

## A vesedaganatok felismerése és kezelése

Szokoly Viktor dr.  
DOTE Urológiai Klinika, Debrecen

*A veseadenoma, oncocyoma, angiomyolipoma rövid ismertetése és jellemzése után a szerző tárgyalja a világossejtes veserák patológiáját, legfontosabb klinikai tüneteit és a diagnosztika kérdéseit. A korábban domináló kiválasztásos urográfia és angiográfia helyébe az ultrahang és a CT vizsgálat került, – terjedőben van az MRI is. A kezelésben legfontosabb a radikális ablacticus veseeltávolítás, amely különböző behatolásokból végezhető el. A radikális műtétek mellett újabban terjednek a szervmegtartó eljárások, amelyek során csak a vese daganatos része kerül eltávolításra. A radikális megoldások mellett az adjuvans és palliatív módszerek, valamint a prognózis és a gondozás, követés gyakorlati szempontjai is röviden ismertetésre kerülnek.*

A vesedaganatok lehetnek hám- és kötőszöveti eredetűek, biológiai viselkedésüket tekintve jó- és rosszindulatúak. Kiindulhatnak a vese burkaiból, a veseparenchyma sejteiből, a veseregrendszer béléli urotheliumból, valamint ritkán előfordulhatnak a vesében áttéti daganatok (1, 3, 9).

Korábban a 3 cm alatti átmérőjű vesedaganatokat adenomáknak, a 3 cm felettieket carcinomának tartottuk. Ma csak az 1 cm átmérő alatti, jól differenciált szöveti szerkezetű vesedaganatok tekinthetők adenomának (6). Újabban vált ismertté, hogy hosszantartó dialysis kezelés alatt álló betegek veséiben multiplex cysták és adenomatosus tumorok alakulnak ki.

Az összes vesetumor 5-7%-a oncocyoma. Férfiaknál kétszer olyan gyakori, mint nőknél. Klinikailag nem különíthető el a veseráktól, tüneteiben is megegyezik azzal. Az oncocyomák jól körülírt, többnyire tokkal is övezett solid tumorok, amelyek a tubulushámsejtekből származnak. A tumort felépítő sejtek az oncocyta erősen granulált, eosinophil cytoplasmájú hámsejtek. Az UH kép nem jellemző, CT-vel esetleg centrális csillag alakú heg, angiographiával kerékküllőhöz hasonló szerkezet észlelhető. Finomtű biopszia vagy aspiráció sem nyújt megbízható kórismét. A daganat lehet multiplex és kétoldali is. A 3 cm átmérőnél nagyobb daganatok sebészi feltárása javasolt. Ha az intraoperatív gyorsfagyasztott metszet jól differenciált típusos oncocytomát igazol, szervmegtartó műtét is végezhető (3, 9).

Vérerek, simaizom és zsírszövet keverékéből álló jóindulatú daganat az angiomyolipoma, amely gyakran multiplex és lehet kétoldali is. Gyakran társul sclerosis tuberosával. A daganat zsírszövettartalma folytán az UH, CT és MRI jellegzetes képet ad. Angiographia aneurysma-szerűen tágult kóros érrajzolatot mutat, ami nem különíthető el a veseráktól. Kisebb tumorok általában nem okoznak klinikai tüneteket és lassan nőnek, rendszeres követésük elegendő lehet. A klinikai tünetekkel járó 4 cm-nél nagyobb daganatok sebészi megoldást igényelnek. Kedvező tumorlokalizáció és méret esetén szervmegtartó műtét végezhető. Akut vérzés esetén artériás embolisatio is szóba jöhet (3, 9).

A veserák leggyakoribb formája a világossejtes veserák, amelynek külleme a mellékvese kéregállományára igen hasonlít, ezért Grawitz ezt a daganatot mellékvese csírákból származtatva, innen adódik a hypernephroma, hypernephroid carcinoma, Grawitz tumor elnevezés. Ma már tudjuk, hogy ezek a daganatok a proximális kanyarulat csatornák hámsejteiből

származnak és így adenocarcinomának tarthatók. Napjainkban nemzetközileg a vesesejtes rák (renal cell carcinoma) elnevezés használatos. A veserákok túlnyomó többsége 50 és 70 éves kor között fordul elő és férfiakban 2-3x gyakoribb mint nőknél. A veseparenchyma bármely részéből kiindulhat, a jobb és bal vesében egyforma gyakorisággal fordul elő. A daganat legáltalában kezdetben jól körülhatárolt. Az esetek kb. 5%-ában többgócú, esetleg kétoldali. Mivel a veserákok általában lassan nőnek, tüneteket csak későn okoznak, áttéteket is csak később adnak.

Sejttanilag vannak világossejtes, chromophob, chromophil sejtes, oncocyta, orsósejtes és/vagy pleomorph sejtes formák (6). Főleg prognosztikai szempontból lényeges a daganatos sejtmagok értékelése. Fokozódó magpolymorphia, óriássejtes, sarcomatosus formák megjelenése rossz prognosztikai jel. Fokozott DNS tartalmú, aneuploid, polyploid sejtek jelenléte szintén rossz kimenetelt jelent. A daganat részéről vesetörés, veseüregrendszerbe törés, intratumoralis érinvázió, vénás rendszerbe törés, nyirokcsomó vagy távoli szervi áttét rossz prognózisra utal (12).

Újabban kiterjedt vizsgálatok folynak a vesedaganatok molekuláris genetikai analízise terén (5).

### Klinikai tünetek

A klasszikus tünethármás: haematuria, fájdalom, tapintható resistencia együttesen csak ritkán észlelhető és rossz prognózis jele. A haematuria és/vagy a fájdalom a két leggyakoribb tünet, amivel a gyakorlatban találkozunk. Az UH vizsgálatok bevezetésével és egyre fokozódó térhódításával emelkedett és emelkedik a tünetmentes, véletlenül felfedezett vesedaganatok száma. A v. renalis, v. cava inferior tumorinváziója varicokelet, alsó végtag oedemát, nephrosis syndromát, tüdőembóliát, Budd-Chiari syndromát hozhat létre.

A daganat által termelt hormonok vagy hormonszerű anyagok (parathormon, erythropoetin, renin, prostaglandinok, ACTH, prolactin stb.) következtében különféle hormonális tünetek jöhetnek létre. Szisztémás toxikus hatás magyarázhatja a tumorral járó lázat (sokszor egyedüli és legkifejezettebb tünet!), hepato-renal dysfunctiót (Stauffer-syndroma), étvágytalanságot, gyengeséget, gyomorpanaszokat, anaemiát stb. Van amikor a távoli áttétek okozta tünetek (tüdő, csontok, máj, agy) vezetnek el az elsődleges vesedaganat felismeréséhez (3, 9).

### Diagnosztika

A közelmúlt két alapvető diagnosztikus módszerét – iv. urographia és angiographia – felváltotta az UH és a CT, illetve terjedőben van hazánkban is az MRI. Az UH vizsgálatok jelentősége és szerepe vitathatatlan a szűrésben, a daganat műtét előtti, alatti kórisméjében és a betegek műtét utáni követésében egyaránt (2). UH vizsgálattal kimutatott vesetumor vagy annak gyanúja esetén CT vizsgálat végzése a következő lépés. A CT a tumor tényének igazolása mellett alkalmas a klinikai stádium, a perirenalis tér, a hasi nagyerek, retroperitonealis nyirokcsomók, mellékvesék, másik oldali vese és a máj megí-

télésére is. A daganaton belüli és a daganatos vesén kívüli további finomabb szerkezeti eltérések feltárása az MRI feladata lesz (14).

Az angiographia szerepe ma már elsősorban nem diagnosztikus jelentőségű, de indokolt alkalmazása szervmegtartó műtét tervezésekor, valamint artériás embolisatio szükségessége esetén. Mellkas rtg. felvétel készítése minden vesedaganatos betegen alapvető követelmény. A csontmetasztázisok gyakorisága miatt csont rtg. felvételek és csontscan készítése is javasolt, főleg végtagfájdalmak észlelésekor.

### Stádiumbeosztás

A daganat stádiumának műtét előtti megítélése a műtét mód-szer, behatolás stb. megtervezésében, műtét utáni megállapítása pedig a műtét eredmények értékelése és összehasonlítása céljából jelentős. A széles körben elterjedt TNM rendszer mellett Robson beosztása a leginkább alkalmazott (8).

### A vesesejtes rák terápiája

A vesedaganatok gyógykezelésében a sebészi módszereké a döntő szó. A sebészi kezelés alapja a radikális ablacticus tumornephrectomia (8, 10, 13).

A műtét feltárás történhet lumbalis, abdominalis vagy thoracoabdominalis behatolásból (4, 8).

Leggyakrabban alkalmazott az abdominalis, transperitonealis behatolás. Idős emberek, kis daganatok esetén, már a műtétkor meglévő távoli áttétek mellett alkalmazzuk a lumbalis, retroperitonealis megközelítést is. A műtét feltárás módjának megválasztása függ a daganat nagyságától, elhelyezkedésétől, a beteg alkattól, tápláltsági fokától, életkorától, - és a műtétet végző sebész jártasságától. A jó műtét feltárás lényege és célja a radikalitás és ablacticitás biztosítása, valamint biztonságossá tenni a műtétet a beteg és az operatőr számára.

A vesehilus érkepleit a nagyerek mellett kell felkeresni és lekötni. A daganatos vesét a perirenalis zsírszövettel és fasciával, sőt a tumoros részt fedő hátsó fali peritoneummal együtt kell eltávolítani. A lymphadenectomia terápiás értéke vitatott, elvégzése azonban indokolt, mert kis kiterjedésű áttétek esetén terápiás hatású lehet, pontosabb staginget tesz lehetővé, csökkenti a lokális recidiva gyakoriságát, - a műtét morbiditást, mortalitást nem növeli. A mellékvese rutinszerű eltávolítása felesleges, felső pólus daganatok esetén azonban kívánatos és szükséges. Jobb oldali vesetumor ellenoldali mellékvese metastázisával is lehet számolni. A v. cava inferiorba tört tumor esetén, ha nincsenek nyirokcsomó és/vagy távoli szervi metastázisok, a kórjóslat nem kilátástalan, ezért érdemes a v. cava megnyitásával a lumenből eltávolítani (15). Azonos oldali soliter tüdőmetasztázis esetleg eltávolítható a nephrectomiával egy ülésben, ha thoraco-laparotomiás behatolást alkalmazunk.

Az utóbbi időkben egyre inkább terjednek és ma már polgárjogot nyertek olyan műtét megoldások, amelyek csak a tumort vagy a vese tumoros részét távolítják el.

Ezekre a műtétekre elsősorban egyidejűleg jelentkező kétoldali vesedaganatok vagy szoliter vese daganata esetén kerül sor (imperatív indikáció). Újabban azonban jól megválasztott, alkalmas esetekben ellenoldali ép vese mellett is végezzük ezeket a műtéteket (elektív indikáció) (7, 11).

Végezhetünk:

- mindkét oldalon resectiót (vagy enucleatiót),
- az egyik oldalon nephrectomiát, a másik oldalon resectiót,
- ex vivo resectiót, majd autotransplantációt olyan intézetekben ahol foglalkoznak vesekonzerválással és rendszeresen végeznek veseátültetést,

- resectiót ellenoldali egészséges vese mellett 5 cm-nél nem nagyobb átmérőjű, unilateralis, unifokális, jól körülírt, periphériás helyzetű, alacsony malignitási fokozatú daganat, relatív fiatal életkorú beteg esetén.

Konzervatív vesesebészet alkalmazásakor mindig gondolni kell multicentrikus vesedaganatra vagy peritumoralis kis satellita daganatokra. A resectiót előnyben kell részesíteni az enucleatióval szemben. Szervmegtartó műtétek végzése során igen fontos az intraoperatív ultrahang technika alkalmazása a resectió vagy enucleatiós vonal tumormentességének igazolására, amelyet intraoperatív gyorsfagyasztott metszetekkel is ajánlatos kiegészíteni (2). A tumor környezetében lévő perirenalis zsírszövetet is el kell távolítani és külön szövettani vizsgálatra küldeni. Regionális lymphadenectomia ugyanúgy végezhető és végzendő mint nephrectomia esetén. Lehet-e a szervmegtartó veseműtét is radikális? Erre a kérdésre a válasz: igen. A radikalitás kritériuma az, hogy sikerült-e a szervezetet tumormentesíteni, vagy nem. Ha a szervmegtartó műtét tumormentességet eredményez, akkor radikális a műtét. Ha a kiterjesztett műtét sem vezet tumormentességhez, nem tekinthető a beavatkozás radikálisnak.

### Az arteria renalis embolisatioja

Végezhető a műtét előtt vagy a műtét helyett inoperábilis és vérző esetekben. A műtét előtt alkalmazott artériás occlusio csökkentheti a műtét időtartamát, a műtét vérvessztést. A palliatív célzattal végzett embolisatio után napokig tartó vesefájdalmakkal és lázzal kell számolni. Szelektív vagy szuperszelektív artériás occlusio jöhet szóba más okok miatt inoperábilis kétoldali vesedaganatok esetén.

### A metastázisok kezelése

A vesedaganattal egyidejűleg jelentkező áttétek prognózisa rosszabb, mint a daganatos vese eltávolítása után jelentkező metastázisoké. Lehetőleg sebészi megoldásokra kell törekedni, vagyis a vesedaganat eltávolítása után el kell távolítani az áttéteket is. Májáttét, hasüregi progresszió rossz prognózist jelez. Sikeresebben kezelhetők a soliter tüdő vagy csontáttétek. Az agy- és gerincvelő áttétei többnyire a kompresszió és agyi nyomásfokozódás miatt igényelnek műtétet. Csontmetasztázisok talaján létrejött patológiás törés okozta fájdalmak jól befolyásolhatók stabil osteosynthesissal.

### Egyéb adjuváns kezelések

Adjuváns terápiás célzattal vagy disszeminált esetekben palliatív célzattal megkísérelhető gestagén, testosteron, antioestrogen adása - immunterápia (Interferon, Interleukin, stb.) és Vinblastin alkalmazása. Az utóbbiak kombinálásával sikerülhet a tüdőáttétek regresszióját elérni.

Fájdalomcsillapításra dihydrocodein, morphinsulfat készítmények már hazánkban is rendelkezésre állnak. Csontmetasztázisok okozta fájdalom jól reagálhat lokális sugárkezelésre.

### Prognózis

Számos szempont szerint vizsgálták a betegek túlélését befolyásoló tényezőket. A vesedaganat szempontjából azt állapíthatjuk meg, hogy a tokáttörést még nem mutató T1-T2 daganatok 5 éves túlélése 60-90% között van. Nyirokcsomó áttét esetén a túlélés 20% alatti, távoli áttét esetén 10% alatti érték.

### A betegek követése, gondozása

A radikális nephrectomián átesett betegeket az első két évben 3-4 havonta, aztán fél évente, később évente panaszmentesség esetén is ellenőrző vizsgálatokra rendeljük be. A fizikális vizs-

gálat (mely sohasem mellőzhető) mellett mellkas rtg., labor és hasi UH vizsgálatot végzünk. Amennyiben klinikailag indokolt CT és csontscan végzésére is szükség lehet. Körülírt lokális recidívát vagy később jelentkező soliter tüdőmetasztázist a várható siker reményében operálhatunk.

*Irodalom:* 1. Balogh F.: A vese és a húgyutak daganatai. In: Besznayák I. (ed): A daganatok sebészete (pp. 315-323), Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1986. – 2. Berényi P., Pintér J., Szokoly V.: Intraoperative Sonographie bei organerhaltenden Operationen von Nierentumoren. Z. Urol. Nephrol. 83, 419-424, 1990. – 3. Dreicer R., Williams R.D.: Renal Parenchymal Neoplasms. In: Tanagho E.A., McAninch J.W. (eds): Smith's General Urology (pp. 359-377), Appleton and Lange, USA, 1992. – 4. Giuliani L., Giberti C., Martorana G. (eds): Atlas of Surgery for Renal Cancer (2nd edition), Zambelletti, 1989. – 5. Kovács G.: The value of molecular genetic analysis in the diagnosis and prognosis of renal cell tumours. World J. Urol. 12, 64-68, 1994. – 6. Lapis K.: A vesedaganatok pathológiája. Magy. Onkol. 33, 12-25, 1989. – 7. Magasi P., Karsza A., Fe-

kete F.: Szervmegtartó műtétek helye vesetumorok esetén a radikalitás korában. Orv. Hetil. 134, 2803-2806, 1993. – 8. Pintér J.: A vese rosszindulatú daganatai (sebészeti kezelés). In: Pintér J., Wabrosch G., Echardt S. (eds): Az urológiai rosszindulatú daganatok (pp. 54-78), Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1987. – 9. Pintér J.: Daganatok (Tumores renis). In: Frang D., Magasi P., Pintér J.: Urológia (pp. 254-262), Medicina, Budapest 1991. – 10. Pintér J.: Hipernefroid veserák. Urol. Nephrol. Szle. 11, 1-4, 1984. – 11. Pintér J., Villányi K., Szokoly V.: Szervmegtartó műtétek a rosszindulatú vesedaganatok gyógykezelésében. Magy. Urol. 4, 17-23, 1992. – 12. Répássy D.: A veserák klinikopatológiai kérdései, hormonkezelési lehetőségei. Kand. ért., Budapest, 1988. – 13. Robson C.J.: Radical nephrectomy for renal cell carcinoma. J. Urol. 89, 37-42, 1963. – 14. Szokoly V., Pintér J., Villányi K.: A világos sejtes veserák diagnosztikájának és terápiájának néhány kérdése. Magy. Radiol. 63, 283-287, 1989. – 15. Villányi K., Szokoly V., Flaskó T.: A vesedaganatos betegek túlélése a vena cavaban lévő tumor-thrombus esetén. Magy. Urol. 2, 275-281, 1990.