Резекция и протезирование нижней полой вены при выполнении паракавальной лимфаденэктомии по поводу метастазов несеминомной герминогенной опухоли яичка (клиническое наблюдение)

Ю.С. Сергеев, И.А. Файнштейн, С.А. Тюляндин, М.И. Нечушкин, А.А. Трякин, М.Ю. Федянин

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Контакты: *Юрий Сергеевич Сергеев* ***yurisergeevmd@mail.ru***

Герминогенные опухоли яичка (ГОЯ) — сравнительно редкое заболевание, составляющее не более 1% от всех опухолей у мужчин. ГОЯ необычны тем, что в отличие от других солидных опухолей заболеваемость не увеличивается с возрастом, а достигает своего пика в возрастной группе от 25 до 34 лет, поражая наиболее активную часть мужского населения. Другой особенностью ГОЯ является их чувствительность к химиотерапии (ХТ) на основе цисплатина. Ее проведение с последующим удалением резидуальных опухолевых масс позволяет излечивать около 80% больных. Чаще всего при ГОЯ поражаются забрюшинные лимфоузлы (ЛУ). Вовлечение в процесс магистральных сосудов, аорты, нижней полой вены (НПВ), почечных сосудов при опухолях больших размеров — один из основных факторов, ограничивающих возможность проведения радикальной лимфодиссекции. Однако при наличии рецидива опухоли в забрюшинных ЛУ результаты значительно ухудшаются, поэтому адекватная лимфаденэктомия является обязательным условием радикального лечения. Оставление отдельных труднодоступных ЛУ или их фрагментов приводит к неизбежному развитию рецидива заболевания, при котором прогноз значительно ухудшается. Причиной неадекватного оперативного вмешательства является, как правило, вовлечение крупных сосудов: аорты, НПВ, почечных артерий и вен. Таким образом, успех лечения этой категории больных в значительной мере связан с техническими возможностями хирургической службы.

Нами оперирован пациент Ш., 20 лет, находившийся на лечении в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, с диагнозом: несеминомная герминогенная опухоль правого яичка, состояние после орхифуникулэктомии, ХТ. Метастазы в забрюшинные ЛУ с врастанием в правую почечную вену и НПВ.

В июне 2006 г. у пациента была выявлена опухоль яичка с метастазами в забрюшинные ЛУ, легкие, единичный метастаз в печень. С августа по декабрь по месту жительства больному проведено 4 курса по программе ВЕР (блеомицин, этопозид, цисплатин), уровни опухолевых маркеров не мони-

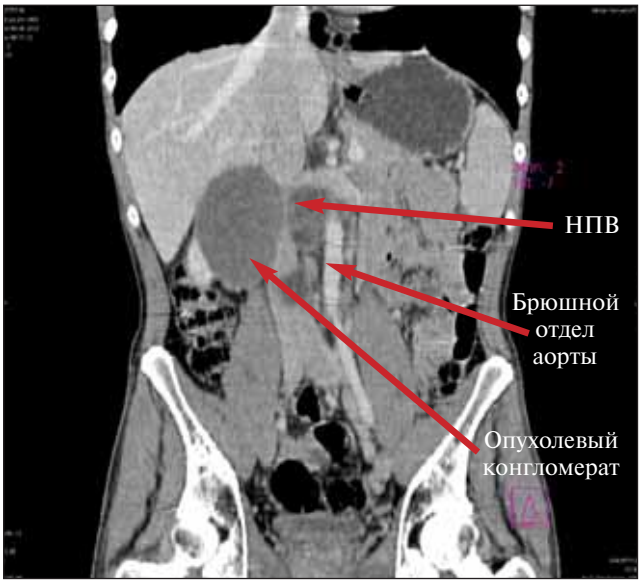

Рис. 1. *КТ-ангиография, венозная фаза*

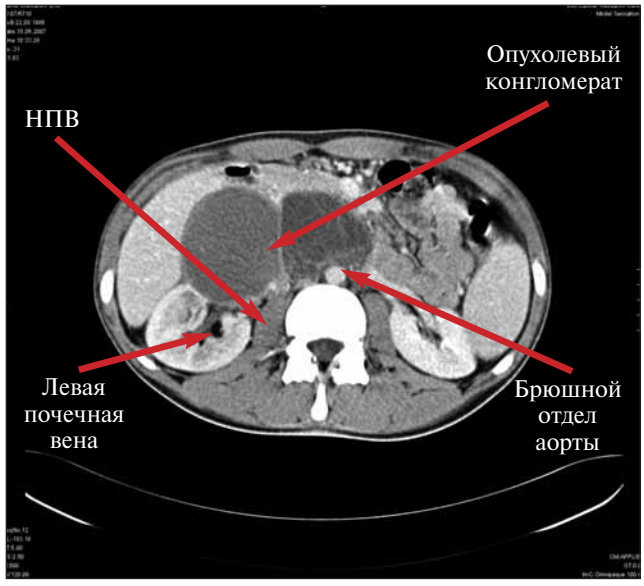

Рис. 2. *КТ-ангиография, фронтальная реформация*

торировались. На этом фоне в декабре 2006 г. выявлено незначительное увеличение в размерах забрюшинных ЛУ, расцененное как прогрессирование. В период с декабря 2006 г. по январь 2007 г. пациент получил 2 курса ХТ 2-й линии препаратами этопозид, дактиномицин и циклофосфан. Динамика опухолевых маркеров также неизвестна, отмечен дальнейший незначительный рост конгломерата забрюшинных ЛУ, достигший 14×12 см. Дальнейшее лечение было признано бесперспективным, рекомендована симптоматическая терапия.

В феврале 2007 г. пациент обратился в РОНЦ с массивным конгломератом забрюшинных ЛУ и множественными метастазами в оба легких размером до 2 см при незначительно повышенных уровнях опухолевых маркеров (α-фетопротеин — АФП 24 МЕ/мл, β-хорионический гонадотропин — β-ХГ 116 мМЕ/мл). С февраля по май 2007 г. больному проведено 5 курсов ХТ по программе TIP (паклитаскел, ифосфамид, цисплатин). Размеры метастатических очагов существенно не изменились, уровни маркеров снизились (АФП — 36 МЕ/мл, β-ХГ — 18 мМЕ/мл). Принято решение о хирургическом лечении.

По данным обследования (ультразвуковое исследование — УЗИ, компьютерно-томографическая — КТ — ангиография) опухолевый конгломерат находится на уровне L_I—L_V. Размеры его 12×10 см. Подпеченочный сегмент НПВ практически на всем протяжении располагается между узлами и кзади от них до уровня слияния подвздошных вен. Просвет НПВ деформирован, на протяжении 4 см от уровня впадения почечных вен — не дифференцируется. Левая почечная вена проходит по верхней поверхности опухоли, правая — сдавлена между задней поверхностью опухоли и поясничной мышцей. Правая почечная артерия располагается вместе с одноименной веной. Верхняя брыжеечная артерия проходит вдоль верхнего полюса опухоли. Нижняя брыжеечная артерия тесно прилегает к левой поверхности опухоли. Аорта на 1/2 охвачена опухолью (рис.1).

Пациент оперирован 30 июня 2007 г. Во время операции обнаружено, что в забрюшинном пространстве на уровне L_I—L_V слева и справа от аорты располагается большое, плотное, бугристое малоподвижное опухолевое образование, тесно связанное с аортой, НПВ, телами позвонков, правой почкой (рис. 2). Острым путем опухоль отделена от задней брюшной стенки слева и справа с забрюшинной мягкотканой диссекцией с поясничными мышцами. От аорты и нижней брыжеечной артерии опухоль отделена с адвентицией. Выявлено врастание опухоли в правую почечную вену и НПВ, правую почку. Опухоль удалена единым блоком с правой почкой, правыми почечными сосудами, НПВ (протяженность 10 см). На НПВ установлен протез Gore Tex (рис. 3).

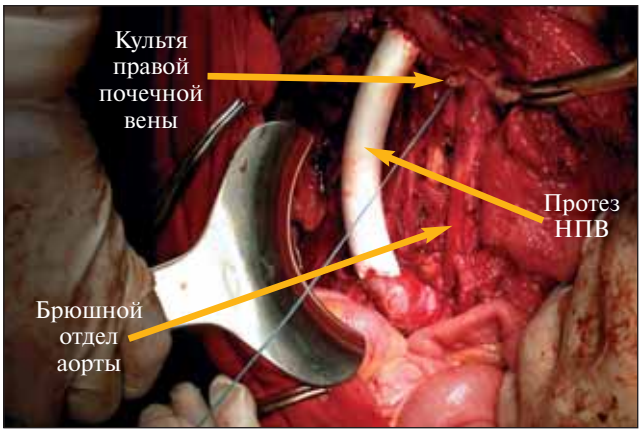

Рис. 3. *Удаление опухоли и установление протеза НПВ*

Послеоперационный период — без осложнений. Антикоагулянтная терапия не проводилась. Выполнена контрольная КТ-ангиография, функция протеза — адекватная (рис. 4). При гистологическом исследовании удаленных узлов выявлены зрелая тератома и эмбриональный рак с участками некроза.

Вывод

Настоящее наблюдение показывает необходимость применения комплексного подхода к лечению данной категории больных, а также возможность увеличения радикализма лечения за счет выполнения расширенных комбинированных вмешательств с резекцией и протезированием крупных сосудов. Повышение частоты резектабельности резидуальных опухолей в забрюшинном пространстве способствует дальнейшему эффективному лечению пациентов.

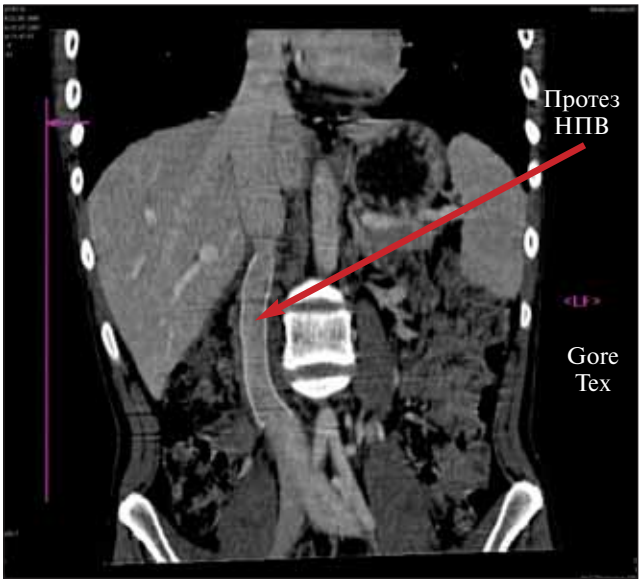

Рис. 4. *КТ-ангиография, венозная фаза, криволинейная реформация по ходу НПВ*