

1. Tóth Cs, Csipő L, Hódi I, Holman E. Primer percutan nephrolithotomia. Orv Hetil 1985; 126: 587–588.
2. Tóth Cs. Öntvénykövek ESWL és PCNL kombinált kezelése. Magy Urol 1994; 6: 383–5.
3. Wabrosch G. A húgyúti kövek kezelésének új lehetőségei és alkalmazása. Magy Urol 1989; 1: 63–66.
4. European Association of Urology: Guidelines. 2000.
5. Tóth Cs, Holman E, Kahn M. Nephrostolithotomy monotherapy for staghorn calculi. J Endourol 1992; 6: 239.
6. Clayman RV, Surya V, Miller RP, et al. Percutaneous nephrolithotomy. An approach to branched and staghorn renal calculi. JAMA 1983; 250: 73–75.
7. Tóth Cs, Varga A, Flaskó T, Tállai B. Mini percutan nephrolithotomia. Endoscopia és minimálisan invazív terápia 2002; 2: 27–29.
8. Tóth Cs, Tállai B. Mini-percutaneous stone removal. Video. WHMA 5. International Congress Debrecen. 2002. augusztus 29–31. Debrecen.
9. Tóth Cs, Tállai B. Mini percutaneous nephrolithotomy. Video. CEAU V. kongresszusa, 2003. szept. 4–7, Novi Sad.
10. Schmiedt E, Chaussy C. Extracorporeal shock-wave lithotripsy (ESWL) of kidney and ureteric stones. Int Urol Nephrol 1984; 16: 273–283.
11. Ozgur TM, Karaoglan U, Sozen S, et al. Extracorporeal shock-wave lithotripsy for treatment of ureteral calculi in pediatric patients. Pediatr Surg Int 2003; 19: 471–474.
12. Villányi K, Székely J, Farkas L, et al. A gyermekkorban végzett ESWL stratégiájáról. Magy Urol 2001; 12: 397–403.
13. Webb DR, Payne SR, Wickham JE. Extracorporeal shockwave lithotripsy and percutaneous renal surgery. Comparisons, combinations and conclusions. Br J Urol 1986; 58: 1–5.
14. Jackman SV. The „mini perc” technique: a less invasive alternative to percutaneous nephrolithotomy. World J Urol 1998; 16: 371–74.
15. Chan DJ, Jarrett TW. Mini-percutaneous nephrolithotomy 2000; 14 (3): 269–272.
16. Lojanapiwat B, Soonthornphan S, Wudhikarn S. Tubeless percutaneous nephrolithotomy in selected patients. J Endourol 2001; 15: 711–713.
17. Jackman SV, Hedican SP, Peters CA, et al. Percutaneous nephrolithotomy in infants and preschool age children: experience with a new technique. Urology 1998; 52 (4): 697–701.
18. Traxer O. Technique, indications, and results of “mini-percutaneous” nephrolithotomy. Prog Urol 2002; 12 (1): 1–7.
19. Monga M, Oglevie S. Minipercutaneous nephrolithotomy. J Endourol 2000; 14 (5): 419–21.
20. Fernandez GI, Santos AD, Lanes GL, et al. „Mini-percutaneous” percutaneous nephrolithotomy: technique and indications. Arch Esp Urol 2005; 58 (1): 55–60.

¹DEOEC, Urológiai Klinika (igazgató: Tóth Csaba dr.)

²DEOEC, Intenzív Terápiás Tanszék, Debrecen (igazgató: Fülesdi Béla dr.)

Pyelon- és uréterdaganatok kezelése

Berczi Csaba dr.¹, Szűcs Miklós dr.¹, Orosz Livia dr.², Farkas Antal dr.¹, Tállai Béla dr.¹, Tóth Csaba dr.¹

ÖSSZEFOGLALÁS: A retrospektív tanulmányban a szerzők a pyelon- és uréterdaganatos betegekben végzett hagyományos, nyílt és endoszkópos beavatkozások eredményességét vizsgálták. 1995 és 2004 között 36 betegben végeztek pyelontumor vagy uréterdaganat miatt műtétet. Közülük 17 esetben az utóbbi 3 évben került sor az operációra. Pyelontumor miatt 16, uréterdaganat miatt, pedig 20 betegben történt műtéti beavatkozás. Eseteikben 5 betegnek elsődlegesen hólyagdaganata volt, s később jelentkezett tumor a pyelonban vagy az uréterben. Tizenhét betegben ureteronephrectomiát, 10 esetben radikális nephrectomiát, 5 alkalommal ureterorendoszkópos (URS), 3 betegben pedig perkután endoszkópos tumoreltávolítást végeztek. Tizenegy betegben összesen 20 alkalommal alakult ki recidív tumor. Az 5 primer hólyagdaganatos betegben 8 esetben észleltünk recidívát. Ureteronephrectomia után 11, nephrectomia után 4, URS után 4, perkután endoszkópos tumoreltávolítást követően 1 alkalommal jelentkezett recidíva. A recidíváig eltelt idő átlagosan 20 hónap volt. Összességül elmondhatjuk, hogy a pyelon és uréertumorok esetében mind a hagyományos nyílt, mind az endoszkópos műtéteket követően jelentős számban fordul elő recidíva.

THE THERAPY OF PYELON AND URETER TUMORS

SUMMARY: In this retrospective study, the authors measured the efficacy of standard, open surgical and endoscopic procedures in patients with pyelon or ureteral tumors. From 1995 to 2004, 36 patients underwent surgery because of pyelon or ureteral cancer. In 17 of the 36 patients operation was performed in the latest 3 years. Sixteen patients had pyelon, while 20 patients had ureteral carcinoma. In five cases the primary tumor was bladder cancer and later they had pyelon or ureteral tumor. Ureteronephrectomy was performed in 18, radical nephrectomy was carried out in 10 patients. Ureterorenoscopic tumorectomy was performed in 5, and percutaneous endoscopic tumorectomy was done in 3 cases. Tumor recurrence was diagnosed in 11 patients for 20 occasions. In those 5 patients, who had primary bladder cancer recurrence was noted for 8 occasions. Tumor recurrence was present for 11 occasions after ureteronephrectomy, 4 times after radical nephrectomy, 4 cases after ureterorenoscopic intervention and in one occasion after percutaneous endoscopic tumorectomy. The mean time to the tumor recurrence was 20 months. In conclusion, the rate of recurrences is very high after both open surgical and endoscopic interventions in patients with pyelon or ureteral tumors.

KEY WORDS: pyelon tumor, ureteral tumor, ureteronephrectomy, endoscopic tumorectomy, tumor recurrence

A pyelontumorkok és uréterdaganatok viszonylag ritkák, az összes átmenetesejtes daganat 5%-át alkotják (5, 6, 12). Hagományos kezelésük az ureteronephrectomia. A nyílt sebészi beavatkozás mellett azonban 1991-től egyre jobban elterjedtek a

laparoszko-posan végzett ureteronephrectomiák, mint a beteg számára kevésbé invazív eljárások (5, 6, 11, 13). Szoliter vese esetén azonban a radikális műtét helyett célszerű konzervatív, szervmegtartó műtét végzése, ellenkező esetben ugyanis a beteg hemodialízis kezelésre szorul. Ezen abszolút indikáción kívül sokan szervmegtartó műtétet végeznek elsődleges kezelésként, kisméretű, jól differenciált daganat előfordulásakor is (1, 3, 6, 8, 10).

Jelen közleményünkben az utóbbi 10 évben a klinikánkon végzett radikális és szervmegtartó műtétek eredményeit ismertetjük pyelon- és urétertumoros betegekben.

Betegek és módszerek

1995.01.01. és 2004.12.31. között 36 betegben végeztünk műtétet pyelontumor vagy uréterdaganat miatt a DEOEC Urológiai Klinikáján. Közülük 17 esetben az utóbbi 3 évben került sor az operációra.

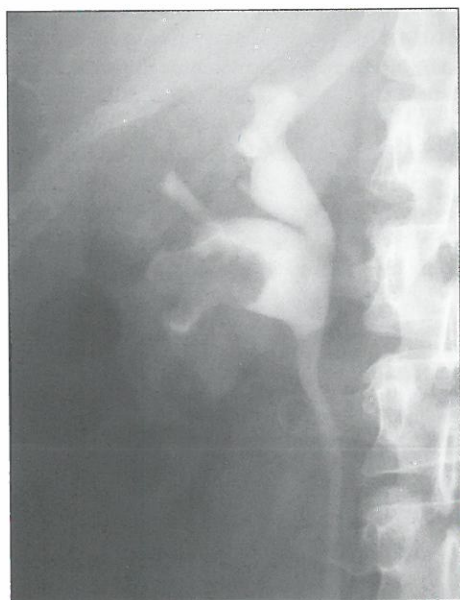
A betegek átlagéletkora 63 év. Koruk 28 és 84 év között változott. A betegek között 18 férfi és 18 nő volt.

Az elvégzett preoperatív vizsgálatok (UH, iv. urográfia, retrográd pyeloográfia, CT, ureterorenoszkópia) 16 betegben pyelontumort és 20 betegben uréterdaganatot igazoltak (1. ábra). A pyelondaganatok közül 10 bal oldali és 6 jobb oldali elhelyezkedésű volt. Az uréterdaganatok közül 6 volt a bal oldali és 13 a jobb oldali vesevezetékben.

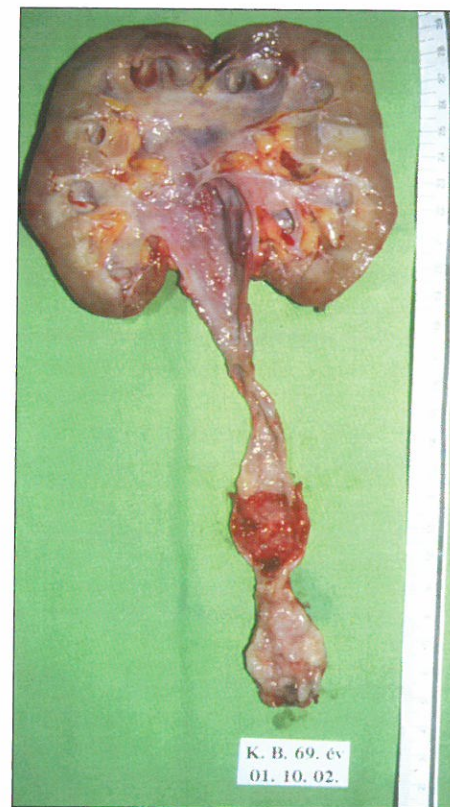
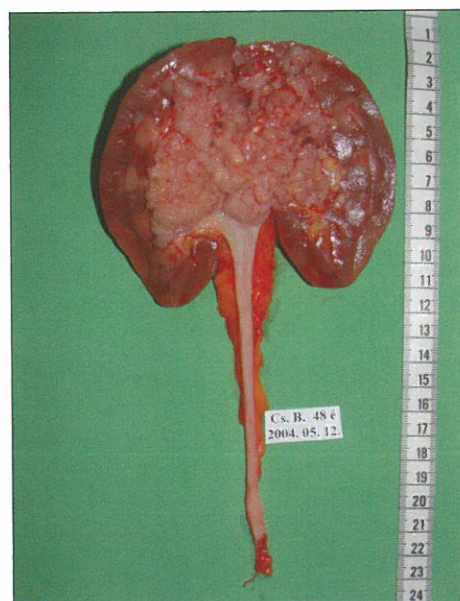
A 36 betegből 5 betegnek elsődlegesen hólyagdaganata volt, s később pyelon- vagy urétertumor alakult ki bennük.

A pyelontumoros betegekben 10 esetben radikális nephrectomiát, 3 alkalommal ureteronephrectomiát és 3 betegben perkután endoszkópos tumoreltávolítást végez-

1. ábra: Iv. urográfia által kimutatott pyelontumor



2. ábra: Eltávolított pyelontumor



3. ábra: Ureteronephrectomiával eltávolított uréterdaganat



4. ábra: Urétertumor műtéte ureterorenoszkóposan

tünk (2. ábra). Az uréterdaganatos betegekben 15 esetben ureteronephrectomia és 5 alkalommal ureterorenoszkópos lézerkezelés vagy elektrokoaguláció történt (3-4. ábra). Az endoszkópos kezelések indikációja a beteg szoliter veséje (n=2), illetve kis kiterjedésű daganata volt (n=6).

Eredmények

A posztoperatív szövettani vizsgálat a pyelontumorok esetében 3 betegben pT₁, 10 alkalommal pT₂ és 3 esetben pT₃ stádiumot mutatott. Uréterdaganat fennállásakor 3 betegben pT₁, 14 esetben pT₂ és 3 alkalommal pT₃ stádiumú daganatot írtak le. Pyelontumor miatt operált betegekben egy pN₁-es és két pN₂-ös, uréterdaganat műtétét követően, pedig egy pN₁-es stádiumot igazoltak.

Pyelontumorok esetében jól differenciált tumor (G₁) 2 betegben, közepesen differenciált (G₂) 8 alkalommal, míg rosszul differenciált (G₃) karcinóma 6 esetben fordult elő. Az uréterdaganatok szövettani vizsgálata 4 esetben G₁, 9 betegben G₂ és 7 alkalommal G₃ differenciáltságú karcinómát mutatott.

Pyelontumor miatt végzett perkután endoszkópos műteteinket követően a szövettani vizsgálatok eredménye 1 betegben T₁G₁, 1 esetben T₁G₃ és 1 alkalommal T₂G₂ volt. Az endoszkóposan eltávolított uréterdaganatok szövettana 2 betegben T₁G₁, 2 betegben T₁G₂ és 1 alkalommal T₂G₂ volt.

A műtéteket követő kontrollvizsgálatok során recidív tumort 11 betegben (33%) összesen 20 alkalommal (hólyagban n=12, pyelonban n=5, uréterben n=3) észleltünk. Az 5 elsődlegesen hólyagtumoros betegben a pyelon- vagy urétertumor kialakulását követően 8 esetben keletkezett recidíva. A kontrollvizsgálatok 3 betegben távoli áttétet mutattak ki (máj n=2, tüdő n=1).

Az ureteronephrectomiákat követően 11 esetben (61%), a radikális nephrectomiák után 4 alkalommal (40%), az ureterorenoszkópos beavatkozásokat követően 4

esetben (80%) és a perkután endoszkópos tumoreltávolítás után 1 alkalommal (33%) jelentkezett metasztázis.

Pyelontumorok műtete után G₂ esetén 3, G₃ esetén 2 betegben alakult ki recidív daganat. Az uretertumorok eltávolítását követően G₂ mellett 4 betegben (összesen 10 alkalommal), G₃ mellett 2 betegben (összesen 5 alkalommal) jelentkezett recidíva.

Azokban az esetekben, amikor a recidív tumor a hólyagban jelentkezett 11 alkalommal transurethralis tumorresekciót (Tu-TUR) és 1 betegben sectio altából történt tumoreltávolítást végeztünk. A pyelonban kialakult recidívák esetén 1 betegben ureteronephrectomiára (korábban endoszkópos műtét történt), 3 alkalommal perkután endoszkópos és 1 alkalommal nyílt beavatkozással daganateltávolításra került sor.

Az üréterben észlelt recidívákat valamennyi esetben endoszkóposan távolítottuk el. A recidív pyelon- és uretertumorokat akkor kezeltük endoszkóposan, amennyiben a betegnek szoliter veséje volt.

Sugárkezelésre 3 uretertumoros beteg esetében került sor. Esetükben – az 1995-ben, 1996-ban, illetve 1999-ben végzett – ureteronephrectomia után a szövettani vizsgálat pT₃G₃ stádiumú daganatot mutatott.

A pyelon- vagy uretertumor, illetve ezek recidívái miatt végzett műtéteket követően 8 beteg kapott kemoterápiás kezelést.

Megbeszélés

Az átmenetisertes pyelon- és üréterdaganatokra jellemző, hogy gyakran alakul ki helyi recidiva és gyakran képeznek távoli áttétet. A daganatkiújulás gyakran az azonos oldali pyelonban vagy üréterben jelentkezik. Irodalmi adatok alapján nem ritka a felső urogenitális rendszer ezen daganatainak multiplex előfordulása. Az említettek miatt a pyelontumoros és üréterdaganatos betegek hagyományos standard műtéti kezelése az ureteronephrectomia (5, 10, 13).

Anatómailag vagy funkcionálisan szoliter vese esetén azonban szervmegtartó műtét végzése javasolt. Az utóbbi időben, kis kiterjedésű és jól vagy közepesen differenciált daganatok előfordulásakor (T_a, T₁, G₁, G₂), a radikális ureteronephrectomia helyett többen végeznek pyelontumor esetén a perkután endoszkópos tumoreltávolítást, illetve üréterdaganatok esetén az ureterorenoszkópos resekciót vagy lézerkezelést (2, 4, 8–10). Ezen szervmegtartó endoszkópos műtétek végzésének indikációjával kapcsolatban, amikor az ellenoldali vese működése jó, az álláspontok jelenleg nem egységesek. Többen ilyenkor a radikális ureteronephrectomiát tartják indokoltnak, míg mások jó eredményekről számolnak be endoszkópos szervmegtartó műtétek végzését követően (1, 7–10, 12).

Irodalmi adatok alapján az ureteronephrectomia után kialakuló recidíva gyakorisága 30–40%, míg az üréterdaganatok endoszkópos eltávolítását követően kialakuló recidívák 20–65% között van (4, 6, 7, 9, 13). Saját eseteikben radikális műtétet követően 53%-ban, míg endoszkópos beavatkozás után 50%-ban észleltünk recidív daganatot.

A tumorrecidíva prognosztikai faktorai a tumornagyság, differenciáltság, a multiplex megjelenés, de ezen kívül még egyes szerzők véleménye szerint, a kórelőzményben szereplő hólyagdaganat is. A daganatkiújulás szempontjából sokan a differenciáltságot tartják a legfontosabb tényezőnek (10, 12).

A szervmegtartó operációkat követően kialakult recidív tumorok kezelése történhet endoszkópos vagy radikális műtét formájában a recidíva elhelyezkedésétől,

nagyságától, differenciáltságától és szoliter vagy multiplex megjelenésétől függően (1, 3). Azokban az esetekben, amikor nem szoliter vesés beteg szervmegtartó műtétét követően azonos oldali recidíva jelentkezik, s amennyiben a betegnek nem szoliter veséje van, általában ureteronephrectomiát tartanak szükségesnek.

Lee hosszú távú (13 év) utánkövetéses vizsgálata azt mutatta, hogy közepesen differenciált daganatok esetében nincs szignifikáns különbség a tumormentes túlélésben az ureteronephrectomia vagy a szervmegtartó műtét után (10).

Összegzésül elmondhatjuk, hogy a mind a radikális, mind az endoszkópos műtéteket követően az esetek jelentős részében tumorrecidíva alakul ki, az ureteronephrectomián kívül válogatott esetekben az endoszkópos beavatkozások jó kezelési nyújtanak.

Irodalom

1. Chen GL, Bagley DH. Ureteroscopic management of upper tract transitional cell carcinoma in patients with normal contra lateral kidneys. J Urol 2000; 164: 1173–6.
2. Daneshmand S, Quek ML, Huffman JL. Endoscopic management of upper urinary tract transitional cell carcinoma: long-term experience. Cancer 2003; 98: 55–60.
3. Elliott DS, Blute ML, Patterson DE, et al. Long-term follow-up of endoscopically treated upper urinary tract transitional cell carcinoma. Urology 1996; 47: 819–25.
4. Elliott DS, Segura JW, Lightner D, et al. Is nephroureterectomy necessary in all cases of upper tract transitional cell carcinoma? Long-term results of conservative endourologic management of upper tract transitional cell carcinoma in individuals with a normal contralateral kidney. Urology 2001; 58: 174–8.
5. Hauser S, Studer UE. Therapy of carcinoma of the kidney pelvis. Urologe A 2001; 40: 452–5.
6. Hazem Abou EF, Rassweiler JJ, Schulze M, et al. Laparoscopic Radical Nephroureterectomy: Results of an International Multicenter Study. Eur Urology 2002; 42: 447–452.
7. Jabbour ME, 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: 1105–7.
8. Lam JS, Gupta M. Ureteroscopic management of upper tract transitional cell carcinoma. Urol Clin North Am 2004; 31: 115–28.
9. Lancini V, Liatsikos EN, Bernardo NO, et al. Endourologic treatment of transitional cell carcinoma of the upper urinary tract. Minerva Urol Nefrol 2000; 52: 17–28.
10. Lee BR, Jabbour ME, Marshall FF, et al. 13-year survival comparison of percutaneous and open nephroureterectomy approaches for management of transitional cell carcinoma of renal collecting system: equivalent outcomes. Endourol 1999; 13: 289–94.
11. Murphy DP, Gill IS, Strem SB. Evolving management of upper-tract transitional-cell carcinoma at a tertiary-care center. J Endourol 2002; 16: 483–7.
12. Perez Sanz P, Garcia Navas R, Garcia Cuerpo E, et al. Upper urinary tract urothelial tumor. Antegrade percutaneous management. Arch Esp Urol 2004; 57: 265–81.
13. Rassweiler JJ, Schulze M, Marrero R, et al. Laparoscopic nephroureterectomy for upper urinary tract transitional cell carcinoma: is it better than open surgery? Eur Urol 2004; 46: 690–7.