SBORNÍK ABSTRAKT



7. KONGRES ČESKÉ GASTROENTEROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

10. – 12. listopadu 2021

virtuální konference

Záštita:

prof. MUDr. Jindřich Finek, Ph.D., MHA - děkan lékařské fakulty v Plzni, Univerzita Karlova
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA - rektor, Univerzita Karlova

Pořadatel:

Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP

Prezident kongresu



MUDr. Jana Koželuhová, Ph.D.

Programový výbor:

Doc. MUDr. Ondřej Urban, Ph.D.
Prof. MUDr. Stanislav Rejchrt, Ph.D.
Doc. MUDr. Ilja Tachecí, Ph.D.
MUDr. Jana Koželuhová, Ph.D.

Organizační výbor:

Výbor České gastroenterologické společnosti ČLS JEP

Kooperující společnosti:
Hepatologická společnost ČLS JEP
Česká chirurgická společnost ČLS JEP
Česká onkologická společnost ČLS JEP
Společnost českých patologů ČLS JEP
Gastroenterologická a hepatologická sekce sester ČAS

Oraganizátor:

MH Consulting s.r.o.
Narcisová 2850
106 00 Praha 10
www.mhconsulting.cz

Sekretariát společnosti:

PhDr. Martina Pfeiferová
mob: 604 898 604
e-mail: pfeiferova.martina@gmail.com

SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ KONGRESU

SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ

[1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

MAŘATKOVA PŘEDNÁŠKA

STŘEVO JAKO IMUNITNÍ ORGÁN - MIKROBIOM A NEMOCI

Helena Tlaskalová-Hogenová [1],
[1] Ústav imunologie a mikrobiologie 1. LF UK a VFN, Praha

Abstrakt není k dispozici

PŘEDÁNÍ ČESTNÉHO ČLENSTVÍ ČGS

PŘEDÁNÍ ČESTNÉHO ČLENSTVÍ

[1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

STATE OF THE ART - VÝBĚR PREZIDENTKY KONGRESU

NOVÉ TRENDY V TERAPII IBD

Milan Lukáš [1],
[1] Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty ISCARE, Praha

Abstrakt není k dispozici

OBTÍŽNÁ CHOLEDOCHOLITIÁZA V DOBĚ EURCP A CHOLANGIOSKOPIE

Ondřej Urban [1],
[1] II. interní klinika - gastroenterologická a geriatrická FN a LF UP, Olomouc

Abstrakt není k dispozici

DIAGNOSTIKA A TERAPIE ČASNÝCH NÁDORŮ TRÁVICÍ TRUBICE

DIAGNOSTIKA A STAGING ČASNÝCH NEOPLAZIÍ GIT

Robert Procházka [1],
[1] Oddělení gastroenterologie Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Účelem prezentace je shrnout možnosti HD endoskopie, chromoendoskopie a auxiliárních metod v detekci a stagingu časných slizničních neoplazií GIT. V diagnostice časného skvamozního karcinomu jícnu může virtuální HD NBI chromoendoskopie nahradit tradiční chromoendoskopii Lugolem. Při surveillance Barretova jícnu se v detekci HG dysplazie a časného karcinomu zdá jako nejlepší kombinace HD endoskopie s virtuální chromoendoskopií, s následnou aplikací kyseliny octové. V žaludku je intestinální metaplazie endoskopicky detekovatelnou prekurzorovou lézí vedoucí k intestinálnímu typu karcinomu. Dle recentních studií je vhodné při oportunní prevenci kombinovat necílené žaludeční biopsie tzv.maping s chromoendoskopicky cílenými biopsiemi suspektních ložisek intestinální metaplazie. Kombinace virtuální HD chromoendoskopie s aplikací kyseliny octové umožňuje odhalit cévní a slizniční nepravidelnosti, známky časného intestinálního karcinomu. Náročnější je odhalení časných forem difúzního typu žaludečního karcinomu. Tento typ karcinomu nemá jasnou prekurzorovou lézi, ale jeho časná forma může být detekována HD endoskopií jako nenápadná “distrakce” sliznice podmiňující její fokálně bělavý vzhled. Podobně jako v horním GIT je morfologie kolonických neoplazií, hodnocená Pařížskou klasifikací, zásadní pro vyjádření rizika invazivního karcinomu. V hodnocení biologické povahy a ve stagingu kolonických lézí jsou přínosem validované NBI chromoendoskopické klasifikace jako NICE a J-NET. Novější J-NET klasifikace je pokusem o zpřesnění stagingu, ale hodnocení míry cévních a slizničních nepravidelností je stále velmi subjektivní. Bohužel auxiliární metody jako EUS nebo MR neposkytují větší jistotu lokálního staging, tj. posouzení hloubky submukozní invaze. Endocytoskopie kombinující nové zvětšovací endoskopy s klasickou chromoendoskopií umožnuje in-vivo posouzení histologie časných GIT neoplazií a posouvá nás blíže reálné optické biopsii. Bohužel limitací této metody je zobrazení pouze superficiálních vrstev sliznice a zatím tak neumožňuje staging případného karcinomu. Přes dynamický technologický pokrok je pohled zkušeného endoskopisty zatím nenahraditelný. Je možné, že v budoucnu umělá intelligence za pomoci umělých neuronových sítí bude schopna nedostatek zkušenosti nahradit.

VOLBA ENDOSKOPICKÉ TERAPIE U ČASNÝCH NÁDORŮ REKTA: EMR, ESD, EFTR NEBO TEM?

Vladimír Nosek [1],
[1] Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., Oddělení gastroenterologie

Abstrakt není k dispozici

OŠETŘENÍ SPODINY PO ENDOSKOPICKÉ TERAPII V TRÁVICÍ TRUBICI

Štěpán Suchánek [1],
[1] Interní klinika 1. LF UK a ÚVN

Abstrakt není k dispozici

REKURENCE PO ENDOSKOPICKÉ TERAPII V TRÁVICÍ TRUBICI

Petr Vítek [1],
[1] Nemocnice Frýdek-Místek, Interní oddělení, Beskydské Gastrocentrum

Abstrakt není k dispozici

PANELOVÁ DISKUZE

[1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

ABBVIE S.R.O. - SATELITNÍ SYMPOZIUM

ABBVIE SYMPOZIUM

[1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

SANDOZ S.R.O. - SATELITNÍ SYMPOZIUM

TERAPIE IDIOPATICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTŮ V TĚHOTENSTVÍ

Jana Koželuhová [1],
[1] Odd. gastroenterologie a hepatologie, I. interní klinika, FN Plzeň

Abstrakt není k dispozici

IBD I: MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE U KOMPLIKOVANÝCH IBD PACIENTŮ

PERIANÁLNÍ NEMOC U CN: ZÁKLADY KOMPLEXNÍ LÉČBY

Zuzana Šerclová [1],
[1] Nemocnice Hořovice, Chirurgické oddělení

Abstrakt není k dispozici

SYNDROM KRÁTKÉHO STŘEVA A STŘEVNÍ INSUFICIENCE

Pavel Kohout [1],
[1] II. interní klinika Fakultní Thomayerova nemocnice

Abstrakt není k dispozici

AKUTNÍ TĚŽKÁ ULCERÓZNÍ KOLITIDA

Milan Lukáš [1],
[1] Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty ISCARE, Praha

Abstrakt není k dispozici

ENDOTERAPEUTICKÉ METODY U IBD

Martin Lukáš [1],
[1] Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty ISCARE, Praha

Abstrakt není k dispozici

HEPATÁLNÍ KOMPLIKACE IBD

Pavel Drastich [1],
[1] IKEM, Klinika hepatogastroenterologie, Praha

Abstrakt není k dispozici

PŘESTÁVKA

AKUTNÍ KRVÁCENÍ DO GIT

OD PROJEVU KRVÁCENÍ K VÝKONU

Martin Souček [2],
[2] Interní klinika 2. LF UK aFN Motol, Praha

Abstrakt není k dispozici

ENDOSKOPICKÁ LÉČBA AKUTNÍHO KRVÁCENÍ DO GIT: NOVINKY V ORGANIZACI A TECHNICKÉM VYBAVENÍ

Radan Keil [2],
[2] FN Motol, Interní klinika, Úsek gastroenterologie

Abstrakt není k dispozici

KRVÁCENÍ PŘI PORTÁLNÍ HYPERTENZI: VÝVOJ, SOUČASNÝ STAV

Julius Špičák [2],
[2] IKEM, Klinika hepatogastroenterologie, Praha

Abstrakt není k dispozici

NEVARIKÓZNÍ KRVÁCENÍ V HORNÍ ČÁSTI GIT

Jan Hajer [2],
[2] II. interní klinika FNKV, Praha

Abstrakt není k dispozici

KRVÁCENÍ V TRAČNÍKU: ZDROJE A POSTUP

Radek Kroupa [2],
[2] Interní gastroenterologická klinika FN Brno

Abstrakt není k dispozici

RADIOLOGICKÉ MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY A ZÁSTAVY KRVÁCENÍ

Radek Pádr [1],
[1] Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol, Praha

Abstrakt není k dispozici

VIDEOMARATON

DIVERTIKLY? DIVERTIKLY!

Zuzana Mandátová [1], Iva Rücklová [1], Jindřich Sova [1], Roman Klus [1], Martin Bortlík [1],
[1] Gastroenterologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Stručný popis: Pacient 80 let, opakované ataky krvácení do GIT. Zjištěna divertikulóza tlustého střeva - předpokládaný zdroj krvácení. Při recidivě masivního krvácení CT AG s nálezem krvácení z jejunálních arterií, následně selektivní AG horní mezenteriky s embolizací a zástavou krvácení. S malým odstupem enteroskopie (single balloon) s nálezem mnohočetných, objemných divertiklů jejuna, v místě embolizace mírné ischemické změny.

INTRADUKTÁLNÍ PAPILÁRNÍ NEOPLÁZIE ŽLUČOVÝCH CEST

Jiřina Pintová [1], Vladimír Nosek [1], Michael Man [2], Marián Švajdler [3],
[1] Gastroenterologické oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou p.o.
[2] Chirurgické oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou p.o.
[3] Bioptická laboratoř s.r.o., Plzeň

Intraduktální papilární neoplázie žlučových cest (intraductal papillary neoplasm of bile duct, IPNB) představuje vzácné onemocnění žlučových cest, které je považováno za biliární obdobu pankreatického IPMN. Jako samostatná jednotka bylo IPNB definováno dle World Health Organization (WHO) Classification of Tumours v roce 2010. Jedná se o vzácné onemocnění s potenciálním rizikem maligní transformace do invazivního cholangiokarcinomu. IPNB je charakterizováno exofytickým papilárním růstem epitelu žlučových cest s nadměrnou produkcí mucinu. Nadprodukce hlenu způsobuje dilataci žlučových cest s klinickými projevy bolestí břicha, biliárními kolikami, ikterem a horečkami. Může být postižena kterákoliv lokalizace žlučového stromu, popisován je i multifokální výskyt. Zobrazovací metody ukazují intraluminální, měkkotkáňové, dobře ohraničené masy ve žlučovém stromu. Definitivní diagnóza je stanovena patologickým vyšetřením. Imunohistochemicky mohou být IPNB rozlišovány do 4 subtypů: pankreatobiliární, intestinální, gastrický a oncocytický. V současnosti jsou zpracovávány nové klasifikace s predikcí k dalšímu chování neoplázie. Časná diagnostika IPNB vede ke kurativní chirurgické resekci s 5-letým přežitím nad 80%. Prezentujeme případ 80-letého pacienta s nálezem recidivujícího bezbolestného obstrukčního ikteru a dilatace žlučových cest. V předchorobí v roce 2011 proběhla biliární pankreatitis a nekomplikovaná cholecystektomie. Na naše oddělení byl pacient referován v roce 2019, při ERCP byla provedena extrakce velkého množství hlenu. Cholangioskopie prokázala rozsáhlé papilární hmoty v pahýlu ductus cysticus, bez postižení ductus choledochus. Cholangioskopicky navigovaná biopsie potvrdila diagnosu IPNB, intestinální subtyp. Byla indikována chirurgická resekce pahýlu ductus cysticus. Pacient nyní 20 měsíců bez klinických obtíží.

ENDOSKOPICKÁ AMPULEKTOMIE A INTRADUKTÁLNÍ RADIOFREKVENČNÍ ABLACE V TERAPII ADENOMU VATEROVY PAPILY

Petr Vaněk [1], Ondřej Urban [1],
[1] II. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická, FN a LF UP Olomouc

Pro endoskopickou léčbu adenomů Vaterovy papily s intraduktálním šířením ≤ 20 mm doporučuje European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) endoskopickou ampulektomii doplněnou o radiofrekvenční ablaci (RFA). Prezentujeme případ 73leté pacientky s adenomem Vaterovy papily o průměru 18 mm. Endosonografie prokazuje šíření do terminálního úseku ductus choledochus v délce 15 mm. ERCP provádíme v celkové anestézii v supinační poloze nemocné. Vybavujeme původní plastový duodenobiliární (DB) stent a zobrazujeme žlučové cesty. Diagnostikujeme dilataci choledochu, v jehož terminálním úseku vizualizujeme stenózu délky 15 mm, korespondující s EUS nálezem. Dále zobrazujeme mírně dilatovaný hlavní pankreatický vývod kontrastní látkou zbarvenou metylénovou modří. Pokračujeme endoskopickou ampulektomií monofilamentní kličkou o průměru 15 mm bez podpichu. Resekát ihned vybavujeme kličkou a fixujeme na korkové podložce. Prohlížíme spodinu po resekci a vylučujeme perforaci. Do modře zbarveného ústí pankreatického vývodu zavádíme pankreatický stent délky 7 cm o síle 5 Fr. Poté znovu kanylujeme žlučové cesty, zavádíme HabibTM EndoHPB bipolární radiofrekvenční katétr a provádíme intraduktální RFA po dobu 120 s energií 7 W. Po vytažení katétru vizualizujeme v terminálním choledochu bílé nekrotické části adenomu v rozsahu stenózy. Zavádíme celopotažený DB stent Wallflex délky 60 mm o průměru 10 mm. Výkon probíhá bez komplikací, pacientku propouštíme do domácí péče následující den. Histologie z resekátu potvrzuje tubulovilózní adenom s těžkou dysplázií. Plánujeme re-ERCP s vybavením obou stentů.

ENDOSKOPICKÁ LÉČBA PANKREATICKÉ KOLEKCE AKCESORNÍHO PANKREATU V ŽALUDKU

Jan Kuchař [1], Ivana Mikoviny-Kajzrlíková [1], Petr Vítek [1], Vladimír Hořava [2], Hana Vaňková [3], Martin Chrostek [4],
[1] Beskydské gastrocentrum, interní oddělení, Nemocnice ve Frýdku-Místku p.o.
[2] Oddělení patologie, Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.
[3] Radiodiagnostické oddělení, Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.
[4] Chirurgické oddělení, Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.

Prezentujeme případ 36leté ženy, která byla přijata pro opakované epigastralgie a elevaci zánětlivých parametrů. Bylo provedeno CT břicha s nálezem abscesové kolekce ve stěně antra žaludku, která byla následně úspěšně drénována zavedením double pigtail stentu pod kombinovanou EUS a skiaskopickou kontrolou. Během endosonografického vyšetření bylo vysloveno podezření na možnost akcesorního pankreatu, přítomnost pankreatické tkáně byla potvrzena histologickým odběrem tkáně s pomocí EUS-FNB. Při léčbě došlo k ústupu symptomatologie i regresi velikosti kolekce. Vzhledem k možnosti rekurence byla pacientce doporučena chirurgická resekce léze.

NEOBVYKLÁ KOMPLIKACE EUS NAVIGOVANÉ GASTROENTEROANASTOMÓZY

Alžběta Hujová [1], Petr Štirand [1], Patrik Turza [2], Julius Špičák [1], Tomáš Hucl [1],
[1] Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha
[2] Pracoviště radiodiagnostiky a intervenční radiologie (ZRIR), IKEM, Praha

65letá pacientka s generalizovaným karcinomem prsu byla vyšetřena pro známky obstrukce horní části zažívacího traktu. Příčinou stenózy duodena neprostupné pro endoskop byla maligní břišní lymfadenopatie. V prosinci 2020 byla u pacientky provedena endosonograficky navigovaná gasroenteroanastomóza (GEA) za pomocí 20mm stentu HotAxios (Boston Scientific), což vedlo k okamžitému ústupu obtíží a plné obnově perorálního příjmu. Správná poloha stentu v tenkém střevě byla dokumentována endoskopicky a radiologicky. V březnu 2021 si pacientka stěžovala na dyspeptické obtíže, provedená gastroskopie prokázala správnou průchodnost gastroenteroanastomózy s dvěma kličkami tenkého střeva. V květnu 2021 dochází k postupnému rozvoji nechutenství, zvracení a průjmů, na CT břicha je vysloveno podezření na komunikace GEA s tlustým střevem. V červnu 2021 se objevuje zvracení s příměsí sterkorálního obsahu, kontrolní gastroskopické vyšetření prokazuje komunikaci gastroenteroanastomózy s tlustým střevem, jakožto atypickou, ale popsanou komplikaci GEA. Extrahujeme metalický stent a žaludeční ústí anastomózy endoskopicky uzavíráme pomocí OVESCO klipu a endoloopu, což vede k okamžitému ústupu zvracení. Vlivem probíhající onkologické léčby dochází u pacientky v mezičase k regresi lymfadenopatie a tím i k uvolnění obstrukce duodena, novou GEA tedy nezavádíme. Postupně se obnovuje normální perorální příjem a pacientka pokračuje v onkologické léčbě.

DOKONČENÍ ENDOSKOPICKÉ RESEKCE POLYPU KOMPLIKOVANÉ PERFORACÍ TRAČNÍKU

Katsiaryna Zhychko [1], Veronika Legátová [1], Ilja Tachecí [1],
[1] II. interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Iatrogenní perforace představují vzácnou, ale závažnou komplikaci endoskopických resekčních výkonů. Riziko perforace je popisováno v cca 0,1 % - 6.3 % (1, 2). Časná (ideálně bezprostřední) diagnostika komplikace a adekvátní léčba významně snižují mortalitu a morbiditu pacienta. O dalším terapeutickém postupu rozhoduje velikost a lokalizace perforace, technické možnosti její léčby, klinický stav pacienta a zkušenost endoskopujícího lékaře. Muž (39 let, bez významnějších komorbidit) byl plánovaně přijat na naše pracoviště k posouzení možnosti endoskopické resekce objemného polypu colon descendens, zjištěného v průběhu koloskopie provedené ve spádovém zařízení pro opakované průjmy. V 60 cm zavedení endoskopu byl potvrzen polyp velikosti cca 50 mm, vyplňující lumen tračníku (0-Is, NICE 2, JNET 2b). Po podpichu léze (70 ml Patentblau, 10 ml Adrenalin 1:10 000) a jejích částečné endoskopické resekci kličkou byla patrná perforace do perikolické tkáně (nešlo o volnou perforaci do dutiny břišní). Vzhledem k celkově dobrému klinickému stavu pacienta a stavu přípravy tračníku, jsme se po dalším podpichu léze rozhodli ve výkonu pokračovat. Po snesení zbytku léze a kontrole spodiny s perforací jsme ji efektivně uzavřeli pomocí OTSC („over-the-scope“) klipu. Oblast byla označena Spotem. Po výkonu byl pacient zajištěn antibiotiky. Postprocedurálně byl nemocný bez obtíží, nález na břiše byl fyziologický, bez výraznějších laboratorních známek zánětu. Relativně brzy byl obnoven perorální příjem a nemocný byl 7.den propuštěn do ambulantní péče. V histologickém vyšetření vzorků byl popsán tubulovilózní adenom s fokusy high-grade dysplázie. Kontrolní koloskopie po 3 měsících prokázala zhojení oblasti se zánětlivým polypem, bez makroskopických i mikroskopických známek reziduální neoplázie. Polypektomie a endoskopická slizniční resekce jsou považovány za relativně bezpečné techniky snesení polypů tračníku. Mezi rizikové faktory perforace jsou uváděny především typ, velikost a lokalizace léze, věk, pohlaví a komorbidity pacienta, a v neposlední řadě i zkušenosti endoskopujícího lékaře. Endoskopická léčba komplikace s využitím klipů je při jejím časném rozpoznání úspěšná ve více než 90 % případů (3,4). Popsaná kazuistika demonstruje možnost úspěšného dokončení endoskopické resekce neoplastické léze i přes závažnou periprocedurální komplikaci. Předpokladem takového postupu jsou příznivé anatomické a klinické podmínky, úspěšný bezodkladný endoskopický uzávěr perforace, spolu s intenzivním sledováním nemocného po výkonu. 1. Kaltenbach T, Anderson JC, Burke CA, Dominitz JA, Gupta S, Lieberman D et al. Endoskopic removal of Colorectal lesions-Recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal cancer. Gastroenterology. 2020 Mar;91(3):486-519. 2. Shahini E, Libanio D, Lo Secco G, Pisani A, Arezzo A. Indications and outcomes of endoskopic resection for non-pedunculated colorectal lesions: A narrative review. World J Gastrointest Endosc. 2021 Aug 16;13(8):275-295. 3. Voermans RP, Le Moine O, von Renteln D. Efficacy of endoskopic closure of acute perforations of the gastrointestinal tract. Clin gastroenterol Hepatol 2012 Jun;10(6):603-8. 4. Magdeburg R, Collet P, Post S et al. Endoclipping of iatrogenic colonic perforation to avoid surgery. Surg Endosc 2008 Jun;22(6):1500-4.

RECIDIVUJÍCÍ KRVÁCENÍ DO GIT U NEMOCNÉ PO HEPATIKOJEJUNOANASTOMÓZE

Tomáš Tichý [1], Přemysl Falt [1],
[1] II. interní klinika gastroenterologická a geriatrická, FN a LF UP Olomouc

Prezentujeme případ 27leté nemocné, která v dětství podstoupila cholecystektomii a resekcí choledochu se založením hepatikojejunoanastomózy pro cystu choledochu a cholelitiázu. Od roku 2017 byla nemocná vyšetřována pro recidivující významné enterorágie s nutností krevních převodů. Opakované gastroskopie, koloskopie, MR enterografie byly s negativním nálezem, scintigraficky byla vyloučena i přítomnost Meckelova divertiklu. Nemocná byla aktuálně referována na naše pracoviště po kapslové enteroskopie s nálezem krve v oblasti jejuna bez nálezu zdroje krvácení. Přistoupili jsme k provedení „push“ enteroskopie pediatrickým koloskopem s „capem“, při které vizualizujeme entero-enteroanastomózu ve vzdálenosti asi 40 cm od duodenojejunálního ohbí. Odvodná klička byla bez patologického nálezu a v přívodné kličce délky 50 cm nacházíme hepatikojejuoanastomózu. V jejím okraji vidíme drobnou tepající prominenci, která po traumatizaci bioptickými kleštěmi krvácí. Nález hodnotíme jako Dieulafoy lézi, kterou ošetřujeme kombinací opichu adrenalinem, argonovou plazmakoagulací a nasazením endoklipů po zavedení jejunobiliárního stentu. S odstupem 3 měsíců provádíme endoskopickou kontrolu s extrakcí biliárního stentu, po celou dobu následného sledování je nemocná beze známek pokračujícího krvácení.

KOMPLIKOVANÁ BILIÁRNÍ FISTULA - KOMPLEXNÍ ENDOSKOPICKÉ ŘEŠENÍ

Robert Procházka [1], Vladimír Nosek [1], Jiřina Pintová [1],
[1] Gastroenterologické oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou p.o.

EURCP je moderní přístup k pankreatobiliárním chorobám spojující výhody ERCP a EUS diagnostiky i terapie. Prezentujeme případ 66 letého muže bez významnějších komorbidit s poruchou evakuace žaludku podmíněnou infiltrací jeho antropylorické části. Dle CT je příčinou infiltrace inoperabilní maligní tumor žaludku s infiltrací pankreatu a angioinvazí. Po gastroskopii s nediagnostickou klíšťkovou biopsií a EUS navigované biopsii stěny žaludku bez průkazu nádorových buněk je pacient indikován k EUS navigované rebiopsii a provedení paliativní endoskopické gastro-entero anastomózy. V celkové anestezii v poloze na zádech u intubovaného pacienta je zaveden lineární echoendoskop do infiltrovaného antra a obtížně do bulbu duodena. Do D2 nelze proniknout. Na infiltrované sliznici antra je patrný vytékající hnis. V EUS obraze je při infiltrované stěně antra retrogastricky přítomný absces. Žlučník má významně zahuštěný obsah. V játrech je patrná aerobilie. Odebrána EUS navigovaná rebiopsie žaludeční stěny. Pro podezření na biliární fistulu a při nedostupnosti Vaterské papily se rozhodujeme zobrazit biliární strom. Transgastricky pronikáme 22G jehlou do štíhlého intrahepatálního žlučového stromu. Při plnění je nad stenózou distálního choledochu patrná široká fistula směřující do retrogastrické abscesové kolekce. Transgastricky prográdně zavádíme do hepatocholedochu plně potahovaný biliární stent Wallflex 60x10mm. Vzhledem k nálezu na žlučníku a překrytí junkce cystiku biliárním stentem je provedena cholecysto-duodeno stomie lumen apozičním stentem Hot-Axios 10x10mm. Dále prokračujeme transgastrickou drenáží perigastrického abscesu a fistuly dvěma plastovými 7Fr stenty typu double pig-til. Výkon ukončujeme provedením endoskopické gastro-entero anastomózy Hot-Axios stentem 20x10 mm. Postproceduální průběh je nekomplikovaný, na ATB terapii dochází k ústupu zánětu. Pacient je časně převeden na perorální příjem potravy a dimitován do domácí péče. Dle kontrolního CT dochází k regresi zánětlivého retrogastrického abscesu. Rebiopsie žaludeční stěny je bez přítomnosti maligních buněk. Plánujeme časnou endoskopickou revizi s histologizací stenózy hepatocholedochu EUS navigovanou biopsií.

VYUŽITÍ ENDOSPONGE PŘI ŘEŠENÍ DEHISCENCE ESOFAGOJEJUNOANASTOMOSY

Monika Černá [1], Jiří Stehlík [1],
[1] Gastroenterologické oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem o.z., Krajská zdravotní a.s.

Budeme prezentovat několik videí pacientky, která byla intervenována pro dehiscenci esofagojejujoanastomózy po gastrektomii pro objemný GIST žaludku. Dehiscence byla nejprve řešena operační revizí a zavedením VACS systému do stěny dutiny břišní, bez většího efektu. Dále byl zaveden plně krytý metalický jícnový stent, který ale nedoléhal, docházelo k protékání střevního obsahu a dehiscence se stále nehojila. Jako další metodu jsme k místě dehiscence zavedli endosponge a ponechali ho 10 dní. Došlo ke kompletnímu vyhojení dehiscence.

RADIOFREKVENČNÍ ABLACE LOŽISEK PANKREATU NAVIGOVANÁ ENDOSONOGRAFICKY

Petr Vyhnálek [1], Jan Drahoš [1],
[1] Interní oddělení , Pardubická nemocnice, Nemocnice Pardubického kraje, a. s.

Abstrakt není k dispozici

BLOK GASTROENTEROLOGICKÉ A HEPATOLOGICKÉ SEKCE SESTER ČAS

CELIAKIE

Marcela Petřeková [1],
[1] Nemocnice Valašské Meziříčí, a.s.

Abstrakt není k dispozici

VČASNÁ DIAGNOSTIKA A PREVENCE Z RUKOU SESTRY

Petra Absolonová [1],
[1] -

Abstrakt není k dispozici

WILSONOVA CHOROBA

Petra Pellegrini Vejražková [1],
[1] IKEM, Praha

Abstrakt není k dispozici

STÁŽ V JENĚ

Jana Haas [1],
[1] Baťova nemocnice Zlín

Abstrakt není k dispozici

ŽIVOT S "CÉČKEM"

Andrea Brucknerová [1],
[1] IKEM, Praha

Abstrakt není k dispozici

ESGE MEETS ČGS

ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF NONVARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE (NVUGIH): EUROPEAN SOCIETY OF GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY (ESGE) GUIDELINE – UPDATE 2021

Ian M. Gralnek [1],
[1] Institute of Gastroenterology and Hepatology and Medical Imaging Institute, Emek Medical Center, Afula, and Rappaport Faculty of Medicine, Technion–Israel Institute of Technology, Haifa, Israel

Abstrakt není k dispozici

ESOPHAGEAL STENTING FOR BENIGN AND MALIGNANT DISEASE: EUROPEAN SOCIETY OF GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY (ESGE) GUIDELINE – UPDATE 2021

P Gkolfakis [1],
[1] Belgie

Abstrakt není k dispozici

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF IATROGENIC ENDOSCOPIC PERFORATIONS: EUROPEAN SOCIETY OF GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY (ESGE) POSITION STATEMENT - UPDATE 2020

Marianna Arvanitakis [1],
[1] Gastroenterology, Hepatopancreatology, and Digestive Oncology, Erasme Hospital, Universite Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium

Abstrakt není k dispozici

PANELOVÁ DISKUZE

[1],
[1] -

Abstrakt není k dispozici

FERRING PHARMACEUTICALS CZ, S.R.O. - SATELITNÍ SYMPOZIUM

MIKROSKOPICKÁ KOLITIDA

Lukáš Bajer [1],
[1] Klinika hepatogastroenterologie IKEM, Praha

Abstrakt není k dispozici

NOVINKY V HEPATOLOGII

NAFLD V ČESKÉ REPUBLICE

Radan Brůha [1],
[1] IV. interní klinika, Klinika gastroenterologie a hepatologie 1. LF UK a VFN

Abstrakt není k dispozici

AUTOIMUNITNÍ HEPATITIDA

Petr Urbánek [1],
[1] Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Abstrakt není k dispozici

ZÁVAŽNÉ BAKTERIÁLNÍ INFEKCE U PACIENTŮ S JATERNÍ CIRHÓZOU

Jan Šperl [1],
[1] Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

Abstrakt není k dispozici

PANELOVÁ DISKUZE

- - [1],
[1] -

Abstrakt není k dispozici

POLYPÓZY TRÁVICÍ TRUBICE

POLYPÓZY ŽALUDKU

Rudolf Repák [1],
[1] II. interní gastroenterologická klinika FN Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

PROFYLAKTICKÉ CHIRURGICKÉ VÝKONY U POLYPÓZ TRÁVICÍ TRUBICE

Julius Örhalmi [1],
[1] Chirurgické oddělení, Nemocnice Hořovice

Abstrakt není k dispozici

REGISTR FAMILIÁRNÍ ADENOMATÓZNÍ POLYPÓZY – CHIRURGICKÁ TERAPIE V ČESKÉ REPUBLICE

Jiří Cyrany [1], Matyáš Kuhn [2], Martina Nováčková [2], Radek Kroupa [3], Štěpán Šembera [1], Veronika Špatenková [4], Martin Lukáš [5], Alena Valíčková [6], Pavel Klvaňa [7], Tomáš Grega [8], Alena Černá [9], Martin Liberda [10], Robert Procházka [11], Jan Kotyza [12], Pavel Kerner [13], Ilja Tachecí [1],

[1] II. interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Hradec Králové
[2] Institut biostatistiky a analýz s.r.o., Brno
[3] Interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno, Bohunice
[4] II. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc
[5] Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty, ISCARE a.s., Praha
[6] Oddělení epidemiologie a genetiky nádorů, Masarykův onkologický ústav, Brno
[7] Beskydské gastrocentrum – Interní oddělení, Nemocnice ve Frýdku-Místku
[8] Interní klinika, I. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Ústřední vojenská nemocnice Praha
[9] Centrum péče o zažívací trakt, Nemocnice AGEL Ostrava – Vítkovice a.s.
[10] Interní oddělení, Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí a.s.
[11] Gastroenterologické oddělení, Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.
[12] I. interní klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Plzeň
[13] Interní oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

Úvod: Familiární adenomatózní polypóza (FAP) je vrozený syndrom s téměř absolutním životním rizikem kolorektálního karcinomu, které může být redukováno především profylaktickou kolektomií. Cíl: popis populace pacientů s FAP v České republice se zaměřením na chirurgickou terapii Metody: multicentrický projekt registru, deskriptivní statistika. Výsledky: 126 pacientů bylo registrováno od 1/2008 do 8/2020: 69 mužů a 57 žen. 73 osob (58 %) ze souboru podstoupilo 96 kolorektálních operací. Devět pacientů podstoupilo více než jednu operaci (dva z nich 3 operace). 22 procedur bylo laparoskopických (26 %), 48 procedur bylo provedeno s profylaktickým záměrem (57 %). Subtotální kolektomie s ileorektální anastomózou (IRA) byla provedena ve 28 případech (33 %), totální kolektomie s ileopouchanální anastomózou (IPAA) byla provedena ve 26 případech (31 %), terminální ileostomie byla nevyhnutelná při 8 totálních kolektomiích (10 %). Operace byly provedeny v průměrném věku 37 let (16 – 66 let), nebyl rozdíl ve věku provedení mezi IRA a IPAA (36 a 34 let). V resekátech bylo nalezeno 25 kolorektálních karcinomů u 22 pacientů (3 pacienti měli 2 nádory) – nádory byly lokalizovány ve všech částech kolorekta. Registrována byla tato stadia karcinomů: 0 (3), I (5), II (2), III (4) a IV (3); v případě profylaktických operací byly všechny nádory ve stadiu 0 a I. V 51 resekátu bez nádoru byly identifikovány adenomy: ve 14 případech s vilózní komponentou a v 19 případech s vysokým stupněm dysplázie. Data o funkčních výsledcích byla k dispozici jen u 62 pacientů: frekvence stolice po IRA byla 5 denně (2-15), po IPAA 6 denně (4-14), dva pacienti udávali inkontinenci stolice po IRA, jeden po IPAA. Závěr: Operace IRA a IPAA byly prováděny u FAP pacientů v ČR stejně často a to kolem 35 let věku. Registr FAP je efektivní platformou pro monitorování populace pacientů s FAP a výsledků jejich terapie. Realizováno za podpory grantu Ministerstva zdravotnictví České republiky: Databáze registru FAP 22/2020/PPZ/OKD.

FORMY KANCEROGENEZE U POLYPÓZ

Kateřina Kamarádová [1],
[1] Fingerlandův ústav patologie, FN Hradec Králové

Polypózy gastrointestinálního traktu (GIT) přestavují celkem heterogenní skupinu hereditárních, obvykle prekancerózních, onemocnění, která mohou být spojena s projevy pouze v GIT nebo zahrnovat rozvoj neoplázií aj. lézí i mimo trávicí trakt. Genetické změny u pacientů s polypózními syndromy kopírují obecné principy kancerogeneze s mendeliánskou dědičností germinální mutace, případně se může jednat o de-novo germinální mutaci příslušného genu. Nejčastější jsou změny na úrovni chromozomální instability s mutacemi v různých typech genů, ať už se jedná o tumor supresory (APC) či onkogeny (RAS). Dalšími možnostmi jsou metylační poruchy vedoucí ke ztrátě funkce genů (MLH1) či poruchy v opravných mechanizmech DNA jako např. v případě MUTYH-asociované polypózy či lézí s poruchami mismatch-repair systému (MMR), kam spadá i Lynchův syndrom. Pro rozvoj vlastní časné léze je obvykle nutná ztráta druhé alely genu somatickou mutací, ztrátou heterozygozity např. v rámci mitotické rekombinace nebo epigetickými změnami jako je metylace promotoru daného genu. Mutace v dalších genech jsou pak zodpovědné za růst a progresi vzniklé léze včetně rozvoje a progrese dysplastických změn či maligní transformaci (KRAS, SMAD4, TP53, MGMT, p16 aj). Vlastní rozdělení polypóz je možné na adenomatózní a ne-adenomatózní polypózy a případně dělení dle lokality či na syndromy asociované s výskytem dalších lézí v jiných orgánech. V první skupině adenomatózních polypóz je nejznámější a nejvíce prostudovaná familiární adenomatózní polypóza (FAP) s germinální mutací genu APC a varianta v podobě syndromu proximální polypózy a adenokarcinomu žaludku (GAPPS). Postižení je u GAPPS limitováno pouze na žaludek z důvodu mutace promotoru 1B genu APC, který je zodpovědný za aktivaci genu v žaludku na rozdíl od kolon, kde je funkce APC zajištěna přes promotor 1A. Dalšími typy jsou MUTYH-asociovaná polypóza (MAP), NTHL1-asociovaná polypóza (NAP), polymerase proofreading asociovaná polypóza (PPAP) či cMMRD polypóza při syndromu konstitutivního deficitu MMR a oligopolypóza s mutací genu MBD4. Syndrom pilovité (hyperplastické) polypózy je definován klinicky s kritérii dle velikosti, lokalizace a četnosti pilovitých lézí, nicméně jen malá část pacientů vykazuje známky obvykle autozomálně dominantní dědičnosti a germinální mutaci v genu RNF43 (17q23.2). Samostatnou jednotkou je také syndrom hereditární smíšené polypózy s mutací genu GREM1. Do non-adenomatózních polypóz spadá syndrom juvenilní polypózy (SJP), který může také obsahovat pilovité léze, ale obvykle má i jiné typy polypů a extra-intestinální příznaky. SJP se dělí na infantilní formu s mutací BMPR1A, juvenilní intestinální formu (SMAD4/DPC4 nebo BMPR1A), JP se syndromem hereditární hemoragické teleangiektázie (SMAD4) a syndrom dětské JP (JP of infancy) s delecí 10q22.2-q23.2 (BMPR1A a/nebo PTEN). Výskyt polypů je i součástí dalších syndromů jako je Peutz-Jeghersův syndrom (mutace STK11 u 90% pacientů), Cronkhite-Canada syndrom, Bannayan-Riley-Ruvalcaba syndrom či Cowdenové syndrom, který je spojený obvykle s germinální mutací genu PTEN, vzácněji genu pro sukcinát dehydrogenázu SDH (5%). GIT polypy u CS představují obvykle směs histologických typů lézí od hamartomatózních juvenilních polypů, přes hyperplastické polypy až po adenomy a nejvyšší riziko malignity u CS je pro mléčnou žlázu. Cílem sdělení je ucelený přehled polypózních syndromů s výskytem v gastrointestinálním traktu s charakteristikami genetických cest jejich rozvoje i progrese.

POLYPÓZY JAKO PREKANCERÓZY

Ilja Tachecí [1],
[1] II. interní gastroenterologická klinika FN Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

PANELOVÁ DISKUZE

[1],
[1] -

Abstrakt není k dispozici

PORUCHA GASTROINTESTINÁLNÍ MOTILITY V ÉŘE HIGH RESOLUTION MANOMETRIE

NOVÁ VERZE CHICAGO KLASIFIKACE - PRAKTICKÁ DOPORUČENÍ PRO (VŠECHNY) GASTROENTEROLOGY

Zuzana Vacková [1],
[1] IKEM, Klinika hepatogastroenterologie, Praha

Abstrakt není k dispozici

ENDOSKOPICKÁ LÉČBA ACHALÁZIE

Eduard Veseliny [1],
[1] I. Interná kl UNLP, Košice

Abstrakt není k dispozici

MUSÍ BÝT PACIENT S REFLUXNÍ CHOROBOU JÍCNU LÉČEN POUZE LÉKY ANEB ÚLOHA FYZIOTERAPIE V LÉČBĚ RCHJ

Lucie Zdrhová [1],
[1] Odd. gastroenterologie a hepatologie, I. interní klinika, FN Plzeň

Abstrakt není k dispozici

PORUCHY MOTILITY TENKÉHO STŘEVA A SYNDROM BAKTERIÁLNÍHO PŘERŮSTÁNÍ

Jan Bureš [1],
[1] II. interní klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

DIAGNOSTIKA A LÉČBA PACIENTŮ S PRIMÁRNÍ ZÁCPOU

Kateřina Košťálová [1],
[1] Oddělení gastronterologie ÚVN

Abstrakt není k dispozici

KDY POSKYTNOUT PACIENTOVI DRUHOU LINII LÉČBY PBC? - SYMPOZIUM AOP ORPHAN PHARMACEUTICALS AG

ÚVODNÍ SLOVO: NOVÝ POHLED NA LÉČBU PBC

Radan Brůha [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KLINICKÝ OBRAZ A DIAGNOSTIKA PBC

Soňa Fraňková [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KYSELINA OBETICHOLOVÁ PRO DRUHOU LINII LÉČBY PBC

Jan Šperl [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

DISKUZE

[1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

SHRNUTÍ NA ZÁVĚR SYMPOZIA

Radan Brůha [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

VLIV PANDEMIE COVID-19 NA SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Miroslav Zavoral [1],
[1] Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Abstrakt není k dispozici

NOVINKY V ENDOSKOPICKÉ LÉČBĚ ČASNÝCH STÁDIÍ KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Štěpán Suchánek [1],
[1] Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Abstrakt není k dispozici

CHIRURGICKÁ LÉČBA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU V ROCE 2021

Jiří Hoch [1],
[1] Chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol

Abstrakt není k dispozici

NOVINKY V SYSTÉMOVÉ LÉČBĚ KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Igor Kiss [1],
[1] Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno

Abstrakt není k dispozici

WHO KLASIFIKACE NÁDORŮ GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU, 5. EDICE, 2019

Markéta Hermanová [1],
[1] I. ústav patologie, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Abstrakt není k dispozici

PANELOVÁ DISKUZE

[1],
[1] -

Abstrakt není k dispozici

ZPRÁVA O ČINNOSTI VÝBORU ČGS

ZPRÁVA O ČINNOSTI VÝBORU ČGS

Ondřej Urban [1],
[1] II. interní klinika - gastroenterologická a geriatrická FN a LF UP, Olomouc

Abstrakt není k dispozici

AKUTNÍ PANKREATITIDA A JEJÍ KOMPLIKACE

OD PATOFYZIOLOGIE K LÉČBĚ

Julius Špičák [1],
[1] Klinika hepatogastroenterologie, IKEM Praha

Abstrakt není k dispozici

KOMPLIKACE AKUTNÍ PANKREATITIDY

Stanislav Rejchrt [1],
[1] II. interní gastroenterologická klinika FN Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

INTERVENCE: INDIKACE, NAČASOVÁNÍ, TECHNIKY

Tomáš Hucl [1],
[1] Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

Abstrakt není k dispozici

VZÁCNĚJŠÍ FORMY AKUTNÍ PANKREATITIDY

Jan Trna [1], Radek Kroupa [2],
[1] Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno; Gastroenterologické oddělení MOÚ Brno; Interní oddělení Nemocnice Boskovice
[2] Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno

Úvod: Akutní pankreatitida (AP) je akutní zánětlivé onemocnění pankreatu způsobené neregulovanou aktivací proteolytických enzymů uvnitř pankreatu s následnou autodigescí žlázy a zánětlivou reakcí lokální, někdy i systémovou. Součástí diagnostiky AP je snaha o zjištění její příčiny, což může ovlivnit způsob léčby. Příčinu AP lze identifikovat až u 75–85 % pacientů. S rozšířenými diagnostickými možnostmi tak etiologie zůstává nejasná jen asi u 15–25 % pacientů. Hlavními spouštěči AP jsou žlučové kameny (cca 40–50 %) a alkohol (30 %). Ostatní známé příčiny akutní pankreatitidy dohromady nepřesahují 10 %. Mezi hlavní skupiny vzácnějších příčin AP patří: 1. metabolické příčiny (hypertriglyceridemie, hyperkalcemie), 2. léky a toxiny, 3. traumata, 4. iatrogenní (post-ERCP pankreatitida, břišní a retroperitoneální operace, biopsie, enteroskopie apod), 5. hypoperfuze (ischemie, hypotenze), 6. mechanická obstrukce (ampulární tumor, pankreatolitiáza, stenóza vývodu, expanze pankreatu, zahuštěný sekret – např. hlen při IPMN, parazitární onemocnění, pancreas divisum, duodenální divertikl, dysfunkce Oddiho svěrače), 7. infekce (virové, bakteriální, parazitární). Metodika: Review dostupné literatury. Výsledky: 1. Akutní pankreatitida při hypertriglyceridémii Elevace sérových triglyceridů bývá jako prvotní vyvolávající příčina AP určena u 1–10 % pacientů. Nicméně elevace sérových triglyceridů je relativně častým nálezem i při AP vyvolaných jinými příčinami (především alkoholických) a proto určit, zda je hypertriglyceridémie jedinou prvotní příčinou AP, není jednoduché. Podmínkou je vysoká koncentrace chylomikronů, často podmíněná geneticky. Sekundárně může být hypertriglyceridémie vyvolaná požitím alkoholu, potravy s vysokým obsahem tuku, hypotyreózou, podáváním estrogenů, retinolů, těhotenstvím nebo diabetem. U pacientů s hypertriglyceridémií > 11 mmol/l se AP vyskytuje až ve 20 % případů. Obecné principy terapie se neodlišují. Na některých pracovištích se v časné fázi onemocnění (do 24, někdy až do 72 hodin od počátku) provádí plazmaferéza k odstranění cirkulujících chylomikronů. Indikace vyžaduje individuální zvážení přínosů a nevýhod takové terapie. Asi největší význam má u geneticky vázaných těžkých forem hyperliproteinémie zhoršených po nějakém dalším inzultu. K časné léčbě, a hlavně prevenci dalších atak jsou používány převážně fibráty. 2. Akutní pankreatitida vyvolaná hyperkalcémií Kalcium se podílí na enzymové homeostáze. Těžká hyperkalcémie může vést k narušení rovnováhy a k intrapankreatické aktivaci enzymů. Vysoká hladina kalcia u pacienta s akutní pankreatitidou by měla vést k zamyšlení nad jejím původem. Může být prvním projevem hyperparatyreózy nebo hyperkalcémie vyvolané maligním onemocněním. Raritně je popisována hyperkalcémie a následně vyvolaná AP i po farmakoterapii (předávkování substitucí kalcia nebo vitamínem D). V řadě případů je hyperkalcémie přítomná současně s jinými možnými etiologickými faktory pro AP (např. cholelitiáza). Součástí léčebného postupu je diferenciální diagnostika hyperkalcémie a léčba dle příčiny. 3. Poléková AP Byly popsány desítky asociací mezi medikací a vznikem AP. V rámci všech příčin AP představují léky zřejmě méně než 1 %. U nejčastějšího původce – azathioprinu – je popisován rozvoj AP asi u 3 % uživatelů. Mezi nejčastěji používané léky s potenciálním rizikem pro vznik AP patří 5-aminosalicyláty, azathioprin, steroidní hormony a estrogeny, diuretika, sulfonamidy, kotrimoxazol a některá cytostatika. Stanovit jednoznačnou odpovědnost konkrétního léku jako jediného vyvolávajícího faktoru AP je obtížné. Vždy je třeba vyloučit jiné příčiny AP. 4. Traumatická akutní pankreatitida K poranění pankreatu dochází u 1–2 % případů poranění břicha. Tupé poranění vede ke kompresi pankreatu proti páteři. Kromě zhmoždění může dojít i k ruptuře tkáně a vývodů s následným rozvoje kolekcí či píštělí. Příznaky nemusejí být specifické, na poranění pankreatu je třeba myslet a verifikovat je nejčastěji provedením CT vyšetření. 5. Post-ERCP pankreatitida AP je jednou z nejčastějších komplikací ERCP. Dle literatury se vyskytuje u 3,5 –9,7 % pacientů po výkonu (u rizikových osob až v 14 %) a je asociována s mortalitou 0,1 – 0,7 %. Hlavním preventivním opatřením vzniku post-ERCP pankreatitidy je správná indikace výkonu a zvážení využití méně invazivních a méně rizikových metod (EUS a MRCP). Za účinnou prevenci je považována dostatečná hydratace před a po výkonu a existují důkazy o přínosnosti rektálního podávání nesteroidních antiflogistik (NSAID) diklofenaku nebo indometacinu (vždy 100 mg) bezprostředně před nebo po ERCP. Predikovat vznik AP po výkonu lze podle hodnocení hladiny amylázy v séru za 4–6 hodin po výkonu. Hodnota nepřesahující 1,5násobek horního limitu normy s vysokou pravděpodobností predikuje nekomplikovaný vývoj. Hodnota vyšší než 3–5násobek ukazuje na vyšší riziko a pacient vyžaduje zvýšenou péči a sledování. 6. Postoperační akutní pankreatitida Prevalence postoperační pankreatitidy dosahuje dle použité metodiky hodnocení a typu výkonu širokého rozmezí 0,4–15 %. Postoperační pankreatitida vzniká nejčastěji po výkonech s přímou instrumentací na pankreatu či v nejbližším okolí (operace pankreatu, na biliárním traktu, žaludku, jater, jícnu, ledvin, střeva a sleziny). AP může komplikovat též operace kardiochirurgické, vaskulární a transplantace. Důležitým patogenetickým faktorem je v těchto případech ischemie pankreatu a nepříznivý vliv některých léků. Raritně je popisován vznik AP po operaci páteře. 7. Akutní pankreatitida po jiných výkonech Akutní pankreatitida může vzniknout jako komplikace enteroskopie. Přechodná hyperamylazémie bez rozvoje obrazu typické AP se vyskytuje po 15–17 % výkonů, ale morfologicky zjevná AP vzniká jen u cca 1 % výkonů. AP může vyvolat provedení biopsie z pankreatu kteroukoli technikou. Hyperamylazémie může provázet EUS navigovanou cytologii/biopsii pankreatu až v 10 % případů. Rozvoj jednoznačné AP je nicméně vzácný a nepřesahuje 2 %. Bylo popsáno několik případů vzniku AP po extrakorporální litotrypsi rázovou vlnou pro nefrolitiázu. Raritně je AP zmiňována jako důsledek duodenální malpozice intragastrického balonu používaného v léčbě obezity. 8. Akutní pankreatitida při dysfunkci Oddiho svěrače (SOD) Dysfunkce Oddiho svěrače je klinická jednotka charakterizovaná abnormální funkcí biliární a/nebo pankreatické části svěrače způsobující přechodnou či dlouhodobou obstrukci toku žluči nebo pankreatické šťávy. Jako příčina AP není akceptována všemi autory. Nejčastěji doporučovaným terapeutickým zákrokem při přetrvávajících potížích je biliární a případně pankreatická papilosfinkterotomie (dle převažujících obtíží a laboratorních nálezů). Bohužel tento výkon sám o sobě patří mezi rizikové z hlediska vývoje AP. 9. Infekční příčiny akutní pankreatitidy Některé infekce virové, bakteriální i parazitární mohou být komplikovány zánětem pankreatu. Typicky je AP popisována jako komplikace parotitidy (příušnic). Diagnosticky je třeba prokázat zvýšení pankreatického izoenzymu. Tato komplikace se vyskytuje u 0,3–3 % nemocných. Výjimečně byla popsána i jako následek vakcinace. AP může doprovázet i virové hepatitidy, infekce enteroviry a postižení virem HIV, zvláště při vyjádřeném syndromu získaného imunodeficitu (AIDS). S nástupem pandemie COVID-19 bylo referováno velké množství mimoplicních orgánových komplikací, včetně virem SARS-CoV-2 vyvolané AP. Nicméně tyto kazuistické případy a retrospektivní soubory nemohou vyloučit dalších nezahrnuté faktory, které ke vzniku AP mohou přispívat. Proti významné souvislosti svědčí i relativně minimální nárůst případů AP po vzplanutí pandemie. Hyperamylazémie může provázet střevní infekce bakteriemi Yersinia či Salmonela, přičemž mohou být splněna i ostatní kritéria pro diagnózu AP. Vzácně může být AP vyvolaná abdominální formou tuberkulózy nebo parazity (např. askarióza). Závěr: Nejčastější příčiny akutní pankreatitidy – žlučové kameny a abúzus alkoholu – jsou zodpovědné za 60–80 % všech případů. Ostatní specifické příčiny, hlavně metabolické, dohromady nepřesahují 10 %. Iatrogenně může pankreatitida vzniknout při užívání některých léků a po terapeutických výkonech (ERCP, břišní operace). Určení etiologie akutní pankreatitidy umožní cílenou úpravu terapie a zajištění prevence recidiv.

PANELOVÁ DISKUZE

[1]
[1]-

Abstrakt není k dispozici

TAKEDA PHARMACEUTICALS CZECH REPUBLIC S.R.O. - SATELITNÍ SYMPOZIUM

TAKEDA PHARMACEUTICALS CZECH REPUBLIC S.R.O. - SATELITNÍ SYMPOZIUM

[1]
[1]-

Abstrakt není k dispozici

DÁLE POSOUVÁME HRANICE BIOLOGICKÉ LÉČBY IBD - SATELITNÍ SYMPOZIUM JANSSEN-CILAG S.R.O.

NOVINKY Z UEGW 2021

Martin Bortlík [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

PŘEDNOSTI A LIMITY SONOGRAFICKÉHO VYŠETŘENÍ U IBD

Naděžda Machková [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

PŘEDNOSTI A LIMITY ENDOSKOPICKÉHO VYŠETŘENÍ U IBD

Martin Lukáš [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

IBD II - URGENTNÍ STAVY U PACIENTŮ S IBD

EMERGENCY IN IBD - WHEN TIMING MATTERS

Marc Ferrante [1],
[1] Gastroenterology and Hepatology, UZ Leuven

Abstrakt není k dispozici

FARMAKOTERAPIE URGENTNÍCH STAVŮ UC

Zuzana Zelinková [1],
[1] Nemocnica sv. Michala, a.s., Bratislava

Abstrakt není k dispozici

FARMAKOTERAPIE URGENTNÍCH STAVŮ CN

Dana Ďuricová [1],
[1] Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty ISCARE, Praha

Abstrakt není k dispozici

CHIRURGICKÁ LÉČBA URGENTNÍCH STAVŮ IBD

Milan Kobza [1],
[1] Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice

Abstrakt není k dispozici

ENDOSKOPIE V TERAPII URGENTNÍCH STAVŮ IBD

Martin Bortlík [1],
[1] Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s

Abstrakt není k dispozici

NOVÁ ÉRA GASTROINTESTINÁLNÍ ENDOSKOPIE

POKROČILÉ ZOBRAZOVACÍ METODY

Přemysl Falt [1],
[1] II. interní klinika - gastroenterologická a geriatrická FN a LF UP, Olomouc

Abstrakt není k dispozici

UMĚLÁ INTELIGENCE V DIGESTIVNÍ ENDOSKOPII

Stanislav Rejchrt [1],
[1] II. interní gastroenterologická klinika FN Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

NOVÉ MOŽNOSTI ENDOSKOPICKÉ TERAPIE U PANKREATOBILIÁRNÍCH NEOPLÁZIÍ

Tomáš Hucl [1],
[1] IKEM, Klinika hepatogastroenterologie, Praha

Abstrakt není k dispozici

BARIATRICKÁ (METABOLICKÁ) ENDOSKOPIE

Evžen Machytka [1],
[1] Interní klinika FN Ostrava

Abstrakt není k dispozici

JAK COVID OVLIVNÍ BUDOUCÍ ÉRU GASTROINTESTINÁLNÍ ENDOSKOPIE

Jozef Záň [1],
[1] Klinika vnútorného lekárstva, gastroenterologické pracovisko, Ústřední vojenská nemocnice SNP Ružomberok

Abstrakt není k dispozici

PANELOVÁ DISKUZE

[1],
[1] -

Abstrakt není k dispozici

PŘEDÁNÍ KASAFÍRKOVY CENY

PŘEDÁNÍ CENY

[1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

RECENT DEVELOPMENT OF SELF EXPANDABLE METALLIC STENSTS FOR BILIO-PANCREATIC LESIONS - SATELITNÍ SYMPOZIUM INLAB

RECENT DEVELOPMENT OF SELF EXPANDABLE METALLIC STENST FOR BILIO-PANCREATIC LESIONS

Jong H. Moon [1],
[1] Department of Internal Medicine, Soon Chun Hyang University School of Medicine Korea

Abstrakt není k dispozici

POSTEROVÁ SEKCE

MOŽNOSTI LÉČBY GAVE (GASTRIC ANTRAL VASCULAR ECTASIA) V ČESKÉ REPUBLICE

Radek Kroupa [1], Milan Dastych [1], Ilja Tachecí [2], Lumír Kunovský [1], Michaela Šrámková [1], Jiří Cyrany [2], Přemysl Falt [3],
[1] Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno
[2] II. interní gastroenterologická klinika LF UK a FN Hradec Králové
[3] II. Interní klinika – gastroenterologická a geriatrická LF UP a FN Olomouc

Úvod: Nález gastric antral vascular ectasia (GAVE) je často spojen s krvácením do trávicí trubice a rozvojem symptomatické anémie. Léčebné možnosti závisí na znalosti a dostupnosti endoskopických i jiných metod. Lze předpokládat, že relativní vzácnost onemocnění a chybění standardizovaných doporučení vede k rozdílnému přístupu v terapii. Cílem práce bylo získat relevantní informace o přístupu k léčbě GAVE napříč pracovišti v ČR a identifikovat potenciální problémy v dostupnosti adekvátní terapie a odhadnout potřebu speciální péče u pacientů refrakterních na základní ošetření argon plasma koagulací. Metodika: Internetový anonymní dotazník strukturovaný na epidemiologii a zvyklosti v diagnostice a léčbě GAVE distribuovaný elektronicky všem členům odborné společnosti. Výsledky: Dle dat od 48 respondentů lze odhadnout výskyt GAVE u cca 1-2 pacientů na 1000 gastroskopií, u poloviny doprovázené portální hypertenzí. Přibližně u 2/3 pacientů je indikována endoskopická léčba, která vede k dlouhodobé stabilizaci anémie přibližně u 70 % ošetřených. U 2–3 % pacientů s GAVE je pro selhání jiné terapie indikován chirurgický výkon. Léčba je zahajována převážně u symptomatických pacientů s anémií, metodou ošetření APC a podáním inhibitoru protonové pumpy. Jiné endoskopické metody nebo farmakoterapie je používána jen na cca 10 % pracovišť. Dostatečného efektu APC je většinou dosaženo až po 3-4 výkonech v průměrném intervalu 4 týdnů. Při nedostatečném efektu série APC výkonů je používáno ošetření radiofrekvenční ablaci, jiná farmakoterapie nebo implantace TIPS jen u třetiny pacientů. Většina oslovených dlouhodobě pokračuje v APC, ligace je používána minimálně. Závěr: Zahájení terapie GAVE, terapeutické cíle a využití jiných možností léčby je na zúčastněných pracovištích v ČR dosti variabilní. Až 30 pacientů ročně by mohlo profitovat z rozšíření více možností terapie při nedostatečném efektu APC ošetření. Práce vznikla s podporou Czech Gastroenterology Study Group.

OČKOVÁNÍ PROTI SARS-COV-2 U NEMOCNÝCH S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY

Karin Černá [1], Dana Ďuricová [1], Milan Lukáš [1],
[1] Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty ISCARE a.s. a 1.LF UK Praha

Východiska: Očkování proti viru SARS-CoV-2 je klíčovým nástrojem k dosažení ochrany před závažnými formami nemoci COVID-19. Pacienti s idiopatickými střevními záněty (inflamamtory bowel disease, IBD) sice nejsou ve srovnání se zdravou populací zatíženi významně vyšším rizikem těžkého průběhu COVID-19, velká část nemocných je však léčena léčivy ovlivňujícími a pozměňujícími imunitní odpověď. Následkem může být zvýšená náchylnost k infekcím, jakož i neočekávaná nebo neuspokojivá odpověď na očkování. V EU schválené očkovací látky navíc nebyly v rámci schvalovacích procesů testovány v této konkrétní skupině nemocných. Proto jsme provedli vlastní prospektivní studii zkoumající účinnost a bezpečnost očkování nemocných s IBD vakcínami BNT162b2, CX-024414 a ChAdOx1 nCoV-19. Cíle práce: (1) zhodnocení sérokonverze po kompletním očkování mRNA a vektorovými vakcínami, srovnání IBD pacientů a zdravých osob, (2) posouzení vlivu různých imunomodulačních léčiv na míru sérokonverze vyjádřenou hladinou anti-SARS-CoV-2 IgG, (3) analýza vlivu očkování na průběh nemoci z pohledu zánětlivých biomarkerů IBD. Pacienti a metodika: Analyzovali jsme data 602 IBD pacientů jednoho terciárního centra a 168 imunokompetentních zdravotnických pracovníků, kteří byli v prvním pololetí roku 2021 konsekutivně vakcinováni proti SARS-CoV-2 na jednom očkovacím místě. Byly použity tři druhy dvoudávkových vakcín, a to (1) mRNA BNT162b2 (Comirnaty; Pfizer-BioNTech, USA), (2) mRNA CX-024414 (Spikevax; Moderna, USA) a (3) vektorová ChAdOx1 nCoV-19 (Vaxzevria; AstraZeneca, UK). Vyšetření subjektů hodnocení byla provedena v den podání první dávky očkování (týden 0, W0), a osm týdnů po ukončení očkování druhou dávkou (týden 8, W8). V obou kohortách byly ve W0 a W8 vyšetřeny sérové hladiny anti-SARS-CoV-2 IgG (SARS-CoV-2 IgG CLIA, Abbott, USA). V kohortě IBD pacientů byly ve W0 a W8 provedeny analýzy sérových hladin C-reaktivního proteinu (CRP; Siemens, DE) a fekálních hladin kalprotektinu (FC; Diasorin, ITA). U nemocných léčených biologickou terapií byly zaznamenány průměrné údolní hladiny (tzv trough levels) biologických léčiv ze tří měření před očkováním a z měření v den ukončení očkování. Výsledky: V kohortě IBD pacientů bylo 82,2 % léčeno biologickou léčbou, a to infliximabem (IFX, 31,2%), adalimumabem (ADA, 17,3%), vedolizumabem (VDZ, 18,6%) a ustekinumabem (UST, 15,1%). Velká část pacientů léčených IFX (43,1%) a ADA (41,3%) měla rovněž konkomitatní imunomodulační terapii thiopuriny nebo methotrexátem, u VDZ to bylo 13,4% a u UST 12,2%. Pouze imunosupresiva užívalo 8,5% pacientů, stejně nízké bylo zastoupení monoterapie 5-aminosalicyláty (6%) a tofacitinibu (1,1%), 2,2 % pacientů bylo bez farmakoterapie. Symptomatický PCR-pozitivní COVID-19 v období více než 120 dnů před první dávkou vakcíny referovalo 14,8% pacientů a 14,9% kontrol, sérokonverze před zahájením očkování měřená přítomností anti-SARS-CoV-2 IgG byla potvrzena u 23,4% pacientů a 23,8% kontrol. Z pohledu typu podané vakcíny a jejich rozdělení byly obě kohorty srovnatelné. Míra dosažení sérokonverze se mezi pacienty a kontrolami nelišila, dosáhla 97,8% resp. 100%. Medián koncentrací anti-SARS-CoV-2 IgG byl signifikantně nižší u pacientů očkovaných vektorovou ChAdOx1 nCoV-19 ve srovnání s nRNA vakcínami ($p < 0,0001$), i ve srovnání s kontrolami očkovanými stejnou vektorovou vakcínou ($p = 0,01$). U žádného z biologických léčiv nebyla zjištěna korelace mezi TL a koncentracemi anti-SARS-CoV-2 IgG. Terapie inhibitory TNF-alfa s konkomitantní imunosupresivní terapií byla spojena s nižším mediánem postvakcinační protilátkové odpovědi ($p <0,0001$) bez ohledu na typ použité vakcíny. Mediány hladin CRP a FC se při měření ve W0 a W8 nelišily. Závěry: Při očkování IBD pacientů proti COVID-19 se jako účinnější jevily mRNA vakcíny, protože vedly k mohutnější sérokonvenrzi ve srovnání s vektorovými vakcínami. Hladiny postvakcinačních protilátek nebyly nijak ovlivněny aktuálními sérovými hladinami biologických léčiv, z tohoto pohledu tedy lze pokračovat v podávání biologik v zavedeném režimu i v průběhu očkování. Zvláštní pozornost je třeba věnovat vakcinaci pacientů léčených inhibitory TNF-alfa v kombinaci s imunuspresivy, protože očkované osoby mohou dosahovat nižších hladin postvakcinačních protilátek. Krátce po očkování IBD pacientů nebyla prokázána progrese systémových ani slizničních zánětlivých biomarkerů. Poděkování: Práce byla podpořena Nadačním fondem IBD-COMFORT.

FECAL MICROBIOTA TRANSPLANTATION AS A SUPPORTING ALTERNATIVE THERAPY FOR ULCERATIVE COLITIS

Vanda Hajdučková [1], Soňa Gancarčíková [1], Stanislav Lauko [1], Lívia Kolesár Fecskeová [2], Gabriela Štrkolcová [3], Ľuboš Ambro [4], Martin Janičko [5], Emília Hijová [4], Ladislav Strojný [4], Monika Kvaková [4], Anna Kamlárová [4], Zuzana Guľašová [4], Dagmar Mudroňová [1], Marián Maďar [1], Scarlett Marešová [6], Radomíra Nemcová [1], Ivan Pačuta [1], Izabela Bertková [4],

[1] Katedra mikrobiológie a imunológie, Univerzita veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach, Slovenská republika
[2] Združená tkanivová banka UPJŠ LF a UNLP, Košice, Slovenska republika
[3] Katedra epizootológie, parazitológie a ochrany spoločného zdravia, UVLF, Košice, Slovenská republika
[4] Ústav experimentálnej medicíny, LF UPJŠ, Košice, Slovenská republika
[5] II. interná klinika UPJŠ LF a UNLP, Košice, Slovenská republika
[6] Klinika malých zvierat UVLF, Košice, Slovenská republika

ÚVOD Ulcerózna kolitída (UC) patrí k nešpecifickým zápalovým ochoreniam čreva. Príčina UC nie je známa ale z výskumov posledných rokov je zrejmé, že narušenie črevnej mikrobioty hrá významnú úlohu. Črevný mikrobióm je komplexný a dynamický ekosystém, ktorý dokáže ovplyvniť fungovanie hostiteľského makroorganizmu, jeho zdravie a choroby. Perspektívnou stratégiou v oblasti profylaxie a terapie niektorých ochorení sa ukazuje cesta modulácie dysbiotickej mikrobioty v prospech jej prirodzeného zloženia. Fekálna mikrobiálna transplantácia (FMT) je liečebná metóda, pri ktorej sa prenesie fekálna mikrobiota chorému jedincovi od zdravého darcu, čím sa obnoví normálne mikrobiálne zloženie čreva. V súčasnosti je pri FMT veľa nezodpovedaných otázok, preto je nevyhnutný ďalší výskum v tejto oblasti. METODIKA Cieľom postupu bolo overenie účinnosti transplantácie fekálnej mikrobioty (FMT) na animálnom pseudo germ-free (PGF) modeli s indukciou akútnej ulceróznej kolitídy (UC). Experiment bol vykonaný na 76 ks SPF myšiach samičieho pohlavia, línie BALB/c z chovu Velaz s.r.o. (Praha) ustajnené v gnotobiotických izolátoroch akreditovaného zariadenia Laboratória gnotobiológie, Katedry mikrobiológie a imunológie, UVLF, SR (SK U 16016). Celý experiment bol rozdelený do troch samostatných etáp podľa aplikačnej schémy (Tabuľka 1). V I. etape postupu bol myšiam s mikrobiologickým statusom SPF za účelom získania PGF modelu perorálne aplikovaný amoxicillin v dávke 387,11 mg/kg /myš/ a subkutánne aplikovaný ciprofloxacín v dávke 19,60 mg/kg/myš, každých 12 hod. po dobu 5 dní, pričom sme zvieratá odchovávali v presne definovanom prostredí gnotobiotických izolátorov. II. etapa zahŕňala chemickú indukciu akútnej ulceróznej kolitídy prostredníctvom per os aplikovaného 5% dextran sulfátu sodného (DSS). Vo finálnej III. etape sme aplikovali FMT v dávke 0,2 ml per os myšiam ako potenciálny terapeutický postup navodenej UC. Z dôvodu individuálneho príjmu DSS sme zvieratá na základe ich rozvíjajúceho sa individuálneho klinického obrazu UC, zahrňujúceho rektálne krvácanie a straty na celkovej hmotnosti, rozdelili do miernej (TZ-IBD/M), strednej (TZ-IBD/S) a ťažkej formy (aktivity) ochorenia (TZ-IBD/T). Kultivačné sledovanie mikrobiologických parametrov prebiehalo na dvoch kultivačných médiách TSA agar a Schaedler Agar. Identifikácia kultivovateľných baktérií prebehla na základe PCR reakcie a ich sekvencií génu 16S rRNA, identifikácia nekultivovateľných baktérií bola realizovaná amplikónovým sekvenovaním NGS. Zdroj transplantátu Komplexné mikrobiologické (bakteriálne a virologické) a parazitárne vyšetrenia darcov transplantátu sú presne stanovené na základe skríningu krvných patogénov amerického Červeného kríža. Pri výbere optimálneho zdravého darcu transplantátu boli zohľadnené anamnestické údaje zahrňujúce index telesnej hmotnosti (BMI=24), ktorý nesmel byť > 30, životný štýl darcu, vrátane výskytu prekonaných gastrointestinálnych porúch, syndrómu dráždivého čreva, celiakie, zápalového ochorenia čriev, kolitídy akéhokoľvek typu, infekcie Helicobacter pylori, nedávneho hnačkového ochorenia, užívanie antibiotík v predchádzajúcich 3 mesiacoch, imunosupresívnych liekov, cestovanie do rozvojových krajín za posledných 6 mesiacov, atď. V rámci komplexného mikrobiologického (bakteriálneho a virologického) a parazitárneho vyšetrenia darcu transplantátu bol realizovaný skríning krvných patogénov na Salmonella, Shigella, Clostridioides difficile (GDH a toxínov A, B), sérologické vyšetrenie na HIV, hepatitídu A, B, C a E, Treponema pallidum, Escherichia coli (enterotoxigénne, enteroinvazívne, enteropatogénne, enteroagregatívne a shiga podobné toxíny produkujúce kmene), druhy Vibrio cholerae, Campylobacter spp., parazitárne vyšetrenia na Strongyloides stercoralis, Giardia, Cryptosporidium, Entamoeba histolytica, a virologické na cytomegalovirus (CMV) rotavirus, norovirus I a II, a adenovirus 40 a 41. Zo zápalových markerov bol v stolici imunologickým vyšetrením stanovený kalprotektín. Tabuľka 1: Aplikačná schéma VÝSLEDKY V I. etape postupu dekontaminácia tráviaceho traktu myší selektívnymi antibiotikami mala za následok zníženie počtu kultivovateľných mikroorganizmov v obsahu céka na dva morfologicky odlišné typy kolónií. Pri analýze úseku DNA zodpovedajúcemu 16S rRNA prostredníctvom BLAST-n analýzy, sme zistili najväčšiu zhodu s druhom Escherichia coli RM9245 (GenBank: CP 044314.1) a s druhom Enterococcus gallinarum CIFRI-ONUSEG1 (GenBank: MN 481049.1), čo korešpondovalo s našimi predchádzajúcimi výsledkami (Gancarčíková a kol. 2020). Úspešná opakovateľnosť výsledku identifikácie bakteriálnych sekvencií bola potvrdená na úrovni druhu, avšak s odlišnými číslami databázy GenBank. V III. fáze postupu sa u pseudo germ-free animálneho modelu (skupina TZ), ktorý bol charakterizovaný výraznou redukciou mikrobioty aplikoval humánny transplantát fekálnej mikrobioty. Amplikónovaným sekvenovaním (NGS) v cekálnej mikrobiote bol po aplikácii FMT zaznamenaný kvantitatívne hojnejší výskyt pôvodne zastúpených rodov z triedy Clostridia, s najvýraznejším vzostupom rodu Lachnospiraceae NK4A136 (z 0,3% na 9,48%), nezaradené Lachnospiraceae (z 1,01 na 29,57%), Lachnospiraceae UCG 006 (z 0,2% na 6,01%), a miernym zvýšením zástupcov Lachnoclostridium (z 0,3% na 0,71%) a rodu A2 (z 0,4% na 0,5). Zároveň bola potvrdená výrazná redukcia pôvodného dominantného rodu Roseburia z 95% na 11,25%, v prospech kvantitatívne menšej, ale rozmanitejšej, zmesi zástupcov FMT humánneho darcu, v ktorej boli zastúpení členovia rodov Oscillibacter, Blautia, Butyricicoccus, Anaerostipes, Colidextribacter, Marvynbriantia, Lachnospiraceae FCS020, Lachnospiraceae UCG 004, Incertae-Sedis, Flavonifactor. Z čeľade Bacteroidetes boli z FMT darcu prenesené rody Bacteroides, Odoribacter, Parabacteroides, Coprobacter a Barnesiella. V cekálnej mikrobiote skupiny TZ-IBD boli po aplikácii FMT potvrdené výsledky poukazujúce na veľký posun mikrobioty v prospech kmeňa Firmicutes (92,32%) a potlačenia kmeňa Bacteroidetes (5,91%). Na základe alfa diverzity (pre Observed index) môžeme konštatovať, že po aplikácii FMT bola najvyššia diverzita v rámci taxonomického zatriedenia kmeňov (phylo-skupín) zaznamenaná u zvierat s indukciou ulceróznej kolitídy so strednou aktivitou ochorenia (TZ IBD/S). V cekálnej mikrobiote PGF myší s indukciou UC sme po aplikácii FMT podobne ako u skupiny zvierat TZ zaznamenali výraznú redukciu pôvodného dominantného rodu Roseburia z 95% na 11,71%, v prospech rodov pochádzajúcich ako z pôvodnej mikrobioty myší zastúpenej Lachnospiraceae NK4A136 (25,18%), nezaradené Lachnospiraceae (24,86%), Lachnospiraceae UCG 006 (4,33%), Lachnoclostridium (5,17%), ako aj rozmanitejšej zmesi zástupcov pochádzajúcich z FMT humánneho darcu, ako sú rody Barnesiella, Parabacteroides, Butyricicoccus a Blautia. Alfa diverzita (Shannon a Simpson index, Obr.9) potvrdzuje, že po aplikácii FMT bola u zvierat s indukciou UC vyššia diverzita cekálnej mikrobioty, v porovnaní so skupinou TZ, čo poukazuje u myší bez indukcie UC na vyššie uplatnenie sa rezistentných zástupcov pôvodnej mikrobioty myší. ZÁVER Dysbióza PGF myší navodená selektívnou antibiotickou dekontamináciou bola po 5 dňovej transplantácii humánnej mikrobioty skupiny TZ upravená, teda FMT obnovila zdravú a rozmanitú črevnú mikrobiotu, nedošlo k premnoženiu potenciálne patogénnych mikroorganizmov a získali sme animálny model asociovaný s humánnou mikrobiotou. Transplantáciou humánnej fekálnej mikrobioty nebol u skupiny zvierat s indukciou UC (TZ IBD) potvrdený prenos patogénnych mikroorganizmov a nedošlo ani k pomnoženou zástupcov, participujúcich na rozvinutí ulceróznej kolitídy. Táto publikácia bola vytvorená realizáciou projektov APVV-16-0176 a VEGA 1/0015/21.

EFFECT OF FMT APPLICATION ON HISTOLOGICAL PICTURE OF CHEMICALLY INDUCED ACUTE ULCERATIVE COLITIS USING PSEUDO GERM FREE ANIMAL MODEL

Soňa Gancarčíková [1], Stanislav Lauko [1], Gabriela Hrčková [2], Vanda Hajdučková [1], Ľuboš Ambro [3], Martin Janičko [4], Emília Hijová [3], Ladislav Strojný [3], Monika Kvaková [3], Anna Kamlárová [3], Zuzana Guľašová [3], Dagmar Mudroňová [1], Scarlett Marešová [5], Radomíra Nemcová [1], Ivan Pačuta [1], Izabela Bertková [3],

[1] Katedra mikrobiológie a imunológie, UVLF, Košice, Slovenská republika
[2] Parazitologický ústav, SAV, Košice, Slovenská republika
[3] Ústav experimentálnej medicíny, LF UPJŠ, Košice, Slovenská republika
[4] II. interná klinika UPJŠ LF a UNLP, Košice, Slovenská republika
[5] Klinika malých zvierat UVLF, Košice, Slovenská republika

Úvod Idiopatické zápalové črevné ochorenia (inflammatory bowel disease, IBD) sú sprevádzané zmenami histologickej architektúry postihnutých tkanív gastrointestinálneho traktu, histologický obraz, ktorých úzko koreluje s obrazom klinickým. Cieľom našej štúdie bolo sledovanie vplyvu transplantácie fekálnej mikrobioty (FMT) od humánneho darcu na selektívne histologické parametre chemicky indukovanej akútnej ulceróznej kolitídy využitím pseudo germ free animálneho modelu. Metodika Experimentálny postup bol vykonaný so súhlasom ŠVPS SR s protokolárnym č. 4073/18-221/3 na overenie účinnosti FMT na chemicky indukovanú ulceróznu kolitídu (UC) s použitím pseudo germ free (PGF) animálneho modelu. Laboratórne myši samičieho pohlavia v počte 76 kusov genetickej línie BALB/c so statusom SPF (Specific pathogen free) využité v predloženej štúdii, pochádzali z chovu Velaz s.r.o. (Praha) a boli dopravené do akreditovaného zverinca (SK U 16016) Katedry mikrobiológie a imunológie UVLF v Košiciach. Experimentálny postup bol rozdelený do 3 samostatných etáp (Tab. č. 1). I. etapa postupu zahŕňala aplikáciu antibiotík (amoxicillín per os v dávke 387,11 mg/kg /myš/ a ciprofloxacínu subkutánne aplikovaného v dávke 19,60 mg/kg/myš, každých 12 hod. po dobu 5 dní), s cieľom redukcie intestinálnej mikrobioty, za účelom získania PGF animálneho modelu. Nasledujúca II. etapa bola zameraná na chemickú indukciu akútnej UC prostredníctvom per os aplikovaného vodného roztoku 5% dextranu sulfátu sodného (DSS). V III. etape bol aplikovaný transplantát stolice od humánneho darcu. Výber darcu zahŕňal komplexné bakteriálne, virologické a parazitárne vyšetrenia doplnené o hematologické a sérologické testy podľa Červeného kríža. Získané vzorky kaudálneho úseku kolonu sme fixovali 4% roztokom formalínu. Následne boli vzorky prepláchnuté destilovanou vodou, dehydratované v odstupňovanej kaskáde roztokov etanolu (50 %, 70 %, 90 %), fixované, zaliate a narezané mikrotómom na hrúbku 5µm. Vzorky boli farbené Harrisonov hematoxilín – eozínom a ako špecifické farbenie mukozálnych pohárikovitých buniek (Gobllet cells) bola použitá Alciánová modrá - safranín + Gillsonov hematoxylín. Index histologickej aktivity (HAI) je bodový systém (skóre), založený na hodnotení histopatologických parametrov v tkanive kolonu. Medzi hodnotené parametre HAI patria: prítomnosť/neprítomnosť zápalového infiltrátu, poškodenie črevných krýpt, redukcia pohárikových buniek a erózie epiteliálnej výstelky čreva. Tab. č. 1 Aplikačná schéma Výsledky Individuálny príjem dextran sulfátu sodného zo strany zvierat viedlo k rozvoju 3 stupňov klinického obrazu UC. Na základe Indexu aktivity ochorenia (Disease activity index, DAI) zahŕňajúceho rektálne krvácanie a straty na celkovej hmotnosti zvierat, tieto boli rozdelené do 3 foriem aktivity ochorenia UC, a to na miernu (TZ-IBD/M), strednú (TZ-IBD/S) a ťažkú formu (TZ-IBD/T). Patogenéza ulceróznej kolitídy v II. etape postupu bola priamo spojená s infiltráciou leukocytov do mukózy kolonu. V predloženej štúdii vykazovali histologické rezy kolonu PGF myší (TZ IBD/T) značne narušenú histologickú architektúru tunica mucosa a tela submucosa, ktoré boli postihnuté zápalovou bunkovou infiltráciou, s potvrdenou vysokou pozitívnou koreláciou medzi zápalovým infiltrátom a stratou Gobletových buniek (GB, r = 0.807). Výskyt zápalových infiltrátov bol pozorovaný aj bez defektov epitelovej bariéry. Povrchové erózie tunica mucosa zasiahli aj jej hlbšie vrstvy, vrátane lamina epithelialis mucosae a lamina propria mucosae. Tieto erózie predstavovali zdroj nami detegovaného rektálneho krvácania. Pri ulceróznej kolitíde bola ako početnosť, tak aj veľkosť pohárikovitých buniek znížená a zmeny v produkcii mucínu boli výsledkom zápalu. Straty povrchových buniek tunica mucosa priamo negatívne ovplyvnili počty GB lokalizovaných v jej lamina epithelialis mucosae. U PGF myší s vysokou aktivitou ochorenia (TZ IBD/T) zodpovedali 35% straty GB strednej úrovni ich strát, a oproti myšiam so strednou aktivitou UC (TZ IBD/S) a strát GB pod úrovňou 20%, vykazovali významne vyššie skóre ($p \leq 0,001$). Pri závažnom alebo dlhotrvajúcom zápale sa architektúra črevných krýpt zdeformovala a dokonca bola pozorovaná ich úplná strata. U PGF myší TZ IBD/T sa deformačné poškodenie črevných krýpt manifestovalo kryptitídou a deštrukciou krýpt, s významne vyšším skóre ($p \leq 0,001$), v porovnaní so strednou aktivitou ochorenia UC (TZ IBD/S), s potvrdenou vysokou pozitívnou koreláciou medzi poškodením krýpt a stratou Gobletových buniek ($r = 0,716$). U PGF myší u ktorých sa po 5,5 dňovej expozícii DSS vyvinula ťažká (vysoká) aktivita ochorenia UC (TZ IBD/T), boli pozorované významnejšie zápalové zmeny ochorenia UC, ktoré oproti myšiam so strednou aktivitou (TZ IBD/S) vykazovali aj významne vyššie skóre celkového HAI ochorenia ($p \leq 0,01$). Nami zaznamenaná patológia histologickej architektúry tunica mucosa a tela submucosa kolonu zodpovedala klinickému obrazu akútnej ulceróznej kolitíde. V predloženej štúdii vykazovali histologické rezy kolonu (v III. etape) obidvoch foriem aktivity UC po aplikácii FMT absenciu infiltrátov zápalových buniek, čo bolo potvrdené aj významne nižším skóre zápalového infiltrátu zvierat TZ IBD/S ($p \leq 0.05$), ako aj TZ IBD/T ($p \leq 0,01$), oproti obdobiu s expozíciou DSS. Rovnako pozitívny efekt aplikácie FMT bol v porovnaní so zvieratami po indukcii UC zaznamenaný aj v hodnotení celkového histologického skóre (HAI) u strednej ($p \leq 0,001$), ako aj ťažkej aktivity UC ($p \leq 0,001$). Záver V závislosti od DAI (Disease activity index) sme získali animálny model akútnej UC, prezentujúci sa tromi formami aktivity ochorenia UC (miernou, strednou a ťažkou). HAI (Histological activity index) sa manifestoval degeneráciou epitelu, stratou mucínu, s infiltráciou neutrofilov v lamina propria a submukóze, kryptitídou v čreve, sprevádzaný úbytkom hmotnosti a miernym krvácaním z rekta. To poskytuje nové možnosti využitia tohto animálneho PGF modelu s akútnou UC pri štúdiách s participáciou, alebo bez účasti patogénnej mikrobioty v patogenéze IBD, nakoľko v súčasnosti zostáva stále nejasné, či dysbiotická mikrobiota nájdená u mnohých pacientov s IBD skutočne hrá príčinnú úlohu, alebo alternatívne, je jednoducho odrazom zápalových a antimikrobiálnych odpovedí vyvolaných v priebehu ochorenia. Aplikáciou transplantátu fekálnej mikrobioty bolo skóre zápalového markeru miernej a strednej formy UC (TZ IBD/M, TZ IBD/S) priaznivo pozitívne ovplyvnené. Avšak deformačné poškodenie črevných krýpt a skóre epiteliálnych erózií u ťažkej formy UC (TZ IBD/T) bolo ovplyvnené len zanedbateľne, prítomnosť povrchových epiteliálnych erózií a deformity histologickej architektúry črevných krýpt boli stále prítomné. Tieto patologické zmeny v čreve naznačujú, že v prípade výraznejších poškodení tkaniva hrubého čreva, tie môže byť u zvierat s ťažkou aktivitou ochorenia UC rizikom pre translokáciu baktérií a endotoxémiu, čo následne môže prispieť k vyvolaniu systémového zápalu. Táto publikácia bola vytvorená realizáciou projektov APVV-16-0176 a VEGA 1/0015/21.

MYOFIBROBLASTICKÝ NÁDOR JÍCNU

Jitka Vaculová [1], Lumír Kunovský [2], Jiří Dolina [1], Ladislav Plánka [3], Jan Šenkyřík [4], Jaroslav Štěrba [5], Zdeněk Pavlovský [6], Michal Eid [1], Zdeněk Kala [1], Petr Jabandžiev [1],
[1] Interní gastroenterologická klinika FN Brno, LF MU Brno
[2] Interní gastroenterologická klinika FN Brno, Chirurgická klinika FN Brno, LF MU Brno
[3] Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno, LF MU Brno
[4] Klinika dětské radiologie FN Brno, LF MU Brno
[5] Klinika dětské onkologie FN Brno, LF MU Brno
[6] Ústav patologie FN Brno, LF MU Brno
[7] Interní hematologická a onkologická klinika FN Brno, LF MU Brno
[8] Chirurgická klinika FN Brno, LF MU Brno
[9] Pediatrická klinika FN Brno, Central European Institute of Technology, LF MU Brno

Úvod: Zánětlivý myofibroblastický nádor jícnu je vzácná neoplazie, která se může objevit v kterékoli anatomické lokalizaci, nejčastěji se objevuje v plicích, zatímco postižení jícnu je velmi raritní. I když se tento nádor může vyskytnout v kterémkoli věku, nejvíce se manifestuje u dětí a mladých dospělých. Jedná se o nádor se středním rizikem maligního potenciálu a metastazuje vzácně. Nejčastější volbou terapie je chirurgická resekce. Prezentujeme zde kazuistiku 13-letého chlapce s myofibroblastickým nádorem jícnu, který podstoupil chirurgickou resekci a nyní je již osm let v remisi. Metodika: V databázích Pubmeb, EMBASE a Cochrane jsme provedli systematické vyhledávání článku o myofibroblastickém nádoru jícnu. Byla tak vyhledána veškerá dostupná literatura stran diagnostiky a léčby tohoto vzácného onemocnění, a to jak u resekabilních, tak u inoperabilních stádií. Popis případu a výsledky: 13-letý chlapec byl došetřován pro anamnézu dva měsíce trvajících dysfagií. Jiné symptomy neměl, váhový úbytek nepozoroval. Byla provedena RTG pasáž jícnem, kde byla odhalena stenóza, při došetření pomocí CT byla nalezena infiltrace 25x20x15 mm vycházející ze stěny jícnu. Při doplnění gastrofibroskopického vyšetření byla potvrzena stenóza jícnu ve 20 cm od řezáků, neprůchodná pro endoskop. Biopsie odebraná během endoskopie byla nevýtěžná. Proto pacient následně podstoupil torakotomii s odběrem perioperační biopsie, kde byl dle definitivní histologie potvrzen myofibroblastický tumor jícnu. Poté byla úspěšně provedena radikální chirurgická resekce nádoru. Pacient je pravidelně dispenzarizován, včetně endoskopických kontrol a v současné době je v kompletní remisi onemocnění. Závěr: Výskyt myofibroblastického nádoru jícnu je velmi vzácný, kdy v literatuře bylo zaznamenáno pouze několik případů. Upřednostňovanou metodou léčby je chirurgická resekce. Riziko recidivy nádoru při kompletní chirurgické resekci je velmi nízké. Nicméně pacienty s touto diagnózou je třeba dispenzarizovat. U lokálně pokročilých inoperabilních stádií je efektivní cílená molekulární terapie. Chemoterapie je ale stále možností léčby u onkologicky pokročilých stádií. Podpořeno grantem MZČR-RVO (FNBr, 65269705, SUp 3/21), grantem na specifický výzkum číslo MUNI/A/1595/2020 a z grantového projektu MZČR s reg. č. NU20-03-00126.

REFLUXNÍ CHOROBA JÍCNU A JEJÍ KOMPLIKACE

REFLUXNÍ CHOROBA JÍCNU: DEFINICE A ZÁKLADNÍ DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Přemysl Falt [1],
[1] II. interní klinika - gastroenterologická a geriatrická FN a LF UP, Olomouc

Abstrakt není k dispozici

EOZINOFILNÍ EZOFAGITIDA

Jan Bureš [1],
[1] II. interní klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

KOROZIVNÍ EZOFAGITIDY

Jiří Cyrany [1],
[1] II. interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Požití žíraviny je vzácné, ale může způsobit devastující postižení horní části trávicí trubice. U dětí (nejčastěji ve věku 2-6 let) se jedná o náhodné požití a postižení bývá často mírnější, nejzávažnější případy u dospělých (nejčastěji ve věku 30-40 let) souvisejí s úmyslným požitím v rámci psychiatrického onemocnění. Charakter postižení je závislý na typu korozivní látky (kyselina, zásada, oxidant, amoniak), jejich skupenství (pevná látka, tekutina) a požitém objemu. Iniciální péče o pacienta je zaměřena na zajištění vitálních funkcí včetně dýchacích cest, podání intravenózních tekutin a kontrolu bolesti (nejsou indikovány žádné pokusy o odstranění, zředění nebo neutralizaci žíraviny, není rutinně indikováno zavedení nasogastrické sondy, podání antacid, kortikoidů nebo širokospektrých antibiotik), u některých koroziv musíme zvažovat i jejich systémový toxický účinek. Absence bolesti a orálního postižení nevylučuje závažné postižení trávicí trubice. Konvenční metodou posuzující rozsah postižení je esofagogastroduodenoskopie (provedená do 24 hodin), obecně akceptovanou je Zargarova klasifikace: stupeň 1 představuje slizniční edém a hyperémie, stupeň 2 ulcerace: 2a povrchové a lokalizované, 2b hluboké a cirkumferentní, stupeň 3 reprezentuje přítomnost nekróz: 3a malé okrsky a 3b extenzivní nekrózy. Limitem endoskopie je neschopnost posoudit hloubku nekrotického postižení, proto je dnes pro selekci nemocných k urgentnímu chirurgickému výkonu preferováno posouzení kontrastním CT (optimálně 3-6 h po expozici) – 1. stupeň představuje normální nález na orgánu, 2. stupeň edém stěny se zvýšenou postkontrastní opacifikací a zánětlivými změnami v okolních měkkých tkáních (2a se zachováním a 2b se ztrátou opacifikace slizniční vrstvy), 3. stupeň pak obraz transmurální nekrózy s absencí postkontrastní opacifikace celé stěny. V praxi je možné využívat kombinace obou metod. Emergentní chirurgie je indikována u nemocných se zjevnou perforací a u nemocných s transmurální nekrózou dle CT (3. stupeň) a rozsáhlou nekrózou dle endoskopie (3b stupeň) – nemocní jsou ohroženi peritonitidou, mediastinitidou a sepsí. Emergentní operace představuje resekci jícnu a/nebo žaludku (případně okolních orgánů), kterou je vhodné doplnit časnou nutriční jejunostomií. U ostatních pacientů postupujeme konzervativně, u nemocných s těžkým postižením dle CT (stupeň 2) a endoskopicky (stupeň 2b a více) je v následujících dnech stále riziko nekrózy či perforace v druhé době. Perorální příjem obnovujeme, jakmile je pacient schopen polykat - pokud to není možné zavádíme enterální výživu sondou nebo stomií, případně výživu parenterální – adekvátní nutrice je v péči o pacienta klíčová. Odložené komplikace představují krvácení, vznik píštěle (tracheobronchiální, aortoenterální), plicní komplikace, nejčastěji pak vývoj striktury. Stenóza se vyvine v průměru za 3 měsíce (2 týdny až 1 rok), její riziko lze také predikovat dle CT a endoskopie. V prevenci nepomáhají systémová antibiotika ani kortikosteroidy lokální či systémové, široce není akceptováno ani preventivní zavedení stentu. Stenózy jsou typicky ve více segmentech, dlouhé a nepravidelné. Primárním cílem terapie je ústup příznaků a zachování perorálního příjmu (nikoliv obnova normálního lumen jícnu). Přístupem první volby je endoskopická dilatace, se kterou lze začít mezi 3.-6. týdnem od postižení, preferovanou technikou jsou Savaryho bužie nad balonovou dilatací, jsou většinou nutná 3-5 sezení v intervalu 1-3 týdnů. Neúspěch po 5-7 periodách dilatace indikuje většinou nemocného již k resekční operaci. Obecně je úspěšnost dilatací u kaustických stenóz cca 50 %, tedy nižší než u stenóz jiné etiologie. Efektivitu dilatace může zvýšit intralezionální aplikace kortikoidů a lokální aplikace mitomycinu. Také riziko perforace komplikující dilataci je vyšší (až 17 %) než u stenóz jiné etiologie. Role endoskopického stentování není jednoznačná, limity představuje přerůstání hyperplastické tkáně, potíže s odstraněním stentu, vysoké riziko migrace (25 %) a recidivy (50 %). Riziko spinocelulárního karcinomu jícnu je u pacientů zvýšeno až 3000krát, nádor vzniká s odstupem až 40 let, nemocní by měli být endoskopicky sledováni. Esofageální rekonstrukce je indikována ve druhé době u pacientů po emergentní esofagektomii a u pacientů, kde není možná nebo selhala konzervativní terapie stenózy – nejčastějším výkonem je kolonická interpozice, případně náhrada gastrickým konduitem, pokud to stav žaludku umožňuje. Péče o nemocné s kaustickým poraněním vyžaduje multidisciplinární přístup (urgentní medicína, anesteziologie, radiologie, chirurgie, gastroenterologie, otorinolaryngologie, psychiatrie, toxikologie). Základním celospolečenským opatřením by měla být prevence kontaktu se silnými kyselinami a zásadami.

BARRETTŮV JÍCEN A ENDOSKOPICKÁ LÉČBA NEOPLÁZIÍ ASOCIOVANÝCH S BARRETTOVÝM JÍCNEM

Jan Martínek [1],
[1] IKEM, Klinika hepatogastroenterologie, Praha

Abstrakt není k dispozici

INVAZIVNÍ ADENOKARCINOM JÍCNU: SOUČASNÉ MOŽNOSTI LÉČBY

Darina Kohoutová [1],
[1] The Royal Marsden Hospital, NHS Foundation Trust, Londýn

Abstrakt není k dispozici

WORKSHOP SEKCE AMBULANTNÍCH GASTROENTEROLOGŮ

JATERNÍ CIRHÓZA - KAZUISTIKA

Tomáš Vaňásek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

JATERNÍ CIRHÓZA - EXPERTNÍ PŘEDNÁŠKA

Pavel Taimr [1],
[1] IKEM, Klinika hepatogastroenterologie, Praha

Abstrakt není k dispozici

BARRETTŮV JÍCEN - KAZUISTIKA

Luděk Hrdlička [1],
[1] ResTrial s.r.o., Praha

Abstrakt není k dispozici

BARRETTŮV JÍCEN - EXPERTNÍ PŘEDNÁŠKA

Jana Krajčíová [1],
[1] ResTrial, s.r.o.

Abstrakt není k dispozici

IBD - KAZUISTIKA

Michal Pročke [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

IBD - EXPERTNÍ PŘEDNÁŠKA

Martin Bortlík [1],
[1] Gastroenterologické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

Abstrakt není k dispozici

SYMPOZIUM SEKCE MLADÝCH GASTROENTEROLOGŮ -

CHYBY A OMYLY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ ONEMOCNĚNÍ JÍCNU

Zuzana Vacková [1],
[1] IKEM, Klinika hepatogastroenterologie, Praha

Abstrakt není k dispozici

CHYBY A OMYLY PŘI SCREENINGU KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Sabina Hrubá [1], Jan Kotyza [1],
[1] Odd. gastroenterologie a hepatologie, I. interní klinika, FN Plzeň

Abstrakt není k dispozici

CHYBY A OMYLY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ IBD

Martin Vašátko [1],
[1] Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty ISCARE, Praha

Abstrakt není k dispozici

CHYBY A OMYLY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ AKUTNÍ DIVERTIKULITIDY

Tomáš Grolich [1], Martina Farkašová [1],
[1] Chirurgická klinika FN Brno a LF MU Brno

Abstrakt není k dispozici

CHYBY A OMYLY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ AKUTNÍ PANKREATITIDY

Petr Vaněk [1],
[1] II. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická, FN a LF UP Olomouc

Abstrakt není k dispozici

NEJČASTĚJŠÍ CHYBY V LÉČBĚ JATERNÍ CIRHÓZY

Štěpán Šembera [1],
[1] II. interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Hlavní sdělení: Jaterní cirhóza je výsledkem chronického jaterního onemocnění. Je charakterizována nahromaděním vaziva v játrech a tvorbou regeneračních uzlů. K hromadění vaziva a úbytku funkčního parenchymu dochází i dále po vytvoření základní struktury cirhotických jater. V klinické praxi se tak setkáváme s nemocnými s kompenzovanou jaterní cirhózou, kde je základním cílem léčby zpomalit či zastavit progresi onemocnění, což lze pomocí určení etiologie chronického jaterního onemocnění a jeho léčby. Daleko častěji se však v klinické praxi setkáváme s nemocnými s dekompenzovanou jaterní cirhózou, kteří trpí komplikacemi vycházejícími buď z portální hypertenze či z hepatocelulární nedostatečnosti. Péče o nemocné s dekompenzovanou jaterní cirhózou je v řadě bodů specifická, vyžaduje proto znalosti konkrétní problematiky. Jícnové varixy: při každé dekompenzaci jaterní cirhózy je indikované gastroskopické vyšetření k vyloučení jícnových varixů, na což se zapomíná. Zástava krvácení z jícnových varixů se často provádí sklerotizací, která má vyšší rizika komplikací oproti ligaci. Tamponáda krvácejících jícnových varixů se mnohde provádí pomocí dvojbalónkové Sengstaken-Blakemorovy sondy, která má menší efektivitu v porovnání s Danišovým stentem. Její použití častěji přináší závažné komplikace (aspirační pneumonie, poranění jícnu). Ascites: základem léčby ascitu je snížení příjmu soli na 3,5g za den, což umožňuje nastolit negativní sodíkovou a potažmo vodní bilanci. V klinické praxi se naopak nezřídka setkáváme s podáváním NaCl kapslí k léčbě hyponatremie, která je často u nemocných s ascitem při jaterní cirhóze přítomna. Druhým krokem v léčbě ascitu je podávání diuretik s preferencí spironolaktomu, který má při sekundárním hyperaldosteronismu při ascitu zásadní význam. V klinické praxi vídáme preferenci furosemidu či poddávkování spironolaktomu. Při evakuaci ascitu paracentézou je třeba předejít ztrátě intravaskulárního objemu, ke kterému dochází přesunem tekutiny do uvolněného prostoru v dutině břišní, a to protože hrozí cirkulační zhroucení s následkem v podobě hepatorenálního syndromu. Prevencí této komplikace je podávání albuminu, 8g na 1l vypuštěného ascitu, který onkotickým tlakem vytváří protisílu k úniku tekutiny do dutiny břišní. Toto opatření se někdy ignoruje, jindy obchází podáním krystaloidu. Spontánní bakteriální peritonitida (SBP): při průkazu infekce ascitické tekutiny je často reflektováno pouze kultivační vyšetření ascitu či množství leukocytů v ascitu, SPB je však definována zvýšením počtu neutrofilů (polymorfonukleárů) v ascitu. Při SBP je riziko rozvoje hepatorenálního syndromu, kterému je třeba předcházet vedle antibiotické léčby (ATB) i terapií albuminem, což se opomíjí. Efektivitu antibiotické léčby SBP je nutné ověřit 3. den po zahájení podávání paracentézou s kontrolou množství polymorfonukleárů a eventuelně ATB terapii změnit, což se provádí minimálně. Encefalopatie: v léčbě encefalopatie má největší efektivitu kombinace laktulosy a rifaximinu, čehož se někdy nevyužívá. Někteří nemocní jsou po TIPS (transjugulární intrahepatální portosystémová spojka) zbytečně léčeni preventivně rifaximinem. Hepatocelulární karcinom (HCC): nemocní s jaterní cirhózou mají riziko vzniku HCC, spadají proto do populace vhodné ke screeningu tohoto onemocnění. Screening správně provádíme pomocí ultrazvukového vyšetření na specializovaném pracovišti jednou za 6 měsíců, nikoliv již měřením hladiny alfafetoproteinu. Do screeningu nezařazujeme nemocné, kteří nejsou při dekompenzaci jaterní cirhózy vhodní pro aktivní onkologickou léčbu. První i každá další dekompenzace jaterní cirhózy je chvíle, kdy je nutné seriózně zvážit jaterní transplantaci. Kandidátů transplantace jater je v ČR v porovnání s jinými vyspělými zeměmi málo. Obtížná léčitelnost nemocných s jaterní cirhózou, často podpořena nejčastější alkoholovou etiologií jaterního onemocnění, mnohdy u lékařů vede k terapeutickému nihilizmu. Jinými slovy, ztrátě naděje na úspěch. Nicméně jaterní cirhóza je léčitelný stav. Závěr: Dekompenzovaná jaterní cirhóza je onemocnění s vysokými nároky na péči a na znalosti lékaře. Dobrým vodítkem pro léčbu jsou v dnešní době odborná doporučení, guidelines, při jejich svědomitém používání se v léčbě jaterní cirhózy vyvarujeme chyb.

KONTROVERZE V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ GASTROINTESTINÁLNÍCH CHOROB

KVALITA ENDOSKOPIE HORNÍ ČÁSTI GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU

Jiří Cyrany [1], Karel Balihar [2], Přemysl Falt [3], Darina Kohoutová [4], Radek Kroupa [5], Jan Martínek [6], Ivana Mikoviny Kajzrlíková [7], Robert Procházka [8], Michal Štěpán [9], Tomáš Vaňásek [10], Stanislav Rejchrt [10],

[1] II. interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Hradec Králové
[2] I. interní klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Plzeň
[3] II. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc
[4] The Royal Marsden Hospital NHS Foundation Trust, London, United Kingdom
[5] Interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno, Bohunice
[6] Klinika hepatogastroenterologie, Institut Klinické a Experimentální Medicíny, Praha
[7] Beskydské gastrocentrum – Interní oddělení, Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.
[8] Gastroenterologické oddělení, Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.
[9] Interní oddělení, Nemocnice AGEL Ostrava – Vítkovice a.s.
[10] Hepato-gastroenterologie HK, s.r.o., Hradec Králové

Úvod: Endoskopie horní části trávicí trubice je široce používanou diagnostickou a terapeutickou metodou. Relativní jednoduchost základní gastroskopické techniky významně kontrastuje se současnými výzvami této metody – včetně časné diagnostiky a následné miniinvazivní terapie neoplasmat. Cíl: definovat parametry gastroskopie ve vztahu ke kvalitě metody s cílem redukovat morbiditu a mortalitu pacientů Metody: Byla definována jednotlivá tvrzení ve vztahu k parametrům kvality gastroskopie, s respektem k již publikovaným evropským doporučením. Zaměření a formulace tvrzení byly diskutovány během on-line konferencí. Jednotlivá tvrzení byla přidělena autorům k aktualizaci literární rešerše a vytvoření doplňkového vysvětlujícího textu. Každé tvrzení bylo ohodnoceno dle systému GRADE a podstoupilo hlasování všemi členy týmu v Delfské proceduře. Výsledky: Bylo formulováno celkem 17 tvrzení ve 4 doménách: A. preprocedurální (příprava k vyšetření, vstupní kontrolní seznam), B. procedurální (rozsah a délka vyšetření, kvalita zobrazení sliznice, analgo/sedace a lokální anestezie, fotodokumentace vyšetření, standardizovaná terminologie, výstupní kontrolní seznam), C. specifická dle onemocnění (prekancerózní léze v žaludku, Barrettův jícen, zvýšené riziko spinocelulárního karcinomu, eozinofilní ezofagitida, sideropenická anemie, céliakie, vředy a stenózy horního GIT) a D. postprocedurální (karcinom horní části GIT po negativní gastroskopii, komplikace). Některé oblasti se ukázaly jako kontroverzní z pohledu síly vědeckých dokladů o vlivu na morbiditu a mortalitu na straně jedné až k náročnosti aplikace pravidel a náklady ve vztahu k úhradovým mechanismům na straně druhé. Závěr: Parametry kvality horní endoskopie mohou být definovány i přes relativní nedostatek vědeckých dokladů (v porovnání s koloskopií) a přes kontroverze v některých oblastech. Zavedení těchto parametrů do denní endoskopické praxe je žádoucí pro adekvátní diagnostiku, terapii a sledování pacientů.

ENDOSKOPIE A DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ TENKÉHO STŘEVA

Ilja Tachecí [1],

[1] II. interní gastroenterologická klinika FN Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

KONTROVERZNÍ OBLASTI CELIAKIE

Jan Bureš [1],
[1] II. interní klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

KONTROVERZE V RADIODIAGNOSTICE ONEMOCNĚNÍ GIT

Vlastimil Válek [1],
[1] Klinika radiologie a nukleární medicíny, FN Brno

Abstrakt není k dispozici

WHO KLASIFIKACE NÁDORŮ TRÁVICÍHO SYSTÉMU - KONEC NEJASNOSTÍ?

Ondřej Daum [1],
[1] Šiklův ústav patologie LF UK a FN Plzeň; Bioptická laboratoř s.r.o., Plzeň

Úvod: V roce 2019 vyšlo nové (5.) vydání WHO klasifikace nádorů trávicího systému. Vzhledem k tomu, že tato publikace představuje interdisciplinární standard usilující o jednotnou terminologii nádorových jednotek a standardizaci jejich diagnostických kritérií, s čímž samozřejmě souvisí i další management pacienta, je nezbytné změny, které nové vydání přináší, komunikovat nejen mezi patology, ale i s příslušnými klinickými lékaři. Po diskuzi s Programovým výborem pro účely Kongresu byla vybrána témata: nádory žaludku, Vaterské ampuly, apendixu a pilovité léze kolorekta. Metodika: Analýza textu 5. vydání WHO klasifikace nádorů trávicího systému v kontextu současného stavu kontinuálně se rozvíjejících relevantních poznatků na základě studia literárních zdrojů indexovaných v citační databázi Medline. Výsledky: V žaludku představuje jedno z nejvíce matoucích témat problematika premaligních lézí, tedy adenomů a glandulárních intraepiteliálních neoplazií (dysplazií), zejména s ohledem na jejich kódování. Morfologický grading adenokarcinomu žaludku se vztahuje pouze na tubulární a papilární typ, kritéria pro diferenciaci mezi gradey však prakticky chybí. Skutečně nově ustavenou nádorovou jednotkou je gastroblastom, což je potenciálně maligní nádor charakterizovaný fúzí MALAT1-GLI1. Rozdělení žaludečního karcinomu na 4 molekulární podtypy podle TCGA zatím nemá praktický význam. Výjimku zatím do určité míry představují typy s globální hypermetylací (podtyp s MSI a EBV-pozitivní podtyp). Perspektivně (a na žádost onkologa) přichází tedy v úvahu možnost vyšetření EBER ISH a MSI u vybraných karcinomů (zejména medulárních s lymfoidním stromatem), s následným imunohistochemickým vyšetřením exprese PD-L1 jako prediktoru odpovědi na imunoterapii zasahující PD-1/PD-L1 checkpoint. Dnešní realitou však je pouze prediktivní vyšetření HER2 v případě zvažované anti-HER2 terapie. V ampule mohou vzhledem k její komplikované stavbě vznikat léze s výrazně polymorfní buněčnou kompozicí. Neinvazivní nádorové léze z jejího duodenálního povrchu jsou adenomy intestinálního typu, v jejím luminu pak vzniká intraampulární papilárně-tubulární nádor (IAPN) různých diferenciačních linií. Ampulární karcinomy se topograficky dělí na karcinom (peri)ampulárního duodena, intraampulární karcinom vznikající z IAPN, intraampulární karcinom vycházející z ampulárních duktů a ampulární karcinom NOS. Histologická klasifikace rozlišuje adenokarcinomy s tubulární architektonikou (s možností určení intestinální nebo pankreatobiliární/gastrické diferenciace) a karcinomy s netubulární architektonikou. V apendixu došlo k určité restukturalizaci kategorie mucinózních nádorů, která má dokonce vlastní třístupňový grading, na rozdíl od dvoustupňového gradingu nemucinózního adenokarcinomu, a poněkud atypický staging. Apendikální "karcinoid z pohárkových buněk" byl již oficiálně a snad i s konečnou platností přejmenován na "adenokarcinom z pohárkových buněk", opět s vlastním gradingem, založeným na rozsahu high grade komponenty. Problematika serrated (pilovitých) lézí se netýká jen kolorekta, ale vine se celou délkou gastrointestinálního traktu. Do této kategorie patří hyperplastický polyp (HP), sesilní serrated léze (SSL) (nový termín pro sesilní serrated adenom/polyp) a tradiční serrated adenom (TSA). Termín neklasifikovaný serrated adenom lze použít pro nejasné léze s překryvnými znaky. Nově bylo stanoveno kritérium pro rozlišení mezi HP a SSL jako přítomnost alespoň jedné krypty s jasnými znaky SSL. Problémem je klasifikace dysplazií v těchto lézích a zejména jejich grading, který se na jednu stranu nedoporučuje, na druhou stranu ve WHO klasifikaci uvádí, a to aniž by byla uvedena diagnostická kritéria. Zato jsou uvedeny MKN-O kódy těchto dysplazií, které představují nejen rezignaci na racionální biologické třídění, ale i zásadní komplikaci v povinném hlášení premaligních lézí kolorekta požadovaném ČGS. Závěr: Vzhledem k tomu, že některé aspekty současné WHO klasifikace nádorů trávicího systému jsou poněkud kontroverzní a četné administrativní důsledky originální klasifikace jsou formálně zmatečné, nezbývá než některé otevřené otázky řešit formou konsenzu na úrovni regionálních společností, což je ve skutečnosti proti samotnému smyslu existence WHO klasifikace.

PANELOVÁ DISKUZE

[1],
[1] -

Abstrakt není k dispozici

ČESKÝ PANKREATOLOGICKÝ KLUB - CHRONICKÁ PANKREATITIDA

SOUČASNÁ DIAGNOSTIKA CHRONICKÉ PANKREATITIDY

Anton Vavrečka [1],
[1] Lekárská fakulta Univerzita Komenského Bratislava, Univerzitná nemocnica Bratislava

Abstrakt není k dispozici

AUTOIMUNITNÍ FORMA CHRONICKÉ PANKREATITIDY - DIAGNOSTIKA, TERAPIE A KLINICKÉ KONSEKVENCE

Peter Mačinga [1],
[1] Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

Abstrakt není k dispozici

POKROKY V TERAPII CHRONICKÉ PANKREATITIDY

Lumír Kunovský [1], Petr Dítě [2], Jan Hlavsa [3], Petr Jabandžiev [4],
[1] Interní gastroenterologická klinika FN Brno, Chirurgická klinika FN Brno, Lékařská fakulta MU, Brno
[2] Interní gastroenterologická klinika FN Brno, Interní klinika FN Ostrava, Lékařská fakulta OU, Ostrava
[3] Chirurgická klinika FN Brno, Lékařská fakulta MU, Brno
[4] Pediatrická klinika FN Brno, Lékařská fakulta MU, CEITEC – Středoevropský technologický institut, Masarykova univerzita, Brno

Chronická pankreatitida patří mezi onemocnění, jejichž incidence mírně vzrůstá. Zřejmě je to způsobeno našimi současnými dietními návyky a obecně způsobem života v průmyslově vyspělých společnostech. V posledních letech dochází u chronické pankreatitidy k větší diagnostické přesnosti, i když diagnostika časných stadií nemoci je stále problematická. V diagnostice jsou tak na prvním místě metody zobrazovací (CT/MR) a metody endoskopické (EUS). Role a využití testů, které hodnotí exokrinní funkci žlázy, je tak spíše doplňková. Neinvazivní terapeutické přístupy zahrnují opatření dietní, včetně absolutního zákazu alkoholu. Medikamentózní terapie spočívá v aplikaci léků s obsahem pankreatických trávicích enzymů a v léčbě pankreatické bolesti. V substituční enzymové terapii je efektivní podání kapslí s obsahem mikročástic obsahujících pankreatické enzymy, které jsou chráněny proti jejich inaktivaci v kyselém žaludečním prostředí. V léčbě pankreatické bolesti využíváme škály analgeticky působících léků, ale již samotná abstinence vede k poklesu frekvence pankreatické bolesti. Velmi efektivní je terapie chirurgická. Mezi další léčebné metody patří také léčba endoskopická. Z pohledu diagnostiky a terapie tak chronická pankreatitida patří ke stavům vyžadujícím multioborový přístup. V této přehledové přednášce bude pojednáno o současných možnostech léčby chronické pankreatitidy dle doporučení UEG (United European Gastroenterology) a zohlednění nejnovějších studií a metaanalýz.

STŘEVNÍ MIKROBIOM A ONEMOCNĚNÍ SLINIVKY BŘIŠNÍ

Jan Bureš [1],
[1] II. interní klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

CHIRURGICKÁ TERAPIE CHRONICKÉ PANKREATITIDY V SOUČASNOSTI

Martin Loveček [1], Martin Oliverius [2], Pavel Záruba [3], Pavel Skalický [1], Miroslav Ryska [3], Robert Gürlich [2],
[1] I. chirurgická klinika FN a LF UP Olomouc
[2] Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV Praha
[3] Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha

Abstrakt není k dispozici

ROLE COVID-19 V INDUKCI POŠKOZENÍ PANKREATU

Petr Dítě [1], Lumír Kunovský [2], Tomáš Kupka [3], Jiří Dolina [4], Petr Jabandžiev [5], Magdalena Uvírová [6], Martin Blaho [7], Michal Šenkyřík [8], Arnošt Martínek [3],
[1] Interní gastroenterologická klinika FN Brno, Interní klinika FN Ostrava, Lékařská fakulta OU, Ostrava
[2] Interní gastroenterologická klinika FN Brno, Chirurgická klinika FN Brno, Lékařská fakulta MU, Brno
[3] Interní klinika FN Ostrava, Lékařská fakulta OU, Ostrava
[4] Interní gastroenterologická klinika FN Brno, Lékařská fakulta MU, Brno
[5] Lékařská fakulta MU, Brno, Pediatrická klinika FN Brno, CEITEC – Středoevropský technologický institut, Masarykova univerzita, Brno
[6] CGB laboratoř Ostrava
[7] Interní klinika FN Ostrava, Lékařská fakulta OU, Ostrava
[8] Interní gastroenterologická klinika FN Brno, Lékařská fakulta MU, Brno

Nemoci gastrointestinálního traktu, včetně onemocnění slinivky břišní, mohou být způsobeny přítomností viru SARS-CoV-2 a v takovém případě, dle nomenklatury WHO, je řadíme mezi onemocnění COVID-19. Mezi hlavní symptomy přítomné infekce patří především kašel a subjektivní pocit nedostatku dechu, nezanedbatelnými jsou i příznaky z oblasti trávicího traktu, jako jsou bolesti břicha, nauzea nebo zvracení či průjmovité stolic. Vztah mezi infekcí SARS-CoV-2 je často manifestován přítomností hyperlipasemie, nebo hyperamylasemie. Nejčastěji se tyto vyskytují bez morfologického korelátu žlázy. Výjimečná je nekróza pankreatického parenchymu, častější je edém žlázy. Jako diagnóza pankreatopatie je pak označena akutní edematózní pankreatitida. Poškození exokrinního pankreatu je multifaktoriální a je otázkou, zda se jedná o přímý efekt viru, anebo zda jde o epifenomén. Významnou roli při poškození pankreatu hraje angiotenzin konvertující enzym-2 (ACE-2) receptor, která je zásadní strukturou pro průnik bakterie do buňky. Kromě toho virus ovlivňuje funkci beta pankreatických buněk, virem je navozena rovněž lipotoxicita, vysoké hladiny IL-18 a imunologická dysregulace. Konečně při srovnání mortality osob s akutní pankreatitidou a současnou SARS-CoV-2 pozitivitou versus nemocní s akutní pankreatitidou a SARS-CoV-2 negativní, byla nalezena statisticky výrazně vyšší mortalita u osob infikovaných. COVID-19 a onemocnění pankreatu tvoří novou a stále ne dosti probádanou oblasti postižení slinivky břišní.

DIAGNOSTIKA A TERAPIE INFEKCÍ GIT

STŘEVNÍ INFEKCE U IBD PACIENTŮ

Milan Lukáš [1],
[1] Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty ISCARE, Praha

Abstrakt není k dispozici

WHIPPLEOVA CHOROBA

Marcela Kopáčová [1],
[1] 2. Interní gastroenterologická klinika, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Whippleova choroba je vzácné infekční systémové onemocnění. Pokud není adekvátně léčena, vede postupně k těžké malasimilaci, multiorgánovému postižení a až k fatálnímu konci nemocného. Onemocnění je způsobeno tyčinkovitou bakterií Tropheryma whipplei. Choroba byla popsána Hoytem v roce 1907. Schaffer v roce 1949 publikoval pozitivitu barvení inkluzí v makrofázích metodou PAS ve tkáni střeva a mezenterických uzlin. PAS-pozitivita byla prvním histopatologickým kritériem onemocnění. Podezření na infekční povahu Whippleovy choroby přinesla elektronová mikroskopie, díky které byly v roce 1960 popsány tyčinkovité bakterie v lamina propria tenkého střeva. Kultivace bakterie se zdařila až v roce 1997 (Schoedon). Whippleova choroba se projevuje řadou většinou necharakteristických příznaků, což činí její diagnózu obtížnou. Postihuje celou řadu orgánů, pravidlem je postižení tenkého střeva vedoucí k malasimilaci (zejména malabsorpci) se všemi důsledky, dále postižení srdce (chlopenního aparátu), plic, mozku a kloubů. Může být postižen kterýkoli tělesný orgán či systém. Pro postižení kloubů jsou nemocní často přijímáni na revmatologické lůžko; při seronegativitě kloubních obtíží je nutno na tuto chorobu pomýšlet. Pro diagnózu je nejdůležitější biopsie z duodena s barvením metodou PAS a PCR RNA bakterie. PAS pozitivita není specifická pro Tropherymu, k odlišení od Mycobacterium sp. použijeme barvení podle Ziehl-Neelsena. Léčba je zdlouhavá, bakterie je velmi rezistentní a vyžaduje podávání kombinace antibiotik po dobu minimálně jednoho roku. U našich nemocných jsme užívali následujícího schématu: v úvodu při hospitalizaci i.v. terapie kombinací krystalického PNC (či amoxycilin-clavulanatu) a gentamicinu po dobu 10 dní. Následně 1 rok kombinace orálně podávaného deoxymykoinu se sulfasalazinem (a acidum folicum). Projevy onemocnění jsou značně variabilní, proto je současně nutná terapie osteoporózy, anemie, úprava vnitřního prostředí a léčba přidružených chorob (endokarditida, plicní hypertenze apod.). Kontrola efektu léčby je rovněž složitá, opakovaná gastroskopie s kontrolou makroskopického vzhledu duodena a odběrem biopsií se jeví jako optimální. K úpravě makroskopického obrazu v tenkém střevě dochází v řádu týdnů. PAS pozitivní hmoty však mohou přetrvávat v lamina propria po úspěšné léčbě i řadu týdnů.

INFEKCE CLOSTRIDIUM DIFFICILE, MOŽNOSTI TERAPIE

Jiří Beneš [1],
[1] Klinika infekčních nemocí FN Bulovka

Abstrakt není k dispozici

INFEKCE SARS-COV2 A COVID-19 - POHLED GASTROENTEROLOGA A HEPATOLOGA

Štěpán Šembera [1], Ilja Tachecí [1],
[1] II. interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Úvod: Infekce Covid 19 doposud postihla cca 1,69 miliónu obyvatel ČR a 228 mil. obyvatel světa, byla spojena s více jak 30 tisíci úmrtími v ČR a 4,6 miliony na světě (údaje k 19.9.2021). Jedná se o primárně respirační onemocnění, pandemie však při svém rozsahu zasahuje do všech oblastí medicíny včetně gastroenterologie a hepatologie. Hlavní sdělení: Část nemocných má mezi příznaky i gastrointestinální potíže (29%), avšak pouze malá část nemocných má tyto obtíže izolovaně (4%). Nemocní s průjmem mají sice delší průběh onemocnění (doba trvání od začátku příznaků do vymizení viru), ale méně často těžký průběh. Léčba gastrointestinálních symptomů onemocnění je symptomatická. Dle současných znalostí nejsou nemocní s idiopatickými střevními záněty (IBD) nakaženi častěji než běžná populace. Ukazuje se, že nemocní na dlouhodobé kortikoterapii mají těžší průběh Covid 19. Nemocní na anti-TNF léčbě či s terapií anti-interleukinem 12/23 mají dokonce těžký průběh méně častý v porovnání s běžnou populací. Je doporučeno nepřerušovat léčbu IBD a předcházet nákaze protiepidemiologickými opatřeními i očkováním. Očkování nemocných léčených pro IBD je účinné (procento serokonverzí u nemocných léčených anti TNF alfa, vedolizumabem, ustekinumabem bylo vyšší než 90% a dosahovalo 70-90% u nemocných léčených kortikosteroidy či kombinací anti-TNF alfa a imunomodulancii – azatioprin či metotrexát). V játrech je ACE2 receptor, brána vstupu viru SARS-CoV2 do buněk, exprimován pouze ve žlučových cestách. Poškození žlučovodů či cholestatické potíže se u nemocných s Covid 19 častěji nevyskytují. Elevace jaterních transamináz je při průběhu onemocnění častá, tak jako u jiných viróz. Akutní jaterní selhání ale není u nemocných s Covid 19 reportováno. Nemocní s chronickým jaterním onemocněním potažmo s jaterní cirhózou jsou ohroženi dekompenzací nemoci v závislosti na tíži onemocnění určené dle Child-Pugh skóre či MELD (Model for Endstage Liver disease). Byl zaznamenán zvýšený výskyt akutních pankreatitíd u nemocných s onemocněním Covid 19, ve většině případů se ale jedná o onemocnění s lehkým průběhem. Popsané charakteristiky se mohou v závislosti na podtypu (mutaci) viru a jeho prostupu populacemi měnit. V období po prodělání onemocnění Covid19 trpí až 20% populace postcovidovým syndromem, který zahrnuje ztrátu chuti, nechutenství, v malém procentu i průjem. Vzhledem k rozsáhlým odkladům plánované a preventivní péče včetně onkoscreenignu v době pandemie panují obavy z prodlení v diagnostice nádorových onemocnění, v oblasti gastroenterologie zejména kolorektálního karcinomu. Jsou modelovány různé scénáře, nicméně na faktická data je nyní brzo. Pokles množství koloskopií ve FNHK za rok 2020 byl oproti průměru předchozích 5 let o 28%, přibližně stejný propad postihuje výkony screeningové i dispenzární. Závěr: pandemie Covid-19 ovlivňuje všechny odvětví medicíny vč. Gastroenterologie a hepatologie. Nemocní s chronickou chorobou (IBD nemocní s nutností kortikoterapie, nemocní s chronickou jaterní lézí) jsou závažnou virózou jakou je Covid19 ohroženi více než běžná populace. Imunosupresivní léčba nemocných s IBD snižuje efektivitu očkování v případě kortikoterapie či kombinace anti TNF s imunomodulancii. Je doporučeno nepřerušovat imunosupresivní léčbu IBD. Pandemie způsobila určitý pokles počtu okcoscreeningových vyšetření s dosud nejasným vlivem na incidenci a mortalitu onkologických onemocnění.

EVROPSKÝ REGISTR NA MANAGEMENT A LÉČBU HP INFEKCE

Lumír Kunovský [1], Jitka Vaculová [2], Štěpán Šembera [3], Ilja Tachecí [3], Petra Čavajdová [3], Sabina Hrubá [4], Adam Vašura [5], Martin Blaho [5], Pavla Tesaříková [6], Jan Trna [7], Jakub Bača [8], Jan Král [9], Lukáš Bajer [10], Francis Mégraud [11], Colm O'Morain [12], Olga P. Nyssen [13], Javier P. Gisbert [13],

[1] Interní gastroenterologická klinika FN Brno, Chirurgická klinika FN Brno, Lékařská fakulta MU, Brno
[2] Interní gastroenterologická klinika FN Brno, Lékařská fakulta MU, Brno
[3] 2.Interní gastroenterologická klinika FN Hradec Králové, Lékařská fakulta v Hradci Králové UK, Hradec Králové
[4] Oddělení gastroenterologie a hepatologie, I. Interní klinika FN Plzeň, Lékařská fakulta UK v Plzni, Plzeň
[5] Interní klinika FN Ostrava, Lékařská fakulta OU, Ostrava
[6] Gastroenterologická ambulance, Interní odděleni, Nemocnice Boskovice, Boskovice
[7] Gastroenterologická ambulance, Interní odděleni, Nemocnice Boskovice, Boskovice, Interní gastroenterologická klinika FN Brno, Lékařská fakulta MU, Brno
[8] II.Interní klinika gastroenterologie a geriatrie FN Olomouc, Lékařská fakulta UP, Olomouc
[9] Klinika hepatogastroenterologie IKEM, Praha, Gastroenterologické centrum Medic Kral, Praha
[10] Klinika hepatogastroenterologie IKEM, Praha
[11] Laboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux Cedex, France
[12] Trinity College Dublin - Faculty of Health Sciences, Trinity College Dublin; Dublin/IE, Faculty of Health Sciences, Dublin, Ireland
[13] Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM) and Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid, Spain

Velká rozmanitost léčebných režimů na léčbu Helicobacter pylori a jejich různá účinnost vyžadují kontinuální analýzu klinické praxe, systematické vyhodnocování účinnosti a bezpečnosti různých léčebných schémat a diagnosticko-terapeutických strategií. Hodnocení skutečné klinické praxe pomocí registrů pomůže zlepšit organizaci evropského konsensu o léčbě infekce Helicobacter pylori. Evropskou studijní skupinou pro Helicobacter a mikrobiom (European Helicobacter and Microbiota Study Group) byl v roce 2012 založen evropský registr pro management a léčbu infekce Helicobacter pylori (Hp-EuReg). Hlavním cílem je získat databázi systematicky registrující velký a reprezentativní vzorek rutinní klinické praxe evropských gastroenterologů se záměrem vypracovat popisné studie o léčbě infekce Helicobacter pylori. Z vedlejších cílů je to především snaha o vyhodnocení léčby infekce Helicobacter pylori a získání klinických dat v různých zemích. Dále je také snahou provádět studie zaměřené na epidemiologii, účinnost a bezpečnost běžně používaných léčebných postupů k eradikaci Helicobacter pylori, vyhodnotit dostupnost zdravotnických technologií a používaných léků při léčbě infekce Helicobacter pylory a umožnit vypracování dílčí a specifické analýzy zúčastněnými výzkumnými centry a pracovníky. Od roku 2019 je součástí Hp-EuReg také Česká republika. Obsahem a cílem této přednášky tak bude představit tento evropský registr pro management infekce Helicobacter pylori a prezentovat první česká data nasbíraná z celkem 8 center po celé České republice.

PANELOVÁ DISKUZE

[1]
[1],

Abstrakt není k dispozici

„STARONOVÝ“ POHLED NA BLOKÁTORY H2 RECEPTORŮ - SATELITNÍ SYMPOZIUM PRO.MED.CS PRAHA A.S.

MÍSTO BLOKÁTORŮ H2 RECEPTORŮ V SOUČASNÉ PRAXI

J. Bultas [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

BLOKÁTORY H2 RECEPTORŮ V LÉČBĚ NEMOCÍ ZAŽÍVACÍHO TRAKTU

Martin Bortlík [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

TYPICKÝ PACIENT PRO H2 BLOKÁTORY - KAZUISTIKY

L Hrdlička [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

VARIA

MALABSORPCE ŽLUČOVÝCH KYSELIN

Darina Kohoutová [2],
[1] Royal Marsden Hospital NHS Foundation Trust, London, UK
[2] LF a FN Hradec Králové

Malabsorpce žlučových kyselin Malabsorpce žlučových kyselin (BAM bile acid malabsorption) byla poprvé identifikována Hofmannem v roce 1967. Za tohoto stavu nejsou žlučové kyseliny vstřebány v ileu, vstoupí do tlustého střeva a jsou příčinou chronického průjmu. Působí čtyřmi základními mechanismy: zvýšenou sekrecí elektrolytů / vody, zvýšenou permeabilitou sliznice tlustého střeva, zvýšenou motilitou tlustého střeva, zvýšenou produkcí hlenu. Klinicky pacient trpí chronickými průjmy, nadýmáním, rektálními urgencemi i inkontinencí stolice. Pokud jde o závažnou malabsorpci žlučových kyselin, pak může pacient trpět steatoreou, světlou, olejovitou, zapáchající stolicí. Klasifikace malabsorpce žlučových kyselin BAM je obvykle klasifikován do třech základních typů. Příčinou sekundárního BAM (typ I) je anatomicky nebo patofyziologicky definovaná enteropatie: resekce ilea, zánětlivá onemocnění (nejčastěji Crohnova choroba, pravostranné kolektomie s resekcí terminálního ilea) a předchozí radioterapie v oblasti pánve. Literatura dokládá, že až 50 % (!) pacientů, kteří byli léčeni radioterapií pro malignitu lokalizovanou v pánvi, vyvine BAM. V případě morfologicky normálního ilea je BAM klasifikován jako primární (typ II). V minulosti byl typ II považován za vzácný, dnes je však označován za příčinu chronického průjmu u třetiny (!) pacientů s dráždivým tračníkem s predominancí průjmu. Třetí typ BAM je způsoben gastroenterologickými onemocněními / chirurgickými výkony bez vazby na ileum. Příkladem je předchozí operace žaludku (vagotomie), cholecystektomie, ale i chronická pankreatitida, celiakie nebo syndrom bakteriálního přerůstání v tenkém střevě. Diagnostika malabsorpce žlučových kyselin Zlatým standardem diagnostiky je SeHCAT (75-Selenium HomoCholic Acid Taurine test) test, který byl poprvé proveden před 40 lety, v roce 1981. Je velmi dobře tolerován, je jednoduchý, neinvazivní, a zahrnuje minimální radiační zátěž. Praktický postup je následující: pacientovi je orálně podán analog žlučových kyselin konjugovaný s taurinem, označený radioaktivním selenem (75Se). První sken je proveden tři hodiny po orálním podání kapsle, druhý sken po jednom týdnu v identické poloze na zádech. Výsledek je vyjádřen jako kalkulace retence SeHCAT v procentech. Jako mírný BAM je označována retence 10-15 %, jako střední BAM retence 5-10 % a za těžký BAM je pokládána retence radiofarmaka 5 %. Test vyžaduje absenci laxativ těsně před a během provádění testu V současné době je SeHCAT scan dostupný ve 12 evropských zemích a Kanadě. V České Republice je prozatím v rámci diagnostiky BAM prováděn “terapeutický test“ - tedy podání cholestyraminu a pozorování klinické odpovědi. Je třeba zdůraznit, že zlepšení symptomů může nastat placebovým efektem a naopak falešně negativní výsledek nedostatečnou compliance léčby. Obzvlášť nezanedbatelná je pak potenciální interakce sekvestrantů žlučových kyselin s jinými užívanými léky a navození malabsorpce tuků a vitaminů rozpustných v tucích. Léčba malabsorpce žlučových kyselin Základní léčbou u BAM je dieta s nízkým příjmem tuku a podání sekvestrantů žlučových kyselin, přičemž nejvíce rozšířený je cholestyramin. Druhou možností je podání colesevelamu, který je lépe tolerován. Léčba je velmi úspěšná a kvalita života nemocných se obvykle radikálně zlepší.

NAŠE ZKUŠENOSTI S MOTORIZOVANOU SPIRÁLNÍ ENTEROSKOPIÍ

Přemysl Falt [1], Jakub Bača [1], Ondřej Urban [1],
[1] II. interní klinika FN a LF UP Olomouc

Úvod: Motorizovaná spirální enteroskopie (PSE, PowerSpiral Enteroscopy) je novou platformou hluboké enteroskopie, která dle zatím limitovaných dat vykazuje vysokou efektivitu, diagnostickou a terapeutickou výtěžnost a dobrý bezpečnostní profil. Metodika: Jedná se o prospektivní sledování nemocných vyšetřených PSE na II. interní klinice FN Olomouc. Hlavními sledovanými parametry byly technická úspěšnost definovaná jako průchod spirálou duodenojejunálním přechodem nebo Bauhinskou chlopní, adekvátní hloubka zavedení, úspěšnost totální enteroskopie v indikovaných případech, diagnostická výtěžnost a výskyt komplikací. Výsledky: Od června 2019 do července 2021 bylo provedeno celkem 54 vyšetření u 43 nemocných (muži 57 %, věk 58,4 ± 11,3 let), z toho 38 orálním a 16 análním přístupem. 23 vyšetření bylo indikováno pro symptomy a nález na CT/PET-CT/MR, 14 pro krvácení a/nebo anémii s pozitivním nálezem na kapslové enteroskopii a 17 vyšetření z jiných důvodů. Technická úspěšnost byla zaznamenána v 94 % případů a v 87 % případů byla hloubka zavedení hodnocena jako dostatečná. V 8 případech byla indikována totální enteroskopie a v 6 z nich (75 %) jí bylo dosaženo, z toho ve 2 případech orálním a ve 4 kombinovaným přístupem. Po odečtení případů se známou diagnózou byla PSE hodnocena jako diagnosticky výtěžná v 93 % (37/40) případů. Závažné ale konzervativně řešené komplikace byly zaznamenány ve 4 % vyšetření (2/54) (intususcepce sigmoidea a lehká akutní pankreatitida). Závěry: V našem unicentrickém souboru prokazujeme vysokou technickou úspěšnost a diagnostickou výtěžnost PSE s nízkým výskytem závažných komplikací.

DUÁLNÍ BIOLOGICKÁ TERAPIE IBD - TEORIE A VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

Lucie Prokopová [1], Vladimír Zbořil [1],
[1] Interní gastroenterologická klinika FN Brno - Bohunice

Publikací o možnosti kombinované nebo tzv. duální biologické terapie v léčbě IBD přibývá zejména v posledních 3 letech. Jedna z posledních metaanalýz (Privitera G, et al.: Combination therapy in inflammatory bowel disease - from traditional immunosuppressors towards the new paradigm of dual targeted therapy. Autoimmun Rev. 2021 Jun;20(6):102832) potvrzuje efektivitu i bezpečnost kombinací, v nichž se můžeme setkat nejčastěji s vedolizumabem + antiTNF biologiky, ale také s kombinacemi non-antiTNF biologik. V našem souboru byla použita duální biologická terapie u 10 pacientů s Crohnovou nemocí (5 mužů, 5 žen) refrakterní na konvenční imunomodulaci včetně dostupných biologik v monoterapii. Léčebná rezistence se týkala 7 případů lumimální choroby, 2 případů perianální choroby a 2 kombinací enteropatické artropatie + refrakterní luminální choroby. Věkový průměr pacientů byl 36,4 roku (v rozmezí 25-53 let). Použili jsme vždy kombinaci vedolizumabu s dalším preparátem: v 8 případech s adalimumabem, jednou s infliximabem a jednou s ustekinumabem. Nejkratší doba terapie činila 6 měsíců (průměr 7,2 měsíce). Výsledky hodnocení v 6. měsíci léčby neprokázaly efektivitu terapie perianálního postižení, nicméně zaregitsrovali jsme 2 případy luminálního zhojení a 3 případy léčebné odpovědi. Nápadný byl výrazný efekt duální biologické terapie na extraintestinální kloubní manifestaci. Ani v jednom z případů jsme nezaznamenali nežádoucí účinky, které by indikovali přerušení léčby. Duální biologickou terapii považujeme za perspektivní a bezpečnou terapeutickou variantu u vysoce farmakorezistentní Crohnovy nemoci. Hlavní cíl v budoucnu spatřujeme v hledání optimálních indikací a bezpečných kombinací biologik.

ČERNÝ JÍCEN - AKUTNÍ NEKROTIZUJÍCÍ EZOFAGITIDA

Jan Válek [1],
[1] Gastroenterologie - Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. Interní oddělení - gastrocentrum Nemocnice Vrchlabí s.r.o.

Akutní nekrotizující ezofagitida (acute esophageal necrosis – AEN), spíše známá jako „černý jícen“, (black esophagus) je vzácné onemocnění vznikající u kriticky nemocných působením žaludečních kyselin na méně odolnou, hůře prokrvenou sliznici jícnu. Projevuje se jedním nebo častěji kombinací příznaků, zvracením natrávené krve, melenou, dysfagií a epigastrickou bolestí. Laboratorně bývá leukocytóza s anemií. Diagnoza černého jícnu je endoskopická. V distálním nebo méně často celém jícnu je patrná černá hematinem zbarvená nekrotická sliznice, ostře ohraničená gastroezofageální junkcí. Časté jsou synchronní vředy duodena. Při biopsii prokazujeme absenci viabilního squamozního epitelu s nekrotickými částicemi mukozy, submukozy ev. celé stěny jícnu. Léčba je zaměřena na obnovení hemodynamické stability pacienta. Dočasně je přerušen per orální příjem tekutin a potravy, jsou podávány inhibitory protonové pumpy a antibiotika. Méně častou komplikací je perforace s mediastinitidou, kterou je nutno léčit chirurgickou drenáží. Pozánětlivé chronické stenózy a striktury léčíme balonovou dilatací. Literárně je mortalita udávána 30-50%. V našem souboru představujeme 4 případy této vzácné diagnózy v období 7 let. Jednalo se typicky o starší muže ve věkovém rozmezí 64 - 85 let. Kromě 64-letého hypertonika s probíhající pneumonií se jednalo vždy o vysoce polymorbidní pacienty (v anamnéze po prodělané ischemické cévní mozkové příhodě, probíhající ischemické chorobě srdeční s diabetem mellitem) dále v kombinaci s cirhózou jaterní, intersticiál. plicní fibrózou nebo adenokarcinomem jícnu. U všech pacientů byla indikací k hospitalizaci bolest břicha s dušností. Diagnóza byla vždy stanovena endoskopicky. Gastroskopie byla indikována z důvodů rozvoje bolestí břicha se zvracením kávové sedliny 2x, hematemezou a melenou. Léčba probíhala na lůžku intenzivní péče. Byla podávána PPI i.v., parenterální výživa, ve všech případech byla užívána antibiotika. Celkové přežití v našem souboru bylo 50%. Důvodem úmrtí byla pneumonie v kombinaci s progresí základního onemocnění u pacientů v celkově špatném stavu. U jednoho polymorbidního pacienta došlo k uzdravení, ale v průběhu času se rozvinula stenóza s rozvojem dysfagií, které opakovaně řešíme balonovou dilatací. Nejmladší 65-letý pacient je zatím na terapii omeprazolem 2x denně p.o., bez komplikací. Plánujeme u něho opakovanou endoskopickou kontrolou. Závěr: Akutní nekrotizující esofagitida je vzácné, ale velice závažné onemocnění s až 50% mortalitou, která se shoduje s literárními údaji. Na onemocnění je třeba pomýšlet u polymorbidních pacientů v akutním stavu s průvodním zvracením kávové sedliny, hematemézou a melénou. Diagnostická gastroskopie by měla být prováděna velice obezřetně pro riziko iatrogenní komplikace. K diagnoze může napomoci i CT hrudníku, kde nalézáme zesílenou stěnu postižené části jícnu. Léčba by měla probíhat na jednotkách intenzivní péče s podáváním komplexní terapie zaměřující se na stabilizaci pacienta se snahou o obnovení reperfuze jícnu.

ROBOTICKÁ PRAVOSTRANNÁ HEMIKOLEKTOMIE, PRVOTNÍ ZKUŠENOSTI.

Filip Pazdírek [1],
[1] Chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol.

Zavedení miniinvazních přístupů do kolorektální chirurgie bylo jednoznačným přínosem. Pacientům celkově zkrátilo rekonvalescenci při zachování stejné onkologické radikality jako při otevřené operaci. V současné době je možné volit mezi laparoskopickým a roboticky asistovaným miniinvazivním přístupem. Hlavním limitem laparoskopické operativy je omezený pohyb nástroji. Nástroje jsou rigidní, většina operací je stále prováděna v 2D zobrazení. V posledních letech je kladen důraz na kompletní mesokolickou excizi (CME) snižující riziko lokální recidivy a techniku inntrakorporární anastomózy. Obě techniky jsou laparoskopicky obtížně proveditelné. Na souboru 12 pacientů jsou prezentovány naše prvotní zkušenosti s pravostrannou robotickou hemikolektomií. Jsou hodnoceny periperační a časné pooperační ukazatele. Z literárních údajů i naší zkušenosti vyplývá, že roboticky asistovaná pravostranná hemikolektomie přináší ve srovnání s laparoskopickou operací nepopiratelné výhody. Zejména se jedná nízké riziko konverze, srovnatelnou onkologickou radikalitu, rychlou obnovu pasáže a nízký výskyt infekčních komplikací. Určitou nevýhodou je delší operační čas a vyšší náklady na operaci.

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

Barbora Pipek [1], Dana Ďuricová [4], Katarina Mitrová [5], Martin Bortlík [6], Milan Lukáš [4],
[1] Centrum péče o zažívací trakt, Nemocnice AGEL Ostrava Vítkovice
[2] 2. II. interní klinika-gastroenterologická a geriatrická LF UP a FN Olomouc
[3] 3. Ostravská univerzita-Lékařská fakulta, Ostrava
[4] Klinické centrum ISCARE I.V.F. Lighthouse, Praha
[5] Pediatrická klinika FN Motol, 2. LF UK, Praha
[6] Gastroenterologické oddělení. Nemocnice České Budějovice

Úvod: Idiopatické střevní záněty (IBD) jsou onemocněním převážně mladého a fertilního věku, kdy i značná část pacientek otěhotnění v průběhu nemoci. Jako nejdůležitější faktor zdárného průběhu těhotenství je klidová fáze nemoci, které dosáhneme často intenzivní protizánětlivou léčbou. V posledních letech se spektrum biologické léčby IBD rozšířilo o novou monoklonální protilátku proti α4ß7 integrínovému receptoru-vedolizumab (VDZ) a o protilátku proti interleukinu 12/23-ustekinumab (UST). Cíl: Prezentace výsledků multicentrické observační studie. Primárním cílem studie bylo posoudit bezpečnost vedolizumabu/ustekinumabu na průběh gravidity a vývoj plodu a novorozence. Sekundárním cílem bylo zhodnocení transplacentárniho přenosu léků prostřednictvím analýzy hladin léku v pupečníkové krvi novorozence a žilní krvi matky, kdy současné důkazy o této farmakokinetice jsou stále omezené. Metodika: Demografické údaje, informace o charakteru IBD v průběhu těhotenství a detaily terapie byly získávané z preformovaného dotazníku, údaje o porodu a stavu novorozence byly doplněné z porodnické dokumentace. Ke stanovení míry transplacentárního přenosu byly měřeny hladiny VDZ/UST z odběrů pupečníkové krve a žilní krve matky v době porodu. K měření koncentrací léčiva byla použita metoda ELISA. Výsledky: Od března 2019 do prosince 2021 bylo do studie zařazeno 73 pacientek s dokončenou graviditou z 13 center biologické léčby IBD v České republice, z nich bylo 32 žen léčeno vedolizumabem (medián věku 31 let), 41 ustekinumabem (medián věku 28 let). K porodům živých dětí došlo u 90 % (29) žen ve skupině s VDZ (2 časné spontánní aborty do 8tt gestace, 1 instrumentální v 11tt) a u 85 % (35) u UST (6 časných abortů do 8 tt gestace). Všechny těhotenství byly termínové, medián porodních hmotností byl 3300 g ve VDZ skupině a 3135 g ve skupině s UST. Záchyt vrozených vývojových vad byl 7 % (3) ve skupině s UST (2 mírné dysplazie kyčlí a hydrokéla), ve skupině s VDZ 0. Farmakokinetické parametry byly sledovány u 31 párů novorozenec-matka (15 UST a 16 VDZ). Medián hladin vedolizumabu v žilní krvi matky a pupečníkové krvi novorozence byl 9,2 mg/l a 5,8 mg/l (infant/maternal ratio 0.66), medián hladin ustekinumabu u matky a novorozence byl 7,3 mg/l a 10,3 mg/l (infant/maternal ratio 1.7). Hladiny ustekinumabu v pupečníkové krvi pozitivně korelovaly s mateřskými hladinami při porodu (rho = 0,656, p = 0,02). Hladiny vedolizumabu v pupečníkové krvi vykazovaly pozitivní korelaci s mateřskými hladinami (rho = 0,818; p□0,001) a s gestačním týdnem poslední infuze (rho = 0,729; p = 0,003). Závěr: Podávání biologické léčby vedolizumabem a ustekinumabem v průběhu gravidity pro IBD matek se dle našeho sledování jeví bezpečné. Vedolizumab prokázal odlišnou farmakokinetiku transplacentárního přenosu, což vedlo k nižším hladinám léčiva v pupečníkové krvi ve srovnání s hladinou v žilní krvi matky v době porodu, zatímco transplacentární přenos ustekinumabu se zdá být podobný jako u anti-TNF léčiv.

ENDOSONOGRAPHY-GUIDED FINE-NEEDLE ASPIRATION VERSUS "KEY-HOLE BIOPSY" IN THE DIAGNOSTICS OF UPPER GASTROINTESTINAL SUBEPITHELIAL TUMORS. A PROSPECTIVE RANDOMIZED INTERVENTIONAL STUDY

Vincent Zoundjiekpon [1],
[1] Department of Internal Medicine II - Gastroenterology and Geriatric, Faculty of Medicine and Dentistry, Palacky University Olomouc and University Hospital Olomouc, Czech Republic.

Background: The management and prognosis of subepithelial tumors (SETs) of the upper gastrointestinal tract depend on the correct preoperative evaluation, including tissue diagnosis in selected cases. Several methods providing deep tissue sampling for cytological and/or histological examinations have been described but their diagnostic yield and precise position in the diagnostic algorithm remain to be established. This prospective randomized study aims to compare the Endosonography-Guided Fine-Needle Aspiration (EUS-FNA) to Key-Hole Biopsy (KHB) in cytological or histological diagnostics of upper gastrointestinal SETs. Patients and methods: This study was conducted in a single tertiary endoscopy center in Ostrava, Czech Republic between November 2010 and October 2015. Patients with endoscopically detected SETs of the upper gastrointestinal tract with a diameter ≥ 2 cm, were randomized to either the EUS-FNA with 22G needle, or to the Key Hole biopsy (forceps biopsy through mucosal incision) groups. The main study outcomes were success rate of tissue diagnostics and, in the cases of Gastrointestinal Stromal Tumours (GIST), possibility of determining mitotic activity. A cross-over examination was performed in situations where the first method had failed. Results: 52 consecutive patients with upper gastrointestinal SETs, were prospectively included in a single tertiary institution in Ostrava. Of the total number of cases enrolled, 6 patients were lost to follow up and 46 randomized. Of these, 24 (52%) and 22 (48%) were randomized to EUS-FNA group and KHB arm, respectively. 5 SETs (11%) were detected in the esophagus, 40 (87%) in the stomach and 1 (2%) in the duodenum. The definitive diagnosis was established by the first sampling method in 42 (91%) patients, including 22 (92%) in the EUS-FNA group and 20 (91%) in the KHB group (P=0.999), and after a cross-over in another 3 (7%) patients. The most prevalent SET was GIST (70%). Although some mitotic activity could be observed in 11 patients, the mitotic index could be diagnosed in none of them. Of a total of 20 surgically treated patients, preoperative and postoperative tissue diagnosis corresponded in 19/20 (95%) cases, including 100% in FNA group and 91% in KHB group (P=0.999). No adverse events of tissue sampling occurred in the study. Conclusions: Deep tissue sampling by EUS-FNA and KHB are equally effective in the diagnostics of SETs of the upper gastrointestinal tract ≥ 2 cm. However, neither EUS-FNA nor KHB provided adequate tissue sample to determine mitotic index

---

PANELOVÁ DISKUZE

[1]
[1]

Abstrakt není k dispozici

DIAGNOSTIKA A TERAPIE PANKREATOBILIÁRNÍCH NÁDORŮ

RADIOLOGIE

Vlastimil Válek [1],
[1] Klinika radiologie a nukleární medicíny, FN Brno

Abstrakt není k dispozici

ENDOSKOPIE

Ondřej Urban [1],
[1] Fakultní nemocnice Olomouc, II. interní kliniky - gastroenterologické a geriatrické

Abstrakt není k dispozici

CHIRURGIE

Martin Oliverius [1],
[1] Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Abstrakt není k dispozici

ONKOLOGIE

Luboš Petruželka [1],
[1] Onkologická klinika, VFN Praha

Abstrakt není k dispozici

PANELOVÁ DISKUZE

[1],
[1] -

Abstrakt není k dispozici

HIGHLIGHTS Z KONGRESU

HIGHLIGHTS Z KONGRESU

[1],
[1] -

Abstrakt není k dispozici

INHIBITOR JANUS KINÁZ V MODERNÍ LÉČBĚ ULCERÓZNÍ KOLITIDY - SATELITNÍ SYMPOZIUM PFIZER

XELJANZ (TOFACITINIB) – PŘEHLED KLINICKÉ ÚČINNOSTI

Milan Lukáš [1],
[1] Iscare Praha

Abstrakt není k dispozici

ÚČINNOST LÉČBY UC PŘÍPRAVKEM XELJANZ Z POHLEDU PACIENTA

Dana Ďuricová [1],
[1] Iscare Praha

Abstrakt není k dispozici

BEZPEČNOST LÉČBY UC TOFACITINIBEM

Tomáš Douda [1],
[1] II. Interní gastroenterologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

CHIRURGICKÝ BLOK - NOVINKY V INVAZIVNÍ TERAPII GIT - POHLED CHIRURGA A ENDOSKOPISTY

IATROGENNÍ PERFORACE GIT Z POHLEDU ENDOSKOPISTY

Přemysl Falt [1],
[1] II. interní klinika - gastroenterologická a geriatrická FN a LF UP, Olomouc

Abstrakt není k dispozici

IATROGENNÍ PERFORACE GIT Z POHLEDU CHIRURGA

Dušan Klos [1],
[1] Chirurgická klinika, LF UP a FN Olomouc

Abstrakt není k dispozici

BILIODIGESTIVNÍ SPOJKY ENDOSKOPICKY

Vladimír Nosek [1], Z. Kala [3],
[1] Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., Oddělení gastroenterologie
[3]

Abstrakt není k dispozici

BILIODIGESTIVNÍ SPOJKY Z POHLEDU CHIRURGA

Zdeněk Kala [1],
[1] Chirurgická klinika FN Brno

Abstrakt není k dispozici

DRENÁŽ PANKREATICKÝCH TEKUTINOVÝCH KOLEKCÍ Z POHLEDU ENDOSKOPISTY

Petr Vítek [1],
[1] Nemocnice Frýdek-Místek, Interní oddělení, Beskydské Gastrocentrum

Abstrakt není k dispozici

DRENÁŽ PANKREATICKÝCH TEKUTINOVÝCH KOLEKCÍ Z POHLEDU CHIRURGA

Zdeněk Krška [1],
[1] I. Chirurgická klinika VFN Praha

Abstrakt není k dispozici

FUNKČNÍ PORUCHY A POTRAVINOVÉ INTOLERANCE

PROBLEMATIKA MIKROBIOTY U IBS

Jiří Vejmelka [1], Pavel Kohout [1],
[1] Interní klinika, 3.LF UK a FTN Praha

Abstrakt není k dispozici

FRUKTÓZOVÁ A HISTAMINOVÁ INTOLERANCE V DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTICE IBS

Pavel Kohout [1], Jiří Vejmelka [1],
[1] Interní klinika, 3.LF UK a FTN Praha

Abstrakt není k dispozici

VYBRANÁ FUNKČNÍ ONEMOCNĚNÍ JÍCNU DLE ROME IV

Jiří Dolina [1], Štefan Konečný [1],
[1] Interní a gastroenterologická klinika FN Brno

Abstrakt není k dispozici

IBD VERSUS IBS

Vladimír Zbořil [1],
[1] Interní gastroenterologická klinika FN Brno

Abstrakt není k dispozici

Platinový partner

abbvie

ČESKÁ GASTROENTEROLOGICKÁ SPOLEČNOST ČGS

janssen

Zlatý partner

Boston Scientific
Advancing science for life™

FERRING PHARMACEUTICALS

Pfizer

PRO.MED.CS Praha a.s.

Takeda

Stříbrný partner

AOP ORPHAN
FOCUS ON RARE DISEASES

OLYMPUS

SANDOZ A Novartis Division

Bronzový partner

ALFASIGMA

Vystavovatelé

Biogen

IMEDEX
TECHNOLOGY SCOUT

inlab

MEDIAL

TILLOTTS PHARMA

Děkujeme všem zúčastněným firmám za podporu této akce