

těchto gradů činní $> 5\%$ z celkového objemu tumoru. Pokud Gleason pattern 4 / 5 představuje v radikální prostatektomii $\leq 5\%$, pak má být reportován jako terciální/minoritní Gleason patterns 4 a 5 a nemá být započítán v konečném GS a GG. Jak už bylo řečeno výše – ISUP doporučuje inkorporovat IDC-P se současně přítomným invazivním prostatickým adenokarcinomem do GS a GG, IDC-P bez současně se vyskytujícího invazivního adenokarcinomu naopak negradovat. GS a GG by měl být reportován pro každou lokalitu souhrnně (tj. např. souhrnně pro levý a pravý lalok prostaty u systematických biopsií či souhrnně pro každé ložisko na MRI při cílené fuzní biopsii). Zároveň by jak v punkcích, tak i v radikálních prostatektomiích měla být v histologické zprávě explicitně zmíněna přítomnost IDC-P a invazivního adenokarcinomu s kribriformním patternem Gleason gradu (7).

GUPS při stanovování Gleasonova gradu 4 v rámci punkčních biopsií doporučuje udávat procento zastoupení tohoto patternu u GG 2 a 3. Preferovanou metodou je udávat procentuální zastoupení v pevně stanovených mezích ($\leq 5\%$, $\leq 10\%$ a dále pak v násobcích 10 %). Terciální/minoritní (3. nejčastější) Gleason pattern 5 v biopsii by měl být vždy započítán do celkového GS společně s primárním patternem. GUPS zároveň v radikálních prostatektomiích upřednostňuje termín „minoritní terciální pattern 5“ před pojmem „terciální grade 5“. Tento „minoritní terciální pattern 5“ má být užíván jen u radikálních prostatektomií pouze pro GG 2 a 3 ($3 + 4 = 7$, $4 + 3 = 7$). Jako cut off pro „minoritní terciální pattern 5“ je v těchto případech opět užívána hranice 5 % (přítomnost $> 5\%$ Gleason patternu 5 je považována za sekundární Gleason pattern a započítána do GS, Gleason pattern $\leq 5\%$ je udáván jako minoritní terciální pattern 5). Dle GUPS u GS $3 + 3 = 6$ a $4 + 4 = 8$ „minoritní terciální pattern“ neexistuje, neboť GUPS vyžaduje pro diagnózu „minoritního terciálního patternu“ přítomnost tří různých Gleason gradů (tj. lze ho užít jen v kategorii $3 + 4 = 7$ a $4 + 3 = 7$). Stejně jako ISUP i GUPS doporučuje explicitně reportovat přítomnost kribriformního subtypu Gleason gradu 4. IDC-P nemá být dle GUPS doporučení započítáván do celkového GS a GG (3).

ZÁVĚR

Páté vydání WHO klasifikace tumorů urogenitálního traktu v klasifikaci karcinomu prostaty zahrnuje několik významných změn. Dochází k expanzi kapitoly o IDC-P, kde jsou popsány dvě odlišné entity (IDC-P asociován s invazivním karcinomem prostaty a IDC-P bez přítomnosti invazivního karcinomu prostaty). IDC-P je považován za negativní prognostický faktor a je nutné jeho přítomnost v patologické zprávě reportovat. Mezi další změny, které mají dopad na klinickou praxi patří termín prostatická intraepiteliální neoplazie (PIN), který je rezervovaný pouze pro high grade léze, tudíž termín LGPIN již v klasifikaci nenajdeme. Nově je do kapitoly o atypické intraduktální proliferaci (AIP) zařazený kribriformní pattern (dříve jako podtyp HGPIN) a pro klinika-urologa nejlepším postupem u případů AIP je pacienta indikovat k časně re-biopsii prostaty, jelikož tato léze může značit jakýsi mezikrok k rozvoji IDC-P. Další recentně popsanou entitou je neuroendokrinní karcinom prostaty spojený s léčbou (t-NEPC), který se rozvine u pacientů na androgen deprivaci terapii (ADT) (nejčastěji ARTA preparátech, jako je abirateron-acetát nebo enzalutamid), a to v průměru < 24 měsíců po zahájení terapie, postihuje až 17 % pacientů v mCRCP. Tvorbu 5. edice WHO klasifikace i rutinní diagnostiku komplikuje neshoda odborných patologických genitourinárních společností (ISUP, GUPS), které mají v mnoha ohledech odlišná pravidla, a to i pro určování gradingu (GS a GG). Z tohoto hlediska WHO nedává jasná doporučení, patolog zde má prakticky volnou ruku, podle které výše zmíněné odborné společnosti bude popisovat a reportovat, jen je nutné specifikovat, které doporučení bylo pro grading použito.

Některá kontroverzní témata však nelze na základě aktuálně dostupných dat zcela uzavřít. Je však pravděpodobné, že budoucí studie poskytnou další důkazy a podepíší se na vzhledu následující „Blue Book“. I přes rozvíjející se zobrazovací technologie (magnetická rezonance, specifické radiotracery pro prostatu) je diagnostika prostatického adenokarcinomu stále založena na histologické verifikaci.