

KIRURŠKO ZDRAVLJENJE LOKALNO OMEJENE VISOKORIZIČNE BOLEZNI UROTELNEGA KARCINOMA ZGORNJIH SEČIL

doc. dr. Simon Hawlina, dr. med.

Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana, Slovenija
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, Slovenija

Izvleček

Kirurško zdravljenje ostaja temeljni pristop pri lokalno omejeni visokorizični bolezni urotelnega karcinoma zgornjih sečil. Standardni poseg je radikalna nefrektomija z ureterektomijo in resekcijo manšete mehurja (RNU). Pri izbranih bolnikih opravimo tudi regionalno limfadenektomijo. Minimalno invazivne tehnike, zlasti robotsko asistirani posegi, omogočajo varno izvedbo posega ob doslednem spoštovanju onkoloških načel. Pomembno je, da se pri načrtovanju zdravljenja upošteva vpliv na ledvično funkcijo, saj končna ledvična odpoved izrazito poslabša prognozo in kakovost življenja bolnikov.

Uvod

Urotelni karcinom zgornjih sečil (UTUC) predstavlja 5–10 % urotelnih malignomov. Pri visokorizični bolezni (visok gradus, invazija v lamino proprijo, tumor > 2 cm, multifokalnost) je kirurško zdravljenje ključno za dolgoročno preživetje. Kljub razvoju endoskopskih metod ostaja radikalna odstranitev prizadete ledvice s sečevodom zlati standard.

Opis strokovnega problema

Največji izziv pri zdravljenju lokalno omejene visokorizične UTUC je uskladitev dveh ciljev: onkološke varnosti ter ohranitve ledvične funkcije. Standardni poseg, radikalna nefrektomija z ureterektomijo in odstranitvijo manšete mehurja, omogoča en blok odstranitev celotnega sečevoda vzdolž njegove osi. Poseg nudi bolniku nudi najvišjo možnost ozdravitve, a vodi do izgube ene ledvice in s tem lahko do pomembnega zmanjšanja glomerulne filtracije. Raziskave kažejo, da po RNU več kot polovica bolnikov razvije kronično ledvično bolezen (KLB \geq stopnja 3), kar lahko onemogoči uporabo adjuvantne kemoterapije s cisplatinom ter poveča kardiovaskularno in celokupno umrljivost. Pri bolnikih z mejno ledvično funkcijo ali eno delujočo ledvico

je zato potrebno resno razmisliti o kirurgiji, kjer ohranjamo nefrone, kadar je to onkološko sprejemljivo.

Posebno vprašanje predstavlja vloga limfadenektomije, saj je pogostost zasevkov pri visokorizičnem UTUC kljub lokalni omejenosti relativno visoka (20–30 % pri invazivni bolezni). Slikovna diagnostika nam pogosto ne prikaže znakov bolezni v bezgavkah, zato je odločitev o omejeni/razširjeni limfadenektomiji pogosto zahtevna.

Rešitve, dobre prakse in priporočila

Radikalna nefrektomija z ureterektomijo

Odprta, laparoskopska ali robotsko asistirana radikalna nefrektomija z ureterektomijo (RNU) predstavlja standardni pristop. V UKC Ljubljana večino posegov opravimo na laparoskopski način. Robotsko asistirana RNU se zaradi omejenih kirurških kapacitet še ni uveljavila, a predstavlja onkološko varno alternativo. Omogoča natančno disekcijo hilusa ledvice, sečevoda in predvsem intravezikalne manšete, ki pogosto predstavlja največji izziv operacije. Vse naštetu zmanjšuje tveganje za ponovitev bolezni.

Regionalna limfadenektomija

Kakovostnih dokazov, ki bi podpirali uporabo limfadenektomije pri UTUC, ni. Kljub temu lahko limfadenektomija, izvedena po anatomske določenih vzorcih in v celotnem obsegu, izboljša za raka specifično preživetje pri visokorizičnih in mišično invazivnih oblikah bolezni ter zmanjša tveganje za lokalno ponovitev bolezni.

Ker se tveganje za metastaze v bezgavkah zmanjšuje z nižjim stadijem bolezni, limfadenektomija verjetno ni potrebna pri bolnikih s stadijem Ta/T1 UTUC. Slednja se priporoča pri visokorizičnih bolnikih, ki so napoteni na RNU, saj določanje stadija bolezni pred operacijo ni povsem zanesljivo.

Vloga limfadenektomije pri UTUC torej ni tako jasno definirana kot pri raku mehurja, vendar vedno več podatkov kaže, da:

- *ima pomembno vlogo za natančnejšo opredelitev bolezni (določitev stadija bolezni),*
- *lahko izboljša lokalno kontrolo,*
- *pri bolnikih z visokorizično in mišično invazivno obliko bolezni potencialno podaljša preživetje, predvsem takrat, ko so v bezgavkah že prisotni zasevki.*

Priporočeni obseg je odvisen od lokalizacije tumorja:

- *Ledvični meh: ledvični hilus, para-kavalno/para-aortno območje, interaorto-kavalni prostor.*

- *Proksimalni sečevod: ledvični hilus do bifurkacije aorte/vene cave.*
- *Distalni sečevod: iliakalno območje in obturatorna regija.*

Robotski pristop omogoča natančno in relativno varno izvedbo razširjene limfadenektomije, s čimer se zmanjšata možnost krvavitve med operacijo in morbiditeta.

Ohranitveni pristopi

Segmentna ureterektomija ali endoskopska resekcija predstavljata terapijo izbora pri nizko do srednje rizični obliki bolezni in v primerih, kjer je ohranitev ledvične funkcije nujna. Pri teh bolnikih je obvezno redno sledenje in dopolnilno zdravljenje z Mitomicinom C ali BCG.

Sledenje

Zaradi visoke stopnje ponovitve bolezni v mehurju (30–40 %) je nujno redno spremljanje s cistoskopijo, urinsko citologijo in CT urografijo v skladu s priporočili.

Sklepne misli

Kirurško zdravljenje ostaja temelj obravnave lokalno omejenega visokorizičnega UTUC. Radikalna nefrektomija z ureterektomijo in odstranitvijo manšete mehurja zagotavlja najboljšo onkološko kontrolo, vendar lahko pomembno vpliva na ledvično funkcijo in s tem preživetje. Regionalna limfadenektomija ima diagnostično in terapevtsko vrednost ter je priporočljiva pri invazivni bolezni. Optimalno zdravljenje temelji na multidisciplinarni presoji, individualiziranem pristopu in iskanju ravnotežja med onkološko varnostjo ter ohranitvijo funkcionalne ledvične rezerve.

Literatura

1. Rouprêt M et al. EAU Guidelines on Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma 2025.
2. Seisen T et al. Prognostic value of lymphadenectomy in UTUC. J Clin Oncol.
3. Shigeta K et al. Robotic RNU with template lymphadenectomy. J Urol.
4. Favaretto RL et al. Open vs laparoscopic RNU outcomes. Eur Urol.
5. Colin P et al. Oncologic outcomes after radical surgery for UTUC. Eur Urol.