

MR má nesporné výhody v zobrazení cystických lézí spočívající v precizním zobrazení vnitřní architektiky léze a syčení sept po podání kontrastní látky, které na CT vyšetření nemusí být vždy tak jasně patrné a vyjádřené (obr. 2). Mezi další výhody zobrazení MR patří absence radiační zátěže a alergických reakcí na jodovou kontrastní látku. Samozřejmě i při využití MR v diagnostice se nevyhneme úskalím spojeným s popisovanou nefrotoxicitou gadoliniové kontrastní látky (zj. u pacientů s renální insuficiencí) (17). V takovýchto případech je vhodné využít jiné zobrazovací metody – CEUS. V literatuře jsou popisovány i studie o možném využití PET/CT v diagnostice cystických lézí ledvin (18). Nicméně na našem pracovišti s tímto typem zobrazovacího vyšetření v primodiagnostice cystické léze ledviny nemáme zkušenosti a shledáváme ji zbytečně zatěžující – jak po stránce finanční, tak po stránce zátěže pacienta.

Dle v literatuře dostupných údajů frekvence výskytu maligních lézí (malignity rate) stoupá společně s kategorií dle Bosniaka, tj. v kategorii Bosniak II je udávána malignity rate 9 %, u kategorie Bosniak IIF se v literatuře udává malignity rate 18 % v kategorii Bosniak III 51 %, a u Bosniak IV 86 % (19). V našem celkovém souboru (n = 247) jsme detekovali ve skupině Bosniak IIF malignity rate vyšší než odpovídá údajům udávaným v literatuře (naš výsledek 68 %). Avšak jasně viditelný pokles malignity rate v kategorii Bosniak IIF byl patrný v selektovaném souboru pacientů, kteří absolvovali konkurentně jak CT, tak i MR vyšetření (n = 82). Zde byla po zhodnocení výsledků patrná tendence k eliminaci kategorie Bosniak IIF, která byla ve většině případů po MR vyšetření překlasifikována do kategorie vyšší (upgrade) – Bosniak III, IV či přímo označeno tumorem. Samotný přesun z kategorie Bosniak IIF do kategorie vyšší či na tumor byl již jasnou indikací k operačnímu řešení (20). Dále v 7/7 (100 %) případů popsanych na MR jako PRCC, byl definitivním histologickým vyšetřením diagnostikován PRCC.

Důležitým zjištěním této práce je vysoká malignity rate u našich pacientů v kategorii Bosniak IIF (která je však do značné míry ovlivněna relativně malým souborem pacientů). Naše zkušenosti s kategorií Bosniak IIF nás nutí k těmto lézím vždy přistupovat agresivněji – ve smyslu další diagnostiky a stratifikace léze (v našich podmínkách nejčastěji indikace MR

vyšetření). Je důležité být obeznámen s malignity rate na daném pracovišti a dle toho přizpůsobit i diagnostiku a následný léčebný postup těmto zkušenostem. Naše data celkově ukazují, že pacienti indikovaní k chirurgické intervenci (Bosniak III a IV) na našem pracovišti byli ve vysokém riziku záchytu maligního novotvaru a tedy byl u nich chirurgický výkon oprávněný. Vždy je důležité též mít na paměti, že hodnocení dle Bosniaka je vysoce odvislé od popisujícího radiologa.

Léčba cystických lézí ledvin závisí na zařazení léze do jednotlivých kategorií Bosniakovy klasifikace. Kategorie Bosniak I a II nevyžadují žádnou léčbu, pokud pacientům nečiní klinické obtíže (např. tlakové bolesti v bedru apod.). Symptomatictí pacienti s cystickou lézí Bosniak I či II jsou nejčastěji léčeni chirurgickou ablací či marsupializací cysty, tedy pokud je to technicky možné, nejlépe miniinvasivně. Kategorie Bosniak III a IV jsou kategorie primárně určené k operačnímu řešení a dle EAU guidelines má být s takto klasifikovanými lézemi nakládáno jako s RCC (20). V recentní verzi EAU guidelines je nově u kategorie Bosniak III již umožněno pečlivé sledování léze (20). Diskutovanou kategorií však stále zůstává kategorie IIF. V současné době neexistuje jasně daný protokol, jak s touto kategorií nakládat a převážná většina autorů se přiklání ke sledování spíše než k chirurgické intervenci. Jedním z navržených algoritmů je i ten od Weibla a kol., který stejně jako my zařazuje vyšetření MR (21). V případě, že je pacient s cystickou lézí ledviny indikován ke sledování, je z našeho pohledu vhodné zařadit kontrolní MR alespoň jednou za dva roky. V mezidobí je určité vhodná kontrola stran progresu velikosti léze (dostatečující je USG jednou za šest měsíců). Jednou za rok je též vhodná kontrola pomocí CT (s ohledem na radiační zátěž pacienta je možné CT nahradit MR). Naše práce též ukazuje, že většina cystických lézí (téměř 85 %) může být řešena zachovným výkonem, často miniinvasivně – laparoskopicky (na našem pracovišti až 72,4 % cystických lézí). To je samozřejmě podmíněno lokalizací a přístupností tumoru – většina cystických tumorů je příhodná pro zachovný výkon díky exofytickému růstu a dobrému ohraničení. K nefrektomii je přistupováno zejména v případech, kdy je cystická léze lokalizována centrálně, a tím pádem je i resekce technicky obtížná či přímo neproveditelná.