



Výkonnostní ukazatele pro endoskopii dolní části gastrointestinálního traktu: Quality Improvement Initiative Evropské společnosti pro gastrointestinální endoskopii (ESGE)

Michal F. Kaminski^{1,2,3}, Siwan Thomas-Gibson⁴, Marek Bugajski^{1,2}, Michael Bretthauer^{3,5}, Colin J. Rees⁶, Evelien Dekker⁷, Geir Hoff^{3,8,9}, Rodrigo Jover¹⁰, Stepan Suchanek¹¹, Monika Ferlitsch¹², Jon Anderson¹³, Thomas Roesch¹⁴, Rolf Hultcranz¹⁵, Istvan Racz¹⁶, Ernst J. Kuipers¹⁷, Kjetil Garborg³, James E. East¹⁸, Maciej Rupinski^{1,2}, Birgitte Seip¹⁹, Cathy Bennett²⁰, Carlo Senore²¹, Silvia Minozzi²¹, Raf Bisschops²², Dirk Domagk²³, Roland Valori²⁴, Cristiano Spada²⁵, Cesare Hassan²⁶, Mário Dinis-Ribeiro^{27,28}, Matthew D. Rutter^{29,30}

Korespondenční autor

Michal F. Kaminski, MD PhD

Department of Gastroenterological Oncology
Institute of Oncology
Roentgen Street 5
02-781 Warsaw
Poland
Fax: +48-22-5463067
mfkaminski@coi.waw.pl

Instituce

- 1 Department of Gastroenterology, Hepatology and Oncology, Medical Center for Postgraduate Education, Warsaw, Poland
- 2 Department of Gastroenterological Oncology and Department of Cancer Prevention, The Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology, Warsaw, Poland
- 3 Department of Health Management and Health Economics, Institute of Health and Society, University of Oslo, and Department of Transplantation Medicine, KG Jebsen Center for Colorectal Cancer Research, Oslo University Hospital, Oslo, Norway
- 4 Wolfson Unit for Endoscopy, St. Mark's Hospital, Harrow, and Imperial College, London, UK
- 5 Department of Transplantation Medicine, Oslo University Hospital, Oslo, Norway
- 6 South Tyneside NHS Foundation Trust, South Tyneside, United Kingdom
- 7 Department of Gastroenterology and Hepatology, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands
- 8 Department of Research and Development, Telemark Hospital, Skien, Norway

Preprocedurální

(psaná forma a foto / videodokumentace).
(Shoda: 100 %)

Střevní příprava

- Kvalita střevní přípravy u pacientů, podstupujících screeningovou nebo diagnostickou kolonoskopii, by měla být hodnocena dle platné stupnice s vysokou interobservační spolehlivostí. (Shoda 100 %)
- Cílem pro endoskopické zařízení by mělo být dosažení adekvátní střevní přípravy ≥ 95 % kolonoskopií, minimálně v 90 % kolonoskopií. (Shoda: 100 %)

Čas vymezený na kolonoskopii

- Na běžnou diagnostickou kolonoskopii by měl být vymezen čas minimálně 30 minut. Na TOKS + kolonoskopii by měl být vymezen čas minimálně 45 minut k umožnění případné terapeutické intervence. (Shoda: 100 %)

Indikace ke kolonoskopii

- Zpráva z kolonoskopie by měla obsahovat přesnou indikaci k vyšetření. (Shoda: 93,8 %)

Úplnost vyšetření

Intubace céka

- Podmínkou pro termín totální kolonoskopie je intubace a kompletní vizualizace céka. (Shoda: 100 %)
- Cílem pro endoskopické zařízení by mělo být dosažení céka $v \geq 95$ % kolonoskopií, minimální počet totálních kolonoskopií je 90 %. (Shoda: 93,8 %)
- Provedení totální kolonoskopie by mělo být zdokumentováno dvojím způsobem

Detekce patologie

Adenoma detection rate (ADR)

- ADR by měl být používán jako měřítko adekvátní inspekce pro screeningovou nebo diagnostickou kolonoskopii u pacientů ≥ 50 let. Minimální standard ≥ 25 %. (Shoda: 100 %)

Doba extrakce přístroje

- Doba extrakce přístroje by měla být minimálně 6 minut, cílem by měl být čas 10 min. (Shoda: 87,5 %)

Polyp detection rate (PDR)

- PDR by měl být používán jako měřítko adekvátní inspekce pro screeningovou nebo diagnostickou kolonoskopii u pacientů ≥ 50 let. Minimální standard ≥ 40 %. (Shoda: 84,6 %)

Management při detekci patologie

Odpovídající technika polypektomie

- Klešťové biopsie pro polypy o velikosti ≤ 3 mm, polypektomie kličkou pro ostatní větší polypy. Minimální standard ≥ 80 %, cílem je standard ≥ 90 %. (Shoda: 93,3 %)

Značení místa resekce

- Při odstranění kolorektální léze s vkeslou komponentou (0-IIc dle Pařížské klasifikace) nebo LST léze non-granulární nebo smíšeného typu, lokalizované mezi c. ascendens a c. sigmoideum, je doporučeno provést tetováž k usnadnění příští identifikace místa resekce. (Shoda: 93,3 %)

Vybavení lézí k histopatologickému vyšetření

- Počet vybavených non-diminutivních lézí (< 5 mm) by měl být monitorován. Minimální počet vybavených non-diminutivních lézí k histopatologickému vyšetření je $\geq 90\%$, cílem je standard $\geq 95\%$. (Shoda: 86,7 %)

Pokročilé zobrazovací metody

- Při odstranění kolorektální léze s vkleslou komponentou (0-IIc dle Pařížské klasifikace) nebo LST léze non-granulární nebo smíšeného typu, by měla být provedena konvenční nebo virtuální chromoendoskopie k zlepšení vizualizace okrajů léze a odhadu potenciální hloubky invaze. (Shoda: 93,3 %)

Adekvátní popis morfologie polypu

- K morfologickému popisu nepolypoidních lézí detekovaných při kolonoskopii by měla být rutinně používána Pařížská klasifikace. (Shoda: 84,6 %)

Komplikace

Počet komplikací

- Počet nutných hospitalizací v šesti dnech po kolonoskopii a třicetidenní mortalita by měly být sledovány. (Shoda: 93,8 %)

Zkušenost pacientů

- Subjektivní vnímání pacientů během a po kolonoskopii bez analgosedace nebo v lehké analgosedaci by mělo být rutinně sledováno.
- Subjektivní vnímání pacientů při kolonoskopii nebo sigmoideoskopii by mělo být hodnoceno pacientem pomocí validované stupnice. (Shoda: 93,8 %)

Postprocedurální

Vhodné doporučení pro sledování po polypektomii

- Adherence k doporučení sledování po polypektomii by měla být monitorována. Cílem je standard $\geq 95\%$. (Shoda: 93,8 %)

- 9 Cancer Registry of Norway, Oslo, Norway
- 10 Unidad de Gastroenterología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, Spain
- 11 Department of Internal Medicine, First Faculty of Medicine, Charles University, Military University Hospital, Prague, Czech Republic
- 12 Department of Medicine III, Division of Gastroenterology and Hepatology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria
- 13 Gloucestershire Hospitals NHS Foundation Trust, Cheltenham General Hospital, Gloucestershire, UK
- 14 Department of Interdisciplinary Endoscopy, University Hospital Hamburg-Eppendorf, Germany
- 15 Karolinska Institute and Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden
- 16 Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Petz Aladar County and Teaching Hospital, Győr, Hungary
- 17 Department of Gastroenterology and Hepatology, Erasmus MC University Medical Center, Rotterdam, The Netherlands
- 18 Translational Gastroenterology Unit, John Radcliffe Hospital, University of Oxford, Oxford, UK
- 19 Department of Gastroenterology, Vestfold Hospital Trust, Třnsberg, Norway
- 20 Centre for Technology Enabled Research, Faculty of Health and Life Sciences, Coventry University, Coventry, UK
- 21 CPO Piemonte, AOU Cittř della Salute e della Scienza, Turin, Italy
- 22 Department of Gastroenterology and Hepatology, University Hospital Leuven and KU Leuven, Leuven, Belgium
- 23 Department of Internal Medicine, Joseph's Hospital, Warendorf, Germany
- 24 Department of Gastroenterology, Gloucestershire Hospitals NHS Foundation Trust, Gloucestershire, UK
- 25 Digestive Endoscopy Unit, Agostino Gemelli University Hospital, Rome, Italy
- 26 Nuovo Regina Margherita Hospital, Rome, Italy
- 27 Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal

28 Servicio de Gastroenterología, Instituto Portugues de Oncologia Francisco Gentil, Porto, Portugal

29 Department of Gastroenterology, University Hospital of North Tees, Stockton-on-Tees, Cleveland, UK

30 School of Medicine, Durham University, UK

Překlad

Klára Kmochová

Originální dokument

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-103411>

Endoscopy 2017; 49: 1–20

Přímý odkaz