

Ререзекция единственной левой почки, выполненная спустя 5 лет после экстракорпоральной резекции: клиническое наблюдение

В.Б. Матвеев¹, Д.В. Перлин², А.Д. Панахов¹, А.В. Климов¹

¹РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; ²Волгоградский уронефрологический областной центр

Контакты: Всеволод Борисович Матвеев vsevolodmatveev@mail.ru

Представлено клиническое наблюдение больной К., перенесшей ререзекцию единственной левой почки, которая была выполнена спустя 5 лет после осуществления у пациентки экстракорпоральной резекции по поводу рецидива рака почки. Установлено, что использование активной хирургической тактики в объеме ререзекции аутотрансплантированной почки является оправданным и обеспечивает достижение удовлетворительных функциональных результатов.

Ключевые слова: рак единственной почки, гранулярно-клеточный рак, экстракорпоральная резекция, ререзекция

Single left kidney re-resection performed 5 years after extracorporeal resection: a clinical observation

V.B. Matveev¹, D.V. Perlin², A.D. Panakhov¹, A.V. Klimov¹

¹N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow;

²Volgograd Regional Urology Center

The paper presents a clinical observation of patient K. who has undergone single left kidney re-resection 5 years after extracorporeal resection for renal cancer recurrence. Active surgical policy as re-resection of the autografted kidney has been found to be sound and to yield satisfactory functional results.

Key words: single kidney cancer, granular cell carcinoma, extracorporeal resection, re-resection

Рак единственной почки — достаточно часто встречающееся в онкоурологической практике заболевание, сопровождающееся возникновением затруднений при выборе тактики лечения. Безусловно, «золотым» стандартом хирургического лечения является органосохраняющая операция [1], благодаря выполнению которой можно сохранить функцию почки, что в свою очередь позволяет избежать развития хронической почечной недостаточности с последующим программным гемодиализом, осложнений, связанных с гемодиализом, и сохранить качество жизни. В некоторых случаях, когда осуществление обычной резекции почки технически невозможно, особенно при наличии нескольких узлов, вовлечении в процесс чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), крупных сосудов, прибегают к выполнению экстракорпоральной резекции с последующей аутотрансплантацией резецированной почки в правую подвздошную область. К преимуществам экстракорпоральной резекции относят возможность осуществления ее в труднодоступных для хирурга местах с хорошей визуализацией анатомических структур почки и неограниченность во времени. Особые трудности представляют рецидивы

рака, развившиеся после выполненной экстракорпоральной резекции. Технические сложности связаны с положением аутотрансплантированной почки, трудностями дифференциации и мобилизации анатомических ее структур, а также с наличием общего спаечного процесса, возникшего после предыдущей операции. Нами не встречено публикаций, посвященных ререзекциям единственной почки после аутотрансплантации. Представляем вниманию читателей собственное наблюдение.

Больная К., в 2004 г. обратилась в поликлинику по месту жительства по поводу болей в спине. Выявлены образование левой и аплазия правой почек. При обследовании в РОНЦ им. Н.Н. Блохина по данным компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной (МРТ) томографии и ангиографии установлено, что из передней поверхности единственной левой почки исходит массивное опухолевое образование размерами 11,2×9,2×15,3 см (рис. 1, 2), занимающее 4/5 ее площади и не затрагивающее только нижний полюс почки. Основная масса опухоли выходит за пределы почки, при этом происходит сдавливание оставшейся части почки и деформация ЧЛС. Выделительная функция почки сохранена.

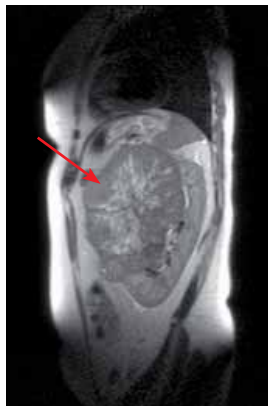


Рис. 1. МРТ пациентки К. (2005). Единственная левая почка, опухолевое образование (указано красной стрелкой) размерами 11,2×9,2×15,3 см интимно прилежит к желудку и селезенке



Рис. 2. Ангиография левой почки (2004). Гиперваскуляризированный опухолевый узел размерами 131×76 мм

12 января 2005 г. больной выполнена экстракорпоральная резекция единственной левой почки, проведена спленэктомия. Послеоперационный период осложнился возникновением острой почечной недостаточности, что потребовало проведения 2 сеансов гемодиализа. На момент выписки содержание креатинина крови у пациентки составило 97 мкмоль/л, мочевины — 4,9 ммоль/л, клиренс креатина — 36 мл/мин. Гистологическое строение опухоли: гранулярно-клеточный почечно-клеточный рак (ПКР) II степени анаплазии, от паранефральной клетчатки отделен соединительнотканной прослойкой, прорастает в лоханку. В удаленных лимфатических узлах опухолевых клеток не обнаружено. Диагноз при выписке: рак единственной левой почки pT2N0M0, II стадия; аплазия правой почки.

В марте 2008 г. при очередном контрольном обследовании у пациентки диагностировано опухолевое образование в зоне ранее проведенной резекции размерами до 2,2 см, однако от предложенного лечения больная на тот момент отказалась. В ноябре 2009 г. выявлено увеличение

данного образования до 4,5 см (рис. 3). Каких-либо других проявлений заболевания не отмечено.

Принято решение об осуществлении резекции единственной пересаженной левой почки, 7 июня 2010 г. больной выполнено хирургическое вмешательство. С большими техническими трудностями, возникшими из-за наличия выраженного спаечного процесса, выделена почка размерами 12×6 см (рис. 4).

В проекции средней и верхней трети пересаженной почки пальпаторно определялась опухоль размерами 4,5 см более плотной консистенции по сравнению с паренхимой почки. В ходе проведения интраоперационного ультразвукового исследования (УЗИ) установлено, что опухоль имела размеры до 5 см и располагалась под паренхимой почки на глубине до 1 см. После мобилизации сосудов и наложения зажима на артерию в условиях холодовой ишемии пациентке была выполнена резекция аутотрансплантированной почки. При этом из-за тесного прилегания опухоли к ЧЛС проведено вскрытие лоханки и оставшейся группы чашечек, после чего они были герметично ушиты. Время холодовой ишемии составило 98, продолжительность всей операции — 280 мин. Объем кровопотери равнялся 1500 мл, во время операции использовали cell saver. В послеоперационном периоде отмечено умеренное повышение уровней креатинина и мочевины. К моменту выписки показатели мочевины нормализовались. Содержание креатинина составило 148 мкмоль/л. Удаленное образование имело тот же гистологический тип, что и первоначальная опухоль: гранулярно-клеточный ПКР, степень дифференцировки G₂. На 8-е сутки пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. Мочеточниковый стент удален через 4 нед после хирургического вмешательства. Период наблюдения после резекции на данный момент составляет 6 мес, при контрольном обследовании, по данным МРТ (рис. 5), данных о наличии рецидива заболевания не получено. Показатели азотистого обмена: мочевина — 8,3 ммоль/л, креатинин — 118 мкмоль/л. Уровень гемоглобина — 115 г/л.



Рис. 3. КТ пациентки К. (январь, 2010). Почка располагается в правой подвздошной области, в верхнем полюсе определяется опухолевое образование размерами 3,5×4,5 см (указано красной стрелкой)

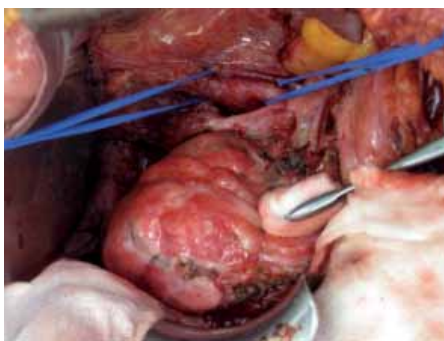


Рис. 4. Этап выделения почки (турникеты на почечной артерии и вене)



Рис. 5. МРТ, T2-взвешенное изображение. В правой подвздошной ямке определяется аутотрансплантированная почка (указана белой стрелкой)

Заключение

В настоящее время стандартом лечения рака почки стадии T1a является органосохраняющее хирургическое вмешательство [2, 3]. Растет число как открытых, так и лапароскопических резекций почек. В структуре всех видов хирургических пособий, выполняемых при опухолях почек, общая доля экстракорпоральных резекций невелика, а число пациентов с рецидивом рака, развившимся после экстракорпоральной резекции, сводится к отдельным случаям. Ожидается возрастание частоты осуществления экстракорпоральных резекций и увеличение числа больных, нуждающихся в проведении повторных операций, что обусловлено вероятностью развития

местного рецидива — до 10%, мультифокальностью опухоли — до 17% [4]. В настоящее время тактика ведения и выбор хирургического лечения для данной группы пациентов пока не определены.

Наше наблюдение позволяет сделать вывод о том, что использование активной хирургической тактики в объеме ререзекции аутоотрансплантированной почки является оправданным и обеспечивает достижение удовлетворительных функциональных результатов.

Для получения достоверных выводов, определения специфической выживаемости и выработки стандартов лечения таких больных необходимы дальнейшие наблюдения.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Lee D.J., Hruby G., Benson M.C., McKiernan J.M. Renal function and oncology outcomes in sparing surgery for renal masses in solitary kidneys. *World J Urol* 2010.
2. Kulisa M., Bensouda A., Vaziri N. et al. Complex renal tumors on solitary kidney: results of ex vivo nephron-sparing surgery with autotransplantation. *Prog Urol* 2010;83:990.
3. Uzzo R.G., Novick A.C. Nephron sparing surgery for renal tumors: indications, techniques and outcomes. *J Urol* 2001;166(1):6–18.
4. Клиническая онкоурология. Под ред. Б.П. Матвеева. М., 2003; с. 64–75.
5. Liu N.W., Khurana K., Subarashan S. et al. Repeat partial nephrectomy on the solitary kidney: functional and oncological outcomes. *J Urol* 2010;183(5):1719–24.
6. Singer E.A., Bratislavsky G. Management of locally recurrent kidney cancer. *Curr Urol Rep* 2010;11(1):15–2.
7. Margreiter M., Marberger M. Current status of open partial nephrectomy. *Curr Opin Urol* 2010;20(5):361–4.
8. Gupta G., Grover S., Kumar S., Kekre N.S. Role of open nephron sparing surgery in the era of minimal invasive surgery. *Indian J Urol* 2009;25(4):508–15.
9. 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.
10. Magera J.S. Jr., Frank I., Lohse C.M. et al. Analysis of repeat nephron sparing surgery as a treatment option in patients with a solid mass in a renal remnant. *J Urol* 2008;179(3):853–6.
11. Rozanec J.J., Ameri C., Holst P. et al. Nephron-sparing surgery: our experience in open and laparoscopic approach in 254 cases. *Arch Esp Urol* 2010;63(1):62–9.