

nost nádorového trombu sahajícího do vena cava inferior (IVC) nad bránici je spojen s horším OS v porovnání s trombem pouze v renální žíle (9,2 vs. 21,7 měsíců, $p = 0,0165$). Nezávislémi prediktory OS byly také zvýšená LDH ($p = 0,003$), přítomnost systémových symptomů mRCC ($p = 0,003$) a sarkomatoidní dediferenciace ($p = 0,005$) (96). Rozsah nádorového trombu naopak nebyl shledán prediktorem OS ve studii Miyake et al. (97). Kwon et al. publikovali výsledky 45 pacientů léčených pro mRCC s nádorovým trombem, kteří byli léčeni CN + systémová léčba ($n = 28$) vs. pouze systémová léčba ($n = 17$). Medián OS byl v těchto skupinách 17,3 a 19,7 měsíců ($p = 0,0353$). CN tedy nevedla ke zlepšení OS u mRCC s nádorovým trombem. V multivariantní analýze byly identifikovány pouze Karnofského performance status a nesvětlobuněčná histologie jako prediktory OS (98). Naopak Qi et al. v podobně velkém souboru zjistili medián OS u pacientů léčených CN + systémová léčba 22 měsíců, pouze systémová léčba 12 měsíců a pouze CN 6 měsíců ($p < 0,001$).

Lymfadenopatie

Přítomnost lymfadenopatie u mRCC je spojena s agresivní biologii nádoru a představuje prognostický faktor horšího PFS a CSS (99, 100). Kroeger et al. potvrdili, že pacienti s uzlinovými metastázami (LNM) mají horší CSS ($p < 0,001$) i OS ($p < 0,001$) v porovnání s pacienty bez LNM. Nicméně pouze subdiafragmatické LNM jsou prediktorem kratšího OS ($p < 0,001$) (99). Provedená lymfadenektomie (LND) však ve studii Gershman et al. nevedla k lepšímu onkologickému výsledku, a to ani u skupiny s rozšířenou LND (≥ 13 odstraněných uzlin) (100). Podobně systematické review neodhalilo přínos provedení LND při CN u pacientů s mRCC (101). Jediným přínosem by mohl být její prognostický význam, jak demonstrovaly dvě studie (102, 103).

LITERATURA

1. Incidence a mortalita C64 – ZN ledviny mimo páničku. [online]. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice. ÚZIS. [vid 6. 1. 2022]. Dostupné z: <https://www.svod.cz>.

DOPORUČENÍ GUIDELINES

Doporučené postupy odborných společností se ve svých závěrech liší, což odráží nejednoznačnost dosud publikovaných výsledků (tabulka 6). EAU Guidelines výrazně změnily svůj postoj v roce 2018 díky výsledkům studie CARMENA a SURTIME (104). V současné době EAU Guidelines nedoporučují provádět CN u pacientů se špatnou prognózou dle IMDC. Pacienti se střední prognózou a asymptomatickým průběhem onemocnění by měli podstoupit nejprve systémovou léčbu a odloženou CN by měli podstoupit při dobré odpovědi na systémovou léčbu a pokud vykazují minimální reziduální tumorózní masu. Pacienti s dobrou prognózou dle IMDC a v dobrém celkovém stavu, tedy kandidáti sledování, by měli podstoupit primární CN. Stejně tak oligometastatičtí pacienti, u kterých je možné kompletní odstranění metastáz (23). Guidelines National Comprehensive Cancer Network (NCCN) doporučují provést CN u pacientů v dobrém celkovém stavu (ECOG < 2), symptomatických a bez mozkových metastáz (105). Podobně dle guidelines European Society for Medical Oncology (ESMO) je CN doporučena u pacientů v dobrém celkovém stavu, symptomatických s dobrou prognózou (106). Současné guidelines zatím nereflektují změnu v systémové terapii a neposuzují roli CN v době ICI.

ZÁVĚRY

Cytoredukční nefrektomie potvrdila svoji roli v multimodálním přístupu k léčbě metastatického karcinomu ledviny. Selektce správného pacienta k CN je ovšem klíčová tak, aby se zabránilo zbytečným komplikacím a oddálení systémové léčby. Některé skupiny pacientů s agresivním či pokročilým onemocněním, stejně jako pacienti ve špatném celkovém stavu z CN neprofitují.