

У ФОКУСІ УВАГИ ОНКОЛОГІВ

РАК НИРКИ В ДОРΟΣЛИХ

C. Fath, D. Jacqmin
Cancer du rein de l'adulte
Anatomie pathologique, diagnostic, evolution, principes du traitement
La Revue du Praticien (Paris) 1996; 46(16): 2025—2031

- ◆ Рак нирки (РН) трапляється переважно в людей віком понад 50 років. Чоловіки хворіють удвічі частіше від жінок.
- ◆ Переважна більшість злоякісних пухлин нирки (90%) – це аденокарциноми. Причини виникнення РН залишаються невідомими.
- ◆ Пухлина може проростати в навколишні структури, уражати регіонарні лімфатичні вузли, метастазувати у віддалені органи. Її характерною особливістю є розповсюдження за ходом ниркової та нижньої порожнистої вени.
- ◆ Для клініки РН характерні урологічні та загальні симптоми, часто в поєднанні з паранеопластичними синдромами. Під час першого огляду віддалені метастази трапляються в 30% випадків.
- ◆ Впровадження комп'ютерної томографії (КТ) та ультразвукової діагностики (УЗД) призвело до значно частішого випадкового виявлення РН.

Серед усіх злоякісних пухлин у дорослих РН складає 3%. Він виникає удвічі частіше в чоловіків, ніж у жінок, і трапляється переважно в людей віком між 50 та 70 роками. Переважна більшість злоякісних пухлин нирки (90%) — це аденокарциноми. Незважаючи на численні епідеміологічні наукові дослідження, причини виникнення РН залишаються невідомими. Досягнення в галузі променевої діагностики й особливо УЗД дозволяють підвищити частість випадкового виявлення цієї патології до 40%. Основним методом лікування є розширена радикальна нефректомія. У випадку виявлення віддалених метастазів застосовують медикаментозну терапію (хіміо- та імунотерапію).

Фактори ризику

- ◆ *Географічна зона. Найчастіше РН виникає на півночі Європи, у США та у Франції (східні та центральні регіони).*
- ◆ *Частота РН зростає з віком.*
- ◆ *Вплив генетичних факторів проявляється через наявність родинних форм раку та поєднань із нейроектодерматозами (наприклад, хвороба Гіппель-Ліндау).*
- ◆ *Дослідження професійних факторів засвідчили наявність підвищеного ризику в робітників, зайнятих очищенням коксових печей, та осіб, які працюють з азбестом.*
- ◆ *До факторів ризику необхідно також включити іонізуючу радіацію (радіотерапія та ретроградна пієлографія з торотрастом).*

ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ

Макроскопічний вигляд

Рак нирки має округлу форму, чіткі контури, на зрізі жовтого кольору (дещо рідше сірого або білого). Пухлина часто містить зони геморагічного некрозу та псевдокісти. Мультицентричні форми трапляються в 10% випадків.

Гістологія

Більшість злоякісних пухлин нирки (90%) — це аденокарциноми (інші назви: гіпернефрома, пухлина Гравітца, світлоклітинна карцинома або нирково-клітинна карцинома). Злоякісні пухлини нирки в більшості випадків мають епітеліальне походження. Саркоми та первинні лімфоми нирки трапляються рідко.

Білатеральні та синхронні пухлини нирок виявляють у 0,5—3,5% випадків, метастазні — в 1%—11% випадків.

1. Епітеліальні пухлини

Нирково-клітинні карциноми походять з епітелію ниркових каналців. Гістологічні форми є дуже різноманітними і класифікуються за трьома основними принципами: цитологічні характеристики клітин пухлини (світлі, хромофільні, хромофобні, веретеноподібні клітини); архітектура пухлинної проліферації (компактна, ацинозна, кістозна, тубулярна, папілярна, тубуло-папілярна форми); прояви ядерної атипії, які визначають ступінь малігнізації.

Названа комплексна класифікація дає змогу детально описувати пухлини з різними цитогенетичними та гістогенетичними характеристиками:

- ◆ Світлоклітинна карцинома трапляється найчастіше (80%) серед інших раків нирки. Для неї характерні зміни в 3p та 5q сегментах хромосом.
- ◆ Карцинома з веретеноподібних і (або) плейоморфних клітин у чистому вигляді діагностується зрідка, у 2—5% випадків її виявляють одночасно із світлоклітинною карциномою. Прогноз є несприятливим.
- ◆ Тубуло-папілярна карцинома з базофільних клітин репрезентує 10% раків нирки, часто містить трисомію 17. У третині випадків трапляються кальцифікати. Прогноз є сприятливим.
- ◆ Карцинома з хромофобних клітин трапляється в 5% випадків. Прогноз є більш сприятливим.

2. Неепітеліальні пухлини.

- ◆ Саркоми трапляються в 1% випадків (це переважно лейоміосаркоми) злоякісних пухлин нирки.
- ◆ Первинну лімфому нирки діагностують зрідка. Вторинне ураження нирки найчастіше виявляють при негоджкінських лімфомах.
- ◆ Первинний карциноід нирки є казуістикою.

3. Комбіновані пухлини

Пухлина Ріопеля складається з фіброміоліпоми, саркоми та аденокарциноми.

Шляхи поширення

Пухлина може поширюватись на капсулу нирки, проростати в паранефрій та сусідні органи, інфільтрувати ниркову миску.

Пухлина має характерну здатність розповсюджуватись у внутрішньонирковій та нирковій вени, нижню порожнисту вену аж до правого передсердя¹.

Лімфогенне метастазування здійснюється в лімфатичні вузли воріт нирки, парааортальні та паракавальні лімфатичні вузли.

Гематогенно пухлина метастазує в легені, кістки, печінку, мозок, наднирники, шкіру та контралатеральну нирку. Метастазування може здійснюватись лімфогенним шляхом. Описано випадки регресії легеневих метастазів після нефректомії.

Рак нирки класифікують за системою TNM.

Чотири гістологічні ступені, які визначаються за допомогою оцінки ядерної атипії (ступені Фюрмана), дозволяють окреслити додатковий, незалежний від стадії прогностичний критерій. Чим значнішою є ядерна атипія, тим вищим є ступінь злоякісності (від 1 до 4).

Класифікація раку нирки за системою TNM²

- **T:** Первинна пухлина
- **T_X** Не досить даних для оцінки первинної пухлини
- **T₀** Первинна пухлина не визначається
- **T₁** Пухлина до 7 см у найбільшому вимірі, обмежена ниркою
- **T₂** Пухлина понад 7 см у найбільшому вимірі, обмежена ниркою
- **T₃** Пухлина поширюється на великі вени або наднирник, або навколониркові тканини, але в межах фасції Герота
- **T_{3a}** Пухлина поширюється на наднирник або навколониркові тканини, але в межах фасції Герота
- **T_{3b}** Масивне поширення пухлини в ниркову або порожнисту вену(и) нижче від діафрагми
- **T_{3c}** Масивне поширення пухлини в ниркову або порожнисту вену(и) вище від діафрагми
- **T₄** Пухлина поширюється за межі фасції Герота
- **N:** Регіонарні лімфатичні вузли
- **N_X** Не досить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів
- **N₀** Немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
- **N₁** Метастаз раку в одному регіонарному лімфатичному вузлі
- **N₂** Метастази раку в кількох регіонарних лімфатичних вузлах
- **M:** Віддалені метастази
- **M_X** Не досить даних для визначення віддалених метастазів
- **M₀** Віддалені метастази не визначаються
- **M₁** Наявні віддалені метастази

¹ Пухлина проростає в просвіт судини і поширюється по її внутрішній поверхні (прим. ред.).

² Класифікацію подано згідно з 5-м виданням системи TNM (1997 рік). Див.: Білінський Б.Т., Стернюк Ю.М., Шпарик Я.В. та ін. Онкологія. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с. (прим. ред.).

ДІАГНОСТИКА

Клінічні прояви та обставини виявлення

1. Урологічні симптоми

Класична тріада трапляється в 10% симптоматичних випадків: гематурія, біль у попереку, пухлина, що пальпується. Найчастіше названі симптоми проявляються ізольовано.

- ◆ Гематурія належить до найчастіших проявів (50% симптоматичних випадків). Вона буває макроскопічною, тотальною, спонтанною, ізольованою та не супроводжується болем. Для кровотечі характерні спонтанні затримки із відновленням через кілька днів або тижнів. Вона може проявлятися під час застосування антикоагулянтів.
- ◆ Біль у попереку трапляється в 50% симптоматичних випадків. Він переважно буває локалізованим, глухим і тривалим. Біль може мати вторинне походження і викликатись обструкцією сечовивідних шляхів згустком крові, нагадуючи симптоматику ниркової коліки.
- ◆ Пальпбельна пухлина в попереку (20% симптоматичних випадків) — це пізній симптом. Пальпація виявляє щільну горбисту пухлину, спаяну з поясничною ділянкою.

2. Неурологічні симптоми

- ◆ Погіршення загального стану в поєднанні з астенією, анорексією та схудненням трапляється часто. В окремих випадках першими проявами є артеріальна гіпертензія та пітливість.
- ◆ набряк нижніх кінцівок, колатеральний венозний кровоплин, раптова поява варикоцеле свідчать про внутрішньосудинне розповсюдження пухлини.
- ◆ Рак нирки часто супроводжується паранеопластичними синдромами: тривала температура внаслідок секреції пухлиною пірогенних факторів; підвищення ШОЕ; еритремія, викликана секрецією еритропоетиноподібного фактору; часто анемія; гіперкальціємія, пов'язана із секрецією паратгормоноподібного фактору (часто вторинна внаслідок кісткових метастазів); неметастатична гепатомегалія (синдром Штауффера); синдром Кушінга, викликаний секрецією субстанції, подібної до АКТГ; амілоїдоз; вторинна галакторея внаслідок гіперпролактинемії. Названі паранеопластичні синдроми регресують після нефректомії у випадках відсутності метастазів.
- ◆ Віддалені метастази, як перший прояв РН, виявляють у 30% випадків. Найчастіше трапляються метастази в легені. Кісткові остеолітичні метастази можуть виявлятися у випадках патологічних переломів. Злоякісні пухлини нирок метастазують у печінку, головний мозок та багато інших органів.

Паранеопластичні синдроми, які супроводжують ниркову аденокарциному

- | | |
|----------------------|----------------------|
| ◆ Температура. | ◆ Синдром Штауффера. |
| ◆ Підвищена ШОЕ. | ◆ Синдром Кушінга |
| ◆ Еритремія, анемія. | ◆ Амілоїдоз. |
| ◆ Гіперкальціємія. | ◆ Галакторея. |

3. Випадкове виявлення

Впровадження КТ та УЗД стало причиною значно частішого випадкового виявлення РН. Дослідники вважають, що близько 40% асимптоматичних злоякісних пухлин нирки виявляють під час УЗД. Величина таких пухлин, як звичайно, є меншою від розмірів симптоматичних пухлин.

Клінічне обстеження

Клінічне обстеження полягає в зборі анамнезу та виявленні названих симптомів. Огляд тіла має на меті виявлення метастазів у лімфатичні вузли (пальпація лівої надключичної ділянки), печінку (гепатомегалія), кісткового болю та неврологічних симптомів. Клінічне обстеження доповнюють загальним аналізом сечі та ректальним обстеженням.

Клінічні форми

Крім численних клінічних форм з урологічними проявами та без них, є окремі форми, про які необхідно знати.

Білатеральна форма або наявність лише однієї нирки змушує спеціалістів до максимальної економії ниркової паренхіми.

Ураження нижньої порожнистої вени вимагає спеціального лікувального підходу.

Форма, поєднана із хворобою Гіппель-Ліндау, трапляється в молодому віці і часто є білатеральною. Майже 45% пацієнтів, уражених цим нейроектодерматозом, мають РН.

Необхідно пам'ятати також про поодинокі випадки родинних форм.

Додаткове обстеження

1. Лабораторне обстеження

Ниркову функцію оцінюють за допомогою креатиніну та сечовини крові. Аналіз електролітів дає змогу виявити гіперкальціємію. Загальний аналіз крові відображає наявність еритремії (або анемії) та підвищення ШОЕ.

2. Променеві методи обстеження

- ◆ УЗД нирки проводять у випадку наявності відповідної клінічної симптоматики або патологічних проявів на урограмі. Воно повинно включати обстеження обох нирок та черевної порожнини. РН візуалізується у вигляді щільної маси, яка деформує ниркову архітектуру. Пухлина за ехогенністю не дуже відрізняється від паренхіми. Іноді вона є гіперехогенною, порівняно з корою нирки. Утвори великого розміру часто гетерогенні та містять гіпоехогенні ділянки некрозу. Іноді виявляють кальцифікати. УЗД дає змогу відразу встановити ступінь розповсюдження злоякісного процесу. Воно може виявити ураження ниркової вени, нижньої порожнистої вени (за допомогою доплерографії), заочеревинних лімфатичних вузлів та метастази в печінку.
- ◆ КТ є методом вибору для діагностики пухлин нирок. Вона дає змогу встановити як місцевий ступінь розповсюдження, так і наявність віддалених метастазів. Пухлина деформує контури нирки, створюючи ефект стороннього тіла. Її щільність подібна до ниркової паренхіми, іноді дещо вища. Зображення може мати гетерогенний характер завдяки некротичним ділянкам низької щільності. Ін'єкція контрасту підвищує щільність пухлини. Це підвищення стосується лише добре васкуляризованих ділянок пухлини, що дає змогу чітко відмежувати нещільні зони некрозу. КТ дає змогу оцінити величину пухлини, можливу інфільтрацію паранефрію та сусідніх органів, ураження ниркової та нижньої порожни-

тої вен. Вона виявляє наявність регіонарних та заочеревинних аденопатій, метастазів у печінку.

- ◆ Ядерно-магнітний резонанс дає змогу оцінити ступінь поширення пухлини за ходом вен. Він візуалізує верхню границю пухлинного тромбу в нижній порожнистій вені (аж до позапечінкової ділянки) при отриманні серії сагітальних та фронтальних зрізів. Цей метод може замінити кавографію. Якщо пухлинний тромб розповсюджується аж до правого передсердя, обстеження необхідно доповнити ехокардіографією (бажано черезстравохідною).
- ◆ Екскреторна урографія складається з кількох етапів. Спочатку проводять оглядову рентгенографію сечовидільної системи без контрасту. Вона може виявити зміну контуру нирки та кальцифікати, які бувають згрупованими в конгломерат або криволінійно розкиданими по периферії. Після введення контрасту на екскреторній урографії видно пухлинний комплекс. Він візуалізується більш або менш чітко, залежно від розташування та розмірів. Урограма відображає зміни контуру нирки пухлиною. Деформація порожнини ниркової миски (сплюснення, розтягнення) поєднується із симптомами ураження сечовивідних шляхів: “ампутацією”, ригідністю, дефектом наповнення. Пухлина, яка міститься на нижньому полюсі нирки, може змістити сечовід у медіальному напрямку. Іноді екскреторна урографія візуалізує німу нирку. Причинами цього явища можуть бути деструкція ниркової паренхіми пухлиною, обструкція сечовивідних шляхів новотвором або згустками. Екскреторна урографія дає змогу оцінити функціональний стан контралатеральної нирки. Іноді окремі пухлини не візуалізуються на урограмі. Систематичне застосування цього методу в комплексі обстеження пацієнта з гематурією не рекомендують тому, що пухлина легко діагностується під час УЗД.
- ◆ Ниркова артеріографія втратила своє діагностичне значення після впровадження КТ та УЗД. Вона відіграє важливу роль лише в доопераційному обстеженні білатеральних пухлин або однієї нирки. Цей метод застосовують також для доопераційної емболізації масивної пухлини. Методика ниркової артеріографії полягає в проведенні спочатку загальної аортографії, а згодом селективної ниркової артеріографії. На рентгенограмі візуалізується гіперваскуляризований паренхіматозний утвір з пухлинною неоваскуляризацією. Для судин пухлини характерна звивистість будови, хаотичність розміщення, наявність судинних лакун, артеріовенозних шунтів та венозного рефлюксу.
- ◆ Кавографію здійснюють шляхом пункції стегнової вени. Вона дає змогу виявити ступінь поширення пухлини за ходом нижньої порожнистої вени. Пухлина візуалізується як дефект наповнення або як повна обструкція порожнини вени з колатеральним кровоплином.

Визначення ступеня розповсюдження пухлини

При наявності клінічних симптомів або випадкового виявлення РН необхідно здійснити УЗД або КТ. Крім того, треба визначити ступінь розповсюдження злоякісного процесу.

1. Первинне вогнище та зона регіонарного метастазування

- ◆ Місцеве розповсюдження пухлини оцінюють за допомогою УЗД та КТ. Мета обстеження — діагностика інфільтрації паранефрїю та сусідніх органів.
- ◆ Розповсюдження судинним руслом за ходом нижньої порожнистої вени візуалізується за допомогою УЗД (іноді із застосуванням доплерографії) та КТ. У випадку розповсюдження пухлини за ходом нижньої порожнистої вени обстежен-

ня необхідно доповнити кавографією або ядерно-магнітним резонансом. Ці методи дають змогу оцінити верхню межу пухлини в нижній порожнистій вені.

- ◆ Розповсюдження в регіонарні лімфатичні вузли можна встановити за допомогою УЗД та КТ. Ці методи виявляють збільшення лімфатичних вузлів воріт нирки, парааортальних і паракавальних лімфатичних вузлів. Точне встановлення ступеня ураження лімфатичних вузлів можливе лише після проведення лімфаденектомії та гістологічного дослідження отриманого матеріалу.

2. Віддалені метастази

Віддалені метастази діагностують під час клінічного огляду та додаткового обстеження.

- ◆ Метастази в легені виявляють за допомогою рентгенографії або КТ легень.
- ◆ Метастази в кістки необхідно запідозрити у випадку наявності патологічного перелому, скарг на болі в кістках, гіперкальціємії та збільшення рівня лужної фосфатази. Стандартне рентгенографічне обстеження підтверджує діагноз. Бажано провести сцинтиграфію кісток скелета.
- ◆ Метастази в печінку необхідно запідозрити у випадку гепатомегалії (печінка неправильної форми з больовим синдромом) або зрушень у біохімічному аналізі крові. Діагноз підтверджують за допомогою рентгенографії або КТ.
- ◆ Метастази в мозок у випадку відсутності патологічних проявів під час неврологічного обстеження діагностують за допомогою КТ.
- ◆ Ураження наднирників або контралатеральної нирки виявляють під час КТ.

3. Обстеження контралатеральної нирки

Функціональну здатність контралатеральної нирки перевіряємо за допомогою екскреторної урографії та КТ. У сумнівних випадках необхідно застосувати сцинтиграфію нирки.

Диференціальна діагностика

УЗД або екскреторна урографія, виконані при наявності урологічного симптому або у зв'язку з іншою причиною, виявляють синдром пухлини нирки. Диференціальна діагностика повинна закінчити комплекс обстеження.

1. Кістозне ураження нирки

- ◆ Доброякісна серозна кіста візуалізується на УЗД як утвір рідинного характеру без ехосигналів із дистальним акустичним підсиленням. У сумнівних випадках КТ підтверджує діагноз. Вона виявляє округлий утвір низької щільності гомогенного характеру без ознак контрастування та паріетального ущільнення.
- ◆ Полікістоз нирки вимагає виконання УЗД та КТ. У випадку крововиливів у порожнину кіст диференціальна діагностика значно утруднюється.
- ◆ До інших кістозних захворювань нирок належать гідатидна кіста нирки, псевдокістозна обструкція верхньої чашечки ниркової миски, абсцес нирки (фібрильний фон), гематома нирки (іноді вторинна при раку).

2. Пухлини

- ◆ Псевдопухлини нирок (горбата нирка, гіпертрофія губи синуса нирки, нирковий дизембріогенез, гіпертрофія стовпів Бертіні) діагностують під час КТ.
- ◆ Ксантогранульоматозний пієлонефрит із псевдопухлинною симптоматикою виявляють за допомогою КТ.
- ◆ Ангіоміоліпома може викликати гематурію. КТ виявляє тканинний утвір у нирці із низькою щільністю, патогномонічною для жирової тканини.

◆ Онкоцитома — це доброякісний утвір, який рідко діагностують під час доопераційного періоду.

У сумнівних випадках пункцію пухлини нирки не застосовують, виконують оперативне втручання.

ЕВОЛЮЦІЯ ТА ПРОГНОЗ

Спонтанна еволюція РН є дуже різноманітною. Середній час подвоєння маси ниркової карциноми є відносно тривалим і складає близько 9 місяців. Іноді еволюція розтягується на багато років. Окремі псевдо-саркоматозні форми раку мають швидкий і фатальний розвиток.

Прогноз залежить від ступеня розповсюдження пухлини, з'ясованого в доопераційному періоді, та від даних патологоанатомічного обстеження препарату, отриманого після розширеної нефректомії.

1. Вживання

Загальне п'ятирічне виживання для усіх стадій в сукупності складає біля 50%. П'ятирічне виживання у випадку T1 і T2 сягає 80—95%, T3a — від 40% до 80%, T3b—c — від 30% до 50%, T4 — 15%. Середнє виживання пацієнтів з віддаленими метастазами складає один рік, п'ятирічне загальне виживання — 5—10%.

Ступінь злоякісності є вагомим прогностичним фактором. Якщо для РН із 1-м ступенем злоякісності п'ятирічне виживання складає 70%, то для пухлин із 4-м ступенем воно не перевищує 10%.

2. Фактори поганого прогнозу

- ◆ Негативні прогностичні клінічні ознаки: температура, схуднення більш, ніж на 10%.
- ◆ Негативні біологічні прогностичні ознаки: підвищення ШОЕ, гіперкальціємія, лужна фосфатаза вища понад 100 МО.
- ◆ Віддалені метастази або ураження регіонарних лімфатичних вузлів належать до найгірших прогностичних ознак нарівні з високим ступенем злоякісності, карциномою з веретеноподібних псевдосаркоматозних клітин (80% смертних випадків протягом 6 місяців) та пухлиною великих розмірів.

ЛІКУВАННЯ

Лікування РН здійснюють згідно зі стадією захворювання. Радикальним методом лікування є оперативне втручання (розширена радикальна нефректомія).

Лікування локалізованих форм

1. Розширена радикальна нефректомія

Вона вимагає широкого доступу. Найчастіше використовують передній трансперитонеальний підреберний доступ. Накладення лігатури на судини (ниркові артерія та вена) є необхідною передумовою для маніпуляцій на пухлині. Нефректомія складається із широкого видалення ниркового ложа разом з ниркою, наднирником, паранефрієм та лімфатичними вузлами воріт нирки. Лімфаденектомія регіонарних лімфатичних вузлів має переважно прогностичне значення.

2. Органозберігаюча операція

Органозберігаюче оперативне втручання застосовують у випадку білатеральних пухлин або однієї нирки. Сюди входять туморектомія, часткова нефректомія та операції *ex vivo*.

3. Лікування РН з ураженням нижньої порожнистої вени

Неопластичний тромб у нижній порожнистій вені найчастіше виникає у випадку раку правої нирки (з огляду на анатомічні особливості). Його верхня границя визначає хірургічну стратегію.

Пухлинні маси, що містяться в підпечінковій та позапечінковій ділянках нижньої порожнистої вени, видаляють під час кавотомії після огляду основних судин. Тромб, розміщений вище печінки, вимагає оперативного втручання із застосуванням апарата штучного кровоплину.

Лікування метастатичних форм

1. Хірургія

Радикальна нефректомія показана у випадку пухлини нирки, яка призводить до значних функціональних порушень (біль, гематурія) або для зменшення маси пухлини перед імунотерапією. Оперативне видалення одного метастазу проводять у випадку технічної резектабельності.

2. Медикаментозна терапія

- ◆ Хіміотерапія є малоефективною. Вінбластин належить до найефективніших засобів, хоча загальна регресія не перевищує 15%.
- ◆ Активна імунотерапія полягає в ін'єкції пацієнтові субстанцій, які стимулюють ріст імункомпетентних клітин. Застосовують переважно інтерферон-альфа та інтерлейкін-2. Імунотерапію можна поєднувати з хіміотерапією (інтерферон-альфа + вінбластин).
- ◆ Адаптивна імунотерапія полягає в ін'єкції імункомпетентних клітин пацієнта, стимульованих *in vitro* проти пухлини — лімфокін-активованих кілерів (lymphokine activated killer) або внутрішньопухлинних лімфоцитів (tumor infiltrating lymphocytes). Ефективність імунотерапії інтенсивно вивчають науковці. Вона сягає 30% регресій у найкращих випадках.
- ◆ Опромінення застосовують лише як паліативний засіб у випадках кісткових метастазів із вираженим больовим синдромом, компресії спинного мозку та метастазів у мозок. РН є радіорезистентним.
- ◆ Гормонотерапію не застосовують.

Схема лікування

- ◆ Локалізований РН – розширена радикальна нефректомія.
- ◆ Рак однієї нирки – органозберігаюча операція (туморектомія, часткова нефректомія, операція *ex vivo*).
- ◆ Білатеральний РН – органозберігаюча операція на нирці з меншою або легшою для видалення пухлиною та розширена радикальна нефректомія на другій нирці.
- ◆ Рак нирки з ураженням нижньої порожнистої вени – видалення тромба за допомогою кавотомії та розширена радикальна нефректомія
- ◆ Рак нирки з віддаленими метастазами:
 - розширена радикальна нефректомія ± метастазектомія
 - імунотерапія ± хіміотерапія

- ◆ *Визначення ступеня розповсюдження РН (УЗД, КТ, рентгенографія легень, сцинтиграфія кісток скелета) визначає прогноз та стратегію лікування.*
- ◆ *Радикальним методом лікування РН є розширена радикальна нефректомія. Органозберігаючі операції застосовують у випадку білатеральних пухлин або єдиної нирки.*
- ◆ *Лікування метастатичної форми РН вимагає системного підходу: розширена радикальна нефректомія, видалення метастазу, імунотерапія, хіміотерапія, опромінення кісткового метастазу. Ці методи лікування перебувають у фазі вивчення та оцінки.*
- ◆ *Загальне п'ятирічне виживання для усіх стадій разом складає близько 50%. Віддалені метастази та ураження регіонарних лімфатичних вузлів належать до негативних прогностичних ознак. Найгірший прогноз у випадку карциноми з веретеноподібних клітин.*
- ◆ *Спостереження за пацієнтами повинно бути тривалим через можливість виникнення пізніх локальних рецидивів та віддалених метастазів.*

СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Спостереження необхідно проводити протягом 10-ти і більше років. Описано випадки виникнення пізніх рецидивів навіть після 25-ти років. Спостереження полягає в клінічному обстеженні для виявлення рецидиву перанеопластичного синдрому. Він може свідчити про локальний рецидив пухлини або появу віддалених метастазів. Лабораторне обстеження полягає в спостереженні за динамікою біохімічних показників функції нирки та печінки, а також рівнем ШОЕ. Додаткові обстеження (УЗД, КТ, рентгенографія легень) скеровані на пошук локального рецидиву та віддалених метастазів. Сцинтиграфія кісток скелета або КТ головного мозку показані у випадку появи відповідних симптомів.

Переклад *Тараса Качмара*

Nous remercions vivement la rédaction de "LA REVUE DU PRATICIEN"
pour l'autorisation de la réimpression de cet article