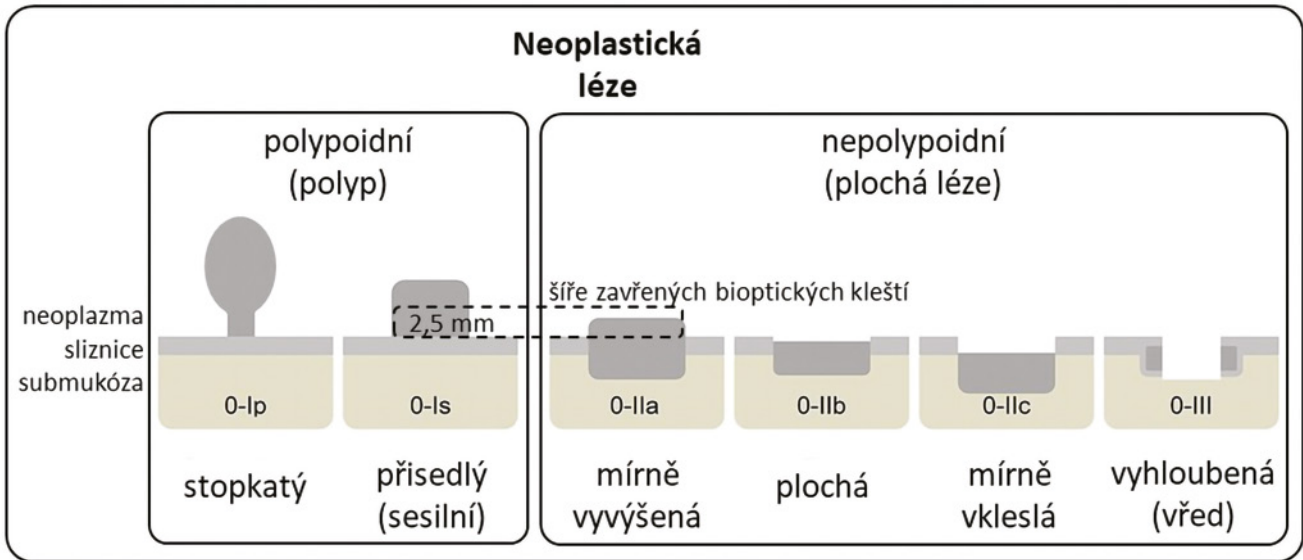


Obr. 6. Pařížská klasifikace povrchových neoplastických lézí, upraveno podle (5)



Tab. 1. Incidence metastáz do lymfatických uzlin u časných karcinomů žaludku: upraveno podle (8)

hloubka invaze	ulcerace		dobře diferencovaný		nediferencovaný	
nádor v rámci sliznice	nepřítomna	rozměr léze	≤ 2 cm	> 2 cm	≤ 2 cm	> 2 cm
		lymfatické metastázy	0 % (0/437)	0 % (0/493)	0 % (0/310)	2,8 % (6/214)
	přítomna	rozměr léze	≤ 3 cm	> 3 cm	≤ 2 cm	> 2 cm
		lymfatické metastázy	0 % (0/488)	3,0 % (7/230)	2,9 % (8/271)	5,9 % (44/743)
invaze do povrchové vrstvy submukózy		rozměr léze	≤ 3 cm	> 3 cm	jakýkoliv rozměr	
		lymfatické metastázy	0 % (0/145)	2,6 % (2/78)	10,6 % (9/85)	

Léze indikované k endoskopické resekci označeny zeleně, žlutě (rozšířené indikace). Chirurgie je indikována – označení červeně.

atrofií a/nebo intestinální metaplazii v těle i antru žaludku a současně s pozitivní rodinnou anamnézou karcinomu žaludku (u příbuzného prvního stupně), nebo v případě výskytu dysplazie (8). Zvážení endoskopické léčby je nutné u endoskopicky viditelných lézí s dysplazií. Odběr části neoplastické léze bioptickými kleštěmi relativně často neodpovídá definitivnímu histopatologickému vyšetření resekátu (riziko falešně příznivějšího nálezu), léze je tedy nutné odstranit kompletně celou. Při histopatologické klasifikaci slizničních neoplazií trávicí trubice je využívána takzvaná Vídeňská klasifikace (revidovaná verze) (9). Slizniční neoplazie rozlišuje jako low grade, high grade (sem řadíme kromě high grade dysplazie, neinvazivního karcinomu také intramukozní karcinom) a karcinom s invazí do submukózy. Smyslem klasifikace je sdružovat neoplastické nálezy do skupin podle rizika přítomnosti lymfatických metastáz a tedy i podle způsobu vhodné léčby. Riziko přítomnosti lymfatických metastáz je v případě slizničního karcinomu nízké, kolem 0–6 % (v závislosti na dalších rizikových faktorech), při postižení povrchových vrstev submukózy se ale podstatně zvyšuje až na 11 % (10, 11).

Součástí vyšetření žaludku je u těchto nemocných také vyšetření přítomnosti infekce *Helicobacter pylori* (lokálními testy: rychlým ureázovým testem, barvením v histologických vzorcích a kulturačním průkazem; nebo globálními testy: stanovením antigenu ve stolici nebo dechovým testem) a jeho eradikace. V Asii jsou využívány neendoskopické techniky screeningu těžkých atrofických změn sliznice žaludku u nemocných ve vysokém riziku karcinomu pomocí průkazu snížení sérového pep-

sinogenu I (změna poměru pepsinogenu I produkovaného v buňkách sliznice fundu a pepsinogenu II v buňkách sliznice pyloru a duodena), v kombinaci s nízkými protilátkami proti *Helicobacter pylori*, hladinami sérového ghrelinu (nízká hodnota je spojena se zvýšeným rizikem karcinomu), gastrinu 17 (atrofie žaludeční sliznice zvyšuje jeho hodnoty) nebo autoprotilátek proti parietálním buňkám. V Evropě nejsou tyto metody rutinně používány. Onkomarkery nejsou k diagnostice časných karcinomů žaludku využitelné.

Endoskopická léčba

Volba endoskopické léčby je v případě časného karcinomu žaludku (nálezu, který odpovídá časnému karcinomu žaludku – definitivní klasifikaci přinese až histopatologické zhodnocení resekátu) založena především na hodnocení rizika přítomnosti lymfatických metastáz. V případě vysokého rizika volíme primárně chirurgické řešení (s/bez chemoterapie). Riziko je hodnoceno pomocí několika endoskopických ukazatelů, je to především velikost léze, přítomnost/absence ulcerace, a histopatologických ukazatelů (definitivně vyhodnocených po vyšetření resekátu): diferenciaci nádoru a hloubka invaze (Tab. 1). Souhrnně lze říci, že k endoskopické terapii jsou vhodné především dobře diferencované karcinomy intestinálního typu omezené na sliznici (high grade slizniční neoplazie dle Vídeňské klasifikace zahrnující high grade dysplazii i intramukozní karcinom), do 2 cm velikosti, bez ulcerace, bez lymfangioinvaze. Riziko lymfatických metastáz se v tomto případě blíží