

Tab. 8. Souhrnné srovnání našich výsledků s referenčními soubory, všechna čísla jsou procenta označující zastoupení pacientů v souboru, kteří dosáhli trifekty. (IM = Institut Montsouris = Carneiro et al. (9), Cleveland = Cleveland Clinic = Khalifeh et al. (10), Turín = Porpiglia et al. (11)). Horní řádek jsou naše výsledky vypočtené dle jednotlivé definice. V korespondujícím sloupci jsou pak uvedené původní výsledky v referenčních publikacích, kde je obvykle rozdělení podle jednotlivých etap

Tab. 8. Summary comparison of our results with reference groups; all figures are percentages designating proportions of patients in the group who reached trifecta outcomes. (IM = Institut Montsouris = Carneiro et al. (9), Cleveland = Cleveland Clinic = Khalifeh et al. (10), Torino = Porpiglia et al. (11)). The upper line is our results calculated according to an individual definition. In the corresponding column, there are original results in reference publications with distribution according to particular periods

	IM	Cleveland	Turín
náš soubor	74,1	59,2	69
IM skupina 1 (0.–151. LRL)	48		
IM skupina 2 (152.–302. LRL)	75,8		
IM skupina 3 (RRL, n = 44)	81,8		
Cleveland skupina LRL (n = 231)		31,6	
Cleveland skupina RRL (n = 261)		58,7	
Turín celkově			63,1
Turín skupina 1 (0.–51. LRL)			29,4
Turín skupina 2 (52.–102. LRL)			58,8
Turín skupina 3 (103.–153. LRL)			78,4
Turín skupina 4 (154.–206. LRL)			84,9
LRL = laparoskopická resekce ledviny LRL = laparoscopic kidney resection			

Histologické vyšetření diagnostikovalo 45 benigních lézí (tj. 23,7 %) a 145 maligních renálních nádorů. Mezi benigní afekcemi bylo 42 benigních renálních nádorů (22,1 %) a tři nenádorové benigní léze (1x jizevnatá tkáň, 1x Wegenerův granulom,

1x cysta). Rozdělení dle kategorií T klasifikace uvádí tabulka 6. Nejčastějším maligním typem renálního tumoru byl světlolobuněčný renální karcinom přítomen ve 105 ložiscích (tj. 72,4 % ze 145 maligních, resp. 55,3 % ze všech 190 ložisek). V hodnocení kompletnosti resektátu byly jako negativní označeny pouze ty situace, kdy patolog jasně označil, že není kontakt nádoru s místem řezu. U ostatních, kde bylo označení jako „pozitivní“ nebo případně „nejisté“, byly tyto situace počítány jako pozitivní. Míra pozitivní okrajů v souboru byla 11 %. Pouze jedna pacientka podstoupila otevřenou re-resekcí, ostatní byli sledováni. Ve sledovaném souboru byla zaznamenána 1x lokální recidiva v ledvině (při R0 výkonu) – řešeno nefrektomií, 1x rychlá vzdálená progresse (mozkové metastázy tři měsíce po výkonu) – řešeno Lekselovým gama nožem, pacient nicméně zemřel za šest měsíců od výkonu a 1x současná vzdálená (vícečetné plicní metastázy) a lokální progresse v perirenálním tuku (při R0) za osm měsíců po výkonu – řešeno systémovou léčbou sunitinibem, později axitinibem, v době hodnocení 3,5 roku od výkonu byl pacient stále naživu.

Pro hodnocení celkové kvality resekce ledvin jsme použili některé dostupné definice označené jako trifekta. Dle definice Montsouris (R0, TI ≤ 25 min, absence komplikace CD ≥ 3) (9) bylo v našem souboru dosaženo trifekty u 74,1 % pacientů. Při použití definice Khalifeha a kol. (10) (R0, IT ≤ 25 min + žádná komplikace) bylo trifekty dosaženo u 59,2 %. Pokud bychom se řídili definicí Porpiglii a kol. (R0, IT ≤ 20 min, absence komplikace CD ≥ 3) (11), tak dosáhla míra trifekty v našem souboru 69 %.

DISKUZE

Resekce ledviny je komplexní výkon, jeho obtížnost je ovlivněna řadou faktorů na straně pacienta i operátora. Mezi faktory na straně pacienta se jedná zejména o charakteristiky solidní expanze, neboť větší a/nebo komplexnější tumory jsou obvykle spojeny s delším výkonem, větší krevní ztrátou a/nebo výraznějším zhoršením pooperační funkce nebo delší dobou hospitalizace (13, 14). Podobně také pacienti