

nom prostaty u 35,46 % (61/172) pacientů. Cílená biopsie prostaty zachytila o 8,13 % (14/172) více karcinomů prostaty spadajících do středního a vysokého rizika než biopsie systematická a odhalila navíc 9,88 % (17/172) karcinomů prostaty spadajících do středního a vysokého rizika.

- Cílená rebiopsie prostaty verifikovala karcinom prostaty u 49,21 % (63/128) pacientů, kteří podstoupili rebiopsii. Systematická rebiopsie prostaty verifikovala karcinom prostaty u 29,68 % (38/128) pacientů, kteří podstoupili rebiopsii. Cílená rebiopsie zachytila o 12,50 % (16/128) více karcinomů prostaty spadajících do středního a vysokého rizika než biopsie systematická a odhalila navíc 11,71 % (15/128) karcinomů prostaty spadajících do středního a vysokého rizika. Cílená rebiopsie zachytila 87,50 % (63/72) všech karcinomů prostaty, přičemž 48,61 % (35/72) karcinomů prostaty spadá do středního a vysokého rizika.
- Pokud u rebiopsií prostaty nebudeme provádět cílenou biopsii, pak nezachytíme karcinom prostaty u 26,56 % (34/128) mužů, to je 47,22 % (34/72) ze všech karcinomů prostaty a neodhalíme 20,83 % (15/72) karcinomů prostaty spadajících do středního a vysokého rizika.

- U první biopsie prostaty, systematická biopsie verifikovala karcinom prostaty u 52,27 % (23/44) pacientů, cílená biopsie verifikovala karcinom prostaty u 45,45 % (20/44) pacientů. Pokud ale u primobiopsií prostaty nebudeme provádět cílenou biopsii, pak nezachytíme karcinom prostaty u 9,09 % (4/44) mužů, to je 14,81 % (4/27) ze všech karcinomů, a neodhalíme 7,40 % (2/27) karcinomů prostaty spadajících do středního a vysokého rizika.

Naše výsledky potvrzují, že před opakovanou biopsií prostaty by mělo být vždy provedeno mpMRI prostaty a opakovaná biopsie prostaty má určitě zahrnovat cílenou biopsii prostaty z podezřelých ložisek PI-RADS 3, 4 a 5. Pokud je před první biopsií provedeno mpMRI prostaty a jsou popsána ložiska PI-RADS 3, 4 nebo 5, má být provedena systematická i cílená biopsie prostaty.

Cílená rebiopsie prostaty zachytí více agresivních forem karcinomu prostaty než biopsie systematická.

Tyto výsledky se shodují s nejnovějšími doporučenými postupy Evropské urologické společnosti (EAU) z roku 2019 (16).

LITERATURA

1. Wong MC, Goggins WB, Wang HH, et al. Global Incidence and Mortality for Prostate Cancer: Analysis of Temporal Patterns and Trends in 36 Countries. *Eur Urol.* 2016; 70(5): 862–874.
2. Ahmed HU, El Shater Bosaily A, Brown LC, et al. Diagnostic accuracy of multi parametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (PROMIS): a paired validating confirmatory study. *Lancet.* 2017; 389 (10071): 815–822.
3. Kasivisvanathan V, Rannikko AS, Borghi M, et al. MRI-Targeted or Standard Biopsy for Prostate-Cancer Diagnosis. *N Engl J Med* 2018; 378(19): 1767–1777.
4. Recabal P, Assel M, Sjoberg DD, et al. The Efficacy of Multiparametric Magnetic Resonance Imaging and Magnetic Resonance Imaging Targeted Biopsy in Risk Classification for Patients with Prostate Cancer on Active Surveillance. *J Urol.* 2016; 196(2): 374–381.
5. Weinreb JC, Barentsz JO, Choyke PL, et al. PI-RADS Prostate Imaging – Reporting and Data System: 2015; Version 2. *Eur Urol.* 2016; 69(1): 16–40.
6. Epstein JI. The Gleason grading system a complete guide for pathologist and clinicians, Wolters Kluwer Health, Philadelphia, 2013©.
7. Epstein JI, Netto GJ. Biopsy interpretation of the Prostate, 5th edition, Wolters Kluwer Health, Philadelphia, 2015.
8. WHO Classification of the Urinary System and Male Genital Organs. 4th edition, IARC press, Lyon, 2016.
9. Epstein JI. Prostate cancer grading: a decade after the 2005 modified systém. *Mod Pathol.* 2018; 31(S1): 47–63.
10. Shah RB, Zhou M. Recent advances in prostate cancer pathology: Gleason grading and beyond. *Pathol Int.* 2016; 66(5): 260–272.