

Хирургическое лечение рецидива рака почки

Л.Л. Гурарий, Я.В. Гриднева

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Клинические исследования показали, что частота рецидива рака в ложе удаленной почки составляет 1,8—14,6% [1—6]. Судя по данным литературы, одной из причин рецидива рака в ложе удаленной почки может быть нерадикальная операция, другой — лимфогенное распространение злокачественных опухолевых клеток, персистирующих в регионарных лимфатических узлах [3, 7, 8]. Кроме пораженных лимфоузлов источником местного рецидива могут стать мягкие ткани ложа удаленной почки и ипсилатеральный надпочечник [3]. Как показали исследования Е. Nakano и соавт. [9], чаще рецидивирует низкодифференцированный почечно-клеточный рак.

Сроки развития рецидива различны. По данным S. Schrödter и соавт. [10], они варьируют от 7 до 224 мес и в среднем составляют 45,5 мес. С. Wiesner и соавт. [11] выявляли местные рецидивы в среднем через 23 мес после нефрэктомии (1—100 мес), Tanguay и соавт. — через 16,5 мес (5—71 мес).

В настоящее время в литературе обсуждается существование двух относительно различных видов рецидива рака в ложе удаленной почки: первые проявляются в течение 24 мес после нефрэктомии, вторые — в более поздние сроки. Описаны рецидивы, диагностированные через 10—30 лет после операции [12]. Максимальный период между нефрэктомией и местным рецидивом достигает 45 лет.

Ввиду резистентности почечно-клеточного рака к химиолучевой терапии профилактика рецидива в ложе удаленной почки пока малоэффективна и включает лимфодиссекцию региональных лимфатических узлов во время удаления почки [12].

В настоящее время в литературе обсуждается несколько подходов к лечению местного рецидива после нефрэктомии, однако основным методом лечения является хирургический с последующей иммунотерапией, что обеспечивает 25—51% 5-летнюю выживаемость больных.

Ниже приводим собственное клиническое наблюдение, наглядно демонстрирующее эффективность хирургического лечения повторных рецидивов рака в ложе удаленной почки.

Больная М.Л., 63 лет, поступила в отделение для оперативного лечения по поводу рецидива рака в ложе удаленной правой почки.

Из анамнеза известно, что во время диспансерного ультразвукового обследования у больной случайно была выявлена опухоль правой почки, в связи с чем по месту жительства в 1999 г. выполнена нефрэктомия справа. При патоморфологическом исследовании операционного материала диагностирован светлоклеточный почечно-клеточный рак II степени анаплазии.

Через 2 года при контрольном обследовании выявлен рецидив в ложе удаленной почки. Направлена в РОНЦ.

При поступлении больная предъявляла жалобы на периодическое повышение температуры тела по вечерам до 38°C в течение последних трех месяцев. При ультразвуковом исследовании в ложе удаленной почки выявлены два узловых образования размерами 25 × 20 мм и 55 × 45 × 41 мм. При ангиографическом исследовании в узлах выявлены патологические сосуды, характерные для рака почки. Опухолевый узел размерами 45 × 45 мм располагался на уровне L_{II}—L_{III} позвонков, второй размерами 18 × 18 мм находился несколько латеральнее основного узла (рис. 1). При сканировании скелета, рентгенографии органов грудной клетки патологических изменений не выявлено.

10.05.2001 выполнено оперативное вмешательство в объеме удаления рецидивных опухолей из ложа почки с лимфаденэктомией. В связи с наличием в желчном пузыре конкремента диаметром 20 мм дополнительно произведена холецистэктомия, так как у больной в анамнезе были частые приступы печеночных колик. При гистологическом исследовании № 7266/01 в удаленных опухолевых узлах обнаружен светлоклеточный, почечно-клеточный рак II степени анаплазии. В лимфоузлах гиперплазия. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Через 7 мес после операции пациентка отметила вновь повышение температуры тела до 38°C. При ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии брюшной полости в ложе удаленной правой почки определялся опухолевый узел размерами 50 × 30 мм, располагавшийся на уровне L_{III} позвонка и сливавшийся с правой поясничной мышцей. Отдаленных метастазов не выявлено.



Рис. 1. Ангиографическое исследование пациентки М. В ложе удаленной почки на уровне L_{III} определяются два опухолевых узла



Рис. 2. Компьютерная томография брюшной полости. На уровне L_{III} определяется опухолевый узел размерами 50 мм

28.02.2002 повторное удаление рецидивной опухоли из ложа почки.

При интраоперационной ревизии забрюшинного пространства справа был выявлен опухолевый узел диаметром 80 мм, интимно спаянный с правой поясничной мышцей. Операция сопровождалась значительными техническими трудностями в связи с выраженным спаечным процессом. Послеоперационный период протекал без осложнений. При гистологическом исследовании №3589/02 удаленного опухолевого узла выявлен почечно-клеточный светлоклеточный рак II степени анаплазии.

В течение последующего времени больная чувствовала себя удовлетворительно, жалоб не предъявляла.

Через 1 год и 8 мес после удаления второго рецидива из ложа почки во время контрольного ультразвукового обследования выявлен третий рецидив размерами 50 × 47 мм. При компьютерной томографии подтверждено наличие опухолевого образования размерами до 50 мм в диаметре, сливающегося с правой поясничной мышцей на уровне L_{III} позвонка (рис. 2). Клинически больная вновь отметила повышение температуры тела по вечерам. Госпитализирована для оперативного лечения.

23.10.2003 выполнена третья операция по удалению рецидивной опухоли.

При патоморфологическом исследовании опухолевого узла № 20903/03 выявлен светлоклеточный почечно-клеточный рак II степени ана-

плазии. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана домой в удовлетворительном состоянии и в течение 1 года после операции получала иммунотерапию реафероном в дозе 3 млн ед. 3 раза в неделю.

В настоящее время, спустя 3 года после удаления третьего рецидива пациентка чувствует себя хорошо. Признаков заболевания нет.

Эффективность хирургического лечения локального рецидива рака в ложе удаленной почки оценена и другими исследователями. Так, 4 (51,1%) из 7 больных D. Skinner и соавт. [13] жили более 5 лет после удаления рецидивной опухоли. N. Itano и соавт. [4] сравнили выживаемость больных с местным рецидивом рака почки после хирургического и консервативного лечения и показали, что 5-летняя выживаемость после удаления рецидивной опухоли существенно выше и достигает 51%, в то время как после консервативного лечения составляет 18%, а у больных, оставленных под наблюдением, только 13%. В исследовании R. Reptmann и соавт. [14] однолетняя выживаемость составила 55%, 3-летняя — 36%.

Опираясь на литературные данные и собственный опыт, мы считаем, что оперативное удаление рецидивной опухоли является основным методом лечения рецидива почечно-клеточного рака в ложе удаленной почки, а прогноз зависит от радикальности оперативного вмешательства, длительности безрецидивного периода и источника рецидивной опухоли (мягкие ткани ложа почки, лимфатические узлы, надпочечник).

Литература

1. Gez E., Libes M., Bar-Deroma R. et al. Postoperative irradiation in localized renal cell carcinoma: the Rambam Medical Center experience. *Tumori* 2002;88(6):500—2.
2. Levy D.A., Slaton J.W., Swanson D.A., Dinney C.P. Stage specific guidelines for surveillance after radical nephrectomy for local renal cell carcinoma. *J Urol* 1998;159(4):1163—7.
3. Leibovitch I., Raviv G., Mor Y. et al. Reconsidering the necessity of ipsilateral adrenalectomy during radical nephrectomy for renal cell carcinoma. *Urology* 1995;46(3):316—20.
4. Itano N.B., Blute M.L., Spotts B., Zincke H. Outcome of isolated renal cell carcinoma fossa recurrence after nephrectomy. *J Urol*. 2000;164(2):322.
5. Saidi J.A., Newhouse J.H., Sawczuk I.S. Radiologic follow-up of patients with T1-3a,b,c or T4N+M0 renal cell carcinoma after radical nephrectomy. *Urology* 1998;52(6):1000—3.
6. Takashi M., Hibi H., Ohmura M. et al. Renal fossa recurrence of a renal cell carcinoma 13 years after nephrectomy: a case report. *Int J Urol* 1997;4(5):508—11.
7. Moudouni S.M., Tazi Mokha K., Nouri M. et al. Renal cancer in adults. Review of 68 cases. *Ann Urol (Paris)* 1999;33(6-7):395—401.
8. Panchev P., Ianev K., Georgiev M. et al. «Fossa» carcinoma - a relapse or «rest» carcinoma of the kidney? *Khirurgiia (Sofia)* 2000;56(3-4):33—4.
9. Nakano E., Fujioka H., Matsuda M. et al. Late recurrence of renal cell carcinoma after nephrectomy. *Eur Urol* 1984;10(5):347—9.
10. Schrödter S., Hakenberg O.W., Manseck A. et al. Outcome of surgical treatment of isolated local recurrence after radical nephrectomy for renal cell carcinoma. *J Urol* 2002;167(4):1630—3.
11. Wiesner C., Jakse G., Rohde D. Therapy of local recurrence of renal cell carcinoma. *Oncol Rep* 2002;9(1):189—92.
12. Takatera H., Maeda O., Oka T. et al. Solitary late recurrence of renal cell carcinoma. *J Urol* 1986;136(4):799—800.
13. Skinner D.G., Colvin R.B., Vermillion C.D. et al. Diagnosis and management of renal cell carcinoma. A clinical and pathologic study of 309 cases. *Cancer* 1971;28(5):1165—77.
14. Reptmann R., Wagner S., Richter A. Adjuvant therapy of renal cell carcinoma with active-specific-immunotherapy using autologous tumor vaccine. *Anticancer Res* 1997;17:2879—82.

Уважаемые коллеги!

1. Статьи, направляемые в журнал «Онкоурология», должны быть представлены на дискете или CD-носителях (электронная версия) с распечаткой на бумаге (в 2-х экз., через 2 интервала, шрифт — Times New Roman, 14 пунктов).
К статьям должны быть приложены резюме на русском и желательно на английском языках объемом не более 1/3 машинописной страницы.
2. В выходных данных следует указать: название статьи, инициалы и фамилии всех авторов, название учреждения, город.
Необходимо также приложить рекомендацию руководителя учреждения.
В конце статьи обязательно следует дать контактные телефоны, адрес электронной почты и Ф.И.О. авторов для связи.
Статьи и резюме должны быть структурированы: «Материалы и методы», «Результаты», «Обсуждение», «Заключение».
3. Объем лекции и обзора не должен превышать 10—12 стр., оригинальной статьи — 8 стр. машинописного текста. Список литературы соответственно не должен превышать 20 и 40 источников.
4. Если статья сопровождается рисунками и таблицами, ссылки на них в тексте обязательны.
5. Все рисунки должны быть пронумерованы и снабжены подрисуночными подписями. На рисунке указываются: «верх» и «низ»; фрагменты рисунка обозначаются строчными буквами русского алфавита — «а», «б» и т.д. Все сокращения и обозначения, использованные на рисунке, расшифровываются в подрисуночной подписи. Электронный вариант рисунков должен быть выполнен в формате TIFF, JPG, CMYK, 300 dpi. Векторные иллюстрации — в формате EPS Adobe Illustrator 7.0—10.0. Рисунки в программе Word не принимаются.
6. Все таблицы должны быть пронумерованы и иметь заголовки. Все сокращения расшифровываются в примечании к таблице.
7. Список литературы приводится в порядке цитирования. Для каждого источника необходимо указать: Ф.И.О. авторов (если авторов не более четырех, то перечислить все их фамилии. Если более четырех — следует указать фамилии и инициалы трех первых авторов, а вместо перечисления остальных ставится «и др.» или «et al.»). Также следует дать название книги или статьи, название журнала, год, том и номер выпуска (для книги — место издания, название издательства, год), страницы.
8. Буквенные сокращения в тексте статьи допускаются только после полной расшифровки понятия.
9. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи.

Журнал «Онкоурология» приглашает авторов к активному сотрудничеству.

Статьи направлять по адресу:

115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24, проф. Б.П. Матвееву.

e-mail: oncurolog@netoncology.ru

www.netoncology.ru