

diagnózy (10). **Uroteliální proliferace nejistého maligního potenciálu/UPUMP** (dříve léze nazývaná uroteliální hyperplazie) již vůbec ve WHO nefiguruje (1). Plochý podtyp UPUMP (dříve „plochá hyperplazie urotelu“) je patrně pouze benigní lézí, která s největší pravděpodobností ani s rozvojem uroteliálního karcinomu nemusí mít souvislost. Papilární UPUMP (dříve „papilární hyperplazie urotelu“) je dnes již považována za časné stadium low grade neinvazivního papilárního uroteliálního karcinomu, či „undersampling“ low grade neinvazivního uroteliálního papilárního karcinomu nacházejícího se v okolí (fenomén též někdy nazývaný jako odběr z místa „shoulders“ uroteliálního karcinomu – tedy vlastně odběr z velmi periferních partií low grade neinvazivního uroteliálního papilárního karcinomu, kde není vlastní morfologie nádoru pěkně patrná/zcela vyjádřena).

V rámci neinvazivních lézí si též letmý komentář zaslouží neinvazivní high grade plochá léze urotelu – **uroteliální carcinoma in situ (CIS)**. Z pohledu patologa existuje řada morfologických subtypů uroteliálního CIS (1, 11), jejich rozeznávání však nemá žádný klinický význam a pro urologa je tak zcela nepodstatné. Je však třeba upozornit na jeden lehce zavádějící pojem vyskytující se v nové WHO klasifikaci právě v souvislosti s rozlišováním různých subtypů CIS – morfologický subtyp označovaný jako „denuding cystitis/clinging CIS pattern“. Je třeba rozlišovat tento „denuding cystitis/clinging pattern CIS“ (vyznačující se výrazně dyskohezivním způsobem růstu, „olupováním“ jednotlivých high grade atypických buněk až téměř kompletní či úplně kompletní denudací/„olupáním“/chybění high grade dysplastického epitelu CIS) od léze označované jako „denudující cystitida“. Pojem „denudující cystitida“ je některými patologi používán v situaci, kdy posuzují studenou biopsii od pacienta, kde povrchový urotel kompletně chybí (nejčastěji je arteficiálně stržen při odběru) (12). V takovémto případě patolog nemůže hodnotit eventuální přítomnost high grade atypií uroteliálních buněk (při absenci urotelií) a tedy není schopen nepřítomný urotel posoudit – v takovéto situaci někdy sáhne k diagnóze „denudující cystitida“. Pro urologa by pak diagnóza „denudující cystitida“ měla být sig-

nálem, že urotel (a eventuální atypie urotelu) nebyl ve vzorku zastížen a patolog není schopen potvrdit ani vyloučit možnou přítomnost high grade ploché léze urotelu. Pojmy „denudující cystitida“ a „denuding cystitis/clinging pattern CIS“ tak nejsou jedno a to samé a je třeba mezi nimi rozlišovat – „denudující cystitida“ vyjadřuje nejistotu patologa a nemožnost objektivně a s jistotou posoudit zasláný vzorek, naopak „denuding cystitis/clinging pattern CIS“ je pojem jasně označující přítomnost uroteliálního CIS u pacienta.

Invazivní uroteliální karcinom je notoricky znám svou možnou heterogenitou morfologického vzhledu, existencí divergentních diferenciací a histologických subtypů. To vše jsou aspekty důležité zejména pro hodnotícího patologa, neboť znalost morfologického spektra dané léze patologem je základem pro správné stanovení diagnózy uroteliálního karcinomu (uroteliální karcinom s divergentní diferenciací dokáže věrně napodobovat např. primární dlaždicobuněčný karcinom či adenokarcinom, některé subtypy uroteliálního karcinomu dokonce můžou být snadno mylně diagnostikovány jako léze benigní – tzv. nested subtyp uroteliálního karcinomu). Přítomnost jiné než „tradiční“ morfologie uroteliálního karcinomu je však i důležitým gradovacím parametrem – všechny uroteliální karcinomy s divergentní diferenciací a subtypy uroteliálního karcinomu by měly být nově automaticky klasifikovány jako high grade tumory. Zároveň, z pohledu urologa, je důležitým faktem, že některé subtypy uroteliálních karcinomů jsou považovány za agresivnější a často již v době diagnózy high-stage tumory. V rámci subtypů uroteliálního karcinomu nedošlo s novou klasifikací ke změně (rozlišujeme subtyp mikropapilární, nested, tubulární a mikrocystický, large nested, plazmocytoidní, sarkomatoidní, lipid-rich, lymphoepithelioma-like, světlobuněčný, obrovskobuněčný a špatně diferenciovaný). Pokud uroteliální karcinom vykazuje i jinou morfologii než tu „tradiční“, tj. je/jsou přítomny některé ze subtypů či diferenciací, informace by se měla objevit v popisu histologie se snahou o procentuální kvantifikaci. I když je známým faktem, že většina invazivních uroteliálních karcinomů spadá do high