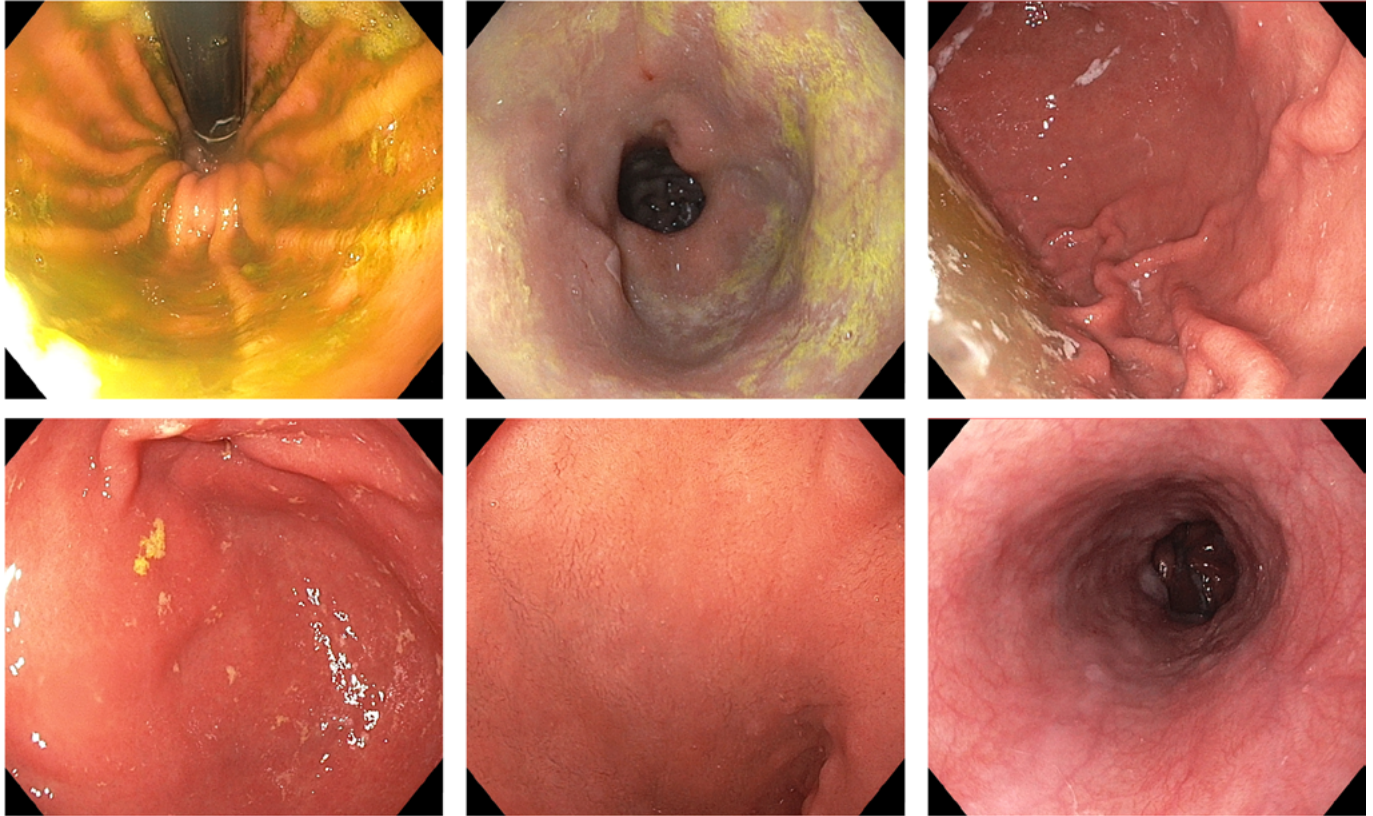


Obr. 2. Přehlednost sliznice v horním zažívacím traktu je často snížena díky přítomnosti hlenu, bublin, zbytků jídla, žluče a krve

Mezi faktory nezávislé na endoskopistovi patří především vyšší komorbidita, ženské pohlaví, nižší věk (10, 12, 14), ale rovněž například chyba patologa při hodnocení biopsických vzorků (20).

Alexandre publikoval výsledky metaanalýzy 25 studií, jejímž cílem bylo určit demografické, klinické, endoskopické a s nádorem související charakteristiky PEUGIC v porovnání se standardně detekovanými karcinomy a prevalenci jednotlivých endoskopických nálezů při iniciální, karcinom negativní, endoskopii (1). Bylo zjištěno, že PEUGIC je častější u žen, stran věku stanovení diagnózy však nezjistil signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami. U pacientů s PEUGIC se pak méně často vyskytovaly alarmující příznaky, především dysfagie a váhový úbytek. Klinické příznaky jako anorexie, zvracení, hemateméza, meléna, anemie a břišní rezistence nebyly signifikantně asociované s PEUGIC. Dále uvádí i přehled indikací gastroscopických vyšetření u jednotlivých studií. Většinou šlo o kombinaci různých indikací u náhodně vybraných kohort (diagnostická, terapeutická, screeningová gastroscopie, gastroscopie v rámci surveillance Barrettova jícnu). Zajímavé výsledky pak ukázaly dvě korejské studie, kde šlo o screeningové gastroscopie provedené v rámci screeningu karcinomu žaludku, u nichž míra PEUGIC dosahovala 18,3 respektive 57,7 % (Tab. 1) (1, 29, 30).

Januszewicz pak ve své celostátní polské studii uvádí, že rovněž vyšší komorbidita pacientů je spojena s vyšším rizikem PEUGIC (14).

Ve dvou jiných studiích pak byl PEUGIC často asociován s gastroezofageálním refluxem a užíváním PPI (26, 27).

Endoskopické abnormality v době tzv. indexové, tedy vstupní, první gastroscopie jsou časté. Alexandre ve své metaanalýze uvádí, že mezi nejčastější endoskopické nálezy asociované s karcinomem žaludku patří intestinální metaplazie, gastritida, žaludeční eroze, vředy a podezřelá léze

(22–32 %). Ezofagitida (26,4 %), stenóza, impakce sousta či hiátová hernie (10–19 %) byly často asociovány s karcinomem jícnu. PEEC se nejčastěji vyskytoval v horním jícnu a méně často v oblasti gastroezofageální junkce v porovnání s detekovanými karcinomy, PEGC se pak nejčastěji vyskytoval v žaludečním těle. PEUGIC pak byly v době diagnózy signifikantně menší v porovnání s detekovanými karcinomy a představovaly méně pokročilé onemocnění nejčastěji ve stadiu 1 (1). Toto potvrdil ve své retrospektivní studii i Kamran, kde 57 % PEUGIC bylo zachyceno v časném stadiu (stadium I nebo II) v porovnání s kontrolní skupinou UGIC, kde bylo v časném stadiu zachyceno pouze 22 %, přičemž 53 % pacientů PEUGIC pak bylo kurativně léčeno a rovněž mnohem častěji podstoupili endoskopickou resekci v porovnání s kontrolní skupinou pacientů s UGIC (31,3 % vs. 5,1 %; $p = 0,002$) (13).

Analýza hlavních příčin PEUGIC

Až donedávna byla většina odborných doporučení zabývajících se kvalitou endoskopie zaměřena především na kvalitu koloskopie a byly definovány jednotlivé parametry kvality koloskopie včetně míry výskytu kolorektálního karcinomu po provedené koloskopii (post-colonoscopy colorectal cancer, PCCRC) a metodiky jejího stanovení (28). Podobná metodika analýzy příčin, jako je tomu v případě PCCRC, však v případě PEUGIC doposud nebyla světovými odbornými společnostmi publikována. O vytvoření systému analýzy příčin PEUGIC, po vzoru známé metodiky u PCCRC, se pokusil Kamran ve své retrospektivní studii, kdy zkoumal elektronické záznamy pacientů s karcinomem horního gastrointestinálního traktu u dvou národních poskytovatelů zdravotních služeb ve Spojeném Království v letech 2010 až 2020 (13). PEUGIC rozdělil do šesti typů na základě čtyřstupňového procesu (Schéma 1). Za léze, detekované ve stejném segmentu jako následný PEUGIC, byly považovány prekan-