

CT považujeme za nutné perioperační provedení jícnové echokardiografie k určení jeho aktuální propagace, bez nutnosti provedení MR. V případě zachytu lokální recidivy v lumen DDŽ na CT či PET/CT však MR představuje vhodné vyšetření, které může pomoci v určení rozsahu další operace a následného managementu onemocnění.

V posledních 10 letech bylo na našem pracovišti provedeno 15 operací pro maligní trombus DDŽ. U 12 byl indikací renální karcinom, u 2 leiomyosarkom DDŽ a u jedné operace echinokoková infekce jater. Ve většině těchto případů byla provedena trombektomie a sutura kavotomie. Pouze u tří operací byla nutná resekce DDŽ a její náhrada. Dvě z těchto operací jsou popsány v naší kazuistice, u poslední byla k náhradě DDŽ primárně užitá protéza. Lokální recidiva renálního karcinomu po nefrektomii je popisována v 1,61 % případů. V anglické literatuře je popsáno méně než 10 případů resekce DDŽ pro lokální recidivu renálního karcinomu. Ačkoliv některé kazuistiky referují o použití protézy po resekcii lokální recidivy v nativní DDŽ, obdobný případ, kdy bylo užito k první náhradě

DDŽ allograftu kadaverózního dárce a po resekcii lokální recidivy náhrada protézou, jsme v dostupné literatuře nezaznamenali (12).

## ZÁVĚR

Pacienti s lokálně pokročilým karcinomem ledviny a maligním trombem DDŽ nejvíce profitují z kompletního odstranění nádorové tkáně. Multioborová spolupráce umožňuje zvážení všech možností operační léčby. Na předoperačním a perioperačním stagingu onemocnění závisí volba operační techniky. Allograft kadaverózního dárce i protetická náhrada představují bezpečné varianty náhrady DDŽ při nutnosti její resekce u renálního karcinomu. Pacienti jsou sledováni na základě rizika recidivy. Při nález recidivy její resekce zlepšuje prognózu pacientů.

V našem případě jsme úspěšně provedli primární nefrektomii a resekcii DDŽ s náhradou allograftem a dále resekcii lokální recidivy tumoru po 2,4 roku s opakovanou náhradou DDŽ cévní protézou.

## LITERATURA

1. **Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.** Novotvary 2018 – současné epidemiologické trendy novotvarů v České republice. 226–225.
2. **Leibovich, Bradley C, et al.** Renal Cell Carcinoma with Inferior Vena Cava Extension: Can Classification Be Optimized to Predict Perioperative Outcomes? *Kidney Cancer*. 2020; 4: 111–115.
3. **Novotny R, Chlupac J, Marada T, et al.** Transabdominal two-cavity approach for radical nephrectomy combined with inferior vena cava thrombectomy for malignant thrombus caused by renal cell carcinoma: a case series. *J Med Case Reports*. 2018; 12: 313.
4. **Mehaffey JH, Perry RJ, Pope NH, et al.** Inferior vena cava with tubularized bovine pericardium. *J Vasc Surg Cases*. 2016; 2(1): 28–30.
5. **Leibovich BC, Blute ML, Cheville JC, et al.** Prediction of progression after radical nephrectomy for patients with clear cell renal cell carcinoma. *Cancer*. 2003; 97(7): 1663–1671.
6. **EAU Guidelines.** Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam, the Netherlands 2022. ISBN 978-94-92671-16-5, 37–38, 57–58.
7. **Goto H, Hashimoto M, Akamatsu D, et al.** Surgical Resection and Inferior Vena Cava Reconstruction for Treatment of the Malignant Tumor: Technical Success and Outcomes. *Ann Vasc, Dis*. 2014; 7(2): 120–126.
8. **Hevia V, Ciancio G, Gómez V, et al.** Surgical technique for the treatment of renal cell carcinoma with inferior vena cava tumor thrombus: tips, tricks and oncological results. *Springerplus*. 2016; 5: 132.
9. **Guerrero MA, Cross CA, Lin PH, et al.** Inferior vena cava reconstruction using fresh inferior vena cava allograft following caval resection for leiomyosarcoma: midterm results. *J Vasc Surg*. 2007; 46(1): 140–3.
10. **Viklický O.** Současné možnosti léčby sirolimem. *Remedia*. 2009; 19: 102–105.