

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З МЕТАСТАЗАМИ НИРКОВОКЛІТИННОГО РАКУ В ДОВГІ КІСТКИ



А.Г. Дедков, С.І. Бойчук,
П.А. Ковальчук

Адреса:
Бойчук Сергій Іванович
03022, Київ, вул. Ломоносова, 33/43
Національний інститут раку
Тел.: (044) 257-87-41
E-mail: Sergeyboichuk@yahoo.com

28



Ключові слова: метастаз, нирковоклітинний рак, довгі кістки.

Проведено хірургічне лікування 30 пацієнтів з метастазами нирковоклітинного раку в довгі кістки. Радикальне лікування (сегментарні резекції з ендопротезуванням) виконано 16 (53,3%) хворим, паліативне лікування (екскохлеація пухлини, пластика дефекту кістковим цементом, погружний металоостеосинтез) — 14 (46,6%). Проведена функціональна оцінка прооперованої кінцівки за шкалою MSTs: в групі хворих з радикальними операціями (при солітарних метастазах) вона становила 83,2%, у групі пацієнтів з паліативними (при множинних метастазах) — 93,4%. Медіана виживаності при радикальних операціях — 38,2 міс, при паліативних — 17,3 міс. Хірургічне лікування покращує функціональний результат та якість життя хворих.

ВВЕДЕННЯ

Проблема лікування хворих з метастатичним ураженням кісток скелету є досить актуальною сьогодні, тому що хворі страждають від стійкого болювого синдрому, патологічних переломів, порушень руху, що значно погіршує якість життя та скорочує його тривалість [6, 7]. Частота розвитку метастазів в кістці у хворих на злоякісні пухлини грудної залози, передміхурової залози, легені, нирки, щитоподібної залози становить 40–65% усіх метастатичних форм, з них частка раку нирки становить 30,5% [5]. Кісткові метастази виявляють у 17–50% хворих на дисемінований рак нирки, причому 15–30% з них являються солітарними [9, 14]. Інтенсивність болювого синдрому, який обумовлений кістковими метастазами, зростає у міру прогресування пухлинного процесу та призводить до погіршення якості життя пацієнтів [2, 3]. За даними деяких авторів, виживаність хворих з метастатичним ураженням кісток збільшується після хірургічних втручань, що робить актуальною проблему паліативного хірургічного лікування, особливо у разі загрози або наявного патологічного перелому [10, 11]. Згідно з даними літератури, у 48% хворих з кістковими метастазами діагноз раку нирки встановлюється власне через кісткові ураження [11]. Доведено, що активне хірургічне лікування солітарних кісткових метастазів раку нирки дозволяє значно підвищити якість життя та збільшити виживаність [13, 14, 15, 16]. Існують дані, що 3-річна виживаність хворих, яким проводили нефректомію з видаленням солітарних метастазів, становить 55% [2, 5, 6, 7]. Основною метою паліативного лікування є зменшення вираженості або усунення болювого синдрому, відновлення втраче-

них чи порушених функцій, полегшення догляду за хворими [18].

В даний час існують такі методи хірургічного лікування пацієнтів з метастазами в довгі кістки скелету: сегментарні резекції з ендопротезуванням (умовно радикальні), кюретаж пухлини з реконструкцією дефекту кістковим цементом з погружним (накістковим, інтрамедулярним) або черезкістковим металоостеосинтезом (паліативні втручання) [1, 3].

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період 2005–2010 рр. з приводу метастатичного ураження довгих кісток раком нирки оперативне лікування проведено 30 пацієнтам. З них 16 чоловіків — 53,3% і 14 жінок — 46,6%.

Солітарні метастази діагностовано у 11 (36,6%), множинні — у 19 (63,4%) хворих. Загроза патологічного перелому відмічена у 8 (26,7%), діагностований патологічний перелом — у 22 (73,3%) пацієнтів.

У 12 (40%) пацієнтів метастатичне ураження локалізувалося в проксимальному епіметафізі стегнової кістки, у 4 (13,3%) — в дистальному і в 3 (10%) — в діафізі стегнової кістки.

У 4 (13,3%) пацієнтів вогнище ураження виявлено в проксимальному епіметафізі та діафізі великоомілкової кістки. Ураження плечової кістки діагностовано у 7 (23,3%) хворих.

Прогноз перебігу онкологічного захворювання у хворих з метастазами раку нирки в кістки відіграє важливу роль у формуванні терапевтичних принципів.

Так, у хворих з короткою очікуваною тривалістю життя слід обмежитись проведенням імунотерапії або симптоматичної терапії, оперативне лікування такої категорії пацієнтів проводити недоцільно.

Фактори несприятливого прогнозу:

- агресивний ріст первинної пухлини;
- короткий інтервал між проведенням спеціального лікування первинного вогнища та появою метастазів;
- негативна відповідь на проведену терапію;
- множинне метастатичне ураження кісток та вісцеральних органів;
- великі розміри вторинної пухлини;
- тяжкий соматичний стан хворого.

Для визначення адекватної тактики та вибору оптимального методу лікування даної категорії пацієнтів проведено обстеження, що включало стандартну рентгенографію, магнітно-резонансну томографію зони ураження, комп'ютерну томографію легень, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, остеосцинтиграфію кісток скелету з технецієм 99, морфологічну верифікацію метастатичного вогнища.

Основні показання до хірургічного лікування за рекомендацією В.В. Теплякова (2010) [11, 12]:

- патологічний перелом довгої трубчастої кістки;
- загроза виникнення патологічного перелому (деструкція кортикального шару на 50% протяжністю 25 мм і більше);
- виражений больовий синдром.

Залежно від методу хірургічного лікування всіх хворих було поділено на 2 основні групи:

- сегментарна резекція довгої кістки з ендопротезуванням ураженого сегмента (n=16) (умовно радикальні втручання);
- кюретаж пухлини з пластикою дефекта кістковим цементом в комбінації з погрудним металоостеосинтезом (накістковий, інтрамедулярний) (n=14) (паліативні втручання).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Сегментарні резекції з онкологічним ендопротезуванням виконано 16 (53,3%) хворим віком 40–70 років, з них у 3 (10%) діагностована загроза виникнення патологічного перелому.

Ендопротезування тазостегнового суглоба виконано 5 (16,6%) хворим, плечового — 6 (20%), ліктювого — 4 (13,3%), ендопротезування діафізу стегнової кістки — одному хворому.

Погрудний (накістковий та інтрамедулярний) металоостеосинтез виконано 14 (46,6%) хворим віком 46–75 років, з них у 5 (16,6%) діагностовано загрозу виникнення патологічного перелому. Накістковий металоостеосинтез з пластикою дефекту кістковим цементом (поліметилметакрилатом) проведено 12 (40%) пацієнтам, інтрамедулярний — 2 (6,6%). Кістковий цемент використовували для пластики вогнищ кісткової деструкції та адекватної стабільності системи, що в результаті позитивно впливало на функцію прооперованої кінцівки.

Усіх пацієнтів, прооперованих з приводу метастатичного ураження трубчастих

кісток нирковоклітинним раком, було оцінено за трьома критеріями: хірургічним, ортопедичним, онкологічним.

Хірургічні результати: інтраопераційних ускладнень не було. Всі прооперовані хворі були активовані на 3-тю–7-му добу післяопераційного періоду залежно від методу оперативного втручання. В ранній післяопераційний період хворі могли себе самостійно обслуговувати та отримувати спеціальне лікування.

Ускладнень в ранній післяопераційний період не відмічали.

Оцінка ортопедичного статусу включала функціональну оцінку прооперованої кінцівки за шкалою MSTs, оцінку загального стану за шкалою Карновського (табл. 1) та вираженості больового синдрому за шкалою Watkins (табл. 2).

У 27(%) хворих в післяопераційний період больовий синдром був мінімально виражений і купірувався нерегулярним прийомом ненаркотичних анальгетиків.

Покращення загального стану після хірургічного лікування відмічено у 12 (40%) пацієнтів.

Середній бал функціональної оцінки за шкалою MSTs за 6 міс спостереження при радикальних операціях становив 82,3%, а при паліативних — 93,2%.

Середній бал функціональної оцінки за шкалою MSTs за 12 міс спостереження при операціях на тазостегновому суглобі становив 84,2%, на колінному — 81,4%, на плечовому — 63,7%. Покращення ортопедичного статусу відмічено у 25 (83,3%) хворих.

В післяопераційний період 28 (93,3%) пацієнтам проводили терапію інтерфероном та бісфосфонатами. Ускладнень на фоні проведення спеціального лікування не виявлено.

Онкологічний критерій оцінки включав аналіз медіани виживаності хворих. Термін спостереження становив 2–60 міс. Медіана виживаності при умовно радикальних операціях — 38,2 міс, при паліативних — 17,3 міс. В зв'язку з прогресуванням основного захворювання померло 16 (53,3%) хворих.

Найвищі показники медіани виживаності відмічено у пацієнтів з солітарними метастазами без патологічного перелому.



Рис. 1. Пацієнтка Н., 53 роки. Діагноз: Рак правої нирки, метастаз в ліву стегнову кістку. А-рентгенограма до операції (дрібновогнищева деструкція діафіза лівої стегнової кістки, загроза патологічного перелому). Б-рентгенограма після ексхонлеації пухлини, пластики дефекта кістковим цементом, накістковий металоостеосинтез. Ортопедичний статус після операції — відмінний (96%). Строк спостереження 32 міс. Жива, без ознак прогресування основного захворювання, перебуває під динамічним спостереженням.



Рис. 2. Пацієнт А., 69 років. Діагноз: Рак лівої нирки, солітарний метастаз в проксимальний епіметафіз лівої стегнової кістки. А-рентгенограма до операції (деструкція проксимального епіметафіза лівої стегнової кістки, загроза патологічного перелому). Б-рентгенограма після резекції проксимального відділу лівої стегнової кістки, ендопротезування тазостегнового суглоба. Функціональний результат — 82,4%. Строк спостереження 26 міс. Живий, без ознак прогресування основного захворювання.

Таблиця 1. Результати оцінки загального стану пацієнтів (шкала Karnofski)

Стан пацієнта	До операції		Після операції	
	n	%	n	(%)
Тяжкий (10–30%)	3	10	0	0
Середньої тяжкості (40–70%)	14	46,6	2	6,6
Задовільний (80–100%)	13	43,3	28	93,3
Всього	30	100	30	100

Таблиця 2. Результати оцінки вираженості больового синдрому пацієнтів (шкала R.G. Watkins)

Бали за Watkins	Вираженість больового синдрому			
	До операції		Після операції	
	n	%	n	%
0 — немає болю		0	26	86,6
1 — періодичний прийом ненаркотичних анальгетиків	10	33,3	4	13,3
2 — регулярний прийом ненаркотичних анальгетиків	5	16,6	4	13,3
3 — періодичний прийом наркотичних анальгетиків	7	23,3	0	0
4 — постійний прийом наркотичних анальгетиків	8	26,6	0	0



Рис. 3. Пациентка Г., 72 роки. Діагноз: Рак лівої нирки, метастатичне ураження дистального епіметафіза правої стегнової кістки, патологічний перелом. А-патологічний перелом дистального відділу правої стегнової кістки. Б-рентгенограма після радикальної резекції з ендопротезуванням колінного суглоба. Функціональний результат — 89% Строк спостереження 14 міс. Померла в зв'язку з прогресуванням основного захворювання.



Рис. 4. Пациент К., 43 роки. Діагноз: Рак правої нирки, солітарний метастаз в ліву плечову кістку, патологічний перелом. А-рентгенограма до операції (деструкція діафіза лівої плечової кістки, патологічний перелом). Б-рентгенограма після сегментарної резекції, ендопротезування діафізу плечової кістки. Функціональний результат — 72,4%. Строк спостереження 48 міс. Живий, без ознак прогресування основного захворювання, перебуває під динамічним спостереженням.



Рис. 5. Пациентка К., 62 роки. Діагноз: Рак лівої нирки, метастатичне ураження проксимального епіметафіза лівої плечової кістки. А-рентгенограма до операції (деструкція проксимального епіметафіза лівої плечової кістки). Б-рентгенограма після резекції проксимального відділу лівої плечової кістки, ендопротезування плечового суглоба. Функціональний результат — 63,3%. Строк спостереження 18 міс. Жива, без ознак прогресування основного захворювання, перебуває під динамічним спостереженням.

Клінічні приклади відображені на рис. 1–5.

ВИСНОВКИ

Таким чином, отримані нами результати корелюють з даними інших дослідників, що займаються лікуванням метастазів раку нирки в довгі кістки скелета, на користь використання хірургічних підходів за існуючими показаннями у цієї категорії тяжких хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алиев М.Д., Тепляков В.В., Соколовский В.А. (2006) Органосохраняющие методы хирургического лечения метастазов рака почки при поражении длинных трубчатых костей. Онкоурология, 1: 12–16.
2. Каллистов В.Е., Николаев А.П., Алиев М.Д. (2003) Хирургическое лечение метастазов в кости. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН., 2: 76–81.
3. Карпенко И.А., Носов О.Б., Петров С.В. (2005) Новые аспекты хирургического лечения опухолей

коротких трубчатых костей, осложненных переломами. Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации поврежденных и заболелаваний кисти. Вторая юбилейная науч.-практ. международ. конф. тез. докл.: 208–210.

4. Коноваленко В.Ф., Медведев В.Е., Педаченко Е.Г. (2007) Комплексное лечение хворих на метастатичне ураження кісток. Методичні рекомендації, Київ, 23.
5. Матвеев В.Б. (2002) Хирургическое лечение осложненного венозной инвазией и метастатического рака почки. Дис. д-ра мед. наук. Москва.
6. Матвеев В.Б. (2002) Метастазы рака почки в надпочечнике. Роль адреналэктомии. Урология., 3: 11–15.
7. Матвеев В.Б. (2007) Рак почки. Рос. мед. жур., 15(14): 1094–1099.
8. Матвеев В.Б. (2004) Рак почки. Энциклопедия клинической онкологии. Москва: 490–500.
9. Моисенко В.М., Урманчев А.Ф. (2006) Лечение больных солидными опухолями с метастатическим поражением костей. Клиническая онкология (избранные лекции). Санкт-Петербург, 1: 131–144.
10. Сушенцов Е.А. (2010) Тактика хирургического лечения пациентов с первичными и метастатическими опухолями позвоночника и паравертебральной зоны: Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва, 30 с.
11. Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Валиева А.К. (2005) Хирургическое лечение патологических переломов длинных трубчатых костей при метастатическом поражении. Вопросы онкологии., 51(3): 377–381.
12. Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В. (2010) Результаты хирургического лечения пациентов с метастазами в длинные трубчатые кости. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи, 3: 10–15.
13. Pasticier G., Badet L., Colombel M. et al. (2004) Comparative analysis of conservative surgery versus radical nephrectomy for renal cancer. Prog. Urol. 14(6): 1132–1139.
14. Doehn C., Richter A. (2006) Prolongation of progression-free and overall survival following an adjuvant vaccination with Reniavac in patients with non-metastatic renal cell carcinoma., 29(3): 58.
15. Fottner A., Szalantzy M., Wirthmann L. et al. (2010) Bone metastases from renal cell carcinoma: patient survival after surgical treatment. BMC Musculoskeletal Disord., 3(11): 145.
16. Gruber G., Zacherl M., Leithner A., et al. (2009) Surgical treatment of pathologic fractures of the humerus and femur. Orthopade., 38(4): 324, 326–8, 330–4.
17. Kavolius J.P., Mastorakos D.P., Pavlovich C. et al. (1998) Resection of metastatic renal cell carcinoma. J. Clin. Oncol., 16: 2261–6.
18. Wedin R. (2001) Surgical treatment for pathologic fracture. Acta Orthop Scand. Suppl.: 1–29.

коротких трубчатых костей при метастатическом поражении. Вопросы онкологии., 51(3): 377–381.

12. Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В. (2010) Результаты хирургического лечения пациентов с метастазами в длинные трубчатые кости. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи, 3: 10–15.
13. Pasticier G., Badet L., Colombel M. et al. (2004) Comparative analysis of conservative surgery versus radical nephrectomy for renal cancer. Prog. Urol. 14(6): 1132–1139.
14. Doehn C., Richter A. (2006) Prolongation of progression-free and overall survival following an adjuvant vaccination with Reniavac in patients with non-metastatic renal cell carcinoma., 29(3): 58.
15. Fottner A., Szalantzy M., Wirthmann L. et al. (2010) Bone metastases from renal cell carcinoma: patient survival after surgical treatment. BMC Musculoskeletal Disord., 3(11): 145.
16. Gruber G., Zacherl M., Leithner A., et al. (2009) Surgical treatment of pathologic fractures of the humerus and femur. Orthopade., 38(4): 324, 326–8, 330–4.
17. Kavolius J.P., Mastorakos D.P., Pavlovich C. et al. (1998) Resection of metastatic renal cell carcinoma. J. Clin. Oncol., 16: 2261–6.
18. Wedin R. (2001) Surgical treatment for pathologic fracture. Acta Orthop Scand. Suppl.: 1–29.

Результаты хирургического лечения пациентов с метастазами почечно-клеточного рака в длинные кости

А.Г. Дедков, С.И. Бойчук, П.А. Ковальчук

Национальный институт рака, Киев

Резюме. Проведено хирургическое лечение 30 пациентов с метастазами почечно-клеточного рака в длинные кости. Радикальное лечение (сегментарные резекции с эндопротезированием) выполнено 16 (53,3%) больным, паллиативное лечение (экскохлеация опухоли, пластика дефекта костным цементом, погружной металлоостеосинтез) — 14 (46,6%). Проведена функциональная оценка прооперированной конечности по шкале MSTS: в группе больных с радикальными операциями (при солитарных метастазах) она составила 83,2%, в группе пациентов с паллиативными (при множественных метастазах) — 93,4%. Медиана выживаемости при радикальных операциях — 38,2 мес, при паллиативных — 17,3%. Хирургическое лечение улучшает функциональный результат и качество жизни больных.

Ключевые слова: метастаз, почечно-клеточный рак, длинные кости.

Results of surgical treatment of patients with metastatic renal cell cancer in the long bones

A.G. Dedkov, S.I. Boychuk, P.A. Kovalchuk

National cancer institute, Kiev

Summary. The surgical treatment outcomes in 30 patients with metastases in long bones of the renal cell carcinoma are demonstrated. The radical treatment (segmental resection with endoprosthetic replacement) was done in 16 cases (53/3%). The palliative treatment (tumor excohleation, defect plastic, intramedular osteosynthesis) was done in 14 (46,6%) cases. The functional MSTS assessment was provided: 83,2% in the patients with the radical treatment and 93,4% in other group. The survival mediana was 38,2 and 17,3 months accordingly. The surgical treatment improves the functional activity and the life quality of the patients.

Key words: metastasis, renal cell carcinoma, long bones.