

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Christian Beisland, Per Christian Medby & Hans Olav Beisland resultatene av en retrospektiv studie av 368 pasienter med nyrecancer fra Oppland Sentralsykehus Lillehammer og Aker universitetssykehus (1). Undersøkelsen definerer en norsk standard for kirurgisk behandling av nyrekreft. Prognose og behandlingskomplikasjoner er avhengig av tumors størrelse på diagnosetidspunktet. Norske tall er sammenliknbare med resultater fra andre land.

Undersøkelsen strekker seg over 22 år. Da de første pasientene i dette materialet ble operert, ble nyrecancer mistenkt ved intravenøs urografi og bekreftet med renal angiografi, en prosedyre som ofte ble utført med pasienten i narkose. Små svulster med diameter under 2 cm, ble kalt insidentalomer og ikke tillagt klinisk betydning.

I dag oppdages nesten halvparten av alle nyretumorer tilfeldig ved ultrasonografi eller computertomografi som blir gjort uten klinisk mistanke om sykdom i urinveiene. Stadig flere tilfeller av nyrecancer oppdages i tidlig stadium som små svulster. Som regel kan diagnosen stilles med tilstrekkelig sikkerhet ved ikke-invasiv bildediagnostikk. Biopsi er sjelden aktuelt, men selv små svulster kan i dag biopses i lokalbedøvelse med ultrasonografisk veiledning.

Mens de diagnostiske metodene har gjennomgått en rivende utvikling i løpet av de siste 20 år, er den kirurgiske standardbehandlingen fortsatt radikal fjerning av nyren med omgivende fettvev og Gerotas fascie (2). Målet er sykdomsfri overlevelse. Men helsekostnad ved sykdom som følge av behandlingen tillegges økende betydning. For 20 år siden ble inngrepet ved de fleste sykehus utført via et flankesnitt med retroperitoneal tilgang. Senere ble det vanlig å operere transabdominalt. Ledende nyrekreftkirurger går nå tilbake til flankesnitt. Begrunnelsen er at dette gir mindre postoperativ tarmparalyse og adheransedanning (3). Systematisk glandeltolett gir ikke økt overlevelse. Det er fortsatt uavklart om binyren også bør fjernes. I håp om å redusere behandlingsmorbidityten tilbyr radikal nefrektomi med endoskopisk teknikk også her i landet. Artikkelen til Beisland og medarbeidere (1) vil bli en sentral referanse når man skal evaluere nytten av laparoskopisk, radikal nefrektomi. Det gjenstår å se om økt tilfeldig påvisning av nyresvulster fører til endret stadiefordeling og lavere dødelighet i nasjonale pasientmaterialer.

De største utfordringene ved kirurgisk behandling av nyrecancer er hva man skal gjøre med de minste og de mest langtkomne

svulstene. Mindre nyresvulster kan fjernes med konvensjonell åpen tilgang. Med avklemmt nyrestilk og nedkjøling med isbiter kan man bruke den tiden som trengs til hemostase etter at svulsten er fjernet. Ved små svulster må man overveie miniinvasiv, organkonserverende kirurgi. Til nå har vi manglet gode metoder for å oppnå kald isemi og tid nok til hemostase ved såkalt nefronsparende kirurgi med laparoskopisk eller retroperitoneoskopisk tilgang. Nye teknikker med mikrobølgekoagulasjon, vannjet og kryoterapi kan gjøre det mulig å foreta lokal ekstirpasjon av tumor uten samtidig avklemming av nyrearterien (4).

Vi mangler kunnskap om hvilke bildediagnostiske forandringer som oppstår i nyren etter lokale reseksjoner. Dette er en forutsetning for å kunne kontrollere pasientene i ettertid. Vi vet heller ikke hvilken psykisk belastning det er å vite at man kanskje kan få nytt svulstvev i en nyre som allerede er operert.

I opptil 20 % av tilfellene vil nyrekreften ha multilokulær, ipsilateral utbredelse. Det kan være meget vanskelig å påvise små satellittsvulster ved bildediagnostikk og å finne dem igjen ved endoskopisk tilgang (5). Dette er den viktigste grunnen til at nefronsparende kirurgi ved nyrecancer fortsatt er kontroversielt. Svulster i solitære nyrer er spesialtilfeller og kan kreve eksisjon ex vivo og reimplantasjon av nyren. Det pågår forskning med å behandle nyrecancer i tidlig stadium med perkutan brakyterapi og kryoterapi.

Det er ingen standardisert onkologisk behandling for lokalavansert og metastaserende nyrecancer. Kirurgens plass er uavklart. Som Beisland og medarbeidere viser (1), er overlevelsen i slike stadier svært lav, og fjerning av lokalavanserte tumorer er forbundet med høyere komplikasjonsfrekvens. Hvorvidt nyren skal forsøkes fjernet eller ikke, må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Det er meget krevende å forklare pasienter at det ikke er utsikter til helsegevinst ved å forsøke å fjerne tumor.

Kombinasjon av immunbehandling og kirurgi kan gi økt overlevelse. Det er uklart om immunbehandling bør gis etter cytoreduktiv nefrektomi, eller om nefrektomi bare skal utføres hvis pasienten responderer positivt på immunbehandling. Immunmodulerende behandling gir stor morbiditet og anses fremdeles som eksperimentell (6).

De siste 20 årene illustrerer den store skjevheten mellom utvikling av diagnostiske metoder og ny behandling. Det er mange ubesvarte spørsmål og stort behov for klinisk forskning om nyrecancer. Her i landet

må slik forskning bygge på samarbeid mellom flere sykehus. Det har tatt Medby og to generasjoner Beisland 22 år å samle data for 368 pasienter fra journaler og ulike offentlige helseregistre. Ved å samordne elektroniske sykehusjournaler og helseregistre, kunne et enda større nasjonalt pasientmateriale vært identifisert i løpet av ett års tid. Det er på tide å legge forholdene bedre til rette for dem som vil engasjere seg i klinisk kreftforskning.

Truls E. Bjerklund Johansen
truls.bjerklund-johansen@tss.telemax.no
Urologisk seksjon
Sykehuset Telemark
3906 Porsgrunn

Truls E. Bjerklund Johansen (f. 1951)
er spesialist i generell kirurgi og urologi,
seksjonsleder ved urologisk seksjon,
Sykehuset Telemark og professor i urologi
ved Universitetet i Tromsø. Han har
ledet Norsk Institutt for Urologi i ti år.

Litteratur

1. Beisland C, Medby PC, Beisland HO. Nyrekreft – en retrospektiv undersøkelse av 368 pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 120: 2431–5.
2. Mickisch GHJ, Carbadillo J, Hellsten S, Schulze H, Mensink H. Guidelines on renal cancer. Arnheim: European Association of Urology, 2002.
3. Mickisch GHJ. Principles of nephrectomy for malignant disease. BJU Int 2002; 89: 488–95.
4. Murota T, Kawakita M, Oguchi N, Shimada O, Danno S, Fujita I et al. Retroperitoneoscopic partial nephrectomy using microwave coagulation for small renal tumours. Eur Urol 2002; 41: 540–5.
5. Mukamel E, Konichezky M, Engelstein D, Servadio C. Incidental small renal tumours accompanying clinically overt renal cell carcinoma. J Urol 1998; 140: 22–4.
6. Böhm M, Ittenson A, Schierbaum KF, Röhl FW, Ansoorge S, Allhof EP. Pretreatment with Interleukin-2 modulates peri-operative immunodysfunction in patients with renal cell carcinoma. Eur Urol 2002; 41: 458–68.