

METODY TERMÁLNÍ ABLACE

Zavedenými metodami termální ablace nádorů ledvin jsou radiofrekvenční ablace (RFA), mikrovlnná ablace (MVA) a kryoablace, prováděné nejčastěji perkutánně pomocí ablačních sond zavedených přímo do nádoru pod CT kontrolou. Udávané horší onkologické výsledky jsou do značné míry výsledkem zkreslení komparativních dat (6). Pacienti, u kterých je zvolena tato léčba, jsou totiž obvykle starší a s četnějšími komorbiditami (20). Přesto jsou z dlouhodobého hlediska onkologické výsledky RFA velmi příznivé: při hodnocení kohorty 106 pacientů s mediánem velikosti nádoru 2,5 cm a délky sledování 6,5 roku byla technicky metoda úspěšná u 97 %, přežití bez nemoci (DFS) a CSS dosahovaly 89 %, resp. 96 %. Při analýze podskupiny se sledováním alespoň 10 let bylo DFS, CSS a OS 82 %, 94 %, resp. 49 %. Významně horší byly výsledky u nádorů větších než 3 cm (21). Některé práce popisují lepší lokální kontrolu a nižší míru reablace u kryoablace než u RFA (22). Výhodou kryoablace je navíc bezpečné provedení výkonu i u nádorů lokalizovaných blízko kalichopánvičkového systému ledviny nebo renálního hilu. Podle novějších dat však lze v intervalu sledování dvou let považovat RFA, MVA a kryoablaci za ekvivalentní metody z hlediska technické úspěšnosti, lokální recidivy i metastatické progresi, ve srovnání s iniciálními hodnotami nedochází ani u jedné z metod během sledování k signifikantnímu poklesu glomerulární filtrace (23). Mezi možné komplikace perkutánních ablačních výkonů patří hematurie, pneumothorax, postablační syndrom (teplota, bolest, nauzea, slabost), poranění kalichopánvičkového systému ledvin nebo jeho obstrukce (24). Z hlediska velikosti nádoru je RFA vhodná pro ložiska menší než 3 cm a kryoablace pro ložiska menší než 4 cm. Vždy by měla být před termální ablací (ideálně jako samostatný výkon) provedena biopsie z tumoru (6).

Pro úplnost je nutné zmínit i další netermální metody lokálního ošetření nádorů ledvin, jako jsou stereotaktická ablační radioterapie (SABR) nebo ireverzibilní elektroporace (IRE), byť jsou zatím považovány za experimentální.

AKTIVNÍ SLEDOVÁNÍ

V posledních dvou dekáдах se stalo aktivní sledování bezpečnou alternativou léčby pacientů se SRM (25). Aktivní sledování (AS) není synonymem „observe“ ani „pozorného vyčkávání“, nýbrž znamená vysoce individualizovanou strategii sledování s opakovanými zobrazovacími vyšetřeními hodnotícími vývoj nádoru (26). V metaanalýze 28 studií s AS (medián sledování v jednotlivých studiích 22–77 měsíců) byl medián lineárního růstu nádorů 0,37 cm/rok (u kategorie cT1a 0,22 cm), míra progresi do metastáz 1–6 % a nádorově specifická mortalita 0–8 % (27). Systematický přehled 18 studií s 880 pacienty (936 nádorů) prokázal při mediánu sledování 33 měsíců progresi do metastatického onemocnění pouze v 18 případech, tedy u 2 % pacientů. Signifikančními faktory spojenými s progresí byly velikost nádoru a dynamika růstu (28). Limitace retrospektivních studií vedly k vytvoření DISSRM

Tab. 3. Charakteristiky a parametry aktivního sledování v registru DISSRM; upraveno podle Pierorazia et al. (26)

Tab. 3. Characteristics and parameters of active surveillance according to DISSRM registry; adapted from Pierorazia et al. (26)

Parametr	Popis
Selekce pacientů	Věk ≥ 18 let
	Solidní nádor < 4 cm (cT1a) při zobrazovacím vyšetření
	Bez familiálních syndromů RCC
	Bez podezření na metastatické postižení ledviny
Doplňující testy	Hodnocení kvality života (QoL)
	Fyzikální vyšetření
	Rtg hrudníku
	Krevní obraz, koagulace, biochemické vyšetření
Režim AS	Ultrazvuk každých 6 měsíců během dvou let, poté jednou ročně
	QoL v intervalu 6 měsíců, 1 roku a pak vždy jednou ročně
	Rtg hrudníku pouze na základě rozhodnutí lékaře
Progrese	Hematurie
	Velikost > 4 cm
	Růst > 0,5 cm/rok