

SBORNÍK ABSTRAKT

36. ČESKÝ A SLOVENSKÝ GASTROENTEROLOGICKÝ KONGRES

27. - 29. 11. 2019

Praha, Clarion Congress Hotel Prague

*"Výzkum, inovace a nové technologie v klinické
praxi = gastroenterologie 21. století"*



36. ČESKÝ A SLOVENSKÝ GASTROENTEROLOGICKÝ KONGRES

27. - 29. listopadu 2019

Praha, Clarion Congress Hotel Prague

SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ KONKRESU

EXPERIMENTÁLNÍ GASTROENTEROLOGIE

EXPERIMENTÁLNÍ GASTROENTEROLOGIE

Abstrakt není k dispozici

ENDOSKOPIE U IBD

ENDOSKOPIE U IBD

Abstrakt není k dispozici

POKROKY V HEPATOLOGII 2016-2019

POKROKY V HEPATOLOGII 2016-2019

Abstrakt není k dispozici

MOLECULAR BIOLOGY OF CRC

MOLECULAR BIOLOGY OF CRC

Abstrakt není k dispozici

INTESTINÁLNÍ MIKROBIOM

INTESTINÁLNÍ MIKROBIOM

Abstrakt není k dispozici

POKROKY V BŘÍŠNÍ A MINIINVAZIVNÍ CHIRURGII 2016-2019

POKROKY V BŘÍŠNÍ A MINIINVAZIVNÍ CHIRURGII 2016-2019

Abstrakt není k dispozici

SATELITNÍ SYMPOZIUM - ABBVIE

SATELITNÍ SYMPOZIUM - SANDOZ

ENDOSKOPIE U NEMOCNÝCH S IBD

Abstrakt není k dispozici

GI ONKOLOGIE

BARRETTŮV JÍCEN A ČASNÝ KARCINOM JÍCNU – DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Abstrakt není k dispozici

SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU – NOVÉ TRENDY

Abstrakt není k dispozici

KARCINOM PANKREATU

Abstrakt není k dispozici

PANELOVÁ DISKUZE

Abstrakt není k dispozici

SEKCE AMBULANTNÍCH GASTROENTEROLOGŮ

ÚVOD, INFORMACE O ČINNOSTI SEKCE AMBULANTNÍCH GASTROENTEROLOGŮ

Abstrakt není k dispozici

CHRONICKÁ GASTRITIDA - KLINICKÝ VÝZNAM, ATROFIE A INTESTINÁLNÍ METAPLÁZIE, MANAGEMENT, DISPENZARIZACE, VZPOMÍNKA NA PROF. FIXU

Abstrakt není k dispozici

ŽALUDEČNÍ POLYPY - DIF. DG., MANAGEMENT, INDIKACE K TERAPEUTICKÉ ENDOSKOPII, DISPENZARIZACE

Abstrakt není k dispozici

NOVINKY V LÉČBĚ DRÁŽDIVÉHO TRAČNÍKU (IBS)

Abstrakt není k dispozici

ONEMOCNĚNÍ GIT V POSUDKOVÉM LÉKAŘSTVÍ

Abstrakt není k dispozici

SATELITNÍ SYMPOZIUM - MYLAN

ÚVOD: BIOSIMILÁRNÍ ADALIMUMAB V LÉČBĚ IBD – AKTUÁLNÍ SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE

Abstrakt není k dispozici

KLINICKÁ PŘEDNÁŠKA: PRVNÍ KLINICKÉ ZKUŠENOSTI S BIOSIMILÁRNÍ ADALIMUMABEM FKB 327 U NEMOCNÝCH S IBD

Abstrakt není k dispozici

LABORATORNÍ PŘEDNÁŠKA: BIOSIMILÁRNÍ ADALIMUMAB FKB327 A LABORATORNÍ DETEKCE TROUGH LEVELS NA RŮZNÝCH IMUNOANALYTICKÝCH SYSTÉMECH - LIŠÍ SE CHOVÁNÍ FKB327 OD ORIGINÁLNÍHO ADALIMUMABU?

Abstrakt není k dispozici

HEPATOLOGIE I

HISTORIE A SOUČASNOST LÉČBY HCV INFEKCE

Abstrakt není k dispozici

VÝVOJ CHRONICKÉHO JATERNÍHO SELHÁNÍ A CIRHÓZY

Abstrakt není k dispozici

SOUČASNÁ DIAGNOSTIKA JATERNÍCH CHOROB

Abstrakt není k dispozici

PANKREATOLOGIE

PANKREATOLOGIE V R. 2020 STATE OF THE ART

Abstrakt není k dispozici

ÚSKALÍ SOUČASNÉ LÉČBY AKUTNÍ PANKREATITIDY

Abstrakt není k dispozici

CHRONICKÁ PANKREATITIDA-NĚKTERÉ NOVĚJŠÍ POZNATKY

Abstrakt není k dispozici

MOŽNOSTI ČASNÉ DIAGNOSTIKY KARCINOMU PANKREATU

Abstrakt není k dispozici

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA A ŘEŠENÍ KARCINOMU PANKREATU V TERÉNU CHRONICKÉ PANKREATITIDY

Martin Loveček¹,

¹ I. chirurgická klinika FN a LF UP Olomouc

Chronická pankreatitida nese riziko vzniku karcinomu pankreatu. Zejména ložiska/masy v terénu chronické pankreatitidy jsou podezřelá z maligního bujení. Prokázat malignitu v tkáni odebrané z ložisek pankreatu v terénu chronické pankreatitidy je však často velmi obtížné i pro patologa. Při sledování nemocných s CHP je nutno zodpovědět několik otázek. 1. Jakou metodou sledovat nemocného s CHP a ložiskovým postižením? 2. Jak často sledovat nemocného s CHP a ložiskovým postižením, ještě nenádorovým? 3. Jak prokázat podezření z malignity a stanovit tak indikaci k chirurgickému výkonu? 4. Jak se postavit k nálezů, kde malignita prokázána není, ale podezření trvá? Endoultrasonografie je považována za metodu, která má potenciál identifikace masy v terénu CHP, která uniká CT či MRI. Tato pouze na EUS prokázaná ložiska (negativní CT a MRI) při použití EUS-FNA jsou v 5% invazivní karcinomy (Bartell, Rochester). Chronická pankreatitida zvyšuje riziko vzniku karcinomu pankreatu, ale v čase toto riziko klesá. V prvních 2 letech je riziko 16 násobné, v intervalu prvních 5-ti let pak 8 násobné a v intervalu 9 let od diagnózy CHP 3,5 násobné. Proto se doporučuje v prvních letech po stanovení diagnózy chronické pankreatitidy intenzivnější sledování k předejití přehlédnutí nemocných s karcinomem pankreatu v terénu CHP. Prezentace je doplněna několika kazuistikami ilustrujícími obtížnost diagnostiky karcinomu pankreatu v terénu chronické pankreatitidy. Podpořeno MZ ČR – RVO (FNOI, 00098892)

MINI-PREZENTACE I

NEUROENDOKRINNÍ TUMORY TENKÉHO STŘEVA

Katarína Glombová¹, Jan Žák¹, Zdeněk Chovanec¹, Alena Berková¹, Jiří Korbička¹, Tamara Vystrčilová¹,

¹ I. chirurgická klinika, Fakultní nemocnice u sv. Anny a LF MU v Brně

Úvod: Neuroendokrinní nádory (NET), dříve nazývané jako karcinoidy, mají původ v enterochromafinních buňkách neurální lišty. Můžou se tedy vyskytovat v jakékoli anatomické oblasti. V gastrointestinálním traktu je appendix vermiformis nejčastějším místem výskytu těchto nádorů. Současně se jedná o nejčastější primární nádor tenkého střeva s predilekčním místem v terminálním ileu. Není výjimkou ani mnohočetný výskyt v celém průběhu tenkého střeva. Bez příznaků je až 80 % pacientů. Diagnostika je převážně náhodná, po provedené akutní appendektomii nebo se nejčastěji manifestují rozvojem střevní neprůchodnosti. Diagnostika je založena na biochemickém došetření specifických onkomarkerů, např. Chromogranin A. Negativní laboratorní výsledky však neznamenají nepřítomnost nádoru. Metodika: Prezentace obsahuje kazuistické sdělení tří pacientů, kteří podstoupili akutní operační revizi pro ileózní stav, kdy byl NET náhodným nálezem při histologickém zhodnocení resekátu tenkého střeva. Jednalo se o pacienty s odlišnou lokalitou NET, a to v Meckelově divertiklu, v jejunu (mnohočetný NET) a v třetím případě v duodenu. Závěr: Základem léčby NET je léčba chirurgická. Radikální odstranění nádorů je dosud jedinou kurativní léčbou. Rozsah výkonu je dán velikostí primárního nádoru a přítomnosti metastáz. Jsou-li přítomny vzdálené metastázy, je paliativní resekce nádoru spolu s další onkologickou terapií možností léčby. Příznivé prognostické faktory NET zahrnují kurativní resekci primárního nádoru a absenci jatrních metastáz. V rámci diferenciální diagnostiky obstrukce tenkého střeva je nutné na neuroendokrinní tumory pomýšlet a dle velikosti infiltrace provést dostatečně radikální výkon.

VÝSKYT HYPOGLYKEMIÍ PŘI LÉČBĚ ANTI-TNF PREPARÁTY

Josef Kubát ¹, Milan Široký ¹, Václav Leksa ¹, Petr Vyhnaněk ¹,

¹ Centrum biologické léčby nespecifických střevních zánětů, Pardubice

Zdejší centrum biologické léčby IBD disponuje následujícími preparáty - biosimilární infliximab, adalimumab, golimumab, ustekinumab a vedolizumab. V pravidelných intervalech provádíme pacientům laboratorní kontroly (KO, mineralogram, glykemie, jaterní testy, CRP, bílkovina, albumin, Fe, feritin, vitamin B 12, folát). Ve výsledcích jsme opakovaně zachytili výskyt hypoglykemií (definovány zdejší laboratoří jako glykemie pod 3,5mmol/l), které však byly (až na jednu výjimku) zcela asymptomatické. Provedli jsme retrospektivní analýzu a zjistili, že hypoglykemie se objevují při léčbě anti-TNF preparáty. Zvolili jsme období sledování 01/2017 - 08/2019, kdy jsme hypoglykemii zaznamenali u 10 pacientů léčených biosimilárním infliximabem (z celkového počtu 72) a 4 pacientů léčených adalimumabem (ze 41 léčených osob). V případě podávání ostatních biologik (golimumab, ustekinumab a vedolizumab) jsme žádnou hypoglykemii nezaznamenali. U výše uvedených hypoglykemií se nejednalo o pacienty ve stadiu relapsu či floridního zánětu, stejně tak žádný nebyl diabetik. V literatuře je uváděn u skupiny anti-TNF léčiv vliv na snížení inzulinové rezistence, která snižuje hladinu glykemie (a HbA1c) u všech pacientů. Toto by mělo být bráno na zřetel zejména u diabetiků, a to těch, kteří jsou léčeni inzulinem. Význam hypoglykemií u nediabetiků není blíže prozkoumán, v našem souboru byla hypoglykemie zaznamenána u 12,4% pacientů léčených anti-TNF!

NEOBVYKLÁ ETIOLOGIE PRAVOSTRANNÉ KOLITIDY S ULCERACEMI

Jolana Cendelínová ¹, Katarína Pešková ², Lenka Richterová ³, Zbyněk Fuksa ⁴, Viera Křížová ¹,

¹ Gastroenterologické oddělení, nemocnice Na Homolce, Praha

² Neurochirurgické oddělení, nemocnice Na Homolce, Praha

³ NRL pro diagnostiku tropických parazitárních infekcí, OKM, Nemocnice Na Bulovce

⁴ Anesteziologické a resuscitační oddělení, nemocnice Na Homolce, Praha

Intestinální hlístice *Strongyloides stercoralis* (hádě střevní) se převážně vyskytuje v tropických a subtropických oblastech. V našich zeměpisných šířkách je její nález vzácný. Asexuální parthenogeneze v hostiteli umožňuje autoinfekci a skrytou perzistenci hlístice v organismu. U imunokompromitovaných jedinců může dojít masivní autoinfekci s možným fatálním hyperinfekčním syndromem. Autoři popisují případ 59-letého muže po resekci atypického meningeomu. Časný pooperační průběh byl bez komplikací, později došlo k rozvoji septického stavu. V lumbálním punktátu nalezen obraz purulentní meningitidy. Celotělové CT s podezřením na zánět v pravé polovině tračníku. Endoskopické vyšetření potvrzuje ulcerace v uvedené lokalizaci. V odebraných vzorcích stolice, sputa i mozkomíšního moku nález parazitů rodu *Strongyloides*. Zahájena antiparazitární terapie ivermectinem. Cílem kazuistiky je poukázat na vzácnou příčinu endoskopického a CT nálezu pravostranné kolitidy.

VÝZNAM FEKÁLNÍ MIKROBIÁLNÍ TERAPIE (FMT) U STŘEVNÍ INFEKCE BAKTERIÍ CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Barbora Pipek¹, Hana Valentová⁵, Petr Fojtík¹,

¹ Centrum péče o zažívací trakt, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

² II. interní klinika - gastroenterologická a geriatrická. Fakultní nemocnice Olomouc

³ Lékařská fakulta Univerzity Palackého, Olomouc

⁴ Lékařská fakulta Ostravské univerzity, Ostrava

⁵ Oddělení klinické biochemie a hematologie, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

Úvod: Clostridium difficile (dále CD) je anaerobní bakterie, nozokomiální nákaza, která má prokázaný vztah k opakované ATB terapii. Aktuálně nejohroženější skupinou obyvatel z nákazy CD jsou starší, polymorbidní a imunokompromitovaní pacienti. Fekální bakterioterapie je jedinečnou léčebnou metodou založenou na poznatku, že stolice zdravého jedince obsahuje až z 80% intestinální mikrobiom. Metoda aktuálně zažívá renesanci v souvislosti s nárustem rekurentních forem CD. Cíl: Prezentace průběžných výsledků právě probíhajícího projektu. Primárním cílem našeho retrospektivně-prospektivního unicentrického sledování je zjištění procentuální úspěšnosti vyléčení pacientů trpících recidivující clostridiovou střevní infekcí, kterým byl podán fekální mikrobiální transplantát zdravého dárce. Sekundárním cílem pak zjištění bezpečnosti léčby. Metodika: Úspěšnost vyléčení je hodnocena jako absenci klinických a laboratorních projevů infekce do jednoho roku od podání transplantátu. Údaje o bezpečnosti léčby jsou zjišťovány pomocí preformovaného datazníku, který vyplňuje řešitel projektu ve spolupráci s ošetřujícím lékařem pacienta (oddělovský lékař při hospitalizaci, ošetřující lékař v domově pro seniory či registrující praktický lékař pacienta). Výsledky: Od března 2013 do srpna 2019 bylo provedeno u 53 pacientů 55 fekálních mikrobiálních terapií. V 78% se jedná o ženy, ve 22% o muže. Věkový průměr je 88let, medián souboru 84let (min. 37let - max 102 let). U 20 pacientů byl transplantát zaveden gastroskopicky, u 18 koloskopicky, 14x byl podán nálev do levé části tračníku (klysmu), 2x nasogastrická sonda, 1x přes již existující PEG. 30 x byl podán transplantát od "spolužijícího dárce" (57%), 23 x od univerzálního dárce (43%). Úspěšnost léčby hodnocena jako absence výskytu infekce do 12 měsíců od podání transplantátu je 88% (47 pacientů). Nežádoucí účinky nebyly registrovány. Závěr: FMT je vysoce úspěšnou metodou léčby rekurentní střevní klostridiové nákazy. Úspěšnost vyléčení se celosvětově pohybuje kolem 90% bez výrazného vlivu způsobu aplikace transplantátu. V našem souboru byla absence rekurence onemocnění u 88% nemocných. Nebyly zaznamenány nežádoucí účinky léčby.

MINIINVAZIVNÍ OPERACE V OBLASTI GASTROEZOFAGEÁLNÍ JUNKCE

R. Vrba¹, Č. Neoral¹, R. Aujeský¹, M. Stašek¹,

¹ FN Olomouc, I. chirurgická klinika

Autoři ve svém sdělení popisují princip a taktiku miniinvasivních operací v oblasti gastroezofageální junkce. Ve sdělení jsou popisovány vlastní zkušenosti z pracoviště I. chirurgické kliniky FN Olomouc u benigních (hiátová hernie, upside-down stomach, achalázie jícnu) a maligních onemocnění gastroezofageální junkce (karcinom jícnu a žaludku).

MANAGEMENT TERAPIE SYNDROMU OBSTRUKTIVNÍ DEFEKACE

Tamara Vystrčilová¹, Petr Vlček¹, Jiří Korbička¹, Alena Berková¹,

¹ I. chirurgická klinika, Fakultní nemocnice u sv. Anny a LF MU v Brně

Úvod: Syndrom obstruktivní defekace (ODS) zahrnuje postižení několika neurologických a anatomicko-fyziologických faktorů defekace, například střevní motilitu a absorpci, anorektální cití a svalovou koordinaci. Obstrukční defekační syndrom je jednou z hlavních příčin primární, terminální zácpy. Po neefektivní konzervativní terapii a rehabilitaci nastupuje do popředí množství chirurgických metod. Cílem léčby je redukce prolapsu, obnova kontinence, úprava defekace, prevence zácpy a v neposlední řadě zlepšení kvality života. Stále je diskutován správný výběr optimální chirurgické metody. Metody: Prezentace obsahuje všeobecný pohled na problematiku syndromu obstruktivní defekace v rámci jeho diagnostiky a následné terapie. Diagnóza je založena na pečlivém vyhodnocení klinické anamnézy pacienta a fyzikálním vyšetření s cílem identifikovat všechny symptomy. Ke stanovení konečné diagnózy napomáhají další zobrazovací metody. Vhodná diagnostika však navzdory moderním metodám není vždy bezproblémová, protože např. mnohé metody nemohou napodobit defekaci v jejím přirozeném fyziologickém průběhu. Základem terapie je komplexní přístup a multioborová spolupráce. Léčba je konzervativní a chirurgická. Konzervativní terapie a rehabilitace tvoří základ léčby u pacientů s pánevní dysfunkcí. Je tedy zřejmé, že chirurgický výkon má v léčbě ODS až sekundární roli. Konzervativní terapie je dlouhodobá a každodenní. Proto se někdy pacienti i chirurgové uchylují k rychlejšímu řešení problému, tj. k operaci. To vysvětluje, proč většina chirurgických výkonů mají sklon v dlouhodobém horizontu k recidivám (10). K chirurgické léčbě jsou většinou indikováni pacienti, kteří i přes konzervativní terapii mají stále projevy ODS. Operační výkon lze provést transvaginálním, transabdominálním a transanálním přístupem. Volba operačního výkonu záleží na typu pánevní dysfunkce, velikosti prolapsu, potížích s defekací a zkušenosti operátora. Cíl: Cílem příspěvku je shrnout diagnostické a terapeutické možnosti v péči o pacienty s ODS a poukázat na komplexní přístup. Prezentován bude i přehledný algoritmus diagnostiky a léčby ODS. Závěr: Chirurgické postupy u syndromu obstruktivní defekace jsou rozmanité a přesná léčba tedy není jasně stanovena. Má-li být zvolen nejlepší postup a dosaženo příznivých výsledků, je třeba pečlivě zvážit veškeré diagnostické a terapeutické možnosti. Pozornost by měla být věnována zejména pacientům s kombinovanou pánevní dysfunkcí. Důležitý je multidisciplinární týmový přístup. Pro dosažení nejlepších výsledků léčby je nutné stanovit terapeutický plán ještě před operací, zvolit optimální chirurgický zákrok provedený zkušeným kolorektálním chirurgem a následná dispenzarizace pacienta.

POLÉKOVÉ AKUTNÍ PANKREATITÍDY

Ján Csomor¹, Petr Urbánek¹, Miroslav Zavoral¹,

¹ Interní klinika 1.LF UK a ÚVN, Ústřední vojenská nemocnice Praha – Vojenská fakultní nemocnice, Praha

² Fakulta vojenského zdravotnictví v Hradci Králové, Univerzita obrany, Česká republika

Introduction: Drug-induced acute pancreatitis (DIP) is a rare variant of acute pancreatitis (an estimated incidence of 0.1-2 % of all pancreatitis). The true incidence of DIP is not known and evidence has mainly been derived from case reports and small case series. In fact, the true incidence of DIP is unclear because it may still be underrecognized and underreported by clinicians and the cases are defined as idiopathic. It is mostly impossible to establish the clear relationship/causality between the drug and the disease and usually exclusion of other more common reasons of the pancreatitis is essential (biliary form, alcohol excess, hypercalcaemia, hyperlipidaemia, trauma, ERCP and other). Over 100 drugs have been reported in the last years to cause acute pancreatitis in the scientific literature and the number is rising up every year with new case reports. On the other hand, positive drug history and excluding another, more typical pancreatitis form, doesn't automatically confirm the DIP. About 10 % of all acute pancreatitis are worldwide still defined as idiopathic, an unclear number of DIP can be hidden in this group. The Naranjo score might be helpful as an Adverse Drug Reaction (ADR) Probability Scale. Badalov et al. presented a classification system for drug-induced pancreatitis with five categories. It is based on the number of cases reported, demonstration of a consistent latency period (time from initiation of drug to development of pancreatitis), and reaction with re-challenge. The mechanisms by which drugs initiate a cascade of destruction of the pancreas are unknown. Proposed general mechanisms of DIP include pancreatic duct constriction due to an increased viscosity of pancreatic juice, immunologic reactions, accumulation of toxic metabolites, ischemia, intravascular thrombosis, cytotoxic effects of the drug and constriction of the sphincter of Oddi. The vast majority of the reported DIP cases seem to have an idiosyncratic character. Methods and our experience: Since we had a fatal case of a Propofol induced acute pancreatitis in our Internal clinic, we collect data for possible DIP and in the last 5 years we hospitalized 6 possible DIP from all 190 patients with acute pancreatitis, so the incidence of the DIP in our clinic is about 3 % of all acute pancreatitis. In the case reports worldwide, the majority of DIP are fortunately mild forms without any organ failure. From our patients, we had one fatal disease with huge necrosis and irreversible organ failure (after propofol) and one moderate form. In this patient with sclerosis multiplex it was a relapse of the disease after repeated treatment by interferon beta and this patient was complicated with developing a acute pancreatic fluid collection with a need of endoscopic drainage. Conclusion: To recognize a DIP and to differentiate it from the idiopathic form may not be easy in the everyday practice. The fact is, that there is no difference in the therapy of both forms. But it can help us to avoid a repeated acute pancreatitis after the rechallenge of a drug and as we would like to report, even in the group of DIP there is a risk of severe form of the disease.

BIOLOGICKÁ A INOVATIVNÍ LÉČBA IDIOPATICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTŮ V ČR – VÝSLEDKY REGISTRU CREDIT

Martin Bortlík¹, Lenka Nedbalová¹⁶, Barbora Pipek²³, Tomáš Vaňásek²¹, Pavel Drastich²⁰, Marie Tomanová¹⁷, Tomáš Douša⁴, Jana Koželuhová⁶, Pavel Svoboda²⁶, Marta Kostrejšová²⁷, Petr Vyhnálek²⁸, Petra Mináříková², Zuzana Šercllová¹⁴, Jiří Stehlík¹⁰, Blanka Zbořilová-Pazdiorová²⁹, Pavel Kohout⁹, Přemysl Falt⁵, Dana Ďuricová¹, Martina Nováčková³⁰, Milan Lukáš¹,

¹ Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty ISCARE, a.s., Praha

² Interní klinika 1. LF UK a UVN, Praha

³ Ústav farmakologie 1. LF UK, Praha

⁴ II. Interní gastroenterologická klinika FN Hradec Králové

⁵ II. interní klinika gastroenterologie a hepatologie, FN Olomouc

⁶ I. Interní klinika FN Plzeň

⁷ IV. Interní klinika – klinika gastroenterologie a hepatologie, VFN, Praha

⁸ Interní gastroenterologická klinika, FN Brno

⁹ Interní oddělení, Thomayerova nemocnice, Praha

¹⁰ Gastroenterologické oddělení, Krajská zdravotní a.s., Ústí nad Labem

¹¹ Gastroenterologické oddělení nemocnice České Budějovice, a.s.

¹² Interní oddělení, Nemocnice Na Homolce, Praha

¹⁴ Chirurgické oddělení, Nemocnice Hořovice

¹⁵ Gastroenterologie EGK s.r.o.- Sanatorium sv. Anny, Praha

¹⁶ Gastroenterologie, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

¹⁷ Interní oddělení, Nemocnice Jihlava

¹⁸ Gastroenterologie, Nemocnice Valašské Meziříčí

¹⁹ Pediatrická klinika FN Motol, Praha

²⁰ Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

²¹ Hepato-Gastroenterologie HK, s.r.o., Hradec Králové

²² Chirurgická klinika 2.LF UK a UVN, Praha

²³ Centrum péče o zažívací trakt, Vítkovická nemocnice

²⁴ Beskydské gastrocentrum, Nemocnice Frýdek-Místek

²⁵ Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK, Praha

²⁶ Gastroenterologie, Fakultní nemocnice Ostrava

²⁷ Nemocnice Milosrdných sester sv. K. B. v Praze

²⁸ Interní oddělení, Pardubická krajská nemocnice a. s.

²⁹ Interní oddělení, Nemocnice Karlovy Vary

³⁰ Institut biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity

Úvod: Biologická léčba (BL) idiopatických střevních zánětů (IBD) je v klinické praxi používána dvě desetiletí. K zástupcům anti-TNF protilátek (infiximab, adalimumab, golimumab) přibyl v roce 2014 vedolizumab – protilátka proti integrinovým receptorům aktivovaných leukocytů a v roce 2016 ustekinumab, který je protilátkou proti interleukinu 12 a 23. Klíčovou událostí bylo zavedení biosimilárního infiximabu v roce 2013, které odstartovalo dramatický pokles ceny biologik a umožnilo rozšíření této léčby. V roce 2018 byl do praxe uveden také biosimilární adalimumab a látka ze skupiny malých molekul – tofacitinib. Cíl a metodika: V březnu 2016 byl zahájen provoz celonárodního registru CREDIT, jehož cílem je sledování pacientů s IBD léčených biologikou a inovativními léky. Jeho činnost je garantována Českou gastroenterologickou společností a její Pracovní skupinou pro IBD ve spolupráci s Institutem biostatistiky a analýz (IBA) v Brně. Data o pacientech jsou zadávána při zahájení léčby, při každé aplikaci intravenózního léku, nebo v intervalu 3 měsíců při léčbě subkutánním přípravkem. Sledovány jsou charakteristiky onemocnění (dle Montrealské klasifikace), jeho aktivita, doprovodná terapie, terapeutické režimy, výskyt komplikací a zvláštní události, jako např. gravidita. Registr je řízen Řídícím výborem a jeho činnost je finančně podporována Českou gastroenterologickou společností a příslušnými farmaceutickými společnostmi. Účast v registru není pro jednotlivá centra povinná. Výsledky: Ke dni 16.9.2019 bylo v registru CREDIT evidováno 4079 pacientů ve 31 centrech pro BL IBD. Průměrný věk je 37,2 roku ($\pm 12,9$ roku), podíl mužů je 50,4 %. Podíly nemocných s Crohnovou chorobou (CN), ulcerózní kolitidou (UC) a neklasifikovatelnou formou IBD (IBD-U) jsou 71,4 %, 27,5 % a 1,1 %. Většina aktuálně léčených pacientů (63,6 %) je léčena prvním biologikem (tzv. první linie), ve druhé linii je léčeno 24,8 % a ve třetí linii 8,8 % pacientů. Jednotlivé léčivé látky jsou v celém souboru zastoupeny takto: infiximab 47,2 %, adalimumab 31,3 %, vedolizumab 9,7 %, ustekinumab 9,5 %, golimumab 1,5 %, tofacitinib 0,8 %. Aktivita CN hodnocená indexem Harvey-Bradshaw na počátku léčby odpovídala fázi remise u 48,9 % pacientů, aktivní CN byla přítomna u zbylých 51,1 %. Při poslední kontrole byl tento podíl 77,8 % a 22,2 %. Aktivita UC stanovená pomocí parciálního Mayo skóre byla při zahájení léčby na úrovni remise u 17,6 % pacientů, tento podíl se zvýšil na 50,4 % při poslední kontrole. V průběhu terapie byla nutná intenzifikace u 31,3 % pacientů s CN a 39,8 % pacientů s UC. U obou diagnóz ČN, UC) došlo v průběhu léčby k signifikantnímu snížení počtu pacientů léčených kortikosteroidy. Průměrná délka léčby anti-TNF protilátkami je statisticky signifikantně delší u pacientů s CN (3,1 roku) oproti nemocným s UC (2,3 roku, $p=0,001$). Nejčastějším nežádoucím účinkem byly infekce a alergické infuzní reakce. Závěr: Biologická léčba IBD je efektivní a má kortikoidy šetřící efekt. Její potřeba je vyšší mezi pacienty s CN oproti UC, nemocní s CN jsou také léčení déle a méně často vyžadují intenzifikaci terapie. V registru CREDIT nebyly pozorovány nové či neobvyklé nežádoucí účinky biologické terapie IBD.

BEZPEČNOST BIOLOGICKÉ LÉČBY VEDOLIZUMABEM PODÁVANÉ V PRŮBĚHU GRAVIDITY PRO IBD MATEK. RETROSPEKTIVNĚ-PROSPEKTIVNÍ MULTICENTRICKÁ OBSERVAČNÍ STUDIE

Barbora Pipek ¹, Dana Ďuricová ⁵, Martin Bortlík ⁵,

¹ Centrum péče o zažívací trakt, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

² II. interní klinika - gastroenterologická a geriatrická. Fakultní nemocnice Olomouc

³ Lékařská fakulta Univerzity Palackého, Olomouc

⁴ Lékařská fakulta Ostravské univerzity, Ostrava

⁵ Klinické centrum ISCARE, Praha

Úvod: Idiopatické střevní záněty (IBD) jsou u většiny pacientů diagnostikovány v mladém, fertilním věku, kdy i značná část pacientek otěhotnění v průběhu nemoci. Jako nejdůležitější faktor zdárného průběhu těhotenství se ukazuje klidová fáze nemoci, které dosáhneme často intenzivní protizánětlivou léčbou, včetně biologické léčby. V posledních letech se však spektrum biologické léčby IBD rozšířilo o novou monoklonální protilátku proti $\alpha 4\beta 7$ integrínovému receptoru – vedolizumab. Cíl: Prezentace průběžných výsledků právě probíhající multicentrické observační studie. Primárním cílem studie je posoudit bezpečnost vedolizumabu na průběh gravidity a vývoj plodu a novorozence. Sekundárním cílem je zhodnocení transplacentárního přenosu léku prostřednictvím analýzy hladin léku v pupečnickové krvi. Metodika: Demografické údaje, informace o charakteru IBD, aktivitě nemoci v průběhu těhotenství a detaily terapie vedolizumabem a konkomitantní léčby byly získávány z preformovaného dotazníku, který byl vyplněn ošetřujícím gastroenterologem pacientky. Údaje o porodu a stavu novorozence byly doplněny z porodnické dokumentace. Ke stanovení míry transplacentárního přenosu byly měřeny hladiny vedolizumabu z odběrů pupečnickové krve a žilní krve matky v době porodu. Výsledky: Od ledna 2019 bylo do studie zařazeno 13 pacientek (medián věku v době koncepce je 31 let, ze souboru je 10 pacientek s Crohnovou nemocí), které byly v průběhu gravidity exponovány terapii vedolizumabem. 3 pacientky z našeho souboru ještě nerodily. Z deseti ukončených těhotenství je 8 (80 %) živě narozených dětí (všechny porody proběhly v termínu, 7x plánovaný SC, 1x indukovaný vaginální porod), 1x (10 %) bylo těhotenství ukončeno interupcí v 19. týdnu gestace pro suspekci na genetickou malformaci, 1x (10 %) proběhl spontánním abort v 9. týdnu. Medián porodní hmotnosti dětí je 2938 gramů (min. 2890 g - max. 3780 g), z perinatálních komplikací se u 3 dětí vyskytl subikterus, u jednoho dítěte toxoalergický exantém nejasného origa. Hladiny pupečnickové krve a žilní krve jsou analyzovány u 4 pacientek ze souboru (40 %). Průměrná hodnota hladiny vedolizumabu v pupečnickové krvi je 8 $\mu\text{g/ml}$ (min. 1.9- max. 11.8), v žilní krvi matky v době porodu je 15.75 μg (min. 2.9- max. 27). Závěr: Jedná se o prezentaci průběžných výsledků právě probíhající multicentrické observační studie. Naše předběžné výsledky na malém souboru pacientek zatím potvrzují bezpečnost terapie vedolizumabem v graviditě.

EFFICIENCY AND SAFETY OF ENDOSCOPIC BALLOON DILATATION OF ILEOCOLONIC ANASTOMOTIC STRICTURES IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE: A MULTICENTRIC RETROSPECTIVE STUDY

Martin Lukáš¹, Martin Kolář¹, Martin Vašátko¹, Pavel Klvaňa², Václav Leksa³, Jiří Dyntr⁴, Lukáš Bača⁵, Barbora Pipek⁵, Barbora Bahníková⁶, Sandra Summerová⁷,

² Beskydské Gastrocentrum, Nemocnice ve Frýdku-Místku

³ Interní oddělení, Pardubická krajská nemocnice, Pardubice

⁴ Gastroenterologické oddělení, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

⁵ Centrum péče o zažívací trakt, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

⁶ Gastroenterologické oddělení, Krajská nemocnice Liberec

⁷ Interní klinika 3. LF UK a TN, Thomayerova nemocnice, Praha

¹ Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty, ISCARE IVF a.s., Praha

Introduction: Ileocolonic resection is the most common surgery in Crohn's disease (CD). However, stricture formation in the anastomosis is considered to be a frequent cause of significant morbidity in CD and a reason for reoperation. Endoscopic balloon dilatation (EBD) is an established modality for non-surgical treatment of strictures in CD, however, summary data from the Czech Republic are lacking. **Methods:** All EBDs of CD anastomotic strictures performed in the 7 centers from the Czech Republic between January 1, 2013 and May 30, 2019 were included. Demographics, disease characteristics, concomitant medication and procedure outcomes were analyzed. Technical success was defined as an ability to pass the endoscope through the site of the stricture following the procedure. Complications included perforation and bleeding with the need of intervention or hospitalization. Kaplan-Meier and logistic regression analysis was performed. **Results:** In total, 615 procedures performed in 282 patients, 52.1% males, were included. Mean age at the time of the first procedure was 41.9±12.7 years and mean disease duration was 14.5±8.4 years. Single dilatation was performed in 47.9% of patients, 52.1% requested repeated interventions (2-10, median 2). Cumulative probability of redilatation at 6 months, 1 year and 3 years was 20.2% (95% CI 14.8-26.2%), 31.8% (95% CI 26.5-37.2%) and 59.4% (95% CI 55.5-63.0%) respectively. Cumulative probability of a need for reoperation at 6 months, 1 year and 3 years was 4.4% (95% CI 0.5-16.9%), 8.2% (95% CI 2.3-19.3%) and 14.8% (95% CI 7.1-25.2%) respectively. Technical success was reached in 81.1% of procedures and relief of symptoms in 86.7%. Success of the procedure was dependent on age of the patient (OR 0.98; 95%CI 0.96-0.99), smoking (OR 0.57; 95% CI 0.32-0.98) and concomitant immunosuppression use (OR 1.99; 95% CI 1.31-3.02). Complications occurred in 2.6% of the procedures. Reintervention until 6 months after the procedure was needed in 26.7% of cases, out of which repeated dilatation in 21.3% of cases and early surgery took place in 5.4% of cases. The technical success (OR 0.44; 95% CI 0.29-0.67) and repeated dilatation (OR 1.57; 95% CI 1.09-2.27) were significantly associated with the need for reintervention until 6 months. **Conclusion:** In a large multicentric Czech cohort, the EBD in Crohn's disease anastomotic strictures was proven to be safe and effective with results comparable to the available international data.

GENETICKÉ TESTOVÁNÍ V PREDIKCI NÁDOROVÉHO RIZIKA U IDIOPATICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTŮ: PILOTNÍ ZKUŠENOSTI

Vladimír Zbořil¹, Renata Gaillyová², Karolina Poredská¹, Lucie Prokopová¹,

¹ Interní gastroenterologická klinika Fakultní nemocnice Brno

² Oddělení lékařské genetiky Fakultní nemocnice Brno

Úvod Kolorektální karcinom (CrCa) v terénu idiopatických střevních zánětů (IBD) může dosáhnout až 20% ve srovnání s ostatní populací u rizikových skupin, které představují nemocní s primární sklerozující cholangitidou, extenzivním postižením kolon, perzistencí morfologické zánětlivé aktivity, přítomností strukturálních změn (polypů, stenóz, píštěl) a dobou trvání nemoci ≥ 10 let. Přitom patogeneze sporadického CrCa u nemocných s IBD je charakterizována časově rychlým vývojem od adenomů (přes ztrátu APC funkce mikrosatelitní instability, KRAS-DCC-DPC4 mutaci až k p53 mutaci). Tyto skutečnosti kladou vysoké nároky na dispenzární režim a endoskopickou diagnostiku s využitím chromoendoskopie, NBI a histologie. Přes značné pokroky zůstává diagnostika v klinické praxi značně omezená. Soubor a metodika Autoři analyzovali soubor 812 pacientů s IBD, z nichž 9 onemocnělo CrCa a 13 jinou malignitou. Cílem pilotní studie bylo ověřit přínos genetického testování ve skupině s pacientů s polypózou kolon v terénu IBD, u nichž nebyl prokázán CrCa ani dysplazie a skupině s již prokázaným CrCa. V souboru s polypózou je zařazeno 47 nemocných (9 UC, 38 CD), kontrolní skupinu představují nemocní s anamnézou CrCa. Genetické vyšetření proběhlo analýzou DNA metodou NexGen sekvenování se zaměřením na 22 vybraných genů. Genetické výsledky jsou srovnávány s histologickou charakteristikou polypů a individuálním rizikem CrCa. V pilotní skupině bylo analyzováno 12 pacientů: 2 s UC a 10 s CD, z nich 5 mělo adenomy s LGD, 3 hyperplastické polypy a zbytek polypy zánětlivé. Výsledky Genetická analýza prokázala 1x patogenní variantu v exonech vyšetřených genů a 1x variantu nejasného významu v genu PTEN v heterozygotním stavu. V kontrolní skupině s CrCa byli zatím vyšetřeni 4 nemocní. U dvou z nich byla patogenní varianta nalezena, u dvou nikoli. Závěr Autoři předkládají pilotní zkušenost s modelem možného genetického testování rizika CrCa u pacientů s IBD. Vyšetření je dostupné v klinické praxi a po rozšíření souboru předpokládáme stratifikaci rizika v korelaci klinických dat, endoskopie a genetického testování.

IBD ASISTENT – LEPŠÍ PÉČE ZA MÉNĚ PENĚZ?

Karin Malíčková ¹, Veronika Pešinová ², Kateřina Malá ³, Martin Bortlík ⁴, Naděžda Machková ², Veronika Hrubá ², Martin Lukáš ⁵, Martin Vašátko ², Katarína Mitrová ⁶, Dana Ďuricová ⁷, Milan Lukáš ¹,

¹ Klinické centrum ISCARE a.s. a 1.LF UK Praha, Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky VFN a 1.LF UK Praha

² Klinické centrum ISCARE a.s. a 1.LF UK Praha

³ Farmaceutická fakulta Univerzity Karlovy Hradec Králové

⁴ Klinické centrum ISCARE a.s. a 1.LF UK Praha, Interní klinika ÚVN a 1.LF UK Praha, Farmakologický ústav 1.LF UK Praha

⁵ Klinické centrum ISCARE a.s. a 1.LF UK Praha, Ústav živočišné fyziologie a genetiky Akademie věd České republiky

⁶ Klinické centrum ISCARE a.s. a 1.LF UK Praha, Pediatriká klinika FNM a 2.LF UK Praha

⁷ Klinické centrum ISCARE a.s. a 1.LF UK Praha, Farmakologický ústav 1.LF UK Praha

Úvod: Tzv. těsný monitoring pacientů s idiopatickými střevními záněty (IBD), založený na pravidelné kontrole aktivity onemocnění a včasné intervenci v případě potřeby, prokazatelně snižuje frekvenci relapsů IBD a potřebu akutní péče, včetně hospitalizací. Tento postup je však náročný jak na čas IBD pacientů, tak i na kapacitu specializovaných IBD center. Reorganizace péče o IBD pacienty je proto nevyhnutelná. Její součástí by mohly být telemedicínské systémy umožňující řádné, a přitom okamžité sledování aktuálního zdravotního stavu pacienta, a následně včasné a individualizované léčebné zásahy. Cíl a metodika: V letech 2018-2019 jsme provedli randomizovanou kontrolovanou studii, jejímž záměrem bylo ozřejmit možnosti telemedicínského sledování českých pacientů s IBD, kteří mají chorobu v remisi a mají nastavenou stabilní medikaci, a srovnat kvalitu tzv. distanční péče a vývoj onemocnění s nemocnými sledovanými standardním způsobem. Primárním cílem projektu bylo zhodnotit počet ambulantních návštěv a vývoj klinické a laboratorní aktivity nemoci v průběhu jednoho roku sledování distančním (telemedicínským) a standardním (ambulantním) způsobem. Dalšími cíli projektu bylo sledování adherence k léčbě a výskyt komplikací. Do studie byli zařazeni pacienti s diagnózou IBD starší 18 let, kteří byli v remisi po dobu nejméně 12 měsíců a nebyli léčeni biologickým preparátem. Následně byli randomizováni do skupiny sledované pomocí telemonitoringu (IBD Asistent, IBDA) a skupiny kontrolní, sledované standardním způsobem v ambulanci lékaře (CTRL skupina). Aktivitu Crohnovy nemoci na začátku a na konci projektu jsme v obou sledovaných kohortách měřili s pomocí Harvey-Bradshawova indexu (HBI) a aktivitu ulcerózní kolitidy s pomocí parciálního Mayo skóre (pMayo). IBDA pacienti měli přístup do webové aplikace IBD Asistent, která sestává z několika sad elektronických dotazníků, zaměřených zejména na aktivitu onemocnění, adherenci k léčbě a výskyt nežádoucích projevů. V pravidelných intervalech dostávali upozornění s požadavkem na vyplnění elektronické kontroly. V případě zhoršení stavu byl k dispozici pohotovostní dotazník a online spojení na pracovníka IBD centra. Veškerá komunikace nemocných s lékařem směřovala prioritně přes webovou aplikaci, osobní návštěvy probíhaly pouze po předešlém doporučení prostřednictvím aplikace. Součástí telemedicínské větve bylo pravidelné samovyšetřování hladin fekálního kalprotektinu s pomocí systému CalproSmart. Pacienti CTRL skupiny absolvovali standardním způsobem pravidelné ev. akutní ambulantní návštěvy u svého ošetřujícího gastroenterologa. Výsledky: Do studie bylo zařazeno celkem 131 pacientů, 55 mužů a 76 žen, 62 s diagnózou Crohnovy nemoci (CN) a 69 s diagnózou ulcerózní kolitidy (UC). Medián věku zařazených pacientů byl 42 let, věkové rozpětí 19–72 let. 94 nemocných bylo na základě náhodného výběru zařazeno do skupiny realizující kontroly telemonitoringem (IBDA skupina), 37 nemocných bylo zařazeno do kontrolní skupiny (CTRL skupina). Průměrný počet ambulantních návštěv v ambulanci specialisty – klinického gastroenterologa byl v IBDA skupině signifikantně nižší než v CTRL skupině (průměr i medián počtu v IBDA skupině 0, v CTRL skupině 4,2 resp. 4 návštěvy, $p < 0,0001$). Hodnoty HBI/pMayo se ve sledovaných skupinách IBDA a CTRL signifikantně nelišily na začátku ($p = 0,636$ a $p = 0,853$) ani na konci studie ($p = 0,517$ a $p = 0,890$). Rovněž tak se meziročně v rámci jednotlivých skupin nezměnily hodnoty zánětlivých markerů, a to CRP ($p = 0,496$ pro IBDA skupinu a $0,327$ pro CTRL skupinu) a FC ($0,921$ pro IBDA skupinu a $0,397$ pro CTRL skupinu). V IBDA skupině došlo v průběhu studie k signifikantnímu zlepšení dodržování pravidel a doporučení spojených s léčbou ($p=0,04$); konkrétně se pacienti cítili při terapii bezpečněji, rozuměli své léčbě a neměli potřebu měnit terapii dle svého uvážení. Nebyl pozorován signifikantní rozdíl ve výskytu interkurentních infekcí ($0,93$ versus $0,81$ případů infekce/pacient/rok, $p=0,87$) nebo potřebě hospitalizace (1 versus 0) mezi IBDA a CTRL skupinou. Telemedicínský přístup vedl k redukci průměrných přímých ročních nákladů na sledování pacienta přibližně o 25% oproti standardnímu ambulantnímu přístupu. Závěr: Studie IBD je první studií využívající telemedicínský přístup u pacientů s IBD v ČR. Její výsledky svědčí pro efektivitu a bezpečnost telemedicínského přístupu ve sledování pacientů s IBD. Tento přístup vede k redukci počtu ambulantních návštěv a k úspoře finančních nákladů potřebných na péči o pacienty s IBD. Poděkování: Práce byla podpořena Nadačním fondem IBD-COMFORT a Fondem prevence Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR.

ČTYŘLETÉ ZKUŠENOSTI S MONITOROVÁNÍM FARMAKOKINETIKY INFLIXIMABU U PACIENTŮ S NESPECIFICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY.

Pavel Svoboda¹, Tomáš Kupka¹, Alena Krnáčková², Lýdia Sabolová³, Natália Perďochová³, Magdaléna Lenčěšová³,

¹ Interní klinika FN a LF OU, Ostrava

² Oddělení klinické biochemie FN Ostrava

³ Všeobecné lékařství, LF OU, Ostrava

Úvod Podstatou monitorování farmakokinetiky (TDM) infliximabu (IFX) je stanovení hladiny léku (TLI) a detekce případných protilátek proti němu (ATI) s cílem určit optimální léčebný postup. První TDM bylo ve FN Ostrava provedeno na podzim 2015, od té doby se stalo nedílnou součástí naší klinické praxe. Cíl Práce přináší výsledky třech pozorování. 1. cílem bylo měření farmakokinetiky u tzv. TDM naivního souboru pacientů, tedy pacientů, kteří do té doby neměli optimalizovanou léčbu na základě TDM. 2. cílem, podpořeným grantem LF OU (SGS02/LF/2018-2019), bylo měření TDM, zjištění vlivu TDM na způsob optimalizace léčby a hledání případných korelací mezi TLI a věkem pacienta, jeho BMI, délkou podávání biologika, aktivitou nemoci vyjádřenou klinickými indexy, hladinou crp a albuminu, calprotectinem. 3. cílem bylo porovnání hodnot TLI změřených POCT přístrojem s ELISA metodou. Metodika TDM u IBD pacientů léčených IFX bylo v rámci 1. cíle provedeno v období 5/2016 – 9/2017, v rámci 2. cíle 3/2018 – 6/2019 a v rámci 3. cíle 1/2019 – 6/2019. Součástí každého měření byla klinická a paraklinická vyšetření za účelem stanovení aktivity onemocnění vč. sběru důležitých anamnestických dat a se zaznamenáním, zda TDM bylo provedeno v rámci indukční léčby, u pacienta v remisi či při aktivitě, resp. relapsu choroby. V rámci 3. cíle byly měřeny TLI paralelně POCT metodou přístrojem RIDA®QUICK IFX ve FNO a ELISA metodou v externí laboratoři, diskrepantní výsledky byly přeměřeny POCT a ELISA metodou v Německu. K porovnání jednotlivých měření v čase jsme hodnotili normální TLI 3 – 7 mg/l, i když dnes se terapeutické rozmezí posunulo k vyšším hodnotám. Výsledky Ad 1. TDM bylo provedeno u 57 pacientů léčených IFX. TLI byla v normě 22x (38,6%), nižší 25x (43,9%), vyšší 10x (17,5%), ATI byly přítomny u 4 (7,1%). Optimalizace léčby byla provedena u 16 (28,1%) pacientů, z toho byla intenzifikace u 9 (56,3%), ukončena BL u 3 (18,8%), switch u 2 (12,5%), swap u 1 (6,3%) a úprava konkomitantní terapie u 1 (6,3%). Z 13 pacientů, kteří podstoupili změnu léčby pro aktivitu choroby, dosáhlo klinické remise za 6 měsíců (53,8%), 4 (30,1%) měli terapeutickou odpověď, u 2 (15,4%) se stav nezměnil. Tři pacienti, kteří ukončili BL v rámci hluboké remise, setrvávají k dnešnímu dni stále v remisi. Ad 2. TLI a ATI byly změřeny u 79 pacientů metodou ELISA. Překvapením bylo, že jen u 20 bylo TLI (25,3%) v normě, u 50 (63,3%) pacientů byla hladina nižší a u 9 (11,4%) vyšší, ATI byly pozitivní u 4 (5,1%) pacientů. K 30. 9. 2019 zatím nebyl u všech pacientů zhodnocen stav po 6 měsících od optimalizace léčby a nebyla k dispozici definitivní statistická analýza korelace TLI s výše uvedenými veličinami. Ad 3. U 50 pacientů byla TLI změřena jak metodou ELISA, tak POCT. Výsledky TLI metodou POCT dosáhly podobného rozložení, jak výsledky ELISA, i když v 6 (12%) případech byly výsledky signifikantně rozdílné. Přeměřením bylo zjištěno, že výsledky POCT u prvního i druhého měření ve FNO byly velmi konzistentní, odpovídaly jim i výsledky z POCT a ELISA v Německu, tzn. že všechna 3 POCT měření vykazovala velmi dobrou inter assay preciznost, na druhou stranu výsledky obou měření ELISA v externí laboratoři se velmi lišily. Jak u POCT, tak u ELISA metody je v postupu měření mnoho kroků závislých na pečlivosti laborantky. Závěr TDM považujeme za užitečné při optimalizaci léčby zejm. u IBD pacientů, kteří dosáhli na BL jen terapeutické odpovědi či relapsu, v tomto případě hovoříme o reaktivním TDM, nebo u pacientů, kteří jsou dlouhodobě v hluboké remisi a mají velmi nízké TLI a pozitivní ATI. I když zatím nejsou dostatečné důkazy o vyšším přínosu optimalizace léčby u pacientů v remisi na základě proaktivního TDM proti léčbě na základě klinického hodnocení, zdá se, že proaktivní přístup se bude v budoucnu stále více prosazovat. V současné době je však pro nás ekonomicky neúnosný. Všechny tyto racionální postupy lze uplatnit za předpokladu, že získáváme z laboratoře správné výsledky TDM.

FUNKČNÍ PORUCHY

ZRIEDKAVÉ FUNKČNÉ OCHORENIA PAŽERÁKA

Abstrakt není k dispozici

PORUCHY LES A SOUČASNÉ MOŽNOSTI ELEKTROSTIMULAČNÍ TERAPIE

Abstrakt není k dispozici

LAPEC AKO SALVAGE TERAPIA PRE PACIENTOV SO ZÁVAŽNOU CHRONICKOU OBSTIPÁCIU? VLASTNÉ SKÚSENOSTI

Abstrakt není k dispozici

ANR DYSFUNKCE DIAGNOSTIKA

Abstrakt není k dispozici

CHIRURGICKÁ LÉČBA DYSFUNKCE PÁNEVNÍHO DNA

Abstrakt není k dispozici

SATELITNÍ SYMPOZIUM - FERRING PHARMACEUTICALS

MUDr. PŘEMYSL FALT, Ph.D. - MODERÁTOR
MUDr. LUDĚK HRDLIČKA - LÉČBA MÍRNĚ A STŘEDNĚ AKTIVNÍ ULCERÓZNÍ KOLITIDY
MUDr. BARBORA PIPEK - LÉČBA VYSOCE AKTIVNÍ ULCERÓZNÍ KOLITIDY
MUDr. IVANA MIKOVINY KAJZRLÍKOVÁ, Ph.D. - LÉČBA REFRAKTERNÍ PROKTITIDY

HANDS ON TRAINING - OLYMPUS

Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP ve spolupráci se společností Olympus CzechGroup si Vás dovoluji pozvat k návštěvě Hands-on Trainings, které budou součástí odborných aktivit v rámci 36. českého a slovenského gastroenterologického kongresu v Praze.

Hands-on Trainings nabídnou lékařům i endoskopickým sestrám možnost otestovat si své dovednosti vybraných endoskopických a endoterapeutických metod, a současně konzultovat své dotazy k nim s experty a lektory na místě v době tréninku.

Odborný garant Hands-on Trainings:

doc. MUDr. Tomáš Hucl, Ph.D. člen Výboru Endoskopické sekce ČGS ČLS JEP
Klinika hepatogastroenterologie IKEM Praha

Nabízené metody:

1. Polypektomie a EMR
2. Hemostáza
3. ERCP
4. EUS / FNA
5. Dilatace

Hands-on Trainings budou probíhat v sále Aquarius hotelu Clarion ve středu, 27. 11. 2019 a ve čtvrtek, 28. 11. 2019. Informace k volným místům získáte na recepci Hands-on Trainings.

HANDS ON TRAINING - PROMEDICA

Hands-on chce zájemcům přiblížit možnosti v použití lineárních sond v diferenciální diagnostice patologických procesů trávicí trubice. Druhé téma, kterým je SHW elastografie uvede účastníky do problematiky diagnostiky stupně fibrózy jater, včetně jeho číselné kvantifikace. Ultrasonografie střev a použití ultrasonografické elastografie (SHW) pro stanovení stupně fibrózy jater.

PŘEDNÁŠKA NA TÉMA ULTRASONOGRAFIE BŘICHA

Abstrakt není k dispozici

PŘEDNÁŠKA NA TÉMA SHW V DIAGNOSTICE FIBRÓZY JATER

Abstrakt není k dispozici

HANDS-ON: 2 STANOVIŠTĚ S NAŠIMI UZ PŘÍSTROJI - PRAKTICKÉ ULTRASONOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ DUTINY BŘIŠNÍ A SHW ELASTOGRAFIE JATER.

Abstrakt není k dispozici

PŘESTÁVKA NA KÁVU

POLEDNÍ PŘESTÁVKA

SATELITNÍ SYMPOZIUM - AMGEN

PŘESTÁVKA NA KÁVU

SCHŮZE: RADA PRO SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

SCHŮZE: ČESKÝ PANKREATOLOGICKÝ KLUB

REGISTRACE ÚČASTNÍKŮ - CONGRESS RECEPTION

SNÍDANĚ S EXPEITEM - ROZBOR PŘÍPADU S INTERAKTIVNÍ DISKUZÍ

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA POUCHITIDY

Abstrakt není k dispozici

IBD I

POSITIONING OF TDM IN CURRENT CLINICAL PRACTICE (STATE-OF-ART)

Abstrakt není k dispozici

JE MOŽNO ZLEPŠIT VÝSLEDKY KONVENČNÍ LÉČBY IBD? (KONVENČNÍ TERAPIE IBD)

Abstrakt není k dispozici

ŽHAVÉ TÉMY V INOVATIVNEJ TERAPII IBD (BIOLOGICKÁ A INOVATIVNÍ LÉČBA)

Abstrakt není k dispozici

NOVINKY V CHIRURGICKÉ LÉČBĚ IBD

Abstrakt není k dispozici

PANELOVÁ DISKUSE

Abstrakt není k dispozici

PLENÁRNÍ ZASEDÁNÍ ČGS

Duodenogastrický reflux – problém o kterém se příliš nepíše a nehovoří

PACHATEL NEZNÁMÝ ANEB KDO ZA TO MŮŽE

Abstrakt není k dispozici

PO STOPÁCH PŘÍPADŮ ANEB JAK VĚC ŘEŠIT V TEORII I PRAXI

Abstrakt není k dispozici

JSOU ŽLUČOVÉ KYSELINY VINÍKEM ČI ŘEŠENÍM?

Abstrakt není k dispozici

MINIINVAZIVNÍ CHIRURGIE

MINIINVAZIVNÍ OPERACE V OBLASTI GASTROEZOFAGEÁLNÍ JUNKCE

R. Vrba ¹, Č. Neoral ¹, R. Aujeský ¹, M. Stašek ¹,
¹ FN Olomouc, I. chirurgická klinika

Autoři ve svém sdělení popisují princip a taktiku miniinvazivních operací v oblasti gastroezofageální junkce. Ve sdělení jsou popisovány vlastní zkušenosti z pracoviště I. chirurgické kliniky FN Olomouc u benigních (hiátová hernie, upside-down stomach, achalázie jícnu) a maligních onemocnění gastroezofageální junkce (karcinom jícnu a žaludku).

ROBOTICKÉ OPERACE REKTA

Abstrakt není k dispozici

LAPAROSKOPICKÁ REKTOPEXE U PROLAPSU REKTA

Abstrakt není k dispozici

KOLON SIGMOIDEUM LAPAROSKOPICKY

Abstrakt není k dispozici

PRAVOSTRANNÁ HEMIKOLEKTOMIE LAPAROSKOPICKY

Jan Rejholec ¹, Jan Moravík ¹,

¹ Krajská zdravotní a.s. - Nemocnice Děčín .o.z.

Úvod: Prezентujeme laparoskopickou pravostrannou hemikolektomii a její varianty užívané na našem oddělení. Tedy tzv klasickou s D2 lymphadenectomií u nepokročilých nádorů a extendovanou s principy CME a D3 lymfadenectomií . Současně presentujeme novou techniku konstrukce anastomózy intrakorporálně a využití kontroly prokrvení střeva pomocí indocyaninové zeleně. Metoda: Standartní provedení pravostranné hemikolektomie s D2 lymphadenectomií se změnilo se snahou u pokročilých nádorů kolon standardizovat rozšířenou lymfadenectomii s dodržением principů CME. CME představuje ostrou disekci v embryologických vrstvách s chráněním viscerální fascie mesokolon, analogicky jako TME u nádorů rekta. Součástí je samozřejmě adekvátní délka resekátu střeva okolo tumoru. D3 lymfadenectomie u pravostranné kolektomie zahrnuje uzliny podél VMS, AMS, hlavy pankreatu a Henleho gastrokolickeho trunku. Morphometrie resekátu posuzuje kompletnost mesokolicke excise, vzdálenost tumoru od cévního pediklu, proximální a distální resekční okraj a celkovou plochu odstraněného mesenteria. . Intraoperační podání indocyaninové zeleně intravenózně a následné fluorescenční zobrazení střevní perfuze nám umožňuje objektivizování prokrvení střeva. Díky správnému posouzení perfuze následně provádíme anastomózu v místě optimální střevní perfuze, v posledních letech striktně s provedením intrakorporální provedené anastomózy. Výsledky:Prezentujeme techniku laparoskopické pravostranné hemikolektomie. Představujeme původní D2 lymphadenectomii a současnou mediolaterální preparaci s dodržением zásad CME a techniku D3 lymfadenectomie. Po dokončení uvolnění resekátu konstrukce laparoskopické intrakorporální anastomózy. Intraoperačně hodnotíme adekvátnost střevní perfuze po podání indocyaninové zeleně a zesílení fluorescence ve filtrovaném barevném spektru. Hodnotíme výsledky na souboru pacientů odoperovaných laparoskopickou technikou na našem pracovišti . Od 1.1.2008 do 31.12.2012 bylo provedeno 76 elektivních pravostranných hemikolektomií. Laparoskopicky bylo dokončeno 45 operací (59,21%). Konverze na klasickou operaci 11x(14,47%). Klasicky bylo operováno 20 pacientů (26,32%). V novějším souboru od 1.1.2013 do 31.12.2018 byla pravostranná hemikolektomie provedena 110x. Laparoskopicky bylo dokončeno 91 operací(82,72%), konverze 15x (13,64%) a klasická operace 4x (3,64%). V starším souboru nebyla žádná komplikace zaznamenána u 36 pacientů (47,37%) a v novějším souboru to bylo 63 pacientů (57,27%). Anastomotický leak byl v starším souboru 5x(6,57%), v novějším souboru 5x(4,54%). Od 15.5.2017 provádíme laparoskopickou D3 pravostrannou hemikolektomii. Jedná se o soubor 21 pacientů. U všech byla operace dokončena laparoskopicky včetně intrakorporální anastomózy bez nutnosti konverze, bez perioperačních komplikací. U posledních 14 pacientů kontrola perfuze anastomózy ICG. Průměrná délka operace byla 147 minut. Hojení anastomózy proběhlo bez komplikací, vyjma dvou, kdy došlo k časně stenoze anastomozy, která si vyžádala revizní operaci. Jednou jsme řešili povrchovou rannou infekci a jednou zánět radixu mesenteria bez nutnosti reintervence. Průměrná dimise byla 6,35 dne od operace. . V naší práci se taktéž věnujeme morphometrii resekátu a následným histologickým výsledkům Závěr: Pravostranná hemikolektomie je klasická chirurgická metoda pro řešení pravého tračníku a pravého transversa. Její laparoskopické provedení přineslo všechny benefity miniinvazivní chirurgie. Pozitivní centrální lymfatické uzliny jsou popisovány až u 8% pacientů s tumory T3-T4. Zástanci rozšířené lymfadenectomie uvádějí, že tato technika může vést k sníženému procentu rekurence a tím k prodloužení přežívání pacientů. Dle zkušeností a výsledků je laparoskopická pravostranná hemikolektomie s D3 lymfadenectomií a CME metoda bezpečně proveditelná . Použití ICG umožňuje částečné objektivizování střevní perfuze. Intrakorporální provedení anastomózy snižuje některá rizika tzv, out provedené anastomozy.

PROKTOKOLEKTOMIE S IPAA LAPAROSKOPICKY

Mojmír Kasalický¹, Eva Koblihová¹,

¹ Proktokolektomie s IPAA laparoskopicky

Úvod: Laparoskopické, respektive laparoskopicky asistované operace (LS) v kolorektální chirurgii u nemocných s idiopatickými střevními záněty (IBD) jsou stále populárnější. Restorativní proktokolektomie (RPC) je dnes považována za téměř zlatý standard u nemocných s ulcerózní proktokolitidou (UC) nereagující na konzervativní léčbu, u které je laparoskopický přístup velkým přínosem. Vzhledem k povaze onemocnění IBD má miniinvazivní přístup a technika operování svá specifika. Při indikaci je vhodná úzká spolupráce chirurga, gastroenterologa, radiologa eventuálně nutričního specialisty. Metoda: Laparoskopicky provedená restorativní proktokolektomie s ileo-pouch anální anastomózou (IPAA) umožňuje dlouhodobou rekonstrukci zažívacího traktu bez trvalé ileostomie. Přitom u více jak 90 % takto operovaných nemocných s UC vydrží „J“ pouch až 20 let. RPC je prováděna nejčastěji ve dvou, respektive ve třech dobách, dle charakteru, tíže onemocnění a klinického stavu pacienta. V první době se provede laparoskopicky proktokolektomie s přerušením rekta maximálně 1-2 cm od linea dentata a odstraněním celého tračníku cestou rozšířené incize v místě plánované protektivní ileostomie. Extra peritoneálně se z terminální kličky ilea vytvoří 17 - 18 cm dlouhý „J“ pouch a IPAA se dokončí opět laparoskopicky cirkulárním staplerem. Výkon je zakončen protektivní axiální ileostomií. S odstupem 3 měsíců, po provedení kontrolní pouchoskopie, respektive pouchografie a potvrzení zhojení „J“ pouche se obnoví kontinuita zažívacího traktu okluzí ileostomie. V případě trojdobého postupu po subtotální kolektomii s terminální ileostomií a mukózní píštělí rekta se s odstupem ve druhé době provede proktokolektomie s IPAA s axiální protektivní ileostomií a ve třetí době se zruší protektivní ileostomie. K laparoskopické operaci byli indikováni nemocní bez předchozí laparotomické intervence v dutině břišní. Od roku 2009 do 2019 bylo na Chirurgické klinice 2. LF UK a ÚVN u nemocných s UC laparoskopicky provedeno 26 operací, z toho bylo 17 ve dvou dobách a 5 v dobách třech. Data byla sbírána prospektivně a hodnocena retrospektivně. Výsledky: Průměrný čas operace byl 305 minut (270-365 min), průměrná krevní ztráta byla 40 ml (0-100 ml). U 1 pacienta byla nutná konverze na laparotomický přístup. U 2 pacientů byla provedena proktokolektomie jen s terminální IS. Nemocní byli mobilizováni již první den po operaci. Obnovení činnosti zažívacího traktu bylo v průměru 3,4 dne (1-8 dne) a průměrná doba hospitalizace byla 6,9 dne (5-11dní). Z časných komplikací se v našem souboru u 3 (12,0 %) pacientů vyskytlo krvácení z pouche, u 4 (16,0 %) byl paralytický ileus, u 3 (12,0 %) infekce v ráně, u 1 (4,0 %) drobný „leak“ IPAA a u 4 (14,0 %) relativní stenóza IPAA. Závěr: Ve shodě s dalšími autory lze říci, že LS operace u nemocných s IBD jsou efektivní bezpečné, s minimální traumatizací v dutině břišní. Operace ve dvou krocích je doporučována u nemocných v uspokojivém klinickém stavu, s minimální dávkou kortikoidů u pacientů léčených vysokými dávkami kortikoidů, ve špatném metabolickém stavu je doporučována RPK ve třech krocích. Podpořeno MO1012.

ENDOSKOPICKÁ SEKCE: NOVINKY V DIGESTIVNÍ ENDOSKOPII

KONCEPT EURCP

Abstrakt není k dispozici

ENDOSKOPICKÁ TERAPIA PANKREATICKÝCH TEKUTINOVÝCH KOLEKCIÍ

Abstrakt není k dispozici

NOVINKY V ENDOSKOPICKÉM ZOBRAZENÍ

Ilja Tachecí¹,

¹ 2. interní gastroenterologická klinika, LF UK a FN, Hradec Králové

Kontinuální rozvoj endoskopické techniky přináší množství novinek v oblasti pokročilého zobrazení sliznic trávicího traktu. Primární motivací jejich vývoje a použití je včasná diagnostika onemocnění trávicího traktu (především časných malignit a prekancerózních lézí), která přímo ovlivňuje léčbu a tím i prognózu nemocných. Publikovaná data prezentující možnosti využití těchto technologií v klinické praxi jsou často kontroverzní a ukazují jejich různý přínos v závislosti na indikaci, volbě konkrétní technologie a zkušenostech endoskopisty. Virtuální chromoendoskopie zlepšují endoskopické zobrazení gastrointestinálního traktu úpravou osvětlení (optická chromoendoskopie) nebo počítačovým zpracováním získaného obrazu v rámci postprocessingu (digitální chromoendoskopie). Výhodou těchto technologií je jejich dostupnost (jsou implementovány rutinně do nových modelů endoskopů) a jednoduchost použití (dostupné bez nutnosti další přípravy, po stisknutí tlačítka). Určitou limitací je nutnost kontinuálního vzdělávání endoskopistů v problematice jejich správné indikace a znalosti specifických endoskopických obrazů a klasifikací. Klasickým zástupcem optické chromoendoskopie je Narrow Band Imaging (NBI), využívající vlivu vlnové délky na hloubku penetrace a absorpci světla. Sliznice jsou osvětlovány filtrovaným světlem o vlnových délkách 415 (modrá část spektra) a 540 nm (zelená část spektra), které je maximálně absorbováno hemoglobinem a zlepšuje zobrazení povrchové struktury sliznice a změn cévních struktur. Digitální chromoendoskopii reprezentují technologie Flexible spectral Imaging Colour Enhancement (FICE) a iSCAN. Optické technologie mají ve srovnání s digitálními lepší rozlišení a nižší podíl šumu. Virtuální chromoendoskopie nové generace využívá osvětlování sliznic 4 elektroluminiscenčními diodami (LED – Light-Emitting Diode). Jejich kombinací lze dosáhnout specifických světelných režimů (Multi-Light technology). Režim Blue Light Imaging (BLI) je charakterizován použitím všech vlnových délek viditelného světla společně se spektrálním zesílením v oblasti 410 a 450 nm. Technologie je spojena se zlepšením viditelnosti povrchových a cévních struktur sliznice současně s příznivým vlivem na jas, hloubku zorného pole a hloubku ostrosti. Režim Linked Color Imaging (LCI) je vytvářen počítačovým zpracováním obrazu upraveného BLI modu. Obraz se barevně blíží zobrazení v bílém světle se zvýšením množství barev na monitoru a zvýšením kontrastu v červené části spektra. Režim tak umožňuje zvýraznění barevných rozdílů mezi normální sliznicí a patologickou tkání a potenciálně tak usnadňuje její identifikaci.

ENDOSKOPICKÝ MANAŽMENT MALÍGNEJ HILÁRNEJ STENÓZY

Abstrakt není k dispozici

NOVINKY V ENDOSKOPICKÉ RESEKCI NEOPLASTICKÝCH LÉZÍ

Abstrakt není k dispozici

DOPORUČENÝ POSTUP ČGS PRO PERKUTÁNNÍ ENDOSKOPICKOU GASTROSTOMII

Abstrakt není k dispozici

SATELITNÍ SYMPOZIUM - PFIZER

ÚČINNOST A BEZPEČNOST TOFACITINIBU VE STUDIÍCH OCTAVE

Abstrakt není k dispozici

MOŽNOSTI HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE A SUBSTITUCE U PACIENTEK S UC

Abstrakt není k dispozici

VLASTNÍ ZKUŠENOSTI S LÉČBOU PŘÍPRAVKEM XELJANZ

Abstrakt není k dispozici

THE BEATLES REVIVAL - BROUCI BAND V SÁLE ZENIT + NADIR - HRAZENÝ VSTUP

SNÍDANĚ S EXPEITEM - ROZBOR PŘÍPADU S INTERAKTIVNÍ DISKUZÍ

ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBA A ENDOSKOPICKÉ DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ VÝKONY

Abstrakt není k dispozici

HEPATOLOGIE II

AKO SA ZMENILA MOJA HEPATOL PRAX ZA OSTATNÉ DVA ROKY

Abstrakt není k dispozici

ZVÝŠENÁ AKTIVITA HEPATÁLNYCH ENZÝMOV V BEŽNEJ PRAXI GASTROENTEROLÓGA

Abstrakt není k dispozici

PRIMÁRNA BILIÁRNA CHOLANGOITÍDA - MANAŽMENT V PRAXI GASTROENTEROLÓGA

Sylvia Dražilová ¹,

¹ Nemocnica Poprad a.s. a LF UPJŠ Košice

Primárna biliárna cholangioitída (PBC) je zriedkavé autoimunitné ochorenie predominantne postihujúce ženy. Patrí medzi ochorenia s relatívne nízkou incidenciou a prevalenciou, napriek tomu významne prispieva k hepatálnej mortalite. Výskyt ochorenia je geograficky závislý, na druhej strane epidemiologické údaje o PBC v Európe sú skromné. V najnovšej epidemiologickej práci z Holandska bola prevalencia PBC 13,2 pacientov na 100 000 obyvateľov. V našej práci činí prevalencia PBC na Východnom Slovensku v roku 2019 14,46 na 100 000 obyvateľov. Patogenéza je neznáma, predpokladá sa interakcia genetických a enviromentálnych faktorov. Primárnym cieľom zápalu sú bunky malých interlobulárnych žľčovodov. Ochorenie sa manifestuje u geneticky disponovaného jedinca po tom, čo vonkajší faktor fenoménom molekulovej mimikry aktivuje autoimunitnú odpoveď. Pri správnom stanovení diagnózy hrá kľúčovú úlohu laboratórna diagnostika. Histologické vyšetrenie (odporúčaný je histologický systém podľa Nakanuma) nie je nutnosťou pre stanovenie diagnózy. Má význam pri diagnostických rozpakoch, predovšetkým v diagnostike overlap syndrómov, ktoré sú v bežnej praxi často naddiagnostikované, čo vedie k zbytočnému indikovaniu imunosupresívnej liečby. Naopak, kľúčové v diagnostike PBC je správne vyšetrenie autoprotílátok – antimitochondriálnych proti M2 antigénu a PBC - špecifických antinukleárných protílátok anti - Gp210 a anti Sp -100. Stupeň fibrózy, ktorá odzrkadľuje pokročilosť ochorenia, možno podobne ako pri iných ochoreniach pečene stanoviť meraním elasticity pečene. Tranzientná elastografia je jedným z najlepších markerov fibrózy pečene u pacientov s PBC. Pri PBC ukázala signifikantnú superioritu v porovnaní s laboratórnymi markermi fibrogenézy v diagnostike signifikantnej fibrózy, pokročilej fibrózy a cirhózy. Liekom voľby je ursodeoxycholová kyselina (UDCA) v dávke 13 – 15 mg/kg hmotnosti pacienta. Liečba UDCA u pacientov s PBC vedie k zlepšeniu biochemických parametrov, histologického nálezu, odďaľuje transplantáciu pečene a zlepšuje prežívanie pacientov. Okrem zavedenia prvolíniovej liečby by sa súčasťou praxe gastroenterológa mala stať aj stratifikácia rizika progresie ochorenia. V tejto stratifikácii má nezastupiteľné miesto hodnotenie odpovede na liečbu UDCA podľa niektorého zo skórovacích systémov. V Slovenskej republike preferujeme hodnotenie odpovede na liečbu UDCA podľa Torontských kritérií (ALP $\geq$ 1,67 násobok normy a/nebo zvýšený celkový bilirubín po roku liečby UDCA). Asi 40% pacientov na liečbu UDCA neodpovedá. Pacienti, ktorí neodpovedajú na liečbu UDCA alebo túto liečbu netolerujú, sú preto adepti na druholíniovú liečbu. Aktuálne jedinou registrovanou druholíniovou liečbou PBC je obeticholová kyselina. Bezafibrát potvrdil v štúdii BEZURSO efekt na dosiahnutie biochemickej odpovede u non- responderov na UDCA, zatiaľ ide o liečbu neregistrovanú, podobne ako je to pri budesonide. Okrem kauzálnej liečby zahŕňa manažment pacient s PBC aj liečbu symptómov – predovšetkým pruritu.

NEALKOHOLOVÁ TUKOVÁ CHOROBA PEČENE - NAJČASTEJŠIA CHOROBA PEČENE

Marek Rác ¹,

¹ Fakultná nemocnica Nitra, Špitálska 6, 949 01 Nitra, Slovensko

Diabiezita dosahuje rozmery globálnej epidémie. Priamo prispieva k nárastu prevalencie systémových ochorení asociovaných s obezitou. Nealkoholová tuková choroba pečene sa stala najčastejším chronickým pečňovým ochorením v rozvinutých krajinách a je považovaná za pečňovú manifestáciu metabolického syndrómu. Rozsah a bremeno choroby stále rastie a dosahuje epidemické rozmery práve pre svoju úzku spojitosť s epidémiou obezity a diabetes mellitus 2 typu. Postihuje 30 % dospeljej populácie. V skupine pacientov s vysokým kardiometabolickým rizikom je prevalencia NAFLD významne vyššia. U obéznych pacientov dosahuje cca 90 % a u diabetikov sa pohybuje na úrovni 70 %. Klinický priebeh choroby dovoľuje principiálne delenie na dva fenotypy. Nealkoholová steatóza (NAFL) je prevádzaná steatózou pečene, prakticky bez zápalového postihnutia a fibrózy. Druhý subtyp je nealkoholová steatohepatitída (NASH). NASH je sprevádzaná steatózou, ku ktorej sa pridáva poškodenie hepatocytov, balónovanie, inflamácia a fibrogenéza. NASH predstavuje progresívnu formu ochorenia s rizikom vzniku cirhózy a následne jej komplikácií. DM2T a obezita sú spájané s NASH a predstavujú významný rizikový faktor progresie. Kľúčovým patofyziologickým mechanizmom je inzulínová rezistencia. NAFLD predstavuje prototyp multisystémového ochorenia s fenotypovou prezentáciou vychádzajúcou z inzulínovej rezistencie a so zvýšením rizika vzniku kardiovaskulárnych a onkologických chorôb. Jednoznačnú diferenciáciu jednoduchej steatózy (NAFL) od steatohepatitídy (NASH) poskytuje biopsia. Dnes využívané skórovacie histologické systémy sa opierajú o hodnotenie stupňa steatózy, aktivity a fibrózy. Pre riziká spojené s biopsiou sa do popredia dostávajú neinvazívne diagnostické postupy. Neinvazívna diagnostika slúži v primárnej sfére na identifikáciu pacientov s rizikom rozvoja NAFLD, v sekundárnej a terciárnej sfére na identifikáciu pacientov s nepriaznivou prognózou. Neinvazívne metódy slúžia na monitorovanie progresie/regresie choroby, efektu liečby a v neposlednom rade umožňujú dramatický pokles počtu pečňových biopsií. Kľúčovú úlohu v liečbe zohráva modifikácia životného štýlu a diétne opatrenia. Aktuálne nie je dostupná žiadna špecifická liečba s indikáciou NAFLD/NASH. Liečba založená na ovplyvnení kľúčových patogenetických mechanizmov by mohla zmeniť individuálnu budúcnosť chorých ale aj globálne bremeno vyplývajúce s NASH. Významnú rolu v budúcnosti budú zohrávať nové molekuly s protizápalovým a antifibrotickým efektom. Očakáva sa od nich ovplyvnenie nekroinflamačných dejov, regresia fibrózy a pokles pečňovej mortality. Efekt na kardiometabolické riziko a kardiovaskulárnu mortalitu však odhadnúť nie je možné a túto paradigmu bude potrebné pri dostupnosti nových molekúl testovať.

VÝZNAM SARKOPÉNIE A KREHKOSTI PACIENTOV S CHOROBAMI PEČENE V KLINICKEJ PRAXI

Abstrakt není k dispozici

SATELITNÍ SYMPOZIUM - FUJIFILM

INTENZIVNÍ PÉČE V GASTROENTEROLOGII A HEPATOLOGII

AKUTNÍ KRVÁCENÍ Z HORNÍHO GIT

Abstrakt není k dispozici

AKUTNÍ PANKREATITIDA

Abstrakt není k dispozici

ABC U FULMINANTNÍCH KOLITID

Abstrakt není k dispozici

MLADÍ GASTROENTEROLOGOVÉ

HORNÍ GIT

Abstrakt není k dispozici

DOLNÍ GIT

Abstrakt není k dispozici

IBD

Abstrakt není k dispozici

HEPATOLOGIE

Abstrakt není k dispozici

TOFACITINIB INDUCTION EFFICIENCY AND INTRACELLULAR CYTOKINE DYNAMICS IN ULCERATIVE COLITIS: RESULTS FROM CLINICAL PRACTICE

Martin Kolář¹, Martin Lukáš¹, Karin Malíčková¹, Martin Bortlík¹, Dana Ďuricová¹, Veronika Hrubá¹, Naděžda Machková¹, Katarína Mitrová¹, Martin Vašátko¹, Milan Lukáš¹,

¹ Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty, ISCARE IVF a.s., Praha

Introduction: Tofacitinib is an oral JAK inhibitor with intracellular mechanism of action, approved for the treatment of ulcerative colitis (UC). Its efficiency was proven in registration trials, however data from clinical practice are insufficient. Our aim was to evaluate response to tofacitinib after 8 weeks in UC patients, and to assess potential predictors of response including early cytokine production shifts. Methods: Data from consecutive UC patients who started tofacitinib 10 mg b.i.d. between January and April 2019 were evaluated. Disease activity was assessed by Mayo score including endoscopic Mayo at baseline and week 8 together with C-reactive protein (CRP) and fecal calprotectin (FC). Production of IL-4, IL-10, IL-17, TNF α and IFN γ in T-helper cells was determined at baseline and week 4 by flow cytometry after lymphocyte activation. At week 8, patients with total Mayo 0-5 with endoscopic subscore 0-1 (corresponding to mucosal healing) were considered responders. Adverse events were registered at every visit (weeks 2, 4 and 8). Results: 24 patients (41.7% males, 58.3% females), mean age 35.3 $\pm$ 11.8 years were included. Mean disease duration was 8.3 $\pm$ 5.2 years. In median, the patients were previously treated with 2 biologic agents, however, 25% of the patients were naive to any biologic therapy. Systemic corticosteroids were present in 41.7% patients at baseline and no patient had concomitant biologic or other immunosuppressive therapy. At week 8, 52.9% of patients responded to therapy. Total Mayo decreased in responders from mean 5.9 $\pm$ 3.5 to 1.1 $\pm$ 1.3 ($p=0.01$), while in nonresponders it changed from 8.0 $\pm$ 2.5 to 8.9 $\pm$ 2.1 ($p=0.86$). Endoscopic subscore decreased from 2.0 $\pm$ 1.0 to 0.6 $\pm$ 0.7 ($p=0.02$) in responders, however remained stationary in nonresponders (2.9). CRP and FC dropped significantly in responders (6.7 $\pm$ 6.2 vs. 2.0 $\pm$ 2.2 mg/L, $p=0.04$; 1195 $\pm$ 1189 vs. 578 $\pm$ 654 μ g/g, $p=0.05$), but not in nonresponders. The responding and nonresponding groups differed significantly in baseline triglycerides, which were higher in nonresponders. Other baseline parameters were comparable including corticotherapy, previous biologic therapy, disease duration and laboratory values, however, nonresponders tended to have more active disease at baseline and there were more females in the responding group (62.5% vs. 18.2%, $p=0.07$). Significant difference was observed in shifts of production of cytokines IL-4 and IL-10 in T-helper cells. In responders, there was a significant decrease in IL-4 and no change in IL-10, while in nonresponders, there was no change in IL-4 and significant decrease in IL-10. Interestingly, there was also a significant increase of intracellular TNF α in all patients. Tofacitinib was stopped in 23.5% of patients at week 8 due to insufficient response. Two patients reported headaches after treatment initiation and single events of CMV colitis, C. diff. colitis and oral candidiasis occurred. Conclusion: Tofacitinib was efficient in inducing clinical response with mucosal healing in about 50% of UC patients after 8 weeks of therapy in clinical practice. There was no clear baseline predictor of response, however, considering limited sample, there was also no indication of even multiple biologics failure negatively affecting response. Tofacitinib might thus be an option in respective patients. Preliminary results of cytokine dynamics suggest early IL-4 decrease as a potential biomarker of response, warranting further investigation.

ANALÝZA BIKARBONÁTU, FOSFÁTU A DALŠÍCH ANIONTŮ VE SLINÁCH POMOCÍ KAPILÁRNÍ ELEKTROFORÉZY S BEZKONTAKTNÍ VODIVOSTNÍ DETEKČÍ V DIAGNOSTICE REFLUXNÍ NEMOCI JÍCNU

Štefan Konečný¹, Jiří Dolina¹, Věra Dosedělová², Pavol Ďurč³, František Foret², Petr Kubáň²,

¹ Interní gastroenterologická klinika, FN Brno, Brno a Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

² Oddělení bioanalytické instrumentace, CEITEC Masarykova univerzita, Brno

³ Oddělení bioanalytické instrumentace, CEITEC Masarykova univerzita, Brno a Ústav Chemie, Masarykova univerzita, Brno

Úvod Refluxní nemoc jícnu (GERD) je onemocnění způsobené zpětným tokem žaludečního obsahu do jícnu, které působí obtíže a nebo komplikace. Jedním z obranných mechanismů organismu před refluxátem je neutralizace kyselého žaludečního obsahu slinami, ve kterých tvoří bikarbonát a fosfát hlavní pufrovací složky. Jelikož u pacientů s GERD jsou refluxní epizody častější a trvají déle, existuje předpoklad, že ve slinách u pacientů s GERD je zvýšený obsah bikarbonátu a fosfátu. Vyšetření slin se proto jeví jako potenciální nový neinvazivní a jednoduchý způsob diagnostiky GERD. Metodika V této práci byla použita nová metoda kapilární elektroforézy s bezkontaktní vodivostní detekcí (CE-C4D). Bikarbonát, fosfát a dalších anorganické (chloridu, dusitanu, dusičnanu, siřičitanu, thiokyanátu) a organické anionty (acetátu, butyrátu) byly stanoveny ve slinách od 20 pacientů trpících refluxní nemocí a 12 zdravých dobrovolníků. Výsledky Při srovnání obsahu vybraných anorganických a organických aniontů u obou skupin, byly u pacientů s GERD nalezeny signifikantně zvýšené koncentrace především bikarbonátu (průměr 8,1 a 5,7 mmol, $p=0,004$). Mezi hodnotami koncentrace fosfátu jako druhého dominantního pufrovacího systému slin nebyl naměřen statisticky významný rozdíl. U všech ostatních studovaných analytů byl mezi oběma studovanými skupinami významný rozdíl pouze v koncentraci dusitanů. Je však třeba poznamenat, že v mnoha případech byly hladiny dusitanů pod dolním detekčním limitem, což mohlo ovlivnit statistickou analýzu. Závěr V naší práci jsme analyzovali celkem 9 různých iontů ve vzorcích slin od pacientů s GERD a zdravých dobrovolníků. Ve slinách od pacientů s GERD byly významně zvýšeny hladiny bikarbonátu, co naznačuje možnou použitelnost bikarbonátu jako biomarkeru v neinvazivní diagnostice GERD pomocí CE-C4D, a tím zjednodušení a zrychlení diagnostiky GERD bez nutnosti použití invazivních diagnostických metod. Tato práce byla podpořena grantem MZČR č. 17-31945A.

PROVOKAČNÍ TEST SPOJENÝ S ENDOSKOPICKÝM VYŠETŘENÍ V DIAGNOSTICE SUSPEKTNÍHO KRVÁCENÍ DO TENKÉHO STŘEVA - KAZUISTIKA

Štěpán Šembera¹, Jolana Bártová¹, Ilja Tachecí¹, Marcela Kopáčková¹,

¹ II. interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Úvod: Přibližně u 10 % všech krvácení do trávicí trubice není zdroj krvácení zjištěn při vstupní gastroskopii a koloskopii. V takovém případě hovoříme o suspektním krvácení do tenkého střeva. Toto může být zjevné (manifestované melénou či enteroragií), nebo skryté – okultní (případně spojené s anemizací). Nemocní podstupují kapslovou enteroskopii a dále dle nálezu a vývoje eventuálně hlubokou enteroskopii (například dvojbalónovou). Asi u 3 % případů se zdroj krvácení nepodaří nalézt, přestože nemocní nadále významně krvácejí. Možnosti dalšího postupu nejsou standardizované, jednou z nich je provedení tzv. provokačního testu. Metodika: Popis a rozbor kazuistiky. Výsledky: 65letý muž s ischemickou chorobou dolních končetin, léčený kardioprotektivní dávkou kyseliny acetylsalicylové, byl vyšetřován pro recidivující krvácení do trávicího traktu. Pro zjevné krvácení podstoupil gastroskopii bez zjištění zdroje, při koloskopii byly sneseny polypy sigmatu, které byly jako zdroj krvácení nejisté. Po 7 měsících byl dále vyšetřován pro významnou anemizaci (až na 60 g/l hemoglobinu) s pozitivitou stolice na okultní krvácení, bez klinických známek zjevné hemorhagie. Klinický stav vyžadoval opakované a četné hemosubstituce (průměrně 2 jednotky erytrocytů týdně, celkově nemocný dostal 51 jednotek erytrocytů). Pacient podstoupil další serii vyšetření (gastroskopie, koloskopie, angiografie počítačovou tomografií - CT), bez jasné identifikace zdroje krvácení. Vyšetření značenými erytrocyty bylo s hraničně pozitivním nálezem suspektním z krvácení do orálního jejunu, kapslová enteroskopie byla ovšem s negativním nálezem. Vzhledem k trvající anemizaci byla na našem pracovišti následně provedena dvojbalonová enteroskopie (postupně 2 x orálním a 1 x análním přístupem), kontrolní gastroskopie a koloskopie a druhá kapslová endoskopie, ani tato vyšetření ke stanovení diagnózy nevedla. Techneciový scan nepotvrdil přítomnost Meckelova divertiklu. Pro trvající těžkou anemizaci, vyžadující prakticky trvalou hemosubstituci, bylo indikováno provedení provokačního testu. Nemocný byl plně informován, v průběhu testu byl hospitalizován na monitorovaném lůžku jednotky intenzivní péče. Průběh testu: po dobu 12 hodin byl podáván nefrakcionovaný heparin s cílem prodloužit aktivovaný parciální tromboplastinový čas (APTT) na 2-4 násobek normy. Při pokračující heparinizaci bylo následně provedeno vyšetření kapslovou enteroskopií s nálezem aktivního krvácení v orální části jejunu. Během testu nedošlo k poklesu tlaku krve, tachykardii či zjevnému krvácení (enteroragie, melena). Následující den (po normalizaci APTT) byla provedena horní dvojbalonová enteroskopie, která diagnostikovala menší (cca 3 mm pulzující lézi) s prokrvácenou sliznicí v okolí. Nález byl hodnocen jako Dieulafoyova léze, byly nasazeny 2 hemostatické klipy a místo bylo označeno tetovází. Během dalšího sledování (2 měsíce) po vyšetření nemocný dále neanemizuje, cítí se dobře a zvyšuje fyzickou aktivitu. Závěr: Suspektní krvácení do tenkého střeva je poměrně minoritní v problematice krvácení do trávicího traktu. Situace, kdy se nepodaří nalézt zdroj krvácení ani po provedení kapslové ev. hluboké enteroskopie jsou vzácné. Další možností je v těchto případech provedení provokačního testu (podání antitrombotika) spojené se současným endoskopickým vyšetřením.

ÚSPĚŠNÁ LÉČBA IMUNOTERAPIÍ INDUKOVANÉHO IBD-LIKE INFLIXIMABEM: VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

Lucie Prokopová¹, Vladimír Zbořil¹, Karolína Poredská¹, Pavla Kavříková¹, Štefan Konečný¹, Vladimír Herout², Jana Špeldová², Lenka Jakubíková²,

¹ Interní-gastroenterologická klinika FN Brno

² Klinika nemocí plicních a TBC FN Brno

Úvod: Imunoterapie, léčba monoklonálními protilátkami, v posledních 2 desetiletích expanduje napříč medicínskými obory. Rozvíjí se nejen při léčbě autoimunních onemocnění, ale i v onkologii. „Manipulace“ s imunitním systémem, může být spojena s některými závažnými nežádoucími účinky, včetně IBD-like ir-AES (imunne-related adverse events). Autoři referují vlastní zkušenosti s diagnostikou pacienta s IBD-like kolitidou a úspěšnou léčbou této komplikace infliximabem. Prezentace případu: Pacient muž, 74 let, ambulantní léčba onkologická 10 měsíců pro nemalobuněčný plicní karcinom st.IVb. Komorbidita GERD, biologicky velmi příznivý stav. 2/2019 pro lokální progresi onkologického onemocnění, start imunoterapie anti PD-1 Mab, nivolumab. 5/2019 3-4.stupeň GIT toxicity s průjmy, ukončení nivolumabu. Ambulantní léčba průjmů onkologem (dle ASCO 2018 guidellines), kortikosteroidy 1 mg/kg/den, příznivý efekt bez nutnosti další terapeutické intervence. 8/2019 snižována dávka Prednisonu pod 20 mg/den, nepříznivý vývoj, průjmy, enteroragie, febrilie. Hospitalizace na IGEK, bowel rest TPV, empiricky antibiotické krytí metronidazole. Komplexní diagnostika. Koloskopicky a histologicky těžká IBD-like pankolitida Mayo 2/3. Anémie středně těžká, lehká malnutrice, infekce vyloučena. Terapie navýšení dávky kortikosteroidů, 3x puls Solu-medrol 125 mg ob den, s efektem klinického zlepšení, bez slizničního hojení. Mezioborová konzultace (onkologie ASCO 2018 quidellines) bez kontraindikace pro start anti-TNF alfa infliximabu (IFX). Rychlý nástup klinické remise a slizničního zhojení kolon s ložiskovou kongescí, Mayo 0/1, po 1.dávce IFX. Realimentace, opatrné snižování dávky kortikoidu a podání 2.dávky IFX za 4 týdny. Remise IBD-like kolitidy 9/2019 trvá. Otázka další udržovací léčby IBD-like kolitidy zůstává otevřená. Pneumoonkologické onemocnění stabilní, v plánu léčba docetaxelem od října 2019. Závěr Systémová onkologická imunoterapie monoklonálními protilátkami ovlivňujícími kontrolní body imunitní odpovědi (tzv.immune checkpoints), je v současné době onkology považována za zásadní terapeutický pokrok na hranici kurativní léčby u časných stádií nádorového onemocnění. U pokročilých stádií některých nádorů (plicní, ledvinné, melanomy, horní GIT..), přináší nemocným naději na dlouhodobou stabilizaci stavu a prodloužení doby přežití. Prolomení imunotolerance vůči nádoru, může být doprovázeno nežádoucím prolomením tolerance vůči ostatním tkáním s manifestací nežádoucích účinků, které se podobají autoimunitním onemocněním. Autoři referují vlastní zkušenosti s diagnostikou IBD-like kolitidy, manifestované u pacienta s pokročilým plicním karcinomem, po onkologické léčbě anti PD-1 Mab nivolumabem. Léčba anti TNF alfa infliximabem, vedla k úspěšnému zvládnutí komplikace a navození remise IBD-like kolitidy. Autoři s odkazem na ASCO guidellines 2018, přináší přehled "immune related adverse events" (ir- AEs). Riziko četnosti těchto ir- AEs, včetně IBD-like, udávají onkologové u 10-15% léčených, včetně rozvoje život ohrožujících komplikací. Můžeme očekávat, že nejen gastroenterologové budou v následující létech stále častěji s touto problematikou konfrontováni a žádání o spolupráci kolegů z ostatních medicínských oborů.

NEINVAZIVNÍ PREDIKCE PERZISTUJÍCÍ VILOZNÍ ATROFIE U PACIENTŮ S CELIAKIÍ NA BEZLEPKOVÉ DIETĚ

Barbora Packová¹, Petra Kovalčíková², Zdeněk Pavlovský³, Daniel Bartušek⁴, Radek Kroupa¹,

¹ Interní gastroenterologická klinika FN Brno a LF MU, Brno

² Institut biostatistiky a analýz, LF MU, Brno

³ Ústav patologie FN Brno a LF MU, Brno

⁴ Radiologická klinika FN Brno a LF MU, Brno

Úvod: Celiakie je imunitně mediovaná enteropatie léčená bezlepkovou dietou. Hlavními cíli dodržování diety je úprava symptomů a slizniční hojení. Dosud není k dispozici spolehlivá neinvazivní metoda k detekci atrofie střevní sliznice mimo odběr biopsie. Přetrvávání positivity protilátek proti tkáňové transglutamináze (aTTG) je považováno za málo senzitivní. Cílem práce je posoudit schopnost detekce přetrvávající atrofie na bezlepkové dietě pomocí protilátek proti deaminovaným gliadinovým peptidům (aDGP) a ultrazvukového vyšetření střev. Metodika: Do retrospektivní kohortové studie byli zařazeni pacienti s celiakií sledovaní na Interní gastroenterologické klinice FN Brno, kteří dodržovali 1 rok a déle bezlepkovou dietu a byla u nich dostupná kontrolní biopsie tenkého střeva a zároveň v odpovídajícím čase kvantitativní vyšetření protilátek aTTG a aDGP ELISA metodou a ultrazvukové vyšetření střeva. K predikci vilózní atrofie byla zjišťována senzitivita a specifita protilátek, optimální cut off hodnota titru pomocí ROC metody, využitelnost ultrazvukového vyšetření a hodnocení klinických symptomů. Výsledky: Ze skupiny 190 pacientů s celiakií vyšetřených mezi roky 2014-2018 byla kompletní data dostupná od 82 z nich. V souboru bylo 67 žen (81,7%), průměrný věk v době diagnózy byl 33,8 let. Adherence k bezlepkové dietě byla ověřena cíleným nutričním pohovorem. Bioptické vyšetření duodenální sliznice po minimálně jednom roce dodržování diety ukázalo přetrvávající atrofii u 19 (23,2%) pacientů - dle Marsh klasifikace 10x 3a, 4x 3b a 5x 3c. Pozitivní protilátky aTTG (dle laboratoře cut-off hodnota nad 18U/ml) byly přítomny u 18 pacientů a aDGP (dle laboratoře cut-off hodnota nad 20U/ml) u 29 pacientů. Senzitivita a specifita aTTG pro vilózní atrofii byla 50% a 85,7%, zatímco u vyšetření protilátek aDGP 77,8% a 75%. Zlepšení citlivosti serologických testů bylo dosaženo kalkulací cutt-off hodnoty (13,4 U/ml pro TTG IgA a 22,6 U/ml pro DGP IgA) Při tomto rozlišení byla získána senzitivita a specifita aDGP IgA 72,2% a 90% respektive pro aTTG IgA 66,7% a 93,7%. Senzitivita a specifita vyšetření ultrazvukem pro zachycení atrofie byla 64,7% a 73,5% Přetrvávání průjmu, bolestí břicha a sideropenie mělo jen malou předpovědní hodnotu. Závěr: Neinvazivní vyšetření je základem dispenzarizace pacientů s celiakií. Pozitivita protilátek aDGP při dodržování bezlepkové diety se zdá být senzitivnějším markerem přetrvávající atrofie než protilátky aTTG a ultrazvuk. Z vyšetřovaných parametrů má hodnota aTGG IgA pod 13,4 a hodnota aDGP IgA pod 22,6 vysokou negativní prediktivní hodnotu.

SNÍDANĚ S EXPERTEM - ROZBOR PŘÍPADU S INTERAKTIVNÍ DISKUZÍ

REFLUXNÍ OBTÍŽE REFRAKTERNÍ NA TERAPII IPP

Abstrakt není k dispozici

VOLNÁ SDĚLENÍ II: VARIA

STATE OF THE ART LECTURE: PATŘÍ FABRYHO CHOROBA DO DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKY V GASTROENTEROLOGII ?

Abstrakt není k dispozici

PERORÁLNÍ ENDOSKOPICKÁ MYOTOMIE (POEM): VÍCE NEŽ 300 VÝKONŮ U PACIENTŮ S ACHALÁZII

Zuzana Rábeková ¹, Zuzana Vacková ¹, Tomáš Hucl ¹, Petr Štirand ¹, Julius Špičák ¹, Eva Kieslichová ², Radim Janoušek ³, Jan Martínek ¹,

¹ Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

² Klinika anesteziologie a intenzivní medicíny, IKEM, Praha

³ Pracoviště radiodiagnostiky a intervenční radiologie, IKEM, Praha

Úvod: Perorální endoskopická myotomie (POEM) je v současnosti považována za standardní metodu léčby achalázie jícnu. POEM je relativně novou metodou (první byl proveden v roce 2008), dlouhodobé výsledky proto nejsou zcela jednoznačné. Možný problém v souvislosti s POEM představuje gastroezofageální reflux, neboť při POEM se neprovádí žádný antirefluxní výkon. Cíle: Retrospektivní analýza prospektivně sbíraných dat s cílem zhodnotit dlouhodobý léčebný úspěch a analyzovat reflux po POEM u pacientů, kteří podstoupili výkon v našem centru mezi 12/2012 a 6/2019. Metodika: Všichni pacienti byli sledováni ve 3, 6, 12M a každý následující rok v rámci follow- up. Gastroskopie, high- resolution manometrie a 24h pH-monitorace byly provedeny ve 3 měsících po výkonu a následně mezi 2. a 3. rokem. Hlavními výstupy byl léčebný úspěch (definován Eckardtovým skóre pod 3), riziko rekurence a parametry refluxu po POEM. Výsledky: Celkově 313 pacientů podstoupilo 328 výkonů v daném období. Follow- up ve 3, 12, 24, 36, 48 a 60M dosáhlo 284, 142, 140, 93, 31 a 18 pacientů. Ve 3, 12, 24, 36, 48 a 60M byl léčebný úspěch dosažen u 98% (CI 96-100), 95% (92-98), 91% (86-96), 85% (78- 92), 82% (72-92) a 78% (63-92) pacientů. U celkově 25 pacientů došlo k selhání léčby (n=6) nebo rekurenci onemocnění (n=19). Ve 3M byl refluxní ezofagitida přítomna u 113/267 (42.3%; LA C 8.8%, LA D 1,8%) Mezi 24-36M endoskopické vyšetření absolvovalo 114 pacientů a refluxní ezofagitida byla přítomná u 21 z nich (35,0%). PPI užívalo 35,4% a 34.78% pacientů ve 3 a 24-36M. Závěr: POEM je vysoce efektivní endoskopická metoda léčby achalázie s příznivým léčebným úspěchem, který i v 5 letech po výkonu dosahuje 78%. Reflux po POEM (obvykle mírný) je přítomen u přibližně 40% pacientů, a tak i nadále zůstává zásadní klinickou výzvou v bezpečnostním profilu POEM.

PERIOPERAČNÍ KOMPLIKACE PERORÁLNÍ ENDOSKOPICKÉ MYOTOMIE (POEM) - DETAILNÍ ANALÝZA

Dagmar Dražilová¹, Zuzana Vacková¹, Tomáš Hucl¹, Petr Štirand¹, Eva Kieslichová², Radim Janoušek³, Ondřej Ryska⁴, Julius Špičák¹, Jan Martínek¹,

¹ Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

² Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, IKEM, Praha

³ Pracoviště radiodiagnostiky a intervenční radiologie, IKEM, Praha

⁴ Royal Lancaster Infirmary, University Hospitals of Morecambe Bay NHS Foundation Trust, Lancaster, UK

Úvod: Perorální endoskopická myotomie (POEM) je považována za standardní metodu léčby achalázie jícnu. Ve srovnání s laparoskopickou myotomií se jedná o méně invazivní zákrok, který přesto představuje invazivní zákrok s možnými riziky. Cílem naší analýzy bylo detailní zhodnocení perioperačních komplikací u pacientů, kteří v letech 2012-2018 podstoupili v IKEM POEM pro achalázii jícnu. Metodika: Retrospektivní analýza dat získaných revizí hospitalizační dokumentace. Komplikace byly klasifikovány jednak podle endoskopické klasifikace ASGE lexicon a jednak do 5 kategorií podle chirurgické klasifikace Clavien-Dindo (C-D): I- použití analgetik, antipyretik, antiemetik, diuretik během hospitalizace II- použití jiných léků jako v kategorii I, krevní transfuze nebo parenterální výživy III- komplikace vyžadující endoskopický, chirurgický nebo radiologický výkon: IIIa: bez anestézie, IIIb: v celkové anestézii IV- život ohrožující komplikace, IVa: selhání jednoho orgánu, IVb: selhání více orgánů V- úmrtí Výsledky: Celkem jsme analyzovali 243 POEM výkonů, z toho 73x (30%) proběhl bez jakýchkoliv komplikací. Za komplikaci jsme nepovažovali perioperační punkci kapnoperitonea 141/243 (58%) a přechodný podkožní emfyzém 79/243 (32,5%). Ze 170 pacientů, u kterých se vyskytly komplikace, bylo 156/170 (91,7%) v kategorii I dle C-D, 6 (3,5%) v kategorii II, 7 (4,1%) v kategorii IIIa, 0 (0%) v kategorii IVa, 0 (0%) v kategorii IVb a 1 (0,6%) v kategorii V. ASA skóre pacientů bylo: I- 71/243 (29,2%), II- 129 (53,1%), III- 41 (16,9%), IV- 2 (0,8%). U pacientů s ASA I, II, III mělo výkon zcela bez komplikací 26,7%, 34,1%, 21,9% a vážnější komplikace (C-D III a více) se vyskytly u ASA I, II, III u 1,4%, 4,7% a 2,4%. Podle ASGE lexicon se vyskytly mírné komplikace u 161/170 (94,7%) pacientů, středně závažné u 7 (4,1%), vážné u 1 (0,6%) a fatální komplikace u 1 (0,6%) pacienta. Perioperační komplikace byly následující: alergická reakce na anestetika/ antibiotika u 2/170 (1,2%) a komplikace související s anestézií u 14 (8,2%) pacientů. V pooperačním období 158 (93%) pacientů udávalo bolesti s nutností podání analgetik. Horečka se vyskytla u 20 pacientů (11,8%) a pneumonie u 3 (1,8%). Jeden pacient (0,6%) trvale ztratil chuť a čich. Deset závažných komplikací se vyskytlo u 8 pacientů, jednalo 2x/170 (1,2%) o pneumothorax, 1x (0,6%) o pohrudniční výpotek a 1x (0,6%) o punkci kapnoskrota. U pěti pacientů (2,9%) jsme zaznamenali leak v místě slizničního uzávěru, který byl řešen endoskopickým klipem. U jedné pacientky (0,6%) došlo k úmrtí během výkonu v důsledku srdeční zástavy. Pítva prokázala nerozpoznanou plicní hypertenzi a těžkou ischemickou chorobu srdeční, úmrtí přímo nesouviselo s provedeným výkonem. Průměrná doba hospitalizace byla 2,5 (±0.5) dne, prodloužení hospitalizace (≥4 dny) bylo nutné u 25/243 (10,3%) pacientů. Závěr: Komplikace provázející POEM jsou časté, nicméně většinou jde o komplikace mírné. Mohou se však vyskytnout i komplikace vážné, ojediněle i fatální. ASA skóre není významným prediktorem závažných komplikací.

SWITCHING FROM ORIGINATOR ADALIMUMAB TO THE BIOSIMILAR SB5 IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: SHORT-TERM EXPERIENCE FROM A SINGLE TERTIARY CLINICAL CENTER

Martin Lukáš¹, Karin Malíčková¹, Martin Kolář¹, Martin Bortlík¹, Martin Vašátko¹, Naděžda Machková¹, Veronika Hrubá¹, Dana Ďuricová¹, Milan Lukáš¹,

¹ Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty, ISCARE IVF a.s., Praha

Background and Aims: The aim of this study is to assess the efficacy of switching from the originator adalimumab to a biosimilar adalimumab (SB5) in a cohort of patients with inflammatory bowel disease (IBD). **Methods:** Data on all IBD patients who were switched to SB5 between November 2018 and May 2019 at IBD Center ISCARE were analyzed. Disease activity was assessed using clinical indices (Harvey-Bradshaw index [HBI] for Crohn's disease [CD] and partial Mayo [pMayo] score for ulcerative colitis [UC]) and laboratory parameters (C-reactive protein [CRP] and fecal calprotectin [FC]). Trough levels and anti-drug antibodies were measured. Patients were evaluated 10 weeks (W10) after the switch, and results were compared with the control group. **Results:** Data from 93 patients who switched from the originator adalimumab to a biosimilar adalimumab (SWITCH cohort) were analyzed and compared with 93 matched originator-treated patients (ORIGINATOR cohort). At W10, no significant difference between the SWITCH and ORIGINATOR cohorts was found in treatment efficacy. Median HBI in CD patients in the SWITCH cohort was 2 at W0 and 2 at W10 ($p=0.831$), while the same measure in the ORIGINATOR cohort was 3 and 2, respectively ($p=0.795$). In the SWITCH cohort, the median pMayo in UC patients was 2 at time of switch vs. 1 at W10 ($p=0.925$). In the ORIGINATOR cohort, the median pMayo of 2 vs. 1 did not point to any clinical changes ($p=0.835$). The median CRP at W0 and W10 in the SWITCH cohort was 1.7 and 1.7 mg/L, respectively, while in the ORIGINATOR cohort it was 2.9 and 2.7 mg/L, respectively. No significant differences in FC concentrations were seen between W0 and W10 in either the SWITCH or ORIGINATOR cohorts. Adalimumab serum trough levels remained stable after the switch. There was, however, a significantly higher perceived injection pain for those receiving SB5. **Conclusion:** Our study confirmed that switching of IBD patients from the originator adalimumab to the biosimilar adalimumab (SB5) does not affect treatment efficacy.

ÚSKALÍ A LIMITY DIAGNOSTIKY EXTRAEOFAGEÁLNÍHO REFLUXU (EER)

Petr Brandtl¹,

¹ 1. Gastroenterologie MUDr. Petr Brandtl s.r.o.

EER se spolupodílí na potížích pacienta a není většinou jedinou diagnózou, která způsobuje potíže. Anamnéza: Validovaný dotazník. Gastroskopie: Význam refluxní ezofagitidy, duodenogastrického refluxu a heterotopické žaludeční sliznice v jícnu pro dg. EER. 24hodinová dvoukanálová pH-metrie: Průkaz pouze kyselých refluxních epizod. 24hodinová impedance: Kritéria pro hodnocení výstupů 24hodinové pH-metrie a impedance při zavedení proximálního senzoru nad HJS ve vztahu k EER. HR manometrie: Snížení tonu HJS. Odlišení jiných nemocí jícnu. RTG polykací akt, CT: Význam průkazu hiátové hernie pro diagnózu EER. Peptest: Specifická izoformy A a C. Laryngoskopie: Nález není specifický. Význam FEES. Diagnosticko-terapeutický test: PPI snižují počet kyselých refluxních epizod ve prospěch slabě kyselých a nekyselých refluxních epizod. Žádné vyšetření by nemělo být používáno samostatně, ale spolu s ostatními dostupnými vyšetřeními a spolu s anamnézou je začlenit do diagnostického procesu.

BEZPEČNOST BIOLOGICKÉ LÉČBY VEDOLIZUMABEM PODÁVANÉ V PRŮBĚHU GRAVIDITY PRO IBD MATEK. RETROSPEKTIVNĚ-PROSPEKTIVNÍ MULTICENTRICKÁ OBSERVAČNÍ STUDIE

Barbora Pipek¹, Dana Ďuricová⁵, Martin Bortlík⁵,

¹ Centrum péče o zažívací trakt, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

² II. interní klinika - gastroenterologická a geriatrická. Fakultní nemocnice Olomouc

³ Lékařská fakulta Univerzity Palackého, Olomouc

⁴ Lékařská fakulta Ostravské univerzity, Ostrava

⁵ Klinické centrum ISCARE, Praha

Úvod: Idiopatické střevní záněty (IBD) jsou u většiny pacientů diagnostikovány v mladém, fertilním věku, kdy i značná část pacientek otěhotnění v průběhu nemoci. Jako nejdůležitější faktor zdárného průběhu těhotenství se ukazuje klidová fáze nemoci, které dosáhneme často intenzivní protizánětlivou léčbu, včetně biologické léčby. V posledních letech se však spektrum biologické léčby IBD rozšířilo o novou monoklonální protilátku proti $\alpha 4\beta 7$ integrínovému receptoru – vedolizumab. Cíl: Prezentace průběžných výsledků právě probíhající multicentrické observační studie. Primárním cílem studie je posoudit bezpečnost vedolizumabu na průběh gravidity a vývoj plodu a novorozence. Sekundárním cílem je zhodnocení transplacentárního přenosu léku prostřednictvím analýzy hladin léku v pupečníkové krvi. Metodika: Demografické údaje, informace o charakteru IBD, aktivitě nemoci v průběhu těhotenství a detaily terapie vedolizumabem a konkomitantní léčby byly získávány z preformovaného dotazníku, který byl vyplněn ošetřujícím gastroenterologem pacientky. Údaje o porodu a stavu novorozence byly doplněné z porodnické dokumentace. Ke stanovení míry transplacentárního přenosu byly měřeny hladiny vedolizumabu z odběrů pupečníkové krve a žilní krve matky v době porodu. Výsledky: Od ledna 2019 bylo do studie zařazeno 13 pacientek (medián věku v době koncepce je 31 let, ze souboru je 10 pacientek s Crohnovou nemocí), které byly v průběhu gravidity exponované terapii vedolizumabem. 3 pacientky z našeho souboru ještě nerodily. Z deseti ukončených těhotenství je 8 (80 %) živě narozených dětí (všechny porody proběhly v termínu, 7x plánovaný SC, 1x indukovaný vaginální porod), 1x (10 %) bylo těhotenství ukončeno interupcí v 19. týdnu gestace pro suspekci na genetickou malformaci, 1x (10 %) proběhl spontánním abort v 9. týdnu. Medián porodní hmotnosti dětí je 2938 gramů (min. 2890 g - max. 3780 g), z perinatálních komplikací se u 3 dětí vyskytl subikterus, u jednoho dítěte toxoalergický exantém nejasného origa. Hladiny pupečníkové krve a žilní krve jsou analyzovány u 4 pacientek ze souboru (40 %). Průměrná hodnota hladiny vedolizumabu v pupečníkové krvi je 8 $\mu\text{g/ml}$ (min. 1.9- max. 11.8), v žilní krvi matky v době porodu je 15.75 μg (min. 2.9- max. 27). Závěr: Jedná se o prezentaci průběžných výsledků právě probíhající multicentrické observační studie. Naše předběžné výsledky na malém souboru pacientek zatím potvrzují bezpečnost terapie vedolizumabem v graviditě.

HEMOVÉ ŽELEZO V SUBSTITUCI SIDEROPENIE A SIDEROPENNÍ ANÉMIE U IBD

Abstrakt není k dispozici

SATELITNÍ SYMPOZIUM - TAKEDA

VARSITY AND OUTCOMES FOR CLINICAL PRACTICE

Abstrakt není k dispozici

VEDOLIZUMAB A CROHNOVA NEMOC

Abstrakt není k dispozici

VEDOLIZUMAB A ULCEROZNÍ KOLITIDA

Abstrakt není k dispozici

DISKUZE

Abstrakt není k dispozici

SATELITNÍ SYMPOZIUM - BIOGEN

BIOSIMILARS – NÁVRAT DO BUDOUCNOSTI

Abstrakt není k dispozici

BIOGEN BIOSIMILARS – DATA Z REÁLNÉ KLINICKÉ PRAXE U PACIENTŮ S IBD

Abstrakt není k dispozici

SEKCE SESTER

HEPATITIDA E - PROČ SE JÍ OBÁVAT, ZVLÁŠTNOSTI A VÝSKYT V ČR

Petra Pellegrini Vejražková ¹, Lucie Čermáková ¹,

¹ Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

Hepatitida E je objevena až v roce 1980, v roce 1990 byl poznán genom HEV a vytvořeny sérologické testy. Je zatím jediným zástupcem rodu Hepevirus čeledi Hepeviridae. Má nejméně 4 genotypy. Dva genotypy jsou výhradně lidské, další dva jsou pravděpodobně prasečí, ale mohou infikovat i člověka. Přenos je kontaminovanou pitnou vodou nebo potravinami, zejména pak vepřovým masem a zvěřinou. Kromě dlouhodobě známého přenosu fekálně-orálního byl popsán i přenos zoonotický a krevními transfúzemi. Může mít velmi těžký průběh v těhotenství a u osob s těžkým chronickým jaterním onemocněním a vést až k akutnímu selhání jater. Onemocnění může být zcela asymptomatické nebo mohou být přítomny i mimojaterní symptomy. U imunosuprimovaných osob může přejít do chronicity. Hev není již pouze onemocnění rozvojových zemí. Každoročně máme vzrůstající počet nákaz získaných i v tuzemsku. Kazuistika.

KOLONOSKOPIE V PREVENCI A LÉČBĚ KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Abstrakt není k dispozici

CO PREVENCE A MY?

Abstrakt není k dispozici

TERAPEUTICKÁ ENDOSKOPICKÁ ULTRASONOGRAFIE V PRAXI

Abstrakt není k dispozici

DVACET PĚT LET V DIGESTIVNÍ ENDOSKOPII

Abstrakt není k dispozici

URGENTNÍ VÝKONY NA HORNÍ ČÁSTI TRÁVICÍHO TRAKTU

Abstrakt není k dispozici

VZÁCNÉ CHOROBY: VYBRANÉ VZÁCNÉ CHOROBY - KLINICKÁ DOPORUČENÍ

AKUTNÍ PORFYRIE - DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Abstrakt není k dispozici

GASTROINTESTINÁLNÍ PROJEVY LYSOSOMÁLNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Abstrakt není k dispozici

FAMILIÁRNÍ ADENOMATÓZNÍ POLYPÓZA

Abstrakt není k dispozici

PEUTZŮV-JEGHERSŮV SYNDROM

Ilja Tachecí¹, Marcela Kopáčová¹,

¹ 2. interní gastroenterologická klinika, LF UK a FN, Hradec Králové

Peutzův-Jeghersův syndrom je vzácné, vrozené, autozomálně dominantně dědičné onemocnění, charakterizované gastrointestinální hamartogenní polypózou s predilekčním postižením tenkého střeva. Odhadovaná prevalence onemocnění se pohybuje okolo 1 : 8000 – 1 : 200 000 živě narozených dětí, muži i ženy jsou postiženy stejně často. U 50 – 80 % rodin lze identifikovat mutaci genu STK11. Polypy se mohou dále vyskytovat v jícnu, žaludku (zde často kombinované s fundic gland polypy) a tračníku (hamartomy se mohou vyskytovat současně s adenomy). Dalším charakteristickým rysem onemocnění jsou mukokutánní pigmentace rtů, obličejové a dutiny ústní vyskytující se od narození nebo dětství. Diagnostika je založena na splnění klinických kritérií (viz níže) a/nebo na průkazu zárodečné mutace genu STK 11. Klinická kritéria onemocnění zahrnují: a/ ≥ 2 histologicky potvrzené hamartomy (polypy Peutz Jeghersova typu), b/ jakýkoliv počet hamartomů a typické pigmentace či pozitivní rodinná anamnéza, c/ pozitivní rodinná anamnéza a pigmentace. Polypy tenkého střeva se v dospělosti komplikují nejčastěji krvácením (okultním a/nebo sideropenickou anémií), nebo invaginací. V minulosti byla právě invaginace nejčastější příčinou opakovaných resekčních výkonů na tenkém střevě, které vedly k dalším závažným komplikacím (syndrom krátkého střeva, srůsty). Další významnou komplikací syndromu představují malignity. Peutzův Jeghersův syndrom je spojen se zvýšeným rizikem gastrointestinálních i extraintestinálních nádorů, celoživotní riziko maligního nádoru se u těchto nemocných pohybuje okolo 37 – 93 %. Průměrný věk vzniku malignity je 42 let. Nejčastěji se u těchto nemocných setkáváme s kolorektálním karcinomem, karcinomem prsu, žaludku, tenkého střeva a slinivky břišní. Vzhledem k pokrokům v enteroskopických vyšetřovacích metodách lze dnes nemocným nabídnout efektivní dispenzarizaci postižení tenkého střeva s preventivním odstraňováním rizikových hamartomů (tzv. signifikantních lézí > 15 mm) a metody zaměřené na časnou diagnostiku premaligních a časných maligních lézí. Klasická enteroklýza je pro diagnostiku postižení tenkého střeva (vzhledem ke kumulativní radiační zátěži a relativně nízké senzitivitě) spíše nevhodná. MRI enterografie a kapslová enteroskopie mají dle limitovaných literárních údajů srovnatelnou senzitivitu především pro polypy > 10 - 15 mm a vyšší senzitivitu pro polypy menší. MRI enterografie je dále schopna přesněji určit velikost a lokalizaci polypů. Zařazení kapslové enteroskopie do dispenzárního programu pak pomáhá nejen optimálnímu načasování enteroskopie (intraoperační či hluboké), určení způsobu provedení hluboké enteroskopie (orální nebo anální přístup), ale také volbě optimálního způsobu resekce signifikantních polypů (endoskopicky či chirurgicky). Součástí sledování nemocných s Peutzovým Jeghersovým syndromem musí být také opakované gastroskopie a koloskopie, dále je doporučováno provádění kontrolních UZ vyšetření břicha, RTG plic, klinické vyšetření varlat, štítné žlázy, gynekologická a mamologická vyšetření.

GASTRICKÝ ADENOKARCINOM PŘI PROXIMÁLNÍ POLYPÓZE ŽALUDKU (GAPPS)

Abstrakt není k dispozici

SATELITNÍ SYMPOZIUM - JANSSEN - CILAG S.R.O.

USTEKINUMAB - NOVÁ BIOLOGICKÁ LÉČBA ULCERÓZNÍ KOLITIDY

Abstrakt není k dispozici

ZKUŠENOSTI S USTEKINUMABEM U PACIENTŮ S CROHNOVOU NEMOCÍ

Abstrakt není k dispozici

KOŽNÍ PROBLEMATIKA U PACIENTŮ S IBD – EXTRAINTESTINÁLNÍ PŘÍZNAKY VS. NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY LÉČBY

Abstrakt není k dispozici

HANDS ON TRAINING - OLYMPUS

Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP ve spolupráci se společností Olympus CzechGroup si Vás dovoluji pozvat k návštěvě Hands-on Trainings, které budou součástí odborných aktivit v rámci 36. českého a slovenského gastroenterologického kongresu v Praze.

Hands-on Trainings nabídnou lékařům i endoskopickým sestrám možnost otestovat si své dovednosti vybraných endoskopických a endoterapeutických metod, a současně konzultovat své dotazy k nim s experty a lektory na místě v době tréninku

Odborný garant Hands-on Trainings:

doc. MUDr. Tomáš Hucl, Ph.D. člen Výboru Endoskopické sekce ČGS ČLS JEP Klinika hepatogastroenterologie IKEM Praha

Nabízené metody:

1. Polypektomie a EMR 2. Hemostáza 3. ERCP 4. EUS / FNA 5. Dilatace

Hands-on Trainings budou probíhat v sále Aquarius hotelu Clarion ve středu, 27. 11. 2019 a ve čtvrtek, 28. 11. 2019. Informace k volným místům získáte na recepci Hands-on Trainings.

PŘEDNÁŠKA NA TÉMA ULTRASONOGRAFIE BŘICHA

Abstrakt není k dispozici

PŘEDNÁŠKA NA TÉMA SHW V DIAGNOSTICE FIBRÓZY JATER

Abstrakt není k dispozici

HANDS-ON: 2 STANOVIŠTĚ S NAŠIMI UZ PŘÍSTROJI - PRAKTICKÉ ULTRASONOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ DUTINY BŘÍŠNÍ A SHW ELASTOGRAFIE JATER.

Abstrakt není k dispozici

HANDS ON TRAINING - PROMEDICA

Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP ve spolupráci se společností Olympus CzechGroup si Vás dovoluji pozvat k návštěvě Hands-on Trainings, které budou součástí odborných aktivit v rámci 36. českého a slovenského gastroenterologického kongresu v Praze.

Hands-on Trainings nabídnou lékařům i endoskopickým sestrám možnost otestovat si své dovednosti vybraných endoskopických a endoterapeutických metod, a současně konzultovat své dotazy k nim s experty a lektory na místě v době tréninku.

Odborný garant Hands-on Trainings:

doc. MUDr. Tomáš Hucl, Ph.D. člen Výboru Endoskopické sekce ČGS ČLS JEP
klinika hepatogastroenterologie IKEM Praha

Nabízené metody:

1. Polypektomie a EMR 2. Hemostáza 3. ERCP 4. EUS / FNA 5. Dilatace

Hands-on Trainings budou probíhat v sále Aquarius hotelu Clarion ve středu, 27. 11. 2019 a ve čtvrtek, 28. 11. 2019. Informace k volným místům získáte na recepci Hands-on Trainings.

POSTEROVÁ SEKCE

DISTAL CHOLANGIOCARCINOMA. SINGLE CENTER ANALYSIS OF OVERALL SURVIVAL AND CLINICALLY RELEVANT FACTORS IN CURATIVELY RESECTED PATIENTS.

Pavel Skalický¹, Ondřej Urban², Jiří Ehrmann³, Hana Švébišová⁴, Jana Jeřábková¹, Dušan Klos¹, Beatrice Mohelnikova-Duchonova⁵, Martin Loveček¹,

¹ Department of Surgery I, Faculty of Medicine and Dentistry, Palacky University Olomouc, University Hospital Olomouc, Czech Republic

² Department of Internal Medicine II – Gastroenterology and Geriatrics, Faculty of Medicine and Dentistry, Palacky University Olomouc, University Hospital Olomouc, Czech Republic

³ Department of Clinical and Molecular Pathology, Faculty of Medicine and Dentistry, Palacky University Olomouc, University Hospital Olomouc, Czech Republic

⁴ Department of Oncology, Faculty of Medicine and Dentistry, Palacky University, University Hospital Olomouc, Czech Republic

⁵ Institute of Molecular and Translational Medicine, Faculty of Medicine and Dentistry, Palacky University Olomouc, Czech Republic

Background: Distal cholangiocarcinoma (DCC) is a malignant disease which arises from the bile duct epithelium located in the distal part between the confluence of the cystic duct and above the Ampulla of Vater and represents about 20-30 % of all cholangiocarcinomas. The only potentially curative treatment modality is curatively intended surgery – pancreaticoduodenectomy (PD) with removal of the distal part of bile duct and lymphadenectomy. Most published data analyse inhomogeneous patient groups according to the primary location of biliary tract carcinoma and type of surgical treatment. The aim of study was to calculate short-term and long-term outcomes of curative-intent surgery in distal cholangiocarcinoma patients to identify potential prognostic factors. Material and methods: A retrospective cohort study of 32 consecutive DCC patients treated with pancreaticoduodenectomy between 2009 – 2017. Clinicopathological and histopathological data were evaluated for prognostic factors using univariable Cox regression analysis. Overall Survival (OS) was estimated using the Kaplan- Meier analysis. Results: The study comprised of 26 (81.3%) men, age of the patients was between 36 and 76 years, with a mean of 65.8 (SD 9.0) years at the time of surgery. R0 resection was achieved in 25 (86.2%) patients. 19 patients (65.5%) received adjuvant oncological therapy. Overall survival rates at 1, 3, and 5 years were 62.5 %, 37.5 % and 21.9 %, respectively. The 90-day mortality was 9.4 %, accounting for a quarter of the first-year mortality rate. Median OS was 28.5 months. The only statistically significant prognostic factor was vascular resection which was associated with worse OS in the univariable analysis (HR: 3.644; 95%-CI: 1.179-11.216, p = 0.025). Age less than 65 years, ASA grade I/II, hospital stay less than 15 days, absence of postoperative pancreatic fistula, R0 resection, three or less positive lymph nodes, lymph node ratio less than 0.2 and adjuvant oncological therapy tended to be associated with better OS but without statistically significant relevance. According to the Clavien-Dindo classification of grade 0, I, II, IIIa, IIIb, IVb have 7 (21.9 %), 1 (3.1%), 14 (43.8%), 1 (3.1%), 4 (12.5%), and 2 (6.3%) patients, respectively. Conclusion: The main factor directly influencing the survival of DCC patients are surgical complications. Surgical mortality comprises a significant group of patients, who die in the first year following pancreaticoduodenectomy. Vascular resection is the most important negative prognostic factor for long-term survival.

BALÓNKOVÁ SFINKTEROPLASTIKA, RETROSPEKTIVNÍ ANALÝZA VLASTNÍHO SOUBORU PACIENTŮ Z POHLEDU INDIKACÍ A KOMPLIKACÍ

Jaroslav Maceček¹, Bedřich Staňka¹,

¹ Gastroenterologické oddělení, Nemocnice Prostějov, Středomoravská nemocniční a.s., člen skupiny Agel, Mathonova 291/1, Prostějov

Úvod: Balónková sfinkteroplastika je relativně novou terapeutickou modalitou při ERCP. Po provedení klasické sfinkterotomie následuje dilatace ústí ductus choledochus dilatačním balónkem, čímž lze získat poměrně široký přístup do žlučových cest s možností extrakce choledochu či hepatikolithiasy nebo provedení lithotrypse s následnou extrakcí fragmentů. Lze ji provádět v jedné době bezprostředně po sfinkterotomii nebo po předchozí sfinkterotomii. Pokud je sfinkteroplastika prováděna odloženě, je nutné zajistit nejdříve drenáž žlučových cest. Dilatace Vaterovy papily bez předchozí sfinkterotomie není standardně v evropských zemích vzhledem ke komplikacím doporučována, respektive je indikována jen vzácně, například při koagulopatii s nemožností provedení bezpečné sfinkterotomie. Metodika: Balónkovou sfinkteroplastiku jsme začali na pracovišti provádět v roce 2018. V období od února 2018 do září 2019 bylo provedeno 21 balónkových sfinkteroplastik z celkového počtu 326 biliárních sfinkterotomií a 561 provedených ERCP. Jednalo se o 13 mužů a 8 žen ve věku od 21 až 89 let. Indikací pro provedení balónkové sfinkteroplastiky byla většinou obtížná choledocholithiasa (s cholangitidou nebo bez ní), nepoměr mezi velikostí konkrementu a průměrem žlučových cest nebo nerovný průběh žlučových cest. Jednou byla použita při extrakci vcestovalého duodenobiliárního stentu. V 17 případech byla použita následně po předchozí sfinkterotomii a ve 4 případech ihned po provedení sfinkterotomie. Dle platných doporučení byla dilatace provedena na průměr d. choledochus. Výsledky: Ve 20 případech byla po provedení sfinkteroplastiky úspěšně extrahována lithiasa, kterou nebylo možno při předchozím ERCP vyřešit. K extrakci choledocholithiasy po sfinkteroplastice byl použit extrakční balón, pouze ve dvou případech bylo nutno provést mechanickou lithotrypsi košíkem. V jednom případě sfinkteroplastika sloužila k usnadnění extrakce vcestovalého plastického stentu, který byl následně Dormia košíkem extrahován. Žádný s pacientů neměl periprocedurální ani postprocedurální komplikace. Nezaznamenali jsme žádnou perforaci, krvácení či postERCP pankreatitidu a dokonce ani elevaci amylázy. U dvou pacientů jsme zaznamenali asymptomatickou elevaci amylázy, ale v obou případech sfinkteroplastice předcházela pokus o balónkovou extrakci konkrementů. Závěry: Balónková sfinkteroplastika výrazně urychluje provedení ERCP s extrakcí zejména obtížné choledocholithiasy s minimem komplikací a je ve většině případů schopna nahradit mechanickou lithotrypsi komplikované lithiasy. Další indikací je její použití v případě nepoměru mezi velikostí konkrementu a šíří extrahepatálních žlučových cest a u nerovného průběhu žlučových cest. Sporadicky se dá využít při usnadnění extrakce vcestovalého plastového stentu. Je výhodná zejména na pracovištích, které nedisponují cholangioskopií a EHL či laserovou lithotrypsemi. Její použití eliminuje opakované intervence na V. papile a dle našich zkušeností dochází k eliminaci postERCP pankreatitidy a dokonce i asymptomatické elevace amylázy. Limitací je samozřejmě velikost našeho souboru a retrospektivní sledování.

DETECTION OF PARASITIC INFECTIONS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN PEDIATRIC PATIENTS

Veronika Bednárová ¹, Katarína Petříková ¹, Mariia Logoida ¹, Stella Majlingová ², Ingrid Papajová ³, Peter Juriš ¹,

¹ -Ústav Epidemiológie, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Košice, SK

² -Detská fakultná nemocnica v Košiciach, Košice, SK

³ -Parazitologický ústav SAV, Košice, SK

Introduction Endoparasitic infections of human gastrointestinal tract are currently one of the most pressing problems of health care systems in both developing and developed countries of the world. According to the World Health Organization, more than 1.2 billion people is infected with *Ascaris lumbricoides* and more than 795 million is infected with *Trichuris trichuria*. In hospitalized patients parasitic infections represent opportunistic infections, which can be manifested by anemia, diarrhea, abdominal pain, nausea, fever and gastroenteritis. Child patients and immunocompromised patients represent the groups that are most susceptible and which can manifest serious chronic diarrhea associated with malabsorption, anemia and interruption of primary treatment. The aim of this study is to determine the incidence of endoparasitic infections in children. Material and methods Study was carried out in faculty hospital for children in Košice (DFN Košice). Child patients visited the gastroenterological ambulance of DFN Košice or were hospitalized in gastroenterological department of DFN Košice. In total 150 patients (83 boys and 67 girls) were coprologically examined. Child patient were from 0 to 19 years old. To analyze endoparasitic infections we divided the patients into 5 age groups. First group consisted of children up to 2 years old (n=3), second of children from 3 to 5 years old (n=43), third of children from 6 to 10 years old (n=47), fourth of children from 11 to 15 years old (n=35) and the last one consisted of teens age 16 and above (n=22). Samples of stool (approximately 10-15g of stool) were collected by parents or hospital personnel from all the child patients included in the study. Only properly labeled samples were included in the study. We use commercial sedimentation kit (ParaPrep L, Mondial, France) to separate the eggs of parasites in the collected samples, afterwards we microscopically examined the samples using LED microscope Leica DM 5000b (LeicaMicrosystems, Wetzlar, Germany). Results Presence of eggs of the parasites was detected in 12 children which represents 8.0% positivity. Most commonly detected parasite in the samples was *Ascaris lumbricoides*, whose presence was detected in 8 samples (5,3%). It was detected in 5 samples from boys and in 3 from the girls. It was followed by *Trichuris trichuria*, which was detected in 3 samples (2,0%). *T. trichuria* was detected in 2 samples from boys and 1 from a girl. Eggs of *Taenia* spp. were detected only in one sample from 7 year old girl. Presence of parasite eggs was most often detected in 2nd age group (children 3 to 5 years old) with 9 positive stool samples. In 3rd age group (Children 6 to 10 years old) 2 positive stool samples were detected. There were no positive samples in the remaining groups. Conclusion Our study shows low prevalence of parasitic infections in the examined children. Highest prevalence of endoparasitic infections was detected in 2nd age group (children 3 to 5 years old). The most commonly detected gastrointestinal parasite was *A. lumbricoides* followed by *T. trichuria*. One of the reasons for low occurrence of parasitic infections can be the constant medical supervision and unlimited access to appropriate therapy of not only the primary affection but also of the associated infections in hospitalized patients. Acknowledgement This work was supported by VEGA 1/0084/18.

DIAGNOSTIKA AKUTNÍ PORFYRICKÉ NEMOCI

Libor Vítek¹,

¹ 4. interní klinika a Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN v Praze

Úvod: Porfyrie jsou relativně vzácné metabolické choroby způsobené vrozeným enzymatickým defektem nebo získanou poruchou syntézy hemu. Důsledkem enzymatického defektu je zvýšená tvorba porfyrinů, porfyrinogenů či jejich prekurzorů vedoucí k jejich hromadění ve tkáních, případně ke zvýšenému vylučování do moči a stolice. Defekt může být na jakémkoli stupni syntézy hemu a v závislosti na konkrétním postižení se porfyrie mohou manifestovat různými klinickými symptomy (kožními, břišními, jaterními, neurologickými, psychiatrickými, kardiovaskulárními aj. Základní dělení porfyrií dle klinického průběhu je na akutní a chronické. Mezi klinicky významné akutní porfyrie patří v České republice: akutní intermitentní porfyrie (AIP), variantní porfyrie (VP) a hereditární koproporfyrie (HCP). Všechny mají autozomálně dominantní dědičnost a podobný průběh s akutními atakami. Prevalence akutních porfyrií je cca 5–10 : 100 000 obyvatel, častěji jsou postiženy ženy. Laboratorní diagnostika: Metody základní: 1. Stanovení porfobilinogenu (PBG) a kyseliny delta aminolevulové (ALA) ve vzorku čerstvé ranní moči. PBG i ALA jsou markery ataky akutní porfyrie; PBG lze vyšetřovat orientačně Hoechsovým testem již na klinickém pracovišti. Oba analyty jsou citlivé na světlo, teplo, dobu skladování a výkyvy pH (stabilní v temnu při pokojové teplotě po dobu 8 hodin). Referenční rozmezí: PBG < 0,25 mg/dL, ALA < 0,45 mg/dL. 2. Stanovení celkových porfyrinů v moči sbírané 24 hod a ve vzorku stolice. Odpad celkových porfyrinů močí je markerem akutní i chronické porfyrické choroby i sekundární koproporfynurie. Porfyriny jsou opět citlivé na teplo a světlo, moč je třeba sbírat do nádoby obalené alobalem a uchovávat v chladu. Referenční rozmezí – celkové porfyriny v moči < 200 µg/24 hod, ve stolici < 200 ng/g sušiny. Metody speciální: 1. Stanovení emisního maxima plazmatických porfyrinů. 2. HPLC frakcionace porfyrinů v moči a ve stolici. Vyšetření se provádí v 10 ml sbírané moči/5 g stolice, biologický materiál je možné skladovat do 1 měsíce při –20° C. Závěr: Porfyrická nemoc je podceňovaným onemocněním s velmi nízkým povědomím u lékařské veřejnosti. Klíčem ke stanovení správné diagnózy akutní porfyrie není symptomatologie, ale PODEZŘENÍ na porfyrickou nemoc. V České republice je k dispozici kompletní biochemická i molekulární diagnostika. K dispozici je účinná a prakticky okamžitá léčba.

THE EFFECTS OF ANTIBIOTIC ADMINISTRATION TO SPF BALB/C MICE ON THE ORAL CAVITY MICROBIOME

Andrea Stašková², Soňa Gancarčíková¹, Stanislav Lauko¹, Andrej Jenča², Vanda Hajdučková¹, Jana Kačírová¹, Marián Maďar¹,

¹ Ústav mikrobiológie a gnotobiológie, Univerzita veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach, Komenského 73, 041 81 Košice, Slovenská republika

² Klinika stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie, Bačíkova 7, 040 01 Košice, Slovenská republika

ÚVOD Prvé štúdie, ktoré sa venovali dekontaminácii tráviaceho traktu použitím ATB sledovali úspešnosť takejto dekontaminácie na elimináciu mikroorganizmov z tráviaceho traktu zvierat. Získané výsledky prvotných štúdií dokázali, že dekontaminácia myši, opíc, psov a sýrskeho škrečka s perorálnymi antibiotikami je uskutočniteľná a úspešná. Tieto štúdie však nesledovali účinok ATB na zdravotný stav zvierat. V humánnej medicíne sa dekontaminácia tráviaceho traktu začala používať v súvislosti s prevenciou voči infekcii pri transplantáciách kostnej drene (Funada a kol., 1983), chirurgii pečene (Slooff a kol., 1990), prevencii septikémie u pacientov s granulopéniou (Ramounapigot a kol., 1991), a akútnej pankreatitíde (Luiten a kol., 1999). Neskôr pri akútnej mozgovej príhode (Gosney a kol., 2006), pri kriticky chorých pacientoch (Silvestri a kol., 2007), a ako prevencia akútnej reakcie štepu proti hostiteľovi po alogénnej transplantácii kostnej drene (Vossen a kol., 2014). Sterilizácia intestinálneho aparátu prostredníctvom podávania antibiotík per os uľahčuje štúdium fyziológie nutrične významných vzťahov medzi črevnou mikrobiotou a hostiteľským organizmom. Dočasná sterilizácia čreva môže viesť k absolútnej alebo selektívnej eliminácii mikrobioty. V štúdiu sme chceli vyvinúť neinvazívnu, finančne nenáročnú a relatívne jednoduchú metódu pre dekontamináciu tráviaceho traktu a udržanie kontrolovanej mikrobioty čreva týchto zvierat pre ďalšie postupy. Cieľom predkladanej štúdie bol vplyv selektívnej dekontaminácie antibiotikami na mikrobiotu dutiny ústnej konvenčných myši línie BALB/c. **MATERIÁL A METODIKA** Konvenčné SPF myši (30 ks) samičieho pohlavia, línie BALB/c boli získané z chovu Velaz s.r.o. (Praha) a letecky prepravené v špeciálnych transportných nádobách do akreditovaného zariadenia Laboratória gnotobiológie, Ústavu mikrobiológie a gnotobiológie, UVLF Košice (SK U 16016). Metodika in vivo postupu s číslom protokolu 4073/18-221/3 bola schválená ŠVPS SR a odsúhlasená Etickou komisiou UVLF Košice. Po dôkladnej povrchovej dezinfekcii nádob, tieto boli vložené do gnotobiotických izolátorov zhotovených z PVC fólie typu THF 3271IE 101/97 a typu CBC (CBC, Ltd, Madison, Wisconsin). Po ukončení karantény boli zvieratá rozdelené na pokusnú skupinu DK (15 ks) a kontrolnú skupinu K (15 ks), ktorým sa podľa predloženej aplikačnej schémy (Tabuľka 1) aplikovali selektívne antibiotiká (amoxicilín, ciprofloxacín). Laboratórne zvieratá boli kŕmené ad libitum kompletnou kŕmnou zmesou pre myši v bariérových chovoch ST-1 a mali nepretržitý prístup k vode v sklenených fľašiach. Tabuľka 1: Aplikačná schéma dekontaminácie antibiotikami V rámci odberov na mikrobiologické vyšetrenie boli gnotobiotické myši v počte 5 ks/odber z oboch skupín humánne usmrtené prípravkom na eutanáziu sodium pentobarbital v dávke (86 mg/kg ž.hm.), s následnou cervikálnou dislokáciou, a to na 1. a 5. deň po dekontaminácii ATB, a na 15. deň postupu. Pre účely mikrobiologickej analýzy boli extrahované zuby vložené do tekutého kultivačného média BHI (Brain Heart Infusion) na 24 hodinovú kultiváciu pri 37°C. Po kultivácii v tekutom BHI médiu boli vzorky inokulované na TSA agar s 5% defibrovanou baranou krvou a MRS agar, nasledovala kultivácia v termostate za aeróbnych a anaeróbnych podmienok pri teplote 37 °C po dobu 24 hodín pri aeróbnej a 48 hodín pri anaeróbnej kultivácii. Zo získaných solitárnych kolónií sme izolovali DNA použitím DNAzol® Direct podľa pokynov výrobcu. Nasledovala PCR reakcia na amplifikáciu 16S rRNA ribozómu. PCR produkty boli separované elektroforézou pri napätí 120 V po dobu 60 min. v 0,7 % agarózovom géli pufovanom TAE pufovom pH 7,8. Produkty PCR reakcie boli z gélu purifikované pomocou NucleoSpin® Gel a PCR Clean-Up Kit (Mancherey-Nagel [MN], Düren, Nemecko) podľa inštrukcií výrobcu. Pripravená DNA bola zaslaná na sekvenovanie (E.coli s.r.o., Bratislava, Slovensko). Získané sekvencie boli porovnané so sekvenciami v databáze GenBank pomocou BLAST-n analýzy. **VÝSLEDKY A DISKUSIA** Tráviaci trakt SPF myši línie BALB/c sme dekontaminovali selektívnymi ATB podľa našej predchádzajúcej štúdie Gancarčíková a kol. (2018) tak, aby nebol zdravotný stav takto získaných zvierat alterovaný. Na dekontamináciu myši sme použili perorálne aplikovaný amoxicilín potencovaný klavulanátom draselným v dávke 387,11 mg/kg v prípravku Amoksiklav (Sandoz, Slovensko) a subkutánne aplikovaný ciprofloxacín v dávke 19,60 mg/kg v prípravku Ciloxan (Alcon, Španielsko), pričom sme zvieratá odchovali v presne definovanom prostredí gnotobiotických izolátorov. Aplikované dávky boli výrazne nižšie ako hodnoty letálnych dávok (LD50) zvolených ATB pre myši. Pre amoxicilín potencovaný kyselinou klavulanovou je u myši hodnota LD50 4 526 mg/kg a pre ciprofloxacín 5 000 mg/kg. To znamená, že sme v našom postupe použili 11,7 x nižšiu dávku amoxicilínu a 265 x nižšiu dávku ciprofloxacínu ako je ich LD50. V prípade ciprofloxacínu sme sa rozhodli pre takto nízku dávku z dôvodu subkutánnej aplikácie a jeho popisovanej vysokej nefrotoxicity, ktorá sa však pri nami zvolenej koncentrácii výrazne neprejavila. Najvýraznejší pokles v kultivácii mikroorganizmov zo vzoriek zubov u skupiny DK zaznamenávame už po 24. hodinách od začiatku aplikácie antibiotík, čo koreluje s poklesom počtov mikroorganizmov v céku týchto zvierat, a to o 4 log pri aeróbnej kultivácii a o 3-4 log pri anaeróbnej kultivácii. Po 10-dňovej rekonvalescencii sme kultivačne zo vzoriek extrahovaných zubov a céka získali 2 kolónie, a z nich sme pri analýze úseku DNA prvého izolátu zo skupiny DK, zodpovedajúcemu 16S rRNA prostredníctvom BLAST-n analýzy zistili najväčšiu zhodu s druhom *Escherichia coli* (GenBank: CP025910.1). Druhý izolát skupiny DK dosiahol po BLAST-n analýze zhodu s druhom *Enterococcus* sp. Puhl a kol. (2012) identifikovali po 21-dňovej aplikácii ATB a 14-dňovej rekonvalescencii prostredníctvom sekvenácie limitovaný počet klostriidií podobných baktérií a *Bacteroides* species. V štúdiu Ubedu a kol. (2010) bolo pozorované zvýšenie koncentrácie baktérií po 7-dňovej aplikácii ampicilínu, vankomycínu alebo kombinácie metronidazolu, neomycínu a vankomycínu (MNV) a následnom 2-týždňovom vysadení týchto antibiotík. Mikrobiota zvierat bola po tomto zásahu zmenená so zníženými počtami baktérií patriacich do kmeňa *Bacteroidetes* a čeľade *Lactobacillaceae*, a zvýšenými počtami baktérií patriacich do rodov *Clostridium* a *Enterococcus* a čeľade *Enterobacteriaceae*. Podobne ako v štúdiu Ubedu a kol. (2010), aj v našej štúdiu sme zaznamenali vyššiu koncentráciu mikroorganizmov ako v céku, tak aj v dutine ústnej po ukončení podávania antibiotík. **ZÁVERY** Selektívna dekontaminácia antibiotikami mala za následok zníženie životaschopnosť mikroorganizmov v céku a dutine ústnej, sprevádzaná zníženým počtom kultivovateľných mikroorganizmov na dva kultivovateľné druhy, a to *Escherichia coli* a *Enterococcus* sp. Rekonvalescencia dekontaminovaných zvierat v gnotobiotických podmienkach po dobu desiatich dní zabránila obnove druhej pestrosti mikrobioty myši. Takto získané gnotozvieratá je možné použiť v ďalších štúdiách, pričom sme získali model s redukovanou a kontrolovanou mikrobiotou. **POĎAKOVANIE** Táto publikácia bola vytvorená realizáciou projektu APVV-16-0176.

SOLIDNÍ PSEUDOPAPILÁRNÍ TUMOR PANKREATU

Jana Jeřábková ¹, Martin Loveček ², Čestmír Neoral ¹, Katherine Vomáčková ², Linda Bébarová ¹, Pavel Skalický ²,

¹ I.chirurgická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

² I.chirurgická klinika LF Univerzity Palackého, Olomouc

Úvod: Solidní pseudopapilární neoplazie (SPN) patří mezi vzácné onemocnění, které se v 90% vyskytuje u dívek a mladých žen, věkové rozmezí je mezi 7. - 79. -tým rokem života. Poprvé tento tumor popsala roku 1959 Virginia Frantz jako papilární cystický tumor pankreatu. Materiál a metody: Cílem této retrospektivní studie bylo analyzovat výskyt SPN u všech pacientů operovaných na I.chirurgické klinice FN Olomouc pro tumor pankreatu v období 2006-2015. Studie byla zaměřena na hodnocení klinických příznaků, lokalizaci a velikost tumoru, využití zobrazovací metody, tumor markery, histologický nález, pooperační komplikace a disease - free interval. Výsledky: Z 454 pacientů operovaných za období 2006-2015 byla zjištěna diagnóza SPN u 5 pacientek. V rámci předoperační diagnostiky byly využity zobrazovací metody - CT, MRI, PET/CT, endosonografie. Čtyři pacientky podstoupily levostrannou resekci pankreatu. U jedné byla provedena pravostranná pylorus šetřící duodenohepatektomie. Komplikace byla pouze u jedné pacientky, která byla první pooperační den revidována pro krvácení z resekční plochy pankreatu. U žádné z pacientek nebyla prokázána pankreatická píštěl. Vzhledem k radikálnímu výkonu byl operační výkon z onkologického hlediska považován za dostatečný, a proto u žádné pacientky nebyla indikována adjuvantní onkologická terapie. Závěr: SPN je vzácné onemocnění s nízkým maligním potenciálem vyskytující se zejména u mladých žen. SPN je onemocnění obecně s dobrou prognózou, výjimečně se ale můžeme setkat s pokročilým stádiem onemocnění a výskytem vzdálených metastáz. Za kurativní metodu se považuje radikální chirurgický resekční výkon.

ANIMAL GNOMODEL TO STUDY OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Stanislav Lauko ¹, Soňa Gancarčíková ¹, Gabriela Hrčková ², Vanda Hajdučková ¹, Jana Kačírová ¹,

¹ Ústav mikrobiológie a gnotobiológie, Univerzita veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach, Komenského 73, 041 81 Košice, Slovenská republika

² Parazitologický ústav Slovenskej akadémie vied, Hlinkova 3, 040 01 Košice, Slovenská republika

ÚVOD Idiopatické zápalové črevné ochorenia (inflammatory bowel disease, IBD) označujú skupinu chronických zápalových chorôb tráviaceho traktu so striedajúcimi sa obdobiami relapsu a remisie. Ulcerózna kolitída predstavuje jednu z dvoch hlavných manifestácií IBD. Vysoká morbidita s potenciálnou invalidizáciou a skrátením života pacienta sú dôvodom hľadania nových možností prevencie, racionálnej diagnostiky a liečby IBD. Črevnú mikrobiotu považujeme za dôležitého partnera ľudského organizmu interagujúcu s prakticky všetkými ľudskými orgánovými systémami. Jej kvalitatívne a kvantitatívne skúmanie vo vzťahu ku zdraviu, vzniku akútnych a chronických ochorení dominuje medicínskemu výskumu. Optimálne zloženie zdravej črevnej mikrobioty je pre každého jednotlivca odlišné. Narušenie tohto krehkého ekosystému medzi hostiteľom a mikrobiotou môže narušiť vývoj imunitného systému, čo môže následne viesť k rozvoju chorobných stavov. Úloha črevnej mikrobioty je stále nedostatočne pochopená, avšak nad všetku pochybnosť bola preukázaná úzka súvislosť medzi dysbiózou črevnej mikrobioty a vznikom IBD. Experimentálne navodenie modelu IBD na gnotobiotických zvieratách umožňuje systematickú manipuláciu s premennými faktormi na overenie alebo vyvrátenie predpokladaných hypotéz. Cieľom našej štúdie bolo získanie animálneho gnotomodelu ulceróznej kolitídy po chemickej indukcií prostredníctvom DSS (dextran sulfátu sodného). MATERIÁL A METODIKA Experiment na animálnych modeloch v in vivo podmienkach s číslom protokolu 4073/18-221/3 bol schválený ŠVPS SR a odsúhlasený Etickou komisiou UVLF Košice. V postupe boli použité SPF myši samičieho pohlavia, línie BALB/c z chovu Velaz s.r.o. (Praha) v počte 126 ks. Myši boli dopravené letecky v špeciálnych transportných nádobách do akreditovaného zariadenia Laboratória gnotobiológie, Ústavu mikrobiológie a gnotobiológie, UVLF Košice (SK U 16016). Po dôkladnej povrchovej dezinfekcii nádob kyselinou peroctovou boli vložené do gnotobiotického izolátora typu THF 3271IE 101/97 a typu CBC (CBC, Ltd, Madison, Wisconsin), rozdelené do 3 pokusných skupín AM1, AM3, AM5 (111ks) a jednej kontrolnej skupiny K (15ks). SPF zvieratám sa v I. fáze postupu aplikovali na dekontamináciu selektívne antibiotiká (amoxicilín, ciprofloxacín), a v II. fáze sa chemicky indukovala ulcerózna kolitída prostredníctvom DSS (dextran sulfátu sodného) podľa nasledovnej aplikačnej schémy: Zdravotný stav zvierat a konzistencia trusu sa denne sledovali a zaznamenávali. Vzorky trusu boli v I. fáze postupu odoberané pred aplikáciou ATB, a na 1., 2., 5. a 15. deň po dekontaminácii. V II. fáze postupu boli vzorky trusu odoberané na 0. deň pred chemickou indukciou ulceróznej kolitídy, a na 1., 3., a 5. deň po indukcií UC. Zvieratá boli v čase aplikácie DSS denne vážené a straty na hmotnosti boli do záznamov udávané v %. V rámci odberov na mikrobiologické, biochemické a histologické parametre boli gnotobiotické myši z jednotlivých skupín humane usmrtené prípravkom na eutanáziu sodium pentobarbital v dávke (86 mg/kg ž.hm.), s následnou cervikálnou dislokáciou na 0., 5., 15. a 20. deň postupu. Výšku klkov, obvod klkov a reznú plochu klkov z duodena, mediálnej časti jejuna a ilea sme stanovili za pomoci obrazového počítačového systému Image C (Imtronic GmbH, Berlin, Germany) a analytického programu IMES s farebnou video kamerou (Sony 3, CCD, Tokyo, Japan) a svetelným mikroskopom (Axiolab, Carl Zeiss Jena, Germany). Pre štatistické hodnotenie sme použili program GraphPad 3.0. VÝSLEDKY V II. etape postupu bola sledovaná patogenéza ulceróznej kolitídy pri rôznych koncentráciách jej chemickej indukcie prostredníctvom DSS. Klinické hodnotenie zápalu zahŕňalo denné sledovanie telesnej hmotnosti a celkového zdravotného stavu. V predloženej štúdii sme zaznamenali u skupiny zvierat s 5% aplikáciou DSS (AM5), najnižšiu celkovú hmotnosť na 5. deň po indukcií UC, s významne nižšou hmotnosťou ($p \leq 0,01$) na 4. deň, v porovnaní s 2. dňom aplikácie DSS. V sledovanej skupine (AM5) boli potvrdené aj najvyššie straty celkovej hmotnosti, pohybujúce sa v rozsahu 5-14%. Zápalové skóre resp. stupeň zápalu bol charakterizovaný sledovaním skóre konzistencie trusu, rektálneho krvácania a straty celkovej hmotnosti. Zápalové skóre sa u skupiny AM5 postupne zvyšovalo v závislosti od pokročilosti zápalu, a najvyššie skóre v 10 bodovej stupnici na úrovni 5-6, poukazuje na mierny až stredný zápal črevnej sliznice kaudálneho úseku tráviaceho traktu (kolónu). Svetelnou mikroskopiou sme pri porovnaní veľkosti reznej plochy klkov kolóna sledovaných skupín zaznamenali, že skupina zvierat s 5% aplikáciou DSS (AM5) mala túto reznú plochu významne najmenšiu ($p \leq 0,01$; $p \leq 0,001$), v porovnaní so skupinami zvierat s 3 a 1% aplikáciou DSS (AM3, AM1). Zároveň sme v rovnakom úseku čreva skupiny (AM5) pozorovali aj najmenší, štatisticky významný obvod klkov, výšku klkov, ako aj najmenšiu hĺbku krýpt ($p \leq 0,001$). Histopatologickou analýzou boli potvrdené zmeny, ktoré sa prejavovali prítomnosťou edému v submukóze, edematóznymi zmenami v lamina propria, rozrušením architektúry krýpt, miernou eróziou alebo ulceráciou epitelu, infiltráciou polymorfonukleárných leukocytov do submukózy a lamina propria. ZÁVER Na základe sledovanej patogenézy ulceróznej kolitídy pri rôznych koncentráciách jej chemickej indukcie sme získali optimálny animálny gnotomodel UC. Optimálna 5% koncentrácia chemickej indukcie UC mala za následok úbytok celkovej hmotnosti zvierat presahujúci 10%, sprevádzaný dehydratáciou a miernym až stredným krvácaním z rekta. Mikroskopicky boli potvrdené atrofické zmeny na sliznici kolóna, s infiltráciou leukocytov v čreve. Získaný animálny gnotomodel ulceróznej kolitídy bude následne použitý v postupoch s transplantáciou fekálnej mikrobioty pacientov s IBD. Táto publikácia bola vytvorená realizáciou projektu APVV-16-0176.

HAPLOGENOTYPY VARIANT GENŮ PRO EPIDERMÁLNÍ RŮSTOVÝ FAKTOR A JEHO RECEPTOR ASOCIOVANÉ S GASTROEZOFAGEÁLNÍ REFLUXNÍ CHOROUBOU A JEJÍMI KOMPLIKACEMI

Tereza Deissová ¹, Lydie Izakovičová Hollá ², Zdeněk Kala ³, Lumír Kunovský ⁴, Jiří Dolina ⁵, Ondřej Slabý ⁶, Petra Bořilová Linhartová ⁷,

¹ Ústav patologické fyziologie, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Kamenice 5, 625 00 Brno

² Stomatologická klinika, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice u svaté Anny, Pekařská 53, 656 91 Brno

³ Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Brno Bohunice, Jihlavská 340/20, 625 00 Brno

⁴ Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Brno Bohunice, Jihlavská 340/20, 625 00 Brno a Interní gastroenterologická klinika, Fakultní nemocnice Brno Bohunice, Jihlavská 340/20, 625 00 Brno

⁵ Interní gastroenterologická klinika, Fakultní nemocnice Brno Bohunice, Jihlavská 340/20, 625 00 Brno

⁶ CEITEC Masarykova univerzita, Kamenice 5, 62500 Brno

⁷ Ústav patologické fyziologie, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Kamenice 5, 625 00 Brno a Stomatologická klinika, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice u svaté Anny, Pekařská 53, 656 91 Brno

Úvod: Gastroezofageální refluxní choroba (GERD) je onemocnění s multifaktoriální etiopatogenezí, ve kterém hraje roli i genetická predispozice jedince. Epidermální růstový faktor (EGF) a jeho receptor (EGFR) se podílí na udržení integrity tkání a obnově epitelu při poranění, což jsou dva hlavní mechanismy chránící jícnovou tkáň před působením refluxátu. Exprese EGF genu nebo aktivita EGFR je ovlivněna polymorfizmy EGF+61 A>G (rs4444903) a EGFR+142285 G>A (rs2227983). Navíc kombinace genotypů těchto variant (haplogenotyp AAGG) byla spojena s 2,5 krát větším rizikem vzniku karcinomu jícnu. Cílem naší studie bylo analyzovat oba polymorfizmy u pacientů s GERD a zdravých kontrol. Metodika: Do studie bylo zahrnuto 101 zdravých jedinců a 333 pacientů s GERD (z toho 109 s neerozivní refluxní chorobou jícnu - NERD, 150 s refluxní ezofagitidou – RE, 50 s Barrettovým jícnem – BE a 24 s adenokarcinomem ezofágu - EAC). Diagnóza GERD a jejích komplikací byla stanovena na základě klinických symptomů (pálení žáhy, regurgitace), ezofagogastroduodenoskopie, manometrie jícnu, 24h pH-metrie a histologického vyšetření. Genotypizace polymorfizmů EGF+61 A>G (rs4444903) a EGFR+142285 G>A (rs2227983) byla provedena pomocí TaqMan®PCR metod. Pro statistické hodnocení byl využit software Statistica v13.2. Výsledky: Alelické a genotypové frekvence byly mezi skupinami pacientů s GERD a kontrolami podobné (P>0,05). Pozorovali jsme statisticky významný rozdíl ve frekvenci haplogenotypů AAGG a GGGG (EGF/EGFR) v porovnání s ostatními haplogenotypy mezi pacienty s GERD a zdravými jedinci (23,7 % vs. 14,9 %, P<0,05 a 6,6 % vs. 13,9 %, P<0,05). Naproti tomu nebyly signifikantní rozdíly pozorovány mezi pacienty s NERD, RE, BE a/nebo EAC (P>0,05). Závěr: Přestože jednotlivé polymorfizmy nebyly spojeny se vznikem nebo závažností GERD, genové interakce obou polymorfizmů EGF+61 A>G (rs4444903) a EGFR+142285 G>A (rs2227983) mohou mít vliv na rozvoj GERD v české populaci, i když významně neovlivňují vznik jeho komplikací. Poděkování: Tato studie byla podpořena grantem NV17-30439A, start-up grantem FN Brno MZČR-RVO (FNBr, 65269705, SUP 16/19) a z prostředků poskytnutých Lékařskou fakultou MU juniorskému výzkumníkovi Petře Bořilové Linhartové.

DIABETES IN HEPATITIS C VIRUS CARRIERS OR NOT IN A HOSPITAL IN SOUTHERN BENIN: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS

Aboudou Raïmi Kpossou ¹, Khadidjatou Saké Alassan ², Vincent Zoundjiekpon ³, Armand Wanvoegbè ⁴, Corinne Flore Kouam Kamdem ¹, Jean Séhonou ¹, Daniel Amoussou-Guénou ⁴,

¹ Hepato-gastroenterology University Clinic, National and University Hospital -Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) of Cotonou, Benin

² Department of Medicine, Departmental and university hospital of Borgou-Alibori (CHUD-BA), Parakou, Benin

³ Archangels Clinic, Sèmè-Kpodji, Benin

⁴ Department of Medicine, Departmental and university hospital of Oueme-Plateau (CHUD-OP), Porto-Novo, Benin

Introduction: Several studies suggest that HCV infection is an additional risk factor for the development of diabetes. The objective of this study was to determine the prevalence and factors associated with diabetes in patients with hepatitis C virus (HCV) in Benin's largest public hospital. Methods: This was a case-control, descriptive and analytical study conducted from January 1, 2012 to April 30, 2018 (retrospective phase) and from May 1 to October 31, 2018 (prospective phase). It involved patients of the Clinique universitaire d'Hépatogastroentérologie de Cotonou, aged 18 years and over, with or without HCV (cases) (controls). Data entry was made in the Epidata 3.1 software. The analysis was performed with the statistical software SPSS 21. For comparisons, the Chi2 test was used, and the difference was considered significant for $p < 0.05$. Results: A total of 80 cases and 80 controls were recruited; the average age was 54.5 ± 13.8 years with cases older than controls (60.2 years versus 48.7 years, $p < 0.001$). There was a female predominance at 56.9%, with no significant difference between the two groups ($p = 0.151$). The prevalence of diabetes found was higher in cases than in controls (25% versus 8.8%; $p = 0.006$). The associated factors were age greater than 60 years (17/51) than for those under 60 years of age (33.3% vs 10.3%, $p = 0.022$), the existence of cytolysis (30.9% vs 12%, $p = 0.07$ for ALAT, 32.1% vs 8.3%, $p = 0.024$ for ASAT). Factors such as sex ($p = 0.182$), body mass index ($p = 0.289$), blood pressure ($p = 0.260$), viral genotype ($p = 0.433$), and platelet level ($p = 0.734$) were not associated. Conclusion: The prevalence of diabetes was higher among HCV carriers than among controls. This is particularly true when the subjects are elderly or have cytolysis. However, a larger study is needed to confirm these data.

CONTRIBUTION TO THE STUDY OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN MEDICAL STUDENTS AT THE UNIVERSITY OF PARAKOU IN REPUBLIC OF BENIN

Khadidjatou SAKE ALASSAN ¹, Comlan Albert DOVONOU ¹, Doriane Berthe MAGATSING NZEKOU ¹, Serge ADE ¹, Cossi Angelo ATTINSOUNON ¹, Cossi Adébayo ALASSANI ¹, Kofi-Mensa SAVI DE TOVE ²,

¹ Department of Internal Medicine, University and Departmental Hospital of Borgou-Alibori, Parakou, Republic of Benin

² Department of Medical Imaging, University and Departmental Hospital of Borgou-Alibori, Parakou, Republic of Benin

Introduction : Irritable bowel syndrome (IBS) is the most common functional gastrointestinal disorder. The aim of this study was to contribute to the improvement of the medical follow up of medical students in University of Parakou. Methods : A cross-sectional descriptive and analytical study was carried out among medical students from May to July 2018. Data were collected using a validated, confidential questionnaire. Rome IV criteria, Bristol scale and hospital anxiety and depression scale (HADS) were used for diagnosis. Data analysis was performed using Epi Info 7.1.3.14. CDC software. Results : Among 424 students who completed the study questionnaire, 32 (7.55%) had IBS. The 32 students with a IBS had an average age of 21.38 ± 2.39 years and 75% were female. IBS with diarrhea was noted in 40.62% of students. Stress was present in 96.88% of students with a IBS. IBS was associated with sex ($p = 0.022$), sleep disturbance ($p = 0.008$) and borderline depression (0.021). Absenteeism due to IBS was common among students (56.25%). Conclusion : IBS is a common disease among medical students in Parakou. Psychological problems management and correct lifestyle are recommend for these students.

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH CARRYING HCV ANTIBODIES IN PREGNANT WOMEN IN COTONOU

Aboudou Raïmi Kpossou ¹, Moufalilou Aboubakar ², Gloria Glago ¹, Rodolph Koffi Vignon ¹, Martin Sokpon ¹, Jean Séhonou ¹,

¹ Hepato-gastroenterology University Clinic, Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) of Cotonou, Benin

² Gynecology Department, Armed Forces Training Hospital (HIA) of Cotonou, Benin

Introduction: Hepatitis C is a public health problem in sub-Saharan Africa. The objective of this study was threefold: 1)-to determine the prevalence of anti-HCV antibodies in pregnant women in Cotonou, 2)-to identify the factors associated with their carrying and 3)-to determine the prevalence of gestational diabetes in these pregnant women. Methods: This was a cross-sectional study conducted from 01/06/2018 to 01/09/2018 with 253 pregnant women who used antenatal care services in four major maternity hospitals (3 public and 1 private) in an African capital. A rapid diagnostic orientation test detecting anti-HCV antibodies was performed in each of the pregnant women. A blood sample was collected from women with positive anti-HCV antibodies for serological ELISA confirmation tests and from all pregnant women for screening for gestational diabetes. The data were entered and analyzed using SPSS Statistics software version 20.0. Results: The prevalence of HCV antibodies among pregnant women in Cotonou was 1.2% (3/253). Factors associated with HCV carrying could not be identified due to the low number of positive cases. The HCV antibody carriers had a high average age (32 ± 3 years) compared to the rest of the population (29.58 ± 5.5 years). They presented some potential risk factors for HCV infection such as: scarification, piercing, tattooing, manicuring with common equipment, surgery and blood transfusion. The prevalence of gestational diabetes in our study was 7.9%. No association was found between gestational diabetes and hepatitis C. Conclusion: The prevalence of HCV antibodies among pregnant women in Cotonou was low. A national study is needed to identify the factors associated with this infection.

ADENOKARCINOM JEJUNA

Pavel Sychra ¹,

¹ II. INTERNÍ KLINIKA - GASTROENTEROLOGICKÁ A GERIATRICKÁ, FN OLOMOUC

Nádory tenkého střeva jsou vzácná onemocnění, představující 10% nádorů zažívacího traktu a tvoří 1-5% všech nádorů. Incidence v české populaci je 2,1 na 100tis obyvatel a postupně narůstá. Diagnostika nádorů tenkého střeva je obtížná pro jejich vzácný výskyt a pro neurčitou symptomatologii s rozmanitým průběhem, kdy průměrná doba diagnostiky se pohybuje kolem 8 měsíců. V následující kazuistice bych proto rád poukázal na tato úskalí diagnostiky adenokarcinomu jejunu u mladého muže ročník 1975, který byl odeslán k vyšetření do regionálního ambulantního zařízení pro hypochromní mikrocytární anemii. Pacient podstoupil endoskopická a zobrazovací vyšetření, která v průběhu 5 měsíců vedla k samotné diagnóze adenokarcinomu jejunu.

PŘESTÁVKA NA KÁVU
POLEDNÍ PŘESTÁVKA
PŘESTÁVKA NA KÁVU
VEČEŘE: RESTAURANT VEDUTA (“TICHÁ ZÓNA”) - HRAZENÝ VSTUP
SCHŮZE: FAP REGISTR

SCHŮZE: SEKCE MLADÝCH GASTROENTEROLOGŮ

SCHŮZE: ŘÍDÍCÍ VÝBOR REGISTRU CREDIT

REGISTRACE ÚČASTNÍKŮ - CONGRESS RECEPTION

SNÍDANĚ S EXPERTEM - ROZBOR PŘÍPADU S INTERAKTIVNÍ DISKUZÍ

DIAGNOSTIKA A LÉČBA SYNDROMU BAKTERIÁLNÍHO PŘERŮSTÁNÍ V TENKÉM STŘEVĚ

Abstrakt není k dispozici

VIDEOMARATON

EXULCERATIO SIMPLEX ORÁLNÍHO JEJUNA JAKO ZDROJ TĚŽKÉ RECIDIVUJÍCÍ ANÉMIE.

M. Hanousek¹, B. Pipek¹, M. Štěpán¹, P. Fojtík¹,
¹ Ostrava

Prezentujeme případ 83leté ženy původně vyšetřena na ambulanci pro závratě, dušnost a nález melény. Následně při odběru prokázána závažná anemie s nutností opakovaných krevních převodů. Byla provedena gastroskopie, kde pouze drobný polyp subkardiálně beze zdroje aktivního krvácení, a koloskopie s průkazem drobných divertiklů v levém kolon, v kolon přítomna tekutiny s krví a koaguly. Zdroj krvácení nebyl nalezen. Vysloveno podezření na krvácení v tenkém střevě a ve stejný den vzhledem k již provedené přípravě přistoupeno k jednobalónkové enteroskopii análním přístupem. Vyšetření provedeno do 50 cm od Bauhinské chlopně bez průkazu zdroje krvácení. Vzhledem k trvajícimu krvácení byla doplněna kapslová enteroskopie. Při tomto vyšetření byla sliznice tenkého střeva bez patologie, nicméně následně je průkaz aktivního krvácení a koagul v proximálním jejunu. Po zjištění lokalizace krvácení bylo přistoupeno k enteroskopii orálním přístupem. Nalézáme krev v tenkém střevě a následně po oplachu jasně identifikujeme drobnou arteriálně krvácející lézi - Dieulafoy léze. Přistupujeme k endoskopickému ošetření nasazením 2 klipů. Následuje již ošetření argon plasma koagulací. Došlo k úspěšné hemostáze, nebylo nutno pdávat další transfuze krve a stav byl úspěšně vyřešen.

OŠETROVANIE LOKÁLNYCH REZIDUÁLNYCH NEOPLÁZIÍ BEZ FTRD.

A. Orságh¹, B. Pekárek¹, J. Letkovský¹, L. Žitňan¹, D. Osuská¹,

¹ Bratislava

Endoskopická mukozálna resekcia (EMR) je v súčasnosti preferovanou metódou endoskopickej resekcie sesilných a nepolypóznych kolorektálnych lézií veľkosti ≥ 10 mm. Pri léziách ≥ 20 mm sa využíva často technika mukozálnej resekcii po častiach (piecemeal). Rizikom tejto metódy je inkompletná resekcia s následným vznikom lokálnej reziduálnej neoplázie (LRN). 15 – 30 % mukozálnych resekcii je komplikovaných vznikom LRN. Rizikové faktory lokálnej rekurencie sú: veľkosť lézie ≥ 20 mm, piecemeal resekcia, predchádzajúca intervencia v oblasti lézie (biopsia, submukózna injekcia, pokus o resekciu, tetováž v tesnej blízkosti). Pri endoskopickej liečbe lokálnych reziduálnych neoplázií sa uplatňujú: mukozálna resekcia, submukózna disekcia, studená, či horúca avulzia. Pri léziách veľkosti do 30 mm je sľubnou metódou endoskopická full-thickness resekcia (FTR), pomocou full-thickness resection device (FTRD®). Úspešnosť endoskopickej liečby LRN je viac ako 90 %. Na našom pracovisku využívame pri ošetrovaní LRN endoskopickú mukozálnu resekciu, obzvlášť techniku mukozálnej resekcii pod vodou (underwater EMR – uwEMR), ktorá prináša v porovnaní s konvenčnou EMR lepšie výsledky. Mukozálnu resekciu v prípade potreby možno doplniť následnou avulziou zostávajúceho neoplastického tkaniva. Avulzia sa javí ako účinnejšia v porovnaní s koaguláciou argónovou plazmou. V prípade väčších lokálnych reziduálnych neoplázií volíme endoskopickú submukóznú disekciu, ktorá umožňuje i tieto lézie resekovať „en bloc“, je však spojená so značnou technickou a časovou náročnosťou. Pri voľbe optimálnej stratégie zohľadňujeme okrem veľkosti lézie aj jej endoskopický vzhľad, predpokladaný stupeň dysplázie, uloženie a prístup k lézii. Full-thickness resekciu t.č. na našom pracovisku nevykonávame, vzhľadom na vysokú cenu FTRD®. V práci prezentujeme formou krátkych videokazuistík, jednotlivé techniky (uwEMR, ESD, avulzia) pri ošetrovaní lokálnych reziduálnych neoplázií v hrubom čreve a žalúdku.

EUS NAVIGOVANÁ JEJUNO-DUODENOSTOMIE: DALŠÍ MOŽNOST PŘI ŘEŠENÍ STENÓZ HEPATIKO-JEJUNO ANASTOMÓZ.

K. Mareš², M. Stodola², I. Pagáč², R. Pádr³,

² Gastroenterologické oddělení, Nemocnice Na Homolce, Praha

³ Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol, Praha

Poškození žlučových cest je závažnou komplikací cholecystektomie (LCHE). Mírné striktury a leaky lze řešit endoskopicky, těžká a kombinovaná poranění jsou řešena chirurgicky, a to většinou Roux-en Y bilio-entero anastomózou (ReY). Ve 2-25% takové anastomózy následně stenózují a jejich zprůchodnění lze realizovat chirurgickými, radiologickými nebo endoskopickými metodami. U námi prezentované pacientky došlo v roce 2015 při LCHE k přerušení žlučového, ihned byla provedena ReY hepatikojejunoanastomóza pravého a levého hepatiku. V roce 2016 byly pro stenózy anastomóz zavedeny pod RTG kontrolou do obou hepatiků biodegradibilní stenty o průměru 6mm. Posléze došlo k normalizaci jaterních testů (JT). Následně, při sledování na našem pracovišti, byla zřetelná pozvolná elevace obstrukčních jaterních markerů a pacientka prodělala i dvě ataky cholangitidy. Stav progredoval do fáze, kdy bylo zapotřebí provést nové dilatace anastomóz. Endoskopicky, včetně double balloon enteroskopie, nebyly anastomózy dosažitelné. Pacientka odmítla dilatace via PTD, hepatikogastrostomie pod endosonografickou (EUS) kontrolou by řešila pouze anastomózu levého hepatiku, proto jsme se rozhodli k provedení jejunoduodenostomie pomocí LAMS (lumen apoziční metalický stent) pod EUS kontrolou. Touto stomií je umožněn opakovaný endoskopický přístup k anastomózám obou hepatiků. Ve druhé době byly do obou hepatiků zavedeny plně potažené metalické stenty o průměru 5mm a ponechány 2 měsíce. Následně provedena cholangioskopie obou hepatiků, které již byly bez stenóz. Pacientka je od té doby bez potíží, se setrvalým poklesem JT a bez atak cholangitid.

DIAGNOSTIKA LYMFOMU ILEA POMOCÍ MOTORIZOVANÉ SPIRÁLNÍ ENTEROSKOPIE.

T. Tichý¹, P. Falt¹, O. Urban¹, S. Brychtová¹, O. Urban¹,
¹ Olomouc

V naší videokazuistice představujeme případ 69letého pacienta s nálezem tumorózního rozšíření stěny orálního ilea na 18 mm v rozsahu 10-15 cm na CT břicha. Provedli jsme motorizovanou spirální enteroskopii nejdříve orálním a poté análním přístupem. Análním přístupem bylo dosaženo exulcerovaného tumoru s provedením klešťové biopsie. Po výkonu nebyly žádné známky komplikací. Byla potvrzena diagnóza difúzního velkobuněčného B lymfomu a byla zahájena onkologická léčba.

ÚSPĚŠNÉ ŘEŠENÍ CHOLEDOCHOLITIÁZY TERAPEUTICKOU ERC POMOCÍ JEDNOBALÓNKOVÉHO ENTEROSKOPU U PACIENTA S ROUX-Y-HEPATIKOJEJUNOANASTOMÓZOU.

B. Kianička¹, J. Novák¹, M. Musilová¹, F. Šustr¹, M. Souček¹, P. Piskač¹, J. Vaníček¹,
¹ Brno

Naše pracoviště se dlouhodobě a systematicky zabývá náročnou a specializovanou problematikou realizace ERCP u pacientů se změněnou anatomií gastrointestinálního traktu (GIT) po různých chirurgických výkonech, a to zejména po resekci žaludku podle Billroth II, a dále po různých typech Roux-Y- rekonstrukcí. Cílem naší práce je prezentace videokazuistiky s úspěšně endoskopicky, tedy cestou ERC pomocí jednobalónkového enteroskopu (SBE), řešenou choledocholitiázou, a to u pacienta s Roux-Y- hepatikojejunoanastomózou (HJA). Závěrem uvádíme, že provedení ERC-SBE u pacientů s Roux-Y-HJA je v důsledku pooperačně výrazně změněné anatomie GIT podstatně obtížnější než realizace standardního ERCP. Jedná se tedy o velice náročnou endoskopickou metodu, která je ale efektivní a bezpečná, a výrazně rozšiřuje možnosti řešení biliární patologie u těchto stavů.

ENDOSKOPICKÁ SUBMUKÓZNA DISEKCIA LÉZIE NA ILEOCÉKALNEJ CHLOPNI.

B. Pekárek¹, A. Orságh¹, J. Letkovský¹, L. Žitňan¹, D. Osuská¹,
¹ Národný Onkologický Ústav, Bratislava

Endoskopická submukózna disekcia (ESD) si napriek vyšším rizikám oproti konvenčnej endoskopickej resekcii slučkou (tzv. EMR) našla svoje štandardné miesto v odstraňovaní neoplázií žalúdka, pažeráku i rekta. Ponúka nám výhodu dosiahnutia vysokého percenta R0 resekcie, nízke riziko rekurencie i možnosť odstránenia lézie s fibrózou v submukóze. So stúpajúcimi skúsenosťami sa zvyšuje bezpečnosť i rýchlosť disekcie a stále častejšie odstraňujeme aj neoplastické lézie v hrubom čreve orálne od rekta. K technicky náročnejším miestam pre ESD v hrubom čreve patrí aj ileocékalna chlopňa. Vo videokazuistike prezentujeme špecifiká ESD v tejto lokalite ako je napríklad prítomnosť tuku v submukóze, i spôsob disekcie v prípade, že prístroj nie je v ideálnej stabilnej pozícii. Okrem problému disekcie v tukovom tkanive pri „štandardnom“ nastavení koagulačnej jednotky je významnou súčasťou našej videokazuistiky použitie techniky gumička-klip, ktorá zabezpečuje trakciu lézie a správny prehľad v submukóze. Nemenej významné je aj upozornenie na chyby, ktorým je potrebné sa vyhnúť ako napr. disekcia dostatočného lemu incízie na problematickom okraji zasahujúcom do terminálneho ilea.

ENDOSKOPICKÁ CHOLECYSTOSTOMIE POMOCÍ LUMEN-APOZIČNÍHO STENTU PRO EMPYÉM ŽLUČNÍKU.

J. Stehlík ¹,
¹ Ústí nad Labem

abstrakt nedodán

CHOLANGIOSKOPICKY NAVIGOVANÁ RADIOFREKVENČNÍ ABLACE BENIGNÍ STENÓZY NEPOTAŽENÉHO METALICKÉHO STENTU

O. Urban ¹, P. Falt ¹, V. Zoundjiekpon ¹,
¹ Olomouc

Formou videokazuistiky prezentujeme případ 78leté nemocné, u které byly před více než 10 lety na jiném pracovišti zavedeny cestou perkutánní transhepatální drenáže 2 nepotažené metalické stenty pro lézi choledochu vzniklou v průběhu cholecystektomie. Následně dochází ke stenóze stentů a cholangitidám, které si vyžádaly opakované duodenobiliární drenáže plastovými stenty. Na našem pracovišti provádíme výkon v celkové anestézii. Při ERCP zobrazujeme stenózu stentů s retrostenotickou dilatací a choledocholitíázou. Provádíme balonkovou sfinkteroplastiku a extrakci konkrementů dormia košíčkem. Následuje cholangioskopie Spyglass s verifikací stenózy stentů vrůstáním granulační tkáně. Přistupujeme k intraduktální radiofrekvenční ablaci energií 10 W po dobu 120s ve dvou etážích. Pak pod cholangioskopickou kontrolou odstraňujeme nekrotickou tkáň cholangioskopickým košíkem a popsáný postup ještě 1x opakujeme. Bezprostřední efekt je cholangioskopicky příznivý, vizualizujeme mřížku stentu. Pacientka je po 1 měsíci od terapie bez potřeby drenáže, bez známek cholangitidy.

BIODEGRADOVATELNÝ STENT V ERCP LIEČBE CHOLEDOCHOLITIÁZY.

T. Hlavatý , M. Huorka , I. Šturdík , M. Greguš , T. Koller ,

Biodegradabilné bilárne a pankreatické steny sú novou modalitou v ERCP liečbe ochorení biliopankreatického systému. Od tohto roku sú dostupné aj na Slovensku. Popisujeme jeden z prvých prípadov implantácie biodegradabilného stentu v našej praxi. V prezentácii popisujeme prípad 88-ročnej pacientky prijatej na V. internú kliniku LFUK a UNB Bratislava pre obštrukčný ikterus. Sonograficky nález cholecystolitíazy a choledocholitíazy s dilatáciou d.choledochus, elevované zápalové parametre. Počas ERCP vizualizovaný 20mm impaktovaný konkrement na Vaterskej papile, ktorý po pre-cutte a EPS luxujeme. Následne vyteká skalená žlč. Vzhľadom na vek a prítomnosť cholangitídy implantujeme zaisťovací biodegradabilný duodenobilárny stent Archimedes s dobou disolúcie 10 týždňov. Výkon aj postintervenčný priebeh bez komplikácií, ústup obštrukčného ikteru aj zápalových parametrov.

AUTOIMUNUNITNÍ PANKREATITIDA IMITUJÍCÍ TUMOR PANKREATU.

M. Kraus¹, P. Kovala¹,

¹ Ostrava

Pacient, ročník 1960, doposud zdravý, přijat pro nechutenství při obstrukčním ikteru s bilirubinem 372. Sonograficky popsána zvětšená hlava slinivky a příznak dvojího ductu. Dle CT vyšetření robustní hlava slinivky, ve které nelze tumor vyloučit, zbytek slinivky pouze se dilatací wirsungu. Endosonograficky se zobrazuje v hlavě ložisko 40x50mm, následně zajištěny žlučové cesty biliárním stentem. 2x provedena FNA ložiska s nálezem reaktivních změn, bez nálezu maligních buněk, proto zvažujeme možnost autoimunitní pankreatitidy – vzácnější ložiskovou formu, imitující tumor. Laboratorně signifikantní zvýšení IgG4 o více než 5násobek nad normu. Po nasazení kortikoterapie dochází téměř k vymizení ložiska. Po 3 měsících léčby vysazeny kortikoidy, laboratorně vše v normě, sonograficky úprava velikosti hlavy slinivky. Po 6 týdnech od vysazení dochází k relapsu choroby, do medikace vráceny zpět dočasně kortikoidy a přidán azathioprin. Na této terapii se daří udržovat onemocnění v remisi.

„FULL-THICKNESS“ RESEKCE ADENOMU DUODENA.

M. Bortlík¹,

¹ Praha

abstrakt nedodán

EKTOPICKÝ PANKREAS - ENDOSKOPICKÁ LIEČBA.

M. Demeter¹, P. Bánovčin¹, P. Uhrík¹, R. Hyrdel¹,

¹ Interná klinika Gastroenterologická, Oddelenie GE diagnostiky, UNM Martin

Submukózne tumory žalúdka sú relatívne vzácnym nálezom pri endoskopickom vyšetrení horného GIT-u. Vzhľadom na ich lokalizáciu (submukóza) a fakt, že ide vo väčšine prípadov o benígne ochorenia je pri tumoroch do 1 cm veľkých odporúčaná observácia. V prípade lézií väčších je indikované EUSG vyšetrenie, histologizácia, alebo extirpácia lézie (endoskopicky alebo chirurgicky). Ektopický pankreas antra žalúdka má typické endoskopické a EUSG charakteristiky (submukózný tumor antra s centrálnou vkleslinou vychádzajúci z 2, 3 alebo 4 vrstvy steny žalúdka, hypoechogénny, alebo zmiešanej echogenicity s centrálnymi anechogénnymi duktálnymi štruktúrami). Vo väčšine prípadov ide o benígne a asymptomatické ochorenie. Riziko komplikácií (pankreatitída, obštrukcia, bolesti brucha, malignizácia) je podľa dostupnej literatúry veľmi nízke. V našej kazuistike prezentujeme prípad 61-ročnej ženy dlhoročne sledovanej pre stacionárne submukózne ložisko antra žalúdka veľké 25mm s makroskopickými a EUSG charakteristikami ektopického pankreasu, u ktorej sme na jej vlastnú žiadosť vykonali bez komplikácií ESD submukózneho tumoru antra žalúdka súvisiaceho s lamina muscularis propria žalúdka. Defekt sme po výkone kompletne uzavreli hemoklipmi a endoloopom (King´s closure). Výkon prebehol bez komplikácií. Definitívne histologické vyšetrenie diagnostikovalo prítomnosť ektopickej intramurálnej sliznice žalúdka. Pacienti so submukóznymi léziami tráviaceho traktu sú vystavení opakovaným endoskopickým vyšetreniam a snahám o histologizáciu lézií, ktoré sú častokrát neúspešné. Opakované endoskopické kontroly vedú k stigmatizácii pacientov. Pri dostupnosti minimálne invazívnych výkonov, ktoré umožňujú extirpovať tieto lézie kompletne, je vhodné rešpektovať postoj pacienta (observáca vs extirpácia). Definitívne histologické vyšetrenie lézie umožní v niektorých prípadoch ukončiť dispenzarizáciu pacientov. Kľúčové slová: ektopický pankreas, endoskopická submukózna disekcia

ENDOSONOGRAFICKY NAVIGOVANÁ CHOLECYSTOGASTROANASTOMÓZA JAKO PALIATIVNÍ LÉČBA BILIÁRNÍ OBSTRUKCE

J. Kuchař¹, P. Vitek¹, I. Mikoviny Kajzrlíková¹, P. Klvaňa¹, J. Chalupa¹,

¹ Beskydské gastrocentrum, Interní oddělení, Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. Katedra interních oborů, LF OU v Ostravě

73-letý pacient s inoperabilním adenokarcinomem hlavy pankreatu byl převzat k dořešení obstrukčního ikteru při základním onemocnění. Retrogradní drenáž nebylo možno provést pro stenózu duodena, při endosonografickém vyšetření byly zjištěny nepříznivé anatomické poměry i pro provedení choledochoduodenoanastomózy či hepaticogastroanastomózy. Vzhledem k tomu bylo přistoupeno k provedení cholecystogastroanastomózy pomocí lumen apozičního stentu Hot Axios o průměru 15 mm a délce 10 mm. Po výkonu došlo k rychlému ústupu obstrukčního ikteru i dilatace žlučových cest. Vzhledem k poruše pasáže bylo v druhé době přistoupeno k zavedení duodenálního metalického stentu Wallflex o délce 120 mm a šíři 22 mm s dobrým klinickým efektem. Pacient byl po uvedených výkonech předán do péče onkologa k systémové protinádorové léčbě.

ERCP PRI ZMENENEJ ANATÓMII HORNÉHO GIT-U - REALITY SHOW

B. Kunčák¹, J. Kovacs¹, V. Stefanov¹, D. Podmanický¹, Z. Zelinková¹,

¹ Nové Zámky

ERCP u pacientov s chirurgicky alterovanou anatómiou je vždy komplexným a náročným výkonom vyžadujúcim si špecifický druh expertízy a komplexné technické vybavenie pracoviska. Predovšetkým enteroskopom asistované ERCP je výzvou z viacerých hľadísk a síce ako dosiahnuť papilu alebo biliodigestívnu anastomózu pri jednotlivých typoch alterovanej anatómie, ako kanylovať papilu alebo anastomózu v novej anatomickej situácii a tiež ako previesť intervenciu s nie bežne používanými akcesóriami. Na troch klinických prípadoch sa pokúšame demoštrovať komplexnosť a náročnosť uvedených výkonov spolu s našimi prvými skúsenosťami týkajúcimi sa plánovania výkonu, technického zázemia a multidisciplinárneho prístupu.

NOVÉ ENDOSKOPICKÉ PŘÍSTUPY V ŘEŠENÍ KOMPLIKACÍ TĚŽKÉ AKUTNÍ PANKREATITIDY

Jiřina Pintová ¹, Vladimír Nosek ¹,

¹ Gastroenterologické oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou

Prezentujeme případ 37-letého muže s těžkou nekrotizující pankreatitidou toxonutritivní etiologie s projevy multiorgánového selhání a následným komplikovaným průběhem. Hospitalizován od XII/2017 do VIII/2018. V prvních 4 měsících provedeny četné chirurgické výkony: perkutánní cholecystostomie, drenáže kolekcí, deliberace tenkých kliček, jejunostomie. Během 4. - 5. měsíce trvání choroby, ve fázi reparační, způsobila zánětlivá masa s postupnou fibrotizací poruchu pasáže horního GIT a útlak žlučových cest. Tyto komplikace byly řešeny moderními endoskopickými metodami, tj. EUS navigovaná gastro-enteroanastomosa pomocí LAMS (lumen apposing metal stent) pro útlak sestupného duodena a ERCP se stentáží žlučových cest. Raritní komplikace vznikla po plánované extrakci perkutánní cholecystostomie, kdy se během následných 3 týdnů vyvinul hydroks žlučníku se secernující cholecystokutánní píštělí v místě punkčního kanálu (nejspíše při stenose d. cysticus). Řešena byla zavedením EUS navigované cholecystoduodenostomie (CDS) pomocí LAMS s předpokladem zlepšení nutrice při odpadech žlučových šťáv per vias naturales a s plánem spontánního uzávěru fistuly. Přesto přetrvávala sekrece píštělí s vytvořením podkožního abscesu, proto cestou CDS revidován žlučník s naložením OVESCO klipu na ústí fistuly ve fundu žlučníku a absces drénován perkutánně. Postupně reparační celkového stavu a extrakce všech stentů včetně odloučeného OVESCO klipu ze žlučníku cestou CDS. Cholecystokutánní píštěl představuje raritní komplikaci vznikající buď spontánně při neléčené akutní kalkulární cholecystitidě nebo se "znovu otevře" cestou předchozí perkutánní drenáže po reinfekci žlučníku. Většinou jsou řešeny chirurgickou cholecystektomií s excízi píštěle. Postup uzavření píštěle pomocí OVESCO klipu cestou CDS u inoperabilního pacienta nebyl dosud v literatuře popsán.

VOLNÁ SDĚLENÍ III: VARIA

STATE OF THE ART LECTURE: CLINICAL IMPLEMENTATION OF RESULTS FROM EVOLVE STUDIES

Abstrakt není k dispozici

FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION IN THE DIAGNOSIS OF BILIARY STRICTURE: A FEASIBILITY STUDY.

Vincent Zoundjiekpon ¹, Daniela Kurfürstová ², Přemysl Falt ¹, Pavel Skalický ³, Martin Loveček ³, Beatrice Mohelníková Duchoňová ⁴, Ondřej Urban ¹,

¹ 1 2nd Department of Internal Medicine - Gastroenterology and Geriatrics, Faculty of Medicine and Dentistry, Palacký University Olomouc and University Hospital Olomouc

² 2 Institute of clinical and molecular pathology, Faculty of Medicine and Dentistry, Palacký University Olomouc and University Hospital Olomouc

³ 3 1st Department of Surgery, Faculty of Medicine and Dentistry, Palacký University Olomouc and University Hospital Olomouc

⁴ 4 Department of Oncology, Faculty of Medicine and Dentistry, Palacký University Olomouc and University Hospital Olomouc

Background and Aims: The management of biliary strictures suspicious of malignant etiology remains challenging. When endoscopic retrograde cholangiopacreatography (ERCP) with routine cytology (RC) is negative, the term indeterminate biliary stricture (IBS) is used. In such cases, the single operator cholangioscopy proved diagnostic accuracy of 90 %. Nevertheless, this method remains expert dependent, costly and can be complicated by cholangitis in 3-5 %. Fluorescence in Situ Hybridization (FISH) was shown to improve the diagnostic yield of routine tissue sampling. Outcomes of the pilot study from single tertiary endoscopy center in the Czech Republic are reported here. **Methods:** The study was conducted in the period from 12/2018 to 9/2019. Patients with biliary strictures were included. Tissue specimens obtained via either of brush cytology, forceps biopsy or fine needle aspiration during ERCP or endosonography (EUS) were examined by RC or histology methods. In addition, FISH using fluorescence-based polynucleotide probes targeting chromosomes 3, 7, 17 and locus 9p21 was performed (UroVysion®). Gold standard for final diagnosis was the histology from surgical resection. **Results:** A total of 18 patients (female 7), mean age 68 (range 42-97) years, were included. Among them, 5 (28 %) and 13 (72 %) patients had proximal and distal strictures, respectively. Based on tissue sampling, malignant etiology was suggested in 10 (56 %) patients. Among them, RC was positive in 8 (44 %) while FISH was positive in 9 (50 %) patients. A total of 5 (28 %) patients were treated surgically. Of them 3 (17 %) had malignant stricture at final histology. Preoperative RC corresponded to postoperative histology in one (20 %) patient. FISH proved positive in 2 (40 %) and was inconclusive in another 2 (40 %) cases. In one (20 %) remaining case, FISH was falsely positive. **Conclusions:** In cases of biliary strictures, FISH has a potential to increase accuracy of routine tissue sampling. Data from a larger cohort of patients with longer follow-up are needed.

STANOVENÍ VYBRANÝCH ŽLUČOVÝCH KYSELIN VE SLINÁCH METODOU HPLC-MS JAKO POTENCIÁLNÍ NOVÁ NEINVAZIVNÍ METODA DIAGNOSTIKY BARRETTOVA JÍCNU

Štefan Konečný ¹, Jiří Dolina ¹, Petr Kubáň ², Pavol Ďurč ³, Věra Dosedělová ², Markus Himmelsbach ⁴, Wolfgang Buchberger ⁴,

¹ Interní gastroenterologická klinika, FN Brno, Brno, Česká republika a Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno, Česká republika

² Oddělení bioanalytické instrumentace, CEITEC Masarykova univerzita, Brno, Česká republika

³ Oddělení bioanalytické instrumentace, CEITEC Masarykova univerzita, Brno, Česká republika a Ústav Chemie, Masarykova univerzita, Brno, Česká republika

⁴ Department of Chemistry, Johannes-Keppler University, Linz, Rakousko

Úvod Barrettův jícen je označení pro stav, kdy dochází ve sliznici jícnu k intestinální metaplazii z důvodu působení patologického refluxu. Tato změna je spojena se zvýšeným rizikem rozvoje adenokarcinomu jícnu. Diagnóza Barrettova jícnu se v současnosti opírá o endoskopii s histologickým vyšetřením biptovaného materiálu. Experimentální, klinické a imunohistochemické studie ukazují, že jedním z faktorů v patogenezi Barrettova jícnu je duodenální reflux a s tím související synergické poškození jícnu působením žlučových kyselin a žaludeční kyseliny v refluxátu. Metodika V této práci byl studován obsah vybraných žlučových kyselin v neinvazivně odebraných vzorcích slin u vzorku 15 pacientů s endoskopicky i histologicky prokázaným Barrettovým jícnem (C: 1-10, M: 2-13, dle Pražské klasifikace) a kontrolní skupiny 10 subjektů bez známek refluxní nemoci či Barrettova jícnu. Ve slinách byla pomocí vysoceúčinné kapalinové chromatografie s hmotnostně spektrometrickou detekcí (HPLC-MS) provedena analýza majoritních žlučových kyselin (kyselina glykocholová, kyselina glykodeoxycholová a kyselina glykochenodeoxycholová). Výsledky Při srovnání obsahu vybraných žlučových kyselin u obou skupin, byly u pacientů s Barrettovým jícnem nalezeny signifikantně zvýšené koncentrace především kyseliny glykochenodeoxycholové (Mann-Whitney, $p < 0,01$). Pomocí statistické analýzy (principal component analysis, PCA) bylo možno odlišit vzorky především u pacientů s vysokými hodnotami C a M. Závěr Metoda analýzy vybraných žlučových kyselin ve slinách pomocí HPLC-MS se jeví jako potenciální nová neinvazivní diagnostická metoda pro detekci Barrettova jícnu a pro odhad jeho závažnosti. HPLC-MS je vysoce citlivá metoda pro měření malého množství žlučových kyselin v lidských slinách. Analýza je rychlá, ale příprava vzorku je složitější. Ke zpřesnění této nové diagnostické metody je zapotřebí detailnější studie. Tato práce byla podpořena grantem MZČR č. 17-31945A.

OPERACE REKTA OTEVŘENĚ, LAPAROSKOPICKY NEBO ROBOTICKY ?

Pazdírek Filip ¹, Vjaclovský Michal ¹, Bocková Markéta ¹,

¹ Chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol

Úvod: Operace zůstává základní léčebnou modalitou v léčbě karcinomu rekta. Cílem sdělení je porovnání krátkodobých výsledků otevřené, laparoskopické a robotické operace pro karcinom rekta. Metodika: K porovnání byly hodnoceny skupiny pacientů operovaných otevřeně, laparoskopicky a roboticky asistovaně. Celkově bylo do studie zařazeno 160 pacientů. Porovnávali jsme peroperační charakteristiky (typ operace, délku operace, krevní ztrátu, počet konverzí), pooperační průběh (hladiny CRP, spotřeby analgetik, doby do obnovy pasáže), pooperační komplikace, histopatologické zhodnocení resektátu (počet odebraných lymfatických uzlin a kvalitu mezorektální excize). Výsledky: U skupiny pacientů operovaných roboticky byla nejnižší peroperační krevní ztráta (průměrně 35 ml), nejdelší operační čas (průměrně 200 minut). Ve srovnání s laparoskopicky operovanými jsme u robotické skupiny nezaznamenali žádnou konverzi. Nejrychleji došlo k obnově pasáže u skupiny pacientů operovaných roboticky, průměrně za 3 dny. U této skupiny byla nejkratší doba hospitalizace, průměrně 7 dní. Celkové pooperační komplikace byly srovnatelné ve všech skupinách, přesto laparoskopická a robotická operace vedla k nejnižšímu výskytu pooperačního paralytického ileu a raných komplikací. Nejvyšší kvalita mezorektální excize byla dosažena u pacientů operovaných roboticky, rozdíl není oproti ostatním signifikantní. Závěr: Roboticky asistovaná operace umožnila snížit pooperační spotřebu analgetik, urychlit obnovu pasáže a zkrátit hospitalizaci. Laparoskopická a robotická operace vedla k nejnižšímu výskytu pooperačního paralytického ileu a raných komplikací. Celkové pooperační komplikace byly srovnatelné ve všech skupinách.

PŘÍLIŠ STARÝ NA OPERACI.....???

Martin Oliverius ¹, Beatrice Mohelníková- Duchoňová ², Zdeněk Šubrt ¹, Jan Gojda ³, Jan Hajer ³, Marián Libenko ⁴, Jan Šturma ¹, Tomáš Sychra ¹, Robert Gürlich ¹,

¹ Chirurgická klinika 3.LF UK a FNKV Praha

² Onkologická klinika Univerzity Palackého v Olomouci

³ II.interní klinika 3.LF UK a FNKV Praha

⁴ Komplexní onkologické centrum FNKV Praha

Úvod: poslední dekády dochází k plynulému nárůstu průměrného věku obyvatelstva. Obyvatelé starší 75 let představují 8% populace a tvoří podíl na jedné čtvrtině chirurgických intervencí. Stárnutí je spojeno i s nárůstem nádorů slinivky břišní. Pankreatochirurgie patří mezi nejnáročnější chirurgické intervence a představuje tak výzvu, jak z hlediska diagnostiky, tak vlastní chirurgické léčby těchto nemocných. Přitom věk sám o sobě není kontraindikací k operaci jejímž cílem má být vyléčení nebo významné prodloužení života těchto nemocných s minimální morbiditou a mortalitou. A zároveň se zachováním dobré kvality života po léčbě. Metodika: do studie zařazeno celkem 140 nemocných operovaných na chirurgické klinice 3.LF UK a FNKV Praha pro onemocnění pankreatu v období 2015- 2019. V souboru převažovali muži. Více jak polovina byla operována pro karcinom slinivky. Výsledky: Závažné komplikace III.stupně dle Clavien-Dindo klasifikace mělo 41nemocných. Ve věkové kategorii 66-70roků 10 pacientů z 46 a v kategorii 71-75roků 9 z 37. 24 nemocných bylo starších 75roků a u 4 se vyskytly komplikace. V perioperačním období 16 nemocných zemřelo.Ve věkové kategorii pod 50 roků zemřeli 2 pacienti, 51-60r 3 nemocní, 60- 65r nikdo nezemřel. Čtyři pacienti zemřeli v kategorii 66-70r, 4 v kategorii 70-75 a tři starší 75roků. Diskuze a závěr: věk sám o sobě není kontraindikací k operaci. I pacienti starší 75 let mohou z výkonu profitovat. Poslední rok jsme v rámci diagnostiky a léčby vytvořili systém aktivní prerehabilitace a přípravy těchto pacientů s cílem minimalizovat morbiditu a mortalitu pacientů před těmito výkony. Práce byla podpořena grantovou studií IGA MZČR: Projekt NV19-03-00097

HEPATITIDA E - PROČ SE JÍ OBÁVAT, ZVLÁŠTNOSTI A VÝSKYT V ČR

Petra Pellegrini Vejražková ¹, Lucie Čermáková ¹,
¹ Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

Hepatitida E je objevena až v roce 1980, v roce 1990 byl poznán genom HEV a vytvořeny sérologické testy. Je zatím jediným zástupcem rodu Hepevirus čeledi Hepeviridae. Má nejméně 4 genotypy. Dva genotypy jsou výhradně lidské, další dva jsou pravděpodobně prasečí, ale mohou infikovat i člověka. Přenos je kontaminovanou pitnou vodou nebo potravinami, zejména pak vepřovým masem a zvěřinou. Kromě dlouhodobě známého přenosu fekálně-orálního byl popsán i přenos zoonotický a krevními transfúzemi. Může mít velmi těžký průběh v těhotenství a u osob s těžkým chronickým jaterním onemocněním a vést až k akutnímu selhání jater. Onemocnění může být zcela asymptomatické nebo mohou být přítomny i mimojaterní symptomy. U imunosuprimovaných osob může přejít do chronicity. Hev není již pouze onemocnění rozvojových zemí. Každoročně máme vzrůstající počet nákaz získaných i v tuzemsku. Kazuistika.

HIGHLIGHTS Z KONGRESU

ENDOSKOPIE

Abstrakt není k dispozici

IBD

Abstrakt není k dispozici

GI ONKOLOGIE

Abstrakt není k dispozici

FUNKČNÍ NEMOCI

Abstrakt není k dispozici

MLADÍ GASTROENTEROLOGOVÉ

Abstrakt není k dispozici

ZAKONČENÍ KONGRESU

SNÍDANĚ S EXPERTEM - ROZBOR PŘÍPADU S INTERAKTIVNÍ DISKUZÍ

KRVÁČEJÍCÍ HEMOROIDY

Abstrakt není k dispozici

IBD II

MORTALITA A MORBIDITY IBD V 21. STOLETÍ

Abstrakt není k dispozici

ZNÍŽENIE TRABEKULÁRNEHO KOSTNÉHO SKÓRE ODRÁŽA ZÁVAŽNOSŤ CROHNOVEJ CHOROBY

Abstrakt není k dispozici

IBD AKO CHOROBA ZÁPADNÉHO SVETA – Z POHLADU EPIDEMIOLOGIE

Abstrakt není k dispozici

CELOSPOLOČENSKÉ NÁKLADY SPOJENÉ S IBD

Abstrakt není k dispozici

OPTIMALIZÁCIA LIEČBY TIOPURÍNMI

Abstrakt není k dispozici

CELIAKIE A ENTERÁLNÍ VÝŽIVA

CELIAKIE - STÁLE PŘEKVAPUJÍCÍ

Abstrakt není k dispozici

MÁME JIŽ JASNO V LABORATORNÍCH MARKERECH CELIAKIE?

Petr Kocna¹,

¹ Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1.LF UK a VFN Praha

Sérologické markery celiakie mají svůj význam pro cílený screening, diferenciální diagnostiku i monitoring a dlouhodobé sledování nemocných s celiakií. Předkládám přehled poznatků publikovaných během posledních 2-3 let. Otázkou je, zda máme v rámci doporučení navrhnout vhodné testy, jaká doporučení zvolit pro screening, cílenou diagnostiku nebo monitoring, a jak se postavit k POCT testům. Diagnostické a screeningové algoritmy vycházejí z mezinárodních doporučení a v jednotlivých zemích jsou modifikovány, např. podle rizika na nízko-středně-vysoko rizikové skupiny liší se pro děti a dospělé. Protilátky ke tkáňové transglutamináze atTG - IgA jsou primárním testem ve všech algoritmech. Stanovení celkové IgA vzhledem k riziku IgA deficiencie některé algoritmy doporučují teprve při negativním atTG testu, nebo může být nahrazeno IgG-DGP testem, který následuje při IgA deficienci. Stanovení EMA je většinou doporučeno ve druhém kroku, při nízké aktivitě atTG-IgA, kanadské doporučení nabízí IgA EMA jako variantu primárního testu místo IgA atTG, volba je na laboratoři. Sérologické markery celiakie se běžně používají pro dlouhodobé sledování nemocných s celiakií resp. ke kontrole dodržování bezlepkové diety. Signifikantní pokles IgA-atTG při dodržování bezlepkové diety je prokázán po 26 týdnech. Vyšší citlivost než anti-tTG IgA vykazují anti-DGP protilátky. V současnosti používané serologické markery (atTG, EMA, DGP) vyhodnocují adaptivní imunitní odpověď u celiakie, nikoliv přímou aktivitu zánětu. Možným řešením by mohla být hladina střevního vazebného proteinu I-FABP, který je exprimován především ve zralých enterocytech přítomných na vrcholu klků, takže je vhodným markerem destrukce enterocytů. Po zavedení GFD se sérové hladiny I-FABP snižují poměrně rychle a snížení I-FABP je rychlejší než pokles IgA-atTG, u dětí se hladiny I-FABP normalizovaly během šesti týdnů po zahájení GFD. Omezení tradičních metod monitorování GFD u pacientů s celiakií by mohl být řešen detekcí 33-mer gliadinových peptidů ve stolici nebo v moči, které umožňuje přímé a kvantitativní posouzení expozice glutenu brzy po požití a může pomoci při monitoringu nereagující nebo refrakterní celiakie. Point-of-care serologické markery celiakie (POCT) jsou v posledních letech intenzivně testovány jak v pediatrii, tak v praktické medicíně dospělých. Sdružená citlivost a specifčnost POCT testů je 94.0% a 94.4%. POCT soupravy detekují protilátky během 5ti minut z plné krve. Na trhu je několik souprav, které se liší volbou detekovaných protilátek: IgA-atTG a celkové IgA; IgA-DGP a IgG-DGP; IgA-atTG, IgG-atTG a IgM-atTG; IgA atTG a IgG atTG. Simtomax vykazuje nejvyšší citlivost, srovnatelnou s laboratorní metodou IgA-atTG, pediatrická studie prokázala 100% diagnostickou přesnost především u dětí do 10 let.

ČÍM VYLEPŠIT HISTOLOGICKOU DIAGNOSTIKU CELIAKIE?

Abstrakt není k dispozici

CO NOVÉHO VE SVĚTĚ - NOVINKY Z KONGRESU ICDS

Abstrakt není k dispozici

INFORMACE O PRACOVNÍ SKUPINĚ CELIAKIE

Abstrakt není k dispozici

SNÍDANĚ S EXPERTEM - ROZBOR PŘÍPADU S INTERAKTIVNÍ DISKUZÍ

MOŽNOSTI ENDOSKOPICKÉ LÉČBY OBJEMNÉ CHOLEDOCHOLITIÁZY

Abstrakt není k dispozici

OBEZITOLOGIE A BARIATRIE

INTRAGASTRIC BALLOONS - STATE-OF-THE-ART

Abstrakt není k dispozici

MECHANISMUS ÚČINKU BARIATRICKÝCH METOD

Abstrakt není k dispozici

ENDOSKOPICKÁ SLEEVE GASTROPLASTIKA

Abstrakt není k dispozici

METABOLICKÉ ENDOSKOPICKÉ VÝKONY V TENKÉM STŘEVĚ

Abstrakt není k dispozici

KAZUISTIKY SMG - CHYBY A OMYLY V GASTROENTEROLOGII

CHYBNÁ INDIKACE K ENDOSKOPICKÉ SLIZNIČNÍ RESEKCI

Abstrakt není k dispozici

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA NON-NEOPLASTICKÝCH LÉZÍ TRAČNÍKU

Abstrakt není k dispozici

SYSTÉMOVÁ KOMPLIKACE BIOLOGICKÉ TERAPIE IDIOPATICKÉHO STŘEVNÍHO ZÁNĚTU

Abstrakt není k dispozici

VIROVÉ KOMPLIKACE BIOLOGICKÉ TERAPIE IDIOPATICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTŮ

Abstrakt není k dispozici

FATÁLNÍ KRVÁCENÍ DO TRÁVICÍ TRUBICE U PACIENTA S CHRONICKOU PANKREATITIDOU

Abstrakt není k dispozici

KLASIFIKACE KRVÁCENÍ PO RESEKCI PANKREATU

Abstrakt není k dispozici

POOPERAČNÍ KOMPLIKACE PO ILEO-KOLICKÉ RESEKCI PRO CROHNNOU CHOROBU

Abstrakt není k dispozici

RIZIKA ČASNÝCH POOPERAČNÍCH KOMPLIKACÍ U IBD A JEJICH PREVENCE

Abstrakt není k dispozici

VOLNÁ SDĚLENÍ IV: DOLNÍ GIT

MIKROBIOTA V ETIOPATOGENÉZE DIVERTIKULOVEJ CHOROBY HRUBÉHO ČREVA

Laura Gombošová ¹,

¹ I. interná klinika LF UPJŠ a UNLP, Košice

V etiopatogenéze symptomatickej divertikulovej choroby hrubého čreva má kľúčový význam patologicky zmenená mikrobiota spolu s imunitou dysreguláciou a viscerálnou hypersenzitivitou enterického nervového systému. Mikrobiota hrubého čreva je variabilný ekosystém reprezentovaný okrem vírusov a húb dvoma dominantnými kmeňmi mikróbov Firmicutes a Bacteroidetes. Firmicutes predstavujú 60-80% zastúpenie v hrubom čreve, zahŕňajú patria *Faecalibacterium* sp, *Clostridium* sp, *Lactobacillaceae*, *Bifidobacteria* sp. Okrem baktérií je prítomná komunita húb (mykobióm alebo fungóm), tvorená predovšetkým *Candida* sp, najmohutnejšie zastúpená v dospelosti a veľmi variabilná v závislosti od veku, vonkajších vplyvov a stravy. Mikrobiotu ovplyvňuje množstvo vonkajších aj vnútorných vplyvov, ako stres, choroby, lieky, environment a iné. Mikrobióm obsahuje asi deväť miliónov génov, čo je 360 krát viac ako ľudský genóm. Diagnostiku a zloženie mikrobioty umožňujú metódy aplikovanej biológie, tzv „omic“ metódy. Genomika, transkriptomika, proteomika a metabolomika sú metódy na diagnostiku kmeňov mikroorganizmov, ich funkcie a metabolitov. Črevná mikrobiota má fundamentálny vplyv nielen na funkcie hrubého čreva a tráviaceho traktu ale aj na ostatné orgány a celý makroorganizmus. Pre symptomatickú DD sú typické špecifické zmeny v mikrobiote, ktoré je možné odhaliť vyšetrením metabolómu. Súčasťou manažmentu symptomatickej DD je cyklická liečba rifaximínom, cieľom ktorej je modulovanie črevnej mikrobioty a následná úprava symptómového skóre choroby. Modulovanie a eubiotický efekt rifaximínu spočíva v selektívnom vplyve na baktérie čreva, s podporou rastu laktobacilov, bifidobaktérií a *Faecalibacterium prausnitzii*, čo je spôsobené mutáciou v β podjednotke RNA polymerázy. Rifaximín je nevstrebateľné antibiotikum, účinkujúce len v čreve, čo minimalizuje jeho systémový efekt a nežiaduce účinky.

EOSINOFILNÍ KOLITIDA

Monika Černá¹, Jiří Stehlík¹,

¹ Gastroenterologické oddělení, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem

Úvod Eosinofilní kolitida je nejméně častou formou nemoci řadící se mezi primární eosinofilní gastrointestinální choroby. Etiologie zatím není zcela objasněna, v dospělém věku se zřejmě uplatňuje non IgE mediovaná hypersenzitivita k antigenům potravy. V adolescentním a dospělém věku se projevuje průjmy, někdy s krví, bolestmi břicha a váhovým, úbytkem s obvykle mírným endoskopickým nálezem, který nekoreluje s intenzitou obtíží. Diagnóza je primárně histopatologická, protože endoskopický obraz je nepříznačný. V terapii se uplatňují kortikoidy, antihistaminika a nově i anti-IL5 biologická léčiva. Charakter choroby je fluktuující, střídají se epizody remise a aktivity, většinou bez patrného spouštěče. Metodika V prezentaci se budu věnovat kazuistice mladé ženy, u které se po vyloučení sekundárních příčin podařilo stanovit tuto diagnosu a tomu co předcházelo diagnose a jak se vyvíjel její zdravotní stav po залечení. Její symptomy, endoskopický a histopatologický náález a odpověď na terapii koreluji s dostupnými daty v literatuře. Závěr Primární eosinofilní kolitida je i v nynější době raritně se vyskytující onemocnění, jehož management je postupně zpřesňován, ale pouze na základě přibývajících kazuistických sdělení. Každý další identifikovaný pacient tak přispívá ke zlepšení našich znalostí a následně i léčby.

VLIV COLONFIT NA SYMPTOMY PACIENTŮ SE SYNDROMEM DRÁŽDIVÉHO TRAČNÍKU, FUNKČNÍ ZÁCPOU A FUNKČNÍM PRŮJMEM

Radek Kroupa¹, Šárka Doležalová², Hana Junková³, Věra Benedíková⁴, Jiří Jarkovský⁵, Jiří Dolina¹,

¹ Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno

² Gastroenterologická ambulance SPEA Olomouc

³ Gastroenterologie, Poliklinika Rychnov nad Kněžnou

⁴ Gastroenterologická ambulance Poliklinika Veselí nad Moravou

⁵ Institut biostatistiky a analýz, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity Brno

Úvod: Funkční střevní potíže spojené se změnou charakteru a frekvence stolice bývají terapeuticky obtížně ovlivnitelné. Suplementace vlákniny a probiotik může mít pozitivní vliv na určité symptomy prostřednictvím změn střevního mikrobiomu a fermentace, naopak jiné potíže může teoreticky akcelarovat. V běžné praxi je léčba cílena dle převažujících potíží, většinou bez přesné klasifikace funkční poruchy dle arbitrárních kritérií. Cílem práce bylo monitorovat účinnost a toleranci podávání potravin pro zvláštní lékařské účely Colon FIT (kombinace vlákniny, inulinu a probiotik) u pacientů s funkčními střevními potížemi. Metodika: Observační studie u pacientů s funkční zácpou, funkčním průjmem a syndromem dráždivého tračníku během měsíčního užívání ColonFIT 10g denně. Sledována byla anamnestická data, charakter a závažnost potíží (na stupnici 1-5), činnosti ovlivňující kvalitu života a jejich vývoj po 2, 4 a 6 týdnech oproti vstupním parametrům, v podskupinách dle převažujících vstupních potíží. Výsledky: Studie probíhala během 12 měsíců od května 2018 v 15 participujících gastroenterologických ambulancích. Celkem bylo zařazeno 140 pacientů, kompletní data dle protokolu byla získána od 110 z nich. Většina zařazených pacientů 67 (60,9%) splňovala kritéria syndromu dráždivého tračníku dle ROMA III, ostatní zařazení pacienti splňovali dle ošetřujících lékařů charakteristiku funkčních střevních potíží bez detailního určení diagnózy. U 46 (41,8%) pacientů dominovaly potíže asociované s obstrukcí, u 28 (25,5%) pacientů převažoval průjem, u zbývajících byl smíšený typ potíží. V souboru bylo zahrnuto 58,2% žen. Břišní dyskomfort a nadýmání s dopadem na omezení ve stravování dominovaly ve všech skupinách. Pacienti se zácpou měli těžší obtíže než ostatní. Po léčbě u nich došlo k významné změně charakteru stolice směrem ke změkčení (dle Bristolské škály z 1,9 na 3,9 (p<0,001)) a navýšení počtu spontánního vyprázdnění (z 3,1 na 5,6 krát týdně (p=0,001) současně i snížení pocitu neúplného vyprázdnění a plynatosti o 40% resp. 32%. U pacientů s průjmem došlo k mírné redukci počtu stolic v týdnu (ze 17,8 na 12,7krát), omezení křečí a zmírnění dopadu potíží na dietní omezení o 30%. U pacientů se smíšeným typem potíží nebyly pozorovány výraznější změny v charakteru a frekvenci stolice, ze symptomů byl nejvýraznější efekt na zmírnění křečí a dietních omezení o 27% resp. 30%. Dva týdny po ukončení efekt takřka u všech přetrvával. Závěr: Měsíční použití Colon FIT mělo největší přínos u pacientů se zácpou, kde vedlo k signifikantnímu nárůstu frekvence a změkčení stolice provázeném redukcí symptomů. Příznivý efekt na redukci křečí a snížení nutnosti dietního omezení byl pozorován i u funkčního průjmu a smíšeného charakteru potíží. Užívání ColonFIT nebylo provázeno zhoršením symptomů. Přes limitaci observačního charakteru studie může využití fixní kombinace vlákniny, pre- a probiotika efektivně rozšířit možnosti symptomatické léčby funkčních střevních potíží.

DIAGNOSTICKÝ ALGORITMUS A CHIRURGICKÉ MOŽNOSTI TERAPIE PRESAKRÁLNÍCH REZISTENCÍ

Alena Berková¹, Petr Vlček¹, Jiří Korbička¹, Tamara Vystrčilová¹, Vladimír Červeňák²,

¹ I. chirurgická klinika, Fakultní nemocnice u sv. Anny a LF MU v Brně

² Klinika zobrazovacích metod, Fakultní nemocnice u sv. Anny a LF MU v Brně

Presakrální rezistence, ať už se jedná o benigní nebo maligní, jsou u dospělých vzácné a často asymptomatické. Diagnóza je založena na pečlivě odebrané anamnéze, klinickém nález a zobrazovacích metodách. K operačnímu výkonu existuje několik chirurgických přístupů jako jsou abdominální, perineální, transrektální, zadní – parasakrální a kombinované přístupy, kam řadíme abdomino-transrektální nebo abdomino-sakrální přístup. Volba vhodného chirurgického přístupu je dána povahou tumoru a jeho anatomickou polohou vzhledem ke středu třetího sakrálního obratle (S3), přítomností nebo nepřítomností invaze do sousedních orgánů, pánve nebo sakrálních obratlů. Abdominální přístup je často využíván u nádorů uložených nad S3, ať už benigní nebo maligní, ale bez invaze do sousedních orgánů. Perineální nebo transrektální přístup je indikován pro léze ležící pod středem S3, které jsou benigního charakteru nebo u maligních tumorů v počátečním stadiu, tj. T1. Nádory umístěné pod středem S3 můžeme také extirpovat ze zadního přístupu což umožňuje i přidruženou resekci sakrálních segmentů v případě invaze tumoru. Kombinované přístupy jsou indikovány u tumorů s invazí do okolních orgánů, sakrálního obratle nebo vycházejí z oblasti středního a nízkého rekta. Metody: Přednáška prezentuje diagnostický algoritmus rezistencí malé pánve a využití zobrazovacích metod k určení dalšího terapeutického postupu a volbě nejvhodnějšího chirurgického přístupu. Chirurgické přístupy jsou názorně dokumentovány v jednotlivých krátkých kazuistikách. Závěr: Léčba presakrálních nádorů je dána typem nádoru, komorbiditami, věkem pacienta a v neposlední řadě i pohlavím. Je potřeba vzít v úvahu, že s rostoucím věkem se velikost tumoru zvětšuje, zvyšuje se i pravděpodobnost jeho malignity a v neposlední řadě narůstá také množství přidružených komorbidit. Právě kvůli možnosti růstu a riziku maligního zvratu jsou tumory indikovány k chirurgické léčbě, i když jsou malé nebo asymptomatické.

KONFOKÁLNÍ LASEROVÁ ENDOMIKROSKOPIE V DIAGNOSTICE REAKCE ŠTĚPU PROTI HOSTITELI - PILOTNÍ STUDIE

Ladislav Douda¹, Marcela Kopáčková¹, Jiří Soukup², Jakub Radocha³, Benjamin Víšek³, Jan Bureš¹,

¹ II. interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové

² Fingerlandův ústav patologie, Lékařská fakulta UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové

³ IV. interní hematologická klinika, Lékařská fakulta UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Úvod: Reakce štěpu proti hostiteli (graft versus host disease, GvHD) je obávanou komplikací alogenní transplantace progenitorových krvetvorných buněk. Hlavními cílovými orgány při akutní reakci štěpu proti hostiteli jsou kůže, játra a gastrointestinální trakt. Časná diagnostika postižení trávicí trubice a z ní plynoucí intenzifikace léčby je klíčová. Novou metodou v endoskopické diagnostice je konfokální laserová endomikroskopie. Metodika: U pacientů s podezřením na akutní intestinální GvHD byla po vyloučení střevní infekce provedena po lokální přípravě rektosigmoidoskopie flexibilním video-koloskopem s vysokým rozlišením (Olympus). Při jednom vyšetření byl nejprve hodnocen slizniční nález v bílém světle a při použití virtuální chromoendoskopie (Narrow Band Imaging, NBI). V druhé fázi byla provedena konfokální laserová endomikroskopie za použití konfokální laserové sondy (Cellvizio, Mauna Kea Technologies), zavedené pracovním kanálem koloskopu, po předchozí intravenózní aplikaci fluoresceinu. Třetí závěrečnou fází byl odběr klešťových biopsií ze sliznice esovité kličky a konečníku k histologickému vyšetření a k vyloučení cytomegalovirové infekce. Zlatým standardem pro endoskopické a laserové konfokální hodnocení byla histologie. Studie byla schválena Etickou komisí LFUK a FNHK, všichni nemocní před vyšetřením podepsali informovaný souhlas. Výsledky: K vyloučení či potvrzení akutní intestinální GvHD bylo v časovém období prosinec 2018 až červen 2019 provedeno u čtyř pacientů (2 muži, 2 ženy; věk 41 - 71 let, průměrný věk 60,5 ± 13,4 let) celkem 13 endoskopických vyšetření rekta a esovité kličky v bílém světle a za použití virtuální chromoendoskopie. Konfokální laserová endomikroskopie byla provedena celkem šestkrát. Tíži postižení střevní sliznice při GvHD bylo možno odhadnout již z vyšetření v bílém světle a při použití NBI. Bylo dosaženo dobré shody závěrů histologického vyšetření a konfokální laserové endomikroskopie, a to jak k vyloučení GvHD (4x), tak i posouzení nižšího stupně postižení (2x). Konfokální laserová endomikroskopie správně vyloučila těžší stupeň postižení (grade III-IV). Všechna vyšetření proběhla bez komplikací. Závěry: Pilotní studie prokázala, že vyšetření konfokální laserovou endomikroskopií u pacientů s podezřením na akutní GvHD je snadno proveditelné a minimálně zatěžující. Prvotní data ukazují, že konfokální laserová endomikroskopie je přínosná jednak k vyloučení akutní GvHD a jednak k vyloučení těžšího stupně postižení (negativní prediktivní hodnota je vysoká). Získaná prvotní data bude třeba ověřit na větším souboru nemocných.

POROVNÁNÍ EFEKTIVITY ČTYŘ PREPARÁTŮ URČENÝCH KE STŘEVNÍ OČISTĚ PŘED KOLONOSKOPIÍ – RANDOMIZOVANÁ, ZASLEPENÁ STUDIE

Klára Kmochová ¹, Ondřej Ngo ², Ondřej Májek ², Miroslav Zavoral ¹, Štěpán Suchánek ¹,

¹ Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice, Praha

² Institut biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Brno

Úvod: Kvalitní střevní příprava je základním předpokladem kvalitní kolonoskopie. Vysokoobjemový polyetylen glykol (PEG, 4L) je po dlouhou dobu považován za zlatý standard ve střevní přípravě. Jeho nevýhodou je vysoký objem a slaná chuť, které mohou zhoršovat tolerabilitu a compliance pacientů. V praxi jsou k očistě střeva před kolonoskopií stále častěji používány nízkoobjemové preparáty. Cílem studie je porovnání efektivity čtyř nejčastěji používaných preparátů v ČR: PEG, roztoku sulfátových solí (OSS), nízkoobjemového PEG (2L) + kyseliny askorbové (2L-PEG + Asc), roztoku pikosulfátu sodného a magnezium citrátu (PSMC). Metodika: Randomizovaná zaslepená studie. Do studie byli zařazeni všichni pacienti ≥ 18 let podstupující kolonoskopii z jakékoli indikace kromě plánovaných terapeutických kolonoskopií, pacientů se závažnými interními komorbiditami a aktivní formou IBD. Typ projímadla byl pacientům přidělen randomizačním programem. Všichni jedinci byli poučeni o režimu přípravy ústní i písemnou formou a byl jim doporučen dělený režim přípravy. Pacienti dále obdrželi dotazník ohledně tolerability přípravku. Efektivita byla hodnocena na základě dvou sledovaných parametrů: kvality střevní přípravy (hodnoceno dle Boston Bowel Preparation Scale) a záchytu kolorektální neoplazie. Lékař provádějící kolonoskopii a zároveň hodnotící kvalitu přípravy byl zaslepen ohledně typu použitého laxativa. Výsledky: V období 9/2016 – 5/2019 bylo do studie zařazeno a randomizováno 449 jedinců, finální analýza byla z objektivních důvodů provedena na souboru 431 pacientů, zastoupení v jednotlivých skupinách dle užitého preparátu bylo následující (109 PEG; 110 OSS; 108 2L-PEG+Asc; 104 PSMC). Průměrný věk souboru byl 58 let, zastoupení mužů 51 %. Nejčastější indikace ke kolonoskopii byly symptomy kolorektálního karcinomu (37 %), screeningová kolonoskopie (33 %), TOKS + kolonoskopie 18 %). Dělený režim přípravy byl dodržen v 82 %. Adekvátní střevní příprava (celkové BBPS ≥ 6 a alespoň ≥ 2 v každém segmentu) bylo dosaženo ve srovnatelném počtu kolonoskopií ve všech skupinách (95,4 % PEG; 94,6 % OSS; 96,3 % 2L-PEG+Asc; 96,2 % PSMC; p=0,955). Výborná střevní příprava (celkové BBPS ≥ 8 a alespoň ≥ 2 v každém segmentu) byla zaznamenána častěji ve skupině PEG a OSS, rozdíl nebyl statisticky významný (86,2 % PEG; 83,6 % OSS; 77,8 % 2L-PEG+Asc; 79,8 % PSMC; p=0,370). Počet detekovaných neoplastických lézí byl vyšší ve skupině PEG a OSS, rozdíl nebyl statisticky významný (49,5 % PEG; 49,1 % OSS; 38,0 % 2L-PEG; 40,4 % PSMC). Pokročilá neoplazie (léze ≥ 10mm nebo histologicky adenom s HGD/karcinom) byla detekována ve srovnatelném počtu kolonoskopií ve všech skupinách (11% PEG; 10,0 % OSS; 11,1 % 2L-PEG+Asc; 14,4 % PSMC; p=0,201). V subjektivním hodnocení preparátů pacienty byl jednoznačně nejlépe tolerován roztok PSMC, kde chuť projímadla jako výbornou hodnotilo 18,3 % jedinců vs. 1,8% PEG vs. 1,8 % OSS vs. 2,8 % 2L-PEG+Asc. Nauzeu v průběhu přípravy pozorovalo ve skupině PSMC 6,7 % jedinců vs. 11,9 % PEG vs. 16,4 % OSS vs. 20,4 % 2L-PEG+Asc. Závěr: Nízkoobjemové preparáty (roztok sulfátových solí, nízkoobjemový polyetylen glykol (2L) + kyselina askorbová, roztok pikosulfátu sodného + magnezium citrát) jsou ve střevní přípravě stejně efektivní jako čtyřlitrový polyetylen glykol a mohou být považovány za jeho alternativu. Podpořeno vzdělávacími projekty MO 1012 a Progres Q28/LF a programovými projekty Ministerstva zdravotnictví ČR reg. č.16-29614A, 17-31909A a NV18-08-00246.

EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION (ESD) IN EARLY GASTROINTESTINAL NEOPLASIA THERAPY

Nagyija Brogyuk¹, Tomáš Grega¹, Ondřej Ngo², Miroslav Zavoral¹, Štěpán Suchánek¹,

¹ First Faculty of Medicine of Charles University and Military University Hospital, Gastrointestinal Endoscopy, Prague, Czech Republic

² Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic, Uherčice, Czech Republic

Introduction: Endoscopic submucosal dissection (ESD) is the therapeutic endoscopic method that allows en-bloc and radical (R0) resection of early gastrointestinal neoplasia. ESD is still a technically demanding method, which needs special training and has some risk of complications. **Aims & Methods:** The main aim is to evaluate effectiveness of ESD and hybrid technique ESD / EMR (endoscopic mucosal resection) in the treatment of early gastrointestinal neoplasia in one tertiary endoscopic centre. Data from a retrospective registry of patients who underwent ESD and hybrid ESD/EMR from February 2015 to March 2019 were evaluated. Therapeutic results and performance related complications were analysed. **Results:** A total of 43 ESD and ESD/EMR were analysed in 40 patients (mean age 64.5 years, 27 males). The lesion distribution was as follows: rectum (n = 30), sigmoid colon (n = 2), transverse colon (n = 1), oesophagus (n = 4) and stomach (n = 6). The mean lesion size was 30.9 mm (range 5-70 mm). En-bloc resection was achieved in 39 of 43 lesions (90.7%) and R0 resection was achieved in 35 of 39 en bloc resection (89.7%). 20 lesions (46.5%) were assessed as sessile polyps (type 0- Is according to Paris classification). The classic ESD technique was used in 32 lesions (74.4%; R0 resection in 28 lesions), hybrid technique (ESD/EMR) in 11 lesions (25.6%; R0 resection in 7 lesions). Perforation was observed in 16 cases (37.2%). However, all perforations were closed with an endoscopic method using hemoclips, in one case OVESCO clip was successfully applied. Only one delayed bleeding after ESD was observed, successfully resolved endoscopically. Surgical treatment was not necessary in any of these complications. The average inpatient time was 4.7 days (2-11 days). 24 patients (55.8%) were treated with antibiotics (Cephalosporins). Histological findings were as follows: 6 cancers (14.0%) with invasion to the upper third of submucosa (sm1), 4 intramucosal carcinomas (9.3%), 1 neuroendocrine tumours (2.3%), 1 gastrointestinal stromal tumour (2.3%), 12 adenomas with high grade dysplasia (27.9 %) and 13 adenomas with low grade dysplasia (30.2%). One patient underwent surgical resection for invasive T2 carcinoma. Follow up endoscopy was performed in 29 of 43 lesions (67.4%), all with negative findings. **Conclusion:** Our analyses demonstrate that ESD and hybrid technique ESD/EMR are effective and safe therapeutic methods for radical resection (R0) of early gastrointestinal neoplasia. Periprocedural complications can be treated conservatively. **Funding:** The works were supported by grants AZV ČR reg. 17-31909A and NV18-08-00246. **Disclosure:** Nothing to disclose **Keywords:** endoscopic submucosal dissection; gastrointestinal neoplasia; complications

SPECIFIKA PÉČE U DĚTSKÝCH GASTROENTEROLOGICKÝCH PACIENTŮ

DIAGNOSTIKA A LÉČBA CELIAKIE VE 21. STOLETÍ

Abstrakt není k dispozici

IBD U DĚTSKÝCH PACIENTŮ

Abstrakt není k dispozici

ENTERÁLNÍ VÝŽIVA A ELIMINAČNÍ DIETA U CROHNOVY NEMOCI

Abstrakt není k dispozici

BILIÁRNÍ ATRESIE

Abstrakt není k dispozici

VLIV ANTI TNF-ALFA LÉČBY NA POOPERAČNÍ KOMPLIKACE U DĚTSKÝCH PACIENTŮ S CROHNOVOU NEMOCÍ

Abstrakt není k dispozici

PŘESTÁVKA NA KÁVU

PŘESTÁVKA NA KÁVU

SCHŮZE: REDAKČNÍ RADA ČASOPISU GASTROENTEROLO GIE A HEPATOLOGIE

Děkujeme všem zúčastněným firmám za podporu této akce