

Klinický obraz

Vzhledem k charakteru prekancerózních změn sliznice a časného karcinomu žaludku je většina nemocných zcela asymptomatická či trpí pouze nespecifickými dyspeptickými obtížemi (pocit plnosti žaludku, předčasná sytost, říhání, tlaky v nadbříšku, nauzea, nechutenství). V zemích s vysokou prevalencí onemocnění a funkčním screeningovým programem (Východní Asie) je většina karcinomů diagnostikována u asymptomatických jedinců v rámci screeningu. V Evropě se jedná o diagnózu více či méně náhodnou, prevalence nádorů žaludku u nemocných s dyspepsií je relativně nízká a chybí spolehlivý klinický či laboratorní marker rizika vzniku či přítomnosti karcinomu, použitelný v běžné klinické praxi. Výskyt takzvaných varovných symptomů (anémie, významný váhový úbytek) většinou znamenají již pokročilejší formy nádoru.

Endoskopická diagnostika

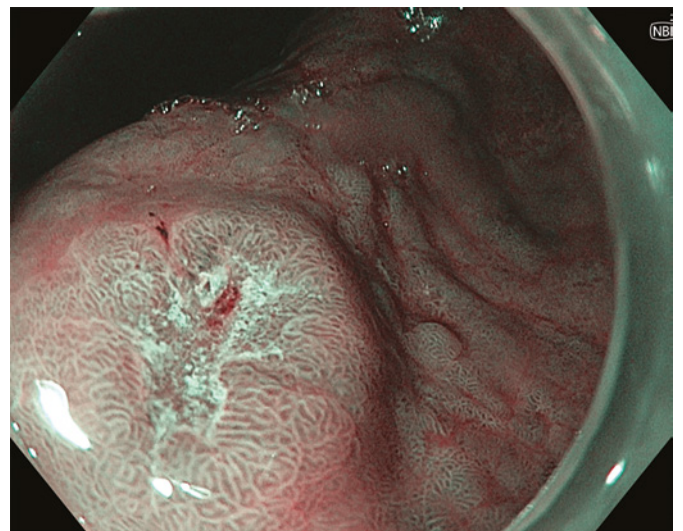
Z endoskopického pohledu lze identifikovat již prekancerózy (atrofickou gastritidu, intestinální metaplazii a dysplazii), definitivní diagnostika je ale stále histopatologická (po odběru vzorků biopsickými kleštěmi). Ideální pro diagnostiku časných premaligních změn je použití endoskopů s vysokým rozlišením. Při standardním zobrazení v bílém světle je pro atrofickou gastritidu typické výraznější prosvítání podslizniční cévní kresby (Obr. 1), pro intestinální metaplazii jsou charakteristické okrsky (až mapovité uspořádané) bělavé, mírně vyvýšené sliznice (Obr. 2) a pro dysplazii drobné slizniční nepravidlosti (nodularity, vkleslé, ploché či vyvýšené léze) či zarudnutí (Obr. 3). K rozlišení zánětlivých a neoplastických změn je výhodou využití klasické či virtuální chromoendoskopie: zvýraznění povrchové struktury sliznice pomocí aplikace barviv (metylenová modř, indigokarmín), ev. speciálních režimů endoskopů (např. NBI – narrow band imaging (Obr. 4), BLI – blue light imaging, LCI – linked color imaging). Zjednodušeně lze zánětlivou lézi rozlišit pomocí pravidelné struktury povrchu i cév, na rozdíl od léze neoplastické, kde lze očekávat nepravidlosti, smazanou strukturu či neovaskularizace. Dysplastické léze či časný karcinom žaludku klasifikujeme v průběhu endoskopie pomocí takzvané Pařížské klasifikace povrchových neoplastických lézí na léze polypoidní (typ I) a nepolypoidní (ploché), prominující nad okolní sliznici maximálně do 2,5 mm (typ II se subtypy mírně vyvýšený IIa, plochý IIb a mírně vkleslý IIc), a dále typ III – vyhloubený (Obr. 5) (5). Existují také kombinované typy (např. IIa+c nebo IIc+a). Makroskopická morfologie léze koreluje s hloubkou invaze karcinomu a tím i s rizikem přítomnosti lymfatických metastáz – nejrizikovější je z tohoto pohledu typ IIc.

V regionech bez vysoké incidence karcinomu žaludku je diagnostika časných stadií nemoci silně závislá na kvalitě rutinního gastroscopického vyšetření, a to jak v detekci prekancerózních stavů (a jejich správné dispenzarizaci), tak v detekci karcinomu samotného. Vyšší důraz je v současné době kladen na parametry kvality vyšetření, které se týkají především zobrazení (adekvátní analgosedace, insuflace, oplach, fotodokumentace) a délky vyšetření (6). Měřítkem selhání gastroscopie v diagnostice časného karcinomu je procento nádorů, jejichž diagnóze předcházela v intervalu ne delším než 3 roky nediagnostická gastroscopie – podíl těchto „missed gastric cancers“ dosahuje téměř 10 % (7).

Biopsie a histopatologická klasifikace

V běžné endoskopické praxi je vhodný odběr histologie biopsickými kleštěmi v případě podezření na prekancerózy či neoplastické léze žaludku. Odebíráme vzorky ze všech lézí makroskopicky suspektních z neoplazie a doplňujeme necíleným odběrem sliznice z antra, těla žaludku (z malé i velké křivky) a angulární řasy (8). V případě průkazu chronické atrofické gastritidy či intestinální metaplazie jsou k posouzení míry rizika vzniku adenokarcinomu žaludku využitelné histologické klasifikační systémy stupně atrofie sliznice (Operative Link on Gastritis Assessment: OLGA) a především intestinální metaplazie (Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia Assessment: OLGIM). Endoskopická dispenzarizace každé 3 roky je poté doporučována u pacientů s průkazem inkompletní intestinální metaplazie, při intestinální metaplazii přítomné současně v těle i antru žaludku nebo pokročilého stupně atrofie sliznice (OLGA/OLGIM III a IV) a u nemocných s autoimunitní atrofickou gastritidou. Intenzivnější sledování je doporučeno u nemocných s pokročilou

Obr. 4. Ložisko časného karcinomu v oblasti antra žaludku – zobrazení pomocí techniky virtuální chromoendoskopie – NBI (narrow band imaging). Endoskopicky patrná léze typu 0-IIc dle Pařížské klasifikace se smazanou povrchovou strukturou a neovaskularizací v centrální, vkleslé části léze



Obr. 5. Typ III – vyhloubený

