

roboticky-asistované – přehled v tabulce 8. Navíc naše výsledky mohou pak také „trpět“ relativní striktní definicí negativity pozitivních okrajů. Poslední uvedený fakt ale může mít vliv na následné pooperační intervaly zobrazovacích vyšetření, není-li zcela jasné, zda je okraj negativní či nikoliv, byť nelze vyloučit, že v některých případech jde o možné „defenzivní“ vyjádření patologa. Protože jde ale o retrospektivní soubor, bylo by obtížné zajistit druhé čtení všech sporných případů zpětně.

ZÁVĚR

Laparoskopická resekce ledviny (či obecně resekce ledviny) je v souladu s doporučeními odborných společností indikována u solidních ložisek kategorie cT1, za předpokladu, že dané pracoviště disponuje odpovídajícími zkušenostmi, technickým zázemím a je schopné také vyřešit potenciální komplikace. Roli jistě hraje nejen velikost ale i uložení nádoru. Předoperační posouzení dle skórovacích schémat je jistě možné a je známo, že vyšší počet bodů ve všech skórovacích schématech zvyšuje pravděpodobnost nefrektomie. Je-li pacient vhodný k resekcii a pracoviště nedisponuje odpovídajícím vybavením k minimálně invazivnímu výkonu, pak je otevřený výkon zcela na místě. Pokud nejsou zkušenosti s resekčním výkonem obecně, mělo by dojít k doporučení na pracoviště, které jimi disponuje, přičemž by neměla být preferována např. laparoskopická nefrektomie, před otevřenou resekcí. Jakákoliv skórovací schémata jsou spíše vhodná pro srovnání jednotlivých souborů a nenahradí zkušenosti a ma-

nuální zručnost. Pozitivní okraje jsou vždy určitým psychologickým „oříškem“ pro lékaře i pacienta, nicméně obecná doporučení preferují sledování před aktivním novým výkonem jakéhokoliv typu. Aktivní přístup může být na místě v případě extenzivního či makroskopicky jasně patrného resekcí okraje (hranice není z literatury zřejmá či jasně daná), kde lze důvodně předpokládat perzistenci nádorových struktur. Řešení komplikací po resekcii ledviny je vždy stejné bez ohledu na techniku provedení. Urinomy se typicky drenáží močových cest +/- eventuální perkutánní drenáží tekutinové kolekce. Hematurie může být přechodná či epizodická. Mírná hematurie bezprostředně po výkonu není výjimkou a při stabilitě pacienta je obvykle sledována. Řešení je jen v případě obstrukce močových cest koaguly. Při hematurii vznikající až s odstupem více dní a někdy epizodické, by mělo být pravidlem angioCT urotraktu k vyloučení pseudoaneuryzmatu. To je preferenčně řešeno pokusem o selektivní (zřídka méně selektivní) embolizaci. Výkon lze i opakovat, protože v případě selhání či nedostupnosti intervenčního radiologa se zkušenostmi je zbývajícím řešením nefrektomie ve velmi obtížném terénu.

Laparoskopická resekce ledviny je standardní výkon, který má dokumentovanou účinnost a je součástí možných řešení solidní expanzí ledvin. Dosažené komplexní výsledky v našem souboru, tzv. trifekta, odpovídají dříve publikovaným definicím referenčních souborů. Možné odlišnosti mohou vycházet z různých vstupních charakteristik souborů, které dosažené výsledky ovlivňují nejvíce – velikost a komplexnost lézí, případně komorbidity pacientů a jejich vstupní renální funkce.

LITERATURA

1. Richter I, Dvořák J. Úvod do problematiky léčby zhoubných nádorů ledvin. *Klin onkol* 2018; 31(2): 110–116.
2. Ljungberg BL, Albiges K, Bensalah A, et al. Eau guidelines on renal cell carcinoma 2019 [online]. 2019. Dostupné z: <https://uroweb.org/guideline/renal-cell-carcinoma/#7>.
3. Macek P, Stevens M, Novák K, Peší M, Hanuš T. Nefrometrická skóre první a druhé generace pro predikci peri- a pooperačních výsledků resekcí ledvin. *Ces Urol* 2017; 21(2): 154–160.
4. Nyman U, Bjork J, Lindstrom V, Grubb A. The lund-malmo creatinine-based glomerular filtration rate prediction equation for adults also performs well in children. *Scandinavian journal of clinical and laboratory investigation* 2008; 68(7): 568–576.
5. Charleson Comorbidity Calculator. Dostupné z: http://touchcalc.com/calculators/cci_js.