

## ПРИАПИЗМ ПРИ МЕТАСТАЗИРОВАНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В КАВЕРНОЗНОЕ ТЕЛО (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

### THE BLADDER CANCER METASTASIS IN CORPORA CAVERNOSA WITH PRIAPISM (CASE REPORT)

V. Bazaev  
Yu. Pavlova  
A. Shibaev

*Summary.* Bladder cancer ranks 7th in prevalence in men and 10th in both sexes. Due to late diagnosis at presentation time patients often have a metastatic disease. The metastasis in corpora cavernosa with priapism is extremely rare condition in bladder cancer patients. This patients have poor prognosis. We present a case-report of such a patient.

*Keywords:* bladder cancer, metastasis, priapism.

**Базаев Владимир Викторович**

доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник урологического отделения ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского  
vvbazaev@rambler.ru

**Павлова Юлия Викторовна**

кандидат медицинских наук, научный сотрудник урологического отделения ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского  
9250659260@mail.ru

**Шибеев Андрей Николаевич**

кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник урологического отделения ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского  
anshibaev@rambler.ru

*Аннотация.* Рак мочевого пузыря занимает 7-е место по распространенности у мужчин и 10-е — у лиц обоих полов. Одной из редких локализаций метастазирования рака мочевого пузыря являются кавернозные тела полового члена с развитием приапизма.

*Ключевые слова:* рак мочевого пузыря, метастазирование, приапизм.

**Р**ак мочевого пузыря занимает 7-е место по распространенности у мужчин и 10-е — у лиц обоих полов. По всему миру стандартизированная по возрасту встречаемость составляет 9,5 и 2,4 случая на 100 тыс. мужчин и женщин соответственно, а в Европейском союзе (ЕС) — 20 и 4,6 случая соответственно [1]. Во всем мире стандартизированная по возрасту смертность от РМП у мужчин и женщин составила 3,3 и 0,86 случая на 100 000 человек соответственно [1]. У части пациентов, заболевание развивается стремительно и, несмотря на лечение, имеет пессимистический прогноз вследствие прогрессирования и метастатического процесса. Одной из редких локализаций метастазирования рака мочевого пузыря являются кавернозные тела полового члена с развитием приапизма.

Литературные обзоры, посвященные этой тематике сообщают о различных особенностях метастатического поражения полового члена и прогнозе основного заболевания. Итальянскими авторами, изучившими базу данных Medline за 2003–20013 годы было выявлено 63 статьи, посвященные данной проблеме. [2]. Общий вывод, сделанный авторами, заключается в том, что метастазирование в половой член является неблагоприятным прогностическим симптомом. Медиана выживаемости после постановки диагноза метастазирования в половой член составила 10 месяцев (диапазон 6–18

месяцев). Анализ Каплана-Мейера показал, что пациенты с приапизмом и пациенты с метастазами из неврологических опухолей имеют значительно худший прогноз (логарифмический ранг с поправкой на возраст:  $p=0,037$  для приапизма по сравнению с отсутствием приапизма и  $p=0,045$  для урологических опухолей по сравнению с неврологическими). Другая группа авторов, изучившая большую базу данных с 1940 по 2012 годы и включившую 504 случая выявили, что большинство метастатических поражений происходят из соседних мочеполювых органов и органов малого таза, главным образом мочевого пузыря, предстательной железы и прямой-сигмовидной кишки (28,6 %, 27,9 % и 12,2 % соответственно). Однако было описано много первичных локализаций, включая почки, гематологическую систему, легкие, яички и другие локализации. [3].

Приводим редкое клиническое наблюдение метастатического поражения полового члена с развитием приапизма, у больного с прогрессированием рака мочевого пузыря.

#### Клиническое наблюдение

Пациент 3., мужчина 45 лет. Появление гематурии отметил в январе 2019 года. При МРТ малого таза обнаружена опухоль в области дна и тела мочевого пузыря

размером 65\*25 мм с наличием инвазивного компонента (рис. 1).

Пациенту выполнена цистоскопия с ТУР-биопсией — диагностирована уротелиальная карцинома с распространением на шейку мочевого пузыря. В урологическом отделении ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского 24.07.2019 выполнена цистпростатвезикулэктомия с двусторонней регионарной (подвздошные и obturatorные лимфоузлы) лимфодиссекцией и последующей ортотопической реконструкцией мочевого резервуара по Брикеру.

Гистологическое исследование операционного материала подтвердило наличие инвазивной уротелиальной карциномы мочевого пузыря высокой степени злокачественности (G3) с инвазией мышечного слоя, паравезикальной жировой клетчатки, паренхимы обеих долей предстательной железы и простатической части уретры

без признаков сосудистой и периневральной инвазии. Опухолевой инвазии в краях резекции не обнаружено. Морфологических признаков метастатического поражения регионарных лимфоузлов не установлено. С учетом клинических и морфологических данных установлен диагноз: рак мочевого пузыря pT4aN0M0 G3. Состояние после цистпростатвезикулэктомии и двухсторонней лимфодиссекции (R0). Состояние после ортотопической реконструкцией мочевого резервуара по Брикеру. От дальнейшего лечения пациент воздержался.

Через 10 месяцев после ЦЭ (18.05.20 года) при МРТ малого таза по ходу наружных подвздошных сосудов слева обнаружено мягкотканное образование размером до 92 мм, накапливающее контрастный препарат, с деструкцией левых отделов крестца (до 52 мм) в месте его прилегания к выше указанному образованию (рис. 2). С диагнозом местный рецидив в зоне подвздошных лимфоузлов с 06.07.2020г по 21.08.20 г. пациенту проведена



Рис. 1. На серии томограмм малого таза в режимах T2 и T2 в режиме Stir, в сагиттальной, коронарной и аксиальной проекциях определяется диффузное опухолевое поражение мочевого пузыря, стенка с признаками инвазии мышечного слоя. Регионарные лимфатические узлы без признаков поражения

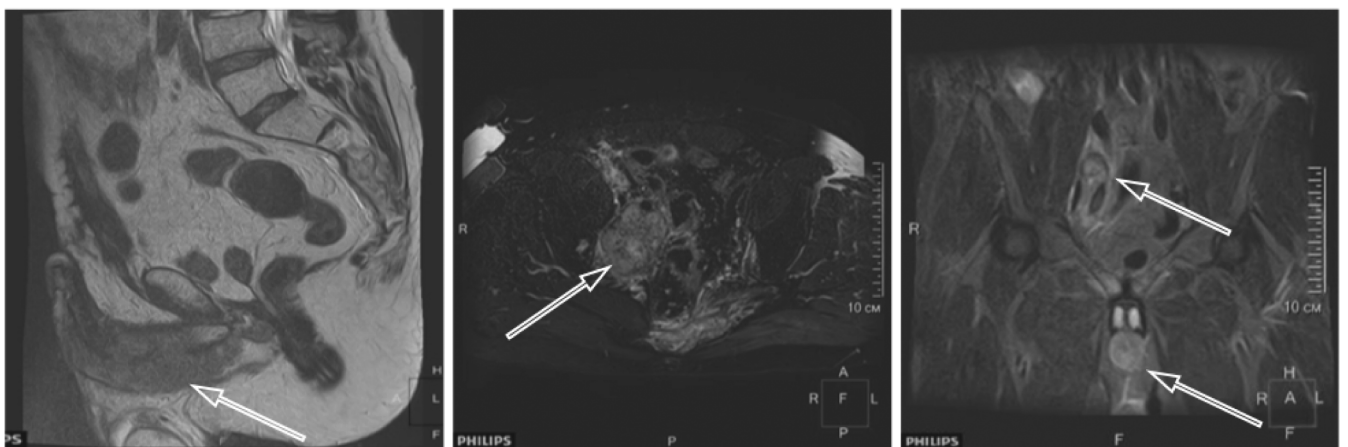


Рис. 2. МРТ малого таза, после радикальной цистпростатэктомии прогрессирование заболевания: множественные метастазы в подвздошные ЛУ, пресакральную клетчатку и боковые массы крестца слева, а также вторичное поражение губчатой части мочеиспускательного канала на значительном протяжении с инвазией губчатого и пещеристых тел

дистанционная лучевая терапия: СОД — 57,5Гр + химиотерапия цисплатином.

23.10.2020 года (через 15 месяцев после ЦЭ) в связи с жалобами на уретроррагию и приапизм с выраженным болевым синдромом выполнена МРТ малого таза. Диагностирована опухоль размером 103x38 мм. в границах проксимального отдела полового члена (область губчатого сегмента уретры) с инвазией кавернозных тел (рис. 2).

03.12.2020 года произведена ампутация полового члена (рис. 3) — зафиксирована полная регрессия болевого синдрома. При гистологическом исследовании операционного материала диагностирован метастаз уретелиальной карциномы в кавернозное тело полового члена.



Рис. 3. Операционный материал после ампутации полового члена по поводу уретелиального рецидива в области проксимальной сегмента уретры

Через 4 недели после ампутации пациенту назначена лекарственная противоопухолевая химиотерапия. Однако через 2 месяца после начала лечения установлено

дальнейшее прогрессирование РМП: обнаружены отдаленные метастазы в паренхиму лёгких и печень, в кости таза и лимфатические узлы паховой области (рис. 4). Назначена 2 линия лекарственной противоопухолевой терапии.

### Обсуждение

Наше наблюдение лишний раз подтверждает высокий риск прогрессирования рака даже после цистэктомии при условии наличия в перечне исходных характеристик иРМП неблагоприятных факторов. К числу таких факторов мы относим размер опухоли (T4a) и её распространение на шейку мочевого пузыря. Уникальность описанного нами случая заключается в том, что рецидив имел значительные размеры и именно это обусловило его клиническое проявление в виде развития приапизма. Сам факт того, что рецидив имел значительные размеры, исключал возможность использования органосохраняющих хирургических методик лечения. Наличие приапизма, сопровождавшегося выраженным болевым синдромом, так же не позволило использовать методики лечения с отсроченным клиническим эффектом (лучевая терапия/химиотерапия). В итоге была выполнена ампутация полового члена, повлекшая за собой полную регрессию болевого синдрома.

Следующим значимым выводом по результатам настоящего наблюдения является то, что у пациентов с иРМП больших размеров с признаками глубокой инвазии стенки мочевого пузыря (T3-4) следует обязательно назначать адъювантную лучевую терапию (аЛТ) даже при условии отсутствия морфологических признаков опухолевой инвазии в краях резекции (R0) и лимфогенного метастазирования (N0).

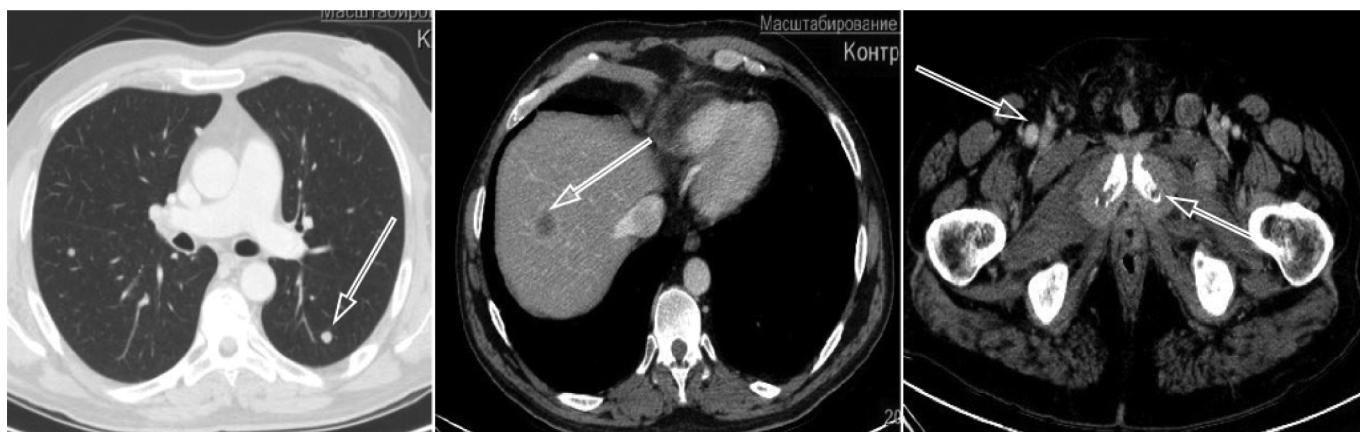


Рис. 4. КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза: дальнейшее прогрессирование заболевания: метастазы в легочную ткань, паренхиму печени, лонные кости и паховые лимфатические узлы

---

ЛИТЕРАТУРА

1. Teoh, J.Y., et al. Global Trends of Bladder Cancer Incidence and Mortality, and Their Associations with Tobacco Use and Gross Domestic Product Per Capita. *Eur Urol*, 2020. 78: 893. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32972792>.
2. Cacci A., Hakenberg O.W., Cai T. et al. Prognosis of men with penile metastasis and malignant priapism: a systematic review. *Oncotarget*, 2017;9(2):2923-2930. doi:10.18632/oncotarget.23366.
3. Mearini L., Colella R., Zucchi A. et al. A review of penile metastasis. *Oncol Rev*. 2012; ;6(1):10. DOI: 10.4081/oncol.2012.e10.

---

© Базаев Владимир Викторович (vvbazaev@rambler.ru); Павлова Юлия Викторовна (9250659260@mail.ru);

Шибяев Андрей Николаевич (anshibayev@rambler.ru)

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»