

Chirurgia organooszczędzająca raka nerki

Nephron sparing surgery — NSS

Borkowski A.

Rozwój metod oszczędzających w chirurgii onkologicznej innych narządów, zakwestionowanie zasad nefrektomii radykalnej ustalonych w 1963 r. przez Robsona, a przede wszystkim rozwój metod obrazowych, prowadzący do lawinowego wzrostu rozpoznań małych, bezobjawowych guzów nerki, spowodował wprowadzenie do praktyki klinicznej częściowej resekcji nerki z wyboru w chorobach nowotworowych. Metoda ta usprawiedliwiona, jeżeli stosowana z konieczności w przypadku guzów jedynej anatomicznie lub czynnościowo nerki, jest coraz powszechniej stosowana w codziennej praktyce w przypadku niedużych guzów przy obecności zdrowej drugiej nerki. Stało się tak, zanim zasadność takiego postępowania została potwierdzona w prowadzonych aktualnie randomizowanych, prospektywnych doświadczeniach klinicznych.

Podstawowym problemem w przypadku stosowania NSS z wyboru jest znany fakt wieloogniskowości guzów nerki (7,5–10,2%). Co więcej, wszystkie badania pokazują, że aktywność biologiczna guzów satelitarnych równa jest aktywności guza pierwotnego i przewyższa kilkusetkrotnie aktywność nowotworów wykrytych przypadkowo podczas sekcji, z których większość nigdy nie objawi się klinicznie. W znanych obecnie doniesieniach odsetek nawrotów nerkowych jest znacznie niższy niż przytoczony powyżej odsetek wieloogniskowości. Być może mają na to wpływ nieznanne dotychczas procesy immunologiczne, za-

chodzące po usunięciu guza pierwotnego, ale bardziej prawdopodobny wydaje się scenariusz, iż czas obserwacji jest ciągle zbyt krótki, aby wychwycić prawdziwą skalę tego zjawiska.

Na wiele pytań nie znamy ciągle odpowiedzi. Jaka jest graniczna wielkość guza, przy którym NSS z wyboru jest najbardziej bezpieczna (2,5; 3,5; 5,0 cm), jaki powinien być margines resekcji zdrowej tkanki wokół guza, ocena doszczętności resekcji podczas zabiegu, schemat kontroli pooperacyjnej, czy sposób postępowania na wypadek wznowy (nefrektomia, ponowna NSS)? Czas i nabywane doświadczenie po coraz częściej wykonywanych operacjach NSS z wyboru przyniosą odpowiedzi na większość z tych pytań, ale wydaje się, iż metoda ta będzie się coraz bardziej rozwijać i zagnieździła się na stałe w klinikach urologii.

Aspekty techniki chirurgicznej, obecnie bardzo precyzyjnie ustalone, nie budzą większych dyskusji. Resekcje częściowe wykonywane na drodze laparoskopowej zdobywają coraz większą popularność, a ich zasadność wydaje się być usprawiedliwiona w tym samym stopniu, jak zasadność operacji otwartych. W fazie eksperymentu klinicznego znajdują się techniki minimalnie inwazyjne: krioablacja, termoablacja, niszczenie guza za pomocą zogniskowanej wysokoenergetycznej fali ultradźwiękowej (HIFU) czy wstrzyknięcia alkoholu do guza. Można je wykonywać na drodze operacji otwartych, laparoskopowych czy za-

biegów przezskórnych. Metody te czekają na opracowanie najskuteczniejszej, skodyfikowanej (powtarzalnej) techniki, oraz opracowanie techniki badań obrazowych, która pozwalałaby wiarygodnie ocenić doszczętność zabiegu.

prof. dr hab. med. **Andrzej Borkowski**
Katedra i Klinika Urologii
Akademia Medyczna
ul. Lindleya 4
02-005 Warszawa
e-mail: urolwa@warman.com