

bylo nalezeno prstenčité ložisko za odstupem levé a. subclavie zřejmě benigního charakteru. Pacientka byla nadále ve velmi dobrém stavu a s ohledem na prokázaný metastatický proces byla zahájena terapie Votrientem. Dle restagingu došlo po čtyřech měsících od zahájení cílené léčby k regresi nálezu v plicích a mírná regrese byla prokázána i v oblasti mediastinálních uzlin. Dle posledních přeshetření zůstává nález v oblasti plic i medistina stacionární bez známek recidivy onemocnění. Pacientka terapii Votrientem zvládá bez větších obtíží, došlo pouze k redukci dávky pro jaterní toxicitu.

DISKUZE

Metastázy renálního karcinomu nejčastěji nacházíme v plicích (55 %), lymfatických uzlinách (34 %), játrech (33 %), skeletu (22 %), nadledvinách (19 %), kontralaterální ledvině (11 %) a mozku (5,7 %). Další lokalizace jsou spíše raritní (4).

Mezi hlavní faktory, které mohou ovlivnit generalizaci nádoru, patří velikost nádoru, staging, grading a histologický typ (5). Chování renálního karcinomu je nepředvídatelné; metastázy mohou být nalezeny synchronně s primárním nádorem nebo v různých orgánech mnoho let po primární léčbě. Byly popsány i případy generalizace po více než 20 letech po nefrektomii (6).

Četnost ipsilaterálních metastáz karcinomu ledvin do nadledvin se odhaduje na 3–5 % a kontralaterálních cca 0,7 %, bilaterální nadledvinné metastázy jsou extrémně vzácné (7).

Hlavní rizikové faktory pro vývoj metastáz do nadledvin jsou rozsáhlé nádorové masy primárního karcinomu, nádory lokalizované v oblasti horního pólu ledvin, multifokální nádory; invaze nádoru do Gerotovy fascie, do lymfatických cév, atd. (9). Yu et al. popsali vyšší riziko vzniku metastáz v pravé nadledvině ve srovnání s levou (10).

Metastázy v nadledvinách bývají obvykle dlouhou dobu asymptomatické, protože přítomnost klinických příznaků nastává až při masivním postižení tkáně.

Rutinní ipsilaterální adrenalectomie se v případě radikální nefrektomie nedoporučuje (7). Kobayashi et al. (8) nezjistili ve své retrospektivní studii žádný statisticky významný rozdíl, pokud jde o přežívání mezi pacienty, kteří podstoupili simultánní adrenalectomii, a pacienty, kteří podstoupili radikální nefrektomii šetřící nadledviny.

Při metachronním postižení druhostranné ledviny je prognóza obtížně srovnatelná s prognózou synchronního druhostranného postižení renálním karcinomem. Nelze totiž určit, zda je druhý tumor primárním nezávislým nádorem nebo metastázou v kontralaterální ledvině. Závěry studií jsou nejednotné, ale shodují se, že prognóza pacientů s metachronními metastázami se statisticky neliší od prognózy skupiny se synchronními metastázami (13, 14). Pětileté přežití pro synchronní vs. metachronní postižení kontralaterální ledviny zhodnotil ve své studii Becker 81,5 % vs. 96,1 % (13) a poněkud opačné výsledky nacházíme v Boorjianově studii 87,3 % vs. 81,5 % (14).

Delší přežívání nacházíme u pacientů s lokalizovaným metastatickým postižením, dobrým výkonostním stavem a delším časem do diseminace primárního tumoru. Úplná resekce metastatických ložisek zvyšuje dle závěrů zkoumání Mayo klinik přežití u pacientů o více než tři roky na rozdíl od nekompletní resekce (11).

ZÁVĚR

Prognóza pacientů s generalizací do nadledvin je závislá na čase mezi detekcí metastázy a primární nefrektomií. Lepší prognózu pozorujeme u pacientů, u nichž došlo k diseminaci v delším časovém odstupu. Metastasektomie (adrenalectomie) je neoptimálnějším postupem vedoucím k dosažení delšího přežívání u pacientů se solitárními metastázami (12).

Bilaterální metastázy nadledvin v případě renálního karcinomu představují komplikovaný onkologický problém, neboť optimální diagnostické a léčebné strategie ještě, vzhledem k nízkému zastoupení těchto případů, nejsou přesně definovány.