

Рак почки



Эпидемиология

- ▶ Составляют 2-3% всех новообразований
- ▶ По уровню прироста уступает только раку простаты
- ▶ Ежегодный прирост 1,5-5,9%
- ▶ Мужчины болеют чаще (примерно в 2 раза)
- ▶ Преимущественный возраст выявления приходится на 60 лет
- ▶ От 25 до 40% опухолей почки выявляют случайно
- ▶ У 30% больных при выявлении опухоли почки обнаруживают метастазы.

- ▶ Опухоли почек у детей составляют 20 - 50% от всех опухолей, диагностируемых в детском возрасте.
- ▶ выявляются одинаково часто у девочек и мальчиков
- ▶ Среди опухолей почки доброкачественные обнаруживаются редко (10%)

Заболеваемость

- ▶ Россия - 7,64 на 100000/год (прирост с 98г. к 2008г. – 33,7%)
- ▶ Москва – 8,13 Ингушетия – 3,01
Чеченская республика – 0,72
- ▶ Европа – 88,4 на 100000 ?
- ▶ В США 2009 год – 57760 больных
- ▶ В России 2008 год – 17563 больных
- ▶ В 2001 году в США 20000 н/э по поводу рака почки.

Факторы риска:

- ▶ Влияние : наследственности, травмы, хронического воспалительного процесса, аномалий МПС
- ▶ Воздействие химических раздражителей (углеводороды, нитрозамины, ароматические амины)
- ▶ Лучевая энергия
- ▶ Радиоактивные вещества
- ▶ Табакокурение (возрастание риска на 30-60% по сравнению с некурящими)
- ▶ Ожирение (увеличивает частоту заболеваемости на 20%)
- ▶ АГ (увеличивает частоту заболеваемости на 20%)
- ▶ Использование диуретических препаратов (увеличивает частоту заболеваемости на 30%)
- ▶ Сахарный диабет

Опухоли почки:

1. Опухоли почечной паренхимы.

1.1 Доброкачественные опухоли: аденома, липома, фиброма, миома, ангиома и гемангиома, лимфангиома, миксома, дермоид.

1.2 Злокачественные опухоли: почечно-клеточный рак, фибро-, мио-, липо-
., ангиосаркома, смешанная опухоль Вильмса.

1.3 Вторичная (метастатическая) злокачественная опухоль почки.

2. Опухоли почечной лоханки.

2.1 Доброкачественные опухоли: папиллома, ангиома лейомиома

2.2 Злокачественные опухоли: переходно-клеточный рак, плоскоклеточный рак, слизисто-железистый рак, саркома.

Гистологическое строение:

- ▶ Светлоклеточный тип 60 – 85%
- ▶ Хромофильный 7 -14%
- ▶ Хромофобный 4 – 10%
- ▶ Онкоцитарный 2 – 5%
- ▶ Протоковый 1 – 2%

Классификация рака почки:

T – первичная опухоль

*Tx – первичная опухоль не может быть оценена

*T0 – нет признаков первичной опухоли

*T1 – опухоль ≤ 7 см, ограниченная почкой

*T1a – опухоль ≤ 4 см

*T1b – опухоль > 4 см, но < 7 см

*T2 – опухоль > 7 см, ограниченная почкой

*T3 – опухоль распространяется в крупные вены или за пределы капсулы почки, но находится в пределах фасции Герота

*T3a – опухоль распространяется на надпочечник или паранефральную клетчатку, но находится в пределах фасции Герота

*T3b – опухоль распространяется в почечную вену(вены) или в полую вену ниже диафрагмы

*T3c – опухоль распространяется в полую вену выше диафрагмы

*T4 – опухоль распространяется за пределы фасции Герота

Классификация рака почки:

N – регионарные лимфатические узлы

- ▶ Nx – невозможно выявить наличие увеличенных л.у.
- ▶ N0 – при обследовании нет изменений регионарных л.у.
- ▶ N1 – метастаз в одном л.у.
- ▶ N2 – метастазы более чем в одном л.у.

Классификация рака почки:

М – отдаленные метастазы

- ▶ Mx – о.м. не могут быть оценены
- ▶ M0 – о.м. не определяются
- ▶ M1 – имеются о.м.
- ▶ M1a – одиночный метастаз
- ▶ M1b – множественные метастазы

Классификация рака почки:

P – гистологические категории, определяемые после операции

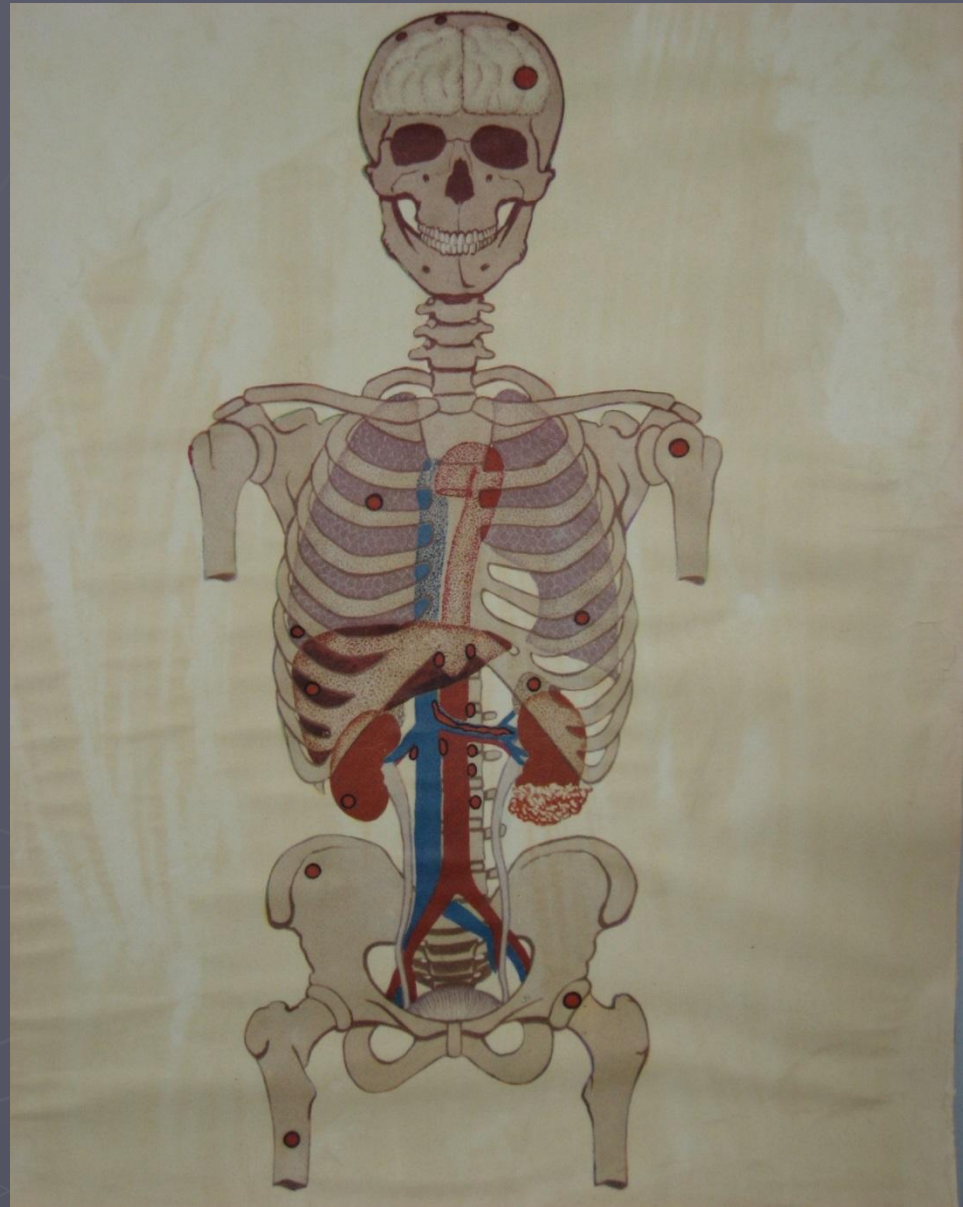
- ▶ P1 – опухоль, инфильтрирующая только паренхиму почки
- ▶ P2 – опухоль выходит за пределы почки, но не инфильтрирует интратрениальные или экстратрениальные вены и лимфатические сосуды
- ▶ P3 – опухоль инфильтрирует интратрениальные или экстратрениальные вены и лимфатические сосуды

Соответствие между классификацией Робсона и TNM - классификацией

Классификация Робсона	TNM - классификация
Стадия I	T1-2
Стадия II	T3a
Стадия IIIa	T3b-c
Стадия IVa	T4
Стадия IIIb	N1-2
Стадия IVb	M1

Метастазирование

- ▶ Легкие 32%
- ▶ Кости 25%
- ▶ л/у 20%
- ▶ Печень 7,5%
- ▶ Инвазия
венозных
сосудов 10%



Клиника:

- ▶ Боль
- ▶ Макрогематурия
- ▶ Пальпируемая опухоль

Классическая триада - встречается редко

2/3 случаев бессимптомное течение

Клиника:

- ▶ Общие (паранеопластические) симптомы
следствие метаболических процессов в опухолевой
ткани, интоксикации организма, эктопической
гормональной активности опухоли
 - АГ
 - эритроцитоз
 - гипертермия
 - развитие печеночной недостаточности
 - потеря аппетита, похудание, слабость
- ▶ Местные симптомы
 - Гематурия
 - Боль
 - Прощупываемая опухоль
 - Признаки обструкции в системе нижней полой вены
- ▶ Признаки, которыми проявляются метастазы

- ▶ В последнее десятилетие опухоли почки выявляются чаще, что объясняется, с одной стороны, значительным улучшением диагностики на ранних стадиях заболевания, с другой — ухудшением экологии.

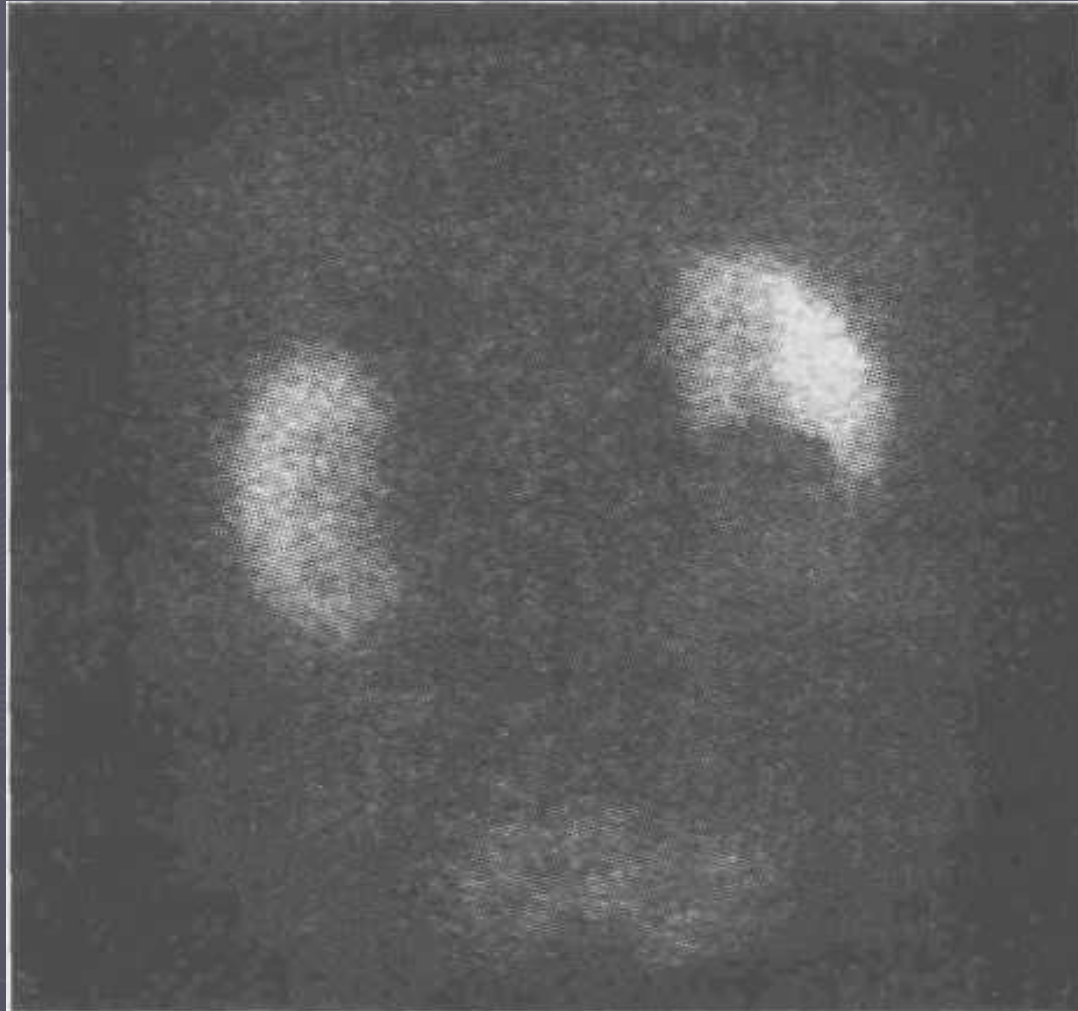
Диагностика:

- ▶ Характерные жалобы
- ▶ Данные анамнеза
- ▶ Объективная картина
- ▶ Лабораторная диагностика
- ▶ Ультразвуковое сканирование (точность в выявлении опухолей до 4 см – 79%)
- ▶ Рентгенодиагностика (точность – 67%)
- ▶ Радиоизотопная диагностика
- ▶ Компьютерная томография (точность – 95%)
- ▶ Магнитно-резонансная томография (больные с опухолевым тромбозом)

Ультразвуковая сканограмма. Опухоль почки с распадом



Радиоизотопная нефросцинтиграмма. Дефект накопления препарата.



Экскреторная урография. Опухоль почки. Деформация чашечек

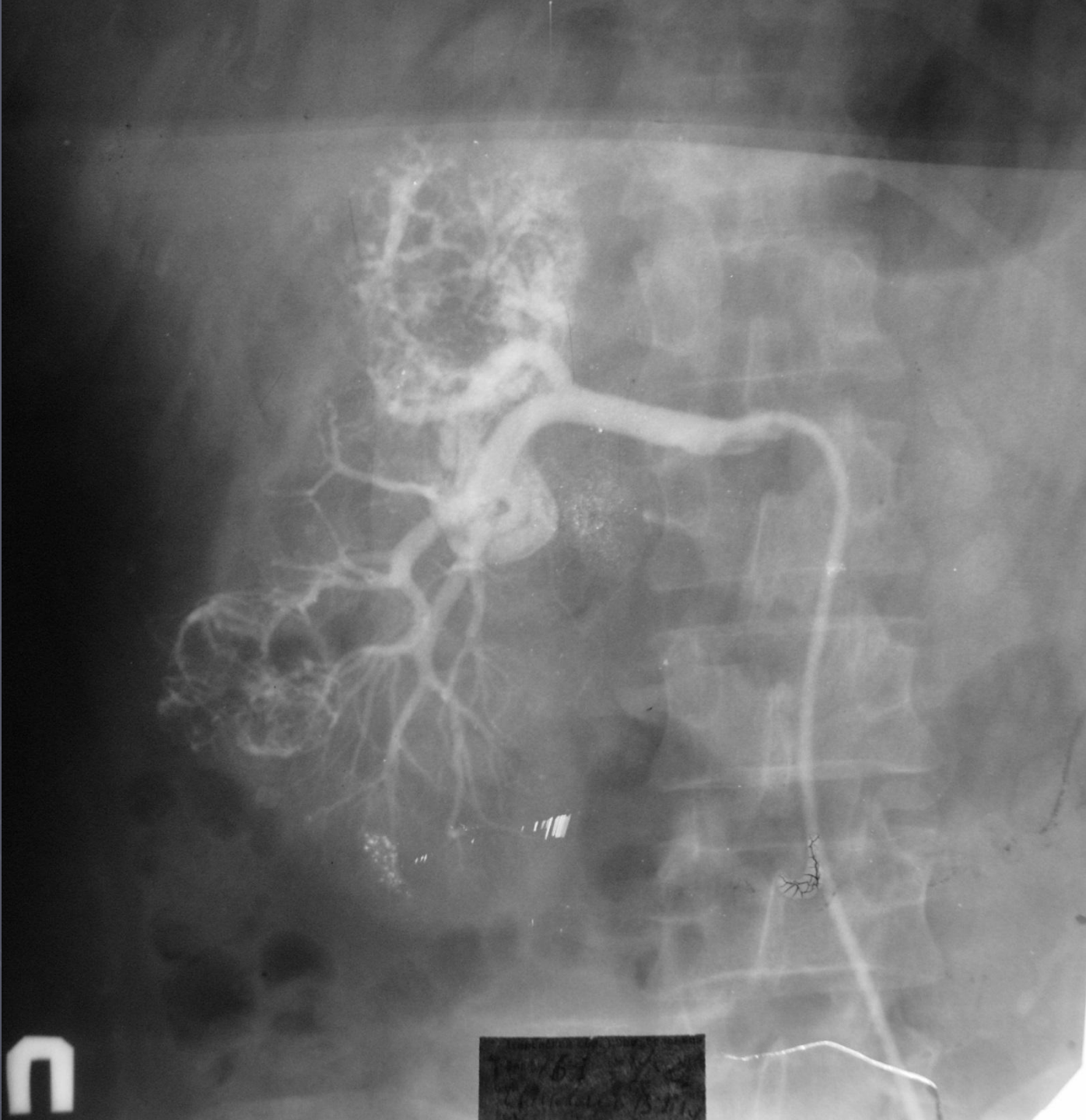




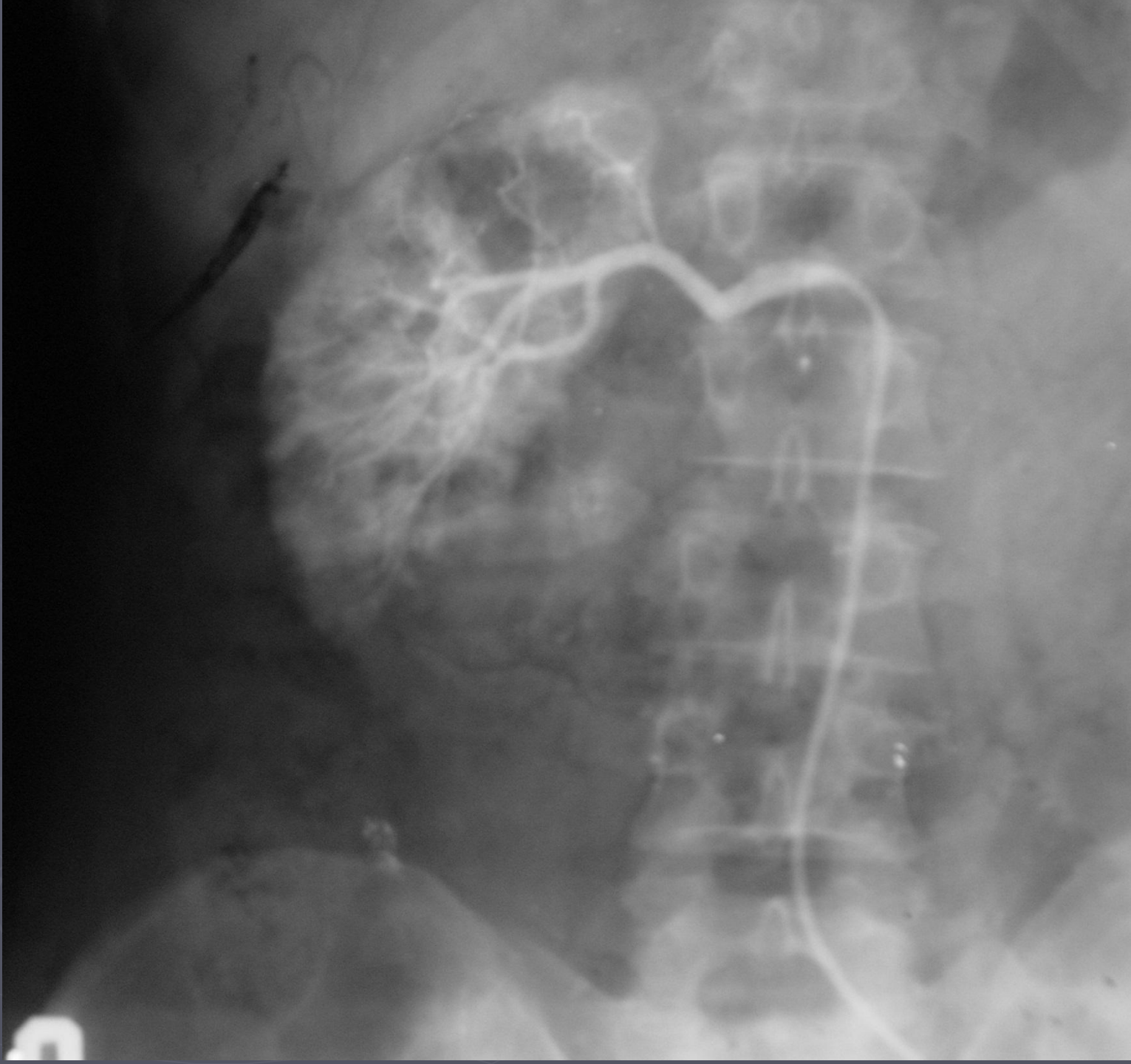




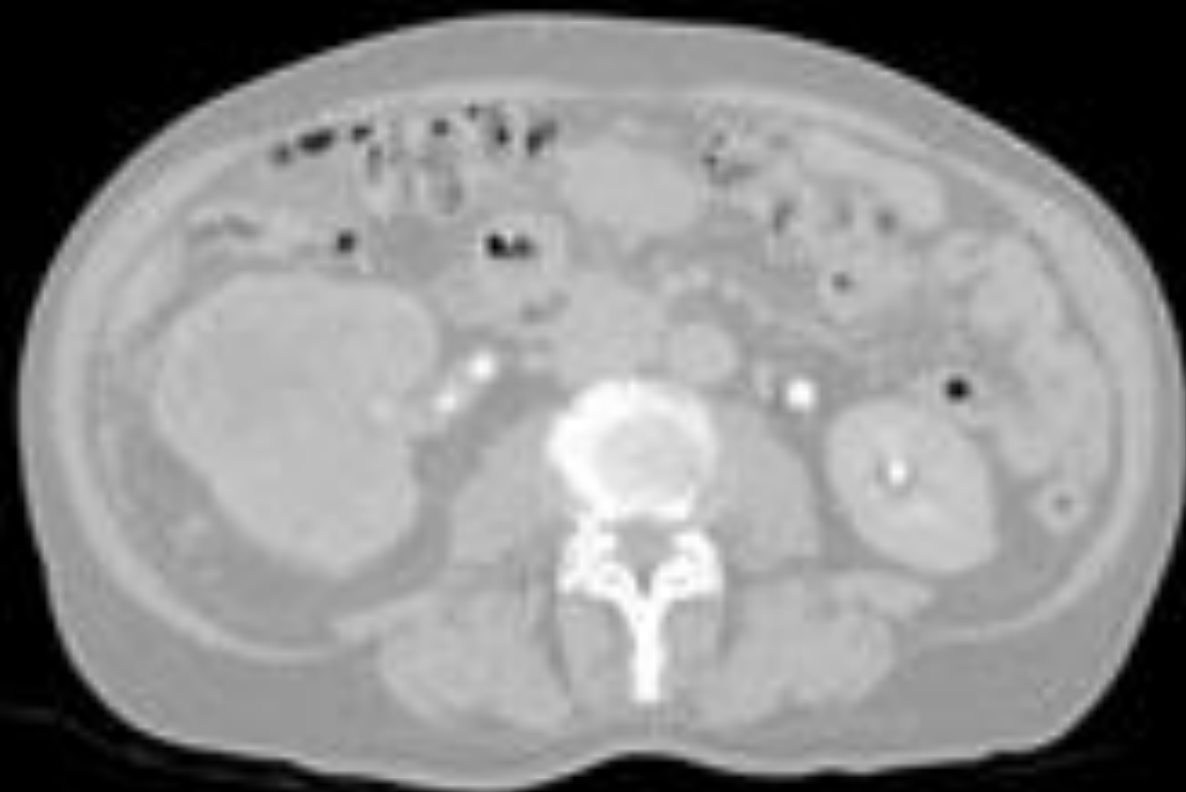




















Лечение



Радикальная нефрэктомия – основной метод лечения рака почки

- ▶ Локализованный процесс (T1-2 N0 M0)
- ▶ Местно-распространенный процесс (T3-4 N0-1 M0
- ▶ Опухолевая инвазия почечной и нижней полой вен
- ▶ Паллиативная нефрэктомия – больным диссеминированным раком почки (уменьшение интоксикации, снижение интенсивности болевого синдрома, купирование гематурии; больным с иммунотерапией)

Частота метастазирования рака почки в л/у

► Рак правой почки:

- л/у ворот почки – 30%
- латерокавальные л/у – 13%
- прекавальные л/у – 24%
- аортокавальные л/у – 47%
- ретрокавальные л/у – 27%

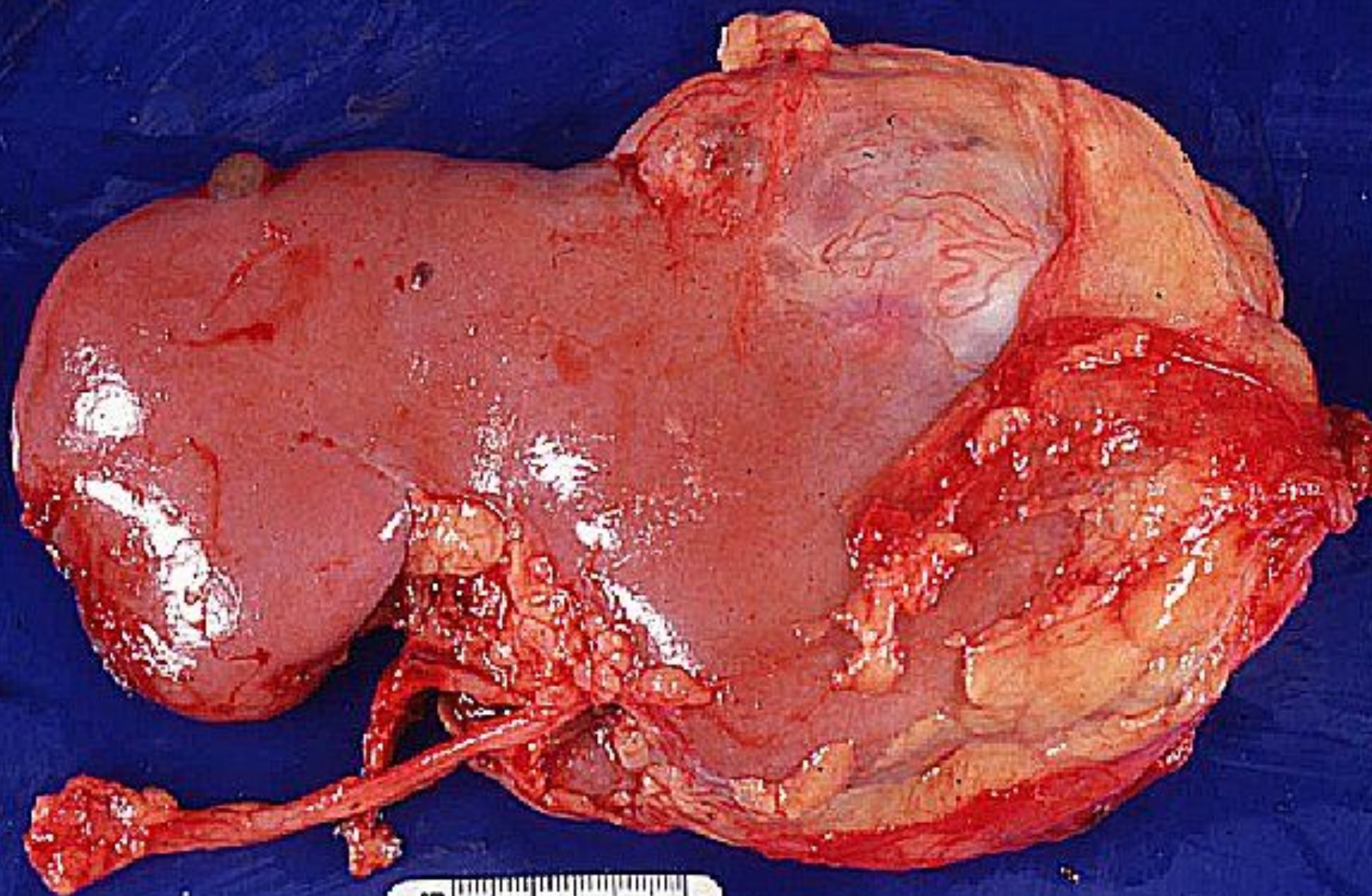
► Рак левой почки:

- л/у ворот почки – 41%
- латероаортальные л/у – 37%
- преаортальные л/у – 19%
- аортокавальные л/у – 11%
- ретроаортальные л/у – 41%

Лимфаденэктомия – удаление
всей жировой клетчатки с
лимфатическими узлами,
окружающей магистральные
сосуды, от уровня ножек
диафрагмы до бифуркации аорты
и нижней поллой вены.

Лимфаденэктомию не выполняют
у больных с опухолью размером
менее 4 см.









Лапароскопическая нефрэктомия:

- ▶ Рак почки T1-2 N0

Резекция почки:

- ▶ Абсолютные показания:
 - * опухоль единственной почки
 - * опухоли в обеих почках
 - * выраженная почечная недостаточность (креатинин > 250 мкмоль/л)
- ▶ Относительные показания:
 - * ХПН (креатинин 150-250 мкмоль/л)
 - * адекватная функция почек при наличии других урологических заболеваний



Осложнения после резекции почек:

- ▶ Кровотечение 2%
- ▶ Формирование мочевого свища 17%
- ▶ ОПН 13% (после резекции единственной почки)
- ▶ Инфекционные осложнения 3%

Малоинвазивные методы лечения:

- ▶ Криоабляция (быстрое охлаждение до -35)
- ▶ Радиочастотная абляция
- ▶ Облучение высокочастотным ультразвуком
- ▶ Лазерная и микроволновая коагуляция

Консервативные методы лечения:

- ▶ Химиотерапия (винбластин) в сочетании с иммунотерапией
- ▶ Адьювантная иммунотерапия (ИФН-а, ИЛ-2)
- ▶ Лучевая терапия метастазов в головной мозг
- ▶ Применение ингибиторов ангиогенеза (таргетная терапия) Действие на процесс передачи информации в клетке (сорафениб, сунитиниб, темсиролимус)
- ▶ Симптоматическое лечение

Профилактика

- ▶ Не разработана



Диспансерное наблюдение:

Стадия	Визит	Обследование	Дополнительно	Цель
Все Т	Ч/з 4-6 недель	Осмотр, креатинин, гемоглобин, КТ	ЩФ	Искл. п/о осложнения, оценить функцию почек.
T1-2	Кажд. 6 мес. в течение 3 лет. Кажд. год в течение 3-5 лет.	+ R-графия грудной клетки	ЩФ, УЗИ или КТ бр. полости	Искл. Осложнения, местный рецидив или Mts
T3-4	Кажд. 6 мес. в течение 3 лет. Кажд. год в течение 3-10 лет.	+ R-графия грудной клетки + КТ забр. пространства	Остеосцинтиграфия	Исключить Mts