

# Mięsakorak nerki współistniejący z rakiem z komórek przejściowych moczowodu – opis przypadku

Sarcomatoid renal cell carcinoma coexisting with transitional cell carcinoma of the ureter – case report

Maciej Zaniewski, Dawid Hadasik, Paweł Jedynak

Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Śląskiej Akademii Medycznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 1, Tychy (Department of Surgery Medical University of Silesia, Specialist Hospital no 1, Tychy, Poland)

---

### Streszczenie

W pracy przedstawiono przypadek chorego operowanego z powodu guza lewego śródbrzusza, u którego śródoperacyjnie stwierdzono guza nerki. W badaniu histopatologicznym znaleziono dwa różne raki (*sarcomatoid renal cell carcinoma* oraz *transitional cell carcinoma of ureter*) wychodzące z nerki oraz moczowodu. Skojarzone występowanie nowotworów dwóch różnych rodzajów komórek w obrębie układu moczowego jest zjawiskiem rzadkim.

**Słowa kluczowe:** mięsakorak, rak nerki, rak z komórek przejściowych

### Abstract

This paper presented patient treated for tumor of left epigastrium. During the operation tumor of kidney was found. Histopathological examination developed two completely different types of neoplasm (*sarcomatoid renal cell carcinoma* and *transitional cell carcinoma of ureter*) located in kidney and ureter. Concomitance of this two type neoplasm in urinary system is very rare.

**Key words:** sarcomatoid carcinoma, renal carcinoma, transitional cell carcinoma

---

## Wstęp

Mięsakorak (*sarcomatoid carcinoma*) jest nowotworem powstającym w wyniku przemiany mięsakowej komórek raka. Według dostępnego piśmiennictwa częstość tego nowotworu w układzie moczowym sięga 8% nowotworów złośliwych nerki. Współistnienie zmiany tego typu z innym nowotworem układu moczowego jest bardzo rzadko spotykane. W pracy przedstawiono przypadek chorego leczonego z powodu trudnego diagnostycznie guza lewego śródbrzusza, u którego śródoperacyjnie stwierdzono nowotwór nerki, a w badaniu histopatologicznym znaleziono dwa zupełnie inne raki dotyczące nerki oraz moczowodu.

## Opis przypadku

Chory W.J., 51 lat, został przeniesiony z oddziału chorób wewnętrznych celem leczenia operacyjnego guza le-

## Introduction

Sarcomatoid renal cell carcinoma arises from carcinoma cells in sarcomatoid transformation. The frequency of its occurrence is 8% of renal malignant tumours. The coexistence of this type carcinoma with other kinds of neoplasm of the urinary system is very rare. The paper shows a case of patient treated for a tumour in the left epigastrium, which diagnostics was rather difficult. During the operation, neoplasm of the kidney was found. A histopathological examination revealed two completely different types of carcinoma located in his kidney and ureter.

## Report

A 51 year-old man was admitted to the internal diseases department for the purpose of surgical treatment of a big tumour located in the left epigastrium. The character

wego nadbrzusza o nieznanym charakterze z towarzyszącą gorączką, biegunką, bólami w nadbrzuszu, wyniszczeniem oraz krwimoczem. W wywiadzie utrata wagi 20 kg w okresie dwóch miesięcy, czyli w okresie, od którego zaczęły się dolegliwości. Ze względu na ciężki stan ogólny, brak zadowalającej poprawy po leczeniu zachowawczym i prawdopodobny związek stanu ogólnego z guzem, chorego zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Przy przyjęciu na oddział chirurgii stwierdzono tachykardię 112 uderzeń/min, stany podgorączkowe (37,6°C), znacznego stopnia wyniszczenie. W badaniu przedmiotowym zaobserwowano bolesny palpacyjnie guz w lewym nad- i śródbrzuszu o średnicy 20 cm, któremu nie towarzyszyły objawy otrzewnowe. Osłuchowo stwierdzono wzmożoną perystaltykę. Badania laboratoryjne wykazały wzrost leukocytozy (25 000) oraz wzrost liczby płytek krwi (553 000) z towarzyszącym spadkiem liczby erytrocytów oraz nieznamienne podwyższone wartości bilirubiny i fosfatazy alkalicznej. W badaniu ogólnym moczu stwierdzono erytrocyty i leukocyty luźno pokrywające pole widzenia, a także liczne bakterie. W USG uwidocznił duży, owalny, niejednolity guz w miejscu nerki. W tomografii komputerowej opisano torbielowato-liłą zmianę, uciskającą trzustkę i śledzionę oraz pozostającą w ścisłym kontakcie z jelitami (infiltracja). Równocześnie obserwowano dużego stopnia poszerzenie układu kielichowo-miedniczkowego po stronie lewej przy braku wydzielenia moczu cieniującego. Chorego zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Śródoperacyjnie stwierdzono ogromną, guzowatą lewą nerkę o wymiarach 30 × 17 cm z cechami rozmiękania na przedniej powierzchni, w zrostach ze śledzioną oraz ogonem trzustki. W punkcji uzyskano 800 ml treści ropnej. Stwierdzono również poszerzony do 4,5 cm lewy moczowód, zwężający się w okolicy przedpęcherzowej. Nerkę wraz z poszerzonym moczowodem usunięto. Po przecięciu moczowodu stwierdzono całkowitą obliterację jego światła tkankami nowotworowymi.

Z posiewu z treści ropnej wyhodowano *Salmonella species*. Z dobrym efektem zastosowano amoksylicynę z metronidazolem. Chorego wypisano do domu w jedenastej dobie po zabiegu w stanie ogólnym dobrym.

W otrzymanym wyniku histopatologicznym opisywano dwa niezależne nowotwory: *sarcomatoid renal cell carcinoma* (nerka) *G IV* oraz *transitional cell carcinoma* (moczowód).

## Dyskusja

Do grupy nowotworów określanych wspólną nazwą *sarcomatoid renal cell carcinoma* zalicza się cztery podgrupy mięsakoraków wywodzących się z: raka jasnokomórkowego, brodawkowego, chromofobnego lub z cewek zbiorczych. Utworzono również dodatkową grupę, w której nie można ustalić komórek wyjściowych. Rozpoznanie ustala się na podstawie obecności komórek wrzecionowatych towarzyszących komórkom odpowiedniego typu raka. Makroskopowo guz ma najczęściej budowę polipowatą.

Nie można mylić tego nowotworu z mięsakami powstającymi w nerce. Dodatkowo, podobne nowotwory, ma-

of tumour was unknown. Fever, diarrhea with pus, caehexia, pain in epigastrium and haematuria were the dominant symptoms at admission. The patient lost 20 kg over 2 months, that is, from the beginning of his ailments. Because of the lack of satisfactory improvement after conservative treatment and the patient's bad general condition related to the tumor's presence, the patient was qualified to surgery. An examination at admission revealed tachycardia 112/min, fever (37,6°C), a painful palpable tumour (20 cm of diameter) without acute abdomen signs in the left epigastrium, caehexia, and accelerated peristaltic movement. WBC and PLT increases were noticed (WBC — 25 000, PLT 553 000) with a concomitant decrease of red blood cell number. In biochemical blood analysis, non-specific elevation of bilirubin and alkaline phosphatase levels were present. Urine analysis revealed numerous leukocytes, erythrocytes and bacteria. A large, round, nonhomogenous tumour situated in the left kidney was observed in ultrasonography. Computed tomography documented a cystohomogenous tumour pressing the pancreas, spleen and neighbouring intestines (infiltration). Dilation of left renal pelvis and the absence of urine secretion was also noticed. Therefore, the patient underwent an operation during which a huge tumour in the left kidney was found (30 × 17 cm) with places of softening on the front surface. The tumour was in adhesions with the spleen and tail of the pancreas. 800 ml of pus was aspirated by punction. The left ureter was dilated to 4.5 cm and in prevesical narrowed region. A radical nephrectomy and a resection of the ureter was performed. The cross-section shows the total obliteration of the ureter with neoplastic tissues.

A microbiology specimen showed the presence of *Salmonella species*. A combination of amoksylicyn with metronidazol was used and gave good results. Eleven days after the operation the patient was discharged in good condition.

The histopathological examination revealed two different types of carcinoma: transitional cell carcinoma of ureter and sarcomatoid renal cell carcinoma of kidney *G IV*.

## Discussion

There are four subgroups of renal cell sarcomatoid carcinoma: sarcomatoid carcinoma with an origin in clear cell carcinoma, papillar cell carcinoma, chromophobe carcinoma and collecting duct carcinoma. Another additional subgroup was created. This subgroup includes sarcomatoid carcinomas with unknown origin. The diagnosis is based on the coexistence of spindle cells with cells of certain carcinoma. Most of these are polypoid tumours.

The differences between these kind of tumours and other sarcomas which are situated in the kidneys should be mentioned. Similar neoplasms may be found in other parts of urinary system, most frequently in urine bladder [1, 2]. Prognosis is bad because of the high malignancy of this kind of tumour. The average survival rate after an operation is estimated from 9 to 19 months [1, 3]. In the described case both symptoms (pain, haematuria, weight loss) and dynamic progress of disease were typi-

kroskopowo również polipowate, spotyka się w innych częściach układu moczowego — najczęściej w okolicy pęcherza moczowego [1, 2]. Nowotwory te charakteryzują się bardzo dużą złośliwością i złym rokowaniem. Średni okres przeżycia po zabiegu wynosi 9–19 miesięcy [1, 3]. U chorego, u którego doszło do rozwoju tego nowotworu, przebieg choroby był dość typowy zarówno w zakresie objawów (ból, krwimocz, utrata masy ciała), jak również dynamiki procesu. Obraz choroby został zniekształcony przez współistniejącą infekcję pałeczkami salmonelli.

Przeglądając piśmiennictwo na podstawie bazy *Medline*, autorzy znaleźli tylko dwa artykuły donoszące o współistnieniu mięsakoraka z innym nowotworem układu moczowego [4, 5]. Koegzystencja taka nie jest więc zjawiskiem częstym. Opis histopatologiczny przesądza o pochodzeniu obydwu nowotworów z dwóch zupełnie innych rodzajów komórek. Dodatkowo patolog nie doszukał się połączenia tkankowego pomiędzy obydwoma nowotworami. Guz nerki dotyczył części korowej i wprawdzie naciekał miedniczkę nerkową, lecz nie znaleziono miejsca, w którym obydwie nowotwory kontaktowałyby się ze sobą. Nie można więc mówić o ciągłości tkankowej lub ognisku przerzutowym. Nie można również określić związku między rozwojem tych dwóch nowotworów w takim samym czasie, w podobnym stadium rozwoju w obrębie nerki i moczowodu po tej samej stronie. Przerwanie drożności moczowodu przez guz doprowadziło do zastoju moczu i zakażenia, co w efekcie wywołało opisane powyżej objawy. Z kolei dwumiesięczny wywiad i niektóre objawy są dość charakterystyczne dla przebiegu mięsakoraka nerki. Prawdopodobnie obydwie guzy rozwijały się niezależnie, a objawy choroby nakładały się na siebie.

## Pismienictwo (References)

1. de Peralta Venturina M, Moch H, Amin M et al. Sarcomatoid differentiation in renal cell carcinoma. A study of 101 cases. *Am J Surg Pathol.* 2001; 25: 275–284.
2. Sekido Y, Satoh F, Usui Y et al. Sarcomatoid carcinoma of renal pelvis: a case report. *Pathol Int* 2000; 50: 562–567.

cal. The accompanying infection of salmonella changed the clinical picture of the illness.

As a result of research in Medline, only two articles were found dealing with the coexistence of sarcomatoid carcinoma with another neoplasm of the urinary system [4, 5]. Such concomitance is very rare. A histopathological investigation proved that in the described case these two kinds of cancer cells have completely separate origin. Moreover, in a nephrectomy specimen no connection between these two kinds of neoplasms was found. The kidney's carcinoma was located in the renal parenchyma, and although it infiltrated renal pelvis, no contact site was found. It is not possible to say that it is metastasis or infiltration. Establishing the connection between the development of these two types of tumours at the same time, in the same stage in the ureter and kidney on one side is not possible. Occlusion of ureter resulted in the retention of urine and an infection which was manifested by the above-described symptoms. Historical data and symptoms are typical for sarcomatoid carcinoma of the kidney. It is very probable, that these two kinds of tumours developed separately and that the symptoms overlapped.

3. Mian BM, Bhadkamkar N, Slaton JW et al. Prognostic factors and survival of patients with sarcomatoid renal cell carcinoma. *J Urol.* 2002; 67: 65–70.
4. Saldazza CV, Moronetti C, Diamanti L. Sarcomatoid carcinoma of the kidney associated with urothelial carcinoma: report of a case with unusual clinical representation. *Arch Ital Urol Androl.* 2000; 72: 33–35.
5. Gonzalez Carrero J, Nogueira-March JL, Ojea A et al. Carcinosarcoma and papillary transitional cell carcinoma coexisting in the same bladder. *Actas Urol Esp.* 1990; 14: 286–288.

### Adres do korespondencji (Address for correspondence):

Dr hab. med. Maciej Zaniewski  
Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Śląskiej Akademii Medycznej  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 1  
ul. Edukacji 102  
43–200 Tychy  
tel.: (032) 325–42–97

Praca wpłynęła do Redakcji: 04.04.2004 r.

