

Лапароскопска трансперитонеална декортикация на бъбречни кисти

Н. Михайлов, Д. Шишков, В. Павлов, К. Марудов

Урологична клиника, МБАЛ „Пловдив“, Пловдив

Transperitoneal laparoscopic decortication of renal cysts

N. Michailov, D. Shishkov, V. Pavlov, K. Marudov

Clinic of Urology, MBAL "Plovdiv", Plovdiv

РЮЗЮМЕ

Цел: Да представим нашия опит за лечение на симптоматични бъбречни кисти с трансперитонеална лапароскопска декортикация, тъй като има много начини на лечение, всеки със своите предимства и недостатъци.

Материали и методи: Проследихме 47 пациента в 7 годишен период – 2008 – 2015 година, като 7 от тях бяха с предшествваща перкутанна аспирация. Средната възраст на пациентите 51 (24 – 68) години. Жените в изследването бяха 26, мъжете 21. Кисти в ляв бъбрек – 26; в десен бъбрек – 17; двустранно в двата бъбрека 4. Всички болни бяха оперирани посредством трансперитонеална лапароскопска декортикация на кистата.

Резултати: При нито един от оперираните болни не се стигна до интраоперативни усложнения и нужда от кръвопреливане. Нямахме също така и нито едно пери- или постоперативно усложнение.

Изводи: Лапароскопската декортикация на симптоматичните бъбречни кисти, може да бъде стандарт за лечението им.

Ключови думи: Ренални кисти, Лапароскопия;

ABSTRACT

Objective: To present our experience in the treatment of symptomatic renal cysts with transperitoneal laparoscopic decortication, as there are many treatments, each with its advantages and disadvantages.

Materials and Methods: We followed 47 patients in 7 years – from 2008 to 2015 year, 7 of them with previous percutaneous aspiration. The average age of the patients was 51 (24-68) years. Women in the study were 26, the men were 21. Cysts in the left kidney – 26; in the right kidney – 17; bilaterally in both kidneys 4. All patients were operated via transperitoneal laparoscopic decortication of the cyst.

Results: None of the operated patients had any intraoperative complications or need of transfusions. We also had no peri- or post-operative complications.

Conclusions: The Laparoscopic decortication of symptomatic renal cysts can be a standard for their treatment.

Keywords: Renal cysts, Laparoscopy;

ВЪВЕДЕНИЕ

При около една трета от хората над петдесет годишна възраст се срещат кистични лезии на единия или на двата бъбрека едновременно. Те биват разположени дифузно из целия бъбречен паренхим или ангажират само един от неговите сегменти.¹

През 1997 година Bosniak създава класификация, която се основава на рентгенологични критерии и позволява оценка на риска от малигненост.²

- Клас I – Прости кисти с гладки очертания и бистро съдържимо, без калцификати и септи;
- Клас II – Кисти с наличие са минимални септации и калцификати;

- Клас III – Сложни кисти с много калцификати, септи и задебеляване на стената;
- Клас IV – Кисти с неправилни очертания, задебелена стена, много калцификати и наличие на нехомогенни структури във вътрешността.

При кистите от клас III и IV има повишен риск за развитие на бъбречноклетъчен карцином. При клас III тя е от 30 до 60%, а при клас IV – над 90 %.

Простите кисти рядко изискват хирургична намеса. Показанията за нея са: големина на кистата над 5 см; хронична болка в лумбална област; хидронефроза – причинена от притискане на пиелокаликсната система от кистата; клас III и IV по Bosniak (приблизително 50 % от клас III кистични бъбречни лезии са злокачествени);

хронични инфекции, резистентни на консервативно лечение; хеморагия вътре в кистата и руптура.

Когато доброкачествена солитарна киста причинява застои в пиелокаликсната система, артериална хипертония или хронична болка в лумбална област, може да се извърши перкутанна пункция на кистата под ехографски контрол.

Прилагането на склерозиращ агент след аспирацията на кистичното съдържимо е показано след рецидив при предхождащи една или повече пункции. В практиката като склерозиращи агенти са използвани глюкоза, фенол, йодхендилат, аминокислотиди, тетрациклини, абсолютен алкохол, бисмут фосфат, но никой от тях не е показал достатъчно окуражителни резултати и затова вече са изоставени.

Перкутанната пункция с или без инсталиране на склерозиращ агент не е особено ефективен метод в дългосрочен план, поради високата честота на рецидиви. Отворената операция и лапароскопската кистична декортация са най-ефективните методи на лечение. Най-често при отворена операция се прави декортация – стените на кистата се резцират и ръбовете се обшиват. Възможна е и електрокоагулация на основата. Енуклеацията (кистектомия) и парциалната резекция на бъбрека се прилагат рядко в съвременната урологична практика. При съмнение за злокачествен процес е уместно изпращането на гефрир и при положителен резултат да се пристъпи към нефректомия.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:

Пациенти

Проследихме 47 пациента в 7 годишен период, от 2008 до 2015 година, като 7 от тях бяха с предшестваща перкутанна аспирация на кистата. Средната възраст на пациентите беше 51 години (от 24 до 68 години). Жените в изследването бяха 26, мъжете 21. Кисти в ляв бъбрек – 26; в десен бъбрек – 17; двустранно в двата бъбрека 4. Средният ехографски размер на бъбречните кисти беше 9,8 cm (7.5 – 17 cm). Средният аспирационен обем на кистата беше 380 ml. Основният клиничен симптом, който беше и показание за оперативно лечение беше болка в съответната лумбална област при 91% от болните. Диагнозата бе поставяна с ехография, венозна урография и КТ изследване с контраст, за разпознаване на евентуална комуникация между кистата и пиелокаликсната система на бъбрека.

Табл. 1. Основни параметри, характеризиращи пациентите, бъбречните кисти и използвания оперативен метод.

ОСНОВНИ ПАРАМЕТРИ:	СТОЙНОСТ:
Средна възрастна пациентите – години	51 (24 – 68)
Пол:	
• мъже	21 (44,68%)
• жени	26 (55,31%)
Средният ехографски размер на бъбречните кисти	9,8cm (7,5 – 17)
Основни индикации за оперативно лечение, бр. (%)	
• Болка	43 (91,48%)
• Хематурия	2 (4,25%)
• Инфекции	3 (6,36%)
• Хипертония	4 (8,50%)
• Обструкция	2 (4,25%)
Локализация: (брой)	
• ляв бъбрек	26
• десен бъбрек	17
• двустранно	4
• периферна	46
• перипелвична	5
Класификация по Bosniak (брой)	
• Клас I	47
• Клас II	4
Среден аспирационен обем на кистата, (мл.)	380 (120 – 1250)
Средно оперативно време, (мин)	58 (35 – 105)
Средна оперативна кръвозагуба, (мл.)	40 (20 – 100)
Среден болничен престой, (дни)	5 (3 – 7)
Среден период на проследяване, (месеци)	38 (4 – 72)
Терапевтичен успех, бр. (%)	48 (94,11%)
Рецидиви, бр. (%)	3 (5,88%)

ПРЕДОПЕРАТИВНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:

Предоперативното изследване на пациентите включва: анамнеза, физикален преглед, лабораторни изследвания, образни изследвания – ехография, венозна урография или компютърна томография и оценка на анестезиологичния риск по ASA.

Всички пациенти бяха хоспитализирани един ден преди операцията и при всички беше започнато антибиотично лечение и тромбоемболична профилактика с ниско молекулярен хепарин

ОПЕРАТИВНА ТЕХНИКА

Оперативната интервенция се извършва под обща интубационна анестезия, пациентът поставя в положение по гръб, като в зависимост от това, от коя страна се работи, таза и гръдният кош се повдигат под ъгъл спрямо хоризонталата от +30°.

След супраумбиликална кожна инцизия, извършена на около 2-3 см встрани и над пъпа, в близост до латералната граница на *m. rectus abdominis*, в коремната кухина се въвежда иглата на Veres и се създава пневмоперитонеум. През същия разрез се въвежда първия 10 mm троакар за камерата с оптика от 30°. Вторият троакар, със същият размер – 10mm, се въвежда под оптичен контрол на 5-7 см латерално от първия порт. Третият 5 mm троакар се поставя на 2 cm медиално и над *spina iliaca superior anterior* при работа в дясно или на 2 cm под ребрената дъга в близост до латералната граница на *m. rectus abdominis* при работа в ляво. Четвъртият троакар се въвежда на отстояние 10 cm от първия, в зависимост от това, от коя страна се работи – в дясно над *spina iliaca superior anterior*, а в ляво под ребрената дъга.

След оглед на коремната кухина, идентифициране на основните анатомични маркери, се извършва локализиране на бъбречната киста. В повечето случаи тя веднага се появява в зрителното поле, като син купол, стърчащ над повърхността на бъбрека

В някои случаи се налага първоначално да се инцизира задния перитонеален лист, с последваща мобилизация на дебелото черво в медиална посока, за да се създаде достъп до бъбрека, а в други, особено при кисти с по-големи размери, такава мобилизация не бе необходима. Отпрепарирането на кистата става по тъп и остър начин с използването на граспер и монополарна ножица или хармоничен скалпел.

След отпрепариране на купола на кистата, тя се пунктира с дебела игла, а съдържимото и се аспирира.

При суспектни образни и/или клинични данни за малигнен процес, аспирираната течност се изпраща за цитопатологичен анализ. След пълно изпразване на кистата и щателен оглед на вътрешността и за изключване на неопластичен процес, стената и се ексцизира с монополарната ножица на разстояние около 5 mm от бъбречния паренхим. Материалът задължително се изпраща за окончателно патохистологично изследване. Хемостаза се извършва с електрокаутеризация само по ръба на кистата, понякога се обгаря и основа-

та и без да се засяга бъбречния паренхим.

Следва щателен оглед на коремната кухина и въвеждане на контактен полиетиленов дрен (14-16 Fr.).

Проследяването на пациентите включва клиничен преглед и бъбречна ехография, на 3-месечни интервали в продължение на 1 година, а след това веднъж годишно.

РЕЗУЛТАТИ

Всички болни бяха оперирани посредством трансперитонеална лапароскопска декортикация на кистата. Не се наблюдаваха интраоперативни усложнения и не се наложи извършване на кръвопреливане. Не се наблюдаваха пери- или постоперативни усложнения.

Средното оперативно време беше 58 min. (от 35 до 105 min), а средната оперативна кръвозагуба – 40 ml (от 20 до 100 ml). Антибиотично лечение се започва един ден преди оперативното лечение, пациентите се нуждаеха от обезболяване само през първите 24 часа следоперативно. Полиетиленовите дренажи обикновено се свалят на първия ден след операцията. Средният болничен престой беше 5 дни (от 3 до 7 дни).

Всички пациенти имаха негативни цитологични и хистологични находки за злокачествено заболяване.

Болните се проследяваха следоперативно от 4 до 72 мес. (средно – 38 мес.). Само при 3 от болните (5,88%) бе установен рецидив на кистата след операцията, съответно на 1.5, 3 и 5 година

ОБСЪЖДАНЕ

Бъбречните кисти могат да бъдат вродени и по-често придобити. Повечето пациенти с прости бъбречни кисти (90-95%) са безсимптомни, често се откриват случайно и оперативна намеса не е необходима. Тя става необходима едва с нарастване на кистата и поява на симптоматика – болка, хематурия, бъбречна обструкция, рецидивиращи уроинфекции, руптура на кистата, хипертония.

Лечението на простите бъбречни кисти обикновено се фокусира върху контрола на симптомите и последващи усложнения. Преди въвеждането на лапароскопската декортикация, иглената аспирация, с или без инстилиране на склерозиращи агенти, е била първа линия за лечение и диагностика. Тази процедура на лечение представя висок процент рецидиви след аспирация и склерозирание на кисти (40-100%),

за разлика от докладвания успех на лапароскопската декортикация, която се движи в границите на 90 – 100% 4, 5, 6.

Лапароскопският подход към бъбречните кисти е описан чрез трансперитонеален и ретроперитонеален метод. Повечето лекари предпочитат трансперитонеалния подход. Предимствата му се изразяват в това, че при ретроперитонеалния подход е ограничено работното пространство, което от своя страна може да доведе до проблеми с ориентацията и видимостта. Въпреки очевидните си предимства, трансперитонеалния подход има и потенциални недостатъци – изисква солиден технически опит и крие риск от нараняване на коремни органи и/или кръвоносни съдове. Най-важното предимство на ретроперитонеалния подход е минималния риск от нараняване на коремните органи, урином и съответно при проява на хематом, той остава ограничен в ретроперитонеума.³

Лапароскопската декортикация на прости бъбречни кисти е високо ефективен, безопасен и минимално инвазивен метод за лечение. Минималната кръвозагуба, краткият болничен престой и бързото следоперативно възстановяване са значими предимства на лапароскопската трансперитонеална декортикация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопската декортикация на симптоматичните бъбречни кисти е миниинвазивен, високоефективен и безопасен метод за лечение на симптоматичните бъбречни кисти. Минималната постоперативна болка, краткият болничен и възстановителен период, високият терапевтичен успех, с право го определят като хирургичен метод на избор с висока успеваемост.

КНИГОПИС:

1. П. Панчев, Кр. Янев, М. Георгиев. Ретроперитонеоскопска декортикация на ренална киста. 2006, Уронет 4: 30-34.
2. MA Bosniak, The Use of the Bosniak Classification System for Renal Cysts and Cystic Tumors; The Journal of Urology, 1997.
3. Tefekli A, Altunrende F, Baykal M et al. Retroperitoneal laparoscopic decortication of simple renal cysts using the bipolar PlasmaKinetic scissors. Int J Urol 2006; 13: 331–336.
4. Hemal AK. Laparoscopic management of renal cystic disease. Urol Clin North Am 2001;28:115-126
5. Atug F, Burgess SV, Ruiz-Deya G et al. Long-term durability of laparoscopic decortication of symptomatic renal cysts. Urology 2006; 68: 272–275
6. WJ Bean, Renal cysts: treatment with alcohol. Radiology, 1981.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Никола Михайлов
Клиника по урология, МБАЛ „Пловдив“
бул. България 234, гр. Пловдив
e-mail: nikola_mihaylov@yahoo.com

Address for correspondence

Dr. Nikola Mihaylov
Clinic of Urology, MBAL “Plovdiv”
Bulv. “Bulgaria” 234, Plovdiv
e-mail: nikola_mihaylov@yahoo.com