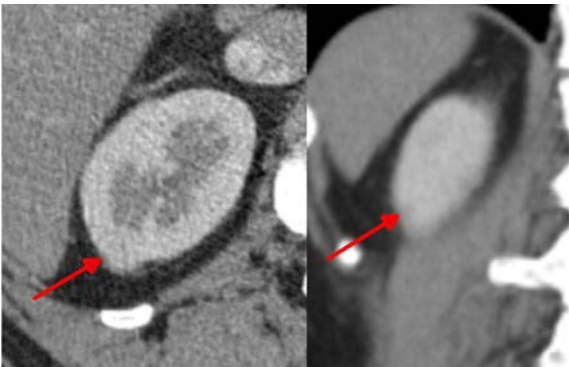


Obr. 8. Ložisko velikosti 10 mm na ventrální ploše střední části ledviny, perioperačně zde bylo patrné ještě jedno drobné satelitní ložisko velikosti 5 mm a odstraněno současně v jednom vzorku jako osmé v pořadí, bez ischemie
Fig. 8. Lesion 10mm in size on the ventral aspect of the mid part of the kidney. Perioperatively, there was visible also another small 5mm satellite lesion. They were removed together as one specimen, as the eighth one in the row, without ischemia

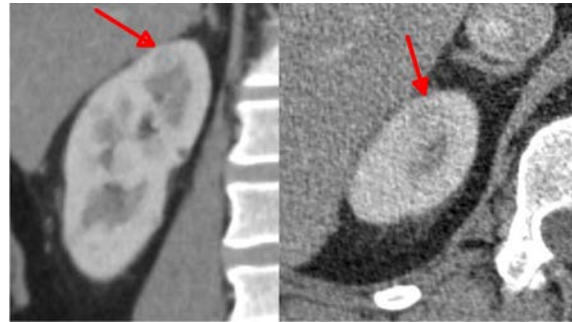


Obr. 9. Ložisko velikosti 11 mm na konvexitě horního pólu, které bylo odstraněno současně s dalším drobným solidním ložiskem, oblast odstraněna in toto jako devátá v pořadí, bez ischemie
Fig. 9. Lesion 11mm in size on the upper pole convexity, which was resected together with another small solid lesion. This was the ninth region, no ischemia

hodnoceno jako nejasné vzhledem k pooperační deformaci ledviny. Nález bude dále sledován zobrazovacími metodami. Pacientovi bylo doporučeno genetické vyšetření, které neabsolvoval.

DISKUZE

Řešení solidních ložisek ledvin prodělalo významný vývoj. Na počátku byla nefrektomie stan-



Obr. 10. Ložisko velikosti 9 mm na horním pólu, které bylo odstraněno jako poslední, také bez ischemie
Fig. 10. Nine millimeter lesion on the upper pole, removed as the last one, also no ischemia

dardním výkonem bez ohledu na velikost ložiska. Záchovné výkony sice byly raritně prováděny, ale až vývoj modernějších šicích a hemostatických materiálů a také rozšíření znalostí o funkci ledviny a nárůst zkušeností vedly k rozšíření ledvinu šetřících výkonů. Zpočátku se širokým resekčním okrajem, později i minimálním až po „prosté“ enukleace či následně také méně invazivní metody založené na ablací různými formami energie a až po sledování v řadě případů. Cílem je snaha o zachování co největšího množství funkčních nefronů k minimalizaci rizika dialyzační léčby v krátkodobém horizontu a ke snížení možných vlivů na celkové přežití (7). Vždy je nutné pečlivě vyvážit funkční přínos a onkologickou bezpečnost. Bilateralita a/ nebo multifokalita renálních nádorů může být přítomna i sporadicky, nicméně častěji se vyskytuje u osob s hereditárními syndromy (4). Multifokalita se klinicky udává do zhruba 11 %, ale při patologickém hodnocení jsou drobné satelitní tumory nacházeny až v 25 % (5).

Právě tato skupina (nejčastěji jsou zastoupeni pacienti s von Hippel-Lindauovým syndromem) dominuje v souborech popisujících řešení vícečetných lézí záchovným výkonem a/nebo tepelně ablační metodou. Na druhou stranu není vždy nutné intervenovat okamžitě při detekci ložiska minimální velikosti, protože opakované výkony na ledvině jsou spojeny s větším rizikem komplikací. Řada lézí je tak sledována a k aktivnímu řešení je přistupováno poté, kdy největší ložisko dosáhne velikosti 3 cm (4). V minulosti byl jednoznačně dominující otevřený přístup, nicméně s rozvojem minimálně invazivních metod (MI) je