

Hlavní téma – Digestivní endoskopie

Vážení čtenáři,

právě otevíráte číslo časopisu Vnitřní lékařství, které obsahuje několik článků na téma digestivní endoskopie. Dovolte mi, abych je pro vás krátce komentoval.

L. Kunovský se zabývá problematikou diagnostiky karcinomu pankreatu (KP). Incidence tohoto onemocnění ve vyspělých zemích roste. V České republice se podle údajů ÚZIS vyskytne asi 2 330 nových případů ročně, celoživotní riziko onemocnění je 1,6 %. KP se podle současných názorů vyvíjí postupně po dobu 10–15 let. Bohužel, v době klinické diagnózy se již často jedná o pokročilá stadia s nepříznivou prognózou. Nejvýznamnějším prognostickým faktorem je velikost nádoru v okamžiku diagnózy. Zatímco při velikosti do 1 cm přežívá 5 let až 36 % nemocných, u nádorů větších 2 cm je to pouze 11 %. Nej přesnější zobrazovací metodou pro detekci malých KP je endoskopická ultrasonografie (EUS), negativní nález prakticky KP vylučuje. Kromě zobrazení ložiskové léze umožňuje EUS rovněž tenkojehlovou biopsii (FNB) k histologickému a/nebo cytologickému vyšetření. Zatímco v případě jednoznačného nálezu na CT není histologické ověření před chirurgickým výkonem potřebné, význam FNB je zásadní u CT přímo nezobrazitelných, tzv. izodenzních KP a dále před neoadjuvantní nebo paliativní onkologickou léčbou.

Snaha o záchyt časných stadií KP vede k úvahám o screeningu onemocnění. V současnosti není screening v populaci s běžným rizikem možný. US Preventive Service Task Force označil screening KP v roce 2019 jako nevhodný a potenciálně škodlivý a zařadil jej do kategorie D (not helpful, potential for significant harm). V souvislosti s časnou diagnostikou je pro internisty zajímavý vznik pankreatogenního (typ3c) diabetu mellitu jako paraneoplastického projevu. Porucha glukózové tolerance může předcházet rozvoji symptomů až o 3 roky a jsou hledány způsoby, jak této skutečnosti využít v klinické praxi. Při nemožnosti screeningu v běžné populaci se současné snahy gastroenterologů soustředí zejména na zkrácení období od symptomů k terapii, které je v některých případech nepřijatelně dlouhé z organizačních důvodů.

Přibližně 10 % onemocnění se vyskytne v rodinách s vysokým (> 5 %) celoživotním rizikem, které dokážeme identifikovat anamnesticky a pomocí genetického vyšetření. Například riziko nemocných s mutací STK11/LKB1 (Peutz–Jaghersův syndrom) je zvýšeno 133x, nositelé mutace BRCA2 onemocní 3–9x častěji. U těchto osob vedlo dlouhodobé (15 let) sledování metodami EUS a/nebo magnetickou rezonancí v jednorocím intervalu k časnému zachytu KP a prodloužení dožití.

Články P. Falta a I. Tachecí se zabývají endoskopickou léčbou časných nádorů trávicí trubice. Role digestivní endoskopie ve screeningu, diagnostice a terapii premaligních lézí je pevně etablovaná a má vynikající výsledky. Například screening kolorektálního karcinomu v České republice snížil incidenci tohoto onemocnění o 32 %. Metody koloskopie a endoskopická polypektomie jsou v jeho realizaci klíčové. Hlavním úkolem současné gastroenterologie je zvýšení počtu osob ve screeningu a diskutováno je snížení věkové hranice pro vstup do programu na 45 let. Endoskopická léčba karcinomů se rozvíjí až v posledních 20

letech a v současnosti lze hovořit o probíhající změně paradigmatu. Například v Japonsku bylo v roce 2017 endoskopicky vyléčeno 53 031 z celkového počtu 132 000 diagnostikovaných karcinomů žaludku. V našem geografickém prostoru se problematika týká zejména kolorektálního karcinomu a adenokarcinomu jícnu.

Základní úvaha spočívá v tom, že pokud karcinom léčíme ve stadiu, kdy nezakládá lymfatické metastázy, a zároveň dosáhneme R0 resekce endoskopicky, není důvod vystavovat nemocného potenciálním rizikům chirurgické léčby. Riziko lymfatických metastáz dokážeme endoskopicky odhadnout s přesností dostatečnou pro indikaci endoskopické resekce. Definitivně jej kvantifikuje histologické vyšetření (staging) resektované léze. Jsou-li histologická prognostická kritéria příznivá, nemocný je považován za vyléčeného, v opačném případě následuje chirurgická léčba s odstraněním lymfatických uzlin. Bylo prokázáno, že endoskopická léčba nemá vliv na kvalitu následného chirurgického zákroku. Výhodou endoskopického přístupu je minimální invazivita, zachování orgánu, vyšší kvalita života a nižší ekonomické náklady. Zvláště významné je jeho využití v geriatrické populaci, kdy u vysokého operačního rizika často připouštíme „relativní indikaci“. Riziko generalizace karcinomu je v těchto případech porovnáváno s rizikem chirurgické léčby a životní prognózou nemocného.

Endoskopická terapie časných nádorů má oporu v guidelines všech významných odborných společností a je podporována robustními daty ze studií, které ukazují, že při správné indikaci a technickém provedení se onkologické výsledky ve srovnání s chirurgickou léčbou neliší. Metody endoskopická slizniční resekce (EMR), endoskopická submukózní disekce (ESD) a endoskopická transmukózní (full-thickness) resekce (EFTR) jsou v naší zemi dostupné v potřebné kvalitě. Z těchto důvodů již endoskopickou léčbu v indikovaných případech nelze považovat za rovnocennou alternativu chirurgické, ale stává se metodou první volby. Není potřeba zdůrazňovat význam mezioborové spolupráce.

Moderní digestivní endoskopie se velmi rychle rozvíjí a vyžádala si centralizace složitých metod do personálně a technologicky dobře vybavených pracovišť. V naší zemi je ročně provedeno více než 700 tisíc endoskopických výkonů, za které plátcí zaplatí více než 1 miliarda korun. Česká gastroenterologická společnost v současné době realizuje projekt Center vysoce specializované péče pro digestivní endoskopie (výzva MZ podle § 112 zákona č. 372/2011 Sb. ze dne 26. 7. 2022), který zajistí zrychlení diagnostiky a kvalitní endoskopickou terapii pro jednotlivé spádové oblasti čítající 300 000 obyvatel. V těchto centrech budou vytvořeny podmínky pro každodenní mezioborovou spolupráci a kvalita péče bude auditována. Jedná se o zásadní reformní krok směřující k dalšímu zvýšení kvality digestivní endoskopie v naší zemi.

Vážení čtenáři, věřím, že se vám komentované články budou líbit a dále prohloubí vaše znalosti problematiky digestivní endoskopie.

doc. MUDr. Ondřej Urban, Ph.D.

Předseda ČGS ČLS JEP

2. interní klinika gastroenterologická a geriatrická

FN a LF UP Olomouc