

Tab. 2. Celkové výsledky incidence IKP v závislosti na metodě zpracování preparátu prostaty

Tab. 2. Overall results of incidental prostate cancer depending on the histopathological processing

Rok	Počet RCP (jen muži)	Nález incidentálního karcinomu prostaty	Metoda vyšetření
n = počet	n	n	% z počet RCP
2015–2019	48	21	43,8 %
2009–2014	42	1	2,4 %

RCP – radikální cystoprostatektomie
 WMS – Whole-Mount Section technika
 B – příprava preparátu metodou standardních bloků

K měření objemu nádorového ložiska jsme použili morfometrický software NIS Element AR (Nikon, Japan). Obsah vyznačené plochy nádoru byl násoben tloušťkou řezu. Objem nádoru byl pak součtem objemů nádoru v jednotlivých řezech.

Laboratorní vyšetření

Patologický preparát byl po výkonu fixován 10% formolem, prostata barvena tuší. Vyšetření močového měchýře bylo provedeno formou makrobloků se zhotovením 1–2 mikroskopických řezů z jednotlivých bloků, barvených metodou hematoxylin-eosin.

Prostata byla vyšetřena u pacientů v letech 2009–2014 (42 pacientů) metodou standardních bloků. Preparát byl rozdělen na 2–3 příčné řezy, každý z nich pak rozdělen na 4 bloky. Z každého bloku byly zhotoveny 1–2 mikroskopické řezy, které byly barveny standardní metodou hematoxylin-eosin. V letech 2015–2019 byla prostata vyšetřena u 49 pacientů metodou celoplošných řezů (WMS). Z prostaty, která byla barvena tuší, byly zhotoveny celoplošné 3 mm silné řezy. Z každého tohoto bloku pak 1–2 mikroskopické řezy, které byly barveny metodou hematoxylin-eosin.

Interval follow-up kontrol nebyl zcela standardizován a byl v rozmezí 2–6 měsíců v závislosti na klinickém stavu a probíhající adjuvantní léčbě. Data vycházejí z elektronické zdravotní dokumentace.

V rámci hodnocení léčebných výsledků jsme definovali specifické přežití na KM (bladder cancer specific survival) jako dobu od data RCT do data úmrtí na KM nebo poslední follow up kontroly (cenzorovaná data). Progresi na IKP jsme definovali od provedení RCT do doby biochemické recidivy, která byla definovaná elevací, PSA po RCT nad 0,2 ng/ml (6).

Výsledné hodnoty uvádíme jako průměr a směrodatnou odchylku, případně rozpětí. Sta-

tistické zpracování s použitím Fischerova exaktního testu, binomického testu a Kaplan-Maier analýzy s použitím log rank testu, vše s hladinou významnosti 5 %. Pro statistické zpracování byl použit software SPSS 18 (IBM, USA).

VÝSLEDKY

Do souboru jsme zařadili 91 mužů po RCP. Jeden pacient s abnormálním PSA (13,2 ng/ml) a patologickým nálezem per rektum před provedenou RCP nebyl v souboru hodnocen. Histopatologická charakteristika KM uvedena v tabulce 1.

Incidentální KP jsme diagnostikovali u 22 pacientů (24,4 %). Významný rozdíl byl v závislosti na metodě vyšetření prostaty (Tab. 2). Zatímco při vyšetření metodou WMS byl nalezen IKP u 21 pacientů (43,8 %), při vyšetření prostaty metodou bloků jen u jednoho pacienta (2,4 %).

Při histopatologickém hodnocení IKP jsme zaznamenali stadium pT2a u 13 pacientů (59,1 %), stadium pT2b u pěti pacientů (22,7 %), stadium pT2c u tří pacientů (13,6 %) a stadium pT3a u jednoho pacienta (4,5 %). Hodnota Gleasonova skóre ≤ 6 byla u 16 pacientů (72,7 %), GS 7 (3+4) u 27,3 % souboru, GS 7 (4+3) a vyšší jsme nezaznamenali. Poměr monofokálního a multifokálního IKP byl stejný. U všech pacientů byl IKP lokalizován v periferní zóně prostaty, u jednoho pacienta byl navíc přítomen v přechodové zóně. Z rizikových faktorů jsme hodnotili perineureální šíření, které jsme zaznamenali u 31,8 % pacientů, a lymfangioinvasi, která byla nalezena u jednoho pacienta (4,5 %).

Extraprostatické šíření nádoru jsme zaznamenali u jednoho pacienta (4,5 %), invazi do semen-