

Органосохраняющие операции при опухолях верхних мочевыводящих путей

Б.К. Комяков, Б.Г. Гулиев, П.А. Карлов, Т. Эль-Атар

Урологическое отделение городской многопрофильной больницы №2, Санкт-Петербург

ORGAN-PRESERVING SURGERY FOR THE UPPER URINARY TRACT MALIGNANCY

B.K. Komayakov, B.G. Guliyev, P.A. Karlov, T. El-Atar

Unit of Urology, Municipal Multidisciplinary Hospital Two, Saint Petersburg

The results of organ-preserving interventions are analyzed in 12 patients (7 males and 5 females) with neoplasms of the renal pelvis and ureter. Endoscopic operations were performed in 4 patients with the normally functioning contralateral kidney and in one patient with the single kidney. Early complications developed in 2 of the 12 patients and were infectious and inflammatory. The mean duration of endoscopic surgery was 32.8 ± 4.9 min; intraoperative blood loss is 83.0 ± 15.3 ml; the duration of open surgery averaged 157.2 ± 29.7 min and intraoperative blood loss was 1930 ± 69.3 ml. After 4 years of a follow-up, the frequency of tumor relapse was 40%; 5-year survival was 80%. Thus, in patients with upper urinary tract neoplasms, organ-preserving operations are a justifiable alternative to nephroureterectomy with urinary bladder resection and most reasonable in uni- and bilateral renal tumor. Urinary tract endoscopic examination assessing the possibilities of freely manipulating an endoscope in the ureteral lumen and renal cavity system for biopsy of a tumor and its further removal is a major and determining factor in defining indications for this type of intervention.

Введение

Среди онкоурологических заболеваний новообразования верхних мочевыводящих путей (ВМП) встречаются относительно редко. По данным разных авторов, первичные опухоли ВМП составляют 1—8,5% от всех опухолей почек и ВМП [1—3]. В настоящее время общепризнанным методом лечения больных с опухолями ВМП является нефруретерэктомия с резекцией мочевого пузыря (радикальная нефруретерэктомия) [1, 3—5]. Такой объем оперативного вмешательства в основном обусловлен особенностью метастазирования опухолей ВМП. Однако в некоторых случаях возникает необходимость выполнения органосохраняющих операций. К таким вмешательствам относятся резекция мочеточника с уретероуретероанастомозом, резекция мочеточника и мочевого пузыря с уретероцистанастомозом и замещение резецированного отдела мочеточника участком тонкой кишки [6, 7]. В литературе также описаны случаи резекции поясничного отдела мочеточника по поводу опухоли и анастомозирование мочеточника с нижней чашечкой [8]. С. Anderstrom и соавт. [9] выполнили резекцию мочеточника у 21 пациента без летальных исходов, что позволило избавить больных от опухоли и сохранить почку. Такого рода органосохраняющие операции особенно показаны при опухоли единственной или единственно функционирующей почки, двустороннем процессе. Возможность сохранения почки как функционально необходимого для человеческого организма органа возникает и при локализации опухоли в тазовом отделе мочеточника. По мнению

А.С. Переверзева [3], опухоли дистального отдела мочеточника бывают преимущественно солитарными, а возможный их рецидив локализуется только ниже в мочевом пузыре, поэтому расширенные операции не имеют никаких преимуществ.

За последние годы развитие современной эндоскопической техники позволяет в определенных случаях выполнять эндоскопическую резекцию опухоли. Так, при локализации новообразования в полостной системе почки и в верхней трети мочеточника операцию можно выполнить чрескожным доступом, а если опухоль располагается в нижних отделах мочеточника, то выполняют трансуретральную уретероскопию и эндоскопическую резекцию опухоли [7, 10—14].

До недавнего времени органосохраняющие операции при новообразованиях ВМП выполняли редко и по строгим показаниям ввиду сомнений относительно их радикальности. Однако накопленный в последние десятилетия опыт с хорошими отдаленными результатами доказывает возможность применения органосохраняющих операций как альтернативы радикальной нефруретерэктомии. Более того, появились сообщения об эффективности (полное излечение или длительное отсутствие рецидива) таких методов у больных с нормально функционирующей контралатеральной почкой.

Материалы и методы

С 1989 по 2006 г. в урологическом отделении городской многопрофильной больницы № 2 находились 125 больных с новообразованиями почечной лоханки и мочеточника. Среди них мужчин было 83 (66,4%), женщин — 42 (33,6%). Возраст больных со-

ставлял от 19 до 80 лет (в среднем $62,8 \pm 10,1$ года). 116 (92,8%) пациентов поступили в стационар в плановом порядке и 9 (7,2%) — по экстренным показаниям в связи с гематурией. Новообразования почечной лоханки выявлены у 84 (67,2%), мочеточника — у 41 (32,8%) больного. Таким образом, по нашим данным, они составили 8,0 и 4,3% от общего числа больных с опухолями почек и ВМП. Высокий процент указанных пациентов в нашей клинике, по сравнению с данными других авторов, мы объясняем тем, что за последние годы их стали чаще направлять в те стационары, где имеется возможность выполнения нефро- и уретероскопии. Нефруретерэктомия с резекцией мочевого пузыря по стандартной или предложенной нами методике произведена 113 (90,4%) пациентам [4]. Органосохраняющие вмешательства выполнены в 12 (9,6%) случаях — у 7 (58,3%) мужчин и 5 (41,7%) женщин. У 10 пациентов опухоль располагалась в нижней трети мочеточника и функция контралатеральной почки была удовлетворительной, а у двух новообразование находилось в лоханке единственной почки. Таким образом, у двух больных показания к органосохраняющей операции были абсолютными. Для установления диагноза и степени распространенности опухоли ВМП были использованы лабораторные, ультразвуковые, радионуклидные и рентгенорадиологические методы исследования, включая компьютерную и магнитно-резонансную томографию. Заключительным этапом диагностики являлись цистоскопия и уретеропиелоскопия или нефроскопия с контрастированием мочевых путей. Визуальный осмотр уротелия ВМП позволяет исключить наличие опухоли выше выявленного новообразования, что дает возможность выполнения органосохраняющей операции. В одном случае у больного с «немой» почкой первым этапом была произведена перкутанная нефростомия, которая позволила восстановить отток мочи из почки и выполнить антеградную пиелоуретрографию. У пяти пациентов опухоль была удалена эндоскопическим путем: трансуретральная резекция уротелия с опухолью дистального отдела мочеточника была произведена четырем больным, а перкутанная электрорезекция стенки лоханки с новообразованием — одному. Следует отметить, что перкутанное удаление опухоли почечной лоханки по жизненным показаниям было выполнено пациенту с единственной почкой, у которого имели место некупируемая консервативными мероприятиями гематурия и нарастающая анемия, и только выполненная операция позволила удалить опухоль и остановить кровотечение. У 7 больных была выполнена резекция тазового отдела мочеточника и прилежащей к нему стенки мочевого пузыря с непрямым уретероцистанастомозом по Боари.

Результаты и обсуждение

Все пациенты находятся под нашим наблюдением. Ранние осложнения развились у 2 (1,6%) из них и носили инфекционно-воспалительный характер. В одном случае имело место обострение хронического пиелонефрита, а в другом — нагноение раны и заживление ее вторичным натяжением.

Эндоскопически опухоль ВМП была удалена нами у 5 (4%) больных. У четырех из них с нормально функционирующей контралатеральной почкой папиллярное образование локализовалось в интрамуральном отделе мочеточника и пролабировало из устья в мочевой пузырь. Этим пациентам для исключения других патологически измененных участков уротелия выполняли уретеропиелоскопию. После визуального, а при подозрении и гистологического подтверждения отсутствия опухолевых элементов в вышележащих отделах мочевых путей принималось решение о возможности проведения органосохраняющего оперативного вмешательства. Это исследование выполняли также для определения возможности эндоскопического удаления опухоли. При этом оценивали способность свободно манипулировать эндоскопом в зоне расположения опухоли в просвете мочеточника или чашечно-лоханочной системы. По данным диагностической биопсии, у трех больных установлен доброкачественный характер опухоли. У трех из этих четырех пациентов опухоль удалена с помощью резектоскопа, одному выполнена электрорезекция в просвете мочеточника во время уретероскопии.

У одного из пяти пациентов, которым была выполнена эндоскопическая операция, опухоль располагалась в лоханке единственной почки. Для ее удаления был использован чрескожный доступ в поясничной области. Показаниями для выполнения органосохраняющей операции в данном случае служили единственная почка, а также гематурия, следствием которой явилась выраженная анемия. Приводим это наблюдение.

Больной Н., 72 лет, поступил в клинику в экстренном порядке 22.01.2001 с диагнозом гидронефроз единственной оставшейся левой почки, хронический пиелонефрит, макрогематурия, постгеморрагическая анемия. При поступлении — жалобы на примесь крови в моче со сгустками, ноющие боли в поясничной области слева, слабость. Объективно состояние относительно удовлетворительное, в сознании, температура тела субфебрильная, гемодинамика стабильная, живот мягкий, безболезненный. Почки не определяется, поколачивание по пояснице умеренно болезненное слева. При обследовании: гемоглобин — 82 г/л, эритроциты — $3,05 \times 10^{12}$ л, креатинин — 257 мкмоль/л, в анализе мочи эритроциты покрывают все поля зрения. При ультразвуковом исследовании: расширены лоханка и чашечки, в лоханке пристеночный дефект наполнения

размерами 1,2 × 1,5 см, мочеточник в верхней трети расширен. В день поступления выполнена экстренная чрескожная нефростомия слева, при антеградном контрастировании ВМП в лоханке определяется дефект наполнения прежних размеров. Проведены противовоспалительная, гемостатическая, дезинтоксикационная терапия, гемотрансфузия. Состояние больного на фоне лечения значительно улучшилось, и 08.02.2001 пациент взят на операцию. Произведена пункция средней чашечки под ультразвуковым контролем. Под рентгенотелевизионным наблюдением пункционный канал расширен с помощью коаксиальных бужей до размера 28 Шр и в целях профилактики пиеловенозного рефлюкса и снижения до минимума количества экстравазата в полостную систему установлен тefлоновый кожух Amplatz. После этого выполнена нефроскопия, в процессе которой в лоханке определяется папиллярное опухолевое образование. Введенным резектоскопом произведена электрорезекция слизистой с опухолью (гистологическое заключение — высокодифференцированный переходноклеточный рак лоханки с инвазией в мышечный слой). Полостная система почки дренирована нефростомическим дренажом, который был удален на 7-е сутки. Послеоперационный период протекал гладко. 24.10.2001 выписан на амбулаторное лечение. При контрольном обследовании через 3, 9 мес и 3 года данных за рецидив опухоли не получено, жалоб не предъявляет, анализы крови и мочи в пределах нормы. Больной находится под наблюдением.

Средняя продолжительность операции у пациентов, которым выполнялись эндоскопические органосохраняющие вмешательства, составила 32,8±5,9 мин. Величина операционной кровопотери в среднем составила 83,0±15,3 мл. У одного больного в ближайшем послеоперационном периоде отмечено осложнение в виде обострения хронического пиелонефрита, которое было купировано консервативными мероприятиями. Летальных исходов не было. Средний послеоперационный койко-день составил 4,6±1,3 дня. Для профилактики рецидивов опухоли четырем пациентам проведено от 1 до 2 курсов внутрипузырной иммунотерапии вакциной БЦЖ и одному — курс системной химиотерапии по схеме MVAC. В отдаленном периоде обследованы трое больных. В одном случае через 15 мес выявлен рецидив опухоли в мочевом пузыре, который был удален путем трансуретральной электрорезекции. Максимальный срок наблюдения в этой группе составил 3 года, за этот период летальных исходов не отмечено.

Резекция мочеточника с последующим восстановлением его проходимости у пациентов с новообразованиями ВМП выполняется крайне редко. Как указывалось выше, такой подход обосновывался нерадикальностью органосохраняющих операций при раке почечной лоханки и мочеточника. С другой стороны, при наличии плохой функции

контралатеральной почки, локализации опухоли в нижней трети мочеточника, тяжелой сопутствующей патологии, двустороннем поражении и подтвержденном доброкачественном характере опухоли применение органосохраняющих операций является достаточно обоснованным. Вместе с тем исходя из того, что новообразования ВМП имплантационным путем распространяются вниз по ходу тока мочи, а многими авторами при выполнении органосохраняющих операций у больных с единственной почкой получены хорошие результаты, мы сочли возможным выполнить подобные операции у пациентов с нормально функционирующей контралатеральной почкой, причем у 8 (6,5%) — открытые органосохраняющие операции.

Оперативное вмешательство выполняем из подвздошного доступа со стороны пораженного мочеточника. После лапаротомии, ревизии органов брюшной полости и тазовых лимфатических узлов производим экстраперитонизацию и мобилизацию соответствующей половины мочевого пузыря и дистального отдела мочеточника. Затем резецируем до 10—12 см мочеточника, отступив вверх от опухоли не менее 3 см, и иссекаем стенку мочевого пузыря вокруг устья. Выполним тазовую лимфаденэктомию, приступаем к операции Боари в модификации Демеля. Мы разделяем точку зрения, что опухоль уретерия не распространяется вверх по мочевым путям, поэтому при локализации ее в нижней трети мочеточника может быть выполнена резекция последнего в пределах здоровых тканей. В таких случаях операцию следует считать не только органосохраняющей, но и радикальной. Приводим соответствующее наблюдение.

Пациент А., 74 лет, поступил в клинику 03.10.2001 с диагнозом опухоли мочевого пузыря. При поступлении жалобы на периодически возникающую примесь крови в моче. Объективно состояние удовлетворительное, гемодинамика стабильная, по лабораторным данным эритроцитурия до 30—50 в поле зрения, лейкоцитурия до 12—15 в поле зрения. При ультразвуковом исследовании: расширение чашечно-лоханочной системы справа, в мочевом пузыре опухолевое образование размерами 1,5 × 1,0 см. Из-за выраженной подкожно-жировой клетчатки дважды выполненные экскреторные урограммы неудовлетворительного качества, но в мочевом пузыре определяется дефект наполнения размерами около 1,0 × 1,5 см. 26.10.2001 при проведении запланированной трансуретральной резекции стенки мочевого пузыря установлено пролабирование опухоли из устья мочеточника, выполнена биопсия опухоли. Затем при уретеропиелоскопии выявлено, что основание опухоли находится на 3,0—3,5 см выше устья, а вышележащие отделы мочеточника и полостная система не изменены. Гистологическое заключение — переходноклеточная папиллома. При повторной госпитализации 15.01.2003 выполнена

резекция тазового отдела правого мочеточника и стенки мочевого пузыря с непрямым уретероцистоанастомозом. Послеоперационный период без особенностей, 24.01.2003 пациент выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. При контрольном обследовании через 3, 6 и 9 мес патологии не выявлено. Больной находится под наблюдением.

В среднем время операции у пациентов, которым выполняли открытые органосохраняющие вмешательства, составило $157,2 \pm 29,7$ мин, кровопотеря — $193,0 \pm 69,3$ мл. Осложнение в послеоперационном периоде отмечено у одного больного: нагноение раны и ее вторичное заживление. Летальных исходов не было. Пяти (62,5%) пациентам проведено по одному курсу внутривезикулярной противорецидивной БЦЖ-терапии и одному курсу системной химиотерапии по схеме MVAC. Период отдаленного наблюдения составил от 2 до 7 лет. За 5 лет удалось проследить судьбу пяти (62,5%) больных. В двух случаях через 19 и 24 мес выявлены рецидивы опухоли в мочевом пузыре, которые были удалены трансуретрально. Частота рецидивирования через 4 года составила 40,0%. С момента операции из-за распространенности опухолевого процесса умер 1 (20,0%) пациент, 5-летняя выживаемость составила 80%.

Заключение

Органосохраняющие операции у больных с новообразованиями ВМП в ряде случаев являются оправданной альтернативой нефроуретерэктомии с резекцией мочевого пузыря. Наиболее предпочтительны, по нашему мнению, такие операции у пациентов с локализацией опухоли в тазовом отделе мочеточника. Органосохраняющие операции наиболее обоснованны при опухоли единственной почки или двустороннем процессе. Вместе с тем мы считаем, что органосохраняющие операции могут быть также выполнены и у больных с нормально функционирующей контралатеральной почкой. Пока трудно решить, какой характер имеет данная операция — радикальный или паллиативный. Вероятно, при доброкачественной или высокодифференцированной единичной опухоли ВМП у ряда больных ее можно успешно удалить в пределах здоровых тканей. Основным и определяющим моментом для установления показаний к этому методу лечения является эндоскопическое исследование мочевыводящих путей с оценкой возможности свободного манипулирования эндоскопом в просвете мочеточника и полостной системы почки для биопсии опухоли и ее последующего удаления.

Литература

1. Карякин О.Б. Опухоли лоханки и мочеточника. В кн.: Клиническая онкоурология. Б.П. Матвеев (ред.). М., Вердана; 2003. с. 175—94.
2. Матвеев Б.П., Фигурин К.М. Диагностика опухолей верхних мочевых путей. Урол и нефрол 1998;(5):29—34.
3. Переверзев А.С. Хирургия опухолей верхних мочевых путей. Харьков, Факт; 1997.
4. Комяков Б.К., Идрисов Ш.Н., Новиков А.И. и др. Оперативное лечение эпителиальных опухолей верхних мочевыводящих путей. Урология 2004;(4):12—6.
5. Матвеев Б.П., Фигурин К.М. Лечение опухолей верхних мочевых путей (ретроспективный анализ). Урол и нефрол 1988;(6):41—4.
6. Лунгрен Е., Коллберг С., Штенер Б. Замещение мочеточника выключенной петлей тонкой кишки. Урол и нефрол 1962;(1):43—8.
7. Комяков Б.К. Диагностика и оперативное лечение опухолей верхних мочевых путей. Урол и нефрол 1998;(3):18—21.
8. Fernandez Gomez J., Sampietro Crespo A., Fernandez Duran A. et al. Segment resection of the ureter in transitional cell carcinoma. Arch Esp Urol 1995;48(4):393—5.
9. Anderstrom C., Johansson S., Petersson S., Wahlqvist L. Carcinoma of the ureter: a clinicopathology study of 49 cases. J Urol 1989;149(2):1231—8.
10. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г., Ергаков Д.В. Эндоскопические методы диагностики и лечения папиллярных опухолей верхних мочевыводящих путей. Урология 2001;36:46—51.
11. Jabour M., Desgrandchamps F., Cazin S. et al. Percutaneous management of grade II upper urinary tract transitional cell carcinoma: the long-term outcome. J Urol 2000;163(4):1105—7.
12. Keeley F., Bibbo M., Bagley D. Ureteroscopic treatment and surveillance of upper urinary tract transitional cell carcinoma. J Urol 1997;157(5):1560—5.
13. Geavlete P., Jora T. A ureteral endoscopic approach—a minimally invasive method complementary to nephroureterectomy. Chirurgia 1998;93(2):107—14.
14. Elliott D.S., Blute, M.L., Patterson D.E. et al. Long-term follow-up of endoscopically treated upper urinary tract transitional cell carcinoma. Urology 1996;47(6):819—25.

Уважаемые коллеги!

Подписку на журнал «ОНКОУРОЛОГИЯ» на 2007 г. можно оформить в любом отделении связи.
Подписной индекс в каталоге «Почта России» — 12312.