

НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК, УСКЛАДНЕНИЙ КАВОАТРІАЛЬНИМ ПОШИРЕННЯМ: ВЛАСНИЙ ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

І.І. Кобза, Ю.С. Мота, Ю.Г. Орел, Р.А. Жук

Вступ

Метатромботична інвазія нижньої порожнистої вени (НПВ) супроводжує нирково-клітинний рак (НКР) у 4,0–10,0% випадків, у 1,0% пухлинний тромбоз досягає рівня правого передсердя, при цьому без обов'язкового проростання судинної стінки. Єдиним ефективним методом лікування залишається радикальна нефректомія з тромбектомією, а рівень метатромботичної інвазії – критерієм вибору хірургічної тактики. 5-річне виживання хворих на НКР з інтракавальним тромбозом після радикальної нефректомії та метатромбектомії при відсутності віддалених метастазів становить 40,0 – 71,3%, а внутрішньовенозне розповсюдження не є критерієм дисемінації злоякісного процесу в післяопераційному періоді. Незважаючи на значний світовий досвід, вибір оптимальної тактики хірургічного лікування кавоатріального поширення НКР залишається складним завданням і часто потребує міждисциплінарного підходу.

Мета. Покращення результатів хірургічного лікування хворих на НКР, ускладнений кавоатріальним поширенням.

Матеріали і методи

Проаналізовано результати клінічного обстеження, лабораторних показників, інструментальних, інтраопераційних спостережень та морфологічних досліджень у 94 хворих (70 чоловіків та 24 жінки,

середнім віком $58,7 \pm 1,9$ років) на НКР, ускладнений пухлинним венозним тромбозом, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні за період з 1993 по 2021 роки. Для порівняльного аналізу хворих поділено на дві групи: до основної групи включили 67 хворих на НКР, ускладнений метатромбозом НПВ та правого передсердя, до групи контролю увійшли 27 хворих на НКР, у яких рівень тромботичної інвазії був обмежений нирковою веною.

Для обстеження хворих використовували лабораторні методи дослідження, а також інструментальні: ультразвукове дуплексне сканування, спіральну комп'ютерну чи магнітно-резонансну томографію з внутрішньовенним контрастуванням органів черевної порожнини, грудної клітки, екскреторну урографію, ехо-кардіографію, венокаваграфію за показаннями.

Пухлини правої нирки діагностували у 63 (67,0%) випадках, тоді як лівобічні новоутвори спостерігали у 31 (33,0%) хворого. Серед симптомів переважали клінічні прояви, зумовлені місцевим поширенням пухлини: біль у поперековій ділянці або підребер'ї – у 68 (72,3%), гематурія – у 41 (43,6%) випадку. Симптоми, пов'язані з блокадою кровоплину в системі НПВ: розширення п/ш вен передньої черевної стінки, гепатомегалію, асцит спостерігали у 15 (16,0%), флеботромбоз нижніх кінцівок – у 29 (30,9 %) хворих.

Рівень тромботичної інвазії НПВ оцінювали згідно модифікованої класифікації поширення пухлинних тромбів III рівня (Ciancio G., Vaidya A., Savoie M. et al., 2002): IIIa – тромб у ретропечінковому сегменті НПВ, нижче головних печінкових вен; IIIb – тромб у ретропечінковому сегменті

НПВ, але досягає устя головних печінкових вен; IIIc – тромб у ретропечінковому сегменті НПВ і поширюється над головними печінковими венами, але нижче діафрагми; IIIId – тромб у надпечінковому і наддіафрагмальному сегментах НПВ, досягає інтраперикардіального відділу НПВ, але нижче передсердя (поза правими відділами серця).

Переважали хворі з ретропечінковою локалізацією метатромбозу НПВ – 30 (31,9%), з інтракардіальним поширенням – 10 (10,6%) випадків.

Операційне лікування передбачало виконання радикальної нефректомії в комбінації з метатромбектомією з НПВ та правого передсердя. Для оцінки кумулятивного виживання хворих на НКР, ускладнений венозним метатромбозом, використовували метод Каплана-Мейера.

Результати та обговорення

Залежно від рівня тромботичної інвазії НПВ, конституційних особливостей пацієнта, сторони ураження, наявності флотуючого компоненту метатромба, супровідних захворювань, необхідності проведення розширеної лімфаденектомії та резекції інфільтрованої стінки НПВ використовували різні види хірургічних доступів, зокрема лапаротомію: субкостальну – у 19 (20,2%) , поперечну – у 9 (9,6%), серединну – у 20 (21,3%), «Mercedes» – у 18 (19,1%), «Chevron» – у 4 (4,3%) випадках. При метатромбозах наддіафрагмального сегменту НПВ та правого передсердя здійснювали комбіновані тораколапаротомні – 6 (6,4%), а також стернолапаротомні доступи – 18 (19,1%). 7 (7,4%) хворих оперовані в умовах штучного кровообігу.

Упродовж останніх років у хворих на НКР з ретропечінковими IIIc-IIIId рівнями метатромбозу НПВ ми стали надавати перевагу тораколапаротомії з використанням мініінвазійних доступів. Оптимізація

хірургічних підходів при наддіафрагмальному рівні метатромбозу НПВ з використанням комбінованих мініінвазивних доступів дозволяє зменшити обсяг, травматичність та тривалість операційного втручання, а також забезпечує надійну профілактику тромбоемболії легеневої артерії (патенти України на корисну модель № 128104, 128105 від 27.08.2018). Незважаючи на потенційно високий ризик гемостазіологічних та неврологічних розладів, метатромбектомія з використанням штучного кровообігу в режимі паралельної перфузії/глибокої гіпотермії рекомендована у хворих з масивними внутрішньопередсердними, пролабуючими у правий шлуночок верхівками метатромбів та інвазією в ендокард.

У зв'язку з прогнозованою значною крововтратою під час радикальної нефректомії та метатромбектомії з НПВ, правого передсердя у нашому дослідженні була передбачена інтраопераційна реінфузія з використанням обладнання «Haemonetics Cell-saver»/«Medtronic Autolog». Отримані результати цитологічного дослідження пухлинної контамінації матеріалу осаду відмитих аутоеритроцитів дозволяють припустити, що інтраопераційна реінфузія крові може забезпечити необхідну абластику та не становить додаткового ризику пухлинної дисемінації під час радикальної нефректомії та метатромбектомії у хворих на НКР.

Серед післяопераційних ускладнень найчастіше спостерігали: постгеморагічну анемію – 29 (32,9%), гостру ниркову недостатність – 19 (21,6%), ТЕЛА – 4 (4,5%), гостру печінкову недостатність – 5 (5,7%), флеботромбоз – 3 (3,4%), пневмонію – 3 (3,4%) інсульт – 2 (2,3%), раневі ускладнення – 6 (6,8%). Незважаючи на значний об'єм і травматичність

хірургічних втручань у хворих основної групи, ризик більшості післяопераційних ускладнень не переважав в обох групах ($p>0,05$). Показник периопераційної летальності серед хворих основної групи склав 11,9%, серед хворих групи контролю – 3,7%. При морфологічному дослідженні переважав світлоклітинний варіант НКР – 77,7%.

Період спостереження за прооперованими хворими склав 26 років (1993-2019 роки). Віддалені результати оцінювали серед 78 хворих на НКР, ускладнений пухлинним венозним тромбозом – у 53 хворих основної та 25 хворих контрольної груп. Показники кумулятивного 2-, 5- та 10-річного виживання у пацієнтів контрольної групи (78,8%, 48,1%, 37,4%) були достовірно вищими в порівнянні з хворими основної групи (53,5%, 38,2%, 17,2%) ($p<0,05$). Статистично достовірну різницю виявлено між кумулятивним 2-, 5- та 10-річним виживанням у хворих на НКР без метастазів з венозною інвазією ниркової вени (93,3%, 60,0%, 51,4%) та метатромбозом НПВ і правого передсердя (58,7%, 43,1%, 18,5%) ($p<0,05$). Порівнюючи виживання серед хворих на НКР, ускладнений венозним тромбозом, без метастазів та з метастазами, наявності різниці між групами статистично не встановлено ($p>0,05$). Також статистично не встановлено впливу рівня пухлинного тромбозу на виживання оперованих хворих ($p>0,05$).

Висновки

Радикальна хірургія залишається методом вибору лікування хворих на НКР, ускладнений кавоатріальним метатромбозом. Детальна та своєчасна діагностика поширеності неопроцесу, удосконалення хірургічної тактики, ефективна профілактика тромбоемболічних,

геморагічних ускладнень можуть забезпечити прийнятні показники виживання хворих на НКР з венозною інвазією.