

PARENCHYMOVÉ NÁDORY LEDVIN

MUDr. Jaroslav Perníčka

Urologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

EPIDEMIOLOGIE A ETIOLOGIE

- 2 % všech nádorů
- roční nárůst 1,5–5,9 %
- úmrtnost 1,5 % populace
- muži / ženy 3,1 : 1,5
- kouření, obezita, azbest, chronická iradiace, mnohočetné cysty ledvin
- dědičné postižení – von Hippel-Lindauova choroba
- familiární výskyt vzácný
- souvislost s translokacemi chromozomů

HISTOPATOLOGIE

- základ pro vznik v buňkách proximálního epitelu
- biologická aktivita dle jaderné atypie, velikosti jader, nádorové velikosti a nádorového typu
- epitelální (adenom, adenokarcinom, ureteroliální karcinom)
- mezenchymální (sarkom, fibrosarkom, hemangiosarkom, hemangiopericytom, lymfangiosarkom, leiomyosarkom, rabdomyosarkom, liposarkom)
- embryonální (nefroblastom, embryonální karcinom)
- ostatní (hemoblastózy, metastázy do ledvin)

MORFOLOGICKÁ KLASIFIKACE NÁDORŮ LEDVIN

- | | |
|---|--|
| • adenokarcinom 79 % | • chromofilní adenokarcinom 10 % |
| • chromofóbní adenokarcinom 5 % | • karcinom ductus Bellini 1 % |
| • onkocytom (benigní) 5 % | |

HISTOPATOLOGICKÝ GRADING

- GX stupeň diferenciaci nelze hodnotit
- G1 dobře diferencovaný
- G2 středně diferencovaný
- G3–G4 málo diferencovaný až dediferencovaný

SYMPTOMATOLOGIE

- klasická trias (hematurie + bolest + hmatný nádor)
- nespecifické příznaky (např. teplota, ztráta na váze, nauzea, nechutenství)
- paraneoplastické příznaky (teplota, hypertenze, neurologická symptomatologie, změny v krevním obraze a jiné)
- varikokéla

DIAGNOSTIKA

- | | |
|---|------------------|
| • sonografie, počítačová tomografie (CT) | • markery |
| • rentgen plic, sonografie jater a scintigrafie skeletu | • renovazografie |

KLASIFIKACE TNM 1997

Nádor

- TX – primární nádor nelze posoudit

- T0 – žádné známky primárního nádoru
- T1 – nádor omezený na ledvinu do 7 cm
- T2 – nádor omezený na ledvinu nad 7 cm
- T3 – šíří se do velkých cév nebo nadledviny, nebo perirenální tukové tkáně, nepřesahuje Gerotovu fascii
 - T3a – do nadledviny nebo perirenální tkáně, nepřesahuje Gerotovu fascii
 - T3b – do renálních žil nebo do dolní duté žíly (DDŽ) pod bránicí
 - T3c – do DDŽ nad bránicí
- T4 – šíří se přes Gerotovu fascii

Uzliny

- NX – regionální uzliny nelze posoudit
- N0 – bez meta v regionálních uzlinách
- N1 – meta v jedné regionální lymfatické uzlině
- N2 – meta ve více regionálních lymfatických uzlinách

Metastázy

- MX – přítomnost metastáz nelze posoudit
- M0 – žádné vzdálené metastázy
- M1 – přítomnost vzdálených metastáz

KLINICKÁ STADIA

stadium I	T1	N0	M0
stadium II	T2	N0	M0
stadium III	T1 T2 T3	N1 N1 N0, N1	M0 M0 M0
stadium IV	T4 každé T každé T	N0, N1 N2 každé N	M0 M0 M1

KLASIFIKACE DLE ROBSONA

- A intrakapsulární tumor
- B extrakapsulární tumor
- C infiltrace cév / metastázy uzlin
- D infiltrace orgánů / vzdálené metastázy

LÉČBA

- **chirurgická**
 - radikální nefrektomie
 - záchovný výkon
- radioterapie, hormonální, cytostatická není přínosem
- imunoterapie
- cytokiny
- vysokodávková chemoterapie
- **paliativní**

PROGNOSTICKÉ FAKTORY

- stav nemocného
- interval od příznaků k diagnóze
- interval od diagnózy k léčbě
- interval od výkonu k diagnóze metastáz
- počet metastáz a jejich lokalizace
- ztráta na váze
- grading, staging

DISPENZARIZACE

- kontrola za 4 – 6 týdnů všechna stadia
(fyzikální vyšetření, vyšetření renálních funkcí, kontrola krevního obrazu, eventuálně alkalická fosfatáza (AF))
- kontroly pro časná stadia
 - 3 roky každých 6 měsíců
 - dále 5–15 let každý rok
 (fyzikální vyšetření, RTG plic, sono ledviny, eventuálně AF)
- kontroly pro pokročilá stadia:
 - 3 roky každých 6 měsíců
 - dále 3–10 let každý rok
 (fyzikální vyšetření, RTG plic, sono/CT ledviny, eventuálně AF).

ZÁVĚR

Adenokarcinom ledvin je závažné onemocnění mnohdy s těžko odhadnutelným průběhem.