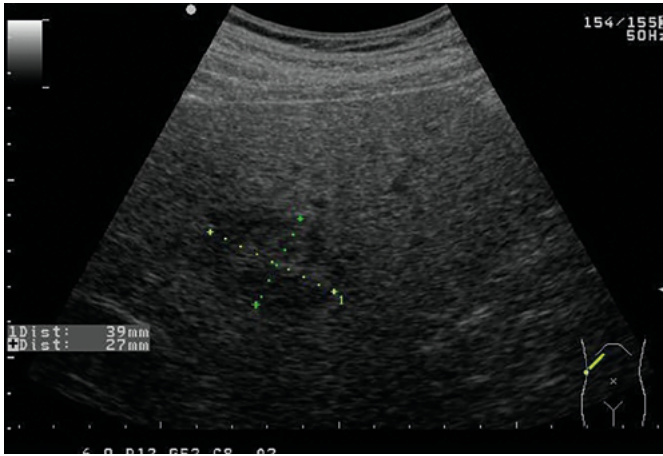


**Obr. 5.** Ložisko HCC v terénu chronické HBV. Zdroj: archiv prof. Falta

(Tab. 1). Nová data ohledně efektivity dispenzarizace kolorektálního karcinomu u IBD naznačují, že například sledování každé 3 roky může u indikovaných skupin IBD výrazně snížit riziko vzniku CRC až o jednu třetinu a úmrtí na CRC o dvě třetiny ve srovnání s osobami, které jsou sledovány v intervalech delších než 3 roky nebo nejsou sledovány vůbec (14). Nejvíce riziková skupina (pacienti s vysokým rizikem rozvoje CRC) zahrnuje nemocné s těžkou aktivní a přetrvávající endoskopickou a histologickou aktivitou zánětu navzdory optimalizované léčbě, které bychom měli zvážít ke kolektomii. Jednorozhodný interval koloskopického sledování (střední riziko) zahrnuje pacienty s PSC-IBD, s anamnézou stenózy tračnicku či dysplázie v posledních pěti letech a nemocné se středně aktivním zánětem i přes adekvátní terapii. U pacientů s přetrvávajícím mírně aktivním zánětem, pozánětlivými polypy, s pozitivní rodinnou anamnézou výskytu kolorektálního karcinomu u příbuzného prvního stupně se doporučuje tříletý interval (nízké riziko). Nemocné bez výše uvedených rizikových faktorů zařazujeme do dispenzarizace po deseti letech (13).

Vedle kvality endoskopického zobrazení je vhodné správně klasifikovat přetrvávající aktivitu onemocnění ověřenými skórovacími systémy hodnocení aktivity nemoci a adekvátně dokumentovat střevní očistu. Nezbytná je fotodokumentace zvláště při záchytu podezřelé léze (14). U pacientů s levostrannou a extenzivní ulcerózní kolitidou je doporučováno chemopreventivní podávání nízkých dávek mesalazinu, minimální účinná dávka je 1,2 g denně. U proktitid není podávání mesalazinu z chemopreventivní indikace paušálně zavedeno (15).

## Surveillance hepatocelulárního karcinomu

Hepatocelulární karcinom (HCC) je nejčastějším primárním nádorem jater (tvoří zhruba 90 %). Podle dat GLOBOCAN 2022 je HCC celosvětově šestým nejčastějším nádorovým onemocněním a třetí nejčastější příčinou úmrtí na malignitu, čímž se podtrhuje závažnost tohoto onemocnění. Celosvětová incidence byla 10,9 případů/100 000 obyvatel a mortalita činila 9,5/100 000 obyvatel (5). Srovnatelná data incidence a mortality s celosvětovým průměrem jsou i pro Českou republiku, kdy incidence dosahuje hodnot 9,0–9,8/100 000 a mortalita kopíruje křivku incidence s průměrným ročním úmrtím 8,0–8,8/100 000 obyvatel v letech 2018–2022, což odráží agresivní povahu nádoru a bohužel i častou diagnostiku v pozdních stádiích onemocnění (16).

Většina HCC vzniká v terénu cirhoticky změněných jater (75–90 %) (17). Nejčastější příčinou vzniku cirhózy jater v našich podmínkách je nadměrná konzumace alkoholu (ženy > 20 g alkoholu denně, muži > 30 g alkoholu denně po dobu více než 10 let), nicméně narůstá i podíl pacientů s jaterním onemocněním na základě metabolickou dysfunkcí podmíněnou steatotickou chorobou jater metabolické dysfunkce asociované se steatotickou chorobou jater (MASLD). Dalšími rizikovými faktory jsou chronické hepatitidy B a C.

Pro záchyt časných lézí u asymptomatických pacientů je důležité se řídit aktuálními doporučenými postupy z roku 2025 dle Evropské asociace pro studium jater (European Association for the Study of the Liver – EASL). Cílovou skupinou pro dispenzarizaci jsou všichni pacienti s jaterní cirhózou ve stadiu Child-Pugh A a B. Pacienti ve stadiu Child-Pugh C jsou dispenzarizováni pouze tehdy, pokud jsou zařazeni na čekací listině pro transplantaci jater (18).

Do programu surveillance spadají všichni pacienti s cirhózou, včetně pacientů s chronickou hepatitidou B a C. U pacientů s HBV může dojít k rozvoji HCC i bez přítomnosti jaterní cirhózy, zejména u Asiatů. Proto jsou kromě pacientů s cirhózou jater dispenzarizováni i pacienti v rizikových skupinách s HBV, u kterých je roční incidence HCC vyšší než 1,5 % – příbuzní 1. stupně pacientů s HCC, Asiaté (muži > 40 let, ženy > 50 let) a Afričané starší 20 let (18). K předpovědi rizika vzniku HCC u pacientů s chronickou HBV (na terapii antivirotiky – tenofovir, entekavir po dobu nejméně 12 měsíců) slouží prognostický skórovací systém PAGE-B, který zohledňuje věk nemocného, pohlaví a destičky a pomáhá identifikovat pacienty ve vysokém riziku vzniku HCC během 5 let. Skóre je validováno pro kavkazskou populaci (19).

U pacientů s HCV je doporučena dispenzarizace u pacientů s pokročilou fibrózou jater (stadium F3, při tuhosti jater nad 10 kPa) a cirhózou jater (stadium F4). Pacienti, kteří jsou úspěšně vyléčeni pomocí přímých antivirotik (nehlédě na léčivý přípravek, kterým byl pacient léčen), jsou indikováni k doživotní sonografické dispenzarizaci v půlročních intervalech, pokud před zahájením terapie byla přítomna fibróza nebo cirhóza. Vyléčením sice dojde ke snížení rizika vzniku HCC, ale nedojde k úplnému vymizení rizika (18).

Diagnostika HCC se v souladu s nejnovějšími doporučeními EASL opírá primárně o neinvazivní zobrazovací metody. Zlatým standardem v surveillance rizikových skupin je dle doporučení abdominální ultrasonografie (UZ) prováděná v intervalech 6 měsíců (18, 20). Ultrazvukový obraz samotného tumoru je však velmi variabilní a odvíjí se především od jeho velikosti a pokročilosti. U ložisek přesahujících 2–3 cm je již typický tzv. mozaikový obraz, kdy je ložisko nehomogenní – střídají se v něm tmavší (hypoechoenní) a světlejší (hyperechoenní) části v důsledku vnitřního krvácení, nekrotizace nebo vazivových sept. U těchto pokročilejších tumorů se navíc často zobrazuje tenký hypoechoenní (tmavý) lem, vykazující tzv. halo efekt, který patologicky odpovídá fibroznímu pouzdru nádoru nebo stlačené okolní jaterní tkáni (21, 22).

Pomocí kvalitní sonografie jsme schopni detekovat ložiska HCC již v časných stádiích a zvyšuje se tím šance pacientů ke kurativní léčbě. Dalším nástrojem je alfa-fetoprotein (AFP). Doporučení americké společnosti AASLD z roku 2023 připouští možnost užití AFP k zvýšení záchytu tumoru, nicméně evropská společnost EASL se k odebrání AFP staví