

*У.К. Масникова³, М.В. Мирочник³, О.В. Бакланова³, Э.Д. Демичев³, А.В. Тараненко^{1,3},
Т.Л. Манькова³, С.В. Орыщак³, В.В. Дворниченко^{1,2,3}*

Метастаз рака почки в языке и коже нижнего века

¹ Иркутская медицинская академия последипломного образования-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

² ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра онкологии и лучевой терапии

³ ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» г. Иркутск

Метастатические опухоли полости рта встречаются редко. Почечно-клеточный рак (ПКР) метастазирует в органы головы и шеи в 12–16% случаев. Метастазы ПКР в язык редкое наблюдение. В мировой литературе описано 63 случая метастазирования рака почки в язык. Мы приводим клиническое наблюдение метастазирования ПКР в кожу нижнего века (как начальное проявления заболевания) и в язык (через 11 мес после постановки диагноза рак почки) у одного пациента с распространенными метастазами, включая метастазы в легкие, надпочечник, головной мозг. В статье приводим обзор литературы по данной теме.

Ключевые слова: метастаз в язык, почечно-клеточный рак почки, метастаз в нижнее веко, рак почки, обзор

Введение

Метастатические опухоли полости рта встречаются крайне редко. По данным литературы, наиболее распространенными первичными опухолями, способными метастазировать в полость рта, являются новообразования легких, бронхов, плевры, пищевода, молочной железы, щитовидной железы, толстой кишки, меланомы кожи [1]. Zegarelli и соавт. проведя 6881 аутопсий пациентов со злокачественными новообразованиями, описали только 12 случаев метастазирования в язык: 4 случая — это метастазы меланомы кожи, 1 — меланомы шейки матки, 1 — метастаз рака толстой кишки, по 2 случая — рака легких и молочной железы, по 1 случаю рака поджелудочной железы и пищевода. Таким образом, процент метастатического поражения языка составляет 0,17% [2].

Метастазирование рака почки в язык — редкое наблюдение. По данным, Dapic P. и соавт., в период с 1911 по 2017 г. в мировой литературе описано 52 случая метастазирования рака почки в язык [3]. Nisi M. и соавт. приводят анализ данных 132 случаев метастазирования рака поч-

ки в полость рта, из них — 54 (41%) в язык, 33 (25%) — в нижнюю челюсть, 22 (17%) — в десну, 15(11%) в верхнюю челюсть, 6 (4%) в губу, 1 (1%) случай в мягкое небо, и 1 (1%) в слизистую щеки [4].

Мы представляем собственное наблюдение метастазирования рака почки в язык и кожу нижнего века у одного пациента.

Пациент Ш., 78 лет, направлен на консультацию к онкологу (ГБУЗ Областной онкологический диспансер г. Иркутска) с образованием на кончике языка в ноябре 2021 г. Больной заметил опухоль за месяц до обращения к онкологу, при этом отмечает её значительное увеличение в размерах в течении месяца.

При осмотре на спинке передних двух третей языка и на боковых поверхностях языка имеются множественные экзофитные листообразные образования серо-красноватого цвета, максимальным размером (на кончике языка) 5 см (рис. № 3). Выполнена биопсия образования. По патогистологическому заключению (ПГЗ) с проведением иммуногистохимии (ИГХ): гистоструктура и фенотип соответствует метастазу почечно-клеточного рака (ПКР) (в клетках опухоли обнаружили экспрессию PAX-8, Vimentin, Cyt AE1/ AE3, Ki-67) (рис. 1).

Из анамнеза известно, что ранее пациенту по месту жительства выполнили экцизионную биопсию образования кожи нижнего века, которое при гистологическом исследовании также соответствовало метастазу ПКР. Дальнейшее обследование пациент проходил в ООД. По результатам мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) брюшной полости и забрюшинного пространства обнаружены две опухоли нижней трети левой почки 31×31 мм и 24×13 мм с интенсивным накоплением контрастного вещества, образование левого надпочечника 16×14 мм, аневризма брюшной аорты с распространением на общую подвздошную артерию справа. По результатам МСКТ грудной клетки — множественные периферические образования легких от 3 мм до 11×6 мм, кальцинаты бронхопульмональных

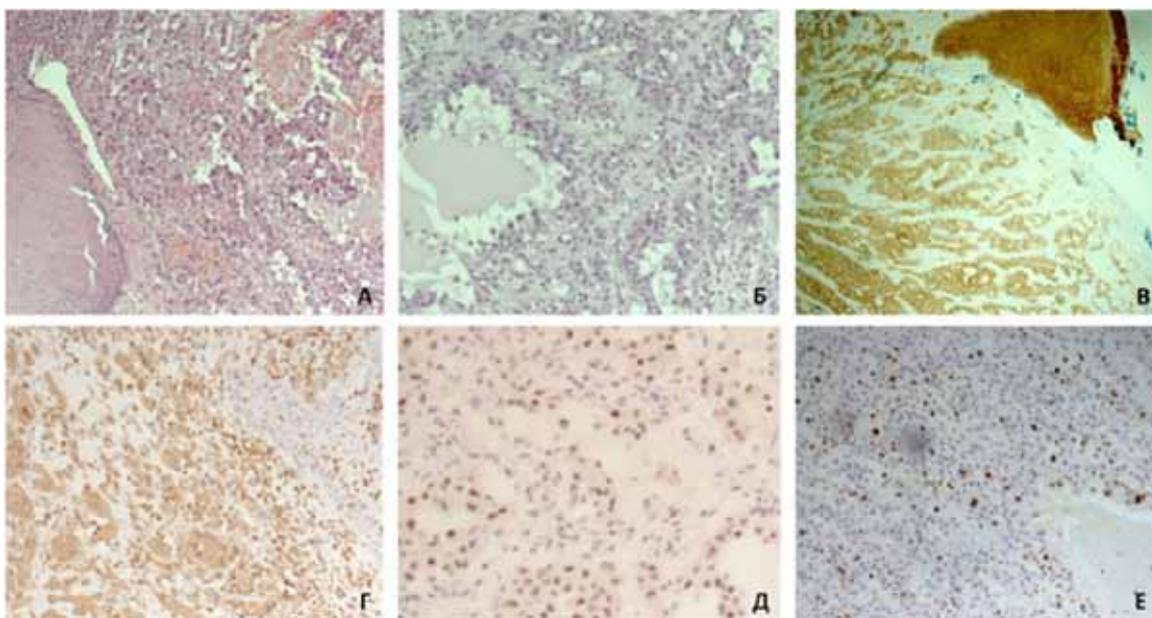


Рис. 1. Метастаз светлоклеточного почечно-клеточного рака в язык.

А, Б — гистологический препарат. Окраска гематоксилин и эозин. Ок. 10, об. 20; В — иммуногистохимический препарат. Мультицитокератины (МСК). Ок. 10, об. 10; Г — иммуногистохимический препарат. Цитоплазматическая экспрессия Vimentin. Ок. 10, об. 10; Д — иммуногистохимический препарат. Ядерная экспрессия PAX-8. Ок. 10, об. 10; Е — иммуногистохимический препарат. Ki-67. Ок. 10, об. 10.

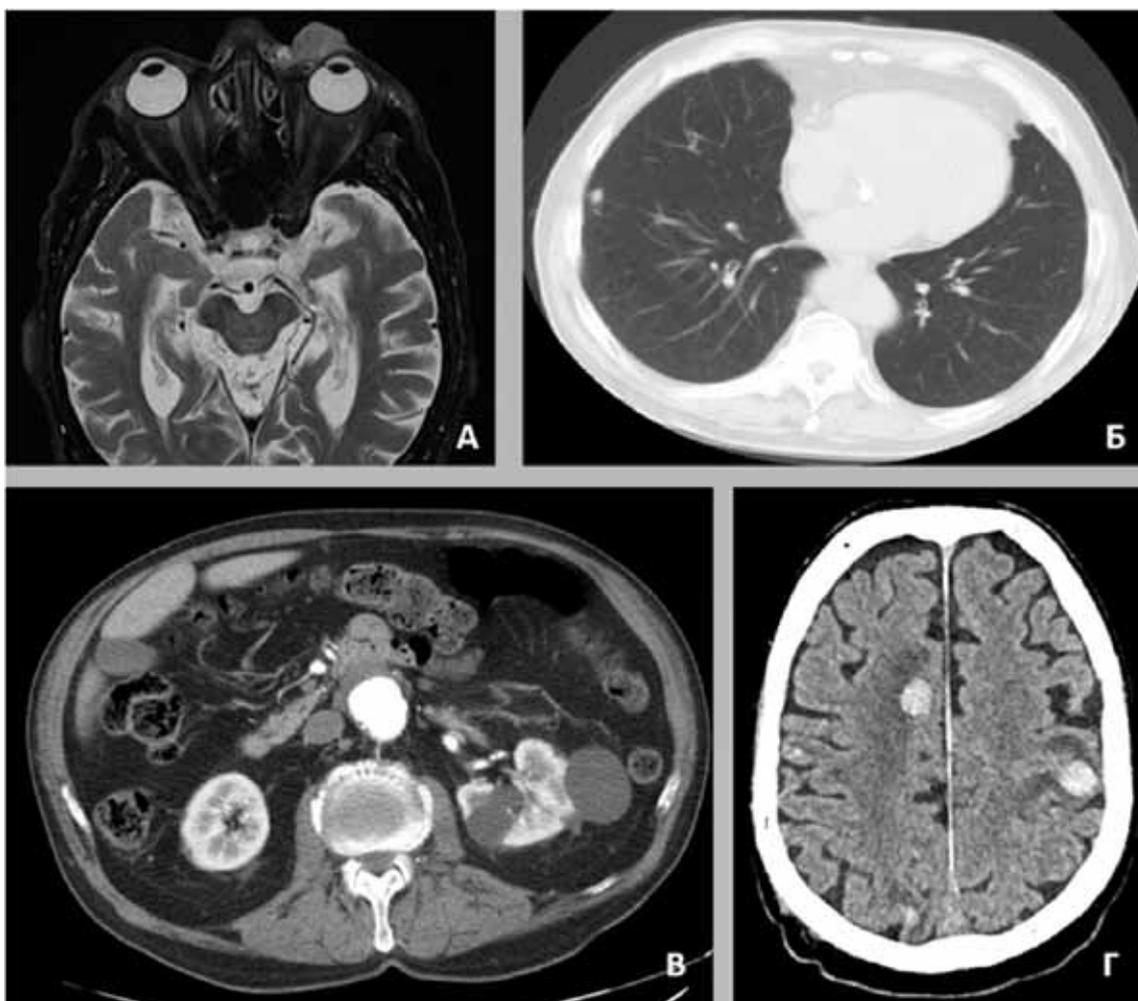


Рис. 2. А — магнитно-резонансная томография головного мозга (объемное васкуляризированное образование нижнего века левого глаза 24×18×23 мм); Б — МСКТ грудной клетки (множественные периферические образования легких от 3 мм до 11×6 мм); В — МСКТ брюшной полости и забрюшинного пространства (две опухоли левой почки 31×31 мм и 24×13 мм); Г — МСКТ головного мозга (множественные очаговые образования головного мозга, наружная и внутренняя гидроцефалия)

лимфоузлов слева. По результатам МСКТ головного мозга обнаружены множественные образования головного мозга, наружная и внутренняя гидроцефалия (рис. 2).

Таким образом, на основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра и данных лабораторно-инструментальных методов исследований установлен диагноз рак (почечно-клеточный рак, светлоклеточный вариант) левой почки сT1aN0M1 с метастазами в легкие, кожу нижнего века слева, язык, головной мозг, 4 стадия. Группа прогноза IMDC — промежуточный. От предложенной циторедуктивной нефрэктомии пациент отказался. Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия опухоли левой почки под контролем ультразвукового исследования. По цитологическому заключению: ПКР, светлоклеточный вариант, G3. Решением консилиума пациенту было назначено следующее лечение: лекарственная терапия — таблетки пазопаниб 800 мг/сут внутрь ежедневно. Циклом 30 дней.

При контрольном осмотре через месяц у пациента наблюдается положительная динамика: значительное уменьшение образований на языке (рис. 3).

Обсуждение клинического случая и обзор литературы

Почечно-клеточный рак является наиболее распространённой формой злокачественных образований почек, на его долю приходится около 90% случаев. Он обладает большим метастатическим потенциалом. Выделяют несколько гистологических вариантов ПКР: светлоклеточный (на его долю приходится около 75% случаев), папиллярный (10–15%), хромофобный (около 5%) и другие [4].

У 20–25% больных ПКР обнаруживаются отдаленные метастазы при первичном обследовании [5].

Наиболее часто отдаленные метастазы ПКР выявляются в легких (50–75%), костях (20–30%),

печени (18–40%) [3, 6, 7], региональных лимфатических узлах (66%) [8], контрлатеральной почке и головном мозге (5–8%) [5]. Метастазы ПКР в органы головы и шеи обнаруживают примерно в 12–16% [3, 6, 7]. Солитарные метастазы рака почки (РП) в органы головы и шеи встречаются у 1% пациентов [3]. Описаны также метастазы рака почки в щитовидную и молочную железы; в придаточные пазухи и полость носа (около 50 случаев в мировой литературе) [5, 7].

Кожные метастазы ПКР описывают в 3–4,6% случаев [9]. По литературным данным, за последнее десятилетие представлено только 7 случаев метастазов ПКР в кожу века [10–16].

Многообразие вторичного поражения объясняется возможным гематогенным (через артериальную и венозную системы) и лимфогенным путями. Поражая сосудистую систему почки, рак почки распространяется в системный кровоток через нижнюю полую вену, в камеры сердца, легкие, аорту. Поэтому метастазы в голову и шею, по артериовенозному пути, часто сочетаются с метастазами в легкие [3, 4, 7, 17]. При отсутствии легочных метастазов распространение опухолевого процесса возможно через паравerteбральное венозное сплетение Бэтсона, распространяющееся от черепа до крестца. Это бесклапанная система обеспечивает меньшее сопротивление распространению опухолевых эмболов в обход легких, особенно при повышении внутригрудного и внутрибрюшного давления [7, 17]. Третьим путем метастазирования является лимфогенный — через забрюшинные лимфоузлы в грудной лимфатический проток.

Метастазы ПКР в язык крайне редки. Некоторые авторы предполагают, что меньшая частота метастатического поражения языка может быть связана с тем, что скелетные мышцы секреторируют несколько факторов, обладающих противоопухолевыми эффектами, такие как TNF- α , TGF- β , интерферон, агонисты аденозиновых рецепторов [18].



Рис. 3. Фото метастаза почечно-клеточного рака в язык до лечения (А), через месяц лечения пазопанибом (Б), через 5 мес лечения пазопанибом (В)

Таблица 1. Случаи метастазов ПКР в язык, как начальных проявлений заболевания

Год	Автор	Возраст	Пол	Локализация метастаза в языке	Другие отдаленные метастазы
1987	Kapoor VK [20]	70	М	Не известно	Не известно
1994	Ziyada WF [21]	59	М	Основание языка	Нет
1996	Aguirre A [22]	82	Ж	Кончик языка	Головной мозг
2008	Azam F [7]	78	М	Справа, боковая поверхность	Легкие, кости
2010	Yoshitomy I [23]	47	М	Спинка	Надпочечники, плевра, легкие
2010	Alt nel D [24]	67	М	Спинка	Легкие
2012	Balliram S [25]	72	М	Правый край	Легкие
2013	Mazeron R [26]	66	М	Спинка	Нет
2013	Ray A [18]	65	М	Передние 2/3 языка справа	Легкие, парааортальные лимфоузлы, мышцы
2014	Khobragade KH [27]	63	М	Спинка	Легкие
2015	Altuntas O [28]	70	М	Спинка	Легкие, кости, средостенные лимфоузлы, позвоночник
2017	Raiss H [29]	55	М	2/3 переднего отдела	Легкие, мышцы, подмышечные лимфоузлы
2018	Danic P [3]	51	М	Основание языка	Легкие, печень, лимфоузлы шеи
2020	Nisi M [4]	61	М	Левый край языка	Печень, парааортальные лимфоузлы, селезенка, кости, подкожные метастазы предплечья

Таблица 2. Солитарные метастазы почечно-клеточного рака в язык

Год	Автор	Возраст	Пол	Локализация метастаза в языке	Лечение метастаза в язык	Общее лечение
1994	Ziyada WF [21]	59	М	Основание языка	Эксцизионная биопсия	Хирургическое, ЛТ, интерферон
2002	Mekni A [30]	63	М	–	–	Нефрэктомия
2007	Regalado del RR [31]	81	М	–	Хирургическое	–
2013	Mazeron R [26]	66	М	Дорсальная поверхность	Брахитерапия, лучевая терапия (ЛТ) (65Гр)+ хирургическое	Нефрэктомия, сунитиниб
2014	Abbaszadeh-Bidokhty H [32]	80	М	Спинка	Хирургическое (иссечение)	Нефрэктомия, сунитиниб, сорафениб

Морфологическая картина ПКР имеет достаточно характерные особенности. Общими признаками строения для всех морфологических вариантов являются относительно небольшая величина и гиперхромность ядер, и светлая нежная цитоплазма (иногда оптически «пустая»). Иммуногистохимический профиль клеток характеризуется экспрессией PAX-8, CAIX, CD-10, RCC, Vimentin, S-100, а также эпителиальными маркерами: AE1/ AE3, CAM 5.2, EMA [19].

После исчерпывающего литературного поиска, мы обнаружили 63 описанных случая метастазирования ПКР в язык, с 1911 по 2021 г. Метастазы ПКР в язык, как начальные проявления, описаны в 14 случаях (табл. 1).

В большинстве описанных случаев (51 (79%)) пациенты мужчины, средний возраст — 51,5 лет, в 13 случаях (21%) — женщины, средний возраст 60 лет.

Поражение основания языка описано в 14 исследованиях, дорсальной поверхности (спинки) — в 20, боковой поверхности — в 13, кончика языка — в 4, не описано в 12, и 1 случай метастаза в вентральную поверхность языка. Солитарные метастазы ПКР в язык описаны в 5 случаях (табл. 2).

Среди проанализированных случаев сочетанные метастазы наблюдались у 82% пациентов, из которых метастазы в легкие отмечались в большинстве случаев [в 43 случаях (67,2%)], в кости — в 17 случаях (26,5%), в головной мозг — в 8 случаях (12,5%), в лимфоузлы (средостенные — 7, парааортальные — 4, шейные — 3, подмышечные — 1), реже — в печень и кожу по 7 случаев (10,9%), надпочечники — 6 (9,3%), контралатеральную почку и щитовидную железу — по 3 случая (4,6%), в мышцы — 4 (6,25%), в сердце, поджелудочную железу, хориоидею и селезенку — по 1 случаю (1,5%).

Удаление метастазов в язык при диссеминированном процессе носит паллиативный характер. Основной его целью является уменьшение симптомов и снижение риска осложнений, таких как дисфагия, дискомфорт, болевой синдром и кровотечение, связанных с опухолевыми массами на языке. Удаление солитарных метастазов существенно увеличивает выживаемость и улучшает качество жизни пациентов. В большинстве описанных случаев (31 из 64) лечение метастазов в язык хирургическое. Наиболее часто выполнялось иссечение метастазов, реже — резекция языка (3 случая) [33–35], частичная глоссэктомия (в одном случае) [36], глоссэктомия/резекция с лимфодиссекцией (3 случая) [3, 6, 37], в одном случае описана эмболизация левой язычной артерии при кровотечении из метастаза в язык [38]. В нескольких случаях хирургическое лечение сочеталось с лучевой терапией (ЛТ) [3, 7, 26, 39], в 2-х случаях применялась исключительно лучевая терапия [40, 41]. Inai T и соавт. описали полный регресс опухоли после ЛТ в дозе 50Гр и химиотерапии [42]. Goel MC и соавт. отметили, что ЛТ является эффективным методом паллиативной терапии метастазов в язык, несмотря на общепризнанную радиорезистентность ПКР [43]. Химиотерапия и иммунотерапия дают надежду на лечение и улучшение качества жизни пациентов. В наблюдении Shibauma T и соавт. полный регресс метастаза в язык отмечен спустя 3 мес после приема интерферона-альфа, несмотря на прогрессирование опухолевого процесса других органов [44]. В нашем случае применили мультикиназный ингибитор — пазопаниб 800 мг/сут внутрь ежедневно. Положительный эффект виден уже через месяц (см. рис. 3).

Заключение

Случаи метастазирования ПКР в язык редкое наблюдение. Метастатическое поражение языка свидетельствует о диссеминации опухолевого процесса и лечение метастазов в этом случае носит паллиативный характер. Основной целью лечения в этом случае является уменьшение симптомов и снижение риска осложнений, таких как дисфагия, дискомфорт, болевой синдром и кровотечение, связанных с опухолевыми массами на языке. Удаление солитарных метастазов существенно увеличивает выживаемость и улучшает качество жизни пациентов. Применение новых препаратов, в том числе ингибиторов тирозинкиназ, в лечении диссеминированного ПКР позволило добиться увеличения продолжительности жизни больных, а также увеличения медианы выживаемости без

прогрессирования. В описанном клиническом наблюдении интерес для практикующих врачей представляет редкость локализации метастатической опухоли и эффективность терапии ингибиторами тирозинкиназ.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии в статье конфликта интересов.

Финансирование

Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

- Hirshberg A, Buchner A. Metastatic tumours to the oral region. An overview // *Eur J Cancer B Oral Oncol*. 1995; 31B(6):355–60. doi:10.1016/0964-1955(95)00031-3
- Zegarelli DJ, Tsukada Y, Pickren JW, Greene GW Jr. Metastatic tumor to the tongue. Report of twelve cases // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1973; 35(2):202–11. doi:10.1016/0030-4220(73)90286-7
- Đanić P, Đanić D, Macan D. Tongue metastasis as an initial presentation of renal cell carcinoma // *Med Glas (Zenica)*. 2018;15(1):52–58. doi:10.17392/932-18
- Nisi M, Izzetti R, Graziani F, Gabriele M. Renal Cell Carcinoma Metastases to the Oral Cavity: Report of 2 Cases and Review of Literature // *J Oral Maxillofac Surg*. 2020;78(9):1557–1571. doi:10.1016/j.joms.2020.04.001
- Matias M, Casa-Nova M, Borges-Costa J, Ribeiro L. Unusual head metastasis of kidney cancer // *BMJ Case Rep*. 2013;10(1):1–4. doi:10.1136/bcr-2013-200004
- Basely M, Bonnel S, Maszelin P et al. A rare presentation of metastatic renal clear cell carcinoma to the tongue seen on FDG PET // *Clin Nucl Med*. 2009;34(9):566–9. doi:10.1097/RLU.0b013e3181b06ad7
- Azam F, Abubakerr M, Gollins S. Tongue metastasis as an initial presentation of renal cell carcinoma: a case report and literature review // *J Med Case Rep*. 2008;25(2):249. doi:10.1186/1752-1947-2-249
- Pritchuk KM, Schiff BA, Newkirk KA et al. Metastatic renal cell carcinoma to the head and neck // *Laryngoscope*. 2002;112(9):1598–602. doi:10.1097/00005537-200209000-00012
- Sountoulides P, Metaxa L, Cindolo L. Atypical presentations and rare metastatic sites of renal cell carcinoma: a review of case reports // *J Med Case Rep*. 2011;2(5):429. doi:10.1186/1752-1947-5-429
- Ramez AM, Hamed M, Saad EA. Metastatic renal cell carcinoma to the eyelid: an unusual presentation // *J Clin Urol*. 2019. doi:10.1177/2051415819827687
- Mikail N, Belew D, Ullah A et al. Renal Cell Carcinoma Presenting as an Isolated Eyelid Metastasis // *J Endourol Case Rep*. 2020;6(4):322–324. doi:10.1089/cren.2020.0107
- Kindermann WR, Shields JA, Eiferman RA et al. Metastatic renal cell carcinoma to the eye and adnexae: a report of three cases and review of the literature // *Ophthalmology*. 1981;88(12):1347–50. doi:10.1016/s0161-6420(81)34854-4

13. Cabrera-Beyrouiti R, Campos-Mollo E, Rico-Santos E et al. Eyelid metastasis as first presentation of renal cell carcinoma // *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2017;92(11):547–551. doi:10.1016/j.oftal.2016.11.005
14. Kurli M, Finger PT, Schneider S, Tena LB. Eyelid-sparing adjuvant radiation therapy for renal cell carcinoma // *Ophthalmologica*. 2006;220(3):198–200. doi:10.1159/000091766
15. Gonzalez F, Abalo-Lojo JM, Suarez-Pe aranda JM, Caneiro-G mez J. Eyelid metastasis as the initial presentation of a renal cell carcinoma // *Urology*. 2015;85(5):e35–e36. doi:10.1016/j.urology.2015.01.039
16. Tailor R, Inkster C, Hanson I, Shackley DC, Smyth K. Metastatic renal cell carcinoma presenting as a chalazion // *Eye (Lond)*. 2007;21(4):564–5. doi:10.1038/sj.eye.6702645
17. Torres-Carranza E, Garcia-Perla A, Infante-Cossio P et al. Airway obstruction due to metastatic renal cell carcinoma to the tongue // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006;101(3):e76–8. doi:10.1016/j.tripleo.2005.06.002
18. Ray A, Bhattacharya J, Ganguly S. Renal cell carcinoma presenting with oral tongue metastasis: a rare case presentation // *Case Reports J Cancer Res Ther*. 2013;9(1):117–8. doi:10.4103/0973-1482.110392
19. URL: <https://www.pathologyoutlines.com> (дата обращения 03.08.2022/last access date 03.08.2022)
20. Kapoor VK, Mukhopadhyay AK, Chattopadhyay TK, Sharma LK. Renal cell carcinoma metastatic to the tongue // *J Indian Med Assoc*. 1987;85(4):119–20.
21. Ziyada WF, Brookes JD, Penman HG. Expecterated tissue leading to diagnosis of renal adenocarcinoma // *J Laryngol Otol*. 1994;108(12):1108–10. doi:10.1017/s0022215100129044
22. Aguirre A, Rinaggio J, Diaz-Ordaz E. Lingual metastasis of renal cell carcinoma // *J Oral Maxillofac Surg*. 1996;54(3):344–6. doi:10.1016/s0278-2391(96)90757-0
23. Yoshitomi I, Kawasaki G, Mizuno A et al. Lingual metastasis as an initial presentation of renal cell carcinoma // *Med Oncol*. 2011;28(4):1389–94. doi:10.1007/s12032-010-9596-y
24. Altinel D, Etit D, Tan A et al. Metastatic Renal Cell Carcinoma Initially Presented as a Tongue Mass // *Cilt*. 2010;26(3):261–263. doi:10.5146/tjpath.2010.01036
25. Balliram S, Goetz L, Ramsobhag K et al. Renal cell carcinoma presenting as a tongue lesion // *J Oral Maxillofac Surg*. 2012;70(7):1605–8. doi:10.1016/j.joms.2011.07.009
26. Mazeron R, Fenoll L, Mathieu M-C et al. Brachytherapy for isolated tongue metastasis of renal clear cell carcinoma // *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2013;130(3):149–51. doi:10.1016/j.anorl.2012.08.002
27. Khobragade KH, Bakshi GK, Prakash G, Menon S. Tongue trail to kidney // *Indian J Med Paediatr Oncol*. 2014;35(1):106–8. doi:10.4103/0971-5851.133735
28. Altuntaş O, Petekkaya I, Süslü N, Güllü I. Renal cell carcinoma metastatic to the tongue: a case report and review of the literature // *J Oral Maxillofac Surg*. 2015;73(6):1227–30. doi:10.1016/j.joms.2014.12.031
29. Raiss H, Duplomb S, Tartas S et al. Lingual metastasis as an initial presentation of renal cell carcinoma: a case report // *J Med Case Rep*. 2017;11(1):314. doi:10.1186/s13256-017-1470-5
30. Mekni A, Bouraoui S, Touati S et al. Lingual metastasis from clear cell carcinoma of the kidney // *Tunis Med*. 2002;80(9):570–3.
31. Regalado del RR, Ivarez SA, Mart nez TC et al. Lingual metastasis from renal carcinoma // *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*. 2007;29:179–81.
32. Abbaszadeh-Bidokhty H, Motalebnejad M, Rajabi-Moghaddam M. Metastatic Renal cell Carcinoma Presenting as a clear-cell Tumor in Tongue: A Case Report // *Iran J Otorhinolaryngol*. 2014;26(76):185–90.
33. Kyan A, Kato S-n. Renal cell carcinoma metastatic to the base of tongue: a case report // *Hinyokika Kiyo*. 2004;50(11):791–3.
34. Ghazali N, Davis C, Barrett AV, Tighe JV. Bilateral asynchronous renal cell carcinoma with metastatic involvement of the tongue // *Case Rep Pathol*. 2012;2012:729642. doi:10.1155/2012/729642
35. Wang C, Takeda K, Shiba M et al. Metastasis to the Tongue from Renal Cell Carcinoma 10 Years after Nephrectomy: A Case Report // *Hinyokika Kiyo*. 2016;62(8):407–10. doi:10.14989/ActaUrolJap_62_8_407
36. Altuntaş O, Petekkaya I, Süslü N, Güllü I. Renal cell carcinoma metastatic to the tongue: a case report and review of the literature // *J Oral Maxillofac Surg*. 2015;73(6):1227–30. doi:10.1016/j.joms.2014.12.031
37. Morvan J-B, Veyrières J-B, Mimouni O et al. Clear-cell renal carcinoma metastasis to the base of the tongue and sphenoid sinus: Two very rare atypical ENT locations // *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2011;128(2):91–4. doi:10.1016/j.anorl.2010.11.003
38. Ganini C, Lasagna A, Ferraris E et al. Lingual metastasis from renal cell carcinoma: a case report and literature review // *Rare Tumors*. 2012;4(3):e41. doi:10.4081/rt.2012.e41
39. Lieder A, Guenzel T, Lebentrau S et al. Diagnostic relevance of metastatic renal cell carcinoma in the head and neck: An evaluation of 22 cases in 671 patients // *Int Braz J Urol*. 2017;43(2):202–208. doi:10.1590/S1677-5538.IBJU.2015.0665
40. Ogunyemi O, Rojas A, Hematpour K et al. Metastasis of genitourinary tumors to the head and neck region // *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2010;267(2):273–9. doi:10.1007/s00405-009-1006-8. Epub 2009 Jun 18
41. Wadasadawala T, Kumar P, Agarwal J, Ghosh-Laskar S. Palliation of dysphagia with radiotherapy for exophytic base tongue metastases in a case of renal cell carcinoma // *Indian J Urol*. 2011;27(4):550–2. doi:10.4103/0970-1591.91452
42. Inai T, Kagawa S, Aga Y, Akiyama K. A renal cell carcinoma with metastasis to the tongue // *Hinyokika Kiyo*. 1987;33(8):1240–3.
43. Goel MC, Williams DW, Evans H, Roberts JG. Lingual metastasis from renal cell carcinoma management and review of the literature // *Urol Int*. 2003;71(4):418–21. doi:10.1159/000074097
44. Shibayama T, Hasegawa S, Nakamura S et al. Disappearance of metastatic renal cell carcinoma to the base of the tongue after systemic administration of interferon-alpha // *Eur Urol*. 1993;24(2):297–9. doi:10.1159/000474313

Поступила в редакцию 10.05.2022 г.

*U.K. Masnikova³, M.V. Mirochnik³, O.V. Baklanova³,
E.D. Demichev³, A.V. Taranenko^{1,3}, T.L. Mankova³,
S.V. Oryshchak³, V.V. Dvornichenko^{1,2,3}*

A rare metastasis to the tongue and skin of the lower eyelid

¹ Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education — Branch Campus of the Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education «Russian Medical Academy of Continuing Professional Education» of the Ministry of Health of Russian Federation

² Department of Oncology and Radiotherapy of the FSBEI HE Irkutsk State Medical University of the Ministry of Health of Russian Federation

³ Irkutsk Regional Cancer Center

Metastatic tumors of the oral cavity are rare in occurrence. Renal cell carcinoma (RCC) metastasizes to the or-

gans of the head and neck in 12–16% of cases. RCC metastases to the tongue are uncommon. A total of 63 cases of kidney cancer metastasizing to the tongue have been reported in the literature. We report a clinical case of RCC metastasis to the skin of the lower eyelid (as the initial manifestation of the disease) and to the tongue (11 months after kidney cancer diagnosis) in one patient with metastatic kidney cancer, including metastases to the lungs, adrenal gland, and brain. A review of relevant literature is presented in the current article.

Key words: metastasis to the tongue, renal cell carcinoma of the kidney, metastasis to the lower eyelid, kidney cancer, review

Сведения об авторах

Масникова У.К., врач-хирург, Онкологическое отделение хирургических методов лечения № 3 (опухолей головы и шеи), ГБУЗ «Областной онкологический диспансер», 664035, г. Иркутск, ул. Фрунзе 32, ulia_masnikova@mail.ru

Мироchnik М.В., заведующий, Онкологическое отделение хирургических методов лечения № 3 (опухолей головы и шеи), врач-хирург, врач-онколог, 664035, г. Иркутск, ул. Фрунзе 32, maxmir2008@yandex.ru

Бакланова О.В., заведующая «Онкологическим отделением хирургических методов лечения онкоурологии», канд. мед. наук, 664035, г. Иркутск, ул. Фрунзе 32, urolog.irk@gmail.com

Демичев Э.Д., врач-челюстно-лицевой хирург «Онкологического отделения хирургических методов лечения № 3 (опухолей головы и шеи)», 664035, г. Иркутск, ул. Фрунзе 32, edik.demichev@bk.ru

Тараненко А.В., заведующий Патологоанатомическим отделением № 1, ассистент кафедры онкологии ИГМАПО — филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, кандидат медицинских наук, 664035, г. Иркутск, ул. Фрунзе 32, docandrtar@gmail.com

Манькова Т.Л., врач-патологоанатом Патологоанатомического отделения № 1, 664035, г. Иркутск, ул. Фрунзе 32

Орышчак С.В., врач-уролог, «Онкологическое отделение хирургических методов лечения онкоурологии», 664035, г. Иркутск, ул. Фрунзе 32

Дворниченко В.В., президент ГБУЗ «Областного онкологического диспансера», заведующая кафедрой онкологии ИГМАПО-филиала ГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, заведующая кафедрой онкологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО Иркутского государственного медицинского университета Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, 664035, г. Иркутск, ул. Фрунзе 32, dvv@iood.ru

Masnikova Uliana, Surgeon of the Department of Surgical Treatment of Oncological Diseases of the Head and Neck, Federal State Budgetary Institution of Health «Irkutsk Regional Cancer Center», 32 Frunze, Irkutsk, 664035, Russia, ulia_masnikova@mail.ru

Mirochnik Maksim, Chief of the Department of Surgical Treatment of Oncological Diseases of the Head and Neck, Federal State Budgetary Institution of Health «Irkutsk Regional Cancer Center», 32 Frunze, Irkutsk, 664035, Russia, maxmir2008@yandex.ru

Baclanova Olga, Cand. Med. Sci., Chief of the Department of Surgical oncology treatment methods, Federal State Budgetary Institution of Health «Irkutsk Regional Cancer Center», 32 Frunze, Irkutsk, 664035, Russia, urolog.irk@gmail.com

Demichev Edward, Maxillofacial surgeon of the Department of Surgical Treatment of Oncological Diseases of the Head and Neck, Federal State Budgetary Institution of Health «Irkutsk Regional Cancer Center», 32 Frunze, Irkutsk, 664035, Russia, edik.demichev@bk.ru

Taranenko Andrew, Cand. Med. Sci., Chief of the Pathological Anatomical Department № 1, assistant of the department of oncology of Irkutsk Medical Academy of Postgraduate Education- Branch Campus of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Ministry of Health, Federal State Budgetary Institution of Health «Irkutsk Regional Cancer Center», 32 Frunze, Irkutsk, 664035, Russia, docandrtar@gmail.com

Mankova Tatiana, Pathologist of the Pathological Anatomical Department № 1, Federal State Budgetary Institution of Health «Irkutsk Regional Cancer Center» 32 Frunze, Irkutsk, 664035, Russia

Oryshchak Sergei, Urologist of the Department of Surgical oncology treatment methods, Federal State Budgetary Institution of Health «Irkutsk Regional Cancer Center», 32 Frunze, Irkutsk, 664035, Russia.

Dvornichenko Victoria, Doctor Med.Sci., Professor, President of Federal State Budgetary Institution of Health «Irkutsk Regional Cancer Center», Head of the Department of Oncology and Radiotherapy of the Federal State Budgetary Education Institut of Higher Education Irkutsk State Medical University MH Russia, Head of the Department of oncology of Irkutsk Medical Academy of Postgraduate Education- Branch Campus of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education MH Russia, 32 Frunze, Irkutsk, 664035, Russia, dvv@iood.ru