

VÝZNAM GASTROSKOPIE PRO DNEŠNÍ PRAXI

MUDr. Zdeněk Beneš, CSc.¹, prof. MUDr. Aleš Hep, CSc.²

¹II. interní klinika, Fakultní Thomayerova nemocnice Praha

²Interní gastroenterologická klinika, Fakultní nemocnice Bohunice, Brno

Gastroskopie je endoskopické vyšetření, které slouží k přesné diagnostice onemocnění horní části trávicí trubice. Velkou výhodou oproti rentgenovým metodám je možnost biopsie ze slizničních procesů horní části trávicího traktu, což vede k jejich přesnější verifikaci. Do praxe jsou zaváděny techniky jako tzv. chromoendoskopie, zvětšovací endoskopie, endoskopie s Narrow Band Imaging (NBI) či mikroskopická endoskopie, které dovolují detailněji zobrazit sliznici. Vedle diagnostické endoskopie se často užívá i gastroskopie terapeutická, která umožňuje např. stavět krvácení z horního GIT, provádění polypektomií, mukosektomií, dilatací stenóz apod.

Klíčová slova: gastroskopie, diagnostická endoskopie, terapeutická endoskopie.

Med. Pro Praxi 2006; 4: 197–198

Detailní přehled o nástěnných změnách horní části trávicí trubice je nezbytnou součástí přesné diferenciální diagnostiky onemocnění této oblasti. Prvé pokusy vizuálně zhodnotit sliznici jsou popsány již v 18. století, ale k zásadnímu posunu dochází až po zavedení flexibilní endoskopie zpočátku vláknové později s využitím videotechniky. Pevnou pozici, i když pouze v omezených indikacích, si udržuje rtg kontrastní vyšetření trávicí trubice. Jedná se především o situace, kdy zavedení endoskopu je vzhledem k anatomickým poměrům obtížné či nemožné, nebo je nezbytné zhodnocení tvaru a elasticity stěny GIT např. předoperační posouzení hiátové hernie.

Zásadním přínosem endoskopie je možnost detailního zhodnocení změn sliznice zejména při diagnostice časných abnormit maligních (event. i s využitím dalších technik např. chromoendoskopie, autofluorescence nebo již i na našem trhu dostupné Narrow Band Imaging – NBI). NBI je technologie dovolující filtraci části vlnových délek bílého světla zpřesnit hodnocení obrazu. S jistou nadsázkou lze konstatovat, že obraz s využitím NBI poskytuje podobné informace jako chromoendoskopie. Např. Barrettův jícen s intestinální metaplasí, či drobné adenomy (1, 2, 3, 8). S přispěním NBI lze rovněž posoudit slizniční změny s větším přiblížením endoskopu ke sliznici při zachování ostrého kvalitního obrazu.

Další možností je „endoskopická mikroskopie“. Patří sem tzv. konfokální mikroskopie – optické neinvazivní zobrazení sliznice pomocí laserového skenování o určité vlnové délce. Dovoluje analyzovat na základě odraženého světla sliznici v hloubce 200–500 nm. Další a velmi perspektivní se zdá tzv. endocytoskopie, poskytující při rutinní endoskopii pomocí speciální sondy zvětšení sliznice až 1 200×. V kombinaci s chromoendoskopií lze získat velmi přesné a jemné zobrazení detailů sliznice až na morfologické hodnocení ihned v průběhu vyšetření event. modifikovat další postup.

Ponecháme-li zcela stranou endoskopii terapeutickou je zásadní možnost získat vzorek sliznice v průběhu výkonu. Nejedná se samozřejmě pouze o histologické hodnocení, ale otevírá se prostor pro založení tkáňových kultur, následné hodnocení genetické, např. Barrettův jícen, posouzení tkáňových onkomarkerů nebo další informace o *H. pylori* (citlivost na antibiotika, genetický profil atd.)

Indikace, kontraindikace a doporučený postup při gastroskopickém vyšetření vyplývají z doporučení České gastroenterologické společnosti schválené výborem společnosti v roce 2004 (7). Rozhodnutí o vhodnosti či nezbytnosti gastroskopie je velmi často v rukou praktického lékaře na základě anamnézy a klinického obrazu.

Indikace (tabulka 1)

Mezi indikace relativní patří provedení gastroskopie u nemocných s dráždivým tračníkem pro značnou nespecifitu potíží, které mohou být závažné.

Ke sporným indikacím patří i sledování hojení duodenálního vředu.

Kontraindikace (tabulka 2)

Je nutné zdůraznit, že kontraindikace jsou mnohdy nejednoznačné a rozhodnout o vlastním výkonu může až zkušený endoskopista, který zváží všechny okolnosti zákroku. Vhodná doba lačnění před vyšetřením je asi 6 hodin.

Úspěšně se rozvíjející terapeutická endoskopie dovoluje mimo rutinně prováděné polypektomie, sklerotizace či ligace varixů a endoskopické ošetření krvácejících lézí i výkony náročnější jako dilatace stenóz, mukosektomie nebo zatím u nás neprováděné endoskopické fundoplikace apod. (4, 6, 9).

Před jakýmkoliv endoskopickým zásahem vyšetřovaný vyplňuje a podpisuje souhlas s výkonem, který je jeho nezbytnou součástí. Pokud je vyšetření odmítnuto, musí být dotyčnému nabídnuta alternativa dalšího postupu. Významné jsou informace o současné medikaci. Je-li warfarinizace v terapeu-

tickém rozmezí, lze se zvýšenou opatrností a při sledování pacienta biopsii provést. Mnohem riskantnější je dlouhodobá léčba salicyláty, která zůstala vyšetřujícím utajena a která může být zdrojem i protrahovaného krvácení. Antiagregační efekt medikace je laboratorně hodnotitelný obtížněji a není rutinně sledován.

Tabulka 1. Indikace gastroskopie

bolesti v epigastriu
opakovaná zvracení
sideropenická anémie
reflexní potíže špatně reagující na léčbu
nechutenství, hubnutí
dyspepsie
fyzikální poškození jícnu (poleptání jícnu apod.)
karcinom žaludku v rodinné anamnéze
familiární adenomatózní polypóza (možnost tumoru horní části traktu)
perniciózní anémie
sledování hojení peptického vředu žaludku až po jeho úplné vyhojení pro možnost malignity
krvácení ze zažívacího traktu
sledování Barrettova jícnu zvláště při přítomné dysplázii
pozitivita okultního krvácení při negativní kolonoskopii
verifikace pozitivního či nejasného rtg či sonografického nálezu
sledování nemocných po resekci žaludku pro možnost rozvoje malignity
podezření přítomnosti zánětlivé infiltrace u m. Crohn
podezření na cizí těleso v žaludku (především u dětí)

Tabulka 2. Kontraindikace gastroskopie

kardiovaskulární instabilita
šok
bezvědomí
akutní astmatický stav
odmítnutí vyšetření nemocným
nespolupracující nemocný
najedený nemocný

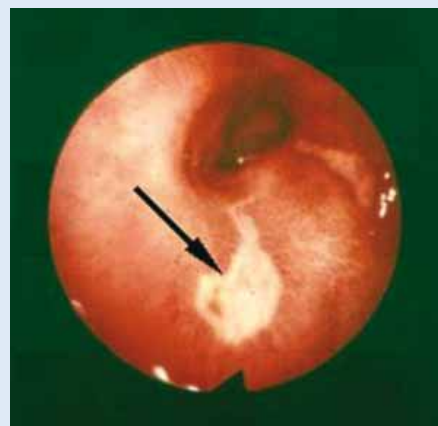
Obrázek 1. Lžička v žaludku



Obrázek 4. Karcinom žaludku



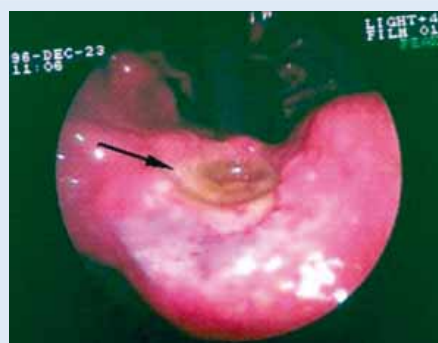
Obrázek 2. Vřed jícnu



Obrázek 3. Polyp duodena



Obrázek 5. Vřed žaludku



Obrázek 6. Těžká ezofagitida



Vyšetření je prováděno nalačno většinou bez premedikace.

Pokud to klinický stav vyžaduje podáváme 5–10 mg Diazepamu či 2–4 mg Midazolamu i.v. s nezbytností asi dvouhodinové observace.

K lokální anestezii hrdla (rovněž ji nelze pokládat zejména u prosté diagnostické gastroscopie za nezbytnou) lze použít Mesocain spray.

V průběhu vyšetření je zcela výjimečně aplikován preparát SAB s cílem omezit tvorbu pěny v žaludku.

Výkon je prováděn vleže na levém boku. Endoskop je za kontroly zraku zaváděn postupně a u spolupracujícího nemocného, který se snaží opakovaně polykat, nečiní vyšetření větších potíží. Při odpovídající insuflaci je následně přehlédnuta oblast jícnu, žaludku, pyloru a duodena až do D2. Nezbytnou součástí je zhodnocení slizničního reliéfu, elasticity stěny a posouzení oblasti kardia, forniku a malé křiviny při everzi přístroje (5).

Biopsie doplní zisk potřebných informací ať pro potřebu rychlého ureasového CLO testu, či jiné zpracování jak bylo zmíněno výše (10). Biopsie je nezbytnou součástí odpovědného sledování hojení žaludeční ulcerace až do kompletní remise a pak za několik měsíců poté i u subjektivně bezpříznakového jedince.

Gastroskopické vyšetření je metoda vcelku bezpečná. Komplikace jsou velmi vzácné s výskytem cca 0,11 %, mortalita se pohybuje cca 0,005 %.

Intervenční endoskopie má komplikace s možně frekventnější cca 1 % – krvácení po endoskopické polypektomii, po biopsii u nemocných s portální hypertenzí, po extrakci cizího tělesa – zejména u dětí apod.

Diagnostická gastroscopie je rutinní metodou pro potřebu první linie i praxi klinickou.

Terapeutická endoskopie je záležitostí specialisty v závislosti na rozsahu prováděného výkonu.

MUDr. Zdeněk Beneš, CSc.

II. interní klinika, Fakultní Thomayerova nemocnice Praha
Václavská 800, 149 50 Praha
e-mail: zdenek.benes@ftn.cz

Literatura

1. Canto MI. Methylene blue chromoendoscopy for Barrett's esophagus: dominy soon to you GI unit? *Gastrointest Endosc* 2001; 54: 403–409.
2. Endo M, Kawano T. Detection and classification of early squamous cell esophageal cancer. *Dis Esophagus* 1997; 10: 155–158.
3. Guelrud M, Herrera I, Essenfeld H, Castro J, Antoniov DA. Intestinal metaplasia of the gastric Cardia: a prospective study with enhanced magnification endoscopy. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 584–589.
4. Guindi M, Diesel RH. The pathology of epithelial premalignancy of the gastrointestinal tract. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001; 15: 191–210.
5. Jirásek V. Endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku. In: Dítě P et al. *Základy Digestivní endoskopie*. Grada Publishing 1996: 73–95.
6. Kiesslich R, Jung M. Magnification endoscopy: does it improve mucosal surface analysis for the diagnosis of gastrointestinal neoplasia? *Endosc* 2002; 34: 819–822.
7. Kment M. Doporučený postup pro diagnostickou a terapeutickou endoskopii horního úseku trávicího traktu. <http://www.cgs-cls.cz> 2004.
8. Rajan E, Burgart LJ, Gostout CJ. Endoscopic and histologic diagnosis of Barrett's Esophagus. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 217–225.
9. Rubio CA. Serrated adenoma of the stomach. *J Clin Path* 2001; 58: 849–853.
10. Schlemper RJ, Kato Y, Stolte M. Review of histological classification of gastrointestinal epithelial neoplasia. *J Gastroenterol* 2001; 36: 445–456.