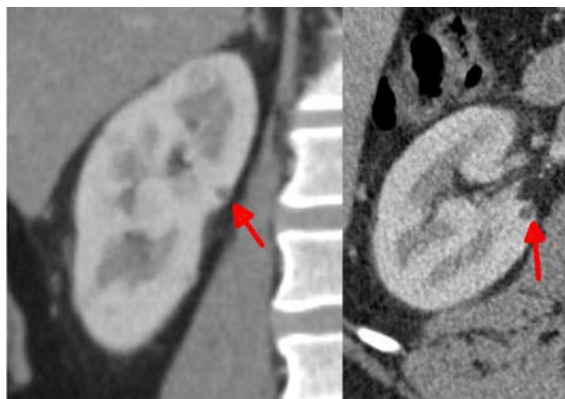


dem na velikost 39 mm u největšího z nádorů byla podrobena revizi také snímková dokumentace z doby 12 měsíců předcházejících poslednímu vyšetření (tj. čtyři roky od radikální nefrektomie vlevo), protože vývoj byl vcelku netypický. Původní popis (datovaný 12 měsíců zpět) konstatoval absenci recidivy lokální i vzdálené, přesto revize těchto snímků potvrdila přítomnost nejméně tří jistých solidních ložisek, přičemž největší mělo v dané době 27 mm, tj. v průběhu roku došlo k nárůstu o 12 mm.

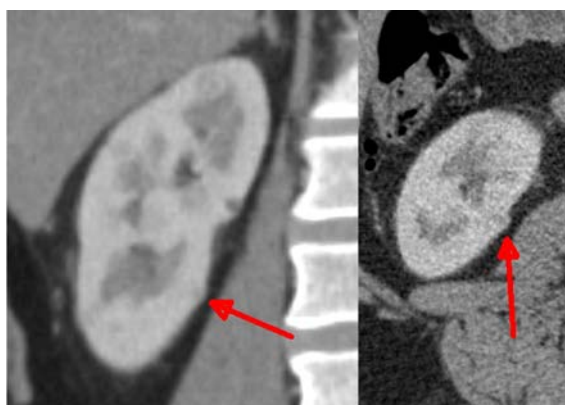
V době nálezů byl muž aktivním kuřákem 20 cigaret denně (po dobu 30 let), bez trvalé medicíny, performance status 0, aktivně pracující, BMI 27,7 (váha 100 kg při výšce 190 cm). V anamnéze měl provedenou laparoskopickou radikální nefrektomii vpravo pro tumor ledviny před pěti lety. Histologicky se jednalo o světlolobuněčný karcinom o velikosti 50 mm, grade 3 s přítomnou vaskulární i lymfatickou invazí, negativním resekčním okrajem a absencí uzlinových či vzdálených metastáz dle zobrazovacích vyšetření (= pT1b G3 V1 L1 R0 N0 M0). Interní vyšetření nicméně diagnostikovalo hypertenzi a byla zahájena její léčba. Laboratorní vyšetření neodhalilo odchylky v krevním obraze, jaterních funkcích a koagulačních parametrech, pouze hladina kreatininu byla iniciálně 122 $\mu\text{mol/l}$ a před vlastní operací pak na hodnotě 102. Stagingové CT vyšetření břicha a hrudníku neodhalilo, mimo ložisek solitární pravé ledviny, žádnou vzdálenou recidivu.

Situace s přítomností deseti postižených oblastí pravé solitární ledviny (tři oblasti obsahovaly dvě ložiska vedle sebe, velikosti od 5 do 39 mm) vedla k diskusi o možnostech řešení. Největší ložisko bylo uloženo mediálně při hilu v kontaktu s kaudálními segmentálními cévami, RENAL skóre 9ah. Všechna ostatní ložiska o velikosti 5 až 20 mm měla skóre nižší (v rozsahu od 4 do 6) a byla uložena v korové části parenchymu jak ventrálně, tak dorzálně, a rozmístěna po celé ledvině (obrázky 1–10). Jako primární se nabízela možnost radikální nefrektomie, která by situaci nepochybně řešila efektivně, ale s nutností okamžitého zahájení dialýzy. Diskutovány byly proto i jiné možnosti, které by umožnily pacientovi vyhnout se značnému zhoršení kvality života. Vzhledem k příznivému uložení naprostě



Obr. 3. Nejmenší ložisko velikosti 5 mm, odstraněno jako třetí, bez ischemie

Fig. 3. The smallest lesion of 5 mm. It was removed as the third one, without ischemia



Obr. 4. Ložisko velikosti 7 mm, odstraněné jako čtvrté, bez ischemie

Fig. 4. Lesion of 7mm removed as the fourth one, without ischemia

většiny ložisek vznikla shoda na operačním řešení se záměrem provedení mnohočetné resekce solitární ledviny. Pacient byl srozuměn s možností okamžité radikální nefrektomie, s výrazně vyšší pravděpodobností lokálních peri- i pooperačních komplikací a také riziku trvalé dialyzační léčby i přes možný technický úspěch.

Operace byla provedena otevřeným transperitoneálním přístupem (mj. i pro možnost případné nefrektomie, pokud by peroperační nález nebyl onkologicky dobře řešitelný) ze subkostální incize. Po obvyklé mobilizaci celé ledviny s odstraněním tuku byl připraven turniket kolem hlavních hilových cév a samostatného svazku akcesorní tepny, která byla v kontaktu s největším nádorovým ložiskem, které bylo mediálně a ventrálně při hilu. Výkon byl zahájen intervencí na tomto ložisku, protože jeho technický