

# Rola limfadenektomii i adrenalektomii w radykalnym leczeniu raka nerki

## *Role of lymphadenectomy and adrenalectomy in the radical treatment of renal cell carcinoma*

Demkow T.

Przełóżając literaturę dotyczącą radykalnego leczenia raka nerki coraz częściej zastanawiamy się nad celowością przestrzegania zasad zaproponowanych przez Robsona w 1963 r. Powszechnie wprowadzenie tomografii komputerowej, ultrasonografii, rezonansu magnetycznego do codziennej praktyki klinicznej podważyło zasadę rutynowego usuwania węzłów chłonnych i nadnercza po stronie guza. Sposób rozsiewu raka jasnokomórkowego nerki (szerzy się drogą naczyń limfatycznych, krwionośnych lub bezpośrednio nacieka na narządy sąsiadujące) odpowiedzialny jest m.in. za nieprzewidywalny przebieg kliniczny choroby.

W badaniach autopsyjnych obecność przerzutów w węzłach chłonnych stwierdza się w ok. 45% przypadków, natomiast w badaniach klinicznych badanie mikroskopowe usuniętych węzłów chłonnych wykazuje przerzuty u 3% do ok. 20% chorych. Tak znaczne różnice w częstości występowania przerzutów w badaniach klinicznych związane są z nieporównywalnym zakresem wykonywanych limfadenektomii, różnym stopniem zaawansowania usuwanego nowotworu nerki, subiektywną oceną patologa. Według Gulianiego częstość przerzutów do węzłów chłonnych nie zależy od stopnia zaawansowania nowotworu nerki. Ogólne 5-letnie przeżycie chorych na raka jasnokomórkowego nerki z przerzutami do węzłów chłonnych waha się od 13 do 30%. Przeżycie to jest znamienne statystycznie lepsze, gdy przerzuty występują w nie więcej niż w dwóch węzłach. Wyka-

zono, iż rozszerzona limfadenektomia nie zwiększa liczby powikłań i śmiertelności okołoperacyjnej, zmniejsza natomiast częstość miejscowych nawrotów. Faktami przemawiającymi przeciw rutynowemu usuwaniu węzłów chłonnych są: 1. brak dowodu, iż limfadenektomia przedłuża przeżycie chorych, 2. możliwość rozsiewu nowotworu drogą naczyń krwionośnych, 3. komórki nowotworowe mogą wędrować drogą naczyń chłonnych rozproszonych po całej przestrzeni zaotrzewnowej, 4. występowanie przerzutów odległych gdy N (-).

Przerzuty w nadnerczu powstają na drodze bezpośredniego naciekania (guz górnego bieguna nerki, guz obejmujący cały narząd), drogą naczyń krwionośnych. Prawdopodobieństwo obecności przerzutów w nadnerczu u chorego z rakiem nerki waha się od 6–10% po stronie guza, do 20% w badaniach autopsyjnych. Częstość przerzutów w nadnerczu wzrasta wraz ze stopniem zaawansowania guza nerki (pT). Obecne wyniki badań sugerują, iż nadnercza można nie usuwać, jeżeli w dostępnych badaniach obrazowych wykonanych przed operacją (TK, MNR, USG) nie widać zmian patologicznych. Brak randomizowanych badań nad znaczeniem adrenalektomii w leczeniu raka jasnokomórkowego nerki.

doc. dr hab. med. **Tomasz Demkow**

Klinika Nowotworów Układu Moczowego  
Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie  
tel. +48 22 546 23 31