

compared to radical nephrectomy or kidney resection. Due to these uncertainties, TA methods can only be recommended for frail and/or comorbid patients with small kidney tumors.

Key word: renal cell carcinoma, active surveillance, minimal invasive therapy, radiofrequency ablation, microwave ablation, cryoablation.

Úvod

Renální karcinom (Renal Cell Carcinoma – RCC) tvoří přibližně 3 % všech nádorových onemocnění. ČR má dlouhodobě nejvyšší incidenci na světě. U 60 % pacientů se jedná o incidentální nález, u pacientů s RCC stadia cT1a je to až 87 % (1).

Malé renální karcinomy (Small Renal Mass – SRM) jsou definovány jako incidentálně diagnostikované, ohraničené solidní nebo cystické tumory ledviny velikosti do 4 cm se známkami syčení na kontrastním CT vyšetření, odpovídající stadiu cT1aN0M0 (2).

Základem léčby lokalizovaného RCC je chirurgická léčba. Po dlouhá léta byla standardním výkonem radikální nefrektomie (RN) s odstraněním ledviny a tukového pouzdra. V poslední dekádě se významně rozrostl počet resekčních výkonů (parciální nefrektomie – PN). I přes nespornou nižší invazivitu laparoskopických nebo roboticky asistovaných výkonů mají ale stále chirurgické přístupy nezanedbatelné komplikace.

V současné době narůstá počet starších nemocných s četnými komorbiditami, kratší předpokládanou délkou života, nemocných s chronickou renální insuficiencí, s anatomicky nebo funkčně solitární ledvinou. U všech těchto pacientů může být miniinvasivní přístup v řešení nádoru velkým přínosem.

U starších pacientů nebo při závažných komorbiditách je možné SRM pouze aktivně sledovat (Active Surveillance – AS) nebo využít možnosti miniinvasivní terapie metodami termální ablace (TA).

Mezi nejčastěji používané metody TA patří radiofrekvenční ablace (RFA) a kryoablace (KA). Miniinvasivní léčba přináší pacientovi oproti klasické chirurgické léčbě řadu výhod, např. relativně menší výskyt komplikací, zanedbatelné zhoršení renálních funkcí, kratší dobu hospitalizace, menší morbiditu a rychlejší pooperační rekonvalescenci.

Cílem práce je podat přehled o možnostech aktivního sledování a miniinvasivní léčby SRM.

Aktivní sledování

Populační studie porovnávaly onkologické výsledky chirurgického výkonu (RN nebo PN) a nechirurgického řešení u nádorů ≤ 4 cm. Analýzy prokázaly signifikantně nižší mortalitu specifickou pro RCC u pacientů léčených chirurgicky (3, 4). Pacienti zařazení do kontrolního ramene však byli starší, s vyšším počtem komorbidit a méně vhodní pro operaci. Úmrtnost z jiných příčin ve skupině bez chirurgického výkonu významně převyšovala úmrtnost ve skupině léčené chirurgicky. Analýzy skupiny starších pacientů (> 75 let) neprokázaly stejný benefit chirurgické léčby v úmrtnosti specifické pro RCC (4, 5).

Pacienti starší, se závažnými komorbiditami, s incidentálně diagnostikovanými RCC mají nízkou specifickou mortalitu na RCC a signifikantně vyšší mortalitu z jiných příčin (6). Aktivní sledování je u SRM definováno jako sledování velikosti nádoru sériovým zobrazením břicha (ultrazvukem, CT nebo magnetickou rezonancí) s opožděnou intervencí vyhrazenou pro nádory vykazující klinickou progresi během sledování (7).

Nerandomizovaná studie Delayed Intervention and Surveillance for Small Renal Masses porovnávala AS s primární intervencí. Ze 497 zařazených pacientů si 274 (55 %)

zvolilo primární intervenci a 223 (45 %) AS, z nichž 21 (9 %) přešlo na odloženou intervenci. Pacienti s AS byli starší, měli horší ECOG, celkové komorbidity a kardiovaskulární komorbidity, měli menší nádory a častěji měli mnohočetné a bilaterální léze. Celkové přežití (OS) po primární intervenci a AS bylo 98 % a 96 % po 2 letech a 92 % a 75 % po 5 letech (log rank, $p = 0,06$) (Obr. 1). Po pětiletém sledování bylo přežití specifické pro karcinom (Cancer Specific Survival – CSS) 99 % pro primární intervenci, resp. 100 % pro AS ($p = 0,3$). V regresní analýze nebylo AS prediktorem délky OS nebo CSS (8).

Komparativní studie, která hodnotila soubor pacientů ve věku > 75 let, prokázala snížení OS u skupiny léčené AS a RN ve srovnání s PN pro cT1 RCC. Při multivariantní analýze ale nebyla délka OS spojena s věkem a komorbiditami. Chirurgická léčba u populace nad 75 let nevedla k prodloužení OS (9).

Patel et al. v retrospektivní analýze porovnávali RN vs. PN vs. AS pro nádory cT1a u souboru 202 pacientů při sledování 34 měsíců nepozorovali žádné statisticky významné rozdíly v OS a CSS (10). Během AS byla průměrná míra růstu tumoru 0,21 cm/rok. Nulový růst vykazovalo 53 % SRM řešených AS. Rozdíl v OS a CSS pro AS, RN a PN nebyl statisticky

Obr. 1. Kaplan-Meier křivka celkového přežití u pacientů se SMR. V OS nebyl po dvou, čtyřech ani pěti letech sledování signifikantní rozdíl ($p = 0,06$). Převzato z Pierorazio PM et al. (8)

