

51 resekci (tj. ložisek) bylo odstraněno bez ischemie. V případě resekčního výkonu v teplé ischemii (TI) byla nejkratší doba 7 min, maximum 31, čemuž odpovídá medián 15 minut. Z celkového počtu resekci pouze 15x délka TI přesahující 20 minut, resp. pouze u tří pacientů byla přesazena doba 25 minut. Volba metody dočasného přerušení oběhu ledvinou je volbou operátora v závislosti na komplexnosti výkonu, anatomii pacienta apod. Použity byly jak uzávěr hlavního kmene, tak uzávěry jednotlivých hlavních větví či selektivní uzávěr větví vyššího řádu. Hodnocení vztahu techniky přerušení oběhu a délky TI nebylo prováděno z důvodu malých počtů u některých technik. Volba techniky uzávěru průtoku může ovlivnit délku výkonu. Ta je však také odrazem i jiných faktorů, proto není ve vztahu k technice uzávěru hodnocena.

Perioperační konverze na laparoskopickou nefrektomii byla nutná u dvou případů – 1x pro krvácení z resekční plochy, které nereagovalo na několik různých způsobů hemostázy a 1x konverze pro nález nádorového trombu v druhé renální žíle (ani jejíž přítomnost, ani podezření na nádorový trombus nebylo předoperačně popsáno na zobrazovacím vyšetření). Ve dvou případech byla nutná perioperační konverze na otevřený výkon – 1x pro krvácení z dolní duté žíly (výkon dokončen jako resekce), 1x pro nenalezení nádoru při laparoskopii – po konverzi na otevřený výkon a následné vizuální aspekci a perioperační sonografii byl nádor identifikován a výkon dokončen jako resekce.

Bylo zaznamenáno celkem 44 komplikací (u 174 pacientů) v období do 30 dnů pooperačně. Tyto zahrnovaly 30 případů menších („minor“) a 14 větších („major“) komplikací dle CD. Rozdělení zaznamenaných komplikací je uvedeno v tabulce 5. V našem souboru došlo k úmrtí 3 pacientů v pooperačním období. U dvou pacientů došlo k plicní embolizaci i přes odpovídající tromboprolaxi a jeden pacient zemřel na nevyřešitelné krvácení z dolní duté žíly (vyčerpání chirurgických i nechirurgických možností multioborového týmu) v kontextu komplexní anatomické situace a fibrózním terénu po předchozí operaci v retroperitoneu.

U čtyř pacientů bylo na základě symptomů (významná makroskopická hematurie, někdy intermitentní; často také přidružené bolesti v boku) diagnos-

Tab. 6. Rozdělení maligních nádorů do jednotlivých kategorií T klasifikace

Tab. 6. Distribution of malignant tumors into individual T classification categories

T kategorie	n (%)
1a	122 (84)
1b	16 (11)
2a	3 (2)
2b	0
3a	4 (3)

Tab. 7. Zastoupení jednotlivých typů maligních nádorů ze všech 145 odstraněných ložisek (ccRCC = světlobuněčný renální karcinom, chRCC = chromofobní renální karcinom, pRCC = papilární renální karcinom)

Tab. 7. Proportions of individual types of malignant tumors among all 145 removed lesions (ccRCC = clear cell renal cell carcinoma, chRCC = chromophobe renal cell carcinoma, pRCC = papillary renal cell carcinoma)

Typ nádoru	n (%)
ccRCC	105 (72,4)
chRCC	10 (6,9)
pRCC	22 (15,2)
jiný maligní renální tumor	8 (5,5)

tikováno symptomatické pseudoaneurysma (PSAE). Verifikace podezření na PSAE byla prostřednictvím angioCT, nicméně u 3 ze 4 pacientů bylo možné vyslovit podezření na PSAE již na základě UZ vyšetření s dopplerovským zobrazením. Jeden pacient měl dvě PSAE současně. Ošetření PSAE bylo provedeno selektivní embolizací intervenčními radiology. Žádný pacient nevyžadoval k řešení PSAE radiologickou nebo chirurgickou reintervenci. U pěti pacientů bylo nutné zavést pooperačně ureterální stent (1x léze močovodu rozpoznána během výkonu a stent zaveden na jeho konci; 1x léze močovodu rozpoznána časně pooperačně zobrazovací metodou; 1x urinózní sekrece drénem – zhojeno na stentu; 1x perirenální urinom – stent + současná punkce urinomu bez drénu – zhojeno; 1x hydronefróza diagnostikovaná na rutinním UZ při první kontrole 30. den – obstrukce pyeloureterální junkce fibrózními změnami, vyřešeno laparoskopickou pyeloplastikou za šest měsíců od výkonu).