

kuje již vstupně vyšší pravděpodobnost dlouhodobého přežití u pacientů vybraných k PN (14). Z hlediska celkového přežití je tedy srovnání PN a RN zatím nevyřešeným problémem. Z hlediska zachování renální funkce se jako zásadní faktor jeví preexistující renální insuficience. I při normální hladině kreatininu má až 26 % pacientů s RCC nižší glomerulární filtraci, pacienti tedy profitují z PN ve smyslu snížení rizika renálního selhání (ESRD – End Stage Kidney Disease) s nutností dialýzy (15).

Praxe potvrzuje dominanci operační léčby SRM i u starších pacientů, což vypovídá o tendenci urologů jakožto chirurgů volit aktivní přístup. Z pacientů starších 66 let léčených mezi lety 2001–2009 bylo až 90 % operováno, přičemž došlo k poklesu zastoupení RN z 69 % na 42 % a zvýšení počtu zachovných výkonů z 21 % na 49 % (16). Při srovnání

let 2010 a 2014 stále dominuje chirurgická léčba (75 %, resp. 74 %), a to i v podskupině pacientů starších 75 let (v roce 2014 47,5 % pacientů oproti 25,5 % termální ablaci a 11,6 % aktivního sledování) a pacientů s Charlsonovým indexem komorbidit  $\geq 2$  (69 %, resp. 15 %, resp. 7 %). Současně s difuzí robotických systémů začínají převládat u zachovných výkonů roboticky asistované PN. Jejich zastoupení se zvyšuje na úkor aktivního sledování i u komorbidních pacientů a pacientů starších 75 let, což vzbuzuje obavy z nadbytečné léčby (17). Chirurgickou léčbu lze i u starších pacientů považovat za bezpečnou (18). Z hlediska pooperačních komplikací (včetně Clavien–Dindo 3 a více), délky hospitalizace nebo vývoje ESRD nejsou rozdíly signifikantní, avšak celkové i nádorově specifické přežití je u pacientů starších 75 let signifikantně kratší než u mladších pacientů (19).

**Tab. 1.** Výběr z doporučení EAU pro diagnostiku RCC; upraveno podle Ljungberga a kol. (6)

**Tab. 1.** Selected recommendations for the diagnosis of RCC from the EAU Guidelines on Renal Cancer; adapted from Ljungberg et al. (6)

| Doporučení                                                                                        | Síla doporučení |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Provést biopsii z tumoru ledviny před ablační léčbou a systémovou léčbou bez předchozí histologie | Silné           |
| Provést perkutánní biopsii u vybrané skupiny pacientů, kteří zvažují aktivní sledování            | Slabé           |
| Při biopsii z tumoru ledviny používat koaxiální techniku                                          | Silné           |
| Neprovádět biopsie z cystických nádorů ledvin                                                     | Silné           |

**Tab. 2.** Výběr z doporučení EAU pro léčbu lokalizovaného RCC; upraveno podle Ljungberga a kol. (6)

**Tab. 2.** Selected recommendations for the treatment of localized RCC from the EAU Guidelines on Renal Cancer; adapted from Ljungberg et al. (6)

| Doporučení                                                                                                                            | Síla doporučení |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Nabídnout chirurgickou léčbu k dosažení vyléčení renálního karcinomu                                                                  | Silné           |
| Nabídnout parciální nefrektomii (PN) pacientům s T1 nádory                                                                            | Silné           |
| Nabídnout PN pacientům s T2 nádory a solitární ledvinou nebo chronickým onemocněním ledvin, pokud je to technicky možné               | Silné           |
| Nabídnout laparoskopickou radikální nefrektomii (RN) pacientům s T2 nádory nebo lokalizovanými nádory, u kterých nelze povést PN      | Silné           |
| Neprovádět RN u pacientů s T1 nádory, pokud lze provést PN jakýmkoliv způsobem, včetně otevřené                                       | Silné           |
| Nabídnout aktivní sledování (AS) nebo termální ablací (TA) pacientům s malými nádory ledvin s komorbiditami a špatným celkovým stavem | Slabé           |
| Provést perkutánní biopsii z tumoru před, nikoliv během TA                                                                            | Silné           |
| Pokud je nabídnutá TA nebo AS, diskutovat s pacientem riziko/přínos co se týká onkologických výsledků a komplikací                    | Silné           |
| Neprovádět rutinně TA u tumorů nad 3 cm a kryoablaci u tumorů nad 4 cm                                                                | Slabé           |