

(Delayed Intervention and Surveillance for Small Renal Masses) registru, tedy multi-institucionální, prospektivní kohortové studie srovnávající AS versus primární intervenci u nově diagnostikovaných SRM (29). V tabulce 3 jsou shrnuty nejdůležitější aspekty, které vycházejí z analýzy AS podle DISSRM.

Kromě výše uvedeného režimu s prováděním ultrazvukového (UZ) vyšetření se často využívá i režim, kdy je během prvních 2–3 let prováděno CT vyšetření s kontrastní látkou (nebo MR v případě kontraindikace CT) v intervalech 3–6 měsíců a poté UZ/CT/MR jednou ročně (30). Důležitým poznatkem týkajícím se režimu AS je, že odlišné protokoly nevedou k významným rozdílům ve výsledcích. V systematickém přehledu 20 studií s 2 243 pacienty při mediánu sledování 42 měsíců byla celková mortalita 10 %, avšak pouze 19 pacientů (0,8 %) zemřelo na nádor ledviny a metastatická progresse byla prokázána u 2,2 %. Nejčastějším režimem bylo zobrazovací vyšetření (zejména CT s kontrastní látkou) a klinické vyšetření v intervalech 3, 6, 12 měsíců a pak jednou ročně. Provádění rtg plic neovlivní výsledek AS a nádorově specifická mortalita nekorreluje s režimem sledování. Kromě iniciační velikosti nádoru a posouzení růstu jsou možnosti zobrazovacích metod predikovat výsledek AS limitované (31). Tyto dva nejzásadnější parametry progresse jsou hodnoceny jako maximální průměr nádoru, kdy za progresi je považován rozměr přesahující 4 cm (tedy posun do kategorie cT1b) a míra lineár-

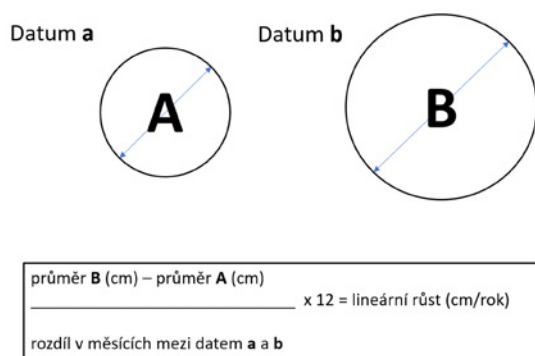
ního růstu > 5 mm za rok (32). Výpočet lineárního růstu je znázorněn na obrázku 2.

Ohledně provádění biopsie z tumoru při indikaci AS neexistuje jednoznačné doporučení. Práce, ve které podstoupilo 82 pacientů AS bez biopsie a v mediánu 14 měsíců byla provedena intervence, bylo prokázáno 84 % RCC a žádný z pacientů na nádor nezemřel (33). U kohorty pacientů s histologicky prokázaným RCC před zařazením do AS (136 pacientů) v mediánu sledování téměř 6 let vznikly metastázy pouze u 6 pacientů a pouze 3 pacienti na RCC zemřeli (34).

PREDIKCE RIZIK – NÁDOROVĚ SPECIFICKÁ MORTALITA, POOPERAČNÍ MORBIDITA A MORTALITA

Při selekci vhodných kandidátů pro aktivní léčbu nebo naopak sledování je velmi důležité srovnání rizika úmrtí na samotný nádor a rizika úmrtí z důvodu jiných přítomných rizik. Známým a často využívaným skórovacím systémem zaměřeným na komorbiditu je Charlsonův index komorbidit (CCI – The Charlson Comorbidity Index), validovaný v rámci chirurgických o nechirurgických případů. Jeho upravená verze zohledňuje věk pacienta přidáním 1 bodu za každou dekádu života nad 40 let (35). Prediktivní model pro renální karcinom zahrnuje věk pacienta, velikost nádoru, pohlaví, rasu a CCI skóre (36). Je dostupný rovněž na <https://canceronomograms.com/nomograms/70>. U modelového pacienta je pravděpodobnost úmrtí na nádor ledvin a pravděpodobnost úmrtí z jiné příčiny během dalších pěti let 6 %, resp. 63 %.

V případě volby operační léčby a rozvoje následných komplikací je u části pacientů průběh fatální, mluvíme o úmrtí následkem komplikací, které je označováno jako „Failure To Rescue“ (FTR) neboli „selhání při záchraně“ (37). Jakmile se rozvine první komplikace (varovný signál), často na ni navazují komplikace další, což vede k signifikantnímu nárůstu FTR. Při hodnocení rozsáhlé databáze téměř dvou milionů operovaných pacientů se závažné



Obr. 2. Rovnice pro výpočet lineárního růstu nádoru ledviny; upraveno podle Sebastia et al. (27)

Fig. 2. Calculation of the linear growth rate of a renal tumor; adapted from Sebastia et al. (27)