

starší a komorbidní pacienti s náhodným nálezem malých nádorů mají nízkou specifickou mortalitu na renální karcinom, a naopak významně vyšší mortalitu z jiných příčin (19, 20). U žádného pacienta se solidními tumorem < 4 cm sledovaného v prospektivní nerandomizované multiinstitucionální studii Delayed Intervention and Surveillance for Small Renal Masses (DISSRM) nedošlo k rozvoji metastáz a žádný pacient nezemřel na RCC, přestože nepodstoupil léčbu, medián sledování byl 1,83 roku (21, 22). V klinické praxi se tak nemůžeme řídit pouze prostou kategorizací, ale musíme zohlednit i celkový stav pacienta, jeho věk, komorbiditu, a nakonec předpokládanou dobu dožití pacienta. Nevýznamné není nakonec ani vlastní rozhodnutí pacienta o léčbě. Dle aktuálních doporučení Evropské urologické asociace (EAU) lze tak nabídnout aktivní sledování křehkým a komorbidním pacientům s malým nádorem ledvin. V případě požadavku na aktivní léčbu lze u těchto rizikových pacientů jako eventualitu nabídnout minimálně invazivní terapii, jako například radiofrekvenční ablací.

Další skupinou s obecně lepší prognózou v porovnání se solidními tumory jsou cystické tumory ledvin (23). Jako cystické léze označujeme léze, kde tekutinová složka tvoří více než 75 % objemu léze a solidní složka nepřesahuje 25 % z celkového objemu léze (24, 25, 23). Některé cystické nádory vznikají z primárních cystických lézí, jiné pak sekundárně při cystické změně primárně solidních tumorů. Odhadované zastoupení cystických tumorů ze všech renálních tumorů je dle literárních údajů mezi 5–10 % (26, 27, 28). Budeme-li hodnotit prognózu – možnou malignitu jednotlivých kategorií Bosniakovi klasifikace, pak v systematickém přehledu vykazují cysty IIF malignitu méně než v 1 %, proto je doporučeno toto stadium sledovat. Nicméně dle jiných literárních údajů je riziko malignity u kategorie IIF 3–10 % (29, 30, 31, 32). Jiná data navíc ukazují, že během sledování tohoto stadia je 12 % případů překlasifikováno na kategorii III/IV s prokázanou malignitou v 85 % (33). Další cystické léze kategorie I a II Bosniakovi klasifikace jsou považovány za benigní a nevyžadují léčbu a dle odborných doporučení ani sledování (34). Nicméně některé práce publikují výskyt malignity i v těchto kategoriích,

konkrétně u stadia I v 5 % a u stadia II v 8 % a to při užití CT či kombinace CT a MRI, kdy výsledek MRI byl hodnocen jako hlavní (35). Klinickou výzvou nadále zůstává rozhodnutí o léčbě kategorie III Bosniakovi klasifikace, kdy malignitou může být postiženo až 51 % cyst. Na druhou stranu nadbytečnou chirurgickou léčbou (overtreatment) může být zbytečně zatíženo až 49 % pacientů z důvodu finálně histologicky benigního nálezu (cysty bez nádorových změn či nález multilokulární cystické neoplazie nízkého maligního potenciálu či skupina smíšených epiteliální a stromálních tumorů ledvin zahrnujících cystický nefrom). Z těchto důvodů a důvodu obecně nižšího maligního potenciálu cystických lézí je u kategorie Bosniak III snaha indikovat ledvinu šetřící výkony (36, 37). Jako alternativa, s ohledem na benigní chování vysokého procenta lézí, je k chirurgické léčbě doporučena i možnost sledování (7, 33, 38, 39). Z histopatologického hlediska má nejhorší prognózu cystických renálních nádorů světlobuněčný renální karcinom, který je bohužel zároveň nejčastěji se vyskytujícím histologickým typem i cystických nádorů. Druhým nejčastějším cystickým tumorem je papilární renální karcinom, kdy typ 1 má lepší prognózu než typ 2, pětileté přežití je u těchto chirurgicky léčených nádorů 91 % (40). Třetím nejčastěji se vyskytujícím cystickým nádorem je benigní multilokulární cystická neoplazie nízkého maligního potenciálu, u které nebyla doposud popsána recurence či vzdálené metastázy (41, 42, 43).

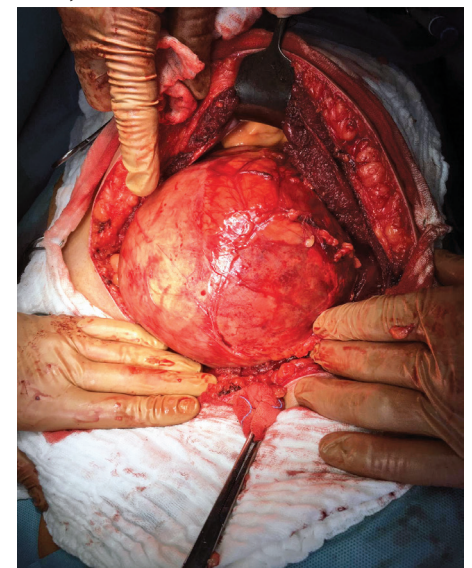
Prognóza a operační technika

Budeme-li hodnotit prognózu z hlediska užití operační techniky, v tomto kontextu platí, že laparoskopická radikální nefrektomie má nižší morbiditu než otevřená nefrektomie. Zároveň platí, že krátkodobé onkologické výsledky jsou pro laparoskopickou a otevřenou radikální nefrektomii u stadia T1-T2a ekvivalentní.

V případě hodnocení zachovných výkonů dosahují resekční techniky v klinickém stadiu T1a-b stejných onkologických výsledků jako nefrektomie. V souladu s těmito trendy bychom pacientům s nádory T1 měli dle aktuálních doporučení nabídnout parciální nefrektomii a je-li technicky minimálně invazivní například laparoskopický přístup ne-

proveditelný, měli bychom u pacientů s T1 tumory nabídnout jiný zachovný přístup například robotický aktuálně již hrazený ze zdravotního pojištění nebo výkon otevřený (Obr. 2, 3). Jinou variantou je přístup retroperitoneoskopický některými chirurgy využívaný v případech dorzálně uložených lézí zejména v horním segmentu ledviny, kde je klasický laparoskopický přístup obtížný. Problémem zachovných výkonů v případě centrálně uložených lézí může být mimo technickou neproveditelnost výkonu i následné přehodnocení klinického stadia cT1 na patologické stadium pT3a, jak již bylo zmíněno. Nicméně doposud nejsou jednoznačná data prokazující jasný rozdíl v celkovém přežití (OS) a nádorově specifickém přežití (CSS) u pacientů stadia pT3a, kteří podstoupili parciální nefrektomii či radikální nefrektomii. Některé práce naznačují významně kratší přežití bez recidivy u pacientů po resekčním výkonu stadia pT3a oproti

Obr. 2. Operační výkon – cystický tumor levé ledviny



Obr. 3. Cystický tumor levé ledviny

