

Legenda k tabulce 3

IKP – incidentální karcinom prostaty, SVI – Seminal Vesical Invasion, EPE – ExtraProstatic Extension, PZ – periferní zóna, TZ – přechodová zóna, CZ – centrální zóna, iPSA – iniciální PSA, * – u dvou pacientů chyběla iniciální hodnota PSA

^{a)}p-value pro stanovení významnosti rozdílu mezi stagingem (T2, T3) a signifikantností nádoru

^{b)}p-value pro stanovení významnosti rozdílu mezi Gleasonovým skóre (GS ≤ 6 a vyšší) a signifikantností nádoru

^{c)}p-value pro stanovení významnosti rozdílu mezi výskytem nádoru (monofokální, multifokální) a signifikantností nádoru

^{d)}p-value pro stanovení významnosti rozdílu mezi chirurgickými okraji (negativní, pozitivní) a signifikantností nádoru

^{e)}p-value pro stanovení významnosti rozdílu mezi počtem nádorů < 0,5 cm³ a signifikantností nádoru

ných váčků jsme nezaznamenali. Průměrný objem IKP byl 1,9 cm³ (0,001–6,89 cm³). Iničiální hodnota PSA byla u 2,54 ± 1,14 ng/ml.

Podle zadaných kritérií bylo jako klinicky nesignifikantní KP vyhodnoceno deset nádorů (45,5 %).

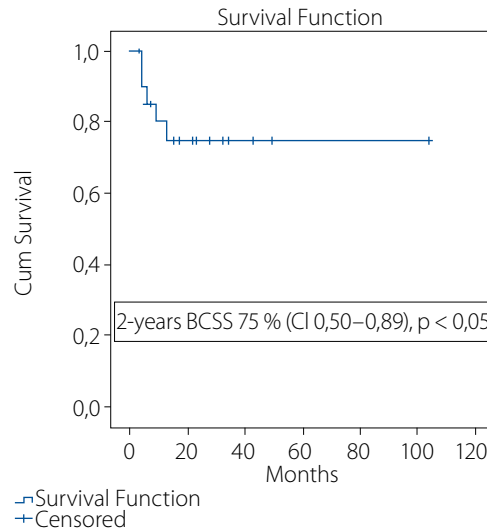
Při porovnání histopatologických parametrů mezi signifikantními a nesignifikantními nádory byl statisticky významný pouze rozdíl v objemu nádoru 3,40 ± 4,25 vs. 0,10 ± 0,11 (p < 0,021). Statisticky signifikantní rozdíl byl mezi Gleasonovým skóre GS ≤ 6 vs. GS > 7 a signifikantností nádorů (p = 0,012), dále pak mezi počtem nádorů s velikostí ≤ 0,5 cm³ a signifikantností nádoru, 3 vs. 10 nádory (p = 0,0000).

Medián doby sledování byl 19,5 měsíce. Biochemickou recidivu jsme zaznamenali u jednoho pacienta se signifikantním KP po 27 měsících. Na KM jsme zaznamenali pět úmrtí, na IKP nikdo nezemřel (Obr. 1). Dvouletý bladder cancer specific survival byl 75 % (CI 0,50–0,89, p < 0,05). Prognóza IKP neměla vliv na délku přežití, kterou limituje především prognóza karcinomu močového měchýře.

DISKUZE

Výskyt IKP v preparátu po RCP se v západních zemích udává v rozmezí 18–49 % (7, 8, 9), což odpovídá námi zjištěným výsledkům. Data se blíží prevalenci incidentálního KP ve zdravé populaci, která dosahuje v 7. deceniu až 46 % (10). Stejně tak roste podíl kliniky nesignifikantních KP v pracích autorů s vysokou prevalencí IKP (8, 9, 11). Výskyt IKP u české populace se udává v rozmezí 14,6–37 % (12, 13).

Buse et al. v souboru 1 222 pacientů našli karcinom prostaty u 200 pacientů (17,8 %), z toho u 13,7 % lokálně pokročilý. Výskyt IKP mezi skupinou zpracovanou metodou bloků a WMS řezů se statisticky nelišil (16,4 % vs. 20,1 %, p = 0,122). Při analýze



Obr. 1. Nádorově-specifické přežití pacientů s karcinomem močového měchýře (Bladder cancer specific survival; BCSS)

Fig. 1. Bladder cancer specific survival

věkového rizika prokázali rostoucí riziko IKP s věkem (odds ratio 1,03 % za rok od věku 40 let, p < 0,001) (7).

Pignot et al. na velkém souboru 4 299 RCP diagnostikovali 931 nádorů prostaty (21,7 %). Většina nádorů byla lokalizovaná (90,1 %), Gleason skóre < 6 mělo 13,9 %, GS 6 mělo 61,7 %, GS 7 (3+4) 16 % pacientů, GS 7 (4+3) 4,1 % a GS > 7 pak 4,3 %. Při mediánu follow up 25 měsíců mělo recidivu karcinomu měchýře 35 % pacientů a 23,8 % na KM zemřelo. Pouze 16 pacientů (1,9 %) mělo biochemickou recidivu, nikdo ze souboru na KP nezemřel (8).

Barbisan et al. posuzovali přítomnosti uroteliálního nebo prostatického karcinomu v prostatě po RCP u souboru 248 pacientů. IKP našli u 123 (49,6 %) pacientů, z toho však 100 (81,3 %) mělo nesignifikantní KP. Všechny nádory byly lokalizované v periferní zóně, 87 % bylo GS ≤ 6, negativní okraje mělo 96,1 %. Autoři navíc hodnotili detailně možný nález uroteliálního karcinomu v prostatě, který zaznamenali u 94 pacientů (37,9 %), nejčastěji šlo o přímou infiltraci nádoru z oblasti trigona nebo hrdla (9).