

Laparoskopická adrenalektomie pro metachronní metastázu po ipsilaterální nefrektomii pro renální karcinom

Stránský P. ¹, Eret V. ¹, Üрге T. ¹, Hydrák T. ¹, Chudáček Z. ², Hes O. ³, Hora M. ¹

¹Urologická klinika FN Plzeň, ²Radiodiagnostické oddělení FN Plzeň,

³Šiklův patologicko-anatomický ústav LF UK a FN Plzeň



Úvod:

Chirurgické odstranění metastáz karcinomu ledviny je považováno za nejlepší terapeutickou možnost. Tento názor vychází z retrospektivních hodnocení. Metachronní nadledvinové metastázy po nefrektomii ipsi- či kontralaterální nejsou vzácné a adrenalektomie s odstraněním metastázy jsou spojeny s delším přežitím. I přes nástup cílené molekulární léčby je chirurgická léčba doporučena pro pacienty s metachronními metastázami do nadledviny eventuelně s další systémovou léčbou. Laparoskopická adrenalektomie (LA) je považována za zlatý standard pro odstranění nadledviny. U pacientů, kteří podstoupili předchozí ipsilaterální parciální nebo radikální nefrektomii může být výkon ztížen předchozím zákrokem, srůsty, jizvením a změnami polohy orgánů. Zde jsou popsány naše zkušenosti a výsledky pacientů, kteří podstoupili laparoskopickou adrenalektomii u metastazujícího RCC po předchozí ipsilaterální nefrektomii (PIN).

Materiál a metoda:

V období od srpna 2004 do října 2013 bylo na Urologické klinice FN Plzeň provedeno 98 LA. Z toho 5 LA bylo provedeno pro metachronní metastázu renálního karcinomu po PIN.

Chirurgická technika:

LA může být provedena transperitoneálním nebo retroperitoneálním přístupem. U pacientů, kteří podstoupili nefrektomii, připadá v úvahu pouze transperitoneální přístup. Pacient je po zavedení močové cévky přetočen do semiľumbotomické polohy s elevací operované strany, kdy dojde dle možnosti k dislokaci střev mediálně a vyhnutí se pooperačním srůstům. Pomocí Veressovy jehly je založeno kapnoperitoneum na tlak 12 mm Hg. Supraumbilikální incizí laterálně od musculus rectus abdominis se umístí první 10 mm videoport pro 30° optiku. Následuje vizuální revize dutiny břišní a poté je dle aktuální situace v dutině břišní zaveden 5 mm port, kterým je možné rozrušení často extenzivních srůstů po předchozí nefrektomii. Při preparaci je možno využít obyčejný háček s koagulačním a řezacím proudem, harmonický skalpel nebo nejlépe 5mm bipolární počítačem řízenou koagulaci LigaSure®. Po uvolnění srůstů pod kontrolou optiky zakládáme většinou dva další porty (5 a 11 mm nebo 2 x 5 mm), které jsou umístěny v podžebří v přední axilární a medioklavikulární čáře. Při pravostranné adrenalektomii zavádíme 5 mm port pod processus xiphoideus nebo 3 mm port pod žeberním obloukem k elevaci jater.

Vzhledem ke srůstům po PIN je nutno použít při preparaci ostrou disekci. Tupá disekce může vést k poranění okolních orgánů, narušení nesprávných tkání a potenciálně i k porušení nádoru. Vpravo je nutné uvolnění podjaterního prostoru a mobilizace jater, uvolnění hepatické flexury, vlevo sleziny a lienální flexury. Je velice důležitá dokonalá orientace v již operovaném terénu a identifikace důležitých struktur. Jedná se o identifikaci nadledviny a vlastního nádoru, pahýlu renální žíly a tepny, dále jde o okolní orgány - na pravé straně o dolní dutou žílu, duodenum, vlevo ocas slinivky, aortu, lienální tepnu. V orientaci může pomoci i peroperační sonografie. K uzavěru nadledvinové žíly používáme 5 mm uzamykatelné klipy Hem-o-lok® Weck (velikost ML).

Po kompletním uvolnění nadledviny preparát vkládáme do sáčku a extrahujeme rozšířením incize jednoho portu. K extrakci preparátu či k zakládání portů lze s výhodou využít i jizvu po předchozí nefrektomii. Zakládáme drenáž operačního prostoru, pro kterou využíváme incizi laterálního portu.

Výsledky:

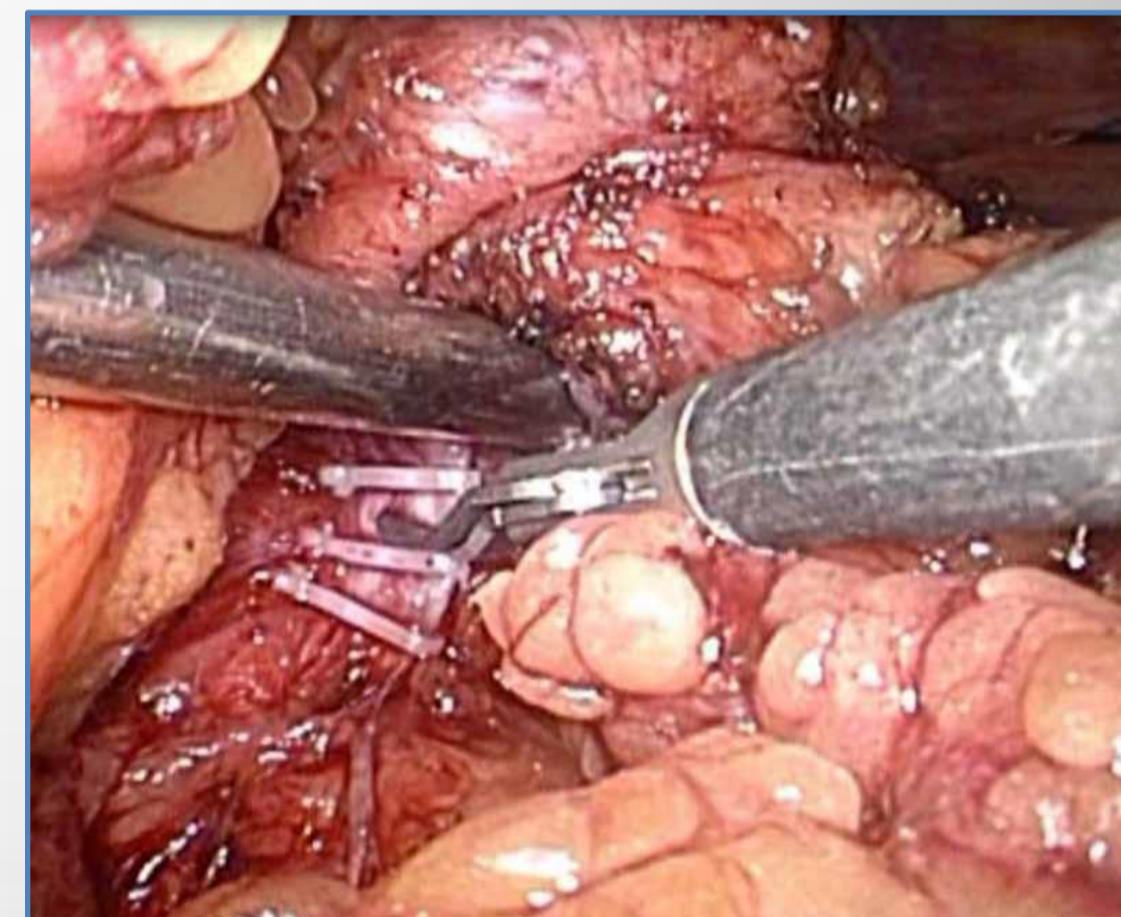
Jednalo se o 4 muže (80%) a 1 ženu (20%), průměrný věk v době LA 68,5 ± 8,8 roku (rozmezí 60-77 let). Průměrný čas od nefrektomie k adrenalektomii byl 6,2 roku (rozmezí 2-14 let), operační čas byl delší u pacientů po PIN o 11 minut, průměrná krevní ztráta byla vyšší o 39 ml, doba hospitalizace byla paradoxně kratší o 1,1 dne oproti skupině pacientů bez PIN. Konverze výkonu ani jiné komplikace se v souboru pacientů po PIN nevyklytly.

Závěr:

LA je technicky proveditelná u vybraných pacientů po PIN pro metachronní metastázu renálního karcinomu a je spojena s podobnými výsledky ve srovnání se skupinou pacientů bez předchozí nefrektomie. Pacient profituje z miniinvazivity zákroku. Výkon vyžaduje zkušeného operátora.



Obr. 1: Fotografie stěny břišní po levostranné laparoskopické adrenalektomii. Jizva po po předchozí transperitoneální nefrektomii využita k extrakci preparátu.



Obr.2: Přerušování levé nadledvinové žíly.



Obr.3: Nadledvina s metastázou světlobuněčného renálního karcinomu.