

ÚJDONSÁG AZ OMKERTŐL

A húgycsőbe vezetett katéterek, ballonkatéterek és Foley-katéterek helyettesítésére szolgáló Warne SECURE és PORTASHEATH külső katéterek

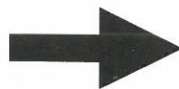


A két különböző kivitelben és három méretben kapható latex anyagú segédeszközök bármelyik vizeletgyűjtő zacskóhoz alkalmazhatók.

A katéter speciális kialakítása csökkenti a vizelési inger kiváltásának valószínűségét, és mindig biztosítja a vizelet akadálytalan elvezetését.

A különleges habanyagból készített rögzítőszalag biztos rögzítést eredményez, de könnyen eltávolítható.

A külső katéter lágy, rugalmas, szövetbarát alapanyaga nem irritálja a bőrt és csökkenti az allergiás reakció esélyét.



A Warne SECURE és PORTASHEATH külső katéterek megrendelhetők, megvásárolhatók az OMKER Orvosi Műszerkereskedelmi Vállalatnál Budapest, VIII. Rezső u. 5-7. Telefon: 1125-882

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Magyar Urológia IV. évfolyam 1. szám 17. oldal (1992)

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Urológiai Klinika
(igazgató: Pintér József dr.)

Szervmegtartó műtétek a rosszindulatú vesedaganatok gyógykezelésében

Pintér József dr., Villányi Kinga dr., Szokoly Viktor dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: A DOTE Urológiai Klinikán 1981 óta 22 betegnél végeztek szervmegtartó műtétet rosszindulatú vesedaganat miatt. 18 esetben partialis nephrectomiát, 4 esetben enucleatiót. Korábban kétoldali vesedaganat vagy soliter vese esetén alkalmazták ezeket az eljárásokat, 1987 óta azonban 11 betegnél, $T_{1-2} N_0 M_0$ stádiumban, ellenoldali ép vese mellett választották a szervmegtartó műtétet. Az ellenoldali ép vesével rendelkező betegcsoportban progressziót nem észleltek. Vesetumor esetén szervmegtartó műtét csak szigorú kritériumok alapján választható eljárás, értékeléséhez további vizsgálatok szükségesek.

Kulcsszavak: rosszindulatú vesedaganat, partialis nephrectomia, enucleatio, ellenoldali ép vese.

CONSERVATIVE SURGERY FOR RENAL CELL CARCINOMA

SUMMARY: Since 1981 of 22 patients who underwent conservative surgery for malignant renal tumors, 18 underwent partial nephrectomy and 4 underwent enucleation. An operation was performed in the presence of normal contralateral renal unit in 11 patients, none of them had progression. Even longer followup is needed to assess more clearly the definitive role of partial nephrectomy in the treatment of renal cell carcinoma.

A vesedaganatok sebészi kezelésében az elmúlt évtizedekben számos változás történt. Az egyszerű nephrectomiát a radikális ablasztikus nephrectomia és az elvélte kényszerhelyzetben alkalmazott szervmegtartó műtét váltotta fel (1, 5, 15). Ezt a fejlődést egyrészt új diagnosztikai módszerek elterjedése, a vesedaganatok kórismézésének változása, másrészt újabb vesefeltárási módok alkalmazása, az urológusok műtéttechnikai szemléletváltozása segítette elő. Negyven év alatt olyan változások kerültek elfogadásra, melyek a vesedaganatos betegek sebészi kezelését gyökeresen megváltoztatták, jelentősen javították a túlélési kilátásokat. A citosztatikumok alkalmazása nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. A gyógykezelés eredményessége napjainkban is döntően az elsődleges sebészi ellátástól függ.

Vesedaganat esetén szervmegtartó műtét végzését már több mint 100 éve javasolták, de a radikalitásra törekvés okán még napjainkban is alig-alig alkalmazott eljárás (4, 6). Általában csak soliter vesében lévő daganat vagy kétoldali vesetumor esetében indikálják (3, 12). Az a tény azonban, hogy a „kényszerből” végzett szervmegtartó műtétek eredményessége alig marad el a radikális műtétek eredményeitől, felkeltette az urológusok érdeklődését. Egyértelmű az is, hogy a vesedaganatok előfordulá-

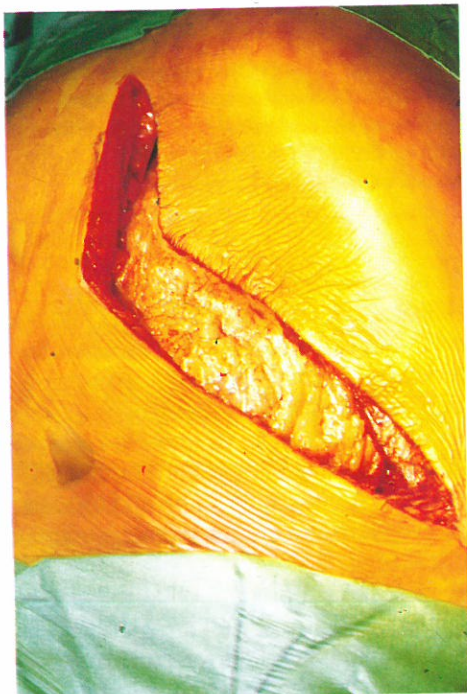
sának gyakorisága nagyobb, mint a korábbi években volt. Ez részben az incidencia növekedésével – az elmúlt 10 évben 4,6-ról 5,9/100 000 férfi, ill. 2,5-ről 3,4/100 000 nő (10) –, részben a jobb diagnosztikai eljárások elterjedésével magyarázható. A szűrőjelleggel vagy más okból végzett UH, CT vizsgálatok bevezetése óta mintegy ötször annyi korai stádiumú tünetmentes vesedaganat kerül felismerésre (13).

E korai esetekben megfelelő kritériumok mellett, a szükséges feltételekkel rendelkező intézetekben ellenoldali ép vese esetén is elvégezhető a szervmegtartó műtét (11, 14).

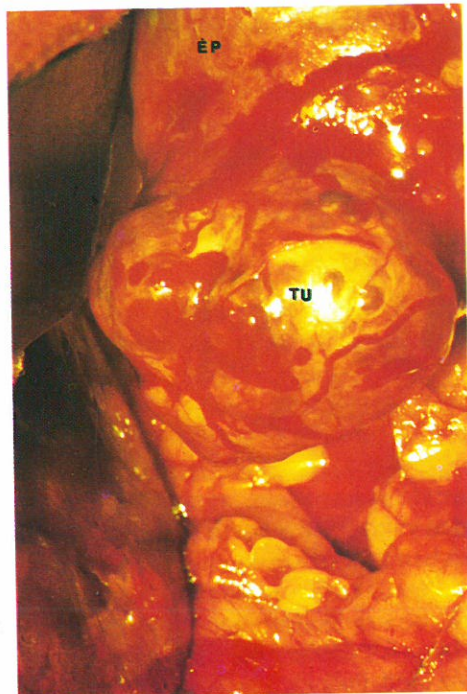
Beteganyag és módszer

Klinikánkon 1981–1991 között 22 vesedaganatos betegnél (13 férfi, 9 nő) végeztünk szervmegtartó műtétet: resectiót 18 alkalommal, enucleatiót 4 esetben. Az átlagéletkor 51 (36–65) év volt. A betegnél kétoldali vesetumor, 7 esetben szoliter vese miatt kényszerültünk szervmegtartásra. 1987 óta megfelelő feltételek esetén ellenoldali ép vese esetén is indikáljuk a műtétet; 11 ilyen beavatkozást végeztünk. Ez utóbbi csoportban 7 betegünk panaszmentes volt, más okból végzett UH vizsgálat során került felfedezésre a daganat. Az átlagos tumornagyság 4,1 cm (2–8 cm) volt.

Alsó pólusban vagy a vese középső részében lévő tumor esetén a processus xyphoideustól induló, majd kb. 2 harántujjal a bordaív alatt vezetett metszés megfelelő feltárást biztosít a vesehúls megközelítéséhez és a resectióhoz egyaránt. Felső pólusban elhelyezkedő daganat esetében általában az ún. kiterjesztett lumbotómiát végezzük.



1. ábra. A processus xyphoideustól induló, subcostalisan vezetett metszés



2. ábra. Alsó pólusban lévő vesetumor (TU-tumor, ÉP-ép veseszövet)

3. ábra. A vese a tumor resectiója után



A vese mobilizálását követően az a. renalis vagy a daganatot ellátó a. renalis ág leszorítása után az ép veseállományban a tumortól kb. 1–1,5 cm-re vezetjük a metszést. A parenchymában látható arteriákat, nagyobb vénákat alöltjük, majd egymástól kb. fél cm-re behelyezett átöltő öltésekkel zárjuk a parenchymát. Az arteria felengedése után csak elvétele szükséges póttöltést behelyezni. Műtéttechnikai szempontból fontos, hogy a daganatos veseállomány feletti zsírszövetet ne bontsuk le, vagy ha igen, akkor a tumor feletti részt jelöljük meg és az a rész kerüljön részletes szövettani feldolgozásra. A tumoros és ép szövet elhatárolása, a resectióvonal kijelölése valamennyi esetben intraoperatív UH vizsgálat segítségével történt.



4. ábra. A parenchyma zárása



5. ábra. Az épen eltávolított tumor a borító zsírszövettel

Ha a tumor eléri az üregrendszert, nem ajánlott a szervmegtartás. Üregrendszer megnyitására sor kerülhet szoliter vesén „kényszerből” végzett műtéteknél vagy nagyobb biztonságra törekvő resectio végzésekor. Enucleatiót a vese középső részében, perifériásan elhelyezkedő, 2–3 cm átmérőjű tumor vagy multiplex tumorok eltávolítására alkalmaztunk. Ilyen esetekben is fontos az intraoperatív UH vizsgálat. Ha a daganatnak jól elhatárolt pseudotokja van, ez jó válóréteget jelent és az enucleatio elvégezhető. Ha azonban a tok valahol nem egyértelműen követhető, akkor nephrectomia végzendő. Az épnek ítélt több helyről végeztünk szövettani vizsgálatot, melyek negatívak voltak. Ezekben az esetekben az enucleatio biztosan egyenértékű a resectióval. Lényeges a pontos patológiai vizsgálat, mert ha differenciálatlan sejtek alkotják a daganatot, ha a resectió vonalából vagy a tokból vett szövetmintában tumor igazolható, vagy ha a regionális nyirokcsomók pozitívak, radikális nephrectomiát kell végezni.

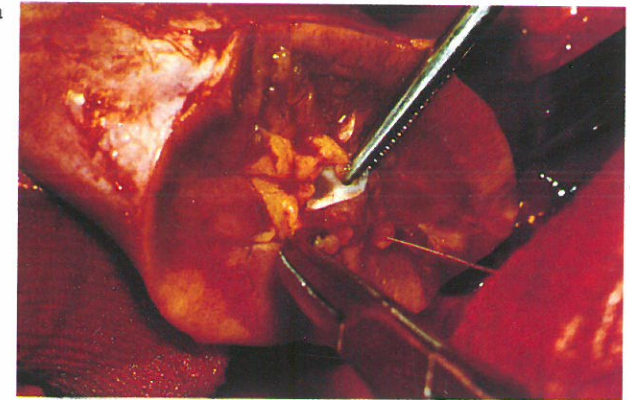
A hosszabb idejű hűléseszorítást igényelők esetekben az ischaemiás vesekárosodás megelőzése céljából 4 esetben vénás hypothermiát, 1 alkalommal felületi hűtést alkalmaztunk jó eredménnyel.

Műtéti szövődményünk nem volt. 4 betegünk a szoliter vesés, ill. a kétoldali daganatos csoportból



6. ábra. Intraoperatív UH felvétel. A tumor (TU) és az ép vesezsövet élesen elhatárolódik

7. ábra. Megnyílt üregrendszer zárása



8. ábra. Intraoperatív UH felvétel. Enucleatióra alkalmas vesetumor, a halvány udvar a pseudotoknak felel meg.



9. ábra. Jobb oldali kis vesetumor CT képe

posztoperatív dialízisre szorult, ők egy éven belül exitáltak, 3 uraemiában, 1 vesetumor recidívában. Kétoldali daganatos betegeink közt a leghosszabb túlélési idő 10 év. Ellenoldali ép vese mellett szervmegtartó műtéten átesett betegeink mindegyike tumormentesen él, a leghosszabb megfigyelési idő 4 év.

A beteg kooperációs készsége a műtét megtervezésekor fontos szempont. Vonatkozik ez a kivizsgálásra és az ellenőrző vizsgálatokra egyaránt. 1–2 havonta laborvizsgálatokat, mellkas rgt-t, UH vizsgálatot, 3–6 havonta CT vizsgálatot kell végezni.

Megbeszélés

A betegeket szigorú kritériumok alapján kell kiválogatni. Alsó vagy felső pólusban elhelyezkedő, esetleg a vese középső részén, perifériás helyzetű, kis tumorok ($T_{1-2} N_0 M_0$ stádium) esetén végezhető resectio vagy enucleatio (10, 14).

Alapfeltétel a korrekt preoperatív diagnózis. Az újabb képalkotó eljárások (UH, CT, NMR) lehetővé teszik a vesedaganat kiterjedésének és elhelyezkedésének megítélését, a regionális nyirokcsomóáttétek felismerését. Az indikációról a műtétet végző orvos és az UH, CT vizsgálatok értékelésében jártas szakember konzultációja után

szabad dönteni. Angiographia még inkább DSA szükséges lehet a resecalando terület érellátásának finomabb megítéléséhez, a resectiós vonal kijelöléséhez. Újabb lehetőség az intraoperatív UH vizsgálat, mely kiválóan alkalmas a daganat kiterjedésének pontosabb meghatározására, a pseudotok megítélésére és az esetleges multiplicitás kizárására is (2). Elengedhetetlen a tumor üregrendszerhez, nagyobb arteriákhoz való viszonyának megismerése, az intraoperatív UH szükség szerint Doppler UH-val kombinálva segítséget jelent.

A partialis nephrectomiával kapcsolatosan két kérdés merül fel. Egyik a lokális recidíva veszélye, mely irodalmi adatok szerint 3–12%-ra tehető (7, 14). A magasabb arány a centrális helyzetű, enucleatioval kezelt esetekben, ill. 4–5 cm-t meghaladó tumorméret esetén észlelhető. Az indikáció gondos felállításával, biztosan az épben történő resectióval a recidíva arány a minimálisra csökkenthető (9).

A másik probléma a tumor esetleges multiplicitása lehet. Boncolási adatok szerint az ép vesék 7–22%-ában, míg a tumor miatt eltávolított vesék 30%-ában találtak kis adenomákat (8). Fennáll tehát annak a lehetősége, hogy partialis nephrectomia után kis tumorgócok maradnak vissza. A vékony rétegvastagsággal végzett célzott CT vizsgálat, a gondos preoperatív, de még inkább részletes intraoperatív ultrahang vizsgálatok segítségével ezek felismerhetők.

A szervmegtartó műtétek változást jelentenek az ablasztikus, radikális műtétek értékének, szükségességének megítélésében. A modern képalkotó eljárások és a szűrővizsgálatok elterjedésével biztosan több korai stádiumban lévő vesedaganat kerül felismerésre. Ezért szükséges, hogy megfelelő kritikával, ellenőrzéssel végezzük az ellenoldali ép vese mellett a daganatos vese szervmegtartó műtétjét. A felelősség nagy és csak a radiológusokkal, onkológusokkal együttműködve, közös elvek alapján dolgozhatunk eredményesen. Olyan centrumok kialakítására lenne szükség, ahol adottak a modern radiológiai eljárások, az urológusok megfelelő hasi, mellkasi és érsebészeti jártassággal rendelkeznek, ahol biztosított a betegek rendszeres ellenőrzése. További tapasztalatokra és a rendelkezésre álló adatok statisztikai feldolgozására van szükség ahhoz, hogy a szervmegtartó műtétek helyét meghatározhassuk a vesedaganatok kezelésében.

IRODALOM

1. Balogh, F., Pánovics, J.: Vesedaganatos betegeken végzett rezekciós műtéteink. *Urol. Nephrol. Szle.* 14, 59 (1987).
2. Berényi, P., Pintér, J., Szokoly, V.: Intraoperative Sonographie bei organerhaltenden Operationen von Nierentumoren. *Z. Urol. Nephrol.* 83, 419 (1990).
3. Frang, D., Czvalinga, I., Polyák, L.: Szervmegtartó műtétek vesedaganatos betegeken. *Orv. Hetil.* 127, 2543 (1986).
4. Götz, F., Czvalinga, I.: A tumoros vese resectiójáról. *Orv. Hetil.* 116, 1796 (1975).
5. Gyarmathy, F.: Rosszindulatú vesedaganat conservatív műtéti javallata. *Magy. Seb.* 16, 204 (1963).
6. Kondás, J., Gyarmathy, F.: Soliter veséből eltávolított rosszindulatú daganat. *Magy. Seb.* 23, 193 (1970).
7. Morgan, W., Zincke, H.: Progression and survival after renal-conserving surgery for renal cell carcinoma: experience in 104 patients and extended followup. *J. Urol.* 144, 853 (1990).
8. Mukamel, E., Konichezky, M. et al.: Incidental small renal tumors accompanying clinically overt renal cell carcinoma. *J. Urol.* 140, 22 (1988).
9. Novick, A., Zincke, H. et al.: Surgical enucleation for renal cell carcinoma. *J. Urol.* 135, 235 (1986).
10. Pintér J., Wabrosch, G., Eckhardt, S.: Az urológiai rosszindulatú daganatok. *Medicina, Budapest* (1987).

11. Provet, J., Tessler, A. et al.: Partial nephrectomy for renal cell carcinoma: indications, results and implications. *J. Urol.* 145, 472 (1991).
12. Smith, R. B., de Kernion, J. B. et al.: Bilateral renal cell carcinoma and renal cell carcinoma in the solitary kidney. *J. Urol.* 132, 450 (1984).
13. Tosaka, A., Ohya, K. et al.: Incidence and properties of renal masses and asymptomatic renal cell carcinoma detected by abdominal ultrasonography. *J. Urol.* 144, 1097 (1990).
14. Van Poppel, H., Claes, H. et al.: Is there a place for conservative surgery in the treatment of renal carcinoma? *Br. J. Urol.* 67, 129 (1991).
15. Wabrosch, G.: Vese resectio soliter vesén hypernephroma miatt. *Magy. Onkol.* 11, 47 (1967).