

s cisplatinou, jejichž výsledky budou známy v nejbližších letech. Obzvláště očekávány jsou výsledky neoadjuvantního režimu PD1 inhibitoru pembrolizumab s konjugátem protilátky a léčiva enfortumab vedotin, jelikož tato kombinace dosáhla v nedávné studii dvojnásobného prodloužení mediánu přežití ve srovnání se standardní chemoterapií v první linii metastatického onemocnění (18).

Limitací naší studie je její retrospektivní povaha a relativně malé velikosti podskupin s/bez lymfadenopatie. Dále lze uvažovat, jak přesný je vstupní klinický staging uzlinového postižení pomocí CT, kdy onkologické výsledky u obou skupin cN0 i cN+ mohou být pozitivně ovlivněny Will-Rogersovým fenoménem podle toho, do které kategorie pacienty zařadíme. Protiargumentem je vysoká specifita CT pro posouzení lymfadenopatie (19) a srovnatelné pětileté CSS u cN1 a cN2–3 pacientů, z čehož předpokládáme, že i u pacientů s minimálním uzlinovým postižením dle CT (cN1) se skutečně jednalo o uzlinové metastázy. K pozitivům studie bychom

přičetli, že soubor pacientů pochází z jednoho terciárního centra a aplikované postupy a léčba byla poměrně homogenní v celém souboru.

ZÁVĚR

V našem limitovaném souboru 100 pacientů s invazivním nádorem měchýře, kteří byli léčeni neoadjuvantní chemoterapií s následnou radikální cystektomií, jsme prokázali, že lze dosáhnout výborných onkologických výsledků u klinicky lokalizovaného onemocnění. I v případě klinické lymfadenopatie přežívá 5 let až polovina nemocných. Dosažení odpovědi na chemoterapii a nepřítomnost lymfadenopatie v čase diagnózy významně snižují riziko recidivy. Současné klinické prediktory odpovědi na chemoterapii jsou nedostatečné a je nutný vývoj nových biomarkerů, které umožní identifikovat ty správné respondery a selektovat tak podání NACH.

LITERATURA

1. Motterle G, Andrews JR, Morlacco A, et al. Predicting Response to Neoadjuvant Chemotherapy in Bladder Cancer. *European Urology Focus*. 2020; 4(6): 642–649.
2. Stein JP, Lieskovsky G, Cote R, et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1,054 patients. *J Clin Oncol*. 2001; 19(3): 666–675.
3. Dash A, Galsky MD, Vickers AJ, et al. Impact of renal impairment on eligibility for adjuvant cisplatin-based chemotherapy in patients with urothelial carcinoma of the bladder. *Cancer*. 2006 Aug 1; 107(3): 506–13. doi: 10.1002/cncr.22031.
4. Witjes AJ, Bruins MH, Carrión A, et al. European Association of Urology Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer: Summary of the 2023 Guidelines. *Eur Urol*, in press. doi: 10.1016/j.euro.2023.08.016.
5. Culp SH, Dickstein RJ, Grossman HB, et al. Refining patient selection for neoadjuvant chemotherapy before radical cystectomy. *J Urol*. 2014 Jan; 191(1): 40–7. doi: 10.1016/j.juro.2013.07.061.
6. Advanced Bladder Cancer (ABC) Meta-analysis Collaboration. Neoadjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: update of a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Eur Urol*. 2005; 48: 202–5.
7. Grossman HB, Natale RB, Tangen CM, et al. Neoadjuvant chemotherapy plus cystectomy compared with cystectomy alone for locally advanced bladder cancer. *N Engl J Med*. 2003; 349: 859–866.
8. Sherif A, Holmberg L, Rintala E, et al. Neoadjuvant cisplatin based combination chemotherapy in patients with invasive bladder cancer: a combined analysis of two Nordic studies. *Eur Urol*. 2004; 45: 297–303.
9. Griffiths G, Hall R, Sylvester R, Raghavan D, Parmar MK. International phase III trial assessing neoadjuvant cisplatin, methotrexate, and vinblastine chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer: long-term results of the BA06 30894 trial. *J Clin Oncol*. 2011; 29(16): 2171–2177.