

¹ Российский
университет
медицины

² Российская
детская клиническая
больница – филиал
Российского
национального
исследовательского
медицинского
университета
им. Н.И. Пирогова

³ Российский
национальный
исследовательский
медицинский
университет
им. Н.И. Пирогова

Метахронные первичные злокачественные новообразования у женщины: клинический случай фибросаркомы яичника и светлоклеточного почечно-клеточного рака

Т.В. Симонова¹, О.В. Максимова¹, С.О. Смирнова¹, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2,3},
П.О. Никифорова^{2,3}

Адрес для переписки: Полина Олеговна Никифорова, pol_nikiforova@mail.ru

Для цитирования: Симонова Т.В., Максимова О.В., Смирнова С.О. и др. Метахронные первичные злокачественные новообразования у женщины: клинический случай фибросаркомы яичника и светлоклеточного почечно-клеточного рака. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (34): 130–134.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-34-130-134

Метахронные первичные злокачественные новообразования представляют сложную диагностическую задачу, поскольку появление новой опухоли у онкологического пациента нередко ошибочно принимают за рецидив или метастаз. Особые трудности возникают при сочетании опухолей разного гистогенеза, требующих различных лечебных подходов.

Представлен клинический случай последовательного возникновения двух первичных злокачественных опухолей разной локализации и гистогенеза у одной пациентки, проанализированы этапы диагностики и хирургического лечения, а также определены практические аспекты длительного онкологического наблюдения. Выполнен ретроспективный анализ медицинской документации, данных лучевой диагностики (магнитно-резонансная и компьютерная томография (КТ)), результатов хирургических вмешательств, морфологического и иммуногистохимического исследований, а также катamnестического наблюдения. У пациентки в постменопаузе выявлено крупное (140 × 80 × 132 мм) кистозно-солидное образование малого таза. Выполнены экстирпация матки с придатками и резекция сальника; по данным морфологии и иммуногистохимии диагностирована фибросаркома яичника (без инвазии капсулы, поражения сальника и брюшины). Через шесть лет при появлении болей в пояснице и гематурии в ходе проведения КТ обнаружено образование правой почки (27 × 20 мм), которое удалено лапароскопически. Морфологически подтвержден светлоклеточный почечно-клеточный рак, G3, pT1aR0. При последующем наблюдении признаков прогрессирования опухоли не зафиксировано.

Данный случай подчеркивает необходимость длительного диспансерного наблюдения за пациентами после лечения злокачественных опухолей и обязательной дифференциальной диагностики каждого нового очага с рецидивом или метастазом. Своевременная верификация второго новообразования позволила выполнить органосохраняющую операцию на почке. Наличие двух опухолей различного гистогенеза само по себе не позволяет установить их общую этиологическую связь. В данном случае признаков метастатического происхождения второго новообразования из опухоли яичника не выявлено.

Ключевые слова: метахронные первичные злокачественные новообразования, множественные первичные опухоли, фибросаркома яичника, почечно-клеточный рак, светлоклеточный почечно-клеточный рак, ранняя диагностика, органосохраняющее лечение, онкологическое наблюдение



Введение

Множественные первичные злокачественные новообразования (МПЗН) определяются как наличие двух и более самостоятельных злокачественных опухолевых процессов у одного пациента при исключении рецидива, местного распространения и метастатического поражения. В зависимости от временного интервала между выявлением опухолей выделяют синхронные и метасинхронные новообразования; в клинических исследованиях и рекомендациях в качестве практического критерия разграничения этих состояний чаще всего используют шестимесячный интервал [1, 2].

Актуальность проблемы МПЗН неуклонно возрастает в связи с увеличением продолжительности жизни онкологических пациентов, совершенствованием методов визуализации, морфологической диагностики и программ диспансерного наблюдения. Обнаружение нового опухолевого очага у пациента с уже имеющимся онкологическим анамнезом принципиально меняет диагностический алгоритм: необходимо одновременно рассматривать возможность рецидива или метастазирования исходной опухоли и вероятность возникновения самостоятельного первичного новообразования [2, 3].

Особый интерес представляет сочетание редкой опухоли яичника и опухоли почки. Фибросаркома яичника относится к крайне редким злокачественным новообразованиям стромы полового тяжа и в современной классификации рассматривается среди чистых стромальных опухолей яичника [3, 4]. Для нее характерны выраженная морфологическая вариабельность, высокая злокачественность и сложность дооперационной диагностики. Из-за редкости заболевания данные о его естественном течении и оптимальной тактике лечения основаны преимущественно на небольших сериях наблюдений и единичных клинических случаях [5, 6].

Опухоли яичников отличаются значительным морфологическим разнообразием, а клиническая картина ряда редких новообразований неспецифична, что существенно затрудняет их своевременную диагностику. Особую диагностическую сложность представляют редкие злокачественные варианты, требующие комплексной оценки клинических, инструментальных и морфологических данных [7].

Почечно-клеточный рак (ПКР), напротив, является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей мочевой системы. По данным GLOBOCAN 2022, в мире зарегистрировано около 434 840 новых случаев рака почки и 155 953 летального исхода от него; заболеваемость выше среди мужчин [8]. Современная классификация опухолей почки основана не только на морфологии, но также на иммуногистохимических и молекулярных признаках [9]. Для локализованных опухолей стадии T1 предпочтительным хирургическим подходом считается резекция почки, позволяющая сохранить функционирующую паренхиму [10–13].

Цель настоящей работы – проанализировать возникновение метасинхронных первичных злокачественных

новообразований различной локализации и гистогенеза у одной пациентки, этапы диагностики и хирургической тактики, а также обсудить значение длительного наблюдения после лечения первой опухоли.

Материал и методы

Проанализированы данные медицинской документации пациентки, результаты клинического обследования, магнитно-резонансной и компьютерной томографии (КТ), хирургических вмешательств, морфологического исследования удаленных тканей, а также специализированного пересмотра гистологических препаратов. Период наблюдения охватывал диагностику опухоли яичника, последующий онкологический мониторинг и выявление новообразования правой почки (интервал – шесть лет).

При интерпретации второго опухолевого процесса использовали принцип исключения рецидива и метастатического поражения: учитывали различную локализацию, морфологический тип опухолей и результаты послеоперационного морфологического исследования. Молекулярно-генетическое исследование, позволяющее подтвердить или исключить наследственную предрасположенность либо общую молекулярную основу двух опухолей, в представленной медицинской документации не проводилось, поэтому соответствующие выводы в настоящей работе отсутствуют.

Описание клинического случая выполнено с учетом принципов CARE (CAse REport) для повышения прозрачности представления диагностического и лечебного маршрута [14].

Клинический случай

В 2013 г. пациентка В., 52 года (в постменопаузе с 49 лет), госпитализирована в гинекологическое отделение с жалобами на боль в нижних отделах живота и поясничной области в течение почти двух лет. Данные магнитно-резонансной томографии от 18 января 2013 г.: размеры матки 67 × 56 × 64 мм, по ее задней стенке – образование 37 × 35 мм, деформировавшее полость матки. Выше тела матки визуализировалось крупное кистозно-солидное образование 140 × 80 × 132 мм, в строме которого определялись питающие сосуды.

Предоперационно предполагалась гранулезоклеточная опухоль левого яичника, стадия T1N0M0, IA. Уровни СА-125 (25 Ед/моль) и HE4 (31,90 пмоль/л) в пределах референсных значений. По данным колоноскопии и рентгенографии органов грудной клетки патологических изменений не выявлено. При гинекологическом осмотре наружные половые органы и слизистая оболочка влагалища без особенностей, шейка матки цилиндрической формы, эпителий гладкий. Тело матки увеличено до 7 × 6 × 6 см; над маткой пальпировалось неоднородное подвижное образование около 15 × 14 см, свободная жидкость в малом тазу не определялась.

Пациентке выполнены экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника. Лучевая терапия не проводилась. Окончательное морфологическое

исследование выявило фибросаркому яичника без признаков прорастания капсулы, поражения сальника и брюшины. В удаленной матке – кистозная атрофия эндометрия и аденомиоз 3-й степени; в маточных трубах – инволютивные изменения.

Для уточнения гистогенеза опухоли и исключения иного происхождения выполнено иммуногистохимическое исследование. Гистологические препараты, стекла и парафиновые блоки были дополнительно проанализированы специалистами Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена; диагноз фибросаркомы яичника подтвержден. Следует отметить, что при редких стромальных опухолях яичника окончательная диагностика должна основываться на совокупности морфологических и иммуногистохимических признаков, поскольку ни один отдельный маркер не обладает абсолютной специфичностью [3, 4].

В течение последующих лет пациентка проходила плановое наблюдение у онколога с применением лучевых методов и лабораторного контроля. Согласно представленным данным, признаков прогрессирования опухоли яичника не выявлено; химиотерапия и лучевая терапия не проводились.

Через шесть лет после первичного заболевания, в возрасте 58 лет, пациентка обратилась к специалисту по поводу периодических болей в правой поясничной области и эпизодов незначительной гематурии продолжительностью около двух месяцев. При КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства в средней трети правой почки по задней поверхности обнаружено объемное образование округлой формы с четкими контурами размером до 27 × 20 мм, расцененное как вероятно злокачественное.

С учетом небольшого размера и локализации опухоли выполнена лапароскопическая резекция правой почки. Морфологически опухоль была представлена альвеолярными структурами и гнездышками скоплениями атипичных эпителиальных клеток с оптически светлой цитоплазмой; определялись очаги некроза и кровоизлияний. Край резекции располагался менее чем в 1 мм от опухоли; капсула почки и лоханка интактны. Отмечались фокусы сосудистой инвазии без перинеурального роста; паранефральная клетчатка без опухолевого поражения.

Окончательный патоморфологический диагноз: светлоклеточный ПКР правой почки, G3, pT1aR0. Таким образом, второй опухолевый процесс имел иной гистогенез и иную локализацию по сравнению с фибросаркомой яичника. Пациентка продолжает находиться под наблюдением онколога-уролога; признаков прогрессирования заболевания не зафиксировано.

Обсуждение

Представленный клинический случай иллюстрирует несколько важных для практической онкологии аспектов.

Во-первых, появление нового опухолевого очага на фоне перенесенного ранее рака не должно автоматически трактоваться как метастатический процесс.

Современные критерии МПЗН требуют морфологического подтверждения самостоятельности опухолей и исключения рецидива или метастаза. Шестилетний интервал между выявлением опухолей, их различная локализация и разный морфологический тип обосновывают трактовку второго заболевания как метасиндромного первичного новообразования [1, 15].

Во-вторых, диагностическая сложность первого этапа была обусловлена редкостью фибросаркомы яичника. В литературе это новообразование относится к крайне редким злокачественным стромальным опухолям; большинство опубликованных наблюдений носят спорадический характер. Клиническая и лучевая картина не имеет патогномоничных признаков, поэтому окончательная верификация возможна только после морфологического исследования [5, 6]. По данным T.T. Sun и соавт., опухоль отличается агрессивным биологическим поведением, а определяющими прогностическими факторами являются стадия, наличие асцита и особенности морфологии [5]. Более позднее клиническое наблюдение также подчеркивает отсутствие специфических дооперационных признаков и необходимости комплексной морфологической диагностики [6].

Важным элементом дифференциальной диагностики стромальных опухолей яичника является их разграничение с другими веретенчатоклеточными и саркоматозными образованиями. В классификации Всемирной организации здравоохранения фибросаркома входит в группу чистых стромальных опухолей яичника [3, 4].

Иммуногистохимическое исследование служит дополнительным инструментом для подтверждения клеточной линии и исключения опухолей другого гистогенеза. При этом нормальная концентрация СА-125 и HE4 сама по себе не исключает наличия злокачественной опухоли яичника и не может использоваться как самостоятельный критерий исключения онкологического процесса.

Третий принципиальный момент касается второго опухолевого процесса. В настоящее время рак почки часто выявляется на ранних стадиях благодаря широкому внедрению методов визуализации. Классическая триада (боль, гематурия, пальпируемое образование) встречается редко; у нашей пациентки присутствовали два симптома, и именно они стали основанием для проведения КТ. Современные рекомендации подчеркивают необходимость выполнения контрастной КТ в целях диагностики и стадирования опухолей почки. При локализованной опухоли T1 предпочтение отдается частичной нефрэктомии при наличии технической возможности [10–14].

У данной пациентки размер образования правой почки (27 × 20 мм) соответствовал категории T1a. Выполнение лапароскопической резекции позволило удалить опухоль с сохранением функционирующей паренхимы, что согласуется с современной концепцией нефрон-сберегающего лечения локализованного ПКР. Вместе с тем выявление опухоли высокой степени ядерной градации (G3) требует продолжения индивидуализированного наблюдения с учетом совокупности прогностических факторов.



Система наблюдения после лечения ПКР должна учитывать риск рецидива, морфологический вариант, стадию и особенности проведенного вмешательства. В рекомендациях Европейской ассоциации урологов (European Association of Urology) 2026 г. предусмотрен риск-адаптированный подход, включающий не только онкологический контроль, но также оценку функции почек и сердечно-сосудистого риска [11]. Для опухолей низкого риска (стадия T1a) интенсивность лучевого контроля может быть уменьшена, однако длительное наблюдение остается клинически обоснованным.

Наконец, данный случай демонстрирует ценность длительного наблюдения за пациенткой после лечения редкой опухоли. В первые годы основное внимание уделялось исключению рецидива фибросаркомы, однако через шесть лет возникло самостоятельное заболевание почки. Рост выявляемости МПЗН в современной литературе связывают не только с возможными общими факторами риска, но и с увеличением продолжительности жизни пациентов, совершенствованием диагностики и повышением качества диспансерного наблюдения [1, 15]. Вместе с тем следует избегать чрезмерного расширения диагностических выводов. В представленном случае молекулярно-генетическое исследование не проводилось, поэтому говорить об общем генетическом механизме возникновения фибросаркомы яичника и ПКР неправомерно. В то же время различия морфологического типа и отсутствие метастазов позволяют считать эти опухоли двумя самостоятельными первичными процессами. Это имеет ключевое клиническое значение: второй опухолевый процесс должен диагностироваться и лечиться в соответствии со своей биологией, а не как продолжение первого заболевания.

Полученные данные согласуются с современными представлениями о необходимости комплексной дифференциальной диагностики опухолевых образований яичников, включающей оценку клинической картины, данных визуализации и морфологической верификации [16, 17]. Выбор хирургической тактики при злокачественных опухолях яичника определяется морфологическим вариантом, стадией и возможностью достижения оптимального онкологического результата [18].

Практическая значимость

У пациентов с онкологическим анамнезом появление новых локальных или системных симптомов требует самостоятельной диагностической оценки независимо от длительности ремиссии. При выявлении нового образования необходимо проводить дифференциальную диагностику между рецидивом, метастатическим поражением и вторым первичным опухолевым процессом. Для окончательной верификации целесообразно опираться на морфологическое исследование и при необходимости иммуногистохимическое и молекулярное профилирование. При локализованных опухолях почки небольшого размера следует оценивать возможность органосохраняющего лечения, поскольку нефрон-сберегающая хирургия является предпочтительным методом при T1-опухолях.

Ограничения

Основным ограничением работы является характер клинического наблюдения: описание одного клинического случая не позволяет оценить частоту МПЗН, установить статистически значимые факторы риска или доказать причинно-следственную связь между развитием опухолей. Поэтому выводы ограничены клиничко-морфологической интерпретацией представленного случая.

Заключение

Клинический случай последовательного развития фибросаркомы яичника и светлоклеточного ПКР демонстрирует необходимость длительного и клинически ориентированного наблюдения за пациентами после лечения злокачественных новообразований. Появление нового симптома или опухолевого образования спустя годы после первичного лечения должно рассматриваться не только как возможный рецидив, но и как потенциальный самостоятельный первичный опухолевый процесс. Комплексная лучевая диагностика и обязательная морфологическая верификация позволили своевременно установить второй диагноз и выполнить органосохраняющее хирургическое лечение почки. Для пациентов с множественными первичными опухолями принципиальное значение имеют мультидисциплинарная оценка, индивидуализация программы наблюдения и сохранение онкологической настороженности на протяжении длительного периода времени. 📌

Литература

1. Salhab R.Q., Ghazaleh Z.I., Barbarawi W., et al. An unusual occurrence of multiple primary malignant neoplasms: a case report and narrative review. *Front. Oncol.* 2024; 14: 1381532.
2. Srinivasan R., Basu D., Panicker L.C., et al. Metachronous multiple primary malignant neoplasms of the stomach and the breast: report of two cases with review of literature. *J. Cancer Res. Ther.* 2014; 10 (1): 188–190.
3. WHO classification of tumours editorial board. Female genital tumours. WHO classification of tumours. 5th ed. Vol. 4. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2020.
4. Colombo N., Sessa C., Du Bois A., et al. ESMO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. *Ann. Oncol.* 2019; 30 (5): 672–705.
5. Sun T.T., Cheng N.H., Cao D.Y., et al. Ovarian fibrosarcoma: a single-institution experience and a review of the literature. *J. Ovarian Res.* 2020; 13: 142.

6. Mraihi F, Basly J, Slama F, et al. Ovarian fibrosarcoma: diagnostic challenges and treatment options, a case report. *Int. J. Surg. Case Rep.* 2023; 112: 108938.
7. Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Скапенков И.Н. и др. Особенности дифференциальной диагностики злокачественных и доброкачественных опухолей яичников у девочек (клинический случай незрелой тератомы яичника). *Педиатрическая фармакология.* 2023; 20 (3): 256–260.
8. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J. Clin.* 2024; 74 (3): 229–263.
9. Moch H, Amin M.B., Berney D.M., et al. The 2022 World Health Organization classification of tumours of the urinary system and male genital organs – part A: renal, penile, and testicular tumours. *Eur. Urol.* 2022; 82 (5): 458–468.
10. Motzer R.J., Jonasch E., Agarwal N., et al. NCCN Guidelines® insights: kidney cancer, version 2.2024. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* 2024; 22 (1): 4–16.
11. Powles T, Albiges L., Bex A., et al. Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann. Oncol.* 2024; 35 (8): 692–706.
12. Bex A., Abu Ghanem Y., Albiges L., et al. European Association of Urology Guidelines on renal cell carcinoma: the 2025 update. *Eur. Urol.* 2025; 87 (6): 683–696.
13. European Association of Urology. EAU Guidelines on renal cell carcinoma. 2026 ed. Arnhem: EAU Guidelines Office, 2026.
14. Gagnier J.J., Kienle G., Altman D.G., et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Headache.* 2013; 53 (10): 1541–1547.
15. Moch H., Gasser T., Amin M.B., et al. The 2016 WHO classification of tumours of the urinary system and male genital organs – part A: renal, penile, and testicular tumours. *Eur. Urol.* 2016; 70 (1): 93–105.
16. Сибирская Е.В., Никифорова П.О., Рабаданова Н.Р. Первичная циторедуктивная хирургия с последующей химиотерапией в сравнении с неoadъювантной химиотерапией с последующей циторедукцией в качестве лечения III и IV стадий рака яичника (обзор литературы). *Опухоли женской репродуктивной системы* 2024; 20 (1): 124–130.
17. Salati S.A., Alkhezzi A., Elmuttalut M.A., et al. Multiple primary malignant tumours. *J. Anal. Oncol.* 2023; 12 (9): 77–83.
18. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Караченцова И.В. и др. Злокачественные образования в практике детского гинеколога (обзор литературы). *Проблемы репродукции.* 2026; 32 (3): 58–68.

Metachronous Primary Malignant Neoplasms in a Woman: a Clinical Case of Ovarian Fibrosarcoma and Clear Cell Renal Cell Carcinoma

T.V. Simonova¹, O.V. Maksimova, PhD¹, S.O. Smirnova, PhD¹, E.V. Sibirskaia, PhD, Prof.^{1,2,3}, P.O. Nikiforova^{2,3}

¹ Russian University of Medicine

² Russian Children's Clinical Hospital – a Branch of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

³ N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

Contact person: Polina O. Nikiforova, pol_nikiforova@mail.ru

Metachronous primary malignant neoplasms present a complex diagnostic challenge, since the appearance of a new tumor in a cancer patient is often mistakenly interpreted as a recurrence or metastasis. Particular difficulties arise when tumors of different histogenesis coexist, requiring different therapeutic approaches. We present a clinical case of sequential development of two primary malignant tumors of different localization and histogenesis in a single patient; the stages of diagnosis and surgical treatment are analyzed, and practical aspects of long-term oncological follow-up are defined. A retrospective analysis was performed of medical records, imaging data (magnetic resonance imaging and computed tomography ((CT))), surgical intervention results, morphological and immunohistochemical studies, as well as follow-up observations.

In a postmenopausal patient, a large (140 × 80 × 132 mm) cystic-solid pelvic mass was detected. Hysterectomy with adnexa and omentectomy were performed; morphology and immunohistochemistry revealed ovarian fibrosarcoma (without capsular invasion, omental or peritoneal involvement). Six years later, upon the onset of lumbar pain and hematuria, CT revealed a right renal mass (27 × 20 mm), which was removed laparoscopically. Morphologically, clear cell renal cell carcinoma, G3, pT1aR0 was confirmed. No signs of progression were recorded during subsequent follow-up.

This case underscores the need for prolonged dispensary observation of patients after treatment for malignant tumors and mandatory differential diagnosis of each new lesion to rule out recurrence or metastasis. Timely verification of the second neoplasm allowed kidney-sparing surgery to be performed. The presence of two tumors of different histogenesis does not by itself establish a common etiological link; in this case, no evidence of metastatic origin of the second neoplasm from the ovarian tumor was found.

Keywords: metachronous primary malignant neoplasms, multiple primary tumors, ovarian fibrosarcoma, renal cell carcinoma, clear cell renal cell carcinoma, early diagnosis, organ-sparing treatment, oncological follow-up