

Повторные резекции почек спустя 5 лет после экстракорпоральных резекций

О.Р. Назарова, Д.В. Перлин, М.И. Волкова, Л.Л. Гурарий, В.Б. Матвеев

Урологическое отделение ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН; Россия, 115230 Москва, Каширское шоссе, 24

Контакты: Ольга Ремезановна Назарова ogulshat@bk.ru

Возможным путем решения проблем риска нерадикального удаления опухоли, неадекватной реконструкции и резкого снижения функции почки после длительных, технически сложных резекций в условиях ишемии паренхимы in situ является выполнение хирургического вмешательства на удаленной из организма почке, подвергнутой консервации по методике, разработанной для донорских органов, в условиях гипотермии, способствующей резкому снижению интенсивности кислородзависимых процессов в клетках почечного эпителия, с последующей аутотрансплантацией резецированной почки больному.

Основные преимущества экстракорпорального метода заключаются в четкой визуализации структур почки «ex corpora», неограниченном времени операции при хорошей противоишемической защите.

Повторные операции после обычных (in situ) резекций обеспечивают хорошие отдаленные онкологические и функциональные результаты у правильно отобранных больных. Выполнение повторного удаления опухоли после экстракорпоральных резекций почки — технически сложное хирургическое вмешательство, не описанное в литературе.

Ключевые слова: рак почки, единственная почка, экстракорпоральная резекция почки, повторная резекция почки

Kidney re-resections 5 years after extracorporeal resections

O.R. Nazarova, D.V. Perlin, M.I. Volkova, L.L. Gurariy, V.B. Matveev

Department of Urology, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences;
24, Kashirskoe Sosshe, Moscow 115230, Russia

The possible way to solve the problems associated with a risk from non-radical tumor removal, inadequate repair and a drastic reduction in renal function after long-term technically challenging in situ parenchymal ischemia resections is a surgical intervention into the kidney removed from the body, which has been preserved by the procedure developed for donor organs, during hypothermia that promotes a severe decrease in the intensity of oxygen-dependent processes in the renal epitheliocytes, followed by autografting of the resected kidney. The main advantages of the extracorporeal technique are the excellent ex corpora visualization of renal structures and the unrestricted time of surgery with good anti-ischemic protection.

Resurgery after routine (in situ) resections yields good long-term oncological and functional results in correctly selected patients. Repeated tumor removal after extracorporeal kidney resection is a technically challenging surgical intervention undescribed in the literature.

Key words: kidney cancer, single kidney, extracorporeal kidney resection, kidney re-resection

Введение

Стандартом лечения малых опухолей почечной паренхимы (Т1а) является открытая или лапароскопическая резекция почки. Органосохраняющее лечение выполняется и при больших размерах опухоли у пациентов с опухолями единственной или единственной функционирующей почки, при двустороннем опухолевом поражении, а также при наличии системного заболевания, способного привести к резкому снижению почечной функции. Удаление единственной функционирующей почки при невозможности выполнения органосохраняющего лечения ассоциировано с резким снижением качества жизни, обусловленным проведением программного гемодиализа. Пятилетняя выживаемость больных раком почки без отдаленных метастазов, получающих хронический гемодиализ, составляет около 50 %; прогрессирование

рака у этой категории больных, переведенных в ренопривное состояние, крайне редко является причиной смерти (< 1 %) [1].

Возможным путем решения проблем риска нерадикального удаления опухоли, неадекватной реконструкции и резкого снижения функции почки после длительных, технически сложных резекций в условиях ишемии паренхимы in situ является выполнение хирургического вмешательства на удаленной из организма почке, подвергнутой консервации по методике, разработанной для донорских органов, в условиях гипотермии, способствующей резкому снижению интенсивности кислородзависимых процессов в клетках почечного эпителия, с последующей аутотрансплантацией резецированной почки больному. Основные преимущества экстракорпорального метода заключаются в четкой визуализации

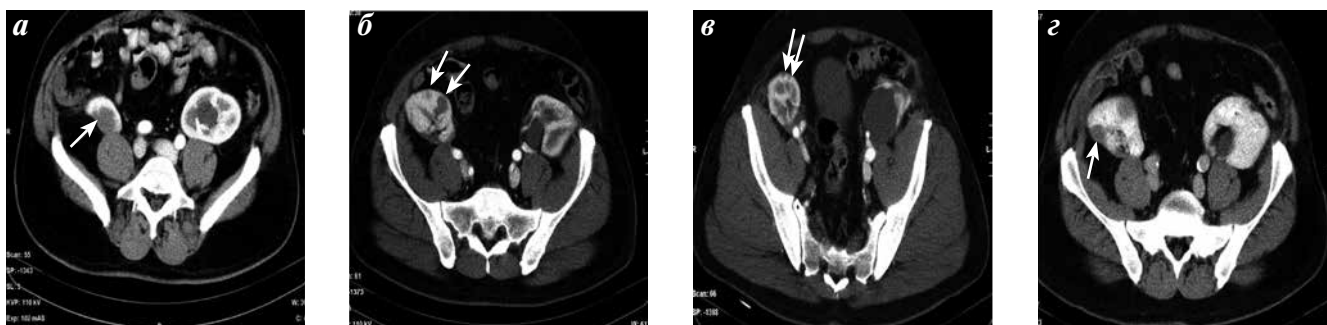


Рис. 1. КТ: многоузловое опухолевое поражение аутотрансплантированной левой почки (стрелки)

структур почки «exсхрога», неограниченном времени операции при хорошей противоишемической защите [2]. Тем не менее частота осложнений данной методики значительно выше, чем при резекции *in situ*, что резко ограничивает широкое применение данной методики [3]. Различные варианты экстракорпоральной резекции почки (ЭКРП) при злокачественных опухолях описываются единичными авторами, и число подобных операций, выполненных в мире, очень ограничено.

Мультифокальность поражения, особенно при папиллярном варианте рака почки, является одним из факторов риска появления рецидивных опухолей в резецированной почке в различные сроки после хирургического лечения. Повторные операции после обычных (*in situ*) резекций обеспечивают хорошие отдаленные онкологические и функциональные результаты у правильно отобранных больных [4]. Выполнение повторного удаления опухолей после ЭКРП — технически сложное хирургическое вмешательство, практически не описанное в литературе.

Приводим описание двух повторных вмешательств, выполненных у пациентов, при развитии рецидивных опухолей после ЭКРП.

Клинический случай 1

Пациент Г., 39 лет, в сентябре 2007 г. обратился в больницу по месту жительства с жалобами на боли в правой поясничной области. При обследовании по дан-

ном ультразвукового исследования (УЗИ) выявлены двусторонние опухолевые поражения почек, в связи с чем пациент был направлен в РОНЦ им. Н. Н. Блохина для хирургического лечения. Результаты компьютерной томографии (КТ): в области нижнего полюса правой почки визуализировался опухолевый узел диаметром до 5,0 см и еще 1 узел размером 1,8 см — в синусе правой почки. В левой почке определялось несколько узлов размерами от 2 до 5 см. Данных в пользу отдаленных метастазов не получено. Функция обеих почек по данным радиоизотопной ренографии удовлетворительная, показатели креатинина и мочевины крови в пределах нормы.

03.12.07 выполнено хирургическое вмешательство в объеме экстракорпоральной резекции левой почки с аутотрансплантацией в контралатеральную подвздошную ямку. Гистологическое заключение: опухолевые узлы имеют строение папиллярного рака II степени анаплазии. По краю резекции сегмента почки опухолевые клетки не обнаружены.

11.03.08 выполнена экстракорпоральная резекция правой почки с аутотрансплантацией в левую подвздошную область. Гистологическое заключение: 2 опухолевых узла почки размерами 1,5 × 1,0 и 6,0 × 6,0 × 7,0 см имеют строение папиллярного рака II степени анаплазии.

После 2-й операции у больного отмечались явления хронической болезни почек (ХБП) со средними показате-



Рис. 2. КТ: многоузловое опухолевое поражение аутотрансплантированной правой почки в левой подвздошной области (стрелки)

лями мочевины 11 ммоль/л и креатинина 160 ммоль/л, не требующих проведения лечебных мероприятий.

В течение 5 лет пациент наблюдался в поликлинике РОНЦ без признаков рецидива заболевания. При очередном контрольном обследовании в июне 2012 г. по данным КТ диагностированы множественные опухолевые поражения обеих почек. В аутотрансплантированной левой почке (в правой подвздошной ямке) определяются 5 образований: в верхнем полюсе — $2,7 \times 3,0$ см (рис. 1а); в средней трети в передних отделах — 1,4 см; рядом по передней поверхности — мелкий узел 0,3 см (рис. 1б); в средней трети по латеральной поверхности — зона $1,4 \times 1,5$ см, подозрительная в отношении опухолевого узла (рис. 1в); в нижнем полюсе по передней поверхности — мелкий узел $0,3 \times 0,3$ см (рис. 1г). В аутотрансплантированной правой почке (в левой подвздошной ямке) определяются 3 образования: в средней трети по передней поверхности — узел 1,0 см (рис. 2а); по задней поверхности — субкапсулярная зона 0,4 см (рис. 2б); в нижнем полюсе — узел 1,2 см (рис. 2в).

Кортико-медуллярная дифференциация сохранена. Чашечно-лоханочная система (ЧЛС) справа не расширена. ЧЛС слева умеренно расширена. Забрюшинные лимфатические узлы не увеличены. Отдаленные метастазы не выявлены.

С учетом распространенности опухолевого процесса было решено воздержаться от оперативного лечения, и больному начата таргетная терапия сунитинибом 50 мг 1 раз в сутки в течение 28 дней с интервалом 2 нед. Проведено 2 курса таргетной терапии без объективного ответа опухоли (стабилизация). Однако на фоне терапии у пациента отмечена печеночная недостаточность (повышение печеночных трансаминаз, билирубина, впервые выявлен гепатит С), в связи с этим прием сунитиниба прекращен и решено применить попытку повторного хирургического лечения.

23.04.13 выполнена резекция аутотрансплантированной правой почки в левой подвздошной ямке. Интраоперационно: почку с техническими трудностями удалось мобилизовать из рубцовых тканей. По передней губе ближе к верхнему полюсу почки выявлен узел размером 2 см. При дальнейшей мобилизации в нижнем полюсе визуализировано опухолевое образование диаметром до 2,5 см, выполнена резекция почки с вышеуказанными узлами, без пережатия почечной артерии. Подозрительные кистозные участки также резецированы с использованием интраоперационного УЗИ.

Гистологическое заключение: опухолевые узлы имеют строение папиллярного рака II степени анаплазии. В краях резекции — без опухолевого роста. Послеоперационный период протекал без серьезных осложнений с незначительным повышением уровня сывороточного креатинина и сохраненным диурезом. На 21-е сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии с дальнейшей рекомендацией контрольного осмотра через 2 мес для ре-

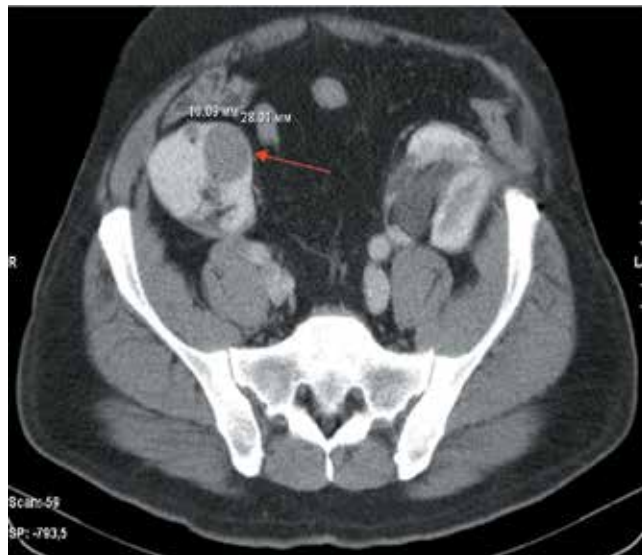


Рис. 3. КТ: отрицательная динамика в виде увеличения опухолевых узлов на 1 см в диаметре за 2 года

шения вопроса хирургического лечения контралатеральной почки.

17.02.14 выполнена резекция аутотрансплантированной левой почки: разрез в правой паховой области длиной около 15 см. С техническими трудностями из-за рубцовых изменений тканей удалось мобилизовать почку, но сосудистую ножку и мочеточник мобилизовать не удалось. При пальпаторной ревизии выявлено несколько опухолевых узлов, располагающихся преимущественно по передней поверхности в области верхнего и нижнего полюсов почки. Под контролем УЗИ (рис. 4) резецировано 5 узлов диаметром от 1,0 до 4,0 см (рис. 5, 6), без пережатия почечной артерии.

Гистологическое заключение: 5 опухолевых узлов представлены разрастанием папиллярного рака. Один из узлов практически полностью некротизирован.

Послеоперационный период протекал относительно удовлетворительно. В послеоперационном периоде на 6-е сутки по страховому дренажу выявлено подтекание мочи в объеме 30 мл в сутки, по данным УЗИ вокруг правой почки определяется прослойка свободной жидкости диаметром до 3,0 см, что потребовало динамического

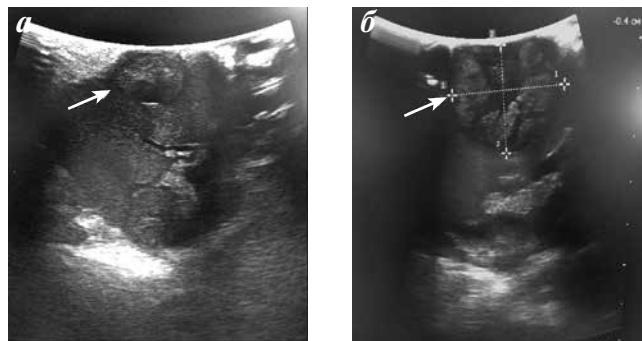


Рис. 4. Интраоперационное УЗИ: опухолевое образование в верхнем полюсе размерами $2,7 \times 3,0$ см

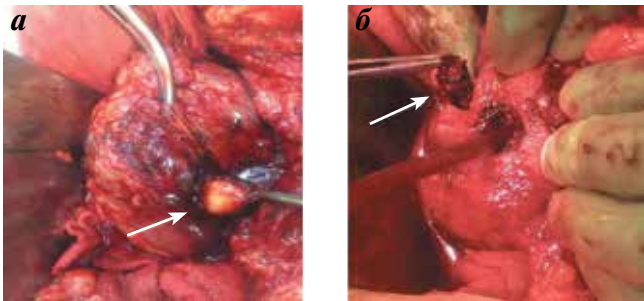


Рис. 5. Фрагменты резекции опухолевого узла



Рис. 6. Макропрепарат резецированных опухолевых узлов

наблюдения. Однако на 23-и сутки отмечена положительная динамика — при УЗИ прослойка вокруг почки с признаками организации, по страховому дренажу отделяемого нет, дренаж удален. Показатели креатинина и мочевины сохранялись в пределах нормы. Пациент в удовлетворительном состоянии выписан с рекомендациями контрольного обследования в РОНЦ через 3 мес.

Клинический случай 2*

У пациентки с единственной почкой в январе 2005 г. выполнена экстракорпоральная резекция левой почки

по поводу светлоклеточного рака II степени анаплазии. Спустя 5 лет выявлен рецидив в зоне предыдущей резекции, в связи с чем в июне 2010 г. выполнена ререзекция единственной левой почки, с морфологическим заключением, аналогичным вышесказанному. Пациентка ежегодно наблюдалась в РОНЦ им. Н.Н. Блохина. На контрольном обследовании в марте 2014 г. признаков рецидива заболевания и отдаленных метастазов не выявлено, уровень креатинина и мочевины — в пределах нормы.

Заключение

Описанные нами клинические случаи демонстрируют возможность выполнения повторных резекций при развитии рецидивов после ЭКРП. Множественные опухолевые узлы в обеих ранее оперированных почках и наличие ХБП вызывали сомнения в целесообразности повторных операций, но в конечном итоге ререзекции оказались эффективными как с онкологической, так и с функциональной точки зрения. Пациентам удалось избежать побочных эффектов и осложнений программного гемодиализа и, соответственно, сохранить высокое качество жизни.

Несмотря на условный характер радикальности описанных нами вмешательств и сохраняющийся риск появления рецидивных опухолей в будущем, подобные операции могут позволить добиться длительных ремиссий при удовлетворительной функции резецированной почки. Так, во 2-м случае повторная резекция обеспечила длительный безрецидивный период сроком более 45 мес. Тщательный отбор пациентов, также как проведение лечения в специализированных центрах, является залогом успеха в лечении данной категории больных.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2009 гг. (Отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии). Нефрология и диализ 2011;13(3):152–250.

2. Матвеев В.Б., Матвеев Б.П., Волкова М.И. и др. Роль органосохраняющего лечения рака почки на современном этапе. Онкоурология 2007;2:5–11.

3. MacLennan S., Imamura M., Lapitan M.C. et al. Systematic review of oncological outcomes following surgical management of localised renal cancer. Eur Urol 2012;61(5): 972–93.

4. Roos F.C., Pahernik S., Brenner W., Thüroff J.W. Imperative and elective indications for nephron-sparing surgery for renal tumors: long-term oncological follow-up. Actuelle Urol 2010;41(Suppl 1):70–6.

* Аналогичный случай был описан ранее, см.: Онкоурология 2011;1:105–7.