

KIRURŠKO ZDRAVLJENJE LOKALNO OMEJENE NIZKO RIZIČNE BOLEZNI

asist. Milena Taskovska, dr. med.

Klinični oddelek za urologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana

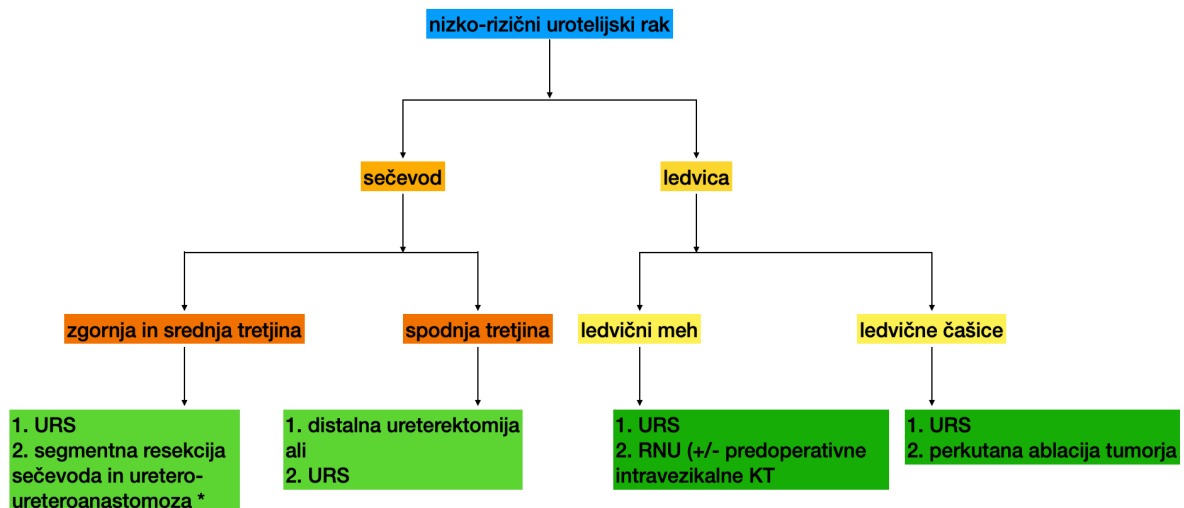
Katedra za kirurgijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Ljubljana

Izveček

Bolnikom z nizko rizičnim urotelijskim rakom zgornjih sečil svetujemo operativne posege z namenom ohranitve ledvice (endoskopski poseg z lasersko ablacijo tumorja, segmentna resekcija sečevoda). Radikalna nefroureterektomija je bila dolga leta zlati standard tudi pri nizko rizični bolezni. Bolnikom je treba predstaviti vse možnosti zdravljenja ter pričakovane zaplete in možnosti za ponovitev oz. napredovanja bolezni. Po primarnem zdravljenju je indicirano redno sledenje. Adjuvatna kemo- ali imunoterapija po primarnem kirurškem zdravljenju po trenutno veljavnih smernicah ni indicirana.

Uvod

Bolnikom z urotelijskim rakom zgornjih sečil z nizkim tveganjem, skladno s priporočili Evropskega združenja za urologijo, lahko ponudimo ureterorenoskopijo in/ali perkutano nefroskopijo z lasersko ablacijo tumorja, segmentno resekcijo sečevoda in radikalno nefroureterektomijo (RNU). Odločitev temelji na lokaciji tumorja, stanju kontralateralne ledvice in tehničnih možnostih ustanove (Slika 1) (1).



Slika 1. Obravnava bolnika z nizko rizičnim urotelijskim rakom zgornjih sečil

URS = ureterorenoskopija; RNU = radikalna nefroureterektomija; KT = kemoterapija

Ureterorenoskopija (URS)

Endoskopska ablacija tumorja z laserjem je indicirana pri tumorjih votlega sistema ledvice ter manjših (pecljatih) tumorjih sečevoda. Za tumorje v sečevodu lahko uporabimo semirigidni URS, v votlem sistemu ledvice pa fleksibilni URS. Za ablacijo tumorja uporabljamo holmijev ali tulijev laser; pri manjših tumorjih je treba odvzeti biopate pred ablacijo. Večje tumorje ekscidiramo, manjše pa vaporiziramo (1, 2, 3).

Po tovrstnem zdravljenju so potrebni kontrolni URS (angl. second-look URS) v fazi sledenja, s katerimi ocenimo radikalnost zdravljenja oz. ponovitev bolezni. Najbolje je, če ga opravimo v osmih tednih po prvi operaciji. Podatki iz literature kažejo, da je preživetje po endoskopskem zdravljenju primerljivo s tem po RNU, vendar je večje tveganje za ponovitev bolezni in večje število operativnih posegov, vprašljiva pa je dolgoročna ohranitev ledvice (zlasti pri mlajših). Nekatere raziskave so pokazale, da ima približno 50 % bolnikov recidiv/relaps v fazi sledenja, zato je to izjemno pomembno (1).

Perkutani pristop

Perkutani pristop je indiciran za zdravljenje tumorjev v področju ledvičnega meha in čašic spodnje skupine, ki so težje dostopne s flexURS. Ta pristop uporabljamo le izjemoma in pri izbranih bolnikih zaradi povečanega tveganja za razsoj tumorja (1, 2, 3).

Resekcija ureterja

S segmentno ali distalno ureterektomija z ustežno dolgim varnostnim robom dosežemo želeni onkološki učinek, hkrati pa ohranimo ledvico (1, 2). Glede na dolžino defekta, je možno napraviti anastomozo sečevoda konec s koncem, v primeru daljšega defekta pa mobiliziramo sečnik in napravimo rekonstrukcijo (psoas-hitch ali Boary flap) z neoimplantacijo sečevoda, substitucijo sečevoda s segmentom tankega črevesja ali, redkeje, avtotransplantacijo ledvice (1). Segmentna resekcija proksimalnih dveh tretjin sečevoda je povezana z višjo stopnjo zapelto v primerjavi z distalno tretjino (1, 2). Distalna ureterektomija z ureteroneocistostomijo je povezana z nižjo stopnjo ponovitve v proksimalnem sečevodu in votlem sistemu ledvice (0-18 %) v primerjavi z endoskopskim zdravljenjem (25-85 %) (1, 3).

Radikalna nefroureterektomija

RNU je bila v preteklosti zlati standard. Danes je indicirana, kadar ima bolnik že v osnovi okrnjeno ledvično funkcijo ipsilateralno s tumorjem, kadar minimalno

invazivni poseg oz kirurgija ohranitve ledvice tehnično ni izvedljiva oz predstavlja večje tveganje za bolnika in pri recidivantnih/rekurentnih tumorjih (2, 3).

Kemoablacija

V raziskavi, ki je vključevala 71 bolnikov z dokazanim (z biopsjo) nizko rizičnim urotelijskim rakom zgornjih sečil velikosti manj kot 15 mm, so ugotovili, da uporaba gela (mitomicin - UGN-101), apliciranega enkrat tedensko šest tednov zapored (indukcijska instalacija) preko retrogradnega katetra, povzroči popoln odgovor pri 41 bolnikih (58%). Najpogostejši zapleti so bili: zožitev sečevoda (44 %, od teh 61% je potrebovalo zdravljenje zožitve), okužbe sečil (32 %), hematurija (31 %), bolečina ledveno (30 %) in slabost (24 %). Pri bolnikih, ki so dosegli popoln odgovor, jih je 71% prejelo vsaj en vzdrževalni odmerek, 56 % je bilo eno leto po instalaciji brez bolezni (1).

Adjuvatne instalacije

Zgornja sečila

Anterogradna instalacija BCG ali mitomicina v zgornja sečila preko perkutane nefrostome po popolni tumorski eradikaciji je opisana pri zdravljenju CIS po kirurgiji ohranitve ledvice. Kemo- oz imunoterapijo lahko apliciramo preko ureternega stenta (monoJ oz DJ) ali po perkutani nefrostomi. Pred aplikacijo je treba izključiti obstrukcije ali ekstravazacijo votlega sistema, vnetje in omogočiti nizko tlačni sistem, ki prerečuje pielovenski vstop ob instalaciji/perfuziji (1, 2). Stopnja ponovitve po adjuvantni instalaciji je primerljiva s tisto brez aplikacije, kar vzbuja dvom v njeno učinkovitost (1).

Sečni mehur

V literaturi ni podatkov o dobrobiti uporabe intravezikalne kemoterapije po kirurgiji ohranitve ledvice. Intravezikalna kemoterapija je indicirana pri bolnikih po RNU (1).

Zaključek

Bolnikom z nizko rizičnim urotelijskim rakom zgornjih sečil svetujemo operativne posege z namenom ohranitve ledvice. Bolnikom je treba predstaviti vse možnosti zdravljenja ter pričakovane zaplete in tveganje za ponovitev ali napredovanje bolezni. Po primarnem zdravljenju je bolnike treba redno spremljati (second look URS). Adjuvatna kemo- oz. imunoterapija po primarnem kirurškem zdravljenju po trenutno veljavnih smernic ni indicirana.

Literatura

1. EAU guidelines on UTUC 2025. Dostop (6.10.2025): https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Upper-Urinary-Tract-Urothelial-Carcinoma-2025_2025-06-02-054038_pezz.pdf
2. Coleman JA, Clark PE, Bixler BR, et al. Diagnosis and management of non-metastatic upper tract urothelial carcinoma: AUA/SUO guideline. *J Urol.* 2023;209(6):1071-1081.
3. Jarret TW, Matin SF, Smith AK. Surgical Management of Upper Urinary Tract Urothelial Tumors. In: Partin AW, Dmochowski RR, Kavoussi LR, Peters CA, Wein AJ. (2021). *Campbell Walsh Wein Urology* (12th ed.). Elsevier. pp. 219