

Tab. 3. Prognostické modely pro lokalizovaný RCC**Tab. 3.** Prognostic models, localised RCC

UISS	1. Výkonnostní stav (ECOG) 2. T klasifikace 3. N klasifikace (N+ považováno za metastatický) 4. Grade T1N0M0G1–2, ECOG PS 0: nízké rizikové onemocnění T3N0M0G2–4, ECOG PS > 1 nebo T4N0M0: vysoce rizikové onemocnění Ostatní N0M0: střední riziko
Leibovich model 2003	1. T klasifikace (pT1a: 0, pT1b: 1, pT2:3, pT3-4: 4 body) 2. N klasifikace (pNx/N0: 0, pN+: 2 body) 3. Velikost tumoru (< 10 cm: 0, > 10 cm: 1 bod) 4. Grade (G1-2: 0, G3: 1, G4: 3 body) 5. Nekróza tumoru (není: 0, přítomna: 1 bod) 0–2 body: nízké riziko (5leté přežití bez metastáz 97,1 %) 3–5 bodů: střední riziko (5leté přežití bez metastáz 73,8 %) 6 a více bodů: vysoké riziko (5leté přežití bez metastáz 31,2 %)

MSKCC (Memorial Sloan Kettering Cancer Centre) v éře před cílenou terapií a platí pro léčbu tyrozinkinázovými inhibitory (TKI). Druhým využívaným modelem je IMDC (International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium), který se využívá při léčbě TKI nebo kombinací TKI a imunoterapie či nivolumabu. Tabulka 3 a 4 shrnují prognostické faktory seskupené do jednotlivých modelů.

ZÁVĚR

Ukazuje se, že využíváním pouze klasických prognostických faktorů (anatomické, histopatologické

Tab. 4. Prognostické modely pro metastatický RCC**Tab. 4.** Prognostic models, metastatic RCC

MSKCC	1. Karnofsky PS < 80 % 2. Interval od doby diagnózy do systémové terapie < 1 rok 3. Hemoglobin pod dolní limit normy 4. Korigované kalcium > 2,5 mmol/l 5. LDH > 1,5× horního limitu normy 0 faktorů: dobrá prognóza (medián celkového přežití 30 měsíců) 1–2 faktory: střední prognóza (medián celkového přežití 14 měsíců) 3–5 faktorů: špatná prognóza (medián celkového přežití 5 měsíců)
IMDC	1. Karnofsky PS < 80 % 2. Interval od doby diagnózy do systémové terapie < 1 rok 3. Hemoglobin pod dolní limit normy 4. Korigované kalcium > 2,5 mmol/l 5. Neutrofilie nad horní limit normy 6. Trombocytóza nad horní limit normy 0 faktorů: dobrá prognóza (medián celkového přežití 43 měsíců) 1–2 faktory: střední prognóza (medián celkového přežití 22 měsíců) 3–6 faktorů: špatná prognóza (medián celkového přežití 8 měsíců)

a klinické) bylo dosaženo vrcholu ve smyslu dostatečné předpovědi prognózy renálního karcinomu. Nicméně i přes intenzivní výzkum v této oblasti dosud neexistuje klinicky významný marker, který by byl využitelný v každodenní praxi. Aktuálně probíhá celá řada klinických studií, které mají za cíl zejména validaci již známých výsledků, aby se mohly stát součástí nových prognostických modelů.

LITERATURA

1. Nádory ledvin – Epidemiologie a populační data ČR. Available from: <https://www.uroweb.cz/index.php?pg=dg--nadory-ledvin--epidemiologie-ceska-republika--vyvoj-incidence-mortalita>.
2. Lucca I, de Martino M, Hofbauer SL, et al. Comparison of the prognostic value of pretreatment measurements of systemic inflammatory response in patients undergoing curative resection of clear cell renal cell carcinoma. *World Journal of Urology*. 2015; 33(12): 2045–52.
3. Ballman KV. Biomarker: Predictive or Prognostic? *Journal of Clinical Oncology*. 2015; 33(33): 3968–+.
4. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2021.
5. Keegan KA, Schupp CW, Chamie K, et al. Histopathology of Surgically Treated Renal Cell Carcinoma: Survival Differences by Subtype and Stage. *Journal of Urology*. 2012; 188(2): 391–7.