

období TT se do praxe dostaly nové léky, kdy již v registračních studiích na sunitinib, bevacuzimab či pazopanib byla míra provedení CN v intervenční i kontrolní skupině podobná – kolem 85–90 % (2). Díky tomu nebylo v těchto studiích možné porovnat přínos samotné CN na prodloužení OS. CN tak byla nadále běžně indikovaná a výsledky byly hodnoceny pouze v retrospektivních studiích. I když všechny prokázaly zlepšení OS při provedení CN, žádná z těchto studií nedoporučila „neselektivní“ provedení CN u všech pacientů s mRCC (17). Ve většině je provedena subanalýza dat s cílem identifikovat „ideálního“ kandidáta k CN na základě některých charakteristik. Randomizované prospektivní studie byly provedeny až téměř deset let po příchodu cílené léčby. Výsledky studie CARMENA (Cancer du Rein Metastatique Nephrectomie et Antiangiogéniques, NCT0093033) byly prezentovány až v roce 2018 a zpochybnily onkologický přínos CN, kdy pacienti v rameni se sunitinibem neměli horší OS než pacienti léčení CN + sunitinib (18). Tato studie byla ovšem ostře kritizována zejména pro zařazení velkého počtu pacientů se špatnou prognózou dle MSKCC, tedy nevhodných k CN. Studie SURTIME (The Immediate Surgery or Surgery after sunitinib Malate In Treating Patients with Kidney Cancer, NCT01099423) navíc ukázala, že strategie odložené CN po primární systémové léčbě nevede k horším onkologickým výsledkům (19). Role CN v éře ICI byla také hodnocena několika retrospektivními studiemi, které také ukázaly benefit provedení CN (20–22).

Dosud publikovaná data ukazují, že onkologický přínos CN není u všech pacientů s mRCC

stejný a je třeba jej pečlivě zvážit kvůli nemalé morbiditě spojené s CN. Výběr pacientů k CN není jednoduchý a cílem tohoto sdělení je popsat možné prediktivní faktory výsledku CN a diskutovat některé chirurgické aspekty této operace.

PREOPERAČNÍ PREDIKTIVNÍ FAKTORY A ZHODNOCENÍ RIZIKA PROVEDENÍ CN

MSKCC a IMDC

Před indikací terapie mRCC je u všech pacientů stanovena jejich prognostická skupina dle MSKCC nebo nověji dle IMDC. MSKCC a IMDC definovaly celkem sedm faktorů (MSKCC 5 a IMDC 6), které dělí pacienty s mRCC do tří skupin na dobrou, střední a špatnou prognostickou skupinu (tabulka 1). V původních historických studiích byl medián předpokládané doby přežití ve skupině s dobrou prognózou dle IMDC 43,2 měsíce a jen 7,8 měsíců ve skupině se špatnou prognózou (tabulka 2). Toto dělení má význam zejména pro

Tab. 2. Medián přežití dle prognostických skupin MSKCC a IMDC (měsíce) v původních historických studiích

Tab. 2. Median survival according to the MSKCC and IMDC prognostic groups (months) in original historical studies

	Dobrá	Střední	Špatná
MSKCC, Motzer et al. (6)	20,0	10,3	3,9
IMDC, Heng et al. (7)	43,2	22,5	7,8

Tab. 1. Prognostické skórovací systémy MSKCC a IMDC za každý faktor se uděluje jeden bod

Tab. 1. The MSKCC and IMDC prognostic scoring systems; one point awarded for each factor

Prognostická kritéria	MSKCC, Motzer et al. (6)	IMDC, Heng et al. (7)
Kalcium > 10 mg/dl	1	1
Hemoglobin < dolní limit normy	1	1
Karnofsky performance status < 80 %	1	1
LDH > 1,5krát horní limit normy	1	—
Neutrofily > horní limit normy	—	1
Trombocyty > horní limit normy	—	1
Čas mezi diagnózou a zahájením systémové terapie < 1 rok	1	1

0 bodů = dobrá prognostická skupina, 1–2 body = střední, 3 a více = špatná