

Лапароскопическая гемиуретерэктомия и гетеротопическая пиелоуретеропластика при раке мочеочника нижней половины удвоенной почки

Laparoscopic hemiureterectomy and heterotopic pyeloureteroplasty in patients with urothelial cancer of the lower part of the double kidney

A.D. Kochkin, F.A. Sevryukov, A.B. Puchkin, D.A. Sorokin, I.V. Karpukhin, D.V. Semenichev, A.V. Knutov

In the west countries only 2 cases of the upper urinary tract urothelial cancer (UUTUC) are registered for 100 000 individuals. The anomalic doubling of the kidney is accounted for no more as 0.8% of cases. Therefore, UUTUC of one part of the doubled kidney is extremely rare to happen. PubMed search revealed single case reports of the UUTUC located in ureter of doubled kidney. Of 11 cases 10 have received the total nephroureterectomy with bladder wall resection, in only one case – ureter was resected with the formation of the uretero-ureteral anastomosis. Prospective studies aimed at the standardization of the treatment are not possible in this patient population. Nephroureterectomy stays as a gold standard. In selected patients EAU guidelines recommend nevertheless the minimally invasive organ sparing operations as the procedure of choice. It was not possible to find any evidence to laparoscopic hemiureterectomy with heterotopic pyeloureteroplasty in case of ureteral cancer of lower part of doubled kidney, presented in this case report. The decision to preserve organ was expressed by the patient and therefore organ-sparing surgery was elected instead of nephroureterectomy. The urinary tract anomaly let us to excise the ureter completely from the ostium up to the pelvis with maximal preservation of the physiological urine transportation schema. Laparoscopic approach allowed us to perform operation minimally invasive and speed the recovery of this obese patient.

А.Д. Кочкин, Ф.А. Севрюков, А.Б. Пучкин, Д.А. Сорокин, И.В. Карпукхин, Д.В. Семеничев, А.В. Кнутов

Урологический центр НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД», г. Н.Новгород

Уротелиальный рак верхних мочевых путей (УРВМП) не является распространенным заболеванием и составляет не более 10% от всех уротелиальных карцином. Ограниченное количество наблюдений не позволяет провести широкомасштабные проспективные рандомизированные исследования и стандартизировать тактику лечения [1-3]. Нефруретерэктомия с резекцией мочевого пузыря остается «золотым стандартом» лечения УРВМП. Однако, в некоторых случаях, эффективность минимально инвазивных органосохраняющих технологий, позволила Европейской ассоциации урологов (EAU) рекомендовать их в качестве операций выбора [1].

В западных странах Европы ежегодно диагностируется лишь два случая УРВМП на 100 тысяч населения [4, 5]. В свою очередь частота встречаемости аномалии мочевых путей в виде их удвоения не превышает 0,8% [6, 7]. Таким образом, опухоль мочеочника одной из половин удвоенной почки является чрезвычайно редкой патологией. Так, в системе PubMed, доступны лишь несколько публикаций о клинических наблюдениях уротелиальной карциномы одного из мочеочников удвоенной почки. Из одиннадцати приведенных случаев, в десяти больные были подвергнуты тотальной нефруретерэктомии с резекцией мочевого пузыря и лишь в одном – резекции мочеочника с формированием уретеро-уретеро анастомоза [8, 9].

В изученных источниках литературы нам не удалось обнаружить публикаций о лапароскопической гемиуретерэктомии с гетеротопической пиелоуретеропластикой при раке мочеочника нижней половины удвоенной почки. Последнее побудило поделиться собственным клиническим наблюдением.

Пациент X., 1962 г.р. Появление приступообразной боли в пояснице слева, сопровождавшейся примесью крови в моче, послужило причиной обращения к врачу в октябре 2012 года. При клинико-лабораторном обследовании, данными УЗИ и экскреторной урографии верифицировано удвоение левой почки с блоком нижней ее половины на уровне средней трети мочеочника. В связи с подозрением на рентген-негативный конкремент мочеочника, предпринята лечебно-диагностическая уретеропиелоскопия. На уровне средней трети мочеочника нижней половины не полностью удвоенной левой почки выявлено циркулярное сужение мочеочника на протяжении 20 мм, напоминающее рубец. Последнее преодолено по проводнику. Проксимальные отделы мочеочника и лоханка расширены, но не изменены. По завершении периода реабилитации выполнены МРТ и МР-урография, верифицирована солидная опухоль средней трети мочеочника нижней половины удвоенной левой почки с формированием уретерогидронефроза (рис. 1). Пациент направлен в урологический центр НУЗ «ДКБ ОАО РЖД на ст. Горький» г. Н. Новгород для определения так-

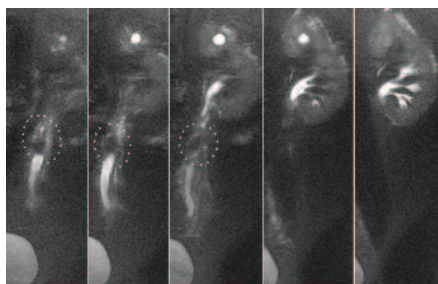


Рис. 1. Магнитно-резонансная урография до операции: неполное удвоение левых мочевых путей; пунктиром отмечена опухоль мочеточника нижней половины удвоенной почки

тики дальнейшего лечения. По результатам анализа клинической картины развития заболевания, жалоб больного, данных анамнеза, физикального и объективного исследований, сформулирован клинический диагноз: «Опухоль средней трети мочеточника нижней половины не полностью удвоенной левой почки, осложненная уретерогидронефрозом. Артериальная гипертензия II ст, ст 2, риск 3, НК0. Ожирение.». В связи с этим, по элективным показаниям, 11.12.2012 г. выполнена без осложнений лапароскопическая гемигиуретерэктомия слева с гетеротопической пиелоуретропластикой.

Техника операции. Положение больного «на спине». Оптический троакары в умбиликальной области. После ревизии брюшной полости операционный стол переведен в положение Фовлера (10°) и на «здоровую» сторону (30°). Рабочие троакары установлены в эпигастрии и по латеральному краю прямой мышцы живота. Ободочная кишка широко мобилизована медиально. Осуществлен доступ к абдоминальной аорте, а затем к сосудистой ножке почки и лоханке ее нижней половины. Последняя лигирована на уровне лоханочно-мочеточникового соустья и пересечена выше. В области фиссуса мочеточник нижней половины пересечен меж клипс, после чего мобилизован краниально вместе с окружающей его жировой клетчаткой и отсечен. В верхней своей трети выделен мочеточник верхней половины удвоенной почки. По латеральной стенке вскрыт его просвет. Через уретеротомное отверстие антеградно установлены два внутренних J-J стента 5Ch. Одним дренирована лоханка верхней, вторым – лоханка нижней половины почки. В полость последней

ретроградно дополнительно установлена нефростома. Лоханка нижней половины удвоенной почки анастомозирована с мочеточником верхней непрерывным швом (рис. 2 – 4). Контроль гемостаза. Страховой дренаж в зоне операции. Препарат эвакуирован через расширенную рану троакара в пластиковом контейнере. Десуффляция. Шов ран. Продолжительность операции 270 минут. Кровопотеря до 150 мл.

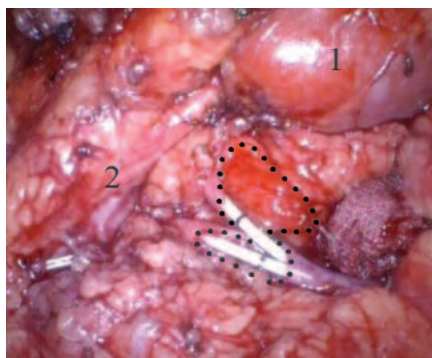


Рис. 2. Техника операции. 1 - нижний полюс левой почки; 2 - сосудистая ножка почки; пунктиром отмечены просветы лоханки нижней и мочеточника верхней половин удвоенной почки, дренированные стендами

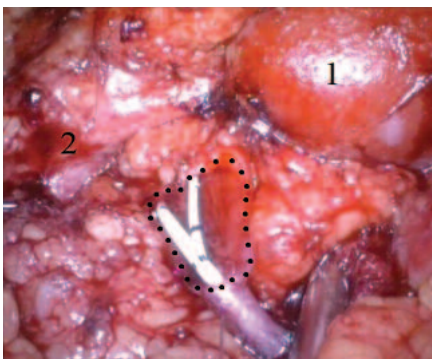


Рис. 3. Техника операции. 1 - нижний полюс левой почки; 2 - сосудистая ножка почки; задний ряд непрерывного шва пиелоуретрального анастомоза завершен; пунктиром отмечены просветы лоханки нижней и мочеточника верхней половин удвоенной почки

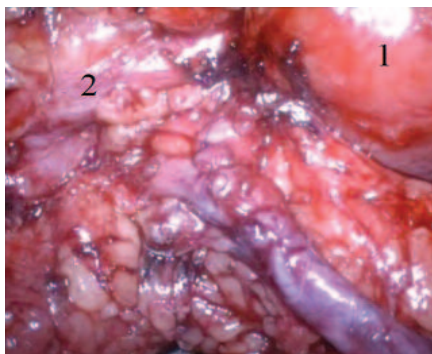


Рис. 4. Техника операции. 1 - нижний полюс левой почки; 2 - сосудистая ножка почки; анастомоз между лоханкой нижней и мочеточником верхней половин удвоенной почки завершен

Послеоперационный период гладкий. Пациент активизирован в первые послеоперационные сутки. Проводи-

лась посиндромная терапия, профилактика инфекционных и тромбоэмболических осложнений. После антеградной пиелографии на пятые сутки удалена нефростома. В удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное наблюдение через семь дней после операции. Гистологическое заключение – уротелиальная карцинома средней степени злокачественности G2, рост до периуретеральной клетчатки; края резекции свободны от опухолевой ткани; в удаленных лимфатических узлах данных за метастазы нет.

При контрольном осмотре через три месяца состояние и самочувствие больного удовлетворительное. По данным МР-урографии пиелоуретральный анастомоз проходим (рис. 5А). Цитологическое исследование мочи патологии не выявило.



Рис. 5. А - Магнитно-резонансная урография через 3 послеоперационных месяца; В - экскреторная урография спустя год после вмешательства

Спустя год после операции проведено контрольное стационарное обследование. По данным МРТ признаков прогрессирования заболевания не выявлено. При цисто- и уретеропиелоскопии местных рецидивов не выявлено. При экскреторной урографии функция почек сохранена, своевременна и адекватна (рис. 5В). Пациент самочувствием доволен. Ведет обычный образ жизни, работает на прежнем месте.

ОБСУЖДЕНИЕ

Опухоли верхних мочевых путей представляют редкую группу

новообразований, информация о которой ограничивается описанием клинических случаев и небольшими сериями наблюдений [2]. Тенденция к увеличению доли органосохраняющих операций способствовала расширению показаний к минимально инвазивным вмешательствам при УРВМП [3]. Распространение уротелиального рака по мочеточнику вверх практически не встречается [2]. Последнее служит основанием резекционного метода лечения опухолей мочеточника. Так, в своем исследовании I. Mazeman продемонстрировал отсутствие достоверного различия в вероятностях развития местных рецидивов после нефруретерэктомии и резекции мочеточника [10]. Принимая во внимание подобные сообщения, в настоящее время Европейская ассоциация урологов рассматри-

вает резекцию мочеточника в качестве альтернативного метода лечения опухолей G1 – G2 дистальных его отделов у ограниченного контингента больных по элективным показаниям [1].

В нашем наблюдении, учитывая неполное удвоение левой почки, методом выбора являлась тотальная нефруретерэктомия с резекцией мочевого пузыря. Однако от предложенного вмешательства пациент категорически отказался, настояв на сохранении органа. Описанная врожденная аномалия обусловила возможность полного удаления мочеточника – от фиссуса до лоханки – и сохранить не только почку, но и, максимально приближенный к физиологическому, отток мочи. В свою очередь, лапароскопический доступ обеспечил вмешательству минимальную инвазивность, что позволило акти-

визировать больного с ожирением в кратчайшие сроки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Чрезвычайно редкая частота встречаемости уротелиального рака одного из мочеточников удвоенной почки ставит под сомнение возможность доказательного анализа каких-либо методов лечения, что не позволяет сделать однозначные выводы. Тем не менее, на наш взгляд, у некоторых больных, лапароскопическая гемииуретерэктомия с гетеротопической пиелоуретеропластикой имеет ряд бесспорных преимуществ и может рассматриваться в качестве альтернативного метода лечения одиночных опухолей дистальных отделов мочеточника одной из половин удвоенной почки. ■

Резюме:

В западных странах Европы ежегодно диагностируется лишь два случая уротелиального рака верхних мочевых путей (УРВМП) на 100 тыс. населения. В свою очередь частота встречаемости аномалии мочевых путей в виде их удвоения не превышает 0,8%. Таким образом, опухоль мочеточника одной из половин удвоенной почки является чрезвычайно редкой патологией. Так, в системе PubMed, доступны лишь несколько публикаций о клинических наблюдениях уротелиальной карциномы одного из мочеточников удвоенной почки. Из 11 приведенных случаев, в 10 – больные были подвергнуты тотальной нефруретерэктомии с резекцией мочевого пузыря и лишь в одном – резекции мочеточника с формированием уретеро-уретеро анастомоза. Ограниченное количество наблюдений не позволяет провести широкомасштабные проспективные рандомизированные исследования и стандартизировать тактику лечения. Нефруретерэктомия с резекцией мочевого пузыря остается «золотым стандартом» лечения. Однако эффективность минимально инвазивных органосохраняющих технологий, позволила Европейской ассоциации урологов рекомендовать их в качестве операций выбора у отобранного контингента больных.

В изученных источниках литературы нам не удалось обнаружить публикаций о лапароскопической гемииуретерэктомии с гетеротопической пиелоуретеропластикой при раке мочеточника нижней половины удвоенной почки. Последнее побудило поделиться собственным клиническим наблюдением; описаны техника операции и ближайшие результаты. В нашем случае методом выбора являлась тотальная нефруретерэктомия с резекцией мочевого пузыря. Однако от предложенного вмешательства пациент категорически отказался, настояв на сохранении органа. Описанная врожденная аномалия обусловила возможность полного удаления мочеточника – от фиссуса до лоханки – и сохранить не только почку, но и, максимально приближенный к физиологическому, отток мочи. В свою очередь, лапароскопический доступ обеспечил вмешательству минимальную инвазивность, что позволило активизировать больного ожирением в кратчайшие сроки.

Ключевые слова: рак мочеточника, удвоенная почка, лапароскопическая гемииуретерэктомия, гетеротопическая пиелоуретеропластика.

Key words: ureteral cancer, duplex kidney, laparoscopic hemiureterectomy, heterotopic pyeloureteroplasty.

ЛИТЕРАТУРА

1. Roupřet M, Babjuk M, Compérat E, Zigeuner R, Sylvester R, Burger M, Cowan N, Böhle A, Van Rhijn BWG, Kaasinen E, Palou J, Shariat SF. Guidelines on Urothelial Carcinomas of the Upper Urinary Tract. European Association of Urology 2013. // URL: <http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines>.
2. Афонин С.В., Волкова М.И., Матвеев В.Б. Современные методы лечения уротелиального рака верхних мочевых путей. // Онкоурология. 2010. N 2. С.84-90.
3. Клиническая онкоурология. [Под редакцией Матвеева Б.П.] – М.: ООО «АБВ-пресс», 2011. 934 с.
4. Munoz JJ, Ellison LM. Upper tract urothelial neoplasms: incidence and survival during the last 2 decades. // J Urol. 2000. Vol. 164, N 5. P. 1523-1525.
5. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. // CA Cancer J Clin. 2012. Vol. 62, N 1. P. 10-29.
6. Гимпельсон, Э.И. Аномалии почек: клиника, диагностика и лечение. М: Медицина, 1949. С. 81, 97-100.
7. Schlusser RN, Retic AB. Ectopic ureter, ureterocele and other anomalies of the ureter. // In: Campbell-Walsh Urology, 9th edn. [Wein AJ, Kavoussi LR, Novic AC, Partin AW, Peters CA. eds]. Vol 4, Philadelphia, Saunders Elsevier, 2008. P. 3383-3422.
8. Tudor RG, Clear JD. Conservative surgery in the management of carcinoma in a duplex ureter. // J R Coll Surg Edin. 1986. Vol. 31. P. 323-324.
9. Chen K-S, Chuang C-K, Wu C-H, Liaw C-C, Lee N. Upper urinary tract tumor in a duplicated collecting system: report of three cases and review of the literature. // Chang Gung Med J. 2003. Vol. 26. P. 377-382.
10. Mazeman I. Tumors of the upper urinary tract, calyces, renal pelvis and ureter. // Eur Urol. 1976. Vol. 2. P. 120-126.

OLYMPUS

Your Vision, Our Future



NEW

THUNDERBEAT

Впервые в мире одновременная подача к тканям биполярной и ультразвуковой энергии.

- Надежный гемостаз сосудов до 7 мм
- Минимальный риск термического латерального повреждения
- Максимальная скорость лигирования и резекции
- Уменьшение паро- дымообразования улучшает качество визуализации
- Точная диссекция благодаря конструкции бранш

THUNDERBEAT