Budějovice gastroenterologické 2022 6.–7. dubna 2022

Abstrakta

Motorizovaná spirální enteroskopie

P. Bartošová, P. Falt

II. interní klinika – gastroenterologická a hepatologická LF UP a FN Olomouc

Motorizovaná spirální enteroskopie (PSE – PowerSpiral enteroscopy) je novou technikou vyšetření tenkého střeva orálním i análním přístupem. Prezentace popisuje technickou specifikaci a postup při provedení PSE. Dále uvádí výsledky studie provedené v centru endoskopie ve FN Olomouc v období od července 2019 do října 2021, v rámci které bylo provedeno 62 vyšetření u 47 pacientů. Technický úspěch, definovaný jako zavedení spirály za duodenojejunální flexuru nebo ileocékální chlopeň, byl dosažen v 95 % případů. Totální enteroskopie byla indikována u 11 pacientů a bylo jí dosaženo v 82 %, buď antegrádním, nebo kombinovaným přístupem. K závažnějším komplikacím došlo u 2 pacientů. Jednalo se o mírnou akutní pankreatitidu po totální enteroskopii a intususcepci sigmatu. Ze závěrů studie vyplývá, že PSE vykazuje vysokou technickou úspěšnost a diagnostickou výtěžnost, při nízkém výskytu významných komplikací.

Biologická léčba u metalkaptázou indukované ulcerózní kolitidy

S. Cveková, K. Aiglová

II. interní klinika – gastroenterologická a hepatologická LF UP a FN Olomouc

Úvod: Wilsonova nemoc je vzácné dědičné onemocnění spojené s poruchou metabolizmu mědi. Jedná se o autozomálně recesivní deficit ATPázy transportující měď. Proto dochází k hromadění mědi v orgánech s typickými projevy, jako je postižení jaterního parenchymu nebo neurologickými příznaky. Jednou z modalit léčby je metalkaptáza neboli penicilamin, u kterého je vzácně popisovaný vedlejší účinek indukce ulcerózní kolitidy. Celosvětově jsou ojediněle popisovány případy koincidence obou nemocí. **Kazuistika:** Pacient (29 let) je došetřován pro mimovolní pohyby horních končetin, dystonie akrálních částí dolních končetin a vokalizace cestou neurologické klinicky. Po provedené MR mozku je vysloveno podezření na m. Wilson pro nález sdruženého postižení mezencefala, pontu, bazálních ganglií, putamen a thalamu bilaterálně. Je doplněno oční vyšetření s pozorováním jemných depozit v rohovce a se suspekcí na přítomnost Kayserova-Fleischerova prstence. Pacient absolvuje penicilaminový test s pozitivním výsledkem. Genetická laboratoř potvrzuje homozygotní mutaci genu *ATP7B*. Již cestou neurologie zahájena terapie metalkaptázou. Následně rozvoj průjmů a koloskopicky nalezena extenzivní kolitida od rekta po střední část transverza. Histologicky potvrzena ulcerózní kolitida, která zaléčena kortikoidní terapií s efektem. Při detrakci kortikoidů náhlý relaps onemocnění s enteroragiemi, při opakované koloskopii makroskopicky pozorována těžká pankolitis. Proto pacienta indikujeme k záchranné biologické terapii infliximabem s promptní odpovědí na léčbu. **Závěr:** Námi prezentovanou kazuistikou chceme poukázat na možnost využití záchranné biologické terapie u pacienta s ulcerózní kolitidou a Wilsonovou nemocí.

Refrakterní ascites nejasné etiologie – kazuistika

P. Čavajdová, Š. Šembera, J. Bártová, T. Fejfar, K. Rudolf, I. Tachecí

II. interní gastroenterologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Nemocný (73 let) byl přijat k vyšetření refrakterního ascitu neurčené příčiny. Po diagnostické punkci ascitu jsme vyloučili kardiální, nefrologickou a maligní etiologii. Pomocí zobrazovacích metod byla vyloučena trombóza portální žíly a jaterních žil. Elastograficky jsme zjistili zvýšenou tuhost jaterního parenchymu (20,4 kPa), naměřené hodnoty však vznik ascitu nevysvětlily. Biopsie jater neprokázala jaterní cirhózu. Histologický nález svědčil pro diagnózu idiopatické necirhotické portální hypertenze, nebo dle novějšího názvosloví takzvanou portosinusoidální cévní nemoc (PSVD). Jelikož byl ascites refrakterní, přistoupili jsme k léčbě pomocí TIPSu (transjugulární portosystémové intrahepatální spojky) s dobrým terapeutickým efektem, ústupem ascitu. Současně jsme zahájili podávání profylaktické dávky nízkomolekulárního heparinu k prevenci vzniku trombózy portální žíly. PSVD je vzácné onemocnění jater charakterizované intrahepatální, presinusoidální portální hypertenzí, absencí cirhózy, se specifickým histologickým nálezem. Patofyziologickým podkladem onemocnění jsou pravděpodobně trombózy drobných větví portální žíly, patrné na mikroskopické úrovni. K specifickému histologickému obrazu patří regenerativní nodulární hyperplazie, portální obliterativní venopatie nebo cirhóza s inkompletními septy. Dle nejnovějšího konsenzu postačuje k diagnostice onemocnění vyloučení jaterní cirhózy a vyloučení prehepatální nebo posthepatální portální hypertenze. Nemoc je asociovaná s trombotickými komplikacemi, avšak doposud není jasné doporučení, zda je antikoagulační terapie přínosná. Rozhodnutí zůstává na individuálním posouzení ošetřujícího lékaře. Terapie portální hypertenze vychází z doporučených postupů léčby nemocných s jaterní cirhózou. Na základě definice a diagnostických kritérií můžeme spekulovat, že výskyt PSVD je mnohem častější, než bylo dosud uváděno.

Vzácná příčina recidivujících abscesů jater

J. Dyntr[1], M. Černá[1], M. Kolaci[2]

[1] Gastroenterologické oddělení, Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
[2] Radiologická klinika, Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

V kazuistice prezentujeme pacienta po prodělané těžké akutní pankreatitidě, u kterého byla pro komplikace indikována chirurgická revize s vytvořením biliodigestivní spojky. Následně byl pacient opakovaně hospitalizován pro abscesy jater – v rámci diferenciální diagnostiky byly vyloučeny infekční fokusy, bylo provedeno i kontrolní ERCP, kde vysloveno podezření na „sump syndrom". Po provedení papilotomie se pak další abscesy jater u pacienta neobjevily. „Sump syndrom" je vzácná komplikace side-to-side choledochoduodenostomie, kdy v důsledku hromadění chymu v rezervoáru (tzv. sump) vytvořeném v části ductus choledochus distálně od anastomózy, dochází k rozvoji opakovaných epizod ascendentní akutní cholangoitidy a následně k rozvoji jaterních abscesů.

Překvapivá příčina průjmu s enteroragií

N. Friedová[1], P. Kohout[1], D. Chrpová[2,3], J. Pánek[2]

[1] Interní klinika 3. LF UK a FTN, Praha,
[2] Ústav analýzy potravin a výživy, VŠCHT, Praha
[3] VOŠZ a SZŠ 5. května, Praha

Trehalóza je disacharid složený ze dvou molekul glukózy. Jejími přirozenými zdroji jsou pekařské kvasnice (*Saccharomyces cerevisiae*), houby, částečně i med nebo korýši, zejména krevety. V ostatních potravinách je přirozená trehalóza zcela minoritní, používá se však četně v potravinářském průmyslu zejména v sektoru mražených produktů či dochucovadel – hořčice a kečupů. Prezentujeme případ 27letého muže vyšetřovaného s dg. susp. akutní enterokolitidy, steptokové sepse, s perioperačně zjištěným zánětem v terminálním ileu a srůsty s omentem a břišní stěnou, udávajícího enteroragii v návaznosti na požití dietní stravy (termixu, přesnídávky, bagetek ze zmraženého polotovaru), s následně imunohistochemicky prokázaným deficitem laktázy, sacharózy a trehalázy.

Komplikace endoskopické léčby karcinomu jícnu

K. Hugová

Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

Endoskopická submukózní disekce (ESD) je terapeutická metoda využívaná s výhodou k odstranění časných neoplazií trávicí trubice. Rozsáhlá ESD v jícnu je ale zatížena značným rizikem rozvoje striktur (při cirkulární ESD téměř 100 %) a strategie prevence této komplikace není doposud jednoznačně stanovena. Předkládáme kazuistiky pacientů z našeho pracoviště, kterým byla provedena extenzivní ESD s odstraněním více než 2/3 cirkumference jícnu a využito bylo několik dostupných možností prevence vzniku post-ESD stenózy s různou úspěšností – perorální kortikosteroidy či jejich lokální aplikace (injekce / laváž / budesonidová suspenze) i přechodné zavedení plně potaženého metalického stentu. Pro velkou diverzitu v odpovědi na jednotlivé profylaktické postupy je pro stanovení efektivního algoritmu zapotřebí dalšího výzkumu.

Nitrobřišní expanze u mladé ženy

M. Karaková, M. Štěpán, P. Fojtík

Centrum péče o zažívací trakt, Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s.

Úvod: Solidní pseudopapilární neoplazie je epiteliární tumor slinivky břišní s maligním potenciálem, biologicky se však jedná o nádor, který se klinicky chová benigně. Typicky se vyskytuje u mladých žen, nejčastěji v 3. a 4. dekádě života. Nejčastěji se projevuje bolestmi břicha, váhovým úbytkem a hmatnou rezistenci v epigastriu. Více než 80 % těchto tumorů je léčeno kurativní resekcí. **Popis případu:** Pacientka (27 let) byla vyšetřena na urgentním příjmu pro dyspepsie a bolesti břicha. Laboratorně byla přítomna mírná hepatopatie. Byla provedena sonografie břicha s nálezem izoechogenního ložiska v oblasti epigastria. Následně v rámci došetření bylo provedeno CT břicha, kde popsán solidní cystický tumor těla a kaudy pankreatu. Indikována proto následně endosonografie s biopsií ložiska, kde byl histologicky potvrzen solidní pseudopapilární tumor těla a kaudy pankreatu. Poté byla pacientka odeslána k levostranné pankreatektomii se splenektomii a lymfadenektomií. **Závěr:** Naše kazuistika prezentuje solidní pseudopapilární tumor pankreatu čili relativně vzácný nádor pankreatu, na který je však nutno pomýšlet v diferenciální diagnostice především u mladých žen.

Prasečí model Crohnovy nemoci

M. Kolář[1,2], M. Lukáš[1,2], O. Ryska[1,3], Š. Juhás[1], J. Juhásová[1], J. Kalvach[1,4], J. Ptáčník[1,5], A. Tremerová[6], M. Lengálová[6], I. Vítková[7], M. Lukáš[2]

[1] Centrum PIGMOD, Laboratoř buněčné regenerace a plasticity, Ústav živočišné fyziologie a genetiky, AV ČR, Liběchov
[2] Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty, Klinické centrum ISCARE a.s. a 1. LF UK v Praze
[3] Royal Lancaster Infirmary, University Hospitals of Morecambe Bay NHS Foundation Trust, Lancaster, Spojené království
[4] Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha
[5] I. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN v Praze
[6] Chirurgické oddělení, Nemocnice Hořovice
[7] Ústav patologie, 1. LF UK a VFN v Praze

Současné možnosti ošetření pooperačních stenóz u pacientů po ileokolické resekci pro stenozující formu Crohnovy nemoci jsou limitovány zejména krátkodobým efektem endoskopické intervence. Zlatým standardem zůstává stále metoda endoskopické balonové dilatace a vzhledem k medicínskoprávním limitům jsou možnosti ověřování účinnosti dosud nezavedených intervenčních metod na živém člověku značně omezené. Z toho důvodu bylo cílem vytvořit model pooperační stenózy u Crohnovy choroby na velkém laboratorním zvířeti, který by testování a trénink nezavedených metod umožňoval. Chirurgicky byla

u pokusného miniaturního prasete konstruována ileorektální anastomóza stranou ke straně, inspirovaná Y-anastomózou dle Rouxe, se zachováním střevní kontinuity a chemicky indukován granulomatózní zánět s fibroproliferací vedoucí ke vzniku stenózy. K indukci zánětlivého procesu byla využita směs fenolu a trinitrobenzensulfonové kyseliny, jejíž opakovaná injektáž do submukózy podél cirkumference anastomózy vede za 8–10 týdnů ke vzniku pro endoskop neprostupné stenózy. Na souboru 16 prasat byla nejprve ověřena reprodukovatelnost procesu a stabilita průměru stenózy alespoň po dobu 6 měsíců, a následně technická proveditelnost, rizika procedurálních nebo pozdních komplikací a krátkodobá efektivita inovativních a v klinické praxi nezavedených nebo modifikovaných zavedených metod. Mezi tyto metody lze mimo jiné zařadit endoskopickou strikturotomii, implantaci samoexpandibilních stentů, intramurální aplikaci protizánětlivých či protifibrózních agens nebo metodu „double incision and snare resection" (DISR). Cílem modelu je nadále rozvíjet metody intervenční endoskopie u pooperačních stenóz s potenciálem přenesení ověřených účinných metod do klinické praxe.

Endoskopická terapie kaustických stenóz horního gastrointestinálního traktu

V. Legátová[1], T. Šafaříková[2], S. Rejchrt[1], J. Cyrany[1], I. Tachecí[1]

[1] II. interní gastroenterologická klinika LF UK a FN Hradec Králové
[2] Interní oddělení, Oblastní nemocnice Jičín a.s.

Úvod: Poleptání je relativně vzácnou příčinou poranění horní části trávicí trubice. Nejčastější odloženou komplikací je kaustická stenóza jícnu nebo výtokové části žaludku, kterou je možné léčit endoskopicky. **Cíl:** Posouzení efektivity a bezpečnosti endoskopické terapie kaustických stenóz. **Design:** Retrospektivní observační studie v terciárním centru. **Pacienti:** Po souhlasu etické komise byla z nemocničního informačního systému fakultní nemocnice selektována kohorta pacientů, kteří podstoupili v období 1. 1. 2005–30. 9. 2021 (16 let) horní endoskopii s dilatací (kód zdravotní pojišťovny 15401 + 15900) nebo dilataci pod skiaskopickou kontrolou (kód 89337). Z těchto případů byly vybrány ty s kaustickým původem stenózy a soubor byl popsán metodami deskriptivní statistiky. **Výsledky:** V uvedeném období bylo na našem pracovišti provedeno celkem 1 285 dilatací – z toho bylo ošetřeno 14 kaustických stenóz u 12 pacientů průměrného věku v době první dilatace 56 let (25–83 let), polovina žen. K poranění došlo stejně často kyselinou (6krát) jako zásadou; v 7 případech se jednalo o neúmyslné požití, ve zbývajících o suicidální úmysl. Iniciální stupeň poleptání byl dle Zargara 2B (2×), 3A (2×) a 3B (4×) (u zbytku pacientů nemáme informace o vstupní endoskopii). Všichni pacienti byli intervenováni kvůli významné dysfagii dle Saeeda stupně 0 (totální dysfagie) 4×, stupně 1 (dysfagie pro tekutiny) 3×, stupně 2 (dysfagie pro tuhé) 3× a stupně 3 (částečná dysfagie pro tuhé) 3×. Žádný pacient nebyl dle dostupných informací iniciálně léčen kortikoidy. Pacienti podstoupili následující počty dilatací: více než 15 (3×), 9 (2×), 8 (1×), 4 (1×), 3 (2×), 2 (2×) a 1 (1×). Polovinu stenóz bylo tedy možné klasifikovat jako refrakterní (potřeba více než 5 dilatací). Bužie byla k dilataci použita ve většině případů, balónovou dilataci jsme provedli celkově v15 případech. Ve 2 případech byl použit k modelaci stenózy biodegradabilní stent a jednou plně potažený metalický jícnový stent. Ve dvou případech byla dilatace komplikována perforací s nutností následného chirurgického řešení (sutura perforace žaludku, ezofagektomie), které bylo úspěšné. U pacientů, kteří dokončili sledování, bylo dosaženo zlepšení dysfagických potíží do výsledného stupně 3 (4×), stupně 4 (4×) a úplné normalizace – stupně 5 (1×). **Závěr:** Stenóza jícnu je častou komplikací závažného poleptání polykacích cest. Endoskopická terapie je možná, ale v polovině případů lze stenózy klasifikovat jako refrakterní a riziko komplikací (perforace) je vyšší než u stenóz jiné etiologie. Přesto lze u většiny pacientů endoskopickou terapií dosáhnout výrazného zlepšení potíží.

Využití EUS značení u cílené radioterapie karcinomu pankreatu

R. Mazúr[1], J. Trna[1], I. Novotný[1], R. Němeček[2], P. Burkoň[3]

[1] Gastroenterologické oddělení, MOÚ, Brno
[2] Klinika komplexní onkologické péče MOÚ, Brno
[3] Klinika radiační onkologie MOÚ, Brno

Kazuistika prezentuje pacienta s lokálně pokročilým karcinomem pankreatu (LAPC), u kterého bylo využito značení speciálními klipy před plánovanou stereotaktickou radioterapii (SBRT). Klipy byly implantovány endosonograficky. Následně pacient podstoupil paliativní chemoterapii a SBRT s efektem regrese tumoru. Explorativní laparotomie odhalila inoperabilitu karcinomu. I přes tento negativní nález vedlo pokračování paliativní chemoterapie k dosažení celkové remise trvající doposud (přes 3 roky). Karcinom pankreatu představuje třetí nejčastější příčinu úmrtí na zhoubné nádorové onemocnění a jeho incidence i mortalita neustále narůstají. Vzhledem k nálezu metastáz už v době diagnózy až u 50–60 % pacientů a chemo- a radiorezistenci onemocnění je pravděpodobnost celkové remise velmi nízká. Použití vysoce cílené stereotaktické radioterapie s cílem dosažení lokální kontroly nad onemocněním a snížení rizika lokoregionální recidívy se jeví i přes některé kontroverze (nejednoznačná efektivita, malý soubor pacientů, technická náročnost) jako slibná metoda.

Překvapivý nález u pacienta přijatého pro tenzní ascites

J. Müller

Nemocnice Na Františku, Praha

Konzumace alkoholu je nejčastější příčinou chronické pankreatitidy a v rozvinutých zemích, stejně tak i jaterní cirhózy. Přesto se obě onemocnění jen vzácně vyskytují souběžně, zvláště v dekompenzovaném stavu. Komplikací obou onemocnění může být ascites, který se ale u chronické pankreatitidy vyskytuje jen vzácně. Tenzní ascites pak primárně řešíme paracentézou. Naproti tomu pseudocysta, která může nabývat i velmi velkých rozměrů, je častou komplikací chronické pankreatitidy. Její léčba je při dobré lokalizaci primárně endoskopická.

Výskyt hyperoxalurie u pacientů s Crohnovou chorobou po ileokolické resekci

V. Navrátil[1], J. Křivinka[1], J. Gregar[1], B. Pipek[1,2], P. Falt[1]

[1] II. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická LF UP a FN Olomouc
[2] Centrum péče o zažívací trakt, Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s.

Úvod: Oxalurie je jedním z rizikových faktorů vzniku nefrolitiázy a oxalátové nefropatie, která může vést i k selhání ledvin. Pacienti s Crohnovou chorobou (CD) po ileokolické (IC) resekci jsou ve zvýšeném riziku. Cílem je stanovit výskyt hyperoxalurie u těchto pacientů a porovnat ho s rizikem pacientů

s postižením ileocékální oblasti bez provedené resekce. **Metodika:** Do studie byli zařazeni pacienti s CD starší 18 let s provedenou ileokolickou recekcí a s postižením terminálního ilea bez provedení resekce jako kontrolní skupina. Vyřazeni byli pacienti s probíhající léčbou citráty, s těžkou renální insuficiencí (GFR < 30 ml/min/1,73 m^2) a s více než dvěma střevními resekcemi, s ileostomií, kolektomií a se syndromem krátkého střeva. Anamnestická data byla odebrána dotazníkem, dále byl pacientům proveden odběr krve, jednorázový odběr moči, ultrazvukové vyšetření ledvin a žlučníku na přítomnost litiázy a pacienti provedli 24hodinový sběr moči ke stanovení oxalurie a citráturie. Za hyperoxalurii jsme považovali hodnoty nad 0,6 mmol/24 hodin a za hypocitráturii hodnoty pod 1,6 mmol/24 hodin. **Výsledky:** K datu 28. 2. 2022 bylo zařazeno 40 nemocných s CD v IC oblasti, z toho 45 % po IC resekci a 55 % bez resekce, ženy tvořily 57,5 %, průměrný věk 41,5 ± 13,1 let, 7 pacientů je léčeno kortikoidy, 26 imunosupresivy a 4 biologiky. Hyperoxalurie byla zaznamenána u 27,5 % nemocných, resp. u 22,2 % s resekcí a 31,8 % bez resekce. Hypocitráturie byla pozorována v 32,5 %, resp. v 38,9 % u resekovaných a v 27,3 % u neresekovaných pacientů. Sonograficky jsme urolitiázu nezachytili u žádného z pacientů, cholecystolitiáza byla objevena u 1 a 1 nemocný měl urolitiázu v osobní anamnéze. **Závěr:** Výskyt hyperoxalurie byl 27,5 % a významně se nelišil ve skupině se střevní resekcí a bez resekce. Hypocitráturie byla pozorována v 32,5 % případů s převahou ve skupině s resekcí. Vzhledem k malému souboru bude třeba v projektu dále pokračovat, navýšit počet testovaných pacientů a podrobit je dalšímu sledování.

Full-thickness resekce (FTR) jako šetrná metoda odstranění gastrointestinální neoplazie

H. Novotná, R. Houserová

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.

Full-thickness resekce (FTR) je nová endoskopická technika umožňující resekci celé stěny tlustého střeva, která kombinuje aplikaci „over-the-scope" klipu a následnou endoskopickou resekci pomocí průhledného nástavce (capu). Jedná se o metodu minimálně invazivní a způsobující jen minimální tepelné poškození. Tento postup je alternativou k endoskopické mukózní disekci a chirurgické resekci v léčbě časných kolorektálních neoplazií v nepříznivé lokalizaci, jako je např. ústí appendixu nebo divertiklu a dále pak v léčbě lokálních reziduálních neoplazií již po předešlé endoskopické resekci. Nespornou výhodou je i to, že transmulární resekát umožňuje přesný lokální staging díky „en bloc" resekci. Uvádíme kazuistiku 67leté ženy, která přichází na naše pracoviště ke screeningové koloskopii, při které byla zjištěna neoplastická léze v ústí appendixu, ta byla nejprve odstraněna endoskopickou polypektomií. Při kontrolní koloskopii po roce byla ovšem patrna recidiva plošné léze s příznaky „non-liftingu", biopsií zjištěn tubulární adenom s dysplastickými změnami, proto bylo následně přistoupeno k odstranění léze pomocí FTRD.

Akutní jaterní selhání po očkování proti covidu-19

V. Pítová, S. Fraňková, J. Šperl

Klinika hepatogastroenterologie IKEM, Praha

Jedná se o kazuistiku 61letého muže, který byl přijatý do IKEM překladem z okresní nemocnice ve Středočeském kraji 24. 5. 2021, kde byl hospitalizovaný pro únavu a ikterus. Z provedených vyšetření (anamnéza, laboratorní vyšetření, zobrazovací metody, jaterní biopsie) byla zjištěna autoimunitní hepatitida v odstupu méně než 3 týdnů po očkování proti viru SARS-CoV-2 1. dávkou vakcíny Comirnaty od firmy Pfizer/BioNTech. U pacienta se rozvinulo akutní jaterní selhání a nezareagoval na podání kortikoidů. Byl zařazen na čekací listinu a podstoupil transplantaci jater, která vedla k obnovení kvality života pacienta.

High-output stoma

V. Štěpánek[1], M. Bortlík[1,2]

[1] *Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.*
[2] *Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha*

Úvod: Velká část pacientů s idiopatickým střevním zánětem musí během svého života podstoupit chirurgickou léčbu. Její součástí může být ileostomie – většinou přechodná, výjimečně trvalá, bez možnosti obnovit kontinuitu trávicí trubice. V obou případech může dojít k závažné komplikaci označované jako high-output stoma. **Popis případu:** Pacientovi narozenému v roce 1945 byla diagnostikována Crohnova nemoc (CN) v roce 2005. Již následující rok byla provedena explorativní laparotomie pro ileózní stav, který poté odezněl. V dalších letech potvrdily opakované koloskopie stenotizující formu CN. Pacient byl léčen mesalazinem v tabletové formě a topickým kortikoidem. Dále byl léčen pro arteriální hypertenzi a mírný stupeň renální insuficience. Klinicky relativně uspokojivý stav vyústil roku 2020 v akutní operaci pro perforaci ilea s peritonitidou. Bylo resekováno 70 cm ilea a založena terminální ileostomie. Postoperačně byla nutná katecholaminová podpora a stav pacienta byl ještě komplikován fascitidou v okolí rány. Do domácí péče byl pacient propuštěn 5 týdnů po operaci. V měsíci srpnu roku 2021 byl hospitalizován na interní JIP pro akutní renální selhání (kreatinin 508 mmol/l, urea 28,2 mmol/l, hyponatremie, hypomagnezemie) s potřebou dialýzy. Odpady do stomie dosahovaly až 2 000 ml/den. Pacient byl po kompenzaci stavu propuštěn, avšak po jednom měsíci musel být znovu hospitalizován z důvodu dalšího prerenálního selhání (kreatinin 1 059 mmol/l, urea 34,7, Na 116 mmol/l, Mg 0,45mmol/l). Vstupně dialyzován, následně po zaléčení infuzní terapií byl propuštěn domů, doporučeno bylo navýšit p.o. příjem tekutin na 3–4 l/den s případným dalším navýšením při zvýšených odpadech do stomie. Za další 2 dny se pacient znovu vrátil pro již třetí renální selhání s minerálovou dysbalancí během 2 měsíců (odpady do stomie přes 3 l/den). Pro podezření na relaps CN byl konzultován gastroenterolog, který dospěl k závěru, že příčinou opakovaných stavů prerenálního selhání ledvin jsou vysoké odpady ilestomií při nesprávném perorálním příjmu tekutin. Základním léčebným opatřením byla úpravaperorálního příjmu tekutin na max. 1,5 l/den s restrikcí hypoosmolárních tekutin a preferencí izotonické tekutiny. Ke zpomalení pasáže trávicím traktem bylo doporučeno zvýšit příjem rozpustné vlákniny a byl přidán loperamid. Odpady do stomie se významně snížily, klinický stav i laboratorní hodnoty se postupně zlepšily. Gastroenterologem doporučená obnova střevní kontinuity nebyla provedena pro vysoké operační riziko u polymorbidního pacienta. **Diskuze a závěr:** V předložené kazuistice prezentujeme případ nemocného s komplikovaným průběhem CN, který si vyžádal chirurgickou léčbu a provedení vysoké ileostomie. Nesprávný režim příjmu tekutin vedl opakovaně k prerenálnímu selhání s těžkou hyponatremií a nutností dialýzy. Příčinou je příjem velkého množství hypotonické tekutiny vedoucí k efluxu natria a magnezia do střevního lumen a sekrecí tekutiny do lumen po koncentračním spádu. Základním terapeutickým opatřením je restrikce bezsolutových tekutin a zpomalení střevní pasáže.

Efektivita screeningu karcinomu pankreatu u osob s vysokým rizikem

I. Vašková[1], A. Černá[1], V. Zoundjiekpon[2], M. Štěpán[1], O. Urban[2], P. Klvaňa[3], M. Blaho[3]

[1] Centrum péče o zažívací trakt, Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkvice a.s.

[2] II. interní klinika FN Ostrava

[3] Interní klinika FN Ostrava

Úvod: Karcinom pankreatu (CaP) je maligní onemocnění s velmi špatnou prognózou, která je dána především pozdním záchytem tohoto onemocnění v pokročilých stadiích. **Cíl:** Cílem CAPS studie je detekce časných forem tohoto onemocnění u rizikových osob. **Metodika:** Studie je multicentrická, prováděna na čtyřech pracovištích České republiky. Studie byla zahájena a nadále probíhá nábor dalších pacientů. Do studie byly zařazeny osoby, které podepsaly informovaný souhlas a splňují zařazovací kritéria, čili věk nad 40 let, pacienti s Peutzovým-Jeghersovým syndromem a jejich příbuzní 1. stupně, *BRCA1,2* mutací, Lynchovým syndromem, FAP, hereditárním karcinomem pankreatu, hereditární chronickou pankreatitidou. U pacientů je prováděno jednou ročně endosonografické vyšetření pankreatu a MRCP celkově po dobu 10 let. **Výsledky:** Do studie je nyní zařazeno celkem 42 pacientů, z toho 28 žen. Průměrný věk 52,5 let. Z toho 21 (50 %) pacientů s *BRCA* mutací, 15 (35,71 %) s familiárním CaP, 2 (4,7 %) s Lynchovým sy, 3 (7,14 %) s FAP, 1 (2,38 %) s Peutzovým-Jeghersovým sy. V průměru měla každá osoba provedeno 2,9krát EUS a 1,35krát MRCP ve sledovaném období 10 let. Pacienti setrvali ve screeningu průměrně po dobu 2,8 let. Compliance byla nízká. Výsledkem je diagnostika dvou cystických lézí těla pankreatu, dvou IPMN z vedlejšího pankreatického vývodu, jedna hraniční šíře pankreatického vývodu. Léze byly zachyceny mezi 2. a 3. rokem screeningu. V průběhu studie jedna pacientka zemřela na primární karcinom prsu. **Závěr:** Efektivita screeningu CaP ve vysoce rizikových skupinách se jeví jako nízká. K definitivnímu posouzení je nutno zařadit větší počet pacientů a podrobit je dlouhodobějšímu a pravidelnějšímu sledování.

Mnohočetné primární neoplazie, hepatocelulární karcinom a vliv diabetu na jejich výskyt – vlastní soubor ÚVN

L. Žabová, P. Hříbek, J. Klasová, P. Urbánek

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Úvod: Hepatocelulární karcinom (HCC) je nejčastějším primárním zhoubným nádorem jater, jehož incidence celosvětově roste a nyní je v globálním měřítku 3. nejčastější příčinou úmrtí na nádorové onemocnění. Četné epidemiologické studie prokázaly vyšší výskyt HCC u pacientů s diabetem mellitem. U diabetiků je také obecně zvýšené riziko rozvoje maligních nádorů. Toto se dává do souvislosti s inzulinovou rezistencí a vyšší expozicí inzulinu. Pro vznik vícečetných primárních nádorů různých orgánů u téhož jedince se v onkologii vžil termín mnohočetné primární neoplazie (multiple primary neoplasia – MPN). Zatímco v zahraničním písemnictví je řada prací, které se tématu MPN a HCC věnují, systematický přehled v českých podmínkách dosud publikován nebyl. **Metody:** Retrospektivní studie kohorty pacientů s HCC, kteří byli sledováni a léčeni na Interní klinice 1. LF UK a ÚVN v období 2011–2021 a analýza MPN u HCC a vlivu onemocnění diabetem mellitem na přítomnost MPN. **Skupina nemocných:** V souboru pacientů bylo celkem 202 pacientů (158 mužů a 44 žen, medián věku v době diagnózy 71 let v rozmezí 37–91 let), kteří byli sledováni na Interní klinice 1. LF UK a ÚVN v období 2011–2021. V našem souboru pacientů byl HCC v terénu alkoholové choroby jater zastoupen ve 34 %, v nealkoholové steatohepatitidě ve 27 %, HCV v 16 %, bez jaterní léze 12 %, v terénu kryptogenní cirhózy 7 % a chronického HBV onemocnění ve 4 %. Rozložení dle stadií BCLC klasifikace bylo A 38 %, B 32 %, C 23 % a D 12 % případů. **Výsledky:** Pouze s HCC bylo 81 % pacientů, výskyt MPN byl v souboru u 19 % pacientů. Dva primární nádory mělo 16 % pacientů, tři nádory 2 % sledovaných pacientů, čtyři nádory neměl žádný pacient a 1 pacient v souboru měl pět primárních neoplazií. Nejčastější zastoupenou MPN byl karcinom ledviny, a to ve 24 %. Ze všech pacientů s HCC mělo současně diabetes mellitus 48 %, z toho léčených inzulinem bylo 30 %. Přesně polovina ze sledovaných pacientů s MPN měla diabetes mellitus. Pacientů s HCC a další malignitou, kteří byli léčeni inzulinem, bylo z této poloviny 31 %. **Závěr:** Mnohočetné primární neoplazie jsou u nemocných s HCC častým jevem, v našem souboru to byla téměř 1/5 pacientů. Nemocní po diagnóze prvního zhoubného nádoru bývají podrobeni systematické dispenzarizaci, která vede k vyšší pravděpodobnosti záchytu jiné primární malignity. Výskyt MPN v našem souboru byl v polovině případů spojen se současným diabetem mellitem.

Salmonelové aneuryzma a. illiaca – kazuistika

E. Dvořáková, M. Roblová

Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

V kazuistice přestavujeme pacienta (muž, 72 let, diabetik, hypertonik) s váhovým úbytkem 16 kg za 2 měsíce, cca měsíc trvajícími rekurentními teplotami, bez gastrointestinálních potíží. V základní laboratoři byla zjištěna pouze mírná leukocytóza (10,2 $\times 10^9$) a CRP 48 mg/l. V hemokulturách překvapivě nacházíme G bakterii *Salmonella enterica.* Zahájena léčba i.v. Ceftriaxonem. V rámci pátrání po fokusu provádíme CT břicha s nálezem aneuryzmatu a. illiaca communis lat. dx. Vyslovujeme hypotézu mykotického aneuryzmatu, kterou jednoznačně potvrzuje PET CT vyšetření. Pacient je indikován k operačnímu výkonu – vyřazení mykotického aneuryzmatu femoro-femorálním cross-bypassem. Operace je úspěšná a pacient je propuštěn domů. Při kontrole 6 týdnů po operaci je pacient nadále bez potíží, již bez antibiotik, v domácím prostředí, plně soběstačný. Na uvedeném případu přibližujeme problematiku extraintestinálních forem salmonelových infekcí s důrazem na odlišnost léčebného přístupu. Na rozdíl od intestinálních forem, kdy antibiotická léčba je indikována pouze zřídka (septický průběh, těžká imunosuprese), u orgánových manifestací je antibiotická léčba nutná a často provázená chirurgickou sanací fokusu.

Neobvyklá příčina gastrektazie u mladé malnutriční pacientky

S. Hrubá
Oddělení gastroenterologie a hepatologie, I. interní klinika FN Plzeň

Kazuistické sdělení o příčině objemné gastrektazie u 18leté výrazně malnutriční pacientky. Malnutrice se u nemocné pohybovala v pásmu těžké podvýživy (BMI 14). Obecně termín gastrektazie znamená roztažení či rozšíření žaludku. Mezi nejčastější příčiny gastrektazie patří mechanická překážka v oblasti duodena (např. karcinom pankreatu, tumoriformní pankreatitida či vředová stenóza pyloru), trauma břicha, stav po operacích v dutině břišní, výkony v celkové anestezii či psychogenní polyfagie nebo aerofagie. V diagnostice se uplatňuje nativní RTG břicha, CT břicha či ezofagogastroduodenoskopie. V této kazuistice byl jako příčina masivní gastrektazie objasněn syndrom aortomesenteriální obstrukce duodena prokázaný dle počítačové tomografie, kdy vlivem ostrého odstupujícího úhlu arterie mesenterica superior dochází k útlaku duodena. Mezi příčiny tohoto vzácného syndromu patří zejména poruchy příjmu potravy, kdy vlivem masivního váhového úbytku dochází i k redukci tukové a lymfatické tkáně kolem horní mesenterické tepny, která je přirozenou ochranou duodena před kompresí. Při redukci této hmoty dochází k mechanické obstrukci duodena, a tím ke vzniku gastrektazie. Mezi další příčiny patří stavy asociované se zvýšeným katabolizmem (např. rozsáhlé popáleniny, velké nitrobřišní operační výkony či septické stavy) nebo kardiální kachexie při pravostranném srdečním selhání. Po zevrubném vyšetření pacientky nebyla zjištěna organická příčina obtíží a po provedeném psychologickém vyšetření byla jako důvod malnutrice shledána porucha příjmu potravy charakteru mentální anorexie. Pacientka byla realimentována cestou enterální nutrice přes multiluminální nazojejunální sondu a posléze cestou klasické nazogastrické sondy s dobrou tolerancí a váhovým přírůstkem. Nemocná byla léčena ve spolupráci s psychologem a psychiatrem.

Imunitní odpověď na endoluminální biliární RFA

J. Jarošová[1], P. Mačinga[1], L. Krupičková[2], M. Fialová[2], A. Hujová[1], J. Mareš[3], I. Stříž[2], J. Špičák[1], T. Hucl[1]
[1] Klinika hepatogastroenterologie IKEM, Praha
[2] Pracoviště klinické a transplantační imunologie, IKEM, Praha
[3] Oddělení datových analýz, statistik a umělé inteligence OI, IKEM, Praha

Úvod: Radiofrekvenční ablace (RFA) je miniinvazivní lokoregionální ablační metoda využívající tepelnou energii, která vyvolá koagulační nekrózu tkání v okolí RFA sondy. V paliativním ošetření cholangiocelulárního karcinomu (CCC) a karcinomu pankreatu (PC) nachází endoluminální RFA stále větší uplatnění. Dle dostupných dat RFA stimuluje lokální a systémovou imunitní odpověď. Cílem naší studie je prokázat vliv endoluminální biliární RFA na odpověď imunitního systému. **Metody:** V naší randomizované studii byli pacienti s neresekabilním CCC, nebo PC rozděleni do dvou skupin: pacienti ošetřeni RFA s implantací stentu a pacienti ošetřeni pouze implantací stentu. Všem pacientům byl odebrán vzorek periferní krve den před výkonem, 1. den, 14. den a 30. den po výkonu. Byly změřeny sérové hladiny heat shock proteinu 70 (HSP 70), základních pro- a proti zánětlivých cytokinů, dále byla provedena imunofenotypizace lymfocytů a monocytů průtokovou cytometrií. V statistické analýze dat byl použit neparametrický test dle Wilcoxona (Brunner-Munzel test) s korekcí pro mnohonásobné testování typu FDR (false discovery rate). **Výsledky:** Odpověď imunitního systému byla zkoumána celkově u 40 pacientů s maligní biliární stenózou, 19 pacientů bylo ošetřeno RFA a stentem, 21 pacientům byl zaveden pouze biliární stent. U pacientů ošetřených RFA byl v nárůst hladin prozánětlivých cytokinů IL-6, CXCL 1, CXCL 5 a CXCL11, v buněčné imunitě došlo k vzestupu celkového počtu lymfocytů, NK buněk a CD8 lymfocytů. U pacientů s CCC došlo k časnému poklesu CD206 a pozdnímu poklesu CD47 buněk ve srovnání s kontrolní skupinou. **Závěr:** Naše studie poskytla první zmínku o endoluminální biliární RFA a jejím efektu stimulovat systémovou imunitní odpověď u pacientů s CCC a PC. RFA indukovaná odpověď imunitního systému svědčí spíše pro obecnou zánětlivou odpověď, dlouhodobou aktivaci adaptivního imunitního systému jsme v kontrolovaném modelu neprokázali.

Brodieho absces

K. Kaštylová, M. Lukáš
Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty, Klinické centrum ISCARE a.s. a 1. LF UK v Praze

Brodieho absces je vzácná forma subakutní osteomyelitidy, která je obvykle hematogenního původu, ale může vzniknout i jako následek úrazu. Ve většině případů je vyvolána *Staphylococcus aureus*, nicméně může ji zapříčinit jakákoliv grampozitivní či gramnegativní bakterie (*P. aeruginosa, Klebsiella spp*…). Primárně postihuje metafýzu dlouhých kostí – tibie, femur, fibula, radius, ulna. Zákeřnost této infekce spočívá v chudém klinickém i lokálním nálezu. Pacient si obvykle stěžuje na bolest v dané lokalitě, může se vyskytovat i subfebrilie. Lokální nález bývá však zcela normální, chybí erytém i edém. Laboratorní obraz je rovněž nespecifický, hlavním diagnostickým nástrojem zůstává tedy CT či MR. Léčba je založená na ATB terapii, mnohdy v kombinaci s drenáží, exkochleací osteolytické léze a spongioplastikou. V kazuistice popisujeme vznik této komplikace u mladé pacientky s Crohnovou nemocí léčenou anti-TNF preparáty, u níž došlo ke vzniku osteomyelitidy diafýzy femuru právě na podkladě stafylokokové infekce.