

V době první, druhé a třetí reTUR jsme zkoumali prognostický význam následujících parametrů – hloubka nádorové invaze, míra histologické diferenciace, přítomnost CIS, podání intravezikální chemoterapie, podání intravezikální léčby vakcínou BCG, počet instilací, podání pokračovací léčby u BCG vakcíny. Mezi nejvýznamnější faktory ovlivňující OS a PFS u pacientů s jednou a více reTUR patřila léčba vakcínou BCG (Tab. 3, Obr. 3).

Nález karcinomu během první a druhé reTUR přinášel nezávislou prognostickou informaci stran rizika budoucí recidivy KMM (Log-rank test, $p = 0,038$ a $p = 0,01$).

Z celkového počtu 363 pacientů byla intravezikální vakcína BCG podána u 147 pacientů, intravezikální chemoterapie u 26 pacientů, bez adjuvantní intravezikální léčby zůstalo 180 pacientů. Celkem deset pacientů bylo vyloučeno z analýzy, u jednoho jsme neměli dostupná data o intravezikální léčbě, u zbylých nebyl podán dostatečný počet výplachů (šest u BCG, čtyři u intravezikální chemoterapie). Při srovnání jednotlivých skupin podle druhu podané adjuvantní intravezikální léčby, tj. BCG oproti intravezikální chemoterapii oproti žádné léčbě, jsme zjistili významný rozdíl ve prospěch intravezikální léčby (BCG, intravezikální chemoterapie) u DSS ($p = 0,0006$), PFS ($p = 0,0014$) a RFS ($p < 0,0001$). Celkové přežití nebylo v našem souboru intravezikální léčbou významně ovlivněné ($p = 0,1426$). V multivariantní analýze bylo podání intravezikální léčby vakcínou BCG jediným nezávislým prognostickým faktorem ve vztahu k OS a PFS (Tab. 3).

Vliv počtu provedených reTUR na prognózu jsme rovněž hodnotili na homogenním souboru

147 pacientů léčených intravezikální vakcínou BCG, která je v současné době považována za standardní způsob léčby u T1 uroteliálních karcinomů. Při srovnání skupin pacientů bez reTUR, s jednou reTUR, dvěma reTUR a třemi a více reTUR jsme nezjistili významný rozdíl v OS ($p = 0,7207$), DSS ($p = 0,7479$), PFS ($p = 0,7604$) ani RFS ($p = 0,8547$). Soudíme tedy, že provedení vícečetné reTUR u pacientů s T1 uroteliálním karcinomem není spojeno s horší prognózou.

DISKUZE

Součástí standardní léčby T1 uroteliálního KMM je v případě nálezu pT1 nádoru provedení druhé doby TUR s odstupem 2–6 týdnů po primárním výkonu (3). V naší práci jsme na křivce OS ukázali, že rizika spojená s opakováním endoskopického

Tab. 1. Charakteristika souboru

Tab. 1. Characteristics of the group

celkem pacientů	363
muži/ženy, počet	272/91
věk, průměr	69,5
bez reTUR, počet (%)	103 (28)
1× reTUR, počet (%)	229 (63)
2× reTUR, počet (%)	25 (7)
3× reTUR, počet (%)	4 (1)
4× reTUR, počet (%)	2 (1)
adjuvantní CHT, počet	35
adjuvantní BCG, počet	160
bez adjuvantní léčby	168

TUR – transuretrální resekce, CHT – chemoterapie, BCG – Bacillus Calmette–Guérin

Tab. 2. Srovnání skupin podle počtu dob reTUR, Kaplan-Meierova metoda odhadu distribuční funkce přežití, Log-rank test

Tab. 2. Comparison of groups according to the number of reTUR periods, Kaplan-Meier method of estimating the survival distribution function, Log-rank test

Počet dob reTUR	OS	DSS	PFS	RFS
0 vs. 1× vs. 2× vs. ≥ 3×	$p = 0,3852$	$p = 0,4531$	$p = 0,4951$	$p = 0,0501$
0 vs. 1× vs. ≥ 2×	$p = 0,2968$	$p = 0,2692$	$p = 0,5303$	$p = 0,0224$
0 vs. ≥ 1×	$p = 0,2205$	$p = 0,9747$	$p = 0,3249$	$p = 0,0061$
1× vs. 2×	$p = 0,5773$	$p = 0,1460$	$p = 0,9827$	$p = 0,6088$
2× vs. 3×	$p = 0,2895$	nehodnotitelné	$p = 0,2512$	$p = 0,2512$

OS – overall survival, DSS – disease specific survival, PFS – progression free survival, RFS – recurrence free survival, TUR – transuretrální resekce