ÚVOD

Diagnostika, sledování efektu léčby a dispenzarizace pacientů s uroteliálním karcinomem (UC) je založena na invazivním vyšetření pomocí cystoskopie (CSK) (1, 2). Další diagnostickou metodou je močová cytologie, tedy neinvazivní vyšetření sloužící k detekci neoplastických buněk ve vzorku moči. Vyšetření však nedosahuje potřebné specificity a senzitivity v záchytu uroteliálních neoplazií (především low-grade lézí) a je tak využíváno pouze jako doplněk k cystoskopii.

V roce 2016 byla publikována nová patologická klasifikace pro hodnocení močových cytologií (The Paris System for Reporting Urinary Cytology) (tabulka 1) (3). Přehled této problematiky byl nedávno publikován v České urologii (4). Od 1/2017 je pak tato klasifikace používána jako jediný klasifikační systém močové cytologie i na našich pracovištích (Urologická klinika a Šiklův ústav patologie FN Plzeň).

Snahou tohoto klasifikačního systému je snížit interobservační variabilitu při odečítání cytologie různými patology, minimalizovat užívání atypické kategorie („atypické uroteliální buňky" – AUC) a tím této kategorii přidat na výpovědní hodnotě (3). Asi nejzásadnější informací pro vyšetření indikujícího urologa je fakt, že tato klasifikace se orientuje především na záchyt high-grade UC, low-grade léze cytologie moči často zcela míjí a v rámci této klasifikace jsou často hodnoceny jako negativní nález (kategorie „negativní pro high-grade UC" – NHGUC).

Tab. 1. *Pařížská klasifikace pro hodnocení močových cytologií*

Tab. 1. *The Paris system for reporting urinary cytology*

Nediagnostický/nedostatečný
Negativní pro high-grade uroteliální karcinom (NHGUC)
Atypické uroteliální buňky (AUC)
Suspektní z high-grade uroteliálního karcinomu (SHGUC)
High-grade uroteliální karcinom (HGUC)
Low-grade uroteliální neoplazie (LGUN)
Jiné

Cílem této práce je zhodnotit výsledky a vliv Pařížské klasifikace na cytologickou diagnostiku po prvním roce užívání této klasifikace.

MATERIÁL A METODY

Retrospektivně byly vyhledány a opětovně hodnoceny všechny močové cytologie provedené na Urologické klinice FN Plzeň za období 1/2017 – 12/2017.

Všechny cytologické vzorky byly ihned po odběru fixovány 1% roztokem merthiolátu sodného (koncentrace cca 1 ml merthiolátu sodného na 100 ml moči). Vzorky byly po co nejkratší dobu skladovány v chladu (v lednici, do 4 °C) a urychleně transportovány na oddělení patologie ke zpracování. Zde byl materiál bez odkladu zpracován metodou cytocentrifugace, zhotoveny byly celkem čtyři cytologické preparáty, které byly barveny metodou dle Papanicolaoua. Všechny močové cytologie byly hodnoceny alespoň jedním ze dvou specializovaných uropatologů (KP, OH) a klasifikovány pomocí Pařížské klasifikace pro reportování močových cytologií (3).

V nemocničním systému byly vyhledány výsledky následujících vyšetření (cystoskopie, CT/MR vyšetření, výsledky provedené biopsie). Finální výsledek cytologického vyšetření („cytologická diagnóza") byl korelován s výsledky výše jmenovaných následujících vyšetření („finální diagnóza") ve snaze ověřit správnost výsledku cytologického vyšetření. Pro účely této práce byli ze souboru vyřazeni pacienti, u nichž nebyl dostupný žádný diagnostický cytologický vzorek, dále i pacienti, u kterých nebylo provedeno žádné další diagnostické vyšetření (zobrazovací metody, cystoskopie, transuretrální resekce s odběrem vzorku k bioptickému vyšetření), tj. nebylo možné ověřit správnost výsledku cytologie. Bioptické vzorky byly klasifikovány dle WHO klasifikace tumorů urogenitálního traktu z roků 1973 a 2016 (5, 6) (dle doporučení Evropské asociace urologů – EAU) (1, 2).

U většiny pacientů bylo v průběhu jednoho roku odebráno tři a více močových cytologií, u těchto pacientů se pak ve většině jednalo o sérii na sebe navazujících vyšetření za určité krátké