

titou (což však není novinkou tohoto vydání WHO, ale pozůstatek změn dřívějších). Absence LGPIN je primárně dána neschopností histologicky identifikovat LGPIN jako lézi odlišnou od benigní glandulární hyperplazie prostaty. Užití termínu prostatické intraepiteliální neoplazie (PIN) je tak omezeno pouze na high-grade prostatickou intraepiteliální neoplazii (HGPIN). V rámci HGPIN jsou patologie rozlišovány různé histologické subtypy (mikropapilární, plochý, trsovitý/tufting, malobuněčný, „signet-ring“, „foamy“, mucinózní, invertovaný patern, HGPIN se skvamózní diferenciací) (3). Z klinického hlediska nemá toto členění význam. Z pohledu patologa je však znalost morfologického spektra důležitá pro správné stanovení diagnózy. Jeden z dříve popisovaných podtypů HGPIN, tzv. kribriformní podtyp, dle současné klasifikace již není řazen mezi HGPIN, ale nově inkorporován do tzv. atypických intraduktálních proliferací. Označení „atypická intraduktální proliferace“ je kategorie vágní definice i významu s otazným vztahem k intraduktálnímu karcinomu prostaty (IDC-P) (3) (viz níže).

INTRADUKTÁLNÍ KARCINOM PROSTATY (IDC-P)

Nová WHO klasifikace se výrazněji věnuje otázce intraduktálního karcinomu prostaty (IDC-P). Základní definicí IDC-P je přítomnost nádorové proliferace postihující preformované duktální a acinární struktury, kde tato neoplastická proliferace je cytologicky a architektonicky „až příliš“ na pouhý HGPIN. Tato definice je krkolomná nejen z pohledu urologa, ale i pro diagnostikující pathology. V drtivé většině případů je přítomnost IDC-P asociována s přítomností high grade a high stage prostatického adenokarcinomu (4). U většiny případů IDC-P je tak předpokládáno, že IDP-C se vyvine jako pozdní progresse tumoru, kde se high-grade invazivní karcinom prostaty šíří (kolonizuje) benigními prostatickými dukty nebo aciny, které tapetuje (4, 5). U minoritní části IDC-P se však ani v materiálu z radikální prostatektomie neprokáže současně se vyskytující přítomnost invazivního karcinomu a v těchto případech je

pak polemizováno, zda IDC-P nemůže mít v některých případech pouze povahu jakéhosi prekursoru či „in situ“ karcinomu. Tyto dvě literaturou dobře zdokumentované situace výskytu IDC-P pak podporují současnou domněnku, že IDC-P může představovat dvě biologicky odlišné entity (tj. majoritní část IDC-P asociovaná s invazivním high grade karcinodem a minoritní část IDC-P bez přítomnosti invazivního karcinomu prostaty) (6). Obecně však panuje shoda o IDC-P jako negativním prognostickým faktoru a tedy o nutnosti jeho přítomnost reportovat v patologické zprávě (jak v punkční biopsii, tak v preparátech radikální prostatektomie) (3, 7). Přítomnost IDC-P koreluje s vyšším gradem tumoru, větším objemem nádorové tkáně, vyšší pravděpodobností extraprostatického šíření a invaze do semenných váčků, i s rizikem metastáz do lymfatických uzlin (8). Je také spojen s biochemickou recidivou a mortalitou specifickou pro karcinom po radikální prostatektomii (8).

Velkou kontroverzi v patologii IDC-P představuje neshoda odborných patologických společností (ISUP/GUPS), zda má být přítomnost IDC-P zahrnuta do určování Gleasonovo gradu a celkového skóre. V roce 2014 ISUP doporučil IDC-P bez invazivního karcinomu nepřidělovat Gleason grade (9). V roce 2016 4. edice WHO klasifikace sdílela identický přístup, IDC-P do Gleason skóre nezahrnovat. V posledních letech je živě diskutováno začlenění IDC-P do Gleasonova skóre (GS)/WHO gradingu (tzv. grade group/GG) v případech, že je spojen s nálezem invazivního karcinomu. Stěžejní limitací je však fakt, že identifikace IDC-P a odlišení od invazivního adenokarcinomu prostaty v základním barvení hematoxylinem-eosinem (HE) je bez použití imunohistochemických barvení (které však zvyšují celkové náklady na vyšetření) často velmi náročné, někdy až nemožné. Přítomnost IDC-P je však jednoznačně považována za negativní prognostický znak, je tedy nutno jeho přítomnost minimálně reportovat (10). To, jestli IDC-P bude v histologickém nálezu zahrnuto v GS a GG, však už víceméně záleží pouze na hodnotícím patologovi, neboť WHO 2022 mu v tomto ohledu dává relativně volnou ruku, ovšem s jasnými pravidly. WHO zavádí nutnost používat