

STRESZCZENIE

Wzrastająca liczba wykonywanych badań obrazowych jamy brzusznej powoduje częstsze wykrywanie wczesnych bezobjawowych raków nerki cT1. Guzy te mogą być leczone metodą częściowej resekcji nerki (NSS) lub jedną z form ablacji. Celem pracy jest porównanie skuteczności leczenia obu metod, określenie czynników wpływających na przeżycia oraz ustalenie prognostycznych wartości hematologicznych wskaźników zapalenia (RDW, PLR, LMR, NLR).

W latach 2014-2017 w II Klinice Urologii UM w Łodzi leczono 140 chorych z małym rakiem nerki cT1. Operacji otwartej NSS poddano 56 chorych (40%) a przezskórnej termoablacji o częstotliwości radiowej (PRTA) 84 chorych. Analizie poddano dane demograficzne, kliniczne (badania laboratoryjne, wskaźnik Charlsona), dane nefrometryczne (wielkość guza, wskaźnik R.E.N.A.L.), dane pooperacyjne (wskaźnik Clavien-Dindo, hist-pat, wskaźnik Fuhrmana, utrata eGFR) oraz przeżycie całkowite 3 letnie. W badaniach statystycznych wykorzystywano testy: Chi², Fishera, W Shapiro-Wilka, U Manna-Whitney'a, Kaplana-Meiera, Coxa. Wyniki przedstawiono za pomocą median oraz wartości dolnego i górnego kwartyła (25-75%).

Nie było różnic co do płci i strony ciała. Chorzy poddani ablacji byli średnio o 10 lat starsi i obciążeni większą liczbą chorób towarzyszących (mediana wieku dla TA=79 lat, dla NSS=68 lat, wskaźnik Charlsona mediana dla TA=5 dla NSS=3). W badaniach laboratoryjnych mieli niższe wartości morfotyczne krwi (Hb, Hct) oraz eGFR. Badanie R.E.N.A.L. wykazało podobną nefrometrię w obu grupach.

NSS wykonywano na otwarcie, bez kremowania naczyń nerkowych. Wszystkie marginesy odcięcia były negatywne. PRFA wykonywano aparatem Cool-Tip-Tyco z użyciem 3 elektrod pod kontrola USG. Odnotowano po 1 zgonie okołooperacyjnym w każdej z grup (powikłanie krwotoczne w NSS i perforacja jelita w RFTA). W skali Clavien-Dindo nieco więcej powikłań obserwowano w metodzie NSS w której był też dłuższy czas leczenia (8,5 vs 3 dni). Rodzaj hist/pat guzów i stopień złośliwości Fuhrmana były podobne w obu grupach. Pozabiegowa utrata eGFR w grupie NSS była prawie 3x większa niż w grupie RFTA (-14,84 vs -5,94). Prawdopodobieństwo przeżycia 3 lat dla całej grupy wynosiło 81%. Pacjenci leczeni metoda ablacji mieli niemal 9x większe ryzyko zgonu niż leczeni metoda NSS. W oparciu o osiągnięte wyniki wyciągnięto następujące wnioski:

1. Chorzy z małym rakiem nerki cT1 w 40% leczeni byli metodą NSS a w 60% PRTA. Stan ogólny chorego określony wiekiem i obecnością chorób towarzyszących determinował wybór metody leczenia.
2. Leczenie operacyjne (NSS) obarczone było tylko nieznacznie większą liczbą działań ubocznych (strata eGFR) ale dawało szansę dłuższego przeżycia.
3. Ablację stosowano u chorych starszych, obciążonych chorobami współistniejącymi. Zabieg był mniej obciążający ale przeżycie chorych w tej grupie było krótsze.
4. Skala R.E.N.A.L. dobrze odzwierciedla stan anatomiczny guza w nerce i była przydatna w analizie porównawczej chorych.
5. Stan ogólny pacjentów wyrażony indeksem chorobowości Charlsona, stopień anemizacji i sposób leczenia były istotnymi predyktorami przeżycia chorych z małym rakiem nerki.
6. Z badanych hematologicznych wskaźników zapalenia jedynie RDW miało wartość prognostyczną.