

grade spektra, i nadále zůstává v platnosti doporučení WHO gradovat i invazivní karcinom (opět však absentují diagnostická kritéria pro low grade invazivní uroteliální karcinom).

Dlaždicobuněčné/skvamózní neoplazie vyskytující se v močovém traktu jsou oproti výše komentovaným uroteliálním lézím výrazně vzácnější. Jejich klasifikace se ve srovnání s předchozí WHO (z roku 2016) prakticky nemění – rozlišuje se „čistý uroteliální dlaždicobuněčný karcinom (SCC) močového traktu“, „verrukózní karcinom močového měchýře“ a „dlaždicobuněčný papilom močového traktu“ (1). Ačkoli je doporučován grading SCC v močovém traktu, WHO jasně nestanovuje gradingový systém a jeho kritéria (pouze doporučuje rozlišovat dobře/středně/špatně diferencovaný SCC). Grading SCC močového traktu patrně nebude mít žádný klinický význam. Asi nejdůležitější je však odlišit primární „čistý“ SCC od uroteliálního karcinomu s divergentní (skvamoidní) diferenciací, který je výrazně častější a při predominantní přítomnosti skvamózní komponenty dokáže SCC věrně napodobovat.

Glandulární neoplazie, mezi které patří primární adenokarcinomy (rozlišujeme enterický/ kolonický typ, mucinózní/koloidní typ, adenokarcinom z prstenčitých buněk, smíšený typ a blíže nespecifikovaný typ/NOS) a vilózní (event. zcela vzácný tubulární) adenom, nedoznaly prakticky žádných změn. Gradingový systém u adenokarcinomů i nadále není stanoven (využívá se klasifikace na dobře/středně/špatně diferencované podle cytologických charakteristik). Opět nejdůležitější je u těchto adenokarcinomů odlišit vzácné primární adenokarcinomy od uroteliálního karcinomu s mohutnou divergentní (glandulární) diferenciací a zejména pak i od možného sekundárního postižení urotraktu adenokarcinomem z jiných lokalit (tj. prorůstání adenokarcinomu per continuitatem z okolí – tj. zejména z kolorekta, či možnost distantní metastázy ze vzdálených lokalit).

Dělení a základní charakteristiky **karcinomu urachu** zůstávají oproti dřívější WHO klasifikaci nedotčeny (Tab. 2) – i nadále je diagnóza karcinomu urachu určena per exclusionem po korelaci klinických a radiologických nálezů (Obr. 2). V rámci

Tab. 2. Přehled klasifikace urachálního karcinomu (1)

Tab. 2. *Urachal carcinoma classification (1)*

Urachální karcinom
Adenokarcinom – necystický
Enterický (intestinální)
Mucinózní (koloidní)
Z prstenčitých buněk
NOS
Smíšený
Adenokarcinom – cystický
Mucinózní cystický tumor s nízkým maligním potenciálem
Mucinózní cystadenokarcinom (tvoří spektrum s mucinózním cystadenomem)
Uroteliální karcinom
Dlaždicobuněčný karcinom
Neuroendokrinní karcinom
Smíšený karcinom

stagingu léze se upřednostňuje Sheldonův stagingový systém (z roku 1984) (13) před TMN systémem (14).

Nově vyčleněnou jednotkou WHO klasifikace je **divertikulární karcinom**, jednotka jejíž diagnostickou modalitou je vznik tumoru v divertiklu/ech močových cest. Jednotka „divertikulární karcinom“ je vlastně heterogenní skupinou zahrnující spektrum různých histologických typů neoplazií, jejichž společným jmenovatelem je právě přítomnost a vznik v oblasti divertiklu (1). Důležitým konstatováním je fakt, že divertikl močových cest nikdy neobsahuje svalovinu (muscularis propria/detrusor), proto stadium pT2 u divertikulárních karcinomů nelze stanovit (15). To je patrně i důvod, proč byla tato jednotka vyčleněna jako samostatná kategorie.

Kategorie „neuroendokrinní neoplazie“ a „mezenchymální tumory“ nefigurují v nové WHO jako kapitoly v sekci nádorů vývodných cest, ale byly WHO vyčleněny a předrženy jako samostatné kapitoly pojednávající o neuroendokrinních a mezenchymálních tumorech v rámci celého genitourinárního (GU) traktu. V rámci neuroendokrinních tumorů (mezi nimiž rozlišujeme dobře diferencovaný neuroendokrinní tumor/NET, malobuněčný neuroendokrinní karcinom, velkobuněčný neuroendokrinní karcinom a smíšená neuroendokrinní neoplazie (1)) si komentář zaslouží nově zavedený