

k významným změnám, které je nutno reflektovat v klinické praxi (54). Doporučený postup byl proto širokým autorským kolektivem doplněn, aktualizován a recentně publikován (55). V následujícím textu budou komentovány nejvýznamnější změny, ke kterým v současnosti došlo. Z praktických důvodů je problematika zjednodušena a rozdělena na tři části – indikace ke koloskopii, příprava ke koloskopii a terapeutická koloskopie.

Indikace ke koloskopii

Z pohledu indikace rozlišujeme koloskopie preventivní (u asymptomatických jedinců v rámci screeningu KRK po dosažení 50 let věku), dispenzární (po pozitivním nálezů preventivní koloskopie) a koloskopie u symptomatických nemocných. Hlavní změnou je posun v intervalech dispenzárních koloskopií. V současné době není po resekci 1–4 adenomů tračníku < 10 mm s LGIN (low-grade intraepitelial neoplasia) indikována (bez ohledu na přítomnost vilózní složky) dispenzarizace a osoba vstupuje zpět do screeningového programu za 10 let. V případě resekce ≥ 5 adenomů, ≥ 10 mm nebo s HGIN (high-grade intraepitelial neoplasia) je indikována dispenzární koloskopie provedená v intervalu 3 let. Obdobná doporučení (ve smyslu počtu, velikosti a přítomnosti dysplazie) platí i pro tzv. pilovité léze tračníku. Jako rizikové jsou v tomto případě identifikovány především sesilní pilovité léze s jakoukoliv dysplazií větší než 10 mm či nalezené v počtu ≥ 5. Pokud nedojde při první dispenzární koloskopii (po 3 letech) k nálezů vyžadujícímu další dispenzarizaci, je doporučena druhá dispenzární koloskopie za 5 let, a pokud při ní opět není zachycena léze vyžadující dispenzarizaci, vrací se nemocný do screeningového programu za 10 let (Obr. 4) (56). Důležité je také, že doporučení nově připouští v případě omezených kapacit programu navrácení nemocného do screeningu po první dispenzární koloskopii s nálezů nevyžadujícími dispenzarizaci až po 10 letech. Familiární KRK je nově definován přítomností KRK alespoň u dvou příbuzných 1. stupně nebo alespoň u jednoho příbuzného 1. stupně před dosažením věku 50 let a koloskopická dispenzarizace by měla být zahájena ve věku 40 let a dále prováděná v intervalu 5 let (57).

Příprava ke koloskopii

Standardem střevní očisty je rozdělené podání velko- nebo ma- loobjemových přípravků den před výkonem a ráno v den výkonu („split-dose“) nebo alternativně pro odpolední termíny podání celého objemu roztoku v den vyšetření („same-day“). Zahájení podávání poslední dávky přípravy je doporučeno 5 hodin a ukončení příjmu tekutin nejpozději 2 hodiny před začátkem vyšetření. Podání celé přípravy den před vyšetřením je nutno považovat za nedostatečné. Nově je ke střevní očistě doporučeno podání simetikonu (58). Kvalita střevní očisty by měla být rutinně sledována (nejlépe podle tzv. Bostonské škály) a pokud není dostatečná, je doporučeno časně opakování koloskopie – nejpozději však do 1 roku (59). K přípravě ke koloskopii patří i vedení antitrombotické léčby, ve kterém došlo v posledních letech k významným změnám. Příkladem je stratifikace terapeutických výkonů během koloskopie a provádění nízkorizikových intervencí bez vysazení antitrombotické léčby (u warfarinu při INR v terapeutickém rozmezí). Jedná se o diagnostickou koloskopii včetně biopsií a resekce lézí < 10 mm tzv. studenou kličkou, endoskopické hemostázy a značení tetovází. Dalším trendem je odkládání elektivních (nejčastěji resekčních) výkonů do doby s možnou bezpečnou redukcí antitrombotické léčby (typický příkladem je duální antiagregace po zavedení koronárních stentů nebo antikoagulace po tromboembolické příhodě), nepřemostování léčby warfarinem u nízkorizikových nemocných a těsná spolupráce s kardioangiologem a neurologem. O znovunasazení antitrombotické léčby po výkonech s vysokým rizikem krvácení individuálně rozhoduje terapeutický endoskopista dle hemoragického a tromboembolického rizika s tím, že terapeutické úrovně antikoagulace by nemělo být dosaženo dříve než za 48 hodin po výkonu (60).

Terapeutická koloskopie

Endoskopická resekce lokalizovaných neoplastických lézí kolorekta je metodou volby, která prakticky nahradila jejich chirurgickou léčbu. V současné době je k dispozici celá paleta propracovaných resekčních technik, jako je endoskopická polypektomie, endoskopická slizniční resekce (EMR), endoskopická submukózní disekce (ESD) a nejnověji

Obr. 4. Schéma endoskopické dispenzarizace osob zařazených v programu screeningu kolorektálního karcinomu

