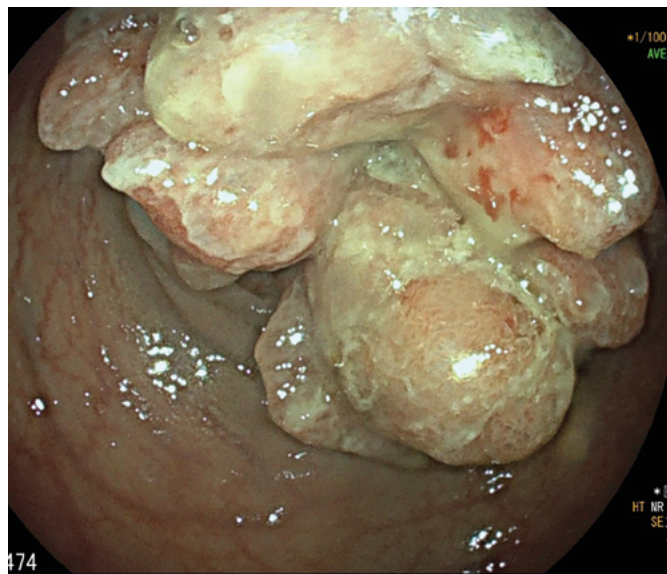


Obr. 4. Kolorektální karcinom. Zdroj: obrázková fotodokumentace FNOL

genů MLH1 a MSH2 od 25 let věku a u pacientů s genetickou mutací MSH6 a PMS2 od 35 let věku. Dispenzární intervaly v případě negativního nálezu při kvalitní koloskopii jsou každé dva roky. V případě nekompletní koloskopie nebo koloskopie, při které nebyla adekvátní střevní příprava (vysoké riziko přehlédnutí léze), je indikována kontrola do 3 měsíců (8).

Pravidelná koloskopická dispenzarizace u pacientů s familiární adenomatózní polypózou (FAP, mutace genu APC) je indikována od 12–14 let, u nosičů bialelické mutace MUTYH pak od 18 let. Pro obě skupiny platí dispenzární kontroly v rozmezí 1–2 let. Stejná frekvence kontrol je indikována i u pacientů po provedené kolektomii (pouchoskopie, rektoskopie), přičemž v rámci těchto kontrol by měly být odstraněny všechny léze větší než 5 mm (8).

Nemocní s Peutz-Jeghersovým syndromem (STK11) jsou indikováni ke koloskopické dispenzarizaci ve velmi časném věku, a to již od 8 let. Pokud je výsledek tohoto vyšetření negativní, tak postačí provést další koloskopické vyšetření až v 18 letech. Od dosažení 18 let věku jsou následně prováděna koloskopická vyšetření každé 1–3 roky (8).

Strategie léčby kolorektálního karcinomu se odvíjí od rozsahu postižení, který hodnotíme pomocí TNM klasifikace, anatomické lokality (kolon nebo rektum) a celkového stavu nemocného.

Screeningový program v IBD populaci

Pacienti s extenzivní a levostrannou ulcerózní kolitidou a pacienti s Crohnovou chorobou s postižením tračnicku jsou ve zvýšeném riziku výskytu kolorektální neoplazie (CRC – colorectal cancer). Pacienti s proktitidou nebo izolovaným tenkostřevním postižením u Crohnovy choroby tuto pravděpodobnost nemají. Riziko se udává 1,4–1,7× zvýšené ve srovnání s populací bez IBD (10). Ačkoliv je to výrazně méně, než udávaly některé starší odhady, je to dostatečně vysoké číslo na to, aby byli pacienti s IBD považováni za vhodné k dispenzarizaci. Ke snížení dochází pravděpodobně zavedením efektivních dispenzárních strategií, lepší kontrolou zánětu vlivem nové účinné medikace a kvalitní udržovací léčbou. V analýze databází populačních studií publikované v roce 2025 zahrnující více než 160 tisíc pacientů s ulcerózní kolitidou je udávána incidence kolorektálního karcinomu 1,47 na 1000 pacientoroků a prevalence 1,54 %. Celkově se kumulativní riziko u IBD zvyšuje s délkou trvání onemocnění, a to na 0,8 % během prvních 10 let, 2,2 % mezi 10 a 20 lety a 4,5 % po více než 20 letech (11).

Hlavními rizikovými faktory jsou délka trvání IBD, rozsah postižení tračnicku, perzistující aktivita zánětu, PSC (primární sklerozující cholangitida) a rodinná anamnéza kolorektálního karcinomu. Tyto faktory jsou důvodem k zařazení pacientů do dispenzárního programu po osmi letech od vzniku prvotních příznaků, nikoliv však od data stanovení diagnózy. Výjimkou je PSC, kdy začínáme s každoroční dispenzární koloskopií ihned v čase diagnózy PSC. Základem dispenzarizace je koloskopické vyšetření přístroji s vysokým rozlišením a možností využití virtuální chromoendoskopie. Pokud nemáme k dispozici virtuální chromoendoskopii (např. typ Narrow Band Imaging, iSCAN, FICE apod.), je možno využít klasické chromoendoskopie pomocí indigokarminu nebo metylenové modři. Nebyl zjištěn rozdíl v záchytu neoplazie při využití virtuální či klasické chromoendoskopie. Kvadrantový odběr necílených biopsií není standardně doporučován. Dle ECCO guidelines je vhodné odebrat cílené biopsie pouze z viditelných lézí podezřelých z neoplazie a z makroskopicky negativního okolí těchto lézí. Dispenzární koloskopie by měly být prováděny v době endoskopické remise a za optimální střevní čistoty. Cílem je minimalizovat přehlédnutí neoplastické léze v terénu přetrvávajícího zánětu nebo v neadekvátně očištěném tračnicku (12).

Doporučení British Society of Gastroenterology z roku 2025 upravují dispenzární intervaly známé z mnohých předchozích doporučení (10, 13). Dochází ke vzniku čtyř kohort popisujících osoby s rizikem vysokým, středním, nízkým, a rizikem velmi nízkým, blízkým populačnímu riziku.

Tab. 2. Stratifikace rizika rozvoje kolorektální neoplazie, rizikové faktory a stanovení intervalu dispenzární koloskopie u pacientů s ulcerózní kolitidou a kolonickým postižením u Crohnovy choroby. Upraveno dle (11)

Stratifikace rizika	Rizikové faktory	Interval dispenzární koloskopie
Velmi nízké riziko (srovnatelné s populačním rizikem)	žádné níže popsané rizikové faktory	10 let
Nízké riziko	mírná aktivní endoskopická/histologická aktivita nebo extenzivní postižení pozánětlivé polypy rodinná anamnéza kolorektálního karcinomu u příbuzných prvního stupně	3 roky
Střední riziko	středně aktivní přetrvávající zánět i přes optimalizovanou léčbu PSC / transplantace pro PSC stenóza tračnicku v posledních 5 letech dysplázie v posledních 5 letech	1 rok
Vysoké riziko	těžká aktivní endoskopická/histologická aktivita navzdory optimalizované léčbě	zvážit kolektomii