

jsou varikokéla, otoky dolních končetin, paraneoplastické projevy a symptomy související s generalizací základního onemocnění do plic, skeletu a CNS (5).

Jak již bylo řečeno, má pro záchyt onemocnění zásadní význam využití zobrazovacích metod. Suspektní sonografický nálezn s následnou verifikací počítačovou tomografií (CT), případně magnetickou rezonancí (MR) je všeobecně akceptovaným algoritmem vyšetření. O těchto aspektech diagnostického procesu bude pojednáno později z pohledu radiologa.

Vyšší stadia onemocnění, nejasné nálezy v rámci provedených zobrazovacích vyšetření nebo pacienti, u kterých jejich přidružené komorbidity nedovolují aplikovat standardní léčebné postupy, jsou případy pro diskuzi v rámci multidisciplinárního týmu, který se skládá z urologů, radiologů, onkologů a patologů. Cílem tohoto mezioborového setkání je určit nejvhodnější léčebnou strategii založenou na základě dostupných informací.

Urolog hraje klíčovou roli v rozhodování o chirurgické léčbě, přičemž zvažuje operabilitu nálezu, rozsah operace a techniku chirurgického přístupu. Historicky byla radikální nefrektomie základem a standardem péče při léčbě lokalizovaného renálního karcinomu (RCC), avšak v současné době je trendem indikovat parciální nefrektomii, která je u většiny lokalizovaných RCC z onkologického hlediska rovnocenná radikální nefrektomii (6).

Pokud je v multidisciplinárním týmu učiněno rozhodnutí indikace cytoredukční nefrektomie v důsledku metastatického postižení, plánuje následně její provedení. Cytoredukční nefrektomie má za cíl snížit nádorovou zátěž a potenciálně zlepšit efektivitu systémové terapie, což může vést k lepšímu managementu onemocnění (7).

V každém případě urolog zvažuje nejen technické aspekty operace, ale i celkový zdravotní stav pacienta, přítomnost komorbidit a očekávané kvality života po zákroku. Tento komplexní přístup zajišťuje, že každý pacient dostane individuálně šitou léčbu s optimálním výsledkem.

Perspektiva klinického onkologa

Klinický onkolog hraje zásadní roli v léčebném procesu pacientů s lokálně pokročilými a generalizovanými nádory ledvin. Jeho úko-

lem je nejen koordinace s ostatními specialisty pro vytvoření komplexního léčebného plánu, který může zahrnovat chirurgické zákroky, radioterapii, cílenou terapii nebo imunoterapii, ale také zajištění, že před invazivním zákrokem je plně znám rozsah onemocnění.

Jedním z hlavních úkolů onkologa v průběhu diagnostického procesu je určení, zda je nálezn na ledvině lokalizovaný, nebo zda existují známky metastatického šíření. Toto rozlišení je klíčové pro výběr adekvátní terapie. V případech, kdy je nemoc omezena pouze na ledvinu, může být uvažováno o chirurgickém zákroku s případnou pooperační imunoterapií, zatímco přítomnost metastáz vyžaduje komplexnější systémovou léčbu. Onkolog může na základě těchto informací doporučit další doplňující vyšetření, jako jsou pokročilé zobrazovací techniky nebo biopsie, které umožní detailnější hodnocení nádoru a jeho charakteristik.

V některých případech, kde je onemocnění považováno za nízkorizikové, může onkolog navrhnout aktivní sledování bez okamžité potřeby invazivních zákroků. Tento přístup je podložen doporučeními z klinických směrnic Evropské urologické společnosti (EAU) a Americké onkologické společnosti (NCCN) a zohledňuje celkové onkologické riziko, možnosti léčby a komorbidity pacienta ve srovnání s očekávanou délkou života a chirurgickým rizikem. V současné době máme údaje o souvislosti mezi velikostí nádoru, histologickým podtypem a rizikem metastazování (8, 9, 10). V retrospektivní analýze u více než 180 tisíc pacientů byla pozorována míra metastazování 3,6%, 13,1%, 30,3% a 45,1% u nádorů ≤ 4, 4–≤ 7, 7–≤ 10 a > 10 cm. Míra metastatického potenciálu je ale závislá i na histologickém typu, kdy nejnížší je pro chromofobní karcinom, a naopak u sarkomatoidních forem renálního karcinomu je míra metastazování vysoká bez ohledu na velikost tumoru (10).

Pro pacienty s omezeným onemocněním ledviny může být po konzultaci s radiologem indikována ablativní terapie. Tento „šetrný“ přístup, využívající mechanismy, jako je „zahřívání“ nebo „zmrazování“ tkáně, je často vybrán pro starší pacienty s méně agresivními formami nádorů a zahrnuje techniky zaměřené na indukci apoptózy nádorových buněk bez poškození okolní zdravé tkáně (11).

Onkolog by měl zajistit, že k ablativnímu výkonu dojde pouze v případě, že je buď dostupná přesná histologická diagnóza, a nebo že tato biopsie bude provedena současně s ablativní technikou (12). Ačkoliv ablativní přístupy nabízejí výhody v podobě nižší invazivity a šetření ledvinných funkcí, nesou i riziko opakovaných zákroků a možnosti lokální progresu nebo metastazování (13). Rozhodnutí o pouhém sledování či o indikaci ablativního přístupu by mělo být opět založeno na rozhodnutí mezioborového týmu.

V případech metastatického onemocnění je rozhodnutí o cytoredukční nefrektomii, která zahrnuje odstranění primárního nádoru, zásadní. V těchto případech je kruciólní, aby byl pacient referován do multioborového kabinetu. Hlavní debatou mezi urologem a onkologem je, zda přistoupit k cytoredukční nefrektomii. Tento postup zahrnuje odstranění primárního nádoru v ledvině, který může být prováděn buď jako primární (upfrontní) zákrok, nebo jako odložený (deferred) zákrok po systémové terapii.

Historicky byla u pacientů s metastazujícím karcinomem ledviny, kteří byli dostatečně způsobilí k operaci, považována za standardní metodu okamžitá cytoredukční nefrektomie. Toto přesvědčení pocházelo především z doby, kdy byl v léčbě metastatického nádoru ledvin používán interferon (14, 15). Pohled na indikaci cytoredukční nefrektomie byl změněn v éře tyrosin kinázových inhibitorů, kdy dvě randomizované studie, SURTIME a CARMENA, zpochybnilly úlohu okamžitá cytoredukční nefrektomie a poukázaly na možnost provedení tzv. odložené nefrektomie (16, 17).

Tyto dvě studie naznačily, že podání samotného multikinázového inhibitoru (sunitinib) nebylo inferiorní ve srovnání s nefrektomií a následným podáním sunitinibu. Nicméně při hodnocení těchto studií je nutné vzít v úvahu i jejich nedostatky. Předně v případě studie SURTIME nebylo dosaženo potřebného náboru pacientů (namísto 458 pouze 99). V případě studie CARMENA mohlo dojít k selekčnímu bias, kde pacienti, kteří byli kandidáty k cytoredukční nefrektomii, nebyli pravděpodobně zařazováni do studie.

V souvislosti s příchodem moderní imunoterapie do léčby metastatického nádoru ledvin se úloha cytoredukční nefrektomie