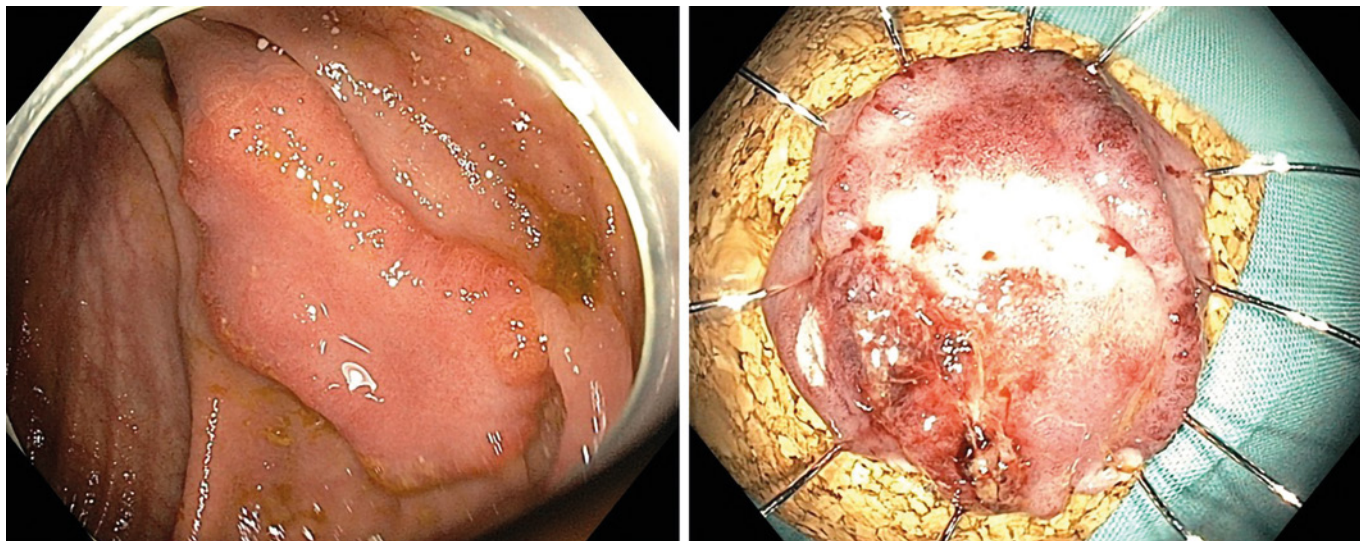
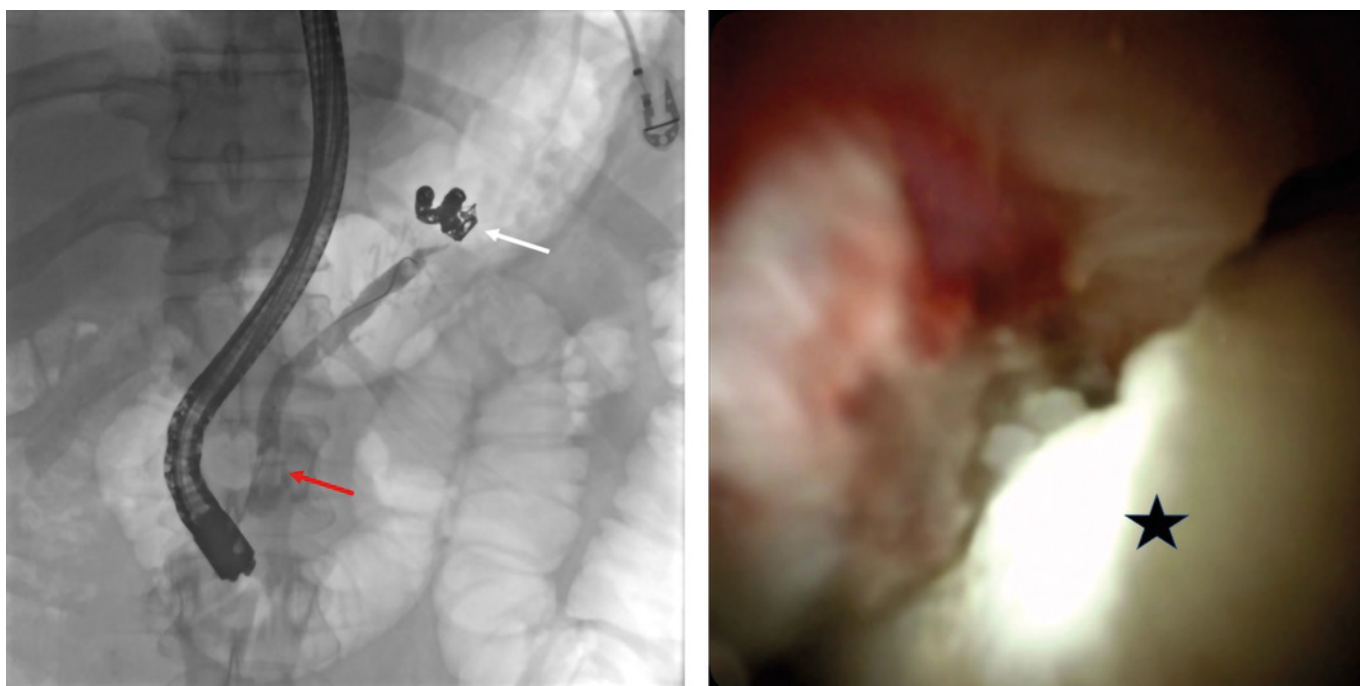


Obr. 3. Neoplastická léze cékoascendentního přechodu u nemocného s vysokým operačním rizikem (vlevo), resekát po endoskopické transmuranální resekcii (FTR) našpendlený na korkovou podložku, histologicky R0 resekce G1 adenokarcinomu s povrchovou submukózní invazí (sm1) bez dalších rizikových známek



Obr. 4. Endoskopická retrográdní pankreatikografie u nemocného s chronickou algickou pankreatitidou s wirsungolitiázou v distální části vývodu (červená šipka) a prestenotickou dilatací vývodu, dále je patrný coiling po ošetření krvácení z pseudoaneuryzmatu lienální tepny (bílá šipka), vpravo pankreatikoskopie se zobrazí bílou litiázou (černá hvězdička), který byl následně rozdrcen elektrohydraulickou litotrypsií



Od počátku tisíciletí fungující program screeningu kolorektálního karcinomu (K RK) v ČR je klíčovým důvodem významného poklesu incidence a mortality na tuto onemocnění. Další výzvou současné gastroenterologie v oblasti časného vyhledávání chorob je karcinom pankreatu s rychle se zvyšující incidencí a velmi špatnou prognózou (průměrné 5leté přežití nedosahuje 10 %). Současné pokroky v zobrazení pankreatu pomocí expertní endosonografie a magnetické rezonance umožňují zachyt ložisek pankreatu menších než 2 nebo dokonce 1 cm, které lze potenciálně kurativně chirurgicky resekovat s možným 5letým přežitím až 40 % (22, 23) (Obr. 1). V České republice je proto ve vybraných endoskopických centrech zahajován program časného zachytu karcinomu pankreatu ve skupině osob s vysokým rizikem jeho vzniku. Typickou indikací je tzv. familiární karcinom pankreatu, definovaný

jako výskyt onemocnění alespoň u dvou příbuzných na stejné straně rodu, z nichž alespoň jeden je příbuzným 1. stupně, dále hereditární chronická pankreatitida a některé genetické syndromy (Peutz-Jeghersův syndrom, Lynchův syndrom, FAMMM, BRCA-2, Li-Fraumeni) a další (24). Jako rizikový faktor je diskutován i recentní diabetes mellitus (tzv. typ 3c) vznikající jako paraneoplastický projev onemocnění (25).

Další, rychle se rozvíjející oblastí digestivní endoskopie je využití umělé inteligence. Ze všech studovaných indikací je třeba zmínit v klinické praxi její již komerčně dostupné využití v detekci neoplastických lézí při diagnostické koloskopii (26) (Obr. 2) a její potenciál při jinak zdoluhavém manuálním odečítání nálezu kapslové enteroskopie (27).

Mini-invazivní techniky endoskopické resekce se již definitivně staly metodou volby v léčbě vybraných časných neoplazií jícnu, žaludku,