

Прогноз распространения опухоли за пределы мочевого пузыря при помощи сывороточных маркеров при инвазивном раке мочевого пузыря без клинических признаков метастазов

Статья опубликована на сайте UroWeb.ru 03.06.2006
Margel D., Tal R., Neuman A., Konichezky M., Sella A., Baniel J.
Institute of Urology, Rabin Medical Center — Beilinson Campus,
Petach Tikva, Israel. sdmargel@bezeqint.net
J Urol 2006;175(4):1253—7; discussion 1257.
PMID: 16515972 [PubMed — indexed for MEDLINE]

Оценивали значимость предоперационного уровня СЕА, СА-125 и СА 19-9 при раке мочевого пузыря (РМП) без клинических признаков метастазов для прогноза метастазов в другие органы и/или лимфатические узлы (ЛУ).

Обследовали больных, которым была произведена цистэктомия по поводу РМП без признаков метастазирования с сентября 1999 г. по май 2004 г. У всех больных проспективно определяли уровень СЕА, СА-125 и СА 19-9. Оценивали различия в экспрессии биомаркеров между группами больных без метастазов по данным гистологического исследования (не более pT2, pN0) и с распространением опухоли за пределы мочевого пузыря (более pT2 или более pN1), а также между группами без метастазов в ЛУ (любой pT, pN0) и с метастазами в ЛУ (любой pT, pN1 или более).

В выборке из 91 больного у 46 (51%) при гистологическом исследовании обнаружены опухоли без метастазов, у 45 (49%) опухоль распространялась за пределы мочевого пузыря и у 17 (19%) были метастазы в ЛУ. Предоперационный уровень всех маркеров был значимо выше при распространении опухоли за пределы мочевого пузыря. При многофакторном анализе отношение шансов для СЕА составило 8,6 (95% доверительный интервал 1,51—48,6), а для СА-125 — 29,5 (3,6—242,6). Эти данные подтверждают, что исследуемые маркеры играют роль независимых факторов в прогнозе распространения опухоли. Уровень СА-125 и СА 19-9 при метастазах в ЛУ был значительно выше, чем при отсутствии метастазов. При многофакторном анализе отношение шансов для СА-125 составило 22,2 (3,8—129), а для СА 19-9 — 5,2 (1,09—24,76). Эти данные подтверждают, что исследуемые маркеры играют роль независимых факторов в предсказании метастазирования в ЛУ.

Повышенный предоперационный уровень сывороточных опухолевых маркеров при РМП с инвазией в мышечный слой без признаков метастазирования свидетельствует о высоком риске метастазов за пределы органа или в ЛУ.

Применение ультразвукового мониторинга в реальном времени при лапароскопической радикальной простатэктомии: влияние на частоту положительного хирургического края

Статья опубликована на сайте UroWeb.ru 02.06.2006
Ukimura O., Magi-Galluzzi C., Gill I.S.
Section of Laparoscopic and Robotic Surgery,
Glickman Urological Institute, Cleveland, Ohio, USA.
J Urol 2006;175(4):1304—10.
PMID: 16515987 [PubMed — indexed for MEDLINE]

В настоящем исследовании оценивали, влияет ли применение интраоперационного трансректального ультразву-

кового исследования (ТРУЗИ) в реальном времени при лапароскопической простатэктомии на частоту положительного хирургического края.

В исследовании приняли участие 294 больных, перенесших лапароскопическую радикальную простатэктомию по поводу клинически диагностированного рака предстательной железы с марта 2001 г. Больные были ретроспективно разделены на 2 группы: 1-я — 217 больных, прооперированных без применения ТРУЗИ с марта 2001 г. по февраль 2003 г.; 2-я — 77 больных, прооперированных позднее марта 2003 г. с применением ТРУЗИ. Группы были сравнимы по исходным параметрам. До марта 2001 г. оперирующий хирург имел опыт уже более 50 лапароскопических простатэктомий и в достаточной степени владел техникой операции. Использовали черно-белое ультразвуковое изображение (7,5 МГц) и доплеровское сканирование. ТРУЗИ-мониторинг в реальном времени выполняли перед операцией, во время и сразу после нее. Особенно тщательно визуализировали сосудисто-нервные пучки, прослеживали контуры верхушки простаты и оценивали расположение и размеры гипоехогенных раковых узлов.

Во 2-й группе частота положительного хирургического края при стадии pT3 была значительно ниже, чем в 1-й (57 и 18%, $p=0,002$). Общая частота положительного хирургического края также была ниже во 2-й группе (29 и 9%, $p=0,0002$). При помощи интраоперационного ТРУЗИ были определены стадии pT2 и pT3 у 85 и 86% больных соответственно. В 54 случаях при ТРУЗИ визуализировались гипоехогенные очаги в области, где при биопсии был обнаружен рак. Выход опухоли за пределы капсулы был заподозрен в 31 случае, в результате чего в указанных местах расширяли область резекции, чтобы избежать положительного хирургического края. Интраоперационное ТРУЗИ позволило облегчить некоторые технические задачи лапароскопической резекции простаты: обнаружение гипоехогенных опухолевых узлов; точное пересечение латеральной ножки и выделение сосудисто-нервного пучка; надежную расширенную диссекцию в области, где возможен выход раковой опухоли за пределы капсулы, чтобы избежать положительного хирургического края; диссекцию в нужном объеме, с учетом индивидуальных особенностей строения верхушки простаты; трудное для неопытных хирургов отделение шейки мочевого пузыря. Во время операции была возможность следить за положением лапароскопических ножниц (гиперэхогенное пятно), чтобы обеспечить безопасность диссекции. До операции, во время и после нее определяли кровоток в сосудисто-нервном пучке.

Интраоперационный мониторинг при помощи ТРУЗИ при лапароскопической радикальной простатэктомии позволяет производить индивидуальную точную диссекцию, ориентируясь на анатомию контуров простаты, таким образом компенсируя слабую тактильную информацию при лапароскопии. Авторы исследования делают вывод о том, что ТРУЗИ в реальном времени значительно снижает частоту обнаружения положительного хирургического края. В перспективе применение трансректального контроля в реальном времени позволит усовершенствовать технику радикальной простатэктомии.