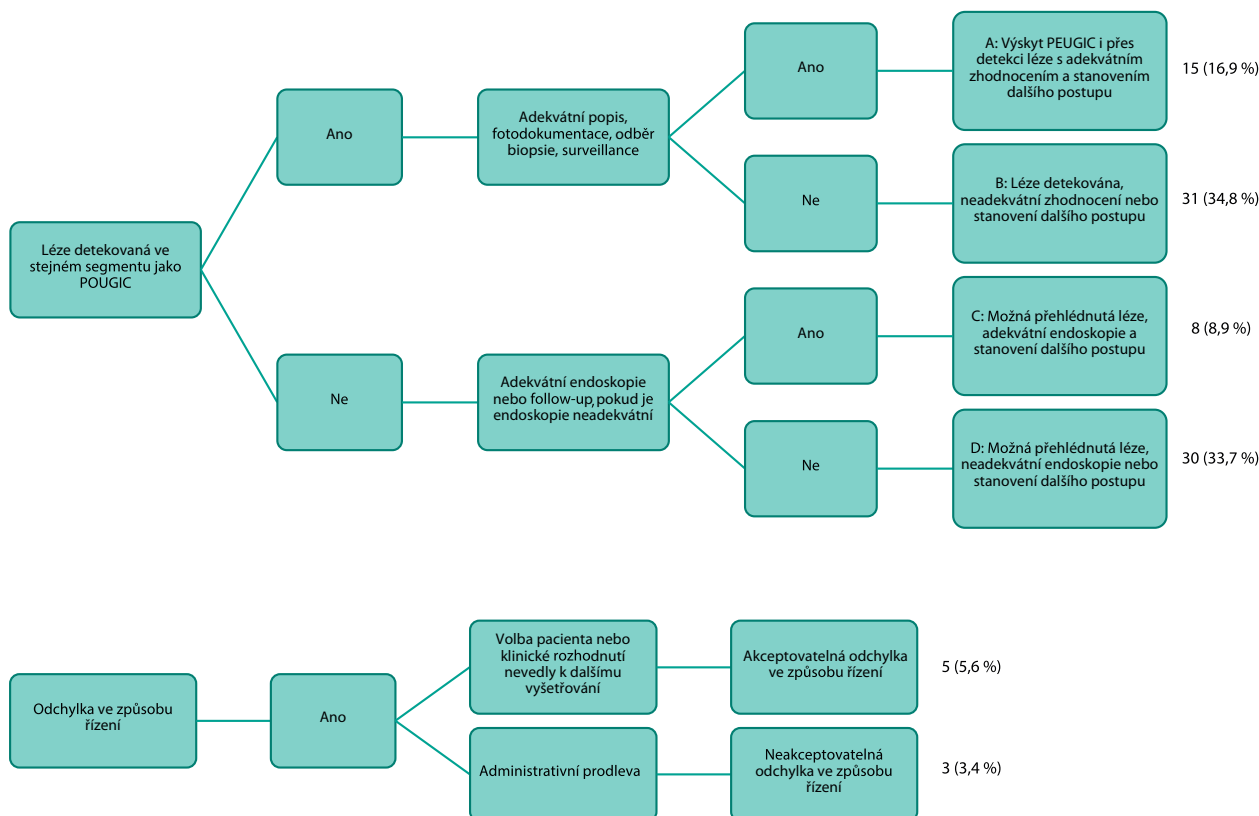


Schéma 1. Analýza příčin PEUGIC dle Kamran a kol.

cerózní stavy (Barretův jícn, žaludeční atrofie, intestinální metaplazie žaludku) a ložiskové nebo s karcinomem asociované léze (jícnový vřed nebo stenóza, refluxní ezofagitida stupně C, D dle Los Angeles klasifikace nebo žaludeční vřed). Za PEUGIC pak nebyly považovány malé PEUGIC (rostoucí < 5 mm/rok) a dále případy, kdy pacient odmítl další vyšetření nebo nebyl v důsledku svých komorbidit schopen dalších vyšetření. Endoskopie pak byla považována za adekvátní, pakliže šlo o endoskopii s vysokým rozlišením s fotodokumentací a odběrem biopsií, bylo provedeno vyšetření v inverzi včetně pořízení snímku, bylo intubováno D2 duodenum s pořízením snímku, kvalita přehlednosti v žaludku byla fotodokumentována a současně hodnocena jako excelentní, dobrá nebo uspokojivá, bez bublin, hlenu, krve nebo stravy zabraňující dostatečné přehlednosti sliznice a dále tolerance výkonu byla excelentní, dobrá nebo uspokojivá, neomezující přehlednost. Fotodokumentace vyšetření žaludku v inverzi, žaludečního těla a D2 duodena byla minimálním kritériem adekvátní fotodokumentace. Endoskopie provedená po 6 týdnech (u ložiskových lézí) a 12 týdnech (u prekancerózních stavů) po plánovaném dispenzárním datu, byla hodnocena jako neakceptovatelná, často související s administrativními faktory, s tím, že nesouvisela s volbou pacienta případně jeho onemocněním, které by vedlo ke zpoždění provedení endoskopie v řádném termínu.

V této analýze bylo zjištěno, že nejčastějším možným vysvětlením pro PEUGIC je nedostatečné posouzení prekancerózních stavů a ložiskových lézí, nedostatečná kvalita endoskopie a neadekvátní rozhodnutí stran dalšího sledování. 71 % PEUGIC se dalo potenciálně vyhnout a u 45 % pacientů s PEUGIC mohl být potenciálně klinický výsledek odlišný v případě dřívějšího stanovení diagnózy. Stran nedostatečné kvality endoskopie je potřeba

zmínit, že pouze u 33 % indexových endoskopií u pacientů s PEUGIC byla pořízena fotodokumentace D2 duodena a pouze u 47 % indexových endoskopií byla slizniční přehlednost hodnocena jako excelentní nebo dobrá.

Kamran tak poskytl možný návod, jak analyzovat PEUGIC a jeho příčiny na jednotlivých endoskopických pracovištích a zároveň jeho výsledky výrazně posílily stanoviska a doporučení a odborných společností celého světa týkajících se kvality horní endoskopie, včetně Standardů kvality České gastroenterologické společnosti pro gastrokopii, které v roce 2022 publikoval Cyrany a kolektiv (15, 16, 17, 18). V dalších letech by měly být provedeny další, především, prospektivní studie zaměřené na další důležité faktory ovlivňující průběh gastrokopie a diagnostiku neoplázií v horním zažívacím traktu, jako je komfort pacienta v průběhu samotného výkonu (vliv sedace), úloha umělé inteligence v diagnostice neoplázií horního zažívacího traktu a v neposlední řadě kompletní analýza výskytu a příčin dalších přehlédnutých nádorů v horním zažívacím traktu (GIST-gastrointestinální stromální tumory, NET-neuroendokrinní tumory, lymfomy, ampulomy), kde data v současné době chybí.

Závěry pro praxi

- Míra PEUGIC je důležitým měřítkem kvality horní endoskopie, dle standardů České gastroenterologické společnosti by každé endoskopické pracoviště mělo sledovat míru PEUGIC na úrovni pracoviště i u jednotlivých endoskopistů a neměla by přesáhnout 10 %.
- Při sledování frekvence PEUGIC můžeme vycházet z faktu, že každý nádor v horním zažívacím traktu je nakonec diagnostikován endoskopicky (vyjimky jsou možné, ale málo pravděpodobné).