

tomii je indikovaná, jen pokud je předoperačně nebo v průběhu operace suspekce na metastatické postižení nadledviny nebo na přímé šíření nádoru do nadledviny (7). Adrenalektomie pro metastázu RCC může prodloužit přežívání pacientů, kteří nemají jiná metastatická ložiska. Po adrenalektomii stoupá pětileté přežití z 14 % na 38 % (4). Prognóza pacientů s bilaterálními adrenálními metastázami je horší.

Časný záchyt adrenálních metastáz po nefrektomii je prakticky možný jen při pravidelných CT vyšetřeních. V současnosti není shoda ohledně délky dispenzarizace po chirurgické léčbě RCC ani ohledně intervalů zobrazovacích vyšetření. Argumentem pro častější pravidelné radiologické kontroly je fakt, že časný záchyt solitárních nebo nízkce objemových metastáz může umožnit chirurgickou terapii. Chirurgická excize se považuje za standardní terapii v případě resektabilních metastáz RCC, ideálně solitárních. Časný záchyt rekurence RCC může taky zvýšit efektivitu cílené systémové terapie (1). Na druhou stranu low grade pT1a tumory mají téměř vždy po operaci excelentní prognózu, vzhledem k tomu doporučuje Evropská urologická asociace stratifikovat frekvenci CT vyšetření s ohledem na riziko rekurence u jednotlivých pacientů na základě prognostických nomogramů. PET/CT není ve sledování pacientů po chirurgické léčbě RCC doporučované pro nízkou specifitu a senzitivitu, jak se potvrdilo i v případě našeho pacienta.

Laparoskopie má v porovnání s otevřenou operativou několik výhod: nižší pooperační bolestivost, rychlejší rekonvalescence, výrazně menší velikosti operačních ran, menší riziko hernie v jizvě a nižší krevní ztráty (4). Zkušenosti s bilaterální simultánní laparoskopickou adrenalektomií pro metastázu RCC jsou omezené. Byly publikované větší soubory pacientů, kteří podstoupili bilaterální laparoskopickou adrenalektomii pro feochromocytom nebo Cushingovu chorobu, v těchto studiích autoři prokázali bezpečnost a proveditelnost laparoskopického přístupu s minimem komplikací (8).

Alternativou standardní laparoskopické adrenalektomie redukcí množství incizí je jednoportová laparoskopická adrenalektomie (LESS AE). V roce 2016 publikovali Hora et al. soubor 21 LESS AE, výkon zhodnotili jako proveditelný v rukách zkušeného operátora u dobře selektovaných pacientů: štíhlejší lidé, nekomplikované tumory, ideálně na levé straně, bez předchozích operací v břišní dutině (9). Vzhledem k přítomnosti četných adhezí v břišní dutině po předchozí levostranné laparoskopické nefrektomii není prezentovaný pacient ideálním kandidátem k LESS AE.

V případě metastatického renálního karcinomu může cytoredukční chirurgie (nefrektomie nebo excize metastáz při oligometastatickým onemocněním) prodloužit celkové přežití pacientů při cílené systémové biologické terapii (10).

LITERATURA

1. Ljungberg B, Albiges L, Bensalah K, et al. European Association of Urology; Guidelines on renal cell carcinoma. Retrieved from <http://uroweb.org/guideline/renal-cell-carcinoma/> [Accessed November 11, 2018].
2. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Novotvary 2016. <http://uzis.cz/publikace/novotvary-2016> [Accessed November 11, 2018].
3. Gronka L, Poršová M, Kolombo I, et al. Karcinom ledviny – současné trendy. Urol. praxi 2008; 9(3): 120–127.
4. Zografos GN, Farfaras A, Aggeli C, et al. Laparoscopic adrenalectomy for large adrenal metastasis from contralateral renal cell carcinoma. JSLS 2007; 11: 261–265 [PMC free article] [PubMed].
5. Nouralizadeh A, Afyouni A, Shakiba B, Radhi FK. Simultaneous bilateral laparoscopic adrenalectomy for adrenal metastases of renal cell carcinoma: a case report. Journal of Endourology Case Reports 2017; 3: 1, 142–145.
6. Bartoš V. Collision tumor of the kidney composed of clear cell renal cell carcinoma and papillary renal cell carcinoma. A report of a unique case J Res Med Dent Sci 2018; 6(4): 77–80.