

Kdaj je potreben ponovni endoskopski pregled

Indication for follow-up endoscopy

Samo Plut*

Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana

Gastroenterolog 2018; suplement 3: 109–113

Ključne besede: endoskopija, kontrola, GERB, ulkusna bolezen, KVČB, rak debelega črevesa in danke, polipi kolona

Key words: endoscopy, follow-up, GERD, gastric ulcer, IBD, colorectal cancer, colonic polyps

IZVLEČEK

Številne bolnike napotimo na kontrolne endoskopske preiskave, ki so namenjene sledenju bolnikov, oceni stanja ob poslabšanju bolezni in ponovni preiskavi ob kliničnem sumu na drugo bolezen. Bolniki z gastroezofagealno reflukšno boleznijo potrebujejo kontrolno gastroskopijo zaradi sledenja Barrettovega požiralnika ali za ugotavljanje morebitne prisotnosti alarmnih znakov. Tudi bolnike z razjedo na želodcu moramo napotiti na kontrolno gastroskopijo. Bolniki s celiakijo, ki upoštevajo prehranske omejitve in nimajo težav, endoskopskega spremljanja ne potrebujejo. Pri akutnem poslabšanju že diagnosticiranega ulceroznega kolitisa opravimo endoskopsko kontrolno preiskavo samo, če je od endoskopskega ali histološkega izvida odvisno nadaljnje zdravljenje. Pri bolnikih s Crohnovo boleznijo je endoskopsko spremljanje potrebno pri zapletih bolezni, pred načrtovanim operativnim zdravljenjem ali preventivno, v smislu presejanja raka. Bolnike s polipi kolona sledimo glede na ocenjeno tveganje: bolnike z visokim tveganjem čez 1 leto, bolnike s srednjim tveganjem čez 3 leta in bolnike z nizkim tveganjem čez 5 let. Bolnike, ki so preboleli raka na debelem črevesu in danki, redno endoskopsko sle-

ABSTRACT

Numerous patients are referred to repeated endoscopy for follow-up, evaluation of disease activity or diagnostic workup within the clinical suspicion of another disease. In patients with gastroesophageal reflux disease, a repeat gastroscopy is indicated in follow-up of Barrett's esophagus or when alarm symptoms of esophageal cancer are present. All patients with gastric peptic ulcer disease should be endoscopically followed. Patients with celiac disease adhering to a gluten-free diet and are asymptomatic require no further endoscopy. In acute exacerbation of ulcerative colitis follow-up endoscopy or biopsy is not indicated other than for therapeutic reasons. Patients with Crohn's disease require a follow-up endoscopy in case of complications or prior to elective surgical procedure, as well as a prevention and screening of colorectal cancer. Patients after removal of colonic polyps are followed-up according to risk stratification: high risk in one year, medium risk in three years and low risk in five years after initial colonoscopy. Patients who have had colorectal cancer should be offered a repeated colonoscopy one year after the surgery, after fourth year and every five years ever since. In patients

*asist. Samo Plut, dr. med

Oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana, Japljeva 2, 1000 Ljubljana

E-pošta: samo.plut@kclj.si

dimo; kolonoskopijo napravimo leto dni po operaciji, v 4. letu po operaciji in nato na 5 let. Pri bolnikih z dednimi sindromi (družinska polipoza, Lynchev sindrom, Gardnerjev sindrom, družinski nepolipozni rak) je tveganje raka pomembno večje, zato je na mestu redno endoskopsko sledenje.

UVOD

Po podatkih Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo v Sloveniji vsako leto opravimo kar 60.000 gastroskopskih pregledov in 45.000 kolonoskopskih pregledov, ki znatno časovno in finančno obremenjujejo zdravstveni sistem ter bolnike izpostavljajo tveganju morebitnih zapletov endoskopske preiskave. Zaradi omejene dostopnosti specialistov gastroenterologov v ambulantah, ki je posledica neustreznega vrednotenja ambulantnega dela, pomemben delež bolnikov napotijo na endoskopski poseg neposredno izbrani zdravniki. Izsledki raziskav, opravljenih v ZDA, kažejo, da je neustreznih napotitev na endoskopsko preiskavo s strani specialistov gastroenterologov približno 14 %, s strani primarnih zdravnikov pa kar 49 % (1). Ker ne moremo pričakovati, da se bodo razmere v našem zdravstvenem sistemu kmalu spremenile, je zelo pomembno, da so tudi družinski zdravniki dobro seznanjeni z indikacijami za endoskopske posege. Na terapevtske in zahtevne endoskopske posege (terapevtska kolonoskopija in terapevtska gastroskopija, endoskopska ultrazvočna preiskava, endoskopska retrogradna holangiopankreatikografija, enteroskopija) bolnika navadno napoti specialist gastroenterolog ali izbrani zdravnik na priporočilo specialista. O napotitvi na kolonoskopijo in gastroskopijo se pogosto odločajo izbrani zdravniki, zato v prispevku predstavljamo le najpogostejše indikacije za omenjeni kontrolni endoskopski preiskavi.

GASTROEZOFAGEALNA REFLUKSNA BOLEZEN (GERB)

Bolniki z gastroezofagealno refluksno boleznijo, ki imajo neerozivno refluksno bolezen ali refluksno bolezen z ezofagitisom stopnje A ali stopnje B po

with hereditary syndromes (familial adenomatous polyposis, Lynch syndrome, Gardner syndrome, familial non polyposis cancer syndrome) the risk of cancer is significant, therefore they need regular endoscopic follow-up.

losangeleški klasifikaciji (*angl.* Los Angeles Classification of Esophagitis, LA), načeloma kontrolne gastroskopije ne potrebujejo. Obvezna je pri bolnikih z ezofagitisom višje stopnje, pri bolnikih z razjedami ali strikturami požiralnika ter pri bolnikih z Barrettovim požiralnikom. Slovenska priporočila (2) pri bolnikih z Barrettovim požiralnikom brez displazije svetujejo kontrolno gastroskopijo z biopsijo na 2–3 leta, pri bolnikih Barrettovim požiralnikom z displazijo pa pogostejše endoskopsko spremljanje, ki vključuje tudi terapevtske ukrepe. Priporočila povzemamo v algoritmu (Slika 1 in Slika 2).

Ponovna gastroskopija je potrebna pri bolnikih z GERB in novonastalimi alarmnimi znaki (hujšanje, disfagija/odinofagija, krvavitev iz prebavil in anemija, vztrajno bruhanje) ter pri bolnikih, pri katerih kljub poskusu zdravljenja z dvojnimi odmerki zaviralca protonske črpalke ne dosežemo izboljšanja.

GASTRITIS IN ULKUSNA BOLEZEN

Gastritis je pogosta diagnoza v patohistoloških izvidih bioptov želodčne sluznice, kar velja tudi za sluznico endoskopsko povsem normalnega izvida. Bolnik z akutnim gastritisom praviloma ne potrebuje kontrolne gastroskopije. Morebitna okužba z bakterijo *Helicobacter pylori* zahteva zdravljenje in potrditev uspešnosti eradikacije z nein vazivnim testom. Kronični atrofični gastritis (KAG) in intestinalna metaplazija sta predrakavi stanji povezani z večjim tveganjem raka želodca. Za ustrezno opredelitev tveganja ob gastroskopiji odvezamemo vzorce v skladu Sydneyjskim protokolom, ki patohistologu omogočijo oceno stopnje KAG glede na sistem za ocenjevanje OLGIM (*angl.* Operative Link for Gastric Intestinal Metaplasia Assessment). Bolniki z ocenami 0, 1 in 2 sledenja ne



Slika 1. Algoritem sledenja pri bolnikih z Barrettovim požiralnikom brez displazije (2)



Slika 2. Algoritem sledenja pri bolnikih z Barrettovim požiralnikom z displazijo (2)

potrebujejo, bolnike z ocenama 3 in 4 pa sledimo po evropskih priporočilih (3), ki jih povzemamo v algoritmu (Slika 3).

Bolniki z ulkusno boleznijo dvanajstnika kontrolne endoskopije načeloma ne potrebujejo, razen pri obsežnih razjedah, pri katerih se lahko po zacelitvi razvije brazgotinska zožitev. Vse bolnike z razjedo na želodcu napotimo na kontrolno gastroskopijo, med katero opravimo tudi biopsijo. Endoskopsko sledenje potre-

bujemo tudi bolniki po endoskopskem ali kirurškem zdravljenju raka želodca in MALT limfoma želodca.

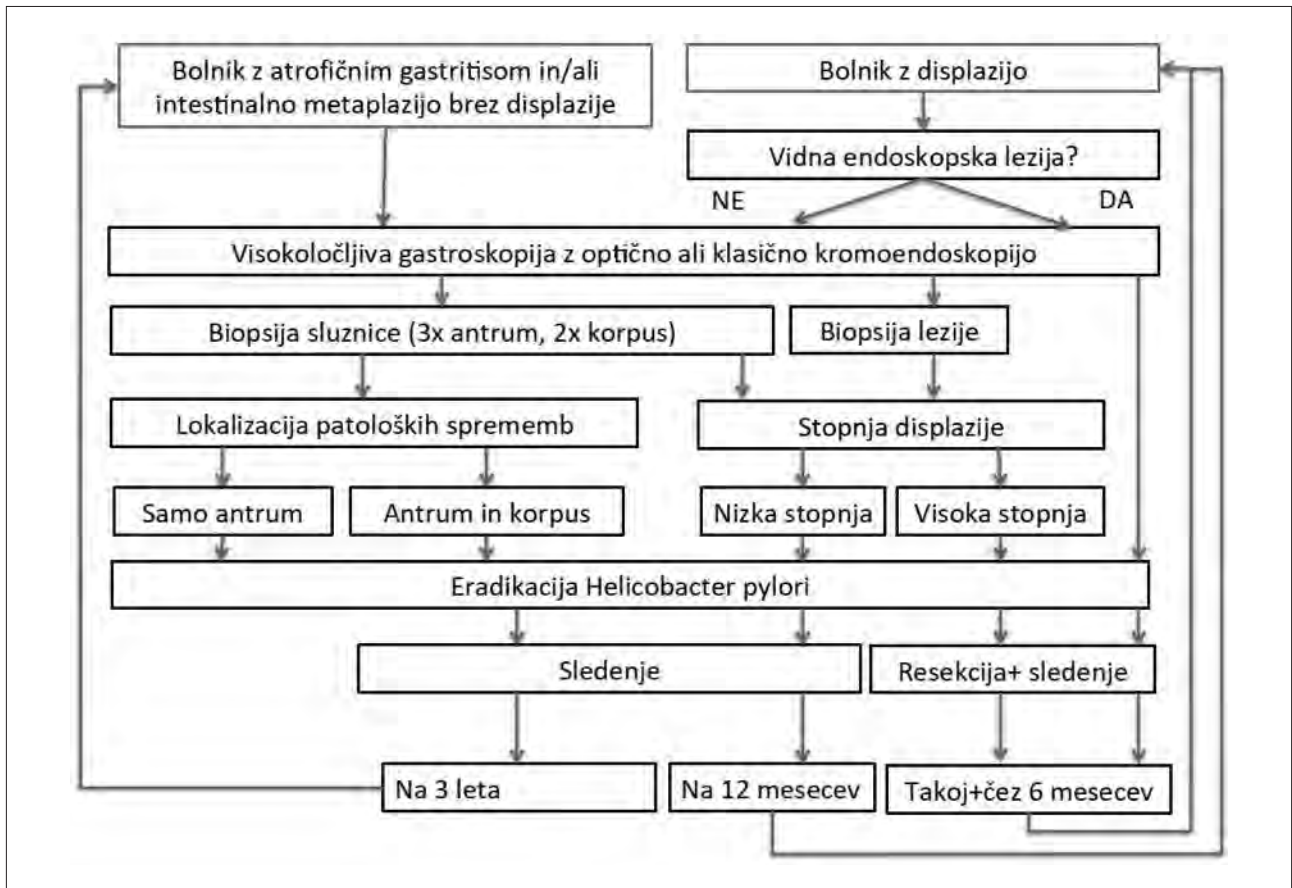
CELIAKIJA

Pri bolnikih s celiakijo, ki upoštevajo prehranske omejitve in nimajo težav, endoskopsko spremljanje ni potrebno. Učinkovitost brezglutenske diete lahko pri bolnikih s pozitivnim izvidom serologije ob postavitvi diagnoze ocenjujemo serološko. Če težave kljub doslednemu upoštevanju prehranskih omejitev vztrajajo, je potrebna kontrolna gastroskopija z odvzemom vzorcev v dvanajstniku. Bolniki s serološko negativnimi izvidi potrebujejo endoskopsko spremljanje s histologijo tudi za sledenje (4).

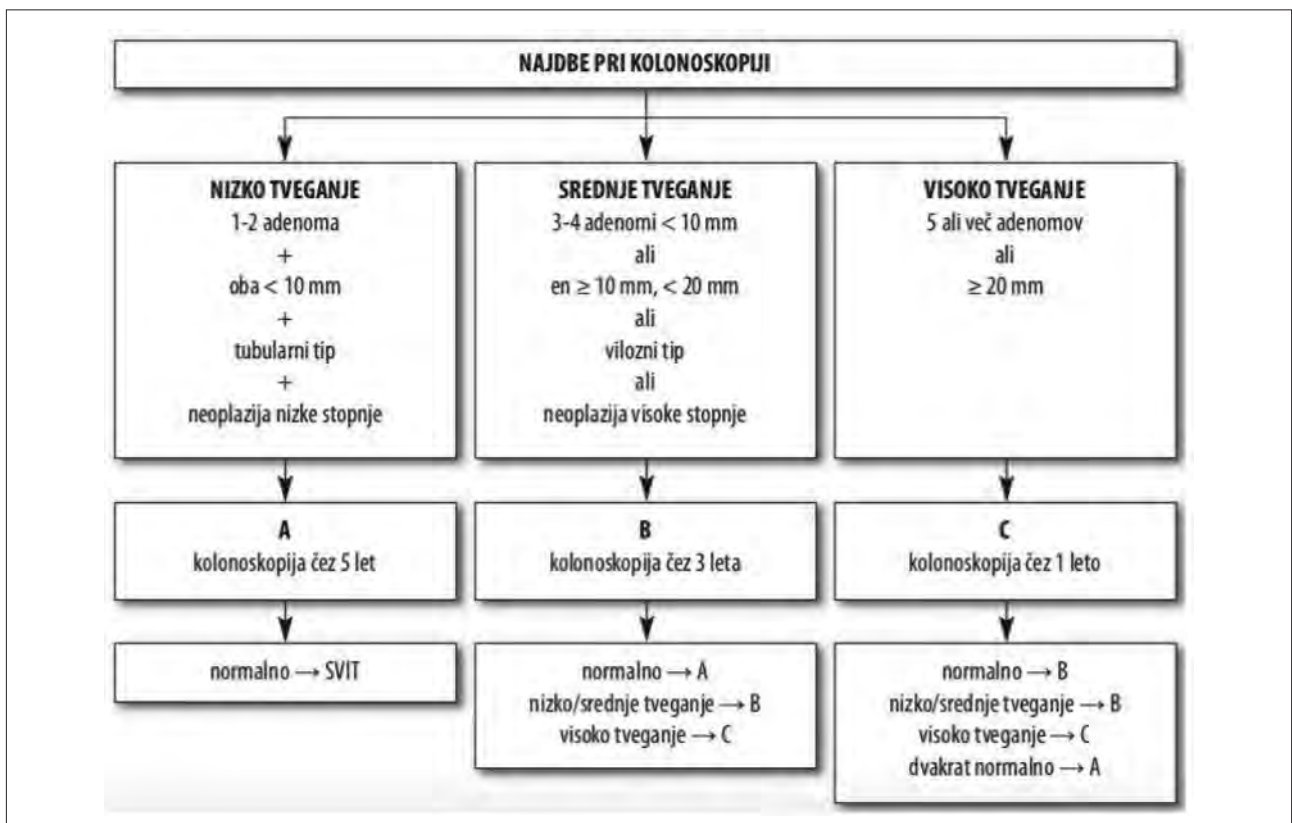
KRONIČNA VNETNA ČREVESNA BOLEZEN

Akutno poslabšanje že diagnosticirane ulceroznega kolitisa zahteva kontrolno endoskopsko spremljanje samo, če je od endoskopskega ali histološkega izvida odvisno nadaljnje zdravljenje. Uspešnost zdravljenja ocenjujemo klinično in endoskopsko ali z določitvijo vrednosti fekalnega kalprotektina. Zaradi presejanja raka potrebujejo bolniki v remisiji kontrolno kolonoskopijo 8 let po

postavljeni diagnozi ulcerozni kolitis. Pri bolnikih z velikim tveganjem (hudo razširjeno vnetje, strikture, hkratni primarni sklerotizirajoči holangitis) sledi kontrolna kolonoskopija čez 1 leto. Pri bolnikih s srednjim tveganjem (ekstenzivni kolitis z zmernim in blagim vnetjem, inflamatorni polipi, pozitivna družinska anamneza kolorektalnega raka) napravimo kontrolno kolonoskopijo čez 2–3 leta. Ostalim bolnikom svetujemo endoskopski kontrolni pregled čez 5 let (5, 7).



Slika 3. Algoritem obravnave bolnikov s kroničnim atrofičnim gastritisom (3)



Slika 4. Algoritem sledenja po odstranitvi polipov kolona

Pri bolnikih s Crohnovo boleznijo napravimo endoskopijo ob poslabšanju ter ocenimo aktivnost bolezni in morebitne zaplete. Šest mesecev po uvedbi zdravljenja ponovno endoskopsko ocenimo zacelitev sluznice. Endoskopska ocena je pomembna tudi pri vztrajajoči aktivni bolezni, novih simptomih ali pred spremembo zdravljenja in 6–12 mesecev po kirurškem zdravljenju (6, 7). Tveganje raka je odvisno od trajanja in aktivnosti bolezni. Bolnike v dolgotrajni globoki remisiji presegamo kot ostalo populacijo.

POLIPI TER RAK DEBELEGA ČREVEŠA IN DANKE

Pri kar 40 % oseb, starejših od 50 let, najdemo v debelem črevesu in danki polipe, najpogosteje adenome, ki so predrakave spremembe. Številne bolnike (zlasti s pozitivno družinsko anamnezo) na prvo presejalno kolonoskopijo napoti izbrani zdravnik. V Sloveniji od leta 2009 uspešno deluje Državni program zgodnjega odkrivanja kolorektalnega raka in predrakavih sprememb SVIT. Številni bolniki potrebujejo sledenje oz. kontrolne kolonoskopije, pri katerih najdemo in tudi odstranimo morebitne spregledane in novonastale polipe. Tveganje ocenimo glede na število, velikost in vrsto odstranjenih polipov. Bolnike z visokim tveganjem napotimo na kontrolni kolonoskopski pregled čez 1 leto, bolnike s srednjim tveganjem čez 3 leta in bolnike z visokim tveganjem čez 5 let.

Posebno pozorno obravnavamo bolnike z dednimi sindromi (družinska polipoza, Lynchev sindrom, Gardnerjev sindrom, družinski nepolipozni rak), saj imajo večje tveganje ne le kolorektalnega raka, ampak tudi drugih vrst raka. Zato jih redno sledimo pri specialistu gastroenterologu, ki poskrbi za redne endoskopske preiskave. Tudi bolnike, ki so preboleli raka na debelem črevesu in danki, redno endoskopsko sledimo. Kolonoskopijo napravimo leto dni po operaciji, v 4. letu po operaciji in nato na 5 let.

Literatura

1. Nguyen V. International Journal of General Medicine 2010; 3: 345–57.
2. Sever N. Predlog slovenskih priporočil za obravnavo bolnikov z Barrettovim požiralnikom. Gastroenterolog 2016; 1: 5–11.
3. Dinis-Ribeiro M. Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS). Endoscopy 2012; 44: 74–94.
4. Janša R. Celiakija pri odraslih – diagnostika, zdravljenje, sledenje. Gastroenterolog 2008; 1: 34–7.
5. Magro F. European evidence based consensus on management of UC. J Crohn Colitis 2017; 6: 649–70
6. Gionchetti. European evidence based consensus on management of Crohn's. J Crohn Colitis 2017; 2: 135–49.
7. Maaser C. ECCO-ESGAR guideline for diagnostic assessment in IBD. J Crohn Colitis 2018; 113:7–21.
8. Tepeš B. Smernice programa SVIT, NIJZ 2015. (22.12.2018) <http://www.program-svit.si/binary/show/2634>.