

senzitivita detekce high-grade lézí je pod 60 % (27, 30). Na našem pracovišti byla indikací k provedení BTL ve 32 případech nejasná léze ledvin. Z tohoto souboru následně 19 pacientů podstoupilo chirurgický výkon – 10x nefrektomie a 9x resekce ledviny (tabulka 4). Při porovnání histologického výsledku ze vzorku biopsie s definitivním vyšetřením preparátu po chirurgickém výkonu byla míra shody 73,7 % (n = 14). Kouřilová et al. ve svém souboru 14 pacientů popisují míru shody 85 % (31).

Několik studií se také zabývalo prediktory diagnostického úspěchu BTL. Bylo prokázáno, že větší velikost tumoru signifikantně koreluje s diagnostickou výtěžností biopsie a že core biopsie jsou signifikantně méně informativní u lézí cystických oproti masám solidním (32, 33). Vliv na diagnostickou úspěšnost biopsie má pravděpodobně i lokalizace tumoru (větší výzvou pro klinika provádějícího biopsii jsou tumory endofytické, uložené blízko hilu nebo dutého systému, lokalizované na horním pólu či přední straně ledviny) a habitus pacienta. Stran navigace biopsie se nezdá být signifikantní rozdíl mezi CT a USG (32, 33). Ideální velikost jehly k provedení core biopsie je 18 G (12). Aby se zabránilo případnému rozsevu nádorových buněk při BTL, měla by být vždy používána koaxiální technika (7, 34). Ideální počet a lokalizace core biopsií není definován, nicméně by měly být získány alespoň dva kvalitní vzorky. U větších tumorů je preferován odběr vzorku z periferie tumoru a vyhnout se tak ložisku centrální nekrózy. U tumorů se stagingem cT2 a výše jsou doporučovány vícečetné core biopsie z alespoň čtyř oddělených solidních ložisek, což vede k vyšší diagnostické výtěžnosti a vyšší pravděpodobnosti zachycení sarkomatoidních znaků (8, 35). Kontrastní látka je při CT navigované biopsii používána u lézí malých, nepřehledných a špatně diferencovaných od jejich okolí. K zaměření léze se využívá kombinace laseru a speciální mřížky přiložené na povrch těla. Pozice jehly je při BTL průběžně kontrolována, po dokončení biopsie se provádí kontrolní CT k vyloučení komplikací (hematom či pneumotorax u vysoko uložených lézí).

LITERATURA

1. Capitanio U, Bensalah K, Bex A, et al. Epidemiology of Renal Cell Carcinoma. *Eur Urol* 2019; 75(1): 74–84.

Jednoznačně nejvíce biopsií (n = 34; 17 %) bylo na našem pracovišti provedeno v roce 2019, což je dáno i změnou přístupu k cyto-redukční nefrektomii (CN) u metastatického RCC. Na základě výsledků studie CARMENA byly aktualizovány doporučené postupy EAU pro metastatický RCC. CN by měla být provedena u pacientů v celkově dobrém stavu, kteří nevyžadují systémovou léčbu a u nemocných s oligometastázami, které mohou být chirurgicky kompletně odstraněny. U nemocných s intermediární prognózou dle MSKCC je doporučeno zahájit systémovou léčbu a CN zvažít u jedinců s dobrou odpovědí. Není doporučeno provádět CN u pacientů se špatnou prognózou dle MSKCC (8, 36). Z tohoto plyne vyšší počet indikací ve prospěch onkologické systémové léčby a s tím související vyšší počet BTL, které jsou nutné k histologické verifikaci před volbou léčby nevhodnější.

ZÁVĚR

Biopsie ledviny je metoda bezpečná a ve vybraných indikacích je důležitou součástí diagnostického procesu nádorů ledvin. Četnost indikací k perkutánní biopsii ledvin roste spolu se zvyšujícím se počtem náhodně zachycených SRM, dále s rozvojem konzervativních a minimálně invazivních postupů při léčbě nízké rizikového RCC a s objevováním nových prostředků cílené léčby u karcinomu metastatického. BTL je metoda spolehlivá v rozlišení benigní a maligní léze a je velmi přesná v posouzení histologického subtypu. Její hlavní limitací je nepřesné hodnocení nukleárního gradingu. Při provádění biopsie by měla být vždy použita koaxiální technika. Biopsie cystických lézí by se neměla provádět. Při indikaci BTL u pacientů s generalizovaným onemocněním je třeba zohlednit i jejich celkový stav, komorbidity, life expectancy a únosnost k případné systémové léčbě.