



“Тактика ведения и особенности хирургического лечения пациента со вторым рецидивом нефробластомы”

Гургенидзе Н.Н., Швецов А.Н., Зайцева А.Н., Трушин А.А., Казанцев И.В., Геворгян А.Г., Захаренко А.А., Пунанов Ю.А., Кулагин А.Д., Зубаровская Л.С. ФГБОУ ВО «СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ, НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой

Актуальность: Около 5% от всех детских злокачественных опухолей приходится на опухоли почки и более 90% из них представлены нефробластомой (НБ). Выживаемость пациентов с НБ достигает 90%, но прогноз при рецидиве НБ остается неблагоприятным, долгосрочная выживаемость варьирует от 10-15% до 70-80%. Общепринятой тактики при втором и более рецидиве не существует. В рамках противорецидивной терапии подчеркивается важность радикального удаления опухоли. Как правило, опухоль прорастает в просвет сосуда, формируя опухолевый тромб, сдавление и инфильтрация крупных сосудов описываются сравнительно редко. При тромбэктомии при НБ методы протезирования и пластики сосудов обычно не применяются. Использование сосудистых имплантов в детской хирургии достаточно редко, что в первую очередь связано с возможностью деформации сосуда у растущего детского организма, с калибром сосуда у ребенка, с отторжением и инфицированием имплантируемого материала.

Мы представляем клинический случай лечения пациента со вторым рецидивом нефробластомы, у которого рамках комплексной терапии выполнено радикальное удаление опухоли и пластика дефекта нижней полой вены (НПВ) с использованием ксеноперикарда.

Цель: Описать клинический случай, демонстрирующий возможную тактику ведения пациента со вторым рецидивом нефробластомы.

Материал и методы: Пациент 9 лет с нефробластомой правой почки, с диффузной анаплазией, гистологически группы высокого риска, III стадия, pT3NxMx.

Из анамнеза известно, что в возрасте 7 лет выявлено образование. По данным КТ брюшной полости в проекции верхнего полюса правой почки определялось округлой формы образование, с четкими бугристыми контурами, размерами 80x73x52 мм, выходящее за границы капсулы почки и неоднородно накапливающее контрастное вещество. В просвете правой почечной вены определялся опухолевый тромб, пролабирующий в нижнюю полую вену (НПВ) и перекрывающий до 2/3 ее просвета. Предоперационная полихимиотерапия (ПХТ) не проводилась. Первым этапом выполнено хирургическое лечение. В ходе оперативного вмешательства при выделении опухоли произошел ее разрыв, произведена нефроуретерэктомия, рассечение НПВ, тромбэктомия, с ушиванием НПВ. Морфологическое исследование: опухоль соответствовала смешанному типу нефробластомы, группа промежуточного риска. Лечение проводилось по протоколу SIOP 2001 (AVD). После завершения ПХТ лучевая терапия не проводилась.

Через 7 месяцев после завершения лечения планово на УЗИ выявлен рецидив. По данным КТ объемные образования в воротах печени - 72x65x64 мм, и в ложе опухоли - 20x26x20 мм. Пересмотрены гистологические препараты в референс-центре: признаки диффузной анаплазии, локальную стадию определить не удалось в связи с дефектами подготовки материала. Проведено противорецидивное лечение в ОТКМ для детей №2 НИИДОГиТ им. Р.М. Горбачевой (Рис.1).



Рисунок 1. Схема противорецидивной терапии.

Через 8 месяцев после завершения противорецидивной терапии, по данным КТ выявлены признаки второго локального рецидива. В области удаленной правой почки определялось, накапливающее контрастное вещество объемное образование размерами 16x12мм, которое вплотную прилежало к НПВ, смещая и деформируя ее (Рис.2).



Рисунок 2. КТ картина на момент второго рецидива нефробластомы: а — горизонтальная проекция, б — сагиттальная проекция

Для дальнейшего лечения пациент вновь направлен в клинику НИИДОГиТ им. Р.М. Горбачевой. При определении тактики терапии, проведен консилиум с заочной консультацией с руководителем протокола

SIOP RTSG 2016, профессором Норбертом Графом. По результатам: необходимость проведения оперативного лечения с критерием R0 резекции опухоли, в дальнейшем лучевая и противорецидивная ПХТ.

Результаты: Выполнено хирургическое лечение: лапаротомия, иссечение жировой клетчатки в ложе удаленной почки, выделение образования 30x20мм. Отмечался инвазивный рост опухоли в стенку НПВ в проекции рубца после тромбэктомии, полуциркулярно на 2/3 диаметра вены. Проведена резекция стенки НПВ с опухолью, удаление визуализируемых лимфоузлов, пластика дефекта НПВ с использованием ксеноперикарда (Рис. 3).



Рисунок 3. Ход операции: а — выделение опухоли и определение краев резекции НПВ, б — резекция опухоли и вены, в - пластика НПВ

По данным морфологического исследования подтвержден рецидив нефробластомы. Опухолевых клеток в краях резекции и признаков поражения лимфоузлов не выявлено. В послеоперационном периоде пациент находился в отделении интенсивной терапии в течение двух суток. На вторые сутки удален дренаж. С первых суток проводилось пероральное питание. Стабилизация показателей СРБ и лейкоцитоза отмечено на третьи сутки. Швы сняты на восьмые сутки. При динамическом УЗИ признаков тромбоза НПВ не выявлено, скорость кровотока удовлетворительная. В дальнейшем проведена лучевая терапия на правую половину брюшной полости и 5 циклов противорецидивной ПХТ на основе иринотекана. При рестадировании через 5 месяцев после оперативного вмешательства по данным КТ в ложе удаленной правой почки дополнительных образований и участков патологической фиксации контрастного препарата не определяется. НПВ полностью контрастируется, участков деформации не визуализируется (Рис.4).

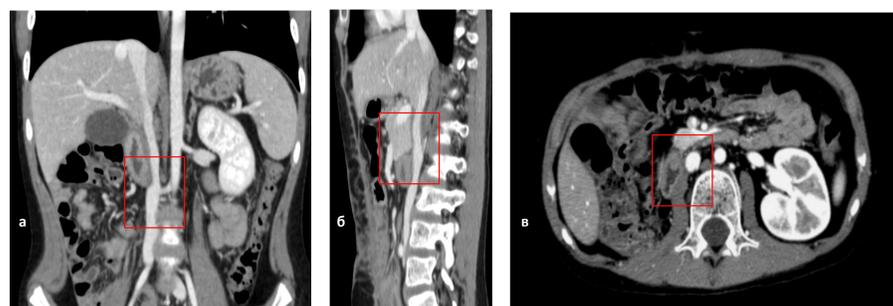


Рисунок 4. Данные КТ через 3 месяца после оперативного лечения, в 3 проекциях: а — фронтальная, б — сагиттальная, в — горизонтальная.

Заключение: Результаты терапии рецидивов нефробластом остаются крайне низкими и требует мультидисциплинарного подхода. Важным этапом является радикальное удаление рецидива опухоли. Клинические данные о сосудистой пластике в детской хирургии практически отсутствуют. Рассмотренный случай демонстрирует возможность применения методов пластики сосудов с целью достижения необходимой радикальности хирургического лечения при резекциях опухоли, доступ к которым затруднен вследствие их связи с сосудами.