



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

Raf Bisschops<sup>1</sup>, Miguel Areia<sup>2,3</sup>, Emmanuel Coron<sup>4</sup>, Daniela Dobru<sup>5</sup>, Bernd Kaskas<sup>6</sup>, Roman Kuvaev<sup>7</sup>, Oliver Pech<sup>8</sup>, Krish Ragnath<sup>9</sup>, Bas Weusten<sup>10</sup>, Pietro Familiari<sup>11</sup>, Dirk Domagk<sup>12</sup>, Roland Valori<sup>13</sup>, Michal F. Kaminski<sup>14,15</sup>, Cristiano Spada<sup>11</sup>, Michael Bretthauer<sup>14,16</sup>, Cathy Bennett<sup>17</sup>, Carlo Senore<sup>18</sup>, Mário Dinis-Ribeiro<sup>3,19</sup>, Matthew D. Rutter<sup>20,21</sup>

## Korespondenční autor

### Raf Bisschop

Department of Gastroenterology and Hepatology  
University Hospital Leuven, KU Leuven  
Herestraat 49  
3000 Leuven  
Belgium  
Fax: +32-16-344225  
raf.bisschops@uzleuven.be

## Institute

- 1 Department of Gastroenterology and Hepatology, University Hospital Leuven, KU Leuven, Leuven, Belgium
- 2 Gastroenterology Department, Portuguese Oncology Institute, Coimbra, Portugal
- 3 Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal
- 4 Institut des Maladies de l'Appareil Digestif, CHU de Nantes, Nantes, France
- 5 Gastroenterology Department, University of Medicine and Pharmacy, Targu Mures, Romania
- 6 Department of Environmental and Occupational Health, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania, USA
- 7 Endoscopy, Yaroslavl Regional Cancer Hospital, Yaroslavl, Russian Federation
- 8 Klinik für Gastroenterologie und interventionelle Endoskopie, Barmherzige Brüder Regensburg, Regensburg, Germany
- 9 NIHR Nottingham Digestive Diseases Biomedical Research Unit, Nottingham University Hospitals NHS Trust, Queen's Medical Centre Campus, Nottingham, UK
- 10 Department of Gastroenterology and Hepatology, St

## Preprocedurální

### Lačnění

- Pacient podstupující plánovanou UGIE by měl být lačný. (Shoda: 100 %)
- Minimální odstup mezi požitím pevné stravy a endoskopií je 6h. (Shoda: 91 %)
- Minimální odstup mezi příjmem tekutin a endoskopií jsou 2h. (Shoda: 100 %)

Minimální standard pro pracoviště je  $\geq 95\%$ , cílený standard  $\geq 95\%$ .

## Úplnost vyšetření

### Dokumentace celkové doby vyšetření

- U pacientů, kteří neměli UGIE v posledních 3 letech, by mělo vyšetření zahrnovat inspekci jícnu, žaludku a duodena a mělo by trvat minimálně 7 minut od intubace po extubaci. (Shoda: 80 %). Minimální standard pro pracoviště je 90 %, cílený standard 90 %.

### Přesná dokumentace

- Vysoce kvalitní dokumentace zahrnuje fotodokumentaci všech normálních anatomických bodů (celkem minimálně 10 obrázků, minimálně 1 reprezentativní fotografie těchto oblastí: duodenum, V. papila, antrum žaludku, angulární řasa, tělo žaludku, fundus z retroflexe, GE přechod, začátek žaludečních řas, Z linie, distální a proximální jícen). Dále je nutná dokumentace všech abnormálních nálezů. (Shoda: 100 %). Minimální standard pro pracoviště je 90%, cílený standard 90 %.
- Zobrazení a fotodokumentace V. papily by měla být provedena u všech úplných vyšetřeních u pacientů s normální anatomií v horní části GIT. (Nízká kvalita evidence; shoda: 73 %)

mií v horní části GIT. (Nízká kvalita evidence; shoda: 73 %)

- Správná endoskopická dokumentace u reflexní choroby zahrnuje dokumentaci anatomických oblastí - GE přechod, začátek žaludečních řas. (Shoda: 100 %)
- Správná endoskopická dokumentace pro reflexní chorobu zahrnuje používání LA klasifikace (Shoda: 100 %)
- Správná endoskopická dokumentace u Barrettova jícnu (BJ) zahrnuje dokumentaci anatomických oblastí - GE přechod, začátek žaludečních řas. (Shoda: 100 %)
- Správná endoskopická dokumentace u BJ zahrnuje použití Pražské klasifikace. (Shoda: 100 %)

## Identifikace patologie

### Prohlížeč čas v žaludku

- Celková doba vyšetření při dispenzarizaci intestinální metaplazie by měla trvat nejméně 7 minut od intubace po extubaci. (Shoda: 100 %).
- U pacientů, kteří neměli UGIE v posledních 3 letech, by měla UGIE zahrnovat inspekci jícnu, žaludku a duodena a mělo by trvat minimálně 7 minut od intubace po extubaci. (Shoda: 80%)

Minimální standard pro pracoviště je 90%, cílený standard 90 %.

### Používání standardizované terminologie

- Abnormální nálezy by měly být popisovány dle dostupné, mezinárodně uznávané a standardizované terminologie. (Shoda: 100 %)

- Správná endoskopická dokumentace pro reflexní chorobu zahrnuje používání LA klasifikace (Shoda: 100 %)
- Správná endoskopická dokumentace u BJ zahrnuje použití Pražské klasifikace. (Shoda: 100 %)
- ESGE doporučuje používání Forrestovy klasifikace pro krvácející peptické léze v horní části GIT (silné doporučení)
- Pařížská klasifikace časných neoplastických lézí slouží k odhadu rizika submukózní invaze a tedy i možnosti endoskopické léčby. Existuje však málo údajů o interobservační shodě. Další studie o aplikovatelnosti této klasifikace jsou nezbytně nutné.
- I přes málo dostupných dat by měly být do doporučení implementovány další klasifikační systémy (Zargarova klasifikace pro kaustické postižení jícnu, Baveno klasifikace pro jícnové varixy a Spigelmanova klasifikace pro duodenální polypy u FAP). Jedná se o relativně jednoduché skórovací systémy mající klinickou hodnotu z hlediska managementu a sledování pacienta.

Minimální standard pro pracoviště je 95 %, cílený standard 95 %.

#### *Prohlížecký čas u Barrettova jícnu*

- Prohlížecký čas při sledování Barrettova segmentu by měl být minimálně 1 minuta/ 1 cm postižení BJ. (Shoda: 90 %). Minimální standard pro pracoviště je 90 %, cílený standard 90 %.

#### *Chromodiagnostika u pacientů s vyšším rizikem SCC*

- Chromodiagnostika (Lugolův roztok) by měla být používána u pacientů s tumory ORL oblasti nebo plicními tumory (léčených s kurativním záměrem) pro vyšší výtěžnost vyšetření stran záchyty dlaždicobuněčné dysplazie nebo karcinomu. (Shoda: 80 %). Minimální standard pro pracoviště je 90 %, cílený standard 90 %.

### **Management při detekci patologie**

#### *Seattle protokol v dispenzarizaci BJ*

- U pacientů podstupujících rutinní dispenzární UGIE pro BJ bez dysplazie by měly být odebrány biopsie dle Seattle protokolu. (Shoda: 100 %). Minimální standard

pro pracoviště je 90 %, cílený standard 90 %.

#### *Identifikace pacienta se zvýšeným rizikem karcinomu žaludku*

- Pro diagnózu intestinální metaplazie a infekce *H. pylori* se doporučuje odběr minimálně dvou biopsií z antra a dvou biopsií z těla žaludku, z každé části do zvláštní zkumavky. (Shoda: 80 %)
- Dle Operative Link for Gastritis Assessment (OLGA) a Operative Link for Gastric Intestinal Metaplasia (OLGIM) je ke dvěma biopsiím z antra a dvěma biopsiím z těla žaludku vyžadován odběr biopsie z angulární řasy. (Shoda: 80 %).

Minimální standard pro pracoviště je 90 %, cílený standard 90 %.

### **Komplikace**

#### *Monitorace komplikací po terapeutické UGIE*

- Počet perforací po polypektomii nebo po endoskopické mukozální resekcii (EMR) v jícnu, žaludku nebo duodenu by neměl přesáhnout 2 %. (Shoda 54%)
- Počet klinicky významných krvácení po polypektomii nebo EMR v jícnu, žaludku nebo duodenu by neměl přesáhnout 10 %. (Shoda: 64 %)
- Počet perforací po balónové nebo bužiové dilataci jícnu by neměl přesáhnout 1 %. (Shoda: 73 %)

Minimální standard pro pracoviště je 95 %, cílený standard 95 %.

### **Počet výkonů**

- Neexistuje žádná evidence o nutném počtu provedených výkonů k získání oprávnění k provádění UGIE pro jednotlivce. Pracovní skupina ESGE proto nemohla stanovit žádný minimální počet výkonů.

### **Zkušenost pacientů**

- Subjektivní vnímání vyšetření pacienty je důležitým měřítkem kvality endoskopie obecně. Pracovní skupina ESGE se domnívá, že by mělo být zjišťováno po každé endoskopii. Není dostatek důkazů k posouzení vlivu některých logistických a procedurálních opatření na subjektivní hodnocení a spokojenost pacienta.

- Antonius Hospital, Nieuwegein, The Netherlands
- 11 Digestive Endoscopy Unit, Agostino Gemelli University Hospital, Rome, Italy
- 12 Department of Internal Medicine, Joseph's Hospital, Warendorf, Germany
- 13 Department of Gastroenterology, Gloucestershire Hospitals NHS Foundation Trust, Gloucestershire, UK
- 14 Department of Health Management and Health Economy and KG Jebsen Centre for Colorectal Cancer, University of Oslo, Oslo, Norway
- 15 Department of Gastroenterological Oncology, The Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Centre and Institute of Oncology, and Medical Center for Postgraduate Education, Warsaw, Poland
- 16 Department of Transplantation Medicine, Oslo University Hospital, Oslo, Norway
- 17 Centre for Technology Enabled Research, Faculty of Health and Life Sciences, Coventry University, Coventry, UK
- 18 CPO Piemonte, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino, Italy
- 19 Serviço de Gastroenterologia, Instituto Portugues de Oncologia Francisco Gentil, Porto, Portugal
- 20 Department of Gastroenterology, University Hospital of North Tees, Stockton-on-Tees, Cleveland, UK
- 21 School of Medicine, Durham University, Durham, UK

### **Překlad**

Klára Kmochová

### **Originální dokument**

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-113128>

Endoscopy 2016; 48: 843–864

### **Přímý odkaz**

**Postprocedurální**

*Registr pacientů s BJ*

- U pacientů dispenzarizovaných pro BJ by měla být sledována incidence dysplazie. (Shoda: 80 %)

- Incidence HGD u pacientů dispenzarizovaných pro BJ by neměla být menší než 0,1 % za rok. (Shoda: 70 %)

Minimální standard pro pracoviště je 85 %, cílený standard 85 %.