

doporučení jedné z GU patologických společností (GUPS, ISUP) z roku 2019. Doporučení ISUP pak inkorporují IDC-P do GS v případě, že je asociován se současnou přítomností invazivního adenokarcinomu ve vzorcích (7), naopak doporučení GUPS zastávají názor, že IDC-P nemá být začleněn do GS a tedy i GG (3). Patolog by měl vždy ve svém histologickém reportu uvádět, podle kterého doporučení při určování GS a GG postupoval.

ATYPICKÁ INTRADUKTÁLNÍ PROLIFERACE (AIP)

Atypická intraduktální proliferace (AIP) je 5. vydáním WHO a ve „white paper“ z roku 2019 (doporučení společnosti GUPS) zavedený vágní deskriptivní termín, kterým by měly být označovány léze u nichž míra cytologických a architektonických atypií ještě nedosahuje kvalit IDC-P, na stranu druhou, jsou „až příliš na pouhou“ diagnózu HG-PIN (3). Nově jsou tak pod tento název řazeny jednak kribriformní proliferace bez výrazných jaderných atypií a nekroz a též léze v minulé WHO klasifikaci označovaná jako kribriformní pattern HGPIN. Z praktického pohledu na věc – existují domněnky, že AIP může být potenciální marker „unsampled“ HG prostatického adenokarcinomu (3, 11, 12) a možná i jakýsi mezikrok k rozvoji IDC-P (5, 12). I proto je asi nejlepším klinickým přístupem u případů s AIP sledování pacienta a brzká rebiopsie (12, 13).

ACINÁRNÍ ADENOKARCINOM PROSTATY

5. vydání WHO klasifikace v rámci skupiny acinárního prostatického adenokarcinomu rozpoznává několik morfologických/patologických patternů a subtypů. Pro urologickou praxi nemá jejich rozlišování přílišný význam, neboť pouze ojedinělé velmi vzácné subtypy jsou asociovány s agresivním chováním (např. pleomorfní obrovskobuněčný adenokarcinom, sarkomatoidní adenokarcinom). Nově je do skupiny acinárního

prostatického adenokarcinomu inkorporován morfologický subtyp adenokarcinomu – tzv. PIN-like adenokarcinom, který byl dříve považován za podtyp duktálního karcinomu prostaty (11). Jiné výraznější změny v rámci této entity nová „modrá kniha“ nepřináší.

DUKTÁLNÍ ADENOKARCINOM PROSTATY

Téma duktálního adenokarcinomu prostaty je z některých autorů lehce kontroverzní. Diskuzi vyvolává zejména možnost reklasifikace a event. zahrnutí duktálního adenokarcinomu do skupiny „acinárního prostatického adenokarcinomu prostaty“ (jako jeden z jeho dalších možných podtypů). To je primárně podmíněno i skutečností, že v drtivé většině případů je duktální adenokarcinom přítomen v materiálu současně s acinárním adenokarcinomem (14). Zároveň bylo některými studiemi prokázáno, že duktální a acinární adenokarcinom vznikající u jednoho pacienta jsou klonálně příbuzné (15). Existují však též studie prokazující, že v přítomnosti a frekvenci některých specifických molekulárních alterací se obě jednotky mohou lišit (11). Proti slučování obou jednotek nicméně hovoří i fakt, že duktální adenokarcinom má odlišné klinické chování (často vytváří intrauretrální masu, je asociován s více agresivním průběhem a má sklon k lehce odlišnému metastazování – do plic, jater, mozku a kůže) a vykazuje nižší odpověď na androgen deprivaci terapii (ADT) (16, 17). Hladiny PSA jsou u pacientů s duktálním adenokarcinomem variabilní, většinou nižší (18).

V 5. vydání WHO klasifikace tak byl duktální adenokarcinom prostaty zatím stále ponechán jako samostatný typ karcinomu prostaty. Diagnóza „duktálního prostatického adenokarcinomu“ je rezervována pouze pro radikální prostatektomie, kde duktální komponenta/morfologie tvoří > 50 % (procento duktální komponenty by mělo být reportováno). V případě záhytu duktální komponenty v punkční biopsii prostaty je doporučováno reportovat spíše jako „adenokarcinom s duktálními rysy“.