

Nádory ledvin

Byl vám diagnostikován nádor ledviny? O co se jedná.

Definice

Zhoubné nádory ledvin představují přibližně 2-3 % ze všech zhoubných onemocnění člověka. Z hlediska pohlaví převažuje výskyt u mužů (asi 1,5 krát) a nejvyšší je mezi 50 a 70 lety věku. Malé procento zhoubných nádorů ledvin je podmíněno geneticky. Nejčastějším typem maligního nádoru ledvin je světlobuněčný karcinom (asi v 70 %), z dalších pak můžeme jmenovat např. papilární renální karcinom nebo chromofóbní karcinom. V případě výskytu karcinomu ledviny je Česká republika celosvětově na prvním místě. Mezi rizikové faktory patří kouření, obezita, vysoký krevní tlak nebo výskyt rakoviny ledvin v rodině. O jaký druh nádoru se jedná, může určit jedině jeho mikroskopické vyšetření. Ne všechny nádory ledvin jsou zhoubné.

Důležitá kritéria pro hodnocení nádorů ledvin

1. **Velikost:** Pravděpodobnost malignity (toho, že je zhoubný) nádoru se zvyšuje s jeho velikostí. Každý nádor menší než 4 cm se považuje za "malý".
2. **Cystická nebo solidní složka nádoru:** Cystické hmoty obsahují tekutinu a jsou převážně nezhoubné, zatímco solidní složka svědčí spíše pro malignitu.
3. **Pohlaví:** Ženy postihují častěji benigní nádorové léze v porovnání s muži. U pacientů s chronickým renálním onemocněním v terminálním stádiu (na dialýze) je vyšší pravděpodobnost, že budou mít nezhoubný nádor. Někteří pacienti mohou mít dědičnou formu nádoru ledvin s agresivnějším průběhem onemocnění.
4. **Charakteristika:** Některé nádory obsahují tuk, který lze snadno pozorovat na CT nebo MRI vyšetření. Tyto tukové nádory se označují jako angiomyolipomy kvůli přítomnosti abnormálního růstu cév, svalů a tuku. Jsou ve 100 % nezhoubné.

Diagnostika:

Více než 70 % nádorů ledvin je diagnostikováno náhodně při vyšetření břicha z jiného důvodu, a to pomocí ultrazvuku, CT, případně magnetické rezonance. Krev v moči, bolest a hmatný nádor jsou tři nejčastější příznaky. Jejich přítomnost je ale bohužel většinou známkou již pokročilého stádia onemocnění. Na podkladě těchto vyšetření lékař rozhodne, zda-li se jedná o nádor:

1. **Lokalizovaný** – je omezený na ledvinu, nezasahuje do okolních tkání ani orgánů, nejsou přítomné metastázy. Tyto nádory mají vysokou pravděpodobnost vyléčení.
2. **Lokálně pokročilý** – může se šířit v cévách, prorůstat do okolních tkání, orgánů, mízních uzlin. Základní léčbou je i v případě pokročilého karcinomu ledviny radikální nefrektomie. Pokud se při operaci podaří kompletně odstranit celý nádor (i s ledvinou) pak neprobíhá další léčba a pacient dochází na pravidelné kontroly. Pokud není kompletní odstranění nádoru možné (nádor přirostlý k velkým cévám) pak je možné podávat biologickou léčbu. Ta může vést k zpomalení růstu nádoru a přispět k prodloužení přežívání.

3. **Metastatický** - o metastatickém karcinomu ledviny hovoříme v případě, že vytvořil vzdálená ložiska v jiných orgánech těla tzv. metastázy (plíce, kosti, mozek).

Měl bych podstoupit perkutánní biopsii nádoru?

Biopsie ledviny je zákrok, při kterém lékař odebere část tkáně ledviny, kterou odesílá k histologickému vyšetření. Výkon se provádí punkční jehlou v lokální anestezii pod ultrazvukovou nebo CT kontrolou. Pomocí této metody lze zjistit, o jaký nádor se jedná. Tento zákrok se doporučuje v případě, kdy nelze jednoznačně rozlišit benigní nádorovou lézi od maligní a současně existuje jen malé riziko krvácení spojené s touto procedurou. Nicméně asi v 10-20 % se nepodaří nádorovou lézi identifikovat.

Léčba:

Obecně platí, že možnosti léčby jsou založeny na klinickém stádiu onemocnění.

Aktivní sledování: Aktivní sledování je formou terapie lokalizovaného karcinomu ledvin, při kterém lékař aktivně sleduje nádor. Čím menší nádor je, tím větší je pravděpodobnost jeho benigní povahy. Aktivní sledování se obecně doporučuje u starších polymorbidních pacientů, u pacientů s renálním selháním, srdečním selháním, se závažným onemocněním cév, u dědičných forem renálních karcinomů, u nádorů, které jsou menší 4 cm a rovněž u pacientů, kteří operační řešení striktně odmítají. Pravidelné návštěvy v urologické ambulanci zahrnují fyzikální vyšetření, vyšetření krve a moče za účelem vyhodnocení funkce ledvin, zobrazovací vyšetření (hrudníku, břicha a pánve). Dáváme přednost CT vyšetření s kontrastem nebo MRI. Při dalších ambulantních návštěvách postačuje ultrazvukové sledování. Obecně platí, že malé nádory ledvin mají tendenci růst pomalu. Pakliže dojde k lokální progresi jejich růstu, nastává potřeba další léčby.

Částečná nefrektomie (resekce ledviny, ledvinu šetřící výkon): při této operaci dochází k odstranění nádoru, případně části ledviny s nádorem, zbytek ledviny zůstává zachován. Řada studií prokazuje, že parciální resekci lze odstranit nádorovou masu a docílit tak stejných výsledků jako při radikální nefrektomii. Hlavní výhodou je zachování funkce ledvin. Resekují se především nádory v průměru do 4 cm, technicky dobře přístupné, u pacientů s funkčně solitární ledvinou, chronickým renálním selháním nebo při oboustranném nádorovém postižení ledvin. Bezpečné provedení částečné nefrektomie zahrnuje dočasné zastavení průtoku krve do ledvin (teplou ischémii), odstranění nádoru a rekonstrukci ledvin. Částečná nefrektomie může být provedena pomocí otevřeného řezu nebo pomocí robotické technologie. Pro každý přístup existují výhody a nevýhody. Klíčovým bodem operace je odstranění celé nádorové masy a minimalizace doby teplé ischémie.

Radikální nefrektomie: Během radikální nefrektomie se odstraní celá ledvina a okolní tuková tkáň. Tento operační postup se nabízí u velkých, agresivních nádorů, špatně přístupných resekci, zahrnujících velkou část ledviny, nebo když je prokázána angioinvaze v oblasti renálního hilu. Operaci je možné provést otevřeně, laparoskopicky nebo roboticky. Záleží především na velikosti nádoru, vztahu nádoru k okolím orgánům a celkovém stavu pacienta. Chirurg také může odstranit nadledvinu a přilehlé lymfatické uzliny. Radikální nefrektomie je typicky vyhrazena pro pacienty s velkými, pokročilými nebo metastatickými nádory ledvin. U pacientů s malým nádorem ledvin, kteří jsou nezpůsobilí k resekci ledviny, je radikální nefrektomie rovněž metodou volby.

Ablativní technologie Termická ablace znamená destrukci nádoru za použití extrémních teplot a to buď zmrazením (kryoablace) nebo spálením (radiofrekvenční ablací). Ablace může být prováděna perkutánně (přes kůži) nebo chirurgickou expozicí (otevřeně nebo laparoskopicky). Tepelná ablace je minimálně invazivní volbou pro léčbu malých nádorů ledvin a u pacientů, kteří nemohou podstoupit operační výkon. Obvykle se provádí na radiologickém pracovišti intervenčním radiologem. Zmrazení nebo spálení je dosaženo pomocí jehly nebo sondy. Tato léčebná modalita není tak účinná jako operace ledvin a může si vyžádat několik sezení k dosažení stejné míry vyléčení. Oba tyto postupy mají podobnou úspěšnost, pokud je provádějí zkušená pracoviště.

Systémová terapie: Pokročilý renální karcinom označuje stav, kdy nádor roste mimo ledvinu a šíří se buď přímým prorůstáním do žil, lymfatických uzlin, sousedních orgánů nebo metastazuje (plíce, mozek nebo kosti). Obecně platí, že lokálně pokročilý nebo metastatický nádor ledviny nelze vyléčit. Existují léčebné metody, které prodlužují život a zlepšují jeho kvalitu. Tradiční chemoterapie a radioterapie nejsou účinné. Uplatňuje se systémová léčba v kombinaci s operačním řešením. Jako cytoredukční nefrektomie označujeme odstranění ledvin s nádorem. U metastatického karcinomu ledvin není cytoredukční nefrektomie často léčebná, ale může prodloužit celkové přežití u vhodných pacientů. Hlavní typy systémové terapie zahrnují imunoterapii a cílenou terapii. Renální karcinomy uvolňují celou řadu hormonů, bílkovin a molekul, proti kterým je tato léčebná modalita namířena.