

ТУМОРИ НА БЪБРЕЧНИЯ ПАРЕНХИМ

ЕТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И СЪВРЕМЕННИ МЕТОДИ НА ЛЕЧЕНИЕ



доц. г-р Младен
Дойков, гм

Категора по урология
и обща медицина,
МУ-Пловдив,
Клиника по урология,
Университетска
болница „Каспела“,
гр. Пловдив

Туморите на бъбречния паренхим се делят на доброкачествени и злокачествени. Към доброкачествените спадат аденомите, фибромите, липомите, ангиомиолипомите и лимфангиомите.

Бъбречно-клетъчният карцином (БКК) е най-често срещаният уrogenитален карцином. Леталитетът е около 30-40% и се наблюдава по-често при мъжете, отколкото при жените. В допълнение към пола, другите рискови фактори за БКК включват затлъстяване, хипертония, тютюнопушене и хронично бъбречно заболяване. След подобренията в диагностичните тестове, като компютърната томография (СТ) и ядрено-магнитния резонанс (MRI), честотата на пациентите, диагностицирани с БКК, бързо се е увеличила през последните десетилетия.

Най-често срещаният тип БКК, базиран на хистологични и молекулярни подтипове, е светлоклетъчният карцином, който се появява често поради мутации в гена Вон Хипел-Линдау (VHL). Туморът на Уилмс и лейомиосаркомът са другите представители на злокачествените новообразувания на бъбречния паренхим. Нефрон-съхраняващата хирургия е селективна техника за запазване на бъбреците при пациенти, докато радикалната нефректомия и частичната нефректомия се използват за отстраняване на малки и/или големи тумори.

В допълнение към хирургичните подходи, при пациенти с метастатичен RCC се прилага адювантна терапия и таргетна терапия.

Етиология

Точната причина за бъбречно-клетъчния карцином е неизвестна. Следните фактори повишават риска от рак на бъбреците: напреднала възраст, затлъстяване, хипертония, хронична бъбречна недостатъчност, диализно лечение, поликистоза на бъбреците, афро-американска раса, сърповидно-клетъчна анемия и камъни в бъбреците^[1,2]. Следните наследствени заболявания повишават риска от злокачествено новообразуване на бъбречния паренхим: туберозна склероза, синглом на Von Hippel-Lindau, синглом на Birt-Hogg-Dube. Много проучвания показват, че излагането на определени вещества на работното място повишава риска от БКК. Някои от тези вещества са кадмий, хербициди, азбест и трихлоретилен.

Епидемиология

Доброкачествените тумори на бъбречния паренхим се срещат в около

таблица 1

КЛАСИФИКАЦИЯ ПО TNM			
T – първичен тумор	N – регионални лимфни възли	M – далечни метастази	Стагиране
TX: Първичният тумор не може да бъде оценен.	NX: Регионалните лимфни възли не могат да бъдат оценени.	M0: Няма далечни метастази	Първи стадий – T1 N0 M0
T0: Липсват данни за първичен тумор.	N0: Няма метастази в регионалните лимфни възли.	M1: Наличие на далечни метастази	Втори стадий – T2 N0 M0
T1: Тумор ≤7 cm или по-малък в най-големия си размер, ограничен в рамките на бъбрека. T1a: Тумор ≤4 cm или по-малък. T1b: Тумор >4 cm, но ≤7 cm.	N1: Метастази в един или повече регионални лимфни възли.		Трети стадий T3 N0 M0 T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N1 M0
T2: Тумор >7 cm в най-големия си размер, ограничен в рамките на бъбрека. T2a: Тумор >7 cm, но ≤10 cm. T2b: Тумор >10 cm ограничени в рамките на бъбрека.			Четвърти стадий T4 NX, 0 или 1, M0 Всеки T, Всеки N, M1
T3: Туморът се разпростира в главни вени или перинефритни тъкани, но не и в ипсилатералната надбъбречна жлеза и не отвъд фасцията на Герота. T3a: Туморът се разпростира значително в бъбречната вена или нейни сегменти или инвазира в периренална или бъбречна синусова мастна тъкан, но не извън фасцията. T3b: Туморът се простира значително във вена cava под диафрагмата. T3c: Туморът се разпростира значително във вена cava над диафрагмата или инвазира в стената на вена cava.			
T4: Туморът инвазира отвъд бъбречната фасция.			

10% от всички тумори на бъбречния паренхим. Най-често срещаният е бъбречният аденом, който от своя страна представлява солиден тумор с размери най-често ≤3 cm^[3,4].

БКК (хипернефроиден карцином) е най-често срещаният тип рак на бъбреците при възрастни. Най-често се среща при мъже на възраст от 50 до 70 години. През 2016 г. БКК беше признат за седмата причина за рак с над 140 000 смъртни случая годишно. Саркомът на бъбрека се среща в честота от 1-3% от злокачествените новообразувания на

бъбречния паренхим. Най-честият представител е лейомиосаркомът, който се среща в над 50% от случаите. Туморът на Wilms е най-често срещаният бъбречен тумор в детска възраст и представлява 6% от раковите заболявания при деца. Има честота от 7.1 на 1 млн. деца на възраст 0-14 години, като най-често е до 5-годишна възраст^[5].

Клинична картина

Тя може да варира от асимптомна до генерализиран метастатичен

процес – кахексия, болки по костите, хемоптоя и гр. Най-често срещаният симптом е безболковата хематурия. Паранеопластичният синдром при бъбречно-клетъчния карцином се характеризира с голямо разнообразие. Нормалната ендокринна функция на бъбрека включва синтеза на ренин, еритропоедин и простагландини. При наличие на малигнен процес дисфункционално се увеличава тяхната продукция, което води до хипертония, полицитемия и гр. Освен тях, физиологично отделящите се хормони от кортекса, се наблюдава синтез на адренкор-

микотропен хормон (болест на Кушинг), пролактин (галакторея), инсулиноподобен хормон (хипогликемия), гонадотропин (гинекомастия) и др.^[6]

Диагностика

Тестът на урина може да докаже наличието на макроскопска хематурия, а анализът на урината може да открие ракови клетки в урината. Чрез кръвен тест може да се установи анемия или високи серумни нива на калций^[7,8]. Ако се подозира БКК, ултразвукът на бъбреците и пикочния мехур обикновено е първият образен тест. Ако ултразвукът на бъбреците покаже солидна маса или сложна киста със септи или възли, следващото изследване трябва да бъде компютърна томография (КТ) на бъбреците, уретерите и пикочния мехур преди и след интравенозно контрастиране със забавено изобразяване на целия корем и таза.

Лечение

Първа линия на терапия включва консервативно поведение – коригиране на хемодинамиката, кръвопреливане при необходимост и постелен режим. Оперативната техника може да бъде отворена, лапароскопска или робот-асистирана. Класическата отворена нефректомия се препоръчва при големи формации и при съмнение за инвазия във vena cava. Предпочитаното лечение за всяка неметастатична, солидна или комплексно кистозна бъбречна маса по Босняк III или IV, е хирургичната интервенция, за предпочитане с използване на минимално инвазивен подход. При избрани пациенти се препоръчва нефрон-съхраняваща час-

тична нефректомия с приоритет за постигане на чисти резекционни линии, с цел максимално запазване на масата на нефрона. Радикалната нефректомия е показана при пациенти с повишен онкологичен риск въз основа на клинични показатели (солидни образувания над 3 cm, сложни кистозни образувания, липса на предшестващо хронично бъбречно заболяване, нормален контралатерален бъбрек и ако частичната нефректомия би била предизвикателство). Дисекцията на лимфните възли трябва да се извърши с цел стадиране при пациенти с клинично изявена регионална лимфаденопатия. Адrenalектомията трябва да се извърши при пациенти, при които има очевидни образни и/или интраоперативни индикации за надбъбречна инвазия. Други възможности за лечение на бъбречни образувания под 3 cm включват термична аблация, криоаблация и радиочестотна аблация^[9-11].

Прогноза

Най-значимият показател за прогноза за бъбречно-клетъчен карцином се основава на патологичното стадиране. Пациентите с БКК в стадий I или II към момента на поставяне на диагнозата имат петгодишна преживяемост от 80% до 90%. Лошите прогностични показатели включват: нисък резултат на функционалното състояние, използвайки скалата за ефективност на Karnofsky, високи нива на серумна лактат дехидрогеназа, нисък хемоглобин, високи серумно коригирани нива на калций и коморбиден захарен диабет^[12].

Заклучение

Туморите на бъбрекия паренхим представляват сериозно предизвикателство и до ден днешен. Бъбречно-клетъчният карцином е най-често срещаният тип урогенитален карцином. Леталитетът му е от 30-40%. Въпреки това повечето случаи на БКК се диагностицират случайно при профилактични прегледи. След усъвършенстване на диагностичните методи, честотата на пациентите, диагностицирани с БКК, бързо се е увеличила през последните десетилетия. Диагностицирането му в ранните етапи е от изключително значение за лечението на пациентите и намаляването на смъртността. В допълнение, изборът на правилен терапевтичен подход е изключително важен за изхода от заболяването. ■

Книгопис:

1. Kuroda N, Sugawara E, Kusano H, Yuba Y, Yorita K, Takeuchi K. A review of ALK-rearranged renal cell carcinomas with a focus on clinical and pathobiological aspects. *Pol J Pathol*. 2018;69(2):109-113.
2. Grünwald V. [Risk-adapted (immuno)therapy for renal cell carcinoma]. *Urologe A*. 2018 Nov;57(11):1326-1333.
3. Ding M, Lu X, Wang C, Zhao Q, Ge J, Xia Q, Wang J, Zen K, Zhang CY, Zhang C. The E2F1-miR-520/372/373-SPOP Axis Modulates Progression of Renal Carcinoma. *Cancer Res*. 2018 Dec 15;78(24):6771-6784.
4. van Leeuwen RS, Ahmad S, Links TP, Giles RH, Von Hippel-Lindau Syndrome. In: Adam MP, Mirzaz GM, Pagon RA, Wallace SE, Bean LH, Gripp KW, Amemiya A, editors. *GeneReviews*® [Internet]. University of Washington, Seattle; Seattle (WA): May 17, 2000.
5. Ganguly S, Chandra A, Chatterjee IB. Pathobiology of cigarette smoke-induced invasive cancer of the renal pelvis and its prevention by vitamin C. *Toxicol Rep*. 2018;5:1002-1010.
6. Capitanio U, Bensalah K, Bex A, Boorjian SA, Bray F, Coleman J, Gore JL, Sun M, Wood C, Russo P. Epidemiology of Renal Cell Carcinoma. *Eur Urol*. 2019 Jan;75(1):74-84.
7. Ward RD, Tanaka H, Campbell SC, Remer EM. 2017 AUA Renal Mass and Localized Renal Cancer Guidelines: Imaging Implications. *Radiographics*. 2018 Nov-Dec;38(7):2021-2033.
8. Liaw CW, Winoker JS, Mehrzad R. Imaging Protocols for Active Surveillance in Renal Cell Carcinoma. *Curr Urol Rep*. 2018 Aug 13;19(10):81.
9. Jonasch E. Updates to the Management of Kidney Cancer. *J Natl Compr Canc Netw*. 2018 May;16(5S):639-641.
10. Dabestani S, Marconi L, Kuusk T, Bex A. Follow-up after curative treatment of localised renal cell carcinoma. *World J Urol*. 2018 Dec;36(12):1953-1959.
11. Rolley C, Aubert C, Baize N, Bigot P. [Management of metastatic renal cell carcinoma]. *Prog Urol*. 2018 Nov;28(14):777-782.
12. Joshi SS, Handorf EA, Zibelman M, Plimack ER, Uzzo RG, Kutikov A, Smaldone MC, Geynisman DM. Treatment Facility Volume and Survival in Patients with Metastatic Renal Cell Carcinoma: A Registry-based Analysis. *Eur Urol*. 2018 Sep;74(3):387-393.