

DOI: 10.15825/1995-1191-2023-1-43-46

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ С ОПУХОЛЮ И ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И РЕИМПЛАНТАЦИЕЙ МОЧЕТОЧНИКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Р.Н. Трушкин, Л.Ю. Артюхина., Т.К. Исаев, П.Е. Медведев, О.С. Шевцов, Т.М. Клементьева

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52 Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Российская Федерация

В данной статье представлен клинический случай выполнения лапароскопической резекции крупной (10 см) интрасинусовой опухоли почечного трансплантата и последующей реконструкции внутрипочечных мочевых путей с реимплантацией мочеточника, с приемлемым онкологическим результатом, без потери почечной функции. Вне зависимости от объема и распространенности опухолевого процесса использование малоинвазивных, органосохраняющих методик лечения занимает лидирующие позиции в лечении рака трансплантированной почки. Интратанальная реконструкция мочевых путей позволяет сохранить почку даже при значительных размерах опухоли и неоперабельном типе образования.

Ключевые слова: рак трансплантированной почки, трансплантат, резекция почки.

LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY IN ALLOGRAFT KIDNEY FOLLOWED BY INTRARENAL URINARY TRACT RECONSTRUCTION AND URETERAL REIMPLANTATION (CLINICAL REPORT)

R.N. Trushkin, L.U. Artyukhina, T.K. Isaev, P.E. Medvedev, O.S. Shevcov, T.M. Klementeva
City Clinical Hospital No. 52, Moscow, Russian Federation

This paper presents a clinical case of laparoscopic nephrectomy for a large (10 cm) renal sinus mass in an allograft kidney, followed by intrarenal urinary tract reconstruction with ureteral reimplantation. The surgery had an acceptable oncological outcome, without loss of kidney function. Regardless of the volume and extent of the tumor process, the use of minimally invasive, nephron-sparing treatment techniques takes a leading position in the treatment of renal cancer in kidney recipients. Intrarenal urinary tract reconstruction allows a kidney to be saved even if the tumor is significantly large and/or inoperable.

Keywords: kidney graft masses, transplant, partial nephrectomy.

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день объективных статистических данных по выявляемости рака трансплантированной почки (РТП) в отечественной и мировой литературе не отражено, ввиду редкой встречаемости данного заболевания. Однако при детальном разборе одного из крупнейших метаанализов J.J. Griffith et al., посвященных РТП, отражена заболеваемость почечно-клеточным раком (ПКР) у трансплантати-

рованных больных, которая составляет от 0,19 до 0,5%, но по сравнению с нетрансплантированной популяцией (0,017%) уже составляет 10-кратное увеличение [1–3].

На данный момент спектр применяемых методов лечения образований трансплантированной почки схож с подходами в лечении рака почечной паренхимы. Частота локальных рецидивов после оперативных методов лечения трансплантированной почки такая же, как и в популяции пациентов без

Для корреспонденции: Исаев Теймур Карибович. Адрес: 123182, Москва, ул. Пехотная, д. 3.
Тел. (906) 033-26-36. E-mail: dr.isaev@mail.ru

Corresponding author: Teymur Isaev. Address: 3, Pekhotnaya str., Moscow, 123182, Russian Federation.
Phone: (906) 033-26-36. E-mail: dr.isaev@mail.ru

трансплантации. Морфологическая структура рака паренхимы почечного трансплантата достаточно разнообразна и включает светлоклеточный ПКР (45,7%), папиллярный ПКР (42,1%), хромофобный ПКР (3%) и другие формы рака почки (9,1%) [1–3].

Лечение рака почечной паренхимы трансплантированной почки включает резекцию трансплантированной почки (67,5%), радикальную нефрэктомиию (19,4%), чрескожную радиочастотную абляцию (10,4%) и чрескожную криоабляцию (2,4%). Ввиду редкости данного заболевания в литературе описаны в основном резекции почечного трансплантата, выполненные открытым доступом, лишь в 2020 году описана лапароскопическая трансперитонеальная резекция почечного трансплантата [4] по поводу образования трансплантированной почки 28×24 мм. Также в литературе описаны единичные случаи роботической трансперитонеальной резекции трансплантированной почки с образованием, но единого стандарта в технике оперативного пособия и типе ишемии трансплантата отчетливо не прослеживается [5, 6].

Таким образом, в настоящее время нет четких клинических рекомендаций относительно лечения рака трансплантированной почки. Описанные клинические случаи разрозненные.

Стоит отметить функциональный и онкологический результаты проведенных органосохраняющих операций. Из 80,3% пациентов, перенесших органосохраняющие вмешательства, 7,6% вернулись на диализ и у 6,1% развился рецидив опухоли в течение 2,85 года. У 3,6% развился локальный рецидив в течение среднего периода наблюдения 3,12 года [1–3].

В данной статье представлен клинический случай интрасинусовой опухоли почечного трансплантата, по поводу которой выполнена лапароскопическая резекция почечного трансплантата и последующая реконструкция внутрпочечных мочевых путей.

У пациентки (33 года) при УЗИ выявлена опухоль трансплантированной почки, подтвержденная МРТ (рис. 1), размеры образования составили $10,3 \times 8,3$ см, без отчетливых инструментальных данных, свидетельствующих о наличии отдаленной очаговой патологии.

Из анамнеза известно, что трансплантация органа выполнялась за 4 года до выявления опухоли. После пересадки пациентка проводила иммуносупрессивную терапию ингибиторами кальциневрина, микофенолатами и кортикостероидами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнена лапароскопическая резекция почки с внутрпочечной реконструкцией мочевыводящих путей и реимплантацией мочеточника.

Первым этапом выполнена мобилизация почечного трансплантата, вторым выделена правая наружная подвздошная артерия (рис. 2, а), взята на держалку, после мобилизации образования при помощи УЗИ-эндоскопического датчика (рис. 2, б) определены границы резекции образования (рис. 2, в), после пережатия наружной подвздошной артерии (рис. 2, г) выполнена энуклеорезекция образования, при этом отмечены линейные дефекты чашечек, а также полная резекция чашечки и отдельно визуализирован почечный сосочек, отсечен мочеточник от мочевого пузыря. Выполнено пришивание малой чашечки к почечному сосочку отдельными узловыми швами (рис. 2, д), ушивание линейных дефектов чашечек.

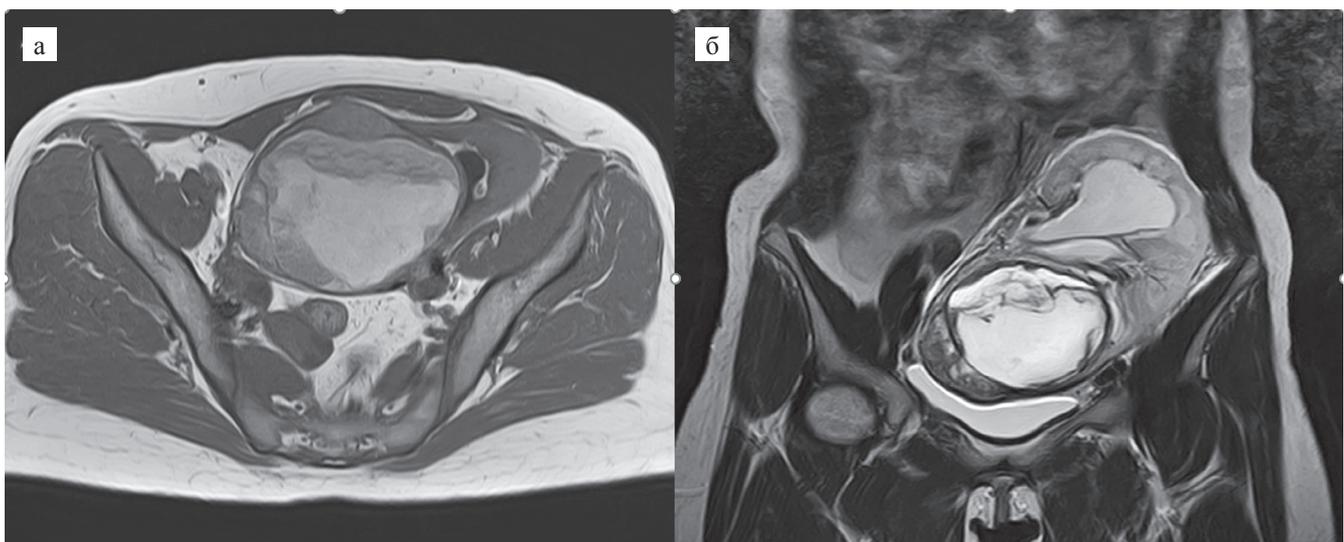


Рис. 1. МРТ почечного трансплантата с внутрисинусовой опухолью: а – изображение в аксиальной проекции; б – изображение во фронтальной проекции

Fig. 1. MRI of an allograft kidney with renal sinus tumor: a – axial image; б – frontal image

После контроля гемостаза дополнительными швами восстановлена анатомическая форма почечного трансплантата. Зажим с наружной подвздошной артерии снят, признаков кровотечения нет. Время ишемии составило 40 мин. После выполнен уретероцистонеоанастомоз (рис. 2, е). Операция завершена дренированием малого таза и брюшной полости. Время операции составило 380 мин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационный период протекал без особенностей. На 2-е сутки после операции выполнена КТ-экскреторная урография (рис. 3), данных, свидетельствующих о наличии мочевого затека, нет.

Дренажи удалены на 5-е сутки после операции. Уровень креатинина перед операцией составил 174 мкмоль/л, в день выписки – 130 мкмоль/л. Больная выписана домой после 10 дней пребывания в стационаре. В процессе динамического наблюдения в течение 12 месяцев отдаленной очаговой патологии при комплексном дообследовании выявлено не было, прогрессирования почечной недостаточности также не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хотя лапароскопическая резекция почки, в частности трансплантированной, по-видимому, отстает по популярности от роботизированных методов ле-

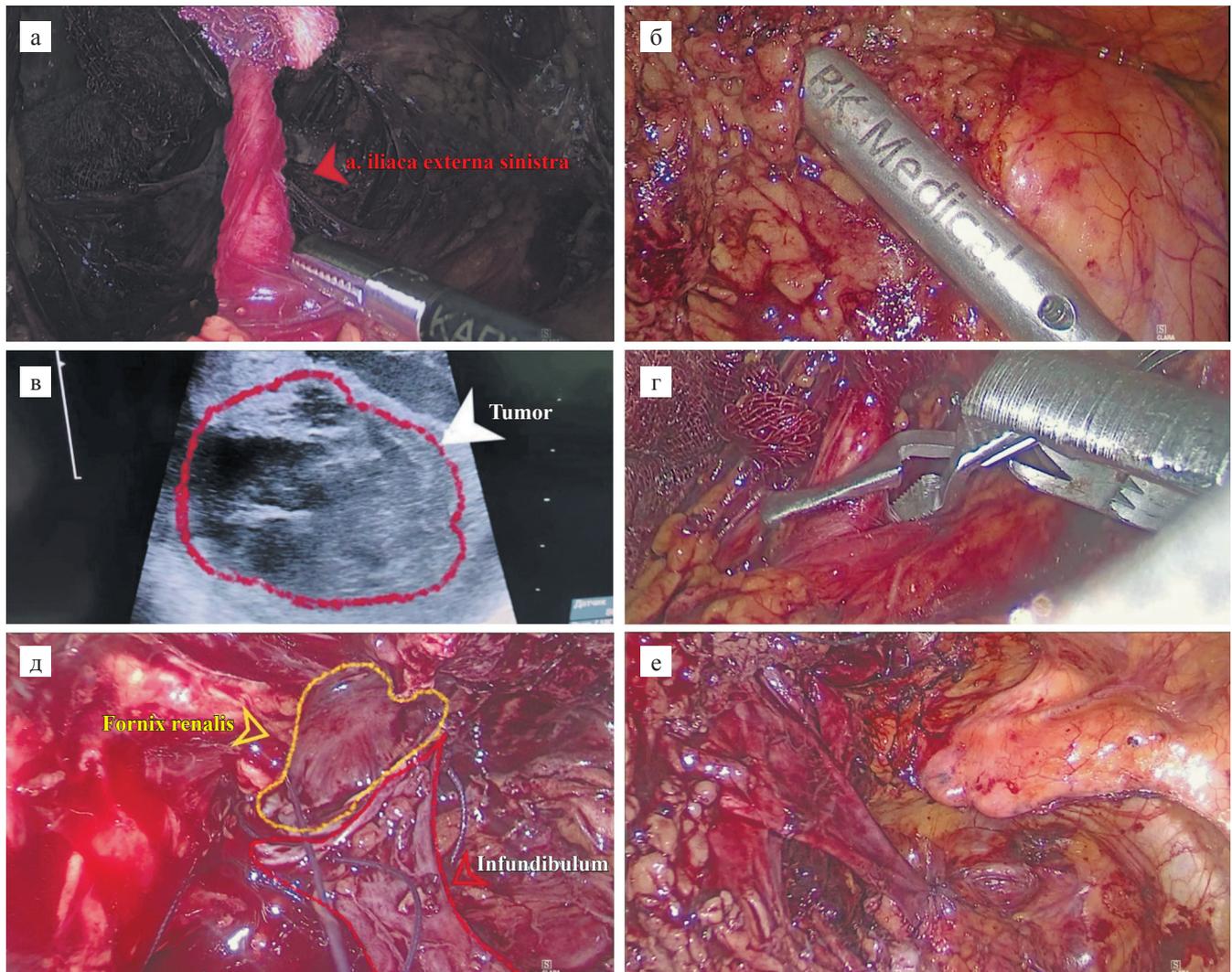


Рис. 2. Этапы выполнения лапароскопической резекции почечного трансплантата с опухолью и реконструкцией мочевыводящей системы: а – выделенная правая наружная подвздошная артерия (*a. iliaca externa sinistra*); б – выполнение интраоперационного ультразвукового исследования; в – определение границ образования; г – пережатие наружной подвздошной артерии; д – пришивание малой чашечки к почечного сосочку отдельными узловыми швами; е – вид уретероцистонеоанастомоза

Fig. 2. Stages of laparoscopic partial nephrectomy for allograft tumor and urinary tract reconstruction: а – dedicated right external iliac artery (*a. iliaca externa sinistra*); б – performing intraoperative ultrasound examination; в – defining the tumor borders; г – clamping the external iliac artery; д – suturing the small calyx to the renal papilla with separate nodal sutures; е – view of ureterocystoneoanastomosis



Рис. 3. КТ-экскреторная урография на вторые сутки после операции

Fig. 3. CT excretory urography on day 2 after surgery

чения рака почки, это экономически эффективный метод, который может быть безопасно выполнен опытными специалистами, даже в крайне сложных случаях. Интратрениальная реконструкция мочевых путей может дать шанс сохранить почку даже при значительных размерах опухоли и неоперабельном типе опухоли. Кроме того, ее также можно проводить у пациентов с трансплантированной почкой.

Работа выполнена в рамках гранта Департамента здравоохранения г. Москвы № 2412-66.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Favi E, Raison N, Ambrogi F, Delbue S, Clementi MC, Lamperti L et al. Systematic review of ablative therapy for the treatment of renal allograft neoplasms. *World J Clin Cases.* 2019; 7 (17): 2487–2504. doi: 10.12998/wjcc.v7.i17.2487.
2. Motta G, Ferrareso M, Lamperti L, Di Paolo D, Raison N, Perego M et al. Treatment options for localised renal cell carcinoma of the transplanted kidney. *World J Transplant.* 2020; 10 (6): 147–161. doi: 10.5500/wjt.v10.i6.147.
3. Griffith JJ, Amin KA, Waingankar N, Lerner SM, Delaney V, Ames SA et al. Solid Renal Masses in Transplanted Allograft Kidneys: A Closer Look at the Epidemiology and Management. *Am J Transplant.* 2017; 17 (11): 2775–2781. doi: 10.1111/ajt.14366.
4. Ozden E, Gulsen M, Mercimek MN, Bostanci Y, Sarikaya S, Yakupoglu YK. Laparoscopic Partial Nephrectomy in Allograft Kidney. *Urology.* 2020; 146: e5–e7. doi: 10.1016/j.urology.2020.08.037.
5. Watanabe S, Takagi T, Yoshida K, Unagami K, Kanza-wa T, Iizuka J et al. Robot-Assisted Laparoscopic Partial Nephrectomy for Allograft Renal Cell Carcinoma: A Case Report. *Transplant Proc.* 2021; 53 (5): 1445–1449. doi: 10.1016/j.transproceed.2021.03.033.
6. Damodaran S, Ahmed A, Ekwenna O. Endovascular control during partial nephrectomy in a renal allograft. *Indian J Urol.* 2022 Jul–Sep; 38 (3): 227–229. doi: 10.4103/iju.iju_38_22.

Статья поступила в редакцию 15.11.2022 г.

The article was submitted to the journal on 15.11.2022