

Endoskopická submukózní disekce: Doporučení Evropské společnosti pro gastrointestinální endoskopii (ESGE)

Pedro Pimentel-Nunes¹, Mário Dinis-Ribeiro¹, Thierry Ponchon², Alessandro Repici³, Michael Vieth⁴, Antonella De Ceglie⁵, Arnaldo Amato⁶, Frieder Berr⁷, Pradeep Bhandari⁸, Andrzej Bialek⁹, Massimo Conio¹⁰, Jelle Haringsma¹¹, Cord Langner¹², Sören Meisner¹³, Helmut Messmann¹⁴, Mario Morino¹⁵, Horst Neuhaus¹⁶, Hubert Piessevaux¹⁷, Massimo Rugge¹⁸, Brian P. Saunders¹⁹, Michel Robaszkiwicz²⁰, Stefan Seewald²¹, Sergey Kashin²², Jean-Marc Dumonceau²³, Cesare Hassan²⁴, Pierre H. Deprez¹⁷

Korespondenční autor

Dr. Pedro Pimentel-Nunes

Servico de Gastrenterologia
Instituto Portugues de Oncologia Francisco Gentil Rua Dr Antonio Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Portugal
pedronunesml@msn.com
Fax: +351-22-5513646

Instituce

- 1 Department of Gastroenterology, Instituto Portugues de Oncologia, Porto, Portugal
- 2 Department of Digestive Diseases, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, France
- 3 Department of Gastroenterology, Istituto Clinico Humanitas, Milan, Italy
- 4 Institute for Pathology, Klinikum Bayreuth, Bayreuth, Germany
- 5 Department of Gastroenterology, National Cancer Institute, Bari, Italy
- 6 Gastroenterology Unit, Ospedale Valduce, Como, Italy
- 7 University Clinic of Internal Medicine I, Salzburg, Austria
- 8 Department of Gastroenterology, Queen Alexandra Hospital, Portsmouth, UK
- 9 Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland
- 10 Department Gastroenterology and Endoscopy, Ospedale di Sanremo, Sanremo, Italy
- 11 Erasmus Medical Center, Rotterdam, The Netherlands
- 12 Institute of Pathology, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria
- 13 Bispebjerg Hospital, Copenhagen, Denmark
- 14 Department of Internal Medicine III, Klinikum Augsburg, Augsburg, Germany

Jícen

1 ESGE doporučuje provést endoskopickou en bloc resekci u povrchového spinocelulárního karcinomu jícnu, kromě lézí se zřejmým postižením submukosy (silné doporučení, střední úroveň důkazů). Endoskopickou mukosní resekci lze zvážit u lézí menších než 10 mm, pokud můžeme zajistit en bloc resekci. I přesto ESGE doporučuje ESD jako metodu volby, zejména z důvodu možnosti zajistit en bloc resekci s přesným patologickým stagingem, aby se zabránilo případnému chybění důležitých histologických známek (silné doporučení, střední úroveň důkazů).

2 ESGE doporučuje endoskopickou resekci s kurativním záměrem u všech viditelných lézí v Barretově jícnu (silné doporučení, střední úroveň důkazů). ESD neprokázala superioritu ve srovnání s EMR u resekce mukosních karcinomů, proto by EMR měla být preferována. ESD může být zvážena ve vybraných případech jako jsou léze větší než 15 mm, léze se slabým liftingem a léze s rizikem submukosní invaze (silné doporučení, střední úroveň důkazů).

3 V léčbě povrchových neoplasií jícnu, ESGE doporučuje posouzení léze zkušeným endoskopistou za použití endoskopu s vysokým rozlišením, jedné metody virtuální chromoendoskopie a/nebo klasické chromoendoskopie (silné doporučení, střední úroveň důkazů). Rutinní provádění EUS, CT či PET-CT není před endoskopickou resekci doporučeno (silné doporučení, střední úroveň důkazů). ESGE navrhuje, že by mělo být zváženo provedení EUS vyšetření povrchového karcinomu jícnu se známkami podezřelými ze submukosní invaze či metastatického postižení lymfatických uzlin (slabé doporučení, nízká úroveň důkazů).

4 U spinocelulárního karcinomu ESGE doporučuje:

- En bloc R0 resekce povrchových lézí, které histologicky vykazují maximálně M2

invazi a nemají přítomnu lymfovaskulární invazi, je hodnocena jako kurativní (silné doporučení, střední úroveň důkazů).

- En bloc R0 resekce dobře diferencovaného M3/SM1 karcinomu (<200 μm) bez lymfovaskulární invaze je ve většině případů kurativní vzhledem na nízké riziko lymfatických metastáz. Riziko následné terapie by mělo být porovnáno s rizikem lymfatických metastáz a to na multioborovém semináři (silné doporučení, střední úroveň důkazů).
- V případě tumorů s invazí sm2 a více (>200 μm), špatně diferencovaných tumorů, přítomnosti lymfangioinvaze či pozitivitě vertikálních okrajů je doporučena další terapie (chemoradioterapie a/nebo chirurgická léčba) s ohledem na biostatus pacienta (silné doporučení, střední úroveň důkazů).
- V případě pozitivitě horizontálního okraje a nepřítomnosti dalších rizikových znaků, je možností endoskopické sledování a opětovná endoskopická léčba (silné doporučení, nízká úroveň důkazů).

5 Pro adenokarcinom asociovaný s Barretovým jícnem ESGE doporučuje:

- V Barretově jícnu, endoskopická en bloc R0 resekce povrchových lézí s intramukosním adenokarcinomem je kurativní (silné doporučení, střední úroveň evidence).
- Endoskopická en bloc R0 resekce nízké rizikových sm1 lézí (≤500 μm, dobře či středně diferencovaný karcinom, bez přítomnosti lymfovaskulární invaze) je potenciálně kurativní, v rámci multidisciplinárního týmu musí být individuálně posouzeno riziko operace v porovnání s rizikem lymfatických metastáz (silné doporučení, střední úroveň důkazů).
- Operační řešení je doporučeno v případě přítomnosti lymfovaskulární invaze, špatně diferenciaci tumoru, invazi hlubší než sm1, tj. >500 μm nebo při pozitivitě vertikálních okrajů (silné doporučení, střední úroveň důkazů).

kazů).

- Pokud je pozitivní horizontální okraj či byla provedena resekce po částech a nejsou přítomny další rizikové znaky, je doporučeno upřednostnit endoskopické sledování a léčbu před operačním řešením (silné doporučení, střední úroveň důkazů).
- Pacienti po kurativní resekcí časně neoplasie v Barrettově jícnu jsou indikováni k dalšímu ošetření (EMR či RFA) za účelem odstranění reziduálního metaplastického epitelu, ve kterém mohou být přehlédnuty synchronní intraepiteliální neoplasie či mohou vzniknout metachronní léze (silné doporučení, střední úroveň důkazů).

6 Po kurativní resekcí spinocelulárního karcinomu jícnu ESGE doporučuje intenzivní pravidelné endoskopické sledování za použití endoskopů s vysokým rozlišením, konvenční či virtuální chromoendoskopie a odběrem biopsií ze suspektních míst (první endoskopie za 3-6 měsíců, poté jednou ročně) (silné doporučení, nízká úroveň důkazů).

I přesto, že je lokální rekurence po en bloc kurativní resekcí výjimečná, pravidelné endoskopické sledování by mělo být zaměřeno na časnou detekci metachronních lézí a jejich další endoskopickou terapii (silné doporučení, střední úroveň důkazů). ESGE nedoporučuje provádět EUS ani CT vyšetření v rámci sledování po kurativní resekcí (slabé doporučení, nízká úroveň důkazů).

6 ESGE doporučuje pravidelné endoskopické kontroly po resekcí/ablaci ložisek s high grade dysplasií či intramukosním karcinomem v terénu Barrettova jícnu, ale je potřeba dalších studií k určení adekvátního intervalu sledování (silné doporučení, nízká úroveň důkazů). Riziko invaze do lymfatických uzlin u dobře diferencovaného submukosního sm1 ($\leq 500 \mu\text{m}$) adenokarcinomu v terénu Barrettova jícnu se zdá být nižší než operační riziko, je tedy přípustné další těsné endoskopické sledování tak jak je doporučeno po resekcí/ablaci high grade dysplazie či intramukosního karcinomu (silné doporučení, střední úroveň důkazů).

Žaludek

1 ESGE doporučuje endoskopickou resekci k léčbě povrchových neoplasí žaludku, které mají velmi nízké riziko lymfatických metastáz (silné doporučení, silná úroveň důkazů). EMR je přijatelná možnost u lézí menších než 10-15mm s nízkou pravděpodobností pokročilé histologie (0-IIa léze dle Pařížské klasifikace). I přesto ESGE doporučuje ESD jako metodu volby pro většinu povrchových neoplasí žaludku (silné doporučení, střední úroveň důkazů).

2 K posouzení proveditelnosti endoskopické

resekce ESGE doporučuje provést vysoce kvalitní endoskopii, ideálně s konvenční či virtuální chromoendoskopií, provedenou zkušeným endoskopistou (silné doporučení, střední úroveň důkazů). Ultrazvuková, CT ani další diagnostická vyšetření nejsou před resekcí povrchových neoplastických lézí žaludku rutinně doporučena (silné doporučení, střední úroveň důkazů).

3 ESGE doporučuje:

- En bloc R0 resekce dysplastických lézí nebo intramukosního karcinomu intestinálního typu bez ulcerace či lymfovaskulární invaze může být považována za kurativní (silné doporučení, střední úroveň důkazů).
- En bloc R0 resekce ulcerovaného intramukosního adenokarcinomu intestinálního typu ≤ 30 mm nebo submukosního adenokarcinomu sm1 ($\leq 500 \mu\text{m}$) ≤ 30 mm bez prokázané lymfovaskulární invaze je ve většině případů kurativní vzhledem k nízkému riziku lymfatických metastáz (silné doporučení, střední úroveň důkazů).
- En bloc R0 resekce neulcerovaného nízcě diferencovaného intramukosního adenokarcinomu ≤ 20 mm je kurativní ve většině případů, následné endoskopické sledování je přípustné. U špatně diferencovaných/difuzních adenokarcinomů by i přesto měla být vždy zvážena gastrektomie a to v rámci multidisciplinárního přístupu s ohledem na individualizovaný přístup (zvážit věk pacienta, jeho komorbiditu a jeho preference) (silné doporučení, střední úroveň důkazů).
- Chirurgické řešení je doporučeno v případě přítomnosti lymfovaskulární invaze, hlubší než sm1 invaze ($> 500 \mu\text{m}$), při pozitivitě vertikálních okrajů a u tumorů větších než 30 mm s ulcerací či submukosní invazí (silné doporučení, střední úroveň důkazů).
- Při pozitivitě horizontálního okraje či resekcí po částech a současně nepřítomnosti submukosní invaze či jiného vysoce rizikového znaku je endoskopické sledování a léčba upřednostněna před chirurgickým řešením (silné doporučení, střední úroveň důkazů).

4 ESGE doporučuje pravidelné endoskopické sledování po kurativní ESD (silné doporučení, střední úroveň důkazů). ESGE navrhuje první endoskopii za 3-6 měsíců, poté jednou ročně (silné doporučení, nízká úroveň důkazů). Jestliže byla provedena ESD na základě rozšířených kritérií (ulcerovaná léze, submukosní invaze, nízká diferenciace tumoru), může být zváženo provedení stagingového CT břicha (slabé doporučení, nízká úroveň důkazů). Po piecemeal resekcí či v případě pozitivitě laterálních okrajů a současně bez přítomnosti kritérií k operaci, kontrolní endoskopie s biopsiemi je doporučena za 3 měsíce od resekce,

15 Department of Surgery, University Hospital of Turin, Turin, Italy

16 Department of Internal Medicine, Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf, Düsseldorf, Germany

17 Cliniques universitaires St-Luc, Université catholique de Louvain, Brussels, Belgium

18 Department of Pathology, Università di Padova, Padova, Italy

19 Wolfson Unit for Endoscopy, St. Mark's Hospital & Imperial College, London, UK

20 Service d'hépatogastroentérologie, Hôpital de la Cavale-Blanche, Brest, France

21 GastroZentrum, Klinik Hirslanden, Zurich, Switzerland

22 Endoscopy Department, Yaroslavl Regional Cancer Hospital, Yaroslavl, Russia

23 Gedyt Endoscopy Center, Buenos Aires, Argentina

24 Department of Gastroenterology, Nuovo Regina Margherita Hospital, Rome, Italy

Překlad

Alžběta Buriánová

Revize

Výbor Endoskopické sekce ČGS

Originální dokument

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1392882>

Endoscopy 2015; 47: 829-854

Přímý odkaz



následně za 9-12 měsíců od resekce a poté 1x ročně (silné doporučení, nízká úroveň důkazů).

Tenké střevo

1 ESGE nedoporučuje rutinně provádět ESD lézí v duodenu či tenkém střevě vzhledem k vysokému riziku perforace (silné doporučení, střední úroveň důkazů). Standardní polypektomie a EMR či EMR po částech („piecemeal EMR“) jsou akceptovatelné a bezpečné metody terapie povrchových lézí duodena a tenkého střeva (silné doporučení, střední úroveň důkazů). Vzhledem k nedostatku vědeckých důkazů musí být další postup po endoskopické resekci individualizován, v případě průkazu karcinomu ve vzorku, zejména pak se submukosní invazí, je nutno zvážit operační řešení (silné doporučení, nízká úroveň důkazů).

Kolon

1 ESGE tvrdí, že většina kolonických a rektálních povrchových lézí může být efektivně a kurativně odstraněna standardní polypektomií a/nebo EMR (silné doporučení, střední úroveň důkazů). ESD lze zvážit k odstranění kolonických a rektálních lézí s vysokým podezřením na povrchovou submukosní invazi, což je hodnoceno podle dvou hlavních kritérií – vkleslá morfologie a nepravidelný či negranulární povrch a to zejména u lézí větších než 20 mm, ESD může být dále zvážena u kolorektálních lézí, které nemohou být radikálně odstraněny polypektomií či EMR (silné doporučení, střední úroveň důkazů).

2 ESGE doporučuje použití endoskopů s vysokým rozlišením a konvenční či virtuální chromoendoskopii k posouzení proveditelnosti endoskopické resekce a k potvrzení indikace provedení en bloc resekce pomocí ESD (silné doporučení, střední úroveň důkazů). Staging rektálních lézí pomocí EUS a/nebo MRI lze zvážit v případě endoskopických známek submukosní invaze (slabé doporučení, nízká úroveň evidence).

3 ESGE doporučuje:

- En bloc R0 resekce povrchových lézí s maximálně povrchovou submukosní invazí sm1 ($\leq 1000 \mu\text{m}$), s dobrou či střední diferenciací (G1/G2) a bez průkazu lymfovaskulární invaze je považována za kurativní (silné doporučení, střední úroveň důkazů).
- Chirurgické řešení je doporučeno v případě přítomnosti lymfovaskulární invaze, hlubší invaze než sm1, při pozitivitě či nehodnotitelných vertikálních okrajích a v případě níže diferencovaného karcinomu se submukosní invazí (silné doporučení, střední úroveň důkazů).
- Pokud je pozitivita horizontálního okraje ale není přítomen jiný vysoce rizikový faktor,

mělo by být zváženo endoskopické sledování a endoskopická terapie namísto chirurgického řešení (silné doporučení, střední úroveň důkazů).

4 ESGE doporučuje endoskopickou kontrolu za 3-6 měsíců po léčbě. Pokud není prokázána lokální rekurence, dispenzární pankoloskopie má být provedena za rok od kontrolní endoskopie (silné doporučení, střední úroveň důkazů). Po resekci po částech či v případě pozitivitu laterálních okrajů a současně v případě že není indikována operace, je doporučena kontrolní koloskopie s biopsiemi za 3 měsíce (nízká kvalita důkazů).