

# Chirurgická léčba tumorů ledviny

MUDr. Peter Dančík

Oddělení Urologie

Městská nemocnice Ostrava

# Úvod

- ▶ Karcinom ledviny představuje 2-3% všech malignit
- ▶ Stoupající incidence, cca 30/100 000 nových případů v roce 2014
- ▶ Mortalita 11/100 000
- ▶ Díky zvýšenému používání CT a USG zvýšený záchyt onemocnění a to zejména v časnějších stadiích
- ▶ Přes 50% případů zachycených v roce 2014 v ČR představují tumory T1N0M0 (data z NOR)

# Diagnostika

- ▶ Hlavní role CT s použitím kontrastní látky
- ▶ V případě nejistého CT-nálezu je vhodným doplňkem CEUS (contrast enhanced ultrasound) - Vogel et al.
- ▶ Cystické léze dle Bosniaka - zejména nutná pozornost v případě lézí kategorie III (více než 50% maligních lézí) a IV - v obou těchto kategoriích je indikovaná chirurgická léčba!

# Diagnostika

- ▶ Klinickou suspekci na malignitu lze s vysokou pravděpodobností stanovit již na základě kontrastních zobrazovacích vyšetření (CT, MRI, CEUS), což je samo o sobě dostatečné k indikování k operačnímu řešení
- ▶ Samotný USG či PET-CT mají nedostatečnou senzitivitu a specificitu pro detekci a charakteristiku tumorů ledvin

# Role punkční biopsie

- ▶ Perkutánní biopsie je indikovaná v případě malých tumorů s nejistým CT-nálezem, zejména v případech zvažované aktivní surveilance
- ▶ Dále v případě pokročilých a metastatických nálezů, pokud není k dispozici předchozí histologizace
- ▶ Nutno používat koaxiální techniku, zaměření USG či CT
- ▶ Kontraindikovaná je biopsie cystických lézí (nízká diagnostická výtěžnost)
- ▶ Morbidita biopsie ledviny je velmi nízká, riziko „zasetí“ mikrometastáz v místě vpichu raritní

# Parciální resekce vs. radikální nefrektomie

- ▶ Nedostatek validních prospektivních klinických studií, vycházíme zejména z retrospektivních studií nehomogenních skupin pacientů
- ▶ Nebyl prokázán rozdíl v přežívání, onkologická bezpečnost vhodně indikované resekce u T1 nádorů srovnatelná s radikální nefrektomií
- ▶ Lepší šance na zachování renální funkce u resekčních výkonů, zejména u pacientů s preexistující poruchou renální funkce
- ▶ Bez rozdílu v perioperační morbiditě (délka hospitalizace, krevní ztráty)

# Otázka pozitivních okrajů po resekčních operacích nádorů ledviny

- ▶ 8% resekátů (Shah et al.)
- ▶ Prognostický efekt pozitivních okrajů musí být dále studován, výsledky nejsou zcela konkluzivní
- ▶ Pozitivní okraje se nemusí projevit ve vyšší rekurenci onemocnění (Bensalah et al., Lopez-Coste et al.), proto radikální nefrektomie a re-resekcce představují ve většině případů over-treatment (Sundaram et al.)
- ▶ Doporučena intenzivnější surveillance
- ▶ Ani negativní okraje nevylučují lokální rekurenci onemocnění (Antic et al.)

# Radikální nefrektomie a adrenalektomie

- ▶ Studie (Lane et al., 2009) srovnává pacienty podstupující parciální resekci či radikální nefrektomii s/bez adrenalektomie
- ▶ Lokalizace nádoru na horním polu ledviny nesouvisí s postižením nadledviny, prediktivní je jen velikost tumoru ne jeho lokalizace
- ▶ Z 2065 pacientů byla na základě rentgenologické suspekce provedena adrenalektomie jen u 48 pacientů, z nichž se jednalo ve 42 případech o benigní léze
- ▶ Adrenalektomie se doporučuje provádět jen v případě klinicky evidentní infiltrace nadledviny (EAU Guidelines)



# Radikální nefrektomie a lymfadenektomie

- ▶ Klinicky negativní LU (cN0): data kontroverzní, ovšem bez průkazu vlivu LAE na přežívání, smysl spíše v rámci stagingu, standardní provádění LAE v rámci radikální nefrektomie u cN0 pacientů není doporučováno
- ▶ Klinicky pozitivní LU (cN+): LAE je vždy na místě, ovšem její rozsah nebyl doporučeními stanoven

# Role nefrektomie při metastatickém onemocnění

- ▶ U pacientů s metastatickým onemocněním je cytoreduktivní nefrektomie pouze paliativním opatřením a je nutno ji doplnit o systémovou léčbu
- ▶ Při porovnání imunoterapie s kombinací imunoterapie a NE bylo prokázáno zlepšení přežívání u kombinační terapie (Flanigan et al.)
- ▶ Pro sunitinib a sorafenib existují jen retrospektivní data
- ▶ Cytoreduktivní NE se doporučuje pro pacienty v dobrém celkovém stavu, s velkým primárním tumorem a malým objemem metastáz

# Operační technika

- ▶ Otevřená vs. laparoskopická operace
- ▶ Onkologické výsledky porovnatelné
- ▶ Laparoskopie s nižší úrovní perioperačních komplikací oproti otevřené operaci (krevní ztráty, pooperační bolest, délka hospitalizace) (Hemal et al.)
- ▶ Transperitoneální vs. retroperitoneální přístup vykazují podobnou míru onkologické bezpečnosti i dopadu na kvalitu života (Nambijaran et al., Desai et al.)

# Alternativy chirurgické léčby

- ▶ Active surveillance
- ▶ Radiofrekvenční ablace (RFA)
- ▶ Kryoablace
- ▶ Embolizace - před radikální nefrektomií nepřináší žádný benefit, své místo má jako paliativní postup u neoperabilních nálezů na zmírnění symptomů (bolesti, hematurie)
- ▶ Studie prokazují nižší mortalitu u pacientů léčených chirurgicky oproti alternativním postupům
- ▶ Alternativní postupy lze doporučit především pacientům ve vysokém věku nebo s významnými komorbiditami

Děkuji za pozornost