

Mezi hlavní rizikové faktory vzniku Barrettova jícnu patří dlouhodobý GERD, dysfunkce dolního jícnového svěrače, hiátová hernie, poruchy motility svaloviny jícnu, centrální obezita, kouření a abúzus alkoholu. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat zejména mužům nad 50 let věku, kteří trpí chronickým GERD a mají některý z dalších rizikových faktorů.

Při diagnostice Barrettova jícnu se opíráme o endoskopické vyšetření s odběrem tkáně z distálního jícnu na histopatologické vyšetření. Při endoskopickém vyšetření u pacientů s Barrettovým jícnem pozorujeme makroskopicky rozdílné zbarvení na rozhraní normální sliznice jícnu (světle růžová barva) a intestinální metaplázie (červené zbarvení) (1). K zpřesnění diagnostiky a detekci dysplastických změn je vhodné využít i virtuální chromoendoskopie (např. NBI – Narrow Band Imaging).

Rozsah postižení onemocnění se hodnotí pomocí Pražských C & M kritérií. Hodnocení probíhá za minimální insuflace a hodnotí se od gastroesofageální junkce, kde měříme délku postižení celého obvodu (C, cirkumference) a maximální délky v centimetrech, do které dosahují výběžky Barrettova jícnu (M, maximal) (3).

Pro definitivní diagnózu je kromě endoskopického nálezu nutné i histopatologické potvrzení intestinální metaplázie. Biopsie by měly být odebrány dle tzv. Seattleského protokolu, při kterém se provádí biopsie ze čtyř kvadrantů od gastroesofageální junkce po 1–2 cm v celém rozsahu metaplázie, a to až 1 cm nad makroskopicky viditelnou hranici postižení (3). Cílem je zachytit miniinvasivně a lokálně ošetřitelné prekancerózní léze, tedy dysplastické změny nízkého a vysokého stupně a slizniční karcinom, které zvyšují riziko vzniku invazivního adenokarcinomu jícnu.

Dispenzarizace pacientů s Barrettovým jícnem v našich podmínkách probíhá dle doporučení České gastroenterologické společnosti (ČGS).

Pokud nejsou ve vzorku zastíženy dysplastické změny, je termín kontrolní esofagogastroskopie za 6 až 12 měsíců. Je-li nález stacionární, intervaly se prodlužují: u krátkého segmentu (do 3 cm) je kontrola za 3–5 let, u dlouhého segmentu (nad 3 cm) za 2–3 roky. Jestliže je zachycena dysplázie lehkého či těžkého stupně, je pacient indikován k endoskopické terapii-endoskopické slizniční resekci (EMR) nebo endoskopické submukózní disekci (ESD) u viditelných lézí nebo k radiofrekvenční ablacii (RFA) k ošetření makroskopicky nedetekovatelné dysplázie, anebo k ošetření reziduálního Barrettova jícnu po předchozí endoskopické resekci lokalizované léze. Po ošetření následují intenzivní kontroly dalších 3–6 měsíců v následujícím roce. V případě invaze do submukózy a hlubších vrstev se ale již nejedná o časný záchyt adenokarcinomu, který je možné kompletně endoskopicky odstranit, je pacient indikován k chirurgickému řešení (4) (Tab. 1).

## Screening kolorektálního karcinomu

Kolorektální karcinom zaujímá v České republice i nadále přední příčky, a to navzdory tomu, že se jedná o jednu z nejlépe preventabilních malignit. Z hlediska incidence se řadí na třetí místo mezi všemi nádory (za karcinomem prostaty a prsu) (5). V letech 2018–2022 dosahovala průměrná incidence 67,5 případů na 100 000 obyvatel (6).

Od zavedení programu screeningové koloskopie můžeme pozorovat klesající trend z pohledu incidence, kdy v období zavedení screeningových koloskopií v roce 2000 byla incidence 72,94/100 000 obyvatel. Ještě významnější je však pokles mortality, který je připisován kombinaci screeningového programu a centralizaci onkologické péče. Zatímco v roce 2000 činila mortalita 42,41/100 000, v roce 2022 klesla na 30,13/100 000, což představuje pokles o 29 % (6).

**Tab. 1.** Dispenzarizace u pacientů s Barrettovým jícnem (4)

Barrettův jícen – vstupní endoskopie		Vstupní terapie	Kontrola při absenci dysplázie			
Bez dysplázie	do 3 cm délky	bez	za 6–12 M	à 3–5 R		
	nad 3 cm délky	bez	za 6–12 M	à 2–3 R		
Dysplázie	lehkého stupně	RFA/EMR	za 3–6 M	za 3–6 M	za 3 R	à 3–5 R
	těžkého stupně	RFA/EMR/ESD	za 3–6 M	za 3–6 M	za 6–12 M	à 1–2 R
Časný adenokarcinom		EMR/ESD	à 3 M v 1. R	à 6 M v 2. R	à 1 rok	

**Obr. 1.** Adenokarcinoma in situ v terénu Barrettova jícnu. Zdroj: obrázková dokumentace FNOL



**Obr. 2.** Adenokarcinoma in situ v terénu Barrettova jícnu v NBI. Zdroj: obrázková dokumentace FNOL

