

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3

Reg. č. a/047/151

Nádory ledvin

Autor: Doc. MUDr. Jaroslav Novák, CSc.
Spoluautor: MUDr. Michaela Matoušková

Gesce: Česká urologická společnost ČLS JEP

Oponenti: Doc. MUDr. Dalibor Pacík, CSc.
MUDr. Bohumil Seifert

Doporučené postupy. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu
IGA MZ ČR 5390-3 Copyright © 2001, ČLS JEP.

Jiné užití než pro vlastní potřebu návštěvníků [www stránek ČLS JEP](http://www.cls.cz)
(<http://www.cls.cz/dp>) není dovoleno.

Část 1

Charakteristika:

Zhoubné nádory ledvin představují 1.5 - 2 % všech zhoubných nádorů. Parenchymové nádory jednoznačně převažují ve výskytu, malou část tvoří tumory přechodního epitelu. Nejčastěji se jedná o adenokarcinom. Typickou je schopnost metastazovat i po mnoha letech od stanovení diagnózy. Na druhé straně není výjimkou diagnóza na podkladě komplikace (pathol.fractura a pod.)

Epidemiologická data:

Vyskytují se prakticky ve všech věkových kategoriích, maximum výskytu je v páté až sedmé dekádě. V poměru 2:1 častěji postihuje muže. Četnost výskytu nádorů ledvin v České republice je průměrně 28,4 mužů a 16,6 žen na 100 000 obyvatel.

Incidence:

Profesní expozice je dávana do souvislosti u pracovníků s azbestem, kůží, chronickou iradiací. K rizikovým faktorům patří kouření, obezita, dietní vlivy, hormonální léčba, genetické aberace, z urologických onemocnění mnohočetné cysty ledvin a diskutovanou je chronická dialyzační léčba. Vzácný je autozomálně dominantní von Hippel-Lindau syndrom s amiliárním výskytem adenokarcinomu ledviny.

Patofyziologie:

Příčina vzniku není známa. Vychází z buněk proximálního tubulárního epitelu. Možný je maligní zvrát původně benigního adenomu pod vlivem karcinogenních faktorů. Adenokarcinom ledviny je typicky mikroskopicky tvořen velkými vodojasnými buňkami (vysoký obsah glykogenu a tuků), v menší míře pak zrnitými buňkami, někdy obsahují buňky obdobné onkocytům. Vzácněji jsou přimíšeny buňky vřetenovité, sarkomatoidní. Tento nálezn upozorňuje na horší prognózu. Struktura nádoru nebývá jednotná a může se lišit místo od místa. Makroskopicky je často adenokarcinom obklopen "pseudopouzdrém" z komprimované ledvinné tkáně. Pseudopouzdro nebrání průniku nádorových buněk. Na řezu má typickou okrovou barvu s ložisky hemoragií, event. dutin s koaguly. Charakteristickým rysem adenokarcinomu je pozitivita epitelových markerů (cytokeratiny, CEA) a vimentinu. Histopatologický grade a klinické stadium korelují s prognózou onemocnění.

Klasifikace TNM (revize 5, 1997)

T... tumor

- TO primární tumor nezastižen
- T1 nádor ≤ 7 cm v největším průměru, ohraničený na ledvinu
- T2 nádor ≥ 7 cm v největším průměru, ohraničený na ledvinu
- T3 nádor se šíří do velkých cév nebo postihuje nadledvinu či pararenální tkáň, nepřesahuje však Gerotovu fascii
- T3a nádor postihuje nadledvinu nebo pararenální tkáň, nepřesahuje však Gerotovu fascii
- T3b nádor se makroskopicky propaguje do renálních žil nebo dolní duté žíly pod bránicí
- T3c nádor se šíří do dolní duté žíly nad bránicí
- T4 nádor se šíří do okolních orgánů
- T4a nádor infiltruje prostatu, dělohu, pochvu
- T4b nádor prorůstá přes Gerotovu fascii

N... uzliny

- Nx regionální uzliny nelze posoudit
- NO bez metastáz v regionálních uzlinách
- N1 metastáza v solitární uzlině < 2 cm
- N2 metastáza v jedné uzlině 2-5 cm nebo ve více uzlinách v největším průměru do 5 cm
- N3 metastázy v uzlinách > 5 cm

M ... vzdálené metastázy

- Mx vzdálené metastázy nelze posoudit
- MO bez vzdálených metastáz
- M1 vzdálené metastázy

G ... histopatologický grading

- Gx stupeň diferenciacie nelze posoudit
- G1 dobře diferencovaný
- G2 středně diferencovaný
- G3/4 málo diferencovaný/anaplastický

Část 2

Klinický obraz:

Nejčastěji je důvodem návštěvy symptomatického pacienta hematurie (až 60 %), méně často bolest a hmatný tumor. Klasická "trias" příznaků svědčí pro velmi pokročilý nález. Pro obstrukci cév přichází pacienti s varikokélou. Nespecifické příznaky (váhový úbytek, nausea, nechutenství) provázejí rovněž pokročilé nálezy. Časté jsou paraneoplastické symptomy, vyvolané patologickou sekrecí hormonů nebo hormonu podobných působků nádorovou tkání. Vlastními projevy jsou intermitentní horečky, hypertenze, hyperkacemie, galaktorea, polycytémie, hypoglykemie. Není výjimkou zjištění tumoru ledviny při hledání zdroje generalizace neznámého původu. Přibývá i náhodných nálezů na ultrasonografii pro urologická i neurologická onemocnění.

Postup při péči poskytované na počátku a v průběhu onemocnění:

Pacient je vyšetřen ambulantním specialistou - urologem. Anamnestická data, vyšetření moče, včetně močového sedimentu a klinické vyšetření je základem diagnostiky. Podkladem pro diagnózu je ultrasonografické vyšetření ledvin, zhodnocení rozsahu onemocnění, orientační zhodnocení jaterního parenchymu a velkých cév. Ke zpřesnění diagnostiky doplníme vyšetření počítačovou tomografií (CT) nebo nukleární magnetickou rezonancí (NMR), které navíc dávají informaci o stavu regionálních lymfatických uzlin, nadledvin a velkých cév. V indikovaných případech vyšetření doplňuje angiografie nebo barevné Dopplerovské mapování. Především tam, kde plánujeme záchovné operace. Ke stanovení stagingu provedeme rtg plic a scintigrafii skeletu. Pacient je předán lůžkovému zařízení k operačnímu řešení. Po operačním řešení, pokud nevyžaduje stav další léčbu na lůžku, je pacient předán ke sledování ambulantnímu specialistovi, stejný postup je u inoperabilních tumorů. Pokud je vhodná adjuvantní léčba po operaci, vede ji uroonkolog nebo onkolog. Chirurgická léčba metastáz patří do rukou příslušných specialistů.

Léčebný postup:

Chirurgická léčba je základem léčby nádorů ledvin. Radikální nefrektomie spočívá v odstranění celé ledviny s obaly, včetně Gerotovy fascie, nadledvinou a regionálními uzlinami. Pohled na rozsah výkonu se postupně změnil. Adrenalektomie je nezbytná u suspektních nálezů na nadledvině a tumorů horní třetiny ledviny. Regionální lymfadenektomie doplňujeme pouze u makroskopicky změněných uzlin. Operační přístup volí operatér transperitoneální nebo lumbotomický, event. torakolumbální. Transperitoneální přístup je nezbytný pro ošetření nádorového trombu v cévách. Záchovné operace (resekce) jsou metodou volby pro menší, extrarenálně rostoucí nádory, nádory solitární ledviny a bilaterální nádorové postižení. Principem je odstranění tumoru s lemlem zdravé tkáně. Enukeace tumoru je vhodná u familiární formy. Radikalitu by měla potvrdit negativní biopsie ze spodiny. Chemoterapie vinblastinem nebo 5-fluorouracilem v monoterapii je dnes používána minimálně, častěji v kombinaci s imunoterapií. Imunoterapie je léčbou volby u plicních metastáz. Monoterapie (INF nebo IL-2) je v současné době podle metaanalýz považována

za dostatečnou. U rozsáhlejších postižení se dává přednost kombinované chemoimmunoterapii (např. IL-2 + INF + 5-FU). U pokročilých a terminálních nádorů je na místě účinná symptomatická léčba.

Ošetrovatelská péče:

Pooperační péče je běžnou péčí po výkonu na chirurgických pracovištích. Navíc je třeba kvalifikovaný a citlivý individuální přístup k nemocnému (jako u všech onkologických diagnóz). Domácí péče je vhodná u pacientů s progredujícím a generalizovaným onemocněním, především v oblasti hygienické a analgetické. Pacienti v preterminálním a terminálním stavu vyžadují komplexní ošetrovatelská péče, nejčastěji na lůžku, výjimečně doma.

Část 3

Prognóza :

Prognóza závisí na klinickém stadiu a stupni nádorové anaplázie (grading). Rozhodující je rozsah a radikalita chirurgického operačního řešení. Dalšími faktory jsou počet metastáz a jejich lokalizace, váhový úbytek, cytostatická léčba v předchorobí a performance status. Pětileté přežití je závislé na rozsahu onemocnění.

T1-T2 65%
T3 39%
T4 11%

Prevence:

Primární prevence není známa, snad prevence obezity a omezení kouření. Sekundární prevence spočívá v časně diagnostice nádorových stavů, především u nemocných s mikroskopickou hematurii.

Eventuální posudková hlediska:

Pooperační pracovní neschopnost podle pracovního zařazení nemocných a jejich klinického (fyzického i psychického) stavu. Obvykle po chirurgickém řešení 4 - 6 týdnů pracovní neschopnosti. Probíhající imunoterapie většinou po úvodní indukci již nepodmiňuje pracovní neschopnost, pouze u zaměstnanců pracujících ve ztížených podmínkách a fyzicky namáhavé činnosti. Při mimoplicní generalizaci je indikace k důchodovému řízení.

Doporučení dalších opatření:

Dispensarizace pacientů urologem nebo onkologem. Lázeňská léčba po ukončení onkologické léčby do dvou let je možná.

Literární odkazy:

Novák J.: Nádory ledvin. In: Urologie, Dvořáček a kol., 1998, ISV Praha, 933-955

Mc Caffrey JA, Motzer RJ: What is the role of nephrectomy in patients with metastatic renal cell carcinoma. Semin. Oncol. 23:1996, 19-20

Lopez-Hanninen E, Kirchner H, Atzpodien J: Interleukin-2 based home therapy of metastatic renal cell carcinoma, risk and benefits in 215 consecutive single institutional patients. J Urol. 155:1996, 19-25

Rabbani F, Grimaldi G, Russo P: Multiple primary malignancies in renal cell carcinoma. J Urol 160, 1998, 1255-1259

Walther MM, Yang JC, Pass HI, et al.: Cytoreductive surgery before high dose interleukin-2 based therapy in patients with metastatic renal cell carcinoma. J. Urol 158, 1997, 1675-1678

Diagnostický a léčebný algoritmus nádorů ledvin:

