. Причины ее развития в настоящее время до конца не ясны. Есть данные о высоком содержании в опухоли рецепторов к эстрогену, прогестерону [3]. Видимо, поэтому ангиомиолипома в 2,6–10 раз чаще поражает женщин, этим же объясняются быстрый рост опухоли во время беременности и высокая вероятность ее разрыва в этот период, причем нет корреляции между размерами и вероятностью разрыва опухоли [3]. Полагаем, что наличием прогестероновых рецепторов в ангиомиолипоме обусловлена также невозможность использовать препараты прогестерона, которые рекомендуются для сохранения беременности и широко назначаются на различных сроках гестации, — применение этих препаратов может стать причиной роста еще не диагностированной опухоли.

Ангиомиолипомы почек чаще бывают односторонними и единичными; есть данные, что множественные опухоли составляют до 30% случаев, двусторонние — 15%. Размеры образования могут варьировать от 5 мм до 20 см и более. В 40% случаев заболевание протекает бессимптомно и является случайной находкой при проведении УЗИ. До 50% случаев выявляют при жалобах пациенток, обусловленных разрывом опухоли и кровотечением, для такого образования характерны также болевой синдром, сдавление соседних органов и тканей. Механизм кровотечения связан с разрывом сосудов при несоответствии роста сосудистого и мышечно-жирового компонентов опухоли.

В мировой литературе описано около 200 случаев ангиомиолипом во время беременности [4]. Основной риск гестационных осложнений у данного контингента беременных представляет спонтанный разрыв опухоли с клиническими признаками кровопотери. В силу редкой встречаемости этой патологии о правильной дифференциальной диагностике ее акушеры-гинекологи могут подумать в последнюю очередь.

81% разрывов ангиомиолипом почек происходит именно во время беременности [3, 5]. За последние 30 лет в литературе были представлены описания 25 клинических случаев кровоизлияния ангиомиолипомы почки во время беременности. Четыре женщины были пролечены консервативно, у 12 была проведена нефрэктомия, в 9 случаях выполнялась ангиоэмболизация (в том числе у 2 женщин с дальнейшей нефрэктомией, у 2 — как следующий этап после консервативного лечения). У 15 пациенток была проведена операция кесарева сечения (у 10 женщин в сроке доношенной беременности, у 5 — в сроке недоношенной беременности), 5 женщин были родоразрешены путем вагинальных родов (о сроке гестации на момент родов не сообщается). В одном случае произошла антенатальная гибель плода, одной женщине был произведен медицинский аборт (забо-

левание дебютировало в 9 недель беременности, размер опухоли — 21 см, выполнена нефрэктомия), в трех случаях исход беременности авторами не указан.

Основным методом диагностики ангиомиолипом во время беременности является МРТ. В качестве скрининга на наличие новообразования почки применяют УЗИ. Оба метода не имеют противопоказаний для использования во время беременности (но МРТ разрешена только со второго триместра), безопасны для женщины и плода. МРТ может быть выполнена с использованием контраста, что позволяет получить информацию о распространении опухоли, выбрать дальнейшую тактику лечения.

Вопрос о хирургическом лечении чаще всего ставится *при больших (> 4 см в диаметре) размерах опухоли, развитии осложнений, клинических признаках злокачественной опухоли* [1, 6]. Теми же факторами обусловлен выбор объема оперативного вмешательства — от органосохраняющего до нефрэктомии. Беременность в случае диагностики ангиомиолипомы может быть пролонгирована [7]. Хотя при беременности приоритетом является сохранение здоровья женщины, выбор тактики лечения ангиомиолипомы осуществляется также с учетом гестационного возраста плода. Таких пациенток ведут коллегиально акушеры-гинекологи и урологи.

В ряде случаев особенностью хирургического лечения при беременности является проведение симультантной операции — родоразрешение посредством кесарева сечения с последующим урологическим лечением, которое может быть проведено в различном объеме. Возможно урологическое лечение на фоне гестации с последующим родоразрешением в сроке доношенной или ближе к доношенной беременности. Описаны также случаи консервативного наблюдения пациентки в стабильном состоянии с дальнейшим лечением в послеродовом периоде, при этом надо отметить, что в настоящее время вопрос о том, как долго можно консервативно наблюдать женщину с диагностированной ангиомиолипомой почки на фоне беременности, учитывая высокий риск разрыва, не решен [3].

Принимая во внимание высокий риск спонтанного разрыва опухоли при беременности, вероятно, следует отрицательно относиться к назначению таким беременным низкомолекулярных гепаринов, часто используемых в последнее время для профилактики гестационных и послеродовых осложнений. Сама по себе гепаринотерапия не вызовет кровотечения, но, она может повысить вероятность большей кровопотери в случае произошедшего спонтанного разрыва.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

17 апреля 2019 г. в Рязанский областной клинический перинатальный центр (ОКПЦ) поступила пациентка Н., 30 лет, с жалобами на боли в левой поясничной области.

Боль в поясничной области впервые появилась 12 апреля 2019 г. С диагнозом «обострение хронического пиелонефрита слева при беременности 33–34 недели» пациентка была госпитализирована в районный многопрофильный медицинский центр, где находилась с 12 по 15 апреля. Далее в связи с усилением болевого синдрома для дальнейшего обследования, наблюдения и лечения переведена в Рязанскую областную клиническую больницу (ОКБ) — многопрофильный стационар 3-го уровня, госпитализирована в урологическое отделение.

При госпитализации проведено УЗИ брюшной полости и почек. Из особенностей: левая почка размерами 144 × 61 мм, толщина слоя паренхимы — 64 мм, лоханка — 20 × 12 мм,

чашечки не расширены. Нижний полюс левой почки занимает образование 68 × 58 мм нечеткого контура с единичными сосудистыми локусами. Паранефрально по задне-боковой поверхности почки определяется неоднородное жидкостное образование 133 × 44 мм.

Выполнено МРТ забрюшинного пространства: в области нижнего полюса левой почки отмечено образование 134 × 63 × 71 мм, распространяющееся в задние отделы паранефральной клетчатки. Заключение: объемное образование левой почки (возможно, сосудистая опухоль с элементами кровоизлияния).

17 апреля бригадой дистанционного акушерского консультативного центра пациентка переведена из урологического отделения ОКБ в ОКПЦ с диагнозом: *Опухоль левой почки. Беременность четвертая, 34 недели. Роды вторые. Рубец на матке после двух операций кесарева сечения. Анемия средней степени. Миопия высокой степени.*

Из анамнеза: со слов женщины, 10 лет назад, во время первой беременности, у нее была диагностирована гемангиома левой почки, по данному поводу в дальнейшем не обследовалась, не наблюдалась. Вредные привычки: курит по 5–7 сигарет в день. Гинекологический анамнез: эктопия шейки матки. Акушерский анамнез: первая беременность в 2009 г. завершилась плановым кесаревым сечением в связи с миопией высокой степени, родилась живая, доношенная девочка весом 2670 г, послеоперационный период протекал гладко; вторая беременность в 2013 г. завершилась малым кесаревым сечением в сроке 21 недели по поводу преждевременной отслойки плаценты и кровотечения, послеоперационный период протекал гладко; третья беременность в 2015 г. закончилась медицинским абортom на малом сроке. Данная беременность четвертая.

Течение данной беременности. В малом сроке — токсикоз легкой степени, стационарное лечение по поводу угрозы выкидыша. С 20 недель — анемия легкой степени, проводилась коррекция железосодержащими препаратами. В сроке 23 недель с диагнозом ОРВИ находилась на стационарном лечении в инфекционном отделении районного многопрофильного медицинского центра, отмечалось повышение температуры тела до 40 °С, была проведена терапия антибактериальными, противовирусными препаратами.

При поступлении в ОКПЦ пациентка предъявляла жалобы на боли в поясничной области слева, общую слабость. Состояние средней тяжести. АД — 130/90 мм рт. ст. на обеих руках, пульс — 78 уд/мин, температура тела — 36,6 °С. Зрение не изменено, головной боли нет. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. В левой подвздошной области пальпируется объемное образование 10 × 14 см, безболезненное при пальпации. Матка в нормотонусе, безболезненная. Область рубца на матке пальпаторно также безболезненная. Положение плода продольное, головка плода предлежит над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд/мин. Симптом поколачивания отрицательный справа, положительный слева. Физиологические отправления в норме. Отеков нет. Выделения из влагалища светлые.

17 апреля проведено УЗИ почек. Из особенностей: левая почка размерами 140 × 59 мм, из нижнего полюса исходит образование повышенной эхоплотности, неоднородной внутренней структуры размерами 62 × 47 × 58 мм, контуры четкие, в режиме цветного доплеровского картирования с зонами диффузного кровотока. Заключение: объемное образование левой почки.

В общем анализе крови: снижение гемоглобина до 78 г/л, тромбоциты — 107×10^9 /л. В общем анализе мочи: протеинурия — 0,02 г/л, ацетон +++, лейкоциты — 15–20–25 в п/зр., простой плоский эпителий — 10–15 в п/зр., эритроциты — 2–4 в п/зр. В мазке на флору обнаружены грибы рода *Candida*.

УЗИ плода: беременность акушерским сроком 34 недели 4 дня. Задержка роста плода I степени, симметричная форма.

17 апреля состоялся консилиум с приглашением главного внештатного специалиста — уролога Минздрава Рязанской области, выставлен диагноз: *Разрыв опухоли левой почки с образованием обширной урогематомы при четвертой беременности в сроке 34 недель. Роды вторые. Рубец на матке после двух кесаревых сечений. Плацентарные нарушения. Задержка роста плода I степени. Анемия средней степени тяжести. Гестационная тромбоцитопения. Миопия высокой степени. Вагинальный кандидоз.*

18 апреля проведено оперативное лечение в объеме кесарева сечения в нижнем маточном сегменте, стерилизации, левосторонней нефрэктомии, спленэктомии.

Объем кровопотери во время операции кесарева сечения составил 700 мл. Операция проведена типично. Извлечена живая недоношенная девочка весом 2010 г., ростом 45 см, с оценкой по шкале Апгар 6/7 баллов. С учетом третьего кесарева сечения и желаний пациентки была проведена стерилизация.

Вторым этапом операции являлось урологическое вмешательство в виде левосторонней нефрэктомии и спленэктомии. При осмотре левой почки определено, что последняя декапсулирована гематомой, в области ее нижнего полюса расположен опухолевый узел около 5 см в диаметре с участком разрыва. Левая почка удалена с участком мочеточника около 7 см. Отдельно удалены паранефральная клетчатка с почечной капсулой и сгустки крови. Примерный объем гематомы составил 800 мл. При ревизии раны выявлено кровотечение в области ворот селезенки. Остановка кровотечения прошиванием эффекта не дала. Визуально в селезенке, размеры которой соответствовали 15 × 10 × 8 см, по краю имелся участок кистозной ткани. С учетом продолжавшегося кровотечения, неэффективности стандартных мер гемостаза была произведена спленэктомия. По ходу аорты определялась цепочка лимфоузлов размерами 1,5 × 1 см, один из которых был взят на гистологическое исследование. В ложе левой почки были оставлены трубчатые дренажи. Кровопотеря при урологической операции составила 1500 мл, общая кровопотеря — 2200 мл. Интраоперационно использовался аппарат Cell Saver 5+ (Haemonetics Corp., США) с дальнейшей реинфузией аутокрови.

В послеоперационном периоде проводились трансфузии свежезамороженной плазмы, антибактериальная профилактика, сокращающая, обезболивающая, антисекреторная терапия, профилактика тромбозомболических осложнений, терапия препаратами железа. Дренажи были удалены на 3-и сутки. На 7-е сутки послеоперационного периода для дальнейшего лечения пациентка была переведена в гинекологическое отделение ОКПЦ. Выписана на 13-е сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача — акушера-гинеколога, уролога по месту жительства.

Гистологическое заключение: *Ангиомиолипома почки с преобладанием сосудистого компонента и прорастанием за пределы фиброзной капсулы. Разрыв опухоли в зоне массивных инфильтрирующих кровоизлияний, распространяющихся*

на паранефральную клетчатку. Кавернозная лимфангиома селезенки. Лимфоузел с сохранным фолликулярным рисунком, умеренным расширением и гистиоцитозом синусов.

Ребенок выписан домой из отделения патологии новорожденных и недоношенных детей на 15-е сутки жизни в удовлетворительном состоянии.

ОБСУЖДЕНИЕ

В статье представлено клиническое наблюдение разрыва ангиомиолипомы почки при беременности. Частота встречаемости данной опухоли почки низка в общей популяции, и, соответственно, эта патология редко встречается при беременности. При этом, согласно данным литературы, разрыв опухоли чаще происходит именно во время беременности, являясь жизнеугрожающим состоянием как для женщины, так и для плода.

Благодарности: авторы выражают благодарность за помощь в подготовке статьи главному внештатному урологу Министерства здравоохранения Рязанской области к. м. н. Котансу С.Я., врачу-урологу Караушеву А.Ю.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Каприн А.Д., Костин А.А., Федотов Е.В., Семин А.В., Глебушкин Р.С., Нестеров П.В. и др. Ангиолипома почки (описание клинического случая). *Онкоурология*. 2013; 1: 77–81. [Kaprin A.D., Kostin A.A., Fedotov E.V., Semin A.V., Glebushkin R.S., Nesterov P.V., Nechai V.V., Lupashko D.G. Renal angiomyolipoma (A case report). *Cancer Urology*. 2013; 9(1): 77–81. (in Russian)] DOI: 10.17650/1726-9776-2013-9-1-77-81
- Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю., ред. Российские клинические рекомендации. М.: Медфорум; 2017. 544 с. [Alyayev Yu.G., Glybochko P.V., Pushkar D.Yu. (eds.). *Russian Clinical Guidelines*. M: Medforum; 2017. 544 p. (in Russian)]
- Çetin C., Büyükkurt S., Demir C., Evrûke C. Renal angiomyolipoma during pregnancy: case report and literature review. *Turk. J. Obstet. Gynecol.* 2015; 12(2): 118–21. DOI: 10.4274/tjod.32848
- Tupikowski K., Biały A., Dembowski J., Złotkiewicz M., Guziński M., Kołodziej A.K. et al. Kidney angiomyolipoma in pregnancy. *Cent. European J. Urol.* 2014; 66(4): 434–6. DOI: 10.5173/cej.2013.04.art11
- Ao L., Ogasahara E., Okuda Y., Hirata S. Spontaneous rupture of renal angiomyolipoma during pregnancy, *BMJ Case Report*. 2017: 1–3. DOI: 10.1136/bcr-2016-217284
- Трапезникова М.Ф., Базаев В.В., Казанцева И.А., Банина В.Б., Бычкова Н.В., Уренков С.Б. и др. Диагностика и лечение осложненной ангиомиолипомы почки. *Урология*. 2012; 3: 42–4. [Trapeznikova M.F., Bazaev V.V., Kazantseva I.A., Banina V.B., Bychkova N.V., Urenkov S.B. et al. The diagnosis and treatment of complicated renal angiomyolipoma. *Urology*. 2012; 3: 42–4. (in Russian)]
- Базаев В.В., Гегенава Б.Б., Сташук Г.А., Бычкова Н.В., Казанцева И.А. Успешная резекция почки у пациентки с разрывом ангиомиолипомы с предварительным выполнением суперселективной эмболизации почечных сосудов. *Анналы хирургии*. 2018; 23(4): 239–46. [Bazaev V.V., Gegenava B.B., Stashuk G.A., Bychkova N.V., Kazantseva I.A. Successful nephrectomy in a woman with ruptured angiomyolipoma after preliminary superselective renal arteries embolization. *Russian Journal of Surgery*. 2018; 23(4): 239–46. (in Russian)] DOI: 10.18821/1560-9502-2018-23-4-239-246

Поступила / Received: 24.03.2020

Принята к публикации / Accepted: 18.06.2020

Болевой синдром редко ассоциируют с разрывом ангиомиолипомы почки, и медицинские работники при первичном обращении, как правило, ставят диагноз других, более распространенных гестационных осложнений. Основным методом диагностики данной патологии почки является УЗИ с последующим проведением МРТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ангиомиолипома почки — редкое заболевание, которое чаще всего бывает случайной находкой при ультразвуковом обследовании. Являясь гормонозависимым, рост опухоли происходит в основном при беременности. Включение оценки состояния мочевыделительной системы в протокол одного из скрининговых пренатальных УЗИ позволит предупредить развитие вышеописанных экстренных осложнений беременности.