



## Management epiteliálních prekancerózních stavů a lézí žaludku (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) aktualizace guidelines z roku 2019

### Korespondenční autor

**Pedro Pimentel-Nunes, MD PhD,**

Gastroenterology  
Department, Portuguese  
Oncology Institute of Porto,  
Rua Dr. Bernardino de  
Almeida, 4200-072 Porto,  
Portugal  
Fax: +351-22-5513646

### Instituce

1. Gastroenterology  
Department, Portuguese  
Oncology Institute of  
Porto, Portugal
2. Center for Research in  
Health Technologies and  
Information Systems  
(CINTESIS), Faculty of  
Medicine, Porto, Portugal
3. Surgery and Physiology  
Department, Faculty of  
Medicine of the University  
of Porto, Porto, Portugal,
4. Department of  
Gastroenterology, Porto  
University Hospital  
Centre, Institute of  
Biomedical Sciences,  
University of Porto  
(ICBAS/UP), Portugal
5. Gastroenterology  
Department, Portuguese  
Oncology Institute of  
Coimbra, Portugal
6. Institute of Clinical and  
Preventive Medicine,  
University of Latvia,  
Digestive Diseases  
Center, GASTRO, Riga,  
Latvia
7. Department of Medicine,  
Surgery and Translational  
Medicine University  
Hospital Sant'Andrea,  
University Sapienza  
Roma, Rome, Italy

Pedro Pimentel-Nunes<sup>1, 2, 3</sup>, Diogo Libânio<sup>1, 2</sup>, Ricardo Marcos-Pinto<sup>2, 4</sup>, Miguel Areia<sup>2, 5</sup>, Marcis Leja<sup>6</sup>, Gianluca Esposito<sup>7</sup>, Monica Garrido<sup>4</sup>, Ilze Kikuste<sup>6</sup>, Francis Megraud<sup>8</sup>, Tamara Matysiak-Budnik<sup>9</sup>, Bruno Annibale<sup>7</sup>, Jean-Marc Dumonceau<sup>10</sup>, Rita Barros<sup>11, 12</sup>, Jean-François Fléjou<sup>13</sup>, Fátima Carneiro<sup>11, 12, 14</sup>, Jeanin E. van Hooft<sup>15</sup>, Ernst J. Kuipers<sup>16</sup>, Mario Dinis-Ribeiro<sup>1, 2</sup>

### ZDROJE A ZAMĚŘENÍ

Tyto doporučené postupy jsou oficiálním prohlášením Evropské společnosti pro gastrointestinální endoskopii (ESGE), Evropské studijní skupiny pro Helicobacteria a mikrobiotu (EHMSG), Evropské společnosti patologů (ESP) a Portugalské společnosti pro digestivní endoskopii (SPED) a týkají se diagnostiky a managementu osob s atrofickou gastritidou, intestinální metaplazií a dysplazií žaludku a na základě nových poznatků aktualizují pokyny MAPS z roku 2012.

### PROHLÁŠENÍ

1 Pacienti s chronickou atrofickou gastritidou nebo intestinální metaplazií jsou vystaveni riziku adenokarcinomu žaludku. Vysoká kvalita důkazů (100% souhlas [94% silně nebo středně silně souhlasí]).

### PROHLÁŠENÍ

2 Histologicky potvrzená intestinální metaplazie je nejspolehlivějším markerem atrofie žaludeční sliznice. Vysoká kvalita důkazů (100% souhlas [100% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

3 Pacienti s pokročilým stadiem gastritidy, tj. atrofii a/nebo intestinální metaplazií postihující jak antrální, tak korporální sliznici, by měli být identifikováni, protože jsou ve vyšším riziku adenokarcinomu žaludku. Střední kvalita důkazů, silné doporučení (94% souhlas [94% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

4 High grade dysplázie a invazivní karcinom jsou nálezy, kterým je potřeba zabránit předejít při managementu pacientů s chronickou

atrofickou gastritidou nebo intestinální metaplazií.

Střední kvalita důkazů, silné doporučení (100% souhlas [100% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

5 Pacienti s endoskopicky viditelnou lézí s low nebo high grade dysplazií nebo karcinomem by měli podstoupit staging a léčbu. Vysoká kvalita důkazů, silné doporučení (94% souhlas [94% silně nebo středně silně souhlasí]).

### PROHLÁŠENÍ

6 Endoskopie s vysokým rozlišením s chromoendoskopií (CE) je pro diagnostiku prekancerózních stavů žaludku a časných neoplastických lézí lepší než samotná endoskopie bílým světlem s vysokým rozlišením. Vysoká kvalita důkazů (94% souhlas [94% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

7 Kdykoli je to možné by se po řádném zaškolení měla k diagnostice prekancerózních stavů žaludku použít virtuální CE s nebo bez zvětšení, s provedením biopsie pro staging atrofických a metaplastických změn a k lepšímu zacílení na neoplastické léze. Střední kvalita důkazů, silné doporučení (94% souhlas [94% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

8 Pro adekvátní staging prekancerózních lézí žaludku by měla první diagnostická horní endoskopie zahrnovat biopsie žaludku, jak pro diagnostiku infekce H. pylori, tak k identifikaci pokročilých stadií atrofické gastritidy.

8. INSERM U1053, Université de Bordeaux and CHU Pellegrin, Laboratoire de Bacteriologie, Bordeaux, France
9. IMAD, Hepato-Gastroenterology and Digestive Oncology, CHU de Nantes, University of Nantes, France
10. Gedyt Endoscopy Center, Buenos Aires, Argentina
11. Institute of Molecular Pathology and Immunology at the University of Porto (Ipatimup), Porto, Portugal
12. Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S), University of Porto, Porto, Portugal
13. Service d'Anatomie Pathologique, Hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Faculté de Médecine Sorbonne Université, Paris, France
14. Pathology Department, Centro Hospitalar de São João and Faculty of Medicine, Porto, Portugal
15. Department of Gastroenterology and Hepatology, Amsterdam UMC, University of Amsterdam, The Netherlands
16. Department of Gastroenterology and Hepatology, Erasmus MC University Medical Center, Rotterdam, The Netherlands

## Doporučené postupy Evropské společnosti gastrointestinální endoskopie

Střední kvalita důkazů, silné doporučení (88% souhlasí [77% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

9 Biopsie by měly být odebrány alespoň ze dvou topografických míst (z malé a velké křivatury jak z antra, tak z těla) a jasně označeny ve dvou samostatných zkumavkách. Je třeba provést další biopsie viditelných lézí podezřelých z neoplazie.

Střední kvalita důkazů, silné doporučení (94% souhlasí [82% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

10 K identifikaci pacientů s pokročilým stadiem atrofické gastritidy lze použít systémy pro histopatologické staging (např. hodnocení OLGA a OLGIM). Pokud jsou tyto systémy používány ke stratifikaci pacientů, mělo by se zvážit odebrání další biopsie z incisury.

Střední kvalita důkazů, slabé doporučení (88% souhlasí [58% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

11 Nízká hladina pepsinogenu I v séru a/nebo nízký poměr pepsinogenu I/II identifikují pacienty s pokročilým stadiem atrofické gastritidy, a u těchto pacientů se doporučuje provedení endoskopie, zejména pokud je sérologie H. pylori negativní.

Střední kvalita důkazů, silné doporučení (88% souhlasí [76% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

12 Přestože různé studie hodnotily věk, pohlaví a faktory virulence H. pylori jakož i genetické variace hostitele, nelze na základě těchto faktorů vyvodit žádná klinická doporučení pro cílený management týkající se diagnostiky a sledování.

Nízká kvalita důkazů, slabé doporučení (100% souhlasí [88% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

13 U pacientů s dysplázií bez endoskopicky definované léze se doporučuje bezodkladné opětovné kvalitní endoskopické vyšetření s CE (virtuální nebo pomocí barviva). Pokud pomocí této vysoce kvalitní endoskopie není detekována žádná léze, doporučuje se provedení biopsie pro staging gastritidy (pokud nebyla provedena dříve) a endoskopická kontrola během 6 měsíců (při high grade dysplazii) až 12 měsíců (při low grade dysplazii).

Nízká kvalita důkazů, silné doporučení (88% souhlasí [88% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

14 U pacientů s mírnou až středně těžkou atrofií omezenou na antrum neexistují důkazy, které by doporučovaly sledování.

Střední kvalita důkazů, silné doporučení (100% souhlasí [100% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

15 Pacienti s IM (intestinální metaplázií) v jedné lokalizaci mají vyšší riziko rakoviny žaludku. Toto zvýšené riziko však ve většině případů neodůvodňuje sledování, zejména pokud vysoce kvalitní endoskopie s biopsií vyloučila pokročilá stadia atrofické gastritidy.

Střední kvalita důkazů, silné doporučení (100% souhlasí [82% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

16 U pacientů s IM v jedné lokalizaci, ale s rodinnou anamnézou rakoviny žaludku, nebo s inkompletní IM, nebo s perzistující H. pylori gastritidou, by se měla zvážit endoskopická kontrola s CE a cílenými biopsiemi za 3 roky.

Nízká kvalita důkazů, slabé doporučení (82% souhlasí [76% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

17 Pacienti s pokročilými stádii atrofické gastritidy (těžké atrofické změny nebo IM jak v antru, tak v těle, OLGA / OLGIM III/IV) by měli být sledováni pomocí vysoce kvalitní endoskopie každé 3 roky.

Nízká kvalita důkazů, silné doporučení (100% souhlasí [94% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

18 Pacienti s pokročilými stádii atrofické gastritidy a s rodinnou anamnézou rakoviny žaludku mohou profitovat z intenzivnějšího sledování (např. každé 1–2 roky po stanovení diagnózy).

Nízká kvalita důkazů, slabé doporučení (82% souhlasí [65% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

19 Pacienti s autoimunitní gastritidou mohou mít prospěch z endoskopického sledování každých 3–5 let.

Nízká kvalita důkazů, slabé doporučení (82% souhlasí [76% silně nebo středně silně souhlasí]).

### DOPORUČENÍ

20 Eradikace H. pylori, která léčí neatrofickou chronickou gastritidu, může vést k regresi atrofické gastritidy a snižuje riziko vzniku rakoviny žaludku u pacientů s neatrofickou a atrofickou gastritidou, a proto se doporučuje u pacientů s těmito diagnózami.

## Překlad

Štefan Konečný

## Originální dokument

[https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2019\\_a\\_0859\\_1883.pdf](https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2019_a_0859_1883.pdf)

## Přímý odkaz

Vysoká kvalita důkazů, silné doporučení (87% souhlasí [87% silně nebo středně silně souhlasí]).

### **DOPORUČENÍ**

21 U pacientů se známou IM se nezdá, že by eradikace *H. pylori* významně snižovala riziko rakoviny žaludku, alespoň v krátkodobém horizontu, ale potlačuje zánět a atrofii, a proto je potřeba ji zvážit.

Nízká kvalita důkazů, slabé doporučení (87% souhlasí [75% silně nebo středně silně souhlasí]).

### **DOPORUČENÍ**

22 Eradikace *H. pylori* se doporučuje u pacientů s neoplazií žaludku po endoskopické terapii.

Vysoká kvalita důkazů, silné doporučení (100% souhlasí [100% silně nebo středně silně souhlasí]).

### **DOPORUČENÍ**

23 I když mohou inhibitory cyklooxygenázy (COX) -1 nebo COX-2 zpomalit progresi prekancerózních lézí žaludku, nelze je pro tento konkrétní účel doporučit.

Nízká kvalita důkazů, slabé doporučení (100% souhlasí [94% silně nebo středně silně souhlasí]).

### **DOPORUČENÍ**

24 U vybraných pacientů lze zvážit užívání nízké dávky aspirinu jednou denně jako prevenci různých druhů rakoviny včetně rakoviny žaludku.

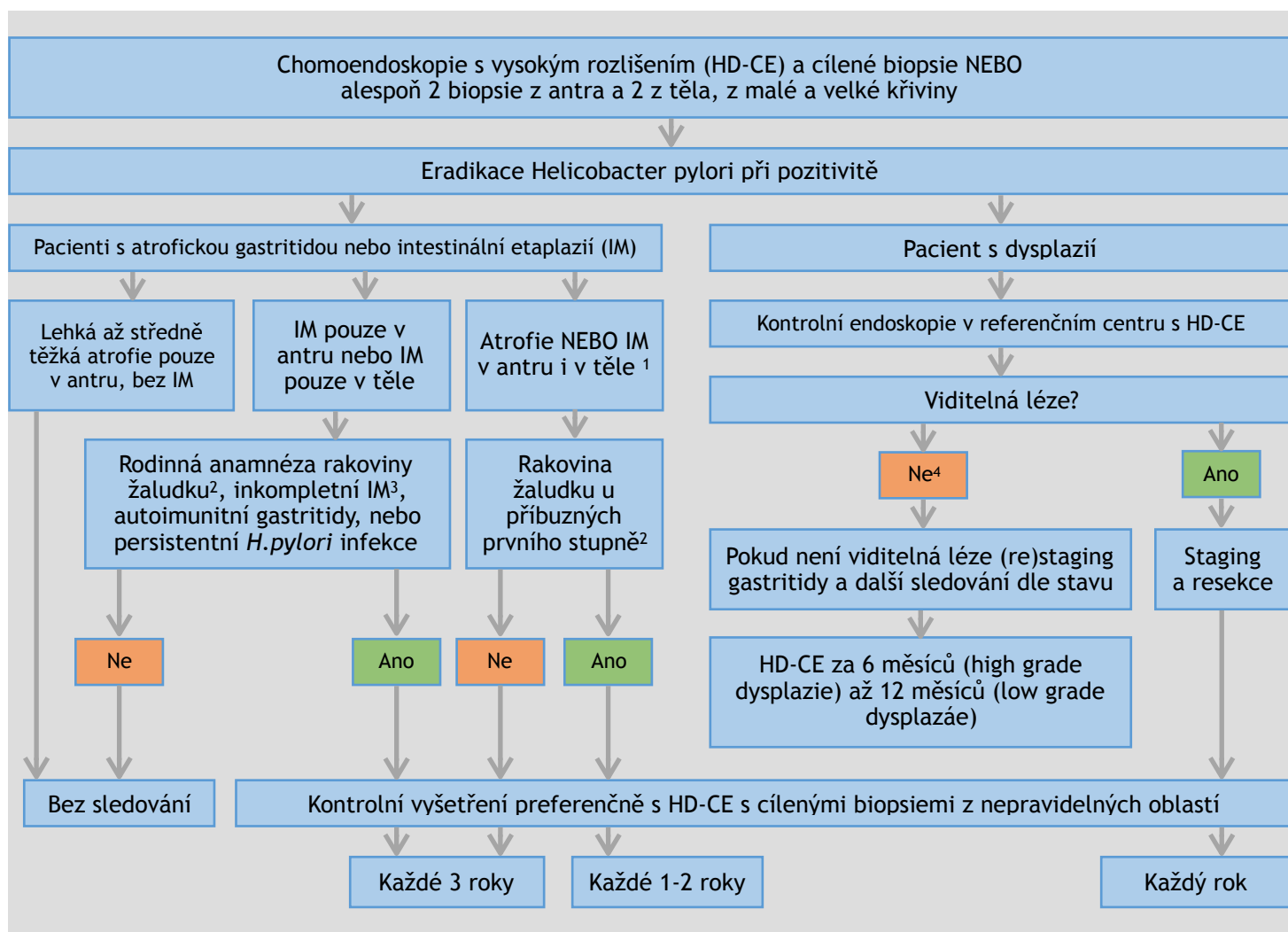
Střední kvalita důkazů, slabé doporučení (94% souhlasí [47% silně nebo středně silně souhlasí]).

### **DOPORUČENÍ**

25 V středně až vysoce rizikových oblastech je identifikace a sledování pacientů s prekancerózními lézemi žaludku finančně efektivní.

Střední kvalita důkazů (100% souhlasí [94% silně nebo středně silně souhlasí]).

Obrázek č. 2



**Obr. 2** Doporučený management u pacientů s atrofickou gastritidou, intestinální metaplazií žaludku nebo dysplazií žaludečního epitelu. OLGA, Operative Link on Gastritis Assessment; OLGIM, Operative Link on Gastritis Assessment based on Intestinal Metaplasia.

<sup>1</sup> Pokročilá stadia atrofické gastritidy vyžadující sledování by měla být definována jako významná (středně těžká až těžká) atrofie nebo intestinální metaplazie (IM) postihující jak antrální, tak korporální sliznici, nebo jako OLGA/OLGIM stádia III/IV. Mírná atrofie bez IM, i když postihuje antrum a tělo, by neměla být považována za pokročilé stádium gastritidy.

<sup>2</sup> Rodinná anamnéza rakoviny žaludku u příbuzných prvního stupně je důležitým rizikovým faktorem pro rakovinu žaludku, a přestože důkazů je málo, tito pacienti mohou mít prospěch z intenzivnějšího sledování. Tato doporučení se nevztahují na hereditární/familiární difuzní rakovinu žaludku.

<sup>3</sup> Neúplná IM může identifikovat pacienty s vyšším rizikem rakoviny žaludku. Před rutinním doporučením subtypizace jsou však nutné další studie.

<sup>4</sup> Po diagnostice dysplazie je třeba zvážit revizi patologických preparátů expertem na gastrointestinální patologii, obzvláště pokud léze není viditelná při vysoce kvalitní endoskopii. Pokud expertní revize nepotvrdí diagnózu dysplazie, u pacienta není nutné intenzivní sledování.