

pozorovat nárůst incidence KMM. Od tohoto roku je incidence konstantní, v roce 2020 dosáhla hodnoty 21,01 pacientů na 100 000 obyvatel. Mortalita setrvává na 8,36 úmrtí na 100 000 obyvatel v roce 2020 (2).

Většina KMM (75 %) je v době diagnózy ve stadiu svalovinu detruzoru neinfiltrovaných tumorů (pTa, pT1, CIS) (1). Stadium pT1 je definováno jako nádor invadující do subepiteliálního pojiva, bez invaze do musculus detruzor. V případě průkazu nádoru pT1 je indikováno provedení druhé doby TUR s odstupem 2–6 týdnů po primárním výkonu. Důvodem je až 50% riziko perzistence nádoru po primárním výkonu či prokázání tumoru infiltrujícího svalovinu detruzoru (stadium pT2 a více) (3). Nejčastěji je zachycen nádor ve spodině či okraji resekce po primárním transuretrálním výkonu (86 %), méně často pak na jiném místě nežli v místě primární resekce (4).

Pro skupinu svalovinu neinfiltrovaných nádorů je charakteristická vysoká četnost recidiv, která v nejrizikovější skupině KMM v rámci dlouhodobého sledování dosahuje 70 až 80 % (2). Ke snížení četnosti recidiv a případnému snížení rizika progresu onemocnění je u všech pacientů indikována adjuvantní intravezikální léčba – chemoterapie či imunoterapie, dle příslušné rizikové skupiny (3).

Cílem této práce je zhodnotit prognostický význam negativního/pozitivního nálezu při reTUR a bezpečnost provádění vícečetné reTUR u pacientů s T1 KMM.

METODA

Do retrospektivní studie bylo zařazeno celkem 363 pacientů s nově diagnostikovaným T1 uroteliálním KMM mezi lety 2001–2022. Standardně byla v případě nálezu pT1 nádoru indikována reTUR až do doby výsledné histologie pTa nebo CIS nebo do diagnózy svalovinu infiltrujícího nádoru (stadium pT2 a více). Studie zahrnuje i období, kdy provedení reTUR nebylo součástí běžné klinické praxe, proto u 103 pacientů reTUR nebyla provedena. Pacienty jsme sledovali podle standardního protokolu uvedeného v doporučení Evropské urolo-

gické asociace (EAU) (3). U pacientů jsme hodnotili celkové přežití (OS), pro nemoc specifické přežití (DSS), období bez progresu (PFS) a období bez recidivy (RFS). Progresi onemocnění jsme definovali jako nález svalovinu detruzoru infiltrujícího nádoru nebo nález vzdálených metastáz. Za recidivu byl považován návrat KMM stadia Ta, T1 či CIS. V rámci hodnocení OS jsme nerozlišovali mezi úmrtím pacienta kvůli progresi KMM či z jiných příčin. Ke srovnání jednotlivých skupin dle počtu reTUR byla použita Kaplan-Meierova metoda odhadu distribuční funkce přežití. Vliv jednotlivých faktorů jsme testovali pomocí Log-rank testu, Wilcoxonova testu a Coxova regresního modelu. Prognostický význam hodnocených faktorů, mezi něž patřila hloubka nádorové invaze, míra histologické diferenciaci, přítomnost CIS, podání intravezikální chemoterapie, podání intravezikální léčby vakcínou BCG (Bacillus Calmette-Guérin), počet instilací a podání pokračovací léčby u BCG vakcíny, byl vyjádřen pomocí Hazard Ratio. Statistická významnost byla stanovena na hranici $\alpha = 5\%$.

Pro statistickou analýzu jsme použili software SAS 9.3 (Cary, NC, USA).

VÝSLEDKY

Charakteristika souboru 363 pacientů s nově diagnostikovaným T1 uroteliálním karcinomem močového měchýře je uvedena v tabulce 1. Celkem u 103 pacientů nebyla provedena reTUR. Z celkového počtu 260 pacientů, kteří podstoupili alespoň jednu dobu reTUR, absolvovalo 229 pacientů jednu dobu reTUR, 25 pacientů podstoupilo dvě doby reTUR, čtyři pacienti tři doby reTUR a dva pacienti čtyři doby reTUR. Medián sledování v celém souboru byl 5,3 let.

Při srovnání skupin pacientů bez provedené reTUR se skupinou s jednou reTUR, s dvěma reTUR a s třemi a více reTUR jsme nezjistili významné rozdíly v OS, DSS ani PFS (Obr. 1).

Přežití bez recidivy se při srovnání jednotlivých skupin pacientů bez reTUR, s jednou a se dvěma a více reTUR významně prodlužovalo s počtem provedených výkonů ($p = 0,0224$) (Obr. 2).