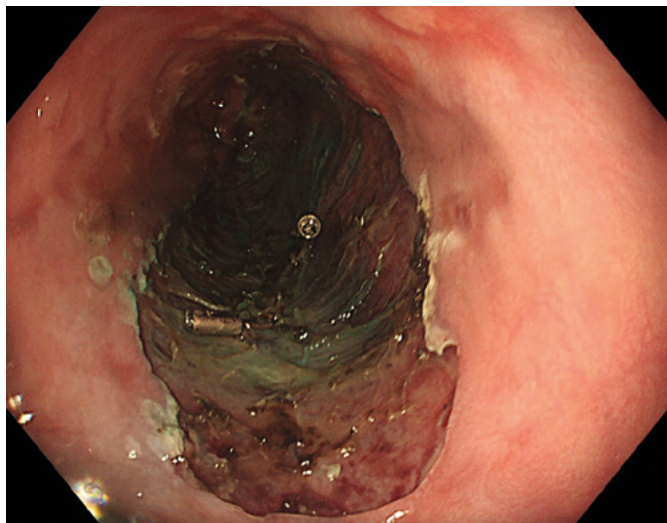


Obr. 3. Adenokarcinoma in situ v terénu Barrettova jícnu po snesení ESD. Zdroj: obrázková dokumentace FNOL



Medián věku v době diagnózy byl u mužů 70 let a u žen 72 let. Výskyt je častější u mužů než u žen, a to v poměru 1,5 : 1 (6).

Kolorektální karcinom se z 80–85 % vyvíjí na podkladě prekursorových lézí (adenomových polypů), ze kterých se vyvíjí po dobu 7–10 let (7). Vzhledem k absenci nebo nespecifičnosti příznaků v časných stadiích je pro detekci těchto lézí klíčový celoplošný populační screening.

Velký význam v prevenci kolorektálního karcinomu hraje sekundární prevence, která zahrnuje screening asymptomatických pacientů a dispenzarizaci přesně definovaných (rizikových) skupin. Hlavním cílem screeningu je zvýšení četnosti detekce tzv. pokročilých adenomů, které jsou definovány velikostí > 10 mm, tubulovilózním nebo vilózním charakterem s přítomností vysokého stupně dysplázie, a záchyt časných stadií kolorektálního karcinomu, díky čemuž klesá mortalita (7).

Screening kolorektálního karcinomu a dispenzarizace rizikových skupin se v České republice řídí dle aktualizovaných doporučených postupů České gastroenterologické společnosti ČLS JEP, ve kterých jsou podrobná doporučení k jednotlivým rizikovým skupinám, doporučení ohledně samotné přípravy (včetně vysazení antikoagulační terapie či antibiotické profylaxe), a dále popisují průběh vyšetření a metody ošetření polypů nebo časného kolorektálního karcinomu (T1) (8).

Zásadní novinkou platnou od 1. 1. 2026 je snížení věkové hranice pro vstup do screeningu na 45 let. Nově jsou do programu zařazovány osoby ve věku 45–74 let. K této změně došlo z důvodu kontinuálního nárůstu incidence sporadického kolorektálního karcinomu u osob mladších 50 let. Rozšíření screeningu o skupinu osob ve věku 45–49 let má za cíl detekci prekursorových lézí, ze kterých by mohl vzniknout invazivní karcinom při odkladu vyšetření po 50. roce života.

Pro asymptomatické jedince ve věku 45–74 let jsou k dispozici dvě screeningové metody, které jsou plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění (9):

- 1. Kvantitativní imunochemický test na okultní krvácení ve stolici (TOKS):** Jedná se o neinvazivní vyšetřovací metodu, pomocí které můžeme detekovat mikroskopické ztráty krve (přímá detekce lidského hemoglobinu), k nimž u adenomových polypů intermitentně dochází. Pacienti toto vyšetření podstupují 1× za

2 roky u svých všeobecných praktických lékařů nebo gynekologů. Výjimku tvoří mladší skupina jedinců 45–54 let, u kterých se toto screeningové vyšetření provádí každoročně. V případě pozitivního nálezu je pacient odeslán k provedení diagnostické koloskopie.

- 2. Screeningová koloskopie:** Vyšetření s nejvyšší senzitivitou, které umožňuje nejen diagnostiku, ale současně i terapii (odstranění prekancerózních lézí). Vyšetření indikuje všeobecný praktický lékař, gastroenterolog nebo gynekolog u pacientů starších 45 let, kteří preferují vyšetření koloskopické před TOKS. Při negativním nálezu je další screeningové vyšetření indikováno za 10 let (TOKS nebo koloskopie). Dle doporučení se v mezidobí TOKS neprovádí.

Pokud je během screeningové nebo diagnostické koloskopie nalezen 1–4 adenomů velikosti < 10 mm a s přítomným nízkým stupněm dysplázie, nepovažuje se pacient za osobu ve zvýšeném riziku. Nevyžaduje tedy endoskopickou dispenzarizaci a vrací se zpět do screeningového programu s provedením vyšetření za 10 let. Obdobná pravidla platí pro pilovité léze bez dysplastických změn (8).

Při záchytu ≥ 5 adenomů nebo pilovitých lézí, polypů o velikosti ≥ 10 mm nebo adenomů s vysokým stupněm dysplázie či sesilních lézí s dysplázií je indikována první dispenzární koloskopie za 3 roky. V případě, že je tato koloskopie negativní (léze nevyžadující dispenzarizaci), plánuje se další dispenzární koloskopie za 5 let, v opačném případě opět za 3 roky. Pokud jsou dvě po sobě jdoucí dispenzární koloskopie negativní (tj. po 3 a 5 letech), je pacient navrácen zpět do screeningového programu (8).

Zvláštní pozornost se věnuje osobám ve zvýšeném riziku, které jsou dispenzarizovány mimo screeningový program. Patří mezi ně pacienti s idiopatickými střevními záněty (IBD), s pozitivní rodinnou anamnézou na kolorektální karcinom a jedinci s hereditárními syndromy (Lynchův syndrom, familiární adenomatózní polypóza, Peutz-Jeghersův syndrom, syndrom juvenilní polypózy) (8).

Dispenzarizaci pacientů s IBD je věnována samostatná kapitola tohoto článku.

Pacienti s pozitivní rodinnou anamnézou (familiární kolorektální karcinom) představují asi 20–30% případů nádoru. Do této skupiny spadají pacienti se dvěma příbuznými 1. stupně s karcinomem tlustého střeva nebo s jedním příbuzným, u kterého byl nádor diagnostikován před 50. rokem života. Z důvodu mnohonásobně zvýšeného rizika vzniku nádoru jsou tito pacienti dispenzarizováni od 40 let věku. Při negativním koloskopickém nálezu podstoupí další vyšetření za 5 let. V případě záchytu prekancerózních lézí (adenom s vysokým stupněm dysplázie nebo sesilní léze s dysplázií) se postupuje dle standardních doporučení jako u pacientů ve screeningovém programu (8).

Další skupinu v dispenzárním programu tvoří pacienti s Lynchovým syndromem (dříve Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer – HNPCC), který je nejčastější dědičnou příčinou kolorektálního karcinomu a zvyšuje i riziko nádorového postižení dalších orgánů (nádory dělohy, vaječníků, žaludku, pankreatu, žlučových cest nebo tenkého střeva). U Lynchova syndromu se setkáváme se zárodečnými mutacemi genů MLH1, MSH2, MSH6 a PMS2. Strategie sledování se liší dle zárodečné mutace. Koloskopická dispenzarizace je zahájena u pacientů s mutací