

Wojciech Rogowski

Klinika Nowotworów Układu Moczowego, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Rola chirurgii w leczeniu chorych na raka nerkowokomórkowego

The role of surgery in the treatment of renal cell carcinoma

Pomimo postępu w terapii chorych na raka nerkowokomórkowego nerki (RCC, *renal cell carcinoma*) chirurgia nadal pozostaje jedynym sposobem leczenia radykalnego. Wybór metody leczenia chirurgicznego zależy od:

- stopnia zaawansowania miejscowego choroby (wielkości guza);
- jedno- lub obustronnego występowania nowotworu;
- obecności lub braku drugiej nerki;
- zajęcia przez nowotwór żyły nerkowej (i żyły głównej dolnej);
- wydolności nerek;
- stanu ogólnego chorego.

Podstawowym zabiegiem jest radykalna nefrektomia polegająca na usunięciu zajętej guzem nerki wraz z torebką tłuszczową. Usunięcie nadnercza nie jest konieczne, jeśli jego obraz jest prawidłowy w przedoperacyjnej tomografii komputerowej. Wyjątkiem jest guz górnego bieguna nerki, który powoduje możliwość nacieku nadnercza przez ciągłość lub średnica guza jest większa niż 7 cm, co może być czynnikiem ryzyka rozsiewu do nadnercza po stronie guza. Nie wykonuje się limfadenektomii, jeżeli regionalne węzły chłonne są niepowiększone, w celu określenia stopnia zaawansowania miejscowego wystarczy usunięcie tkanki chłonnej leżącej we wnętrzu nerki.

W przypadku guza o średnicy nie większej niż 4 cm standardem jest obecnie leczenie oszczędzające tkankę

nerki (NSS, *nephron-sparing surgery*). Resekcja guza z marginesem zdrowej tkanki (częściowa resekcja nerki) jest operacją wykonywaną, gdy druga nerka jest zdrowa, a jej wybór zależy nie tylko od wielkości guza, ale również od jego lokalizacji. Do NSS nie kwalifikuje się chorych z guzami położonymi głęboko w mięszu nerki lub okolicy naczyń nerkowych (we wnętrzu nerki). Bezwzględnymi wskazaniami do częściowej resekcji nerki (niezależnie od wielkości guza) są:

- obecność guza w nerce jedynej;
- niewydolność drugiej nerki lub współistnienie chorób mogących prowadzić do jej niewydolności;
- nowotwór występujący obustronnie.

W tych przypadkach operacja oszczędzająca pozwala zapobiec konieczności stosowania przewlekłej hemodializy lub przeszczepu nerki.

Rozwój technik laparoskopowych spowodował, że coraz częściej nerki z guzami w stopniu zaawansowania T₁-T₂ usuwa się laparoskopowo. Metoda ta nie wpływa na radykalność onkologiczną operacji — czas przeżycia wolny od choroby jest porównywalny z wynikami operacji otwartej, powoduje mniejszą śmiertelność w porównaniu z operacją tradycyjną, skraca czas pobytu w szpitalu i okres rekonwalescencji po zabiegu. Laparoskopię wykorzystuje się również w leczeniu oszczędzającym mięsz nerki, jednak operacje częściowej resekcji nerki wykonywane tą metodą nie są postępowaniem standardowym i powinno się je przeprowadzać jedynie w wyspecjalizowanych ośrodkach.

Obecnie u chorych z małym, przypadkowo stwierdzonym guzem nerki podejmuje się próby zastosowania technik małoinwazyjnych. Wykorzystuje się krioablację, fale ultradźwiękowe (HIFU, *high-intensity focused ultrasound ablation*), fale radiowe (RF, *percutaneous radiofrequency ablation*), laseroterapię (*laser ablation*), mikrofałe (*microwave ablation*). Potencjalnymi korzyściami stosowania tych metod są: zmniejszenie śmier-

Adres do korespondencji:
 dr med. Wojciech Rogowski
 Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
 ul. Rentgena 5, 02-781
 tel.: (022) 546 32 31
 faks: (022) 546 30 53

Onkologia w Praktyce Klinicznej 2007, tom 3, suplement A, A3-A4
 Copyright © 2007 Via Medica
 ISSN 1734-3542
www.opk.viamedica.pl

telności okołoperacyjnej, możliwość leczenia chorych z dużym ryzykiem operacyjnym, leczenie w systemie ambulatoryjnym. Jednak aby którąś z tych metod uznać za alternatywę dla operacji otwartej lub laparoskopowej, konieczne jest przeprowadzenie wielośrodkowych badań porównujących uzyskane wyniki z wynikami leczenia standardowego.

Osobnym zagadnieniem jest leczenie operacyjne chorych z przerzutami odległymi. Chorzy odnoszą korzyść z chirurgii jedynie wtedy, gdy usunie się wszystkie zmiany przerzutowe. Jeżeli nie jest to możliwe, wykonanie

paliatywnej nefrektomii (wycięcie ogniska pierwotnego) jest uzasadnione tylko wtedy, gdy pacjenta następnie zakwalifikuje się do leczenia systemowego.

Piśmiennictwo

1. Guidelines on Renal Cell Carcinoma. European Association of Urology 2007.
2. Renal Cell Cancer (PDQ®). National Cancer Institute 2007.
3. de Vita V., Hellman S., Rosenberg S., Cancer of the Kidney. Cancer Principles & Practice of Oncology. Wyd. 7. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2005.