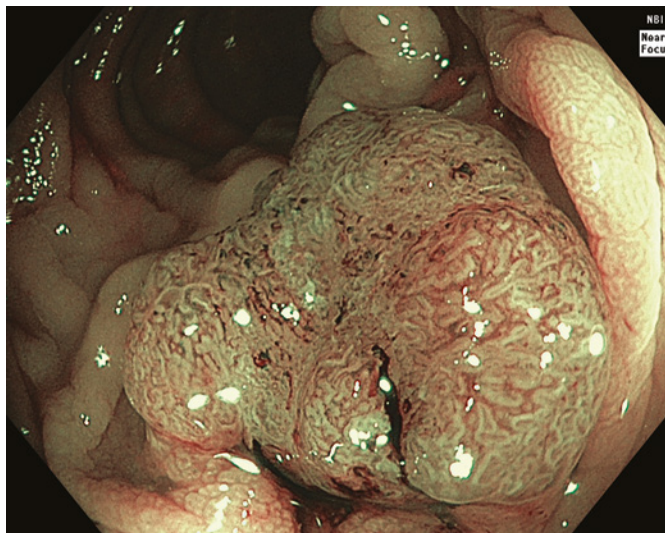


(0-Ip), polopřisedlé (0-Isp) nebo přisedlé (0-Is); a nepolypoidní léze (0-II), které svojí výškou nepřesahují 2,5 mm nad úroveň okolní sliznice. Nepolypoidní léze mají variantu lehce vyvýšenou (0-IIa), plochou (0-IIb) a lehce sníženou (0-IIc). Léze vyhloubené až ulcerované jsou označeny jako 0-III (19). Z Pařížské klasifikace vychází tzv. LST klasifikace nepolypoidních lézí  $\geq 10$  mm (Laterally Spreading Tumors), která rozlišuje řasu subtypů (LST-GH, LST-GM, LST-NGF, LST-NGPD) (20). Klíčové je, že velikost a morfologický typ léze koreluje s rizikem přítomnosti invazivního karcinomu. Například u lézí typu 0-IIa / LST-GH je riziko  $< 1\%$ , u lézí typu LST-GM 19% a léze typu 0-IIc / LST-NGPD jsou provázeny 45% a při velikosti  $\geq 30$  mm dokonce až 88% rizikem. Ložisko invazivního karcinomu je obvykle přítomno v polypoidní (0-Is) nebo naopak vkleslé části (0-IIc) lézí (21). Ze zvětšovací klasické chromoendoskopie vychází klasifikace vzoru epiteliálních jamek („pit pattern“) dle Kuda na povrchu lézí (typ I, II, IIIs, IIIl, IV, Vi, Vn), které koreluje s histologickou pokročilostí léze. Například typ Vi je typický pro adenomy s těžkou dysplazií až povrchově submukózně invadující

**Obr. 1.** Léze 0-IIa sigmoidea v módu NBI odpovídající typu 1 dle NICE / JNET klasifikace, histologicky hyperplastický polyp



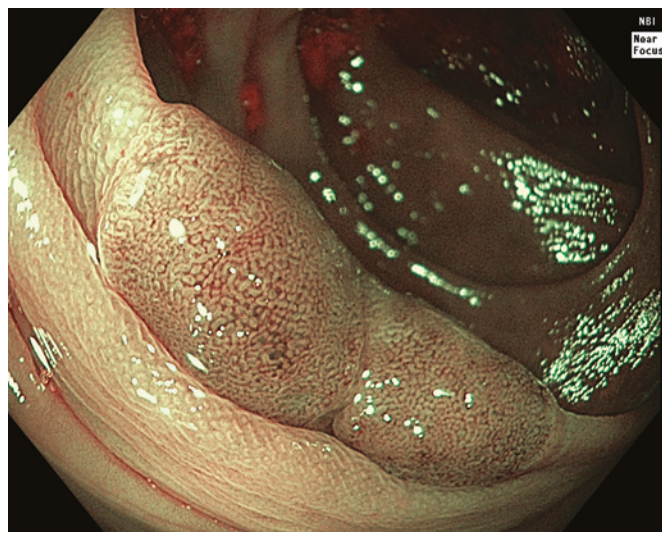
**Obr. 3.** Léze sigmoidea 0-Is v módu NBI odpovídající typu 2B dle NICE / JNET klasifikace, histologicky adenokarcinom s povrchovou submukózní invazí



karcinom a dezorganizovaný typ Vn signalizuje přítomnost hluboce invadujícího karcinomu (22). Vzhledem k dobré dostupnosti virtuální chromokoloskopie (zejména NBI, Narrow Band Imaging) je v klinické praxi čím dál častěji využívána tzv. NICE (NBI International Colorectal Endoscopic) klasifikace. Typ I odpovídá pilovitým lézím a hyperplastickým polypům, typ 2 adenomům s lehkou dysplazií až povrchově submukózně invadujícímu karcinomu a typ 3 karcinomu s hlubokou invazí (23). Tzv. JNET (Japan NBI Expert Team) modifikace ještě rozděluje typ 2 na 2A odpovídající adenomu s lehkou dysplazií a 2B odpovídající adenomu s těžkou dysplazií až povrchově invadujícímu karcinomu (24) (Obr. 1-4).

K posouzení hloubky invaze lze využít i různé formy endosonografie. Klasickou radiální endosonografií lze využít při stagingu lézí rektu, v orálních částech tračnicku lze využít vysokofrekvenční sondy (12–30 MHz) zavedené pracovním kanálem koloskopu. Endosonografie je vhodná zejména k vyloučení hluboké submukózní invaze a invaze do muscularis propria, při odhadu povrchové invaze není příliš přesná (25).

**Obr. 2.** Léze sigmoidea 0-IIa v módu NBI odpovídající typu 2A dle NICE / JNET klasifikace, histologicky tubulární adenoma s lehkou dysplazií



**Obr. 4.** Léze descendens 0-IIa + IIc v módu NBI odpovídající typu 3 dle NICE / JNET klasifikace, histologicky adenokarcinom s hlubokou submukózní invazí

