

Гигантская липосаркома почки

Gigant renal liposarcoma

S.V. Shkodkin, Y.N. Shevtsov,
Y.B. Idashkin, A.V. Lyubushkin,
A.S. Parichuk

The effect of chemoradiotherapy, targeted and immunotherapy to primary kidney tumor is virtually absent, therefore, the surgical approach is the main treatment for these patients. Surgery of "large" tumors of kidney associated with a number of technical problems. This may be due to disruption of the anatomy due to the dislocation of adjacent organs, vascular invasion and the development of collateral circulation, involvement in the process of tumor of the liver, pancreas, spleen. Nephrectomy in these patients requires resection of adjacent organs, thrombectomy, and vascular reconstruction. There is no common position on the indications for prosthetics department abdominal inferior vena cava and the materials used. The article shows the clinical observation of the patient with a tumor of the right kidney weight of 17.1 kg. Ultrasonography and helical computed tomography performed before surgery revealed no vascular problems. On operation was diagnosed circular compression of the renal department of the inferior vena cava.

The patients underwent nephrectomy with resection and prosthetic department renal inferior vena cava. Venous ischemia for 40 minutes did not result in an ischemic damage of the contralateral kidney. Morphologically, the tumor presented as a liposarcoma.

Within 2 years the patient has no disease progression. An ultrasound and spiral computed tomography revealed a satisfactory function of the vascular prosthesis.

In view of the objective reasons "large" kidney tumor change habitual anatomy that requires careful analysis on the preoperative stage.

Prosthetics inferior vena cava provides good functional results and should be used in these patients.

**С.В. Шкодкин^{1,2}, Ю.Н. Шевцов¹, Ю.Б. Идашкин¹,
А.В. Любушкин², А.С. Паричук³**

¹ ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»,

² ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Минобрнауки России,

³ ОГКУЗ особого типа Белгородское областное патологоанатомическое бюро



Отсутствие эффекта от химиолучевой, таргетной и иммунотерапии на первичную опухоль почки определяет приоритет хирургического подхода для лечения этой категории пациентов [1, 2]. Несомненно, повсеместное применение таких лучевых методов визуализации как ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральная компьютерная томография (СКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) увеличило выявляемость опухолей почки небольших размеров, что в свою очередь позволяет выполнять органосохраняющие вмешательства [2-4]. В урологическом сообществе не прошли проверки модели скрининга рака почки и, являясь зачастую бессимптомным, местнораспространенный рак почки продолжает выявляться в 15-26% случаев [1, 2, 5, 6].

Хирургия «больших» опухолей почки сопряжена с рядом технических трудностей, а именно: нарушение анатомии вследствие дислокации прилежащих органов, сосудистая инвазия и развитие коллатерального кровотока, вовлечение в опухолевый процесс печени, поджелудочной железы, селезенки [5,7,8]. Нефрэктомия у таких пациентов требует выполнения резекции смежных органов, тромбэктомии и сосудистой реконструкции. В литературе отсутствует единая позиция по вопросам показаний к протези-

рованию абдоминального отдела нижней полой вены и используемому материалу [7-10].

Представляем клиническое наблюдение: пациентка З., 62 лет, госпитализирована с жалобами на увеличение живота, потерю веса, слабость, которые прогрессируют в течение 1,5 лет. В анамнезе инфаркт миокарда три года назад, страдает гипертонической болезнью. Объективно пониженного питания, вес 71 кг, индекс массы тела – 27,7. Живот увеличен за счет ограниченно подвижного опухолевидного образования 55х30 см, располагающегося от мечевидного отростка до лона (рис. 1а). Печень, селезенка и отделы ЖКТ не пальпировались, перистальтика выслушивалась в левом мезогастрин. На передней брюшной стенке определялись расширенные вены – голова медузы (caput Medusae) (рис. 1а), отмечались отеки голеней. Показатели гемограммы не выходили за границы референтных значений; отмечен рост трансаминаз и щелочной фосфатазы, микрогематурия (до 10 эритроцитов в п/з). При ультразвуковом исследовании все отделы брюшной полости были заняты описанной опухолью, правая почка не дифференцировалась, печень визуализировалась фрагментарно, отсутствовала четкая граница с печенью, признаков венозной инвазии не выявлено. По данным спиральной компьютерной томографии (СКТ) с болюсным усилением в ангиографическом режиме данная

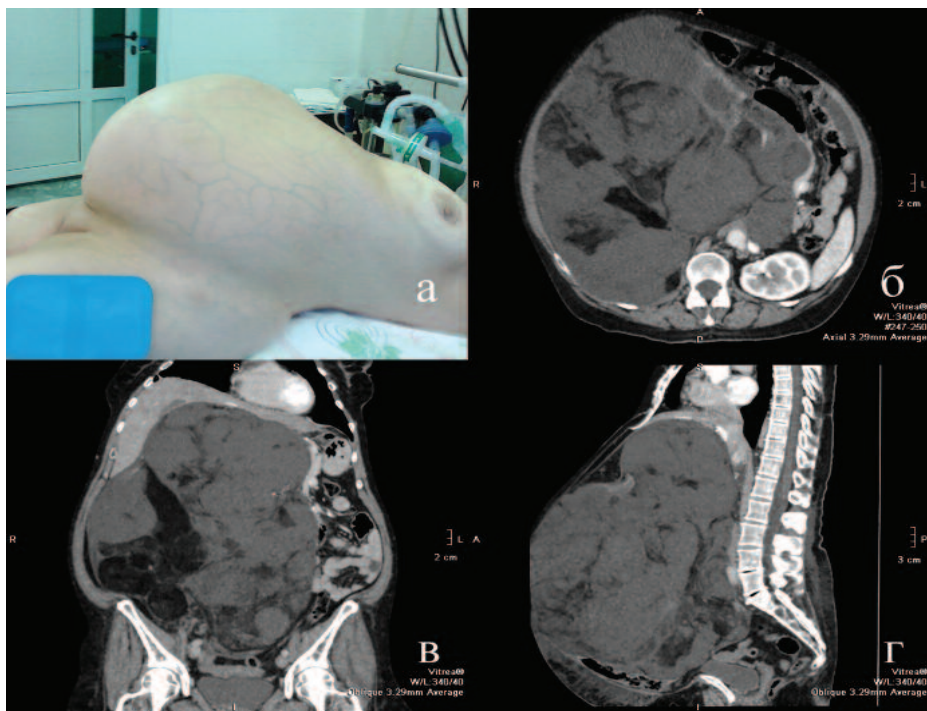


Рис.1. Пациентка перед операцией, визуализируется подкожная венозная сеть (а), дооперационная СКТ (б-г)

опухоль исходила из правой почки, инвазировала в сегменты SVI и SVII печени, нижняя полая вена дислоцирована влево от срединной линии, проходима (рис. 1 б-г). По результатам СКТ грудной клетки и МРТ мозга у больной не выявлено диссеминированного опухолевого процесса.

По поводу гигантской опухоли правой почки T4N0M0, стадия IV, пациентка была оперирована. Из тотальной срединной лапаротомии (рис. 2а) мобилизованы верхний и нижний полюса (рис. 2б), передняя и задняя по-

верхности опухоли, ободочная и 12-перстная кишка смещены (рис. 2в), инвазия в печень отсутствовала, почечная артерия перевязана по задней поверхности. При манипуляциях в области ворот почки отмечен аномальный ход венозных сосудов, развилось кровотечение, потребовавшее форсированного наложения венозных зажимов и удаления опухоли. Удалена опухоль 17,1 кг. При ревизии операционной раны выявлен дефект 10 см ренального отдела нижней полой вены. Проксимальный и дистальный ее концы и левая почечная вена перевязаны.

При осмотре макропрепарата отмечено, что указанные вены уходят в опухоль, просвет полностью комплемирован. При перевязке коротких печеночных и поясничных вен мобилизованы 5 см нижней полой и 3 см левой почечной вены, лигатуры сняты. Вена протезирована сосудистым протезом «Vas-cutek Gelsoft» диаметром 22 мм, анастомозы прошиты проленом 30 (рис. 2 г). Время венозной ишемии составило 40 минут. В послеоперационном периоде не отмечено нарушений функции почек, уровень креатинина составил 79,5 мкмоль/л, мочевины – 4,95 моль/л.

Морфологически опухоль представляла собой липосаркому, вторичного поражения лимфатических узлов выявлено не было (рис. 3 а-г).

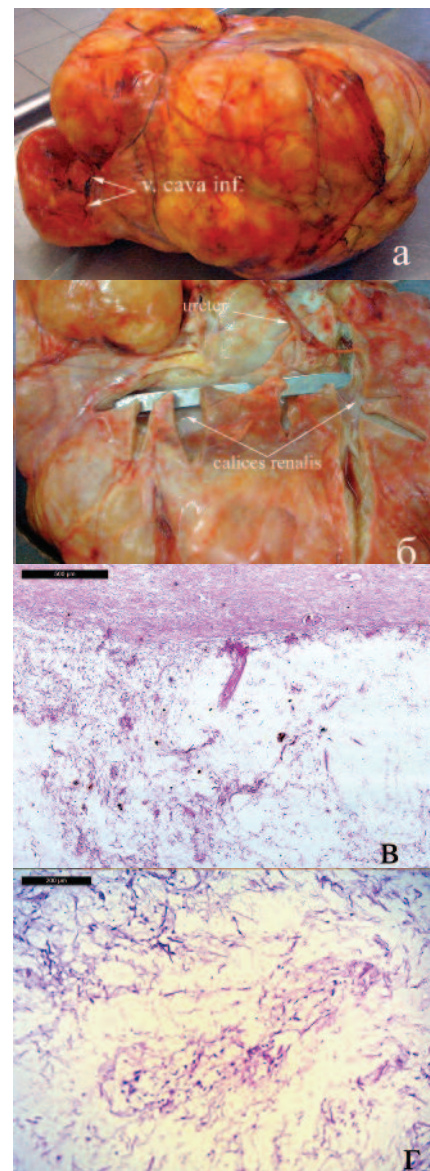


Рис. 3. Макро- (а,б) и микроскопический (в,г) вид опухоли. Окраска гематоксилин и эозин

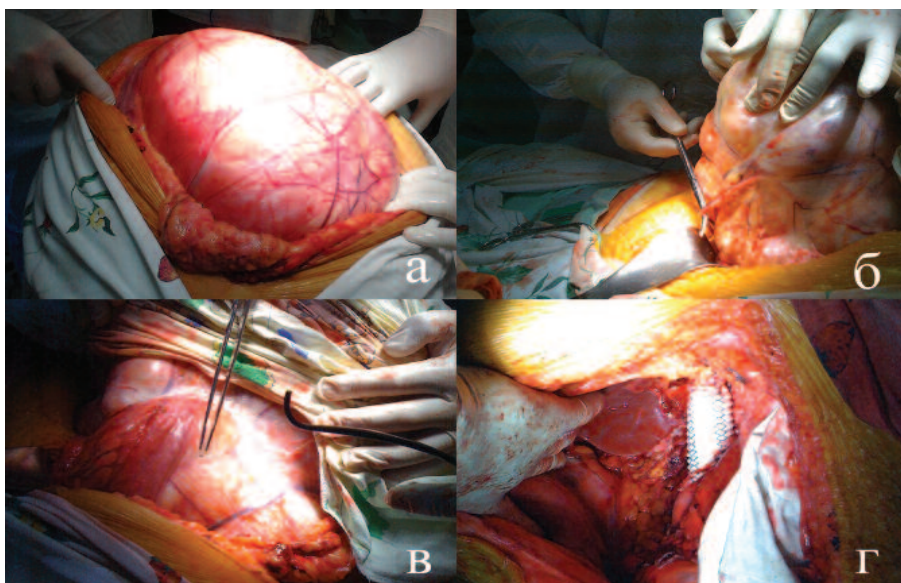


Рис. 2 а-г. Этапы нефрэктомии (пояснения в тексте)

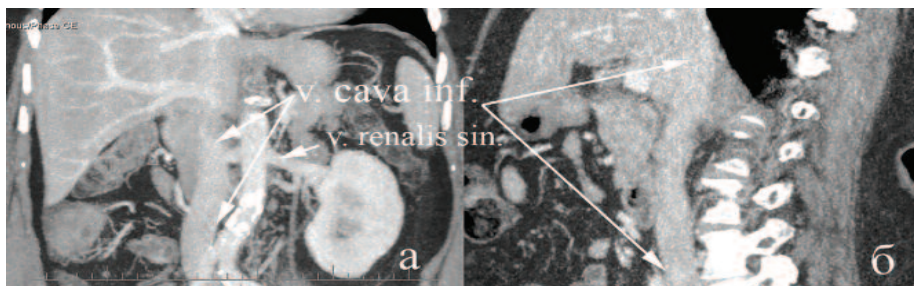


Рис. 4. СКТ (а,б) брюшной полости пациентки через 2 года после операции

Пациентка, находясь под наблюдением онколога, получила 2 курса адъювантной лучевой терапии СОД 64 Грей.

Последний осмотр через 2 года после операции не выявил тромбоза сосудистого протеза, локального и системного рецидива как по данным ультразвукового исследования, так и спиральной компьютерной томографии (рис. 4 а, б). Пациентка прибавила в весе, и весит 85 кг, индекс массы тела – 33,2, отклонений в гемограмме и по биохимическим показателям не выявлено. Пациентка социально адаптирована, продолжает трудовую деятельность.

ОБСУЖДЕНИЕ

На дооперационном этапе мы предполагали, что основные хирургические проблемы будут связаны с аномальными и добавочными венозными магистральями, поэтому уделили большое значение ультразвуковой и рентгеновской анатомии, исключив тромбоз. Ретроспективно анализируя данные УЗИ и спиральной компьютерной томографии, приходится констатировать, что за нижнюю полую была принята дилатированная непарная вена, при этом ввиду полной компрессии опухолью

кровоток по нижней полой вене отсутствовал. Целесообразность протезирования в данном случае дискуссионна т.к. развитая коллатеральная сеть предупредила развитие канальцевого некроза при 40 минутной венозной ишемии. К позитивной стороне протезирования стоит отнести купирование клинических признаков синдрома нижней полой вены. У больной отсутствовали расширенная венозная сеть на передней брюшной стенке, варикоз вен нижних конечностей и отечный синдром.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В виду объективных причин «большие» опухоли почки изменяют привычную анатомию, что требует детального анализа на предоперационном этапе. Протезирование нижней полой вены, обеспечивает хорошие функциональные результаты. ■

Резюме:

Эффект от химиолучевой, таргетной и иммунотерапии на первичную опухоль почки практически отсутствует, поэтому хирургический подход является основным в лечении этих пациентов. Хирургия «больших» опухолей почки сопряжена с рядом технических проблем. Это может быть связано с нарушением анатомии вследствие дислокации прилежащих органов, сосудистой инвазии и развития коллатерального кровотока, вовлечения в опухолевый процесс печени, поджелудочной железы, селезенки. Нефрэктомия у таких пациентов требует выполнения резекции смежных органов, тромбэктомии и сосудистой реконструкции. Отсутствует единая позиция по вопросам показаний к протезированию абдоминального отдела нижней полой вены и используемому материалу.

В статье приведено клиническое наблюдение пациентки с опухолью правой почки весом 17,1 кг. Ультразвуковое исследование и спиральная компьютерная томография, выполненные до операции, не выявили сосудистых проблем. На операции диагностирована циркулярная компрессия ренального отдела нижней полой вены. Больной выполнена нефрэктомия с резекцией и протезированием ренального отдела нижней полой вены. Венозная ишемия в течение 40 минут не привела к ишемическому повреждению контрлатеральной почки. Морфологически опухоль представляла липосаркому. В течение 2 лет послеоперационного наблюдения у пациентки отсутствует прогрессия заболевания. Проведенные ультразвуковое исследование и спиральная компьютерная томография выявили удовлетворительную функцию сосудистого протеза.

В виду объективных причин «большие» опухоли почки изменяют привычную анатомию, что требует детального анализа на предоперационном этапе. Протезирование нижней полой вены обеспечивает хорошие функциональные результаты.

Ключевые слова: рак почки, карцинома почек, радикальная нефрэктомия, протезирование нижней полой вены.

Key words: cancer of the kidney, renal cell carcinoma, radical nephrectomy, prosthesis inferior vena cava.

ЛИТЕРАТУРА

1. Онкоурология (национальное руководство). [Под редакцией В.И. Чиссова, Б.Я. Алексеева, И.Г. Русакова]. М., Геотар-Медиа, 2012. 674 с.
2. Алексеев Б.Я., Волкова М.И., Воробьев Н.В. Опухоли почечной паренхимы Клиническая онкоурология [Под ред. Б.П. Матвеева]. М., 2011. С. 11-236.
3. Ghandour RA, Danzig MR, McKiernan JM. Renal cell carcinoma: risks and benefits of nephron-sparing surgery for T1 tumors. // Adv Chronic Kidney Dis. 2015. Vol. 22, N 4. P. 258-265.
4. Volpe A, Blute ML, Ficarra V, Gill IS, Kutikov A, Porpiglia F, Rogers C, Touijer KA, Van Poppel H, Thompson RH. Renal ischemia and function after partial nephrectomy: a collaborative review of the literature. // Eur Urol. 2015. Vol. 68, N 1. P. 61-74.
5. Psutka SP, Boorjian SA, Thompson RH, Schmit GD, Schmitz JJ, Bower TC, Stewart SB, Lohse CM, Chevillie JC, Leibovich BC. Clinical and radiographic predictors of the need for inferior vena cava resection during nephrectomy for patients with renal cell carcinoma and caval tumor thrombus. // BJU Int. 2015. Vol. 116, N 3. P. 388-396.
6. Calero A, Armstrong PA. Renal cell carcinoma accompanied by venous invasion and inferior vena cava thrombus: classification and operative strategies for the vascular surgeon. // Semin Vasc Surg. 2013. Vol. 26, N 4. P. 219-225.
7. Li G, Zhang Z, Xie D, Ye N, Yu D. Surgical resection of recurrent inferior vena cava tumor following radical nephrectomy for renal cell carcinoma. // Oncol Lett. 2015. Vol. 10, N 1. P. 111-114.
8. Chen X, Li S, Xu Z, Wang K, Fu D, Liu Q, Wang X, Wu B. Clinical and oncological outcomes in chinese patients with renal cell carcinoma and venous tumor thrombus extension. // World J Surg Oncol. 2015. Vol. Feb 4;13:14.
9. Martínez-Salamanca JI, Linares E, González J, Bertini R, Carballido JA, Chromecki T, Ciancio G, Daneshmand S, Evans CP, Gontero P, Haferkamp A, Hohenfellner M, Huang WC, Koppie TM, Master VA, Matloob R, McKiernan JM, Mlynarczyk CM, Montorsi F, Nguyen HG, Novara G, Pahernik S, Palou J, Pruthi RS, Ramaswamy K, Faba OR, Russo P, Shariat SF, Spahn M, Terrone C, Tilki D, Vergho D, Wallen EM, Xylinas E, Zigeuner R, Libertino JA. Lessons learned from the International renal cell carcinoma-venous thrombus consortium (IRCC-VTC). // Curr Urol Rep. 2014. Vol. 15, N 5. P. 404.
10. Wachtel H, Gupta M, Bartlett EK, Jackson BM, Kelz RR, Karakousis GC, Fraker DL, Roses RE. Outcomes after resection of leiomyosarcomas of the inferior vena cava: a pooled data analysis of 377 cases. // Surg Oncol. 2015. Vol. 24, N 1. P. 21-27.