

Budějovice gastroenterologické 2023

12.–13. dubna 2023

Abstrakta

Intrapankreatická akcesorní slezina – diagnostická výzva

O. Bednář, K. Dvořák

Oddělení gastroenterologie a hepatologie, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Úvod: S intrapancreatickou akcesorní slezinou (IPAS) se v klinické praxi setkáváme zřídka, avšak pokud je nalezena, zpravidla vytváří diagnostické dilema. Ačkoliv nemá žádný maligní potenciál, podstupuje podle literárních údajů zhruba polovina pacientů nepotřebný operační výkon z důvodu předoperační dezinterpretace jako premaligní či maligní léze. Naprostá většina resekovaných akcesorních slezin je předoperačně považována za nefunkční pankreatický neuroendokrinní tumor (p-NET) z důvodu biochemické, histologické a obrazové podobnosti. Jelikož se akcesorní slezina neprojevuje žádnými symptomy, jde zpravidla o náhodný nále. Typickou lokalizací je kauda pankreatu, konkrétně jeho nejdistančnější část (špička ocasu). Na zobrazovacích metodách je zpravidla popsána jako ohraničené hypervaskularizované ložisko bez známek infiltrace okolí. Na základě CT či MR charakteristik však rozeznat IPAS od p-NET spolehlivě nelze. FNAB je podle publikovaných dat výtěžná v cca 50 %, ve zbytku případů je výsledek uzavřen jako nedignostický/bez záchytu maligních buněk. Známa je také velmi častá falešná pozitivita při scintigrafickém vyšetření somatostatinných receptorů, kde byla podle jedné práce popsána falešná pozitivita u 14/19 zkoumaných případů. **Kazuistika:** 61letý pacient bez interních komorbidit podstoupil na urgentním příjmu CT angiografii plicnice pro epizodu bolestí na hrudi. Vyšetření neprokázalo plicní embolii, vedlejším nálezem bylo 2cm hypervaskularizované ložisko v kaudě pankreatu. Následně se objevily biliární dyspepsie, což podezření na malignitu ještě zvýšilo. V následujícím kroku byla doplněna MR pankreatu s nálezem 2cm ložiska v kaudě ocasu podle popisu svým charakterem odpovídající p-NET. Endosonograficky na jiném pracovišti bylo ložisko bez známek maligního chování v dif. dg. p-NET. Ve výsledku FNAB byl popsán buněčný materiál obsahující elementy periferní krve, četné lymfoidní elementy a fragmenty acinárního parenchymu s částmi lymfatické uzliny a vzorek byl označen patologem jako nedignostický. Ve světle výsledků biopsie a lokalizaci ložiska bylo vysloveno podezření na IPAS. Jako konfirmační vyšetření byl zvolen SPECT se značenými tepelně alterovanými erytrocyty, který potvrdil přítomnost ektopické tkáně sleziny v kaudě pankreatu. Dyspeptické potíže byly přičteny cholecystolitiáze a odezvěly po cholecystektomii. **Závěr:** IPAS se typicky vyskytuje v distální části kaudy pankreatu a bývá zaměňována za p-NET. Scintigrafie značenými tepelně alterovanými erytrocyty představuje spolehlivou neinvazivní diagnostickou metodu při podezření na IPAS a může ušetřit potenciální neindikovaný resekční výkon pacientovi a diagnostické dilema jeho lékaři.

Spolupráce endoskopistů a chirurgů v hledání a léčbě (ne)obyčejné příčiny hemobilie

M. Bocková¹, F. Pazdírek¹, J. Šťovíček²

¹Chirurgická klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha

²Interní klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Hemobilie je vzácným typem krvácení do zažívacího traktu způsobeným nejčastěji iatrogenním poraněním, traumatem či neoplazií. Akutní cholecystitida je běžné onemocnění, ale jako příčina hemobilie je považována za raritní. V našem sdělení prezentujeme případ pacientky, u které byla zdrojem krvácení arodovaná sliznice žlučníku při těžké kalkulózní cholecystitidě. Pacientka v období před krvácením podstoupila akutní ERCP pro obstrukční ikterus s extrakcí konkrementů s následným rozvojem těžké akutní pankreatitidy. Tyto faktory zprvu sváděly k mylným předpokladům a diagnózám. Krvácení nebylo hemodynamicky závažné a běžné vyšetřovací neodhalily jeho přesný zdroj. Velkou pomocí bylo použití přímé choledochoskopie (SpyGlass), které vyloučilo poranění nebo tumorózní změny hlavních žlučových cest a výrazně posílilo domněnku zdroje krvácení z nitra žlučníku. Chirurgická revize pak tuto příčinu potvrdila a následná cholecystektomie potíže nemocné vyřešila.

Výskyt adenomů a sesilních pilovitých lézí při koloskopii ve screeningovém centru FN HK v období 2018–2022

P. Čavajdová, Š. Šembera, I. Tachecí

II. interní gastroenterologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Úvod: Až 30 % kolorektálních karcinomů vzniká na základě pilovitých lézí (především sesilních pilovitých lézí – SSL), které jsou také považovány za možnou příčinu intervalových karcinomů. Míra detekce SSL (SSL-DR – sessile serrated lesion detection rate) uváděná ve screeningových programech je pro populaci s průměrným rizikem kolorektálního karcinomu různá (2–7 ze 100) a na rozdíl od detekce adenomových polypů (ADR – adenoma detection rate) není SSL-DR akceptovaným indikátorem kvality preventivních koloskopií (TOKS + screeningové koloskopie). **Metodika:** Na našem pracovišti (endoskopické centrum FN HK) jsme vyhodnotili SSL-DR a ADR v období 5 let (1/2018–12/2022) pro 13 endoskopistů zapojených do programu screeningu kolorektálního karcinomu. Do hodnocení byly zahrnuty jednak preventivní, ale také diagnostické koloskopie. **Výsledky:** Za sledované období bylo v našem endoskopickém centru provedeno celkem 12 064 dolních endoskopií. Preventivní koloskopie byla indikována v 993 případech, diagnostická koloskopie u 6 681 nemocných. Celkový počet koloskopií se pro jednotlivé endoskopisty pohyboval od 232 do 1 321. ADR byl u preventivních koloskopií od 21 do 59 %, u diagnostických koloskopií od 27 do 43 %, SSL-DR se pohyboval u preventivních koloskopií od 3 do 20 %. SSL-DR u diagnostických

koloskopii byl od 3 do 10 %. Podíl nejvyššího ADR ku nejnižšímu byl 2,8 : 1 pro screeningový program a 1,6 : 1 pro diagnostické koloskopie. U SSL-DR byl tento podíl 6,6 : 1 pro screeningový program a 3,3 : 1 pro diagnostické koloskopie. Průměrná detekce sesilních pilovitých lézí (SSL-DR) dosáhla na našem pracovišti 8 % u diagnostických koloskopií a 13 % u koloskopií provedených v rámci screeningového programu. **Závěr:** Průměr detekce sesilních pilovitých lézí (SSL-DR) dosahuje ve screeningovém centru FN HK 13 % a je značně variabilní mezi jednotlivými endoskopisty. Variabilita SSL-DR je výrazně vyšší než variabilita ADR (v centru dosahuje průměrně 42 % pro screeningové a 52 % pro TOKS + koloskopie).

EMR cirkulární léze duodena u pacienta s FAP

M. Falc¹, J. Martínek²

¹ Nemocnice Slaný

² Klinika hepatogastroenterologie IKEM, Praha

Familiární adenomatózní polypóza je geneticky podmíněné onemocnění, které je charakterizované výskytem velkého množství polypů v GIT. Postihuje celý průběh trávicí trubice, dominantně tlusté střevo. Pacient s neléčenou formou FAP má 100% riziko rozvoje kolorektálního karcinomu, právě proto je nutná důsledná dispenzarizace pacienta. Všem pacientům s FAP je indikováno genetické vyšetření a posléze je nutné provádět od 10 do 15 let věku pravidelné koloskopické vyšetření v intervalu 1–2 let. První gastrokopie má být provedena ve věku 25 let a dále v intervalu dle Spigelmanovy klasifikace. V našem případě pacient přišel na své první gastrokopické vyšetření až ve svých 36 letech s nálezem objemné cirkulární LST léze duodena. Bylo rozhodnuto o snesení léze pomocí piecemeal EMR. Samotný výkon trval 3,5 hodiny, kdy byla nejprve vstupně klipem označena Vaterská papila. Poté po provedení podpichu, za pomoci hot snare kliček o různých velikostech, včetně využití lateroskopu, byla dokončena piecemeal resekce cirkulární léze. Výkon byl komplikován krvácením, které bylo průběžně stavěno coagresperem. Následně byla léze ošetřena podpichy kortikoidů, které zamezují tvorbě postresekčních stenóz. Kortikoidy se užívají i po výkonu dle štrasburského protokolu, kdy dochází k deescalaci prednisonu z úvodní dávky 150 mg/den v průběhu 8 týdnů na nulu. Jako poslední krok byla provedena aplikace hemostatického spreje, který by měl zamezit případnému krvácení pooperačně. Pacient byl po 2 dnech monitorován dimitován domů s 80 mg PPI denně. I přes tento terapeutický pokus, který měl ušetřit pacienta operačního řešení došlo nakonec k opakovanému krvácení, které bylo zprvu stavěno endoskopicky, nakonec však bylo zvoleno provedení Whippleovy operace. **Závěrem:** FAP je onemocnění charakterizované polypózou GIT. Léze duodena se přednostně snažíme odstranit endoskopickou metodou, na rozdíl od tlustého střeva, kde je jasně doporučena preventivní kolektomie. Endoskopické možnosti jsou však nadále omezené, především v případě rozsáhlých polypů, kdy je indikováno chirurgické řešení, jako tomu bylo nakonec v našem případě.

Analýza tělesného složení u pacientů s idiopatickými střevními záněty na biologické léčbě metodami bioimpedance a dvouenergové rentgenové absorpciometrie

N. Friedová¹, M. Kollerová^{1,2}, I. Pražanová^{1,2}, J. Běhounek³, P. Kohout^{1,2}

¹ Interní klinika 3. LF UK a FTN, Praha

² Centrum výživy FTN, Praha

³ Klinika revmatologie a rehabilitace 3. LF UK a FTN, Praha

Úvod: Pacienti s idiopatickými střevními záněty jsou ve zvýšeném riziku podvýživy a sarkopenie, kterou nelze zjistit při standardním hodnocení indexu tělesné hmotnosti (BMI). Vysoká míra sekundární sarkopenie je popisována u 65–75 % pacientů s Crohnovou chorobou a 18–62 % pacientů s ulcerózní kolitidou. U pacientů s UC byly rovněž popsány signifikantní změny v objemu „tukuprosté hmoty“ (FFM – fat-free mass), množství tělesného tuku (FM – fatty mass) a hmoty kosterního svalstva (SNM – skeletal muscle mass) i přes fakt, že pouze 5 % pacientů s ulcerózní kolitidou má BMI menší než 18,5. Tělesné složení lze měřit antropometrickými metodami, bioelektrickou impedanční analýzou (BIA), skenováním počítačovou tomografií (CT) či dvouenergetickou rentgenovou absorpciometrií (DXA). Standardní metoda hodnocení tělesného složení, dvouenergetická rentgenová absorpciometrie (DXA), je v běžné klinické praxi na rozdíl od metody analýzy bioelektrické impedance (BIA) jen zřídka proveditelná. **Cíle:** Cílem naší studie bylo porovnat hodnocení tělesného složení pomocí DXA a BIA u pacientů s IBD na biologické léčbě. Kromě dostupnosti a cenové dostupnosti umožňuje metoda BIA srovnání naměřených hodnot u pacientů s IBD s běžnou populací. **Metodika:** Pomocí DXA a BIA bylo vyšetřeno celkem 60 pacientů s IBD léčených biologickou léčbou. Tělesné složení bylo měřeno za standardizovaných podmínek ráno po 12hodinové hladovění pomocí DXA (GE Lunar iDXA) a BIA (mBCA Seca 515). Byly provedeny Pearsonovy korelace. Bland-Altmanova analýza byla použita k nalezení středního vychýlení a mezi shody mezi referenčním standardem (DXA) a dvojitě nepřímou metodou (BIA) pro hodnoty Fat Mass (FM) a Fat Free Mass (FFM). Pacienti byli dále popsáni s odvozenými hodnotami pro kostní svalovou hmotu (SMM) a hmotu tělesných buněk (BCM, fázový úhel) ve srovnání s referenčními hodnotami pro běžnou populaci. **Výsledky:** Podle průběžných výsledků byla u významné části pacientů s IBD zařazených do studie ve srovnání se zdravou populací identifikována změněná tělesná kompozice, charakterizovaná sníženým průměrným indexem beztukové hmoty (FFMI) pro obě metody, sníženým SMM (63 %), zvýšenou hodnotou viscerálního tuku (DPH) (58 % žen, 57 % mužů) a sníženou hodnotou BCM (71 %). **Závěr:** Naše studie poukazuje na nutnost provádění nutričního screeningu u pacientů s idiopatickými záněty, včetně pacientů s BMI v pásmu nadváhy a obezity, kteří by byli standardním hodnocením BMI opomenuti. Předběžné výsledky naznačují, že metody DXA a BIA vykazují srovnatelné zkresení v hodnocení tělesného složení ve skupině pacientů s IBD, jak je uvedeno ve velkých kohortových studiích. V průměru BIA nadhodnotila FFM o 1,53 kg oproti DXA.

CDH1 mutace – cesta k jejímu objevení

S. Hrubá

Oddělení gastroenterologie a hepatologie, I. interní klinika FN Plzeň

CDH1 mutace je autozomálně dominantně dědičná mutace pro E-cadherin, kdy vlivem ztráty E-cadherin proteinu dochází ke vzniku skirhoticky se šířícího karcinomu žaludku. Kumulativní riziko vzniku karcinomu žaludku do 80 let věku je 83 % u žen a 67 % u mužů. Průměrný věk v době diagnózy nádoru žaludku je 39 let. V případě záchytu této mutace by její nositel měl být indikován k provedení profylaktické kompletní gastrektomie (pozn. další indikací k profylaktické gastrektomii je syndrom GAPPS – syndrom adenokarcinomu žaludku a proximální polypózy žaludku, tedy varianta familiární adenomatózní polypózy). U obou pohlaví je zvýšené riziko kolorektálního karcinomu, a musí být tedy dispenzarizováni jako riziková skupina stran výskytu kolorektálního karcinomu. U žen je až 50% riziko vzniku lobulárního karcinomu prsu, a mohou být tedy indikovány k profylaktické mastektomii.

Kazuistické sdělení popisuje případ 39leté obézní ženy s metabolickým syndromem, která byla odeslána praktickým lékařem pro elevaci jaterních testů prováděných v rámci předoperačního vyšetření před bariatrickým výkonem. V rámci anamnestického pohovoru byla zjištěna významně pozitivní rodinná anamnéza stran onkologických onemocnění gastrointestinálního traktu a úmrtí na ně před 50. rokem věku, a to u obou rodičů a příbuzných 2. stupně. Díky tomu byla doporučeno ke konzultaci klinickým genetikem k vyloučení familiálních syndromů s myšlenkou zejména na Lynchův syndrom nebo familiární adenomatózní polypózu. Ale bylo zjištěno, že pacientka je nosičkou právě *CDH1* mutace, a byla indikována k provedení profylaktické kompletní gastrektomie.

Tipsem podmíněná biliární stenóza u pacienta po transplantaci jater

J. Jarošová¹, T. Mačinga¹, J. Raupach², L. Janoušek³, E. Honsová⁴, P. Taimr¹, J. Špičák¹, J. Novotný⁵, J. Peregrin², T. Hucl¹

¹ *Klinika hepatogastroenterologie IKEM, Praha*

² *Klinika radiologie FN Hradec Králové*

³ *Klinika transplantační chirurgie IKEM, Praha*

⁴ *Pracoviště klinické a transplantační patologie, IKEM, Praha*

⁵ *Oddělení intervenční radiologie, IKEM, Praha*

Čtyřicetiletý muž podstoupil v lednu 2018 ortotopickou transplantaci jater pro pokročilou etylickou jaterní cirhózu. O dva měsíce později se u pacienta objevil ascites a pravostranný fluidothorax, jaterní testy byly v normě. Během dalšího vyšetřování byly při gastroskopii zjištěny velké jícnové varixy, portosystémový gradient byl 28 mmHg. Jaterní biopsie prokázala mikrovaskulární poškození charakteru sinusoidálního obstrukčního syndromu (SOS), protože byl implantován TIPS, což vedlo následně k regresi ascitu i fluidothoraxu. Nicméně krátce po zavedení TIPS došlo u pacienta k postupné progresi cholestázy. MRCP ukázalo významnou těsnou stenózou dorzálních pravostranných žlučovodů s prestenotickou dilatací, která byla způsobená dříve zavedeným TIPSem a vícečetnými jaterními abscesy. U pacienta byla zahájena empirická ATB léčba. Následně ERCP potvrdilo předchozí nálezy na MRCP. Neúspěšný pokus o endoskopickou léčbu – vnitřní biliární drenáž, byl následovaný zavedením zevně-vnitřní drenáže cestou intervenční radiologie. Perkutánní drenáž vedla k promptnímu poklesu cholestázy a posléze i vymizení jaterních abscesů. Během ambulantního sledování vymizel ascites i fluidothorax. Za 17 měsíců (a 5 výměn zevně-vnitřní drenáže) stenóza významně zregredovala, což vedlo k extrakci perkutánního drénu. Avšak posléze se u pacienta objevil biliární leak a biliokutánní píštěl po předchozí ZVD. ERCP prokázalo perzistující biliární stenózu, zavedení vnitřního biliárního stentu, biliární fistula zregredovala a vymizela. Za 37 měsíců pacient podstoupil 17 ERCP s výměnou biliárních stentů s balónkovou dilatací přetrvávající stenózy a prodělal celkem 4 epizody akutní cholangitidy. I vzhledem k zachovalé funkci jaterního štěpu byl indikován k retransplantaci, která proběhla v listopadu 2022.

Pilotní zkušenosti s fyzioterapií jícnového refluxu ve vítkovické nemocnici

M. Karaková¹, E. Evinová¹, P. Fojtik^{1,2}, J. Štveráková³

¹ *Centrum péče o zažívací trakt, Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s.*

² *Lékařská fakulta OU, Ostrava*

³ *Oddělení léčebné rehabilitace, Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s.*

Úvod: Fyzioterapeutické metody se ukazují jako jedna z možností, jak ovlivnit gastroezofageální reflux u pacientů, u kterých léčba selhává nebo mají jen parciální efekt základních léčebných metod – farmakoterapie, operace a režimových opatření. Refluxní nemoc jícnu je charakterizovaná jako stav způsobený patologickým refluxem obsahu žaludku do jícnu projevující se pyrózou a regurgitací šťav nebo mimojícnovými příznaky (kašel, astma, laryngitida...). **Popis práce:** Cílem naší práce je prezentovat pilotní zkušenosti s fyzioterapií jícnového refluxu ve vítkovické nemocnici, a tím ověřit a posoudit efektivitu rehabilitace v léčbě nemocných s gastroezofageálním refluxem. V období říjen 2022–březen 2023 podstoupilo celkem 9 pacientů z naší gastroenterologické ambulance sérii rehabilitačních cvičení v délce 3–8 týdnů pod vedením lékařů a fyzioterapeutů rehabilitačního oddělení vítkovické nemocnice. Pacienti, kteří byli osloveni, reagovali pozitivně na možnost fyzioterapie a zdá se, že byli motivováni ke cvičení. I během tohoto krátkého období je patrné, že u nemocných došlo k ústupu potíží nebo snížení počtu refluxních epizod. U 78 % z celkového počtu pacientů došlo k uspokojivému zlepšení při zpětném dotazování a mohli ukončit fyzioterapii. U 22 % pacientů došlo jen částečnému zlepšení a pokračují v rehabilitaci dál. **Závěr:** Fyzioterapie jícnového refluxu má velký potenciál. Její výhodou je cena a bezpečnost. I přesto je však mezi lékaři opomíjená a v léčbě jícnového refluxu málo používaná. Naše pilotní práce potvrzuje, že rehabilitace má důležité místo v kauzální léčbě gastroezofageálního refluxu.

Pneumatosis cystoides intestinalis

T. Kopriva, F. Pazdírek

Chirurgická klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Úvod: Pneumatosis cystoides intestinalis (PCI) je poměrně vzácná benigní diagnóza charakterizována výskytem mnohočetných, plynem vyplněných cyst ve střešní stěně. Postižena může být kterákoliv část střeva. Případ z našeho pracoviště poukazuje na možný náhodný záchyt této nosologické jednotky a její možnou záměnu s jinými diagnózami, vedoucí ke zbytečné operaci. **Kazuistika:** 49letý, dosud zdravý pacient, léčen pouze s hypertenzí, byl odeslán na naše pracoviště pro suspektní tumor v zestupného tračníku. Nález hodnocen jako infiltrativní proces stěny kolon ascendens v 75–90 cm. Ze suspektní oblasti bylo odebráno pět biopsických vzorků bez průkazu nádorových struktur, nicméně ve vzorku nebyla zachycena oblast submukózy. Současně byl jako vedlejší nález popsán 25 cm objemný adenomový polyp. Nález byl hodnocen jako endoskopicky nepřístupný, doporučeno bylo operační řešení. Na našem pracovišti provedena kontrolní endoskopie, kde byl opět popsán ve zestupném tračníku od 79 cm do 65 cm rozsáhlejší, endoskopicky neřešitelný tumor, z povrchu znovu odebraná kontrolní biopsie. Současně provedena endoskopická polypektomie rozsáhlého adenomu sigmatu. Výsledek histologie z místa tumoru opět s benigním výsledkem. Polyp sigmatu vychází histologicky jako tubovilózní adenom s low-grade a fokálně až high-grade dysplazií. Pacientovi bylo provedeno CT vyšetření břicha a rentgen hrudníku, bez průkazu infiltrace střešní stěny a bez průkazu generalizace. Nálezy byly projednány na multioborovém semináři. Uzavřeno jako tumor nejasné biologické povahy, a vzhledem k nálezu high-grade dysplazie v sigmatu byla doporučena pravostranná hemikolektomie. Dle doporučení byla provedena roboticky pravostranná hemikolektomie. Peroperačně bez známek

diseminace. Makroskopicky na pravém tračníku byly patrné kulovité rezistence charakteru lipomů. Pooperační průběh pacienta bez pozoruhodností, byl propuštěn v celkově uspokojivém stavu 5. pooperační den. Definitivní výsledek histologie popisuje oblast tumoru s normální sliznicí, ale na řezu jsou v oblasti submukózy patrné mnohočetné septované cystické dutiny vyplněné vzduchem. Mikroskopicky je popsána sliznice tlustého střeva bez povrchových defektů, bez dysplastických změn. V oblasti submukózy jsou patrné mnohočetné splyňující pseudocystické dutiny lemované makrofágy. Nález je interpretován jako pneumatosis cystoides intestinalis. Maligní nádorové struktury v rozsahu vyšetření nebyly nalezeny. **Závěr:** Ačkoliv je PCI vzácný nález, jeho záchyt je vzhledem k čím dál většímu počtu prováděných endoskopických vyšetření častější. Zejména u mladších endoskopistů může dojít k mylné diagnóze a záměně za formu IBD, polyp nebo dokonce nádor, co může jako v námi popisovaném případě skončit nepotřebnou operací. Účelem kazuistiky je zvýšit povědomí o tomto vzácném, a hlavně benigním nálezu.

Duodenální varixy

Z. Mandátová

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Portální hypertenze je definovaná jako zvýšení tlaku v portální žíle, které vede ke zvýšení gradientu mezi portální žílou a dolní dutou žílou. Rozšířené portokavální spojky v různých orgánech mohou být zdrojem krvácivých komplikací. Nejčastější příčinou je cirhóza jater, dále potom trombóza porty např. v rámci trombofilních stavů, po prodělané akutní pankreatitidě nebo paraneoplastické etiologie. Nejčastěji se setkáváme s gastroezofageálními varixy, duodenální varixy jsou v tomto ohledu mnohem méně časté. Neexistuje jednoznačné doporučení k léčebnému postupu, mortalita v případě krvácení dosahuje až 40 %. Kazuistika představuje pacienta s etylickou cirhózou jater a recidivující enteroragií, kde při opakované gastrokopii byly nalezeny duodenální varixy se stigmaty po krvácení v distálním duodenu subpapilárně. V rámci urgentního výkonu byly varixy ošetřeny aplikací čtyřech Boston klipů bez komplikací, plánovaně bylo doplněno ošetření hůře dostupného varixu aplikací histoacrylu. Při druhém čtení rtg dokumentace byl nález na játrech přehodnocen, labor. AFP v tisícových hodnotách, a dg uzavřena jako HCC v terénu cirhózy jater. Vzhledem k celkovému stavu byl doporučen symptomatický postup. Duodenální varixy jsou v porovnání s GOV odlišné svým hlubším uložením ve sliznici a vyšším rizikem komplikací při ošetření v tenké duodenální sliznici. Dle jednotlivých kazuistických sdělení byla použita sklerotizace, ligace, histoacryl s efektem. Ošetření klipy v daném případě bylo jednoduché a efektivní, situace byla usnadněna tím, že jsme varixy nezastihli v intrahemoragické fázi. Jestli je účinnost celkové léčby (octreotid, somatostatin) stejně účinná jako v případě krvácení z jícnových varixů, není jasné. Krajním řešením může být TIPS a ballon-occluded retrograde transvenous obliteration.

Nie každý návrat je jednoduchý alebo dve kazuistiky ESD v konečníku

D. Polák¹, K. Beránková², J. Bašo¹

¹ *Gastroenterologické centrum, FNŠP Žilina*

² *Martinské bioptické centrum s.r.o., Žilina*

Séria dvoch kazuistik o diagnostickom a liečebnom postupe u mladej pacientky s FAP po subtotálnej kolektómii so zachovaním konečníka a odmietnutím ďalšej chirurgickej radikalizácie. Pacientka je v minulosti po opakovanej EMR lézie v konečníku. Druhá staršia polymorbídna pacientka podstúpila v minulosti TEM chirurgickú liečbu taktiež pre léziu v konečníku. Pri endoskopickom sledovaní bola u oboch pacientiek zistená recidíva lézie v konečníku. V rámci diagnostického postupu sme u oboch pacientiek najskôr klasifikovali lézie na základe makroskopickej morfológie podľa Parížskej klasifikácie. Išlo o LST granulórne zmiešané lézie väčšie ako 20 mm. Pomocou virtuálnej chromoendoskopie sme po vyhodnotení slizničného a vaskulárneho vzoru zaradili lézie do skupiny JNET 2B. Nebola prítomná žiadna ulcerácia, hlboká ohraničená depresia, stiahnutie okraja alebo iné rizikové znaky. Vzhľadom na to sme nepredpokladali vysoké riziko submukózneho invázie, a preto sme pred endoskopickou terapiou nedoplnili ďalšie zobrazovacie vyšetrenia ako MR či TRUS. Ako liečebný postup sme zvolili ESD. U oboch pacientiek sa nám podarilo lézie kompletne odstrániť. Endoskopická liečba recidivujúcich lézií konečníka môže byť náročnejšia najmä z dôvodu fibrotizácie a práve tu nám môže ESD technika výrazne pomôcť.

Pozdní manifestace nebo opožděná diagnóza UC?

V. Štěpánek

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Idiopatické střevní záněty jsou nejčastěji diagnostikovány mezi 20. a 40. rokem věku. Naproti tomu divertikulární onemocnění tlustého střeva je spíše doménou pacientů až po 6. decenniu života. Tato kazuistika prezentuje 53letého pacienta, který se několik let potýkal s opakovanými atakami divertikulitidy. Plánovaná elektivní laparoskopická resekce sigmatu byla kvůli pooperačním komplikacím rozšířena v resekci podle Hartmanna. Za několik měsíců od operace se u pacienta objevily tenesmy, odchod hlenu a následně i krve z ponechaného pahýlu rekta. Pacientovi byla 16 měsíců od operace diagnostikována ulcerózní kolitida postihující pahýl rekta a tlusté střevo v délce 35 cm. Po zahájení léčby vedolizumabem se jeho klinický stav začal zlepšovat.

Vzácná příčina obstrukce žlučových cest

P. Tokoš¹, P. Fojtík^{1,2}

¹ *Centrum péče o zažívací trakt, Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s.*

² *Lékařská fakulta OU, Ostrava*

Úvod: Extramedulární plazmocytom je solidní léze tvořena monoklonální proliferací plazmatických buněk mimo kostní dřeň. Obecně se v rámci gastrointestinálního traktu vyskytuje spíše výjimečně, typicky jako sekundární postižení. Lokalizován v pankreatu sekundárně, při projevech onemocnění mnohočetným myelomem, je incidence 2,3 %, v případě primárního postižení, tedy bez projevů onemocnění mnohočetným myelomem, je incidence lokalizace v pankreatu menší než 0,1 %. **Popis případu:** 73letý pacient s anamnézou tumoru varlete, vyřazen z dispenzarizace v onkologické ambulanci po 15leté remisi, odeslán praktickým lékařem pro dvojité vidění k došetření do neurologické ambulance. Na CT mozku popsány ložiskové hypodenzity,

odeslán tedy do onkologické ambulance, kde došetřován pro susp. mnohočetný myelom. V cytologii potvrzen mnohočetný myelom se zmnoženou plazmocytární řadou, zobrazovacími metodami potvrzena rozsáhlá diseminace onemocnění. Zahájena onkologická léčba a pravidelná dipenzarizace. Při návštěvě urgentního příjmu pro nejasné horečky a zhoršení stavu na UZ břicha popsáno poprvé suspektní ložisko pankreatu s pravděpodobnou karcinomatózou peritonea. Na CT popsán generalizovaný tumor hlavy pankreatu, pravděpodobně primární. Doplněno EUS s FNAB ložiska, kde dle cytologie plazmocytom. Pro obstrukci v laboratoři ERCP se zavedením duodenobiliárního stentu. Postupná progresse stavu, ukončení onkologické léčby, přes veškerou zavedenou terapii exitus letalis. **Závěr:** Naše kazuistika prezentuje ojedinělý případ sekundární extramedulární lokalizace plazmocytomu v pankreatu při projevech onemocnění mnohočetným myelomem. Poukazuje na nezastupitelnou roli vyšetření EUS s možností odběru biopsie.

Vliv multiplicitních primárních neoplazií na celkové přežití pacientů s hepatocelulárním karcinomem

P. Hříbek^{1,2}, S. Fraňková³, J. Klasová¹, K. Chmelová³, L. Žabová¹, J. Šperl³, P. Urbánek¹

¹ Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

² Katedra vojenského vnitřního lékařství, FVZ UO, Hradec Králové

³ Klinika hepatogastroenterologie IKEM, Praha

Úvod: Hepatocelulární karcinom (HCC) je nejčastějším primárním zhoubným nádorem jater. I pacienti s HCC v časných stádiích, pokud nejsou včas diagnostikováni a léčeni, mají krátké celkové přežití. Naproti tomu pacienti, kteří mohou podstoupit transplantační léčbu (Tx) mají celkové přežívání (OS) excelentní. Také současný diabetes mellitus 2. typu (T2DM) a/nebo obezita jsou úzce spojeny se zvýšeným rizikem HCC a dalších malignit. Pro vznik vícečetných primárních nádorů různých orgánů u téhož jedince se v onkologii vžil termín mnohočetné primární neoplazie (MPN). Výskytu MPN u nemocných s HCC se v českých podmínkách dosud nikdo nevěnoval. Naši hypotézou bylo, že spojení HCC s jiným primárním zhoubným nádorem vede k významnému snížení OS. Dále byla zkoumána asociace HCC se současným T2DM a vliv diabetu na OS. **Metody:** Retrospektivní studie kohorty pacientů s HCC, kteří byli sledováni a léčeni v letech 2002–2022 ve dvou terciálních centrech v České republice. První část kohorty byla z Institutu klinické a experimentální medicíny Praha (IKEM) a byli v ní všichni pacienti s HCC, kteří podstoupili Tx jater pro toto onemocnění. Druhá část kohorty byla z Interní kliniky 1. LF UK a ÚVN a představovala pacienty s HCC léčené všemi modalitami s výjimkou Tx jater. Dále byly sledovány: přítomnost obezity a T2DM, anamnéza nikotinizmu, počet a typ MPN a jejich vliv na OS. **Skupina nemocných:** V souboru pacientů bylo celkem 497 pacientů (388 mužů, průměrný věk v době diagnózy byl 65 let). V tomto souboru pacientů byl HCC v terénu alkoholové choroby jater zastoupen ve 38 %, v nealkoholové steatohepatitidě v 19 %, v terénu virových hepatitid (HCV, HBV) ve 32 %, ve skupině autoimunitní etiologie v 10 %, ostatní etiologie 1 %. Rozložení dle stadií BCLC klasifikace bylo 0 + A 51 %, B 27 %, C 17 % a D 6 % případů. Transplantaci jater podstoupilo 65 % pacientů, transarteriální chemoembolizaci 12 % pacientů, systémovou terapii 9 %, resekci HCC postoupilo 8 % pacientů, radiofrekvenční ablaci 1 % a symptomaticky bylo léčeno 5 % pacientů. **Výsledky:** V celém souboru byla MPN identifikována u 88 pacientů (18 %). V podskupině pacientů, kteří podstoupili Tx, byla MPN diagnostikována v 58 případech (18 %) a v podskupině pacientů non-Tx ve 30 případech (17 %). Dva primární nádory mělo 16 % pacientů, tři nádory 1 % pacientů, a jeden pacient měl čtyři MPN. Nejčastější zastoupenou MPN byl karcinom prostaty (17 %). Medián OS celého souboru byl 70 měsíců, medián OS Tx podskupiny byl 116 měsíců a podskupiny non-Tx byl 17 měsíců. Medián OS pacientů pouze s HCC byl 77 měsíců, naproti tomu u pacientů s HCC a MPN byl 50 měsíců, rozdíl však nebyl oproti očekávání statisticky významný ($p = 0,2545$). Ze všech pacientů s HCC mělo současně T2DM 32 %, obézních pacientů bylo 44 % a 59 % pacientů kouřilo. Žádný z uvedených faktorů nebyl signifikantně spojen se zhoršením OS. **Závěr:** Mnohočetné primární neoplazie jsou u nemocných s HCC poměrně častým jevem a v prezentovaném souboru byly zastoupeny v 18 % případů. Přítomnost MPN neměla statisticky významný vliv na OS. Rovněž nebyl zjištěn statisticky významný vliv přítomnosti T2DM, nikotinizmu a obezity na celkové přežívání pacientů.

Podpořeno programem Cooperatio a institucionální podporou DZVRO MO 1012.

KASAFÍRKOVA CENA ZA ROK 2023

Rada ES ČGS vyzývá všechny členy ES ČGS k podání přihlášek na 12. ročník Kasafírkovy ceny s finanční dotací 50 000 Kč.

Podmínky pro udělení ceny jsou:

1. První autor původní práce s gastroenterologickou (preferenčně endoskopickou) tematikou v impaktovaném časopise.
2. Autor je v době akceptace článků mladší 40 let (do dne 40. narozenin), je členem ES ČGS a pracuje majoritně na českém pracovišti.
3. Hodnocené období (tedy čas definitivní akceptace práce k publikaci) je 1. 5. 2022 až 30. 4. 2023.

Termín pro podání návrhů k rukám předsedy ES ČGS prof. MUDr. Stanislava Rejchrt, Ph.D., je do 31. 10. 2023. Vítěz bude vyhlášen na 37. slovenském a českém gastroenterologickém kongresu, který se bude konat ve dnech 30. 11.–1. 12. 2023 v Bratislavě.



12. Podzimní setkání gastroenterologů



8.–10. 9. 2023
Hluboká nad Vltavou

Příhláška k účasti

Registrační poplatek 1 200 Kč zahrnuje odborný a doprovodný program, ubytování, stravu.

Příhlášky posílejte na adresu: MUDr. Mirko Jakovljevič, Masarykova 1, 37341 Hluboká nad Vltavou,
nebo na e-mail: mjakov72@gmail.com, tel.+420723445452

Těším se na setkání s Vámi v přátelském prostředí.

Aktuální informace na www.medprax.cz

Ubytování: Středisko AMU Poněšice www.amu.cz

Ubytování ve 2lůžkových chatách v rekreačním středisku AMU na břehu Hněvkovické přehrady u obce Poněšice.

Zváni jsou lékaři s partnerkami.

III. MARTINSKÝ ENDOSKOP

CELOŠTÁTNA KONFERENCIA S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU

4P PANKREAS
PACIENT
PERSONÁL
PRACOVISKO

ORGANIZÁTORI
Interná klinika gastroenterologická UNM
Univerzitná nemocnica Martin
Jesseniova LF UK v Martine

ZÁŠTITU PREVZALA



26. – 27. október 2023
Hotel Victoria, Martin



www.martinskyendoskop.eu

Zlepšete přehlednost zmenšete objem



Zahrnutý
v doporučeních
ESGE¹

**PLENVU**[®]

Zkrácená informace o léčivém přípravku Plenvu **Název přípravku:** Plenvu prášek pro perorální roztok **Kvantitativní a kvalitativní složení:** složky přípravku Plenvu jsou baleny ve třech samostatných sáčcích. První dávka je balena v jednom sáčku a druhá dávka je balena ve dvou sáčcích, A a B. Sáček pro 1. dávku obsahuje následující léčivé látky: macrogolum 3350 100 g, natrii sulfas 9 g, natrii chloridum 2 g, kalii chloridum 1 g, 2. dávka (sáčky A a B) obsahuje následující léčivé látky: sáček A: macrogolum 3350 40 g, natrii chloridum 3,2 g, kalii chloridum 1,2 g, sáček B: natrii ascorbas 48,11 g, acidum ascorbicum 7,54 g. Úplný seznam pomocných látek viz SmPc. **Terapeutické indikace:** přípravek Plenvu je indikován u dospělých k vyčištění střev před jakýmkoliv lékařským výkonem vyžadujícím čistá střeva. **Dávkování a způsob podání:** Dávkování: Dospělí a starší osoby: léčebná kúra se skládá ze 2 samostatných neidentických 500ml dávek přípravku Plenvu. S každou dávkou je nutné vypít dalších nejméně 500 ml čiré tekutiny. Léčebnou kúru lze užít v dvoudenním nebo jednodenním režimu dávkování. **Dvoudenní režim dávkování:** 1. dávka večer před klinickým výkonem. 2. dávka časně ráno v den provedení klinického výkonu přibližně 12 hodin po zahájení první dávky. **Režim dávkování pouze ráno:** obě dávky se užijí ráno v den klinického výkonu; druhá dávka má být užita minimálně 2 hodiny po zahájení první dávky. Každá dávka rekonstituovaného roztoku Plenvu a dalších 500 ml čiré tekutiny se má užít v průběhu 60 minut. Střídaní rekonstituovaného roztoku a čiré tekutiny je přijatelné. Od počátku léčebné kúry až do klinického výkonu se nemá konzumovat žádná pevná strava. Konzumace všech tekutin má být ukončena nejméně dvě hodiny před klinickým výkonem, pokud probíhá v celkové anestezii, nebo jednu hodinu před klinickým výkonem, pokud neprobíhá v celkové anestezii. **Pediatrická populace:** není doporučeno použití u dětí a dospívajících do 18 let věku. Není nutné upravovat dávku při mírné až středně závažné poruše funkce ledvin nebo jater. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku, gastrointestinální obstrukce nebo perforace, ileus, poruchy vyprazdňování žaludku (gastroparéza, retence žaludečního obsahu), fenylketonurie, deficit glukóza-6-fosfátdehydrogenázy, toxické megakolon. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** obsah tekutin pro rekonstrukci přípravku Plenvu s vodou nenahrazuje pravidelný příjem tekutin a je nutné dodržovat dostatečný příjem tekutin. Podobně jako u jiných přípravků obsahujících makrogol, je možný výskyt alergických reakcí včetně vyrážky, kopřivky, pruritu, angioedému a anafylaxe. Přípravek Plenvu se má podávat s opatrností pacientům s křečkovými nebo oslabeným zdravím, pacientům s poruchou dávivého reflexu, s možností regurgitace nebo aspirace nebo se sníženou úrovní vědomí, pacientům se závažnou poruchou funkce ledvin, srdečním selháním, rizikem arytmií, dehydratací, závažným akutním zánětlivým onemocněním střev. U oslabených křečkových pacientů, pacientů se špatným zdravotním stavem, pacientů s klinicky významnou poruchou funkce ledvin, arytmií a s rizikem elektrolytové nerovnováhy má lékař podle potřeby zvážit provedení vyšetření elektrolytů, funkce ledvin a EKG ve výchozím stavu a po léčbě. V souvislosti s použitím iontových osmoticky působících laxativ k přípravě střev byly vzácně hlášeny závažné arytmiie včetně fibrilace síní. Ty se vyskytují převážně u pacientů se základními srdečními rizikovými faktory a poruchami elektrolytů. Při rozvoji příznaků arytmiie nebo změny tělesných tekutin/elektrolytů během léčby i po ní je nutné stanovit hladiny elektrolytů v plazmě, sledovat EKG a léčit abnormality odpovídajícím způsobem. Pokud se vyskytnou silné nadýmání, břišní distenze nebo bolest břicha, podání je nutno zpomalit nebo dočasně přerušit, dokud příznaky nevyjmizí. U pacientů, jimž byly kvůli přípravě střev podávány přípravky obsahující makrogol, byly hlášeny případy ischemické kolitidy. U pacientů se známými rizikovými faktory pro ischemickou kolitidu nebo v případě současného užívání stimulačních laxativ se má makrogol používat s opatrností. Pacienti s náhlou bolestí břicha, krvácením z rektu nebo jinými příznaky ischemické kolitidy je třeba okamžitě vyšetřit. Přípravek Plenvu obsahuje 458,5 mmol (10,5 g) sodíku v 1 léčebné kúře. Nutno vzít v úvahu při dietě s nízkým obsahem sodíku. Přípravek Plenvu obsahuje 29,4 mmol (1,1 g) draslíku v 1 léčebné kúře. Nutno vzít v úvahu při snížené funkci ledvin nebo při dietě s nízkým obsahem draslíku. Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce: léčivé přípravky použité perorálně během jedné hodiny od zahájení laváže tlustého střeva přípravkem Plenvu mohou být vyloučeny neabsorbované z gastrointestinálního traktu. Může dojít k ovlivnění terapeutického účinku léků s úzkým terapeutickým indexem nebo krátkým poločasem. Přípravek Plenvu může mít při použití se zahušťovacími na bázi škrobu potenciální interaktivní účinek. Složka makrogol působí proti zahušťovacímu účinku škrobu a zkapalňuje přípravky, které musí zůstat zahuštěné pro pacienty s problémy s polykáním. **Fertilita, těhotenství a kojení:** nejsou k dispozici údaje o účincích přípravku Plenvu na lidskou fertilitu. Ve studiích u samic potkanů nebyly zjištěny žádné účinky na fertilitu. Údaje o podávání těhotným ženám jsou omezené. Studie na zvířatech prokázaly nepřímé škodlivé účinky s ohledem na reprodukční toxicitu. Z klinického hlediska se nepředpokládají žádné účinky během těhotenství, jelikož expozice makrogolu 3350 je zanedbatelná. Není známo, zda se léčivé látky/metabolity přípravku Plenvu vylučují do mateřského mléka. Riziko pro novorozence/kojence nelze vyloučit. Na základě posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a prospěšnosti léčby pro matku je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo nezahajovat podávání přípravku Plenvu. **Nežádoucí účinky:** příjem je očekávaným výsledkem přípravy střeva. V průběhu užívání přípravku Plenvu byly hlášeny následující nežádoucí účinky: Časté ($\geq 1\%$, $< 10\%$): zvracení, nauzea, dehydratace. Méně časté ($\geq 0,1\%$, $< 1\%$): břišní distenze, anorektální diskomfort, bolest břicha, bolest v nadbříšku, bolest v podbříšku, léková hypersenzitivita, bolest hlavy, migréna, somnolence, žízeň, únava, astenie, zimnice, bolesti, palpitace, sinusová tachykardie, přechodně zvýšený krevní tlak, návaly horka, přechodně zvýšený hodnot jaterních enzymů, hypernatremie, hyperkalcemie, hypofosfatemie, hypokalemie, snížená koncentrace hydrogenuhličitanů, zvýšený/snížený aniontový rozdíl, hyperosmolární stav. Předepisující lékař se má seznámit s dalšími informacemi týkajícími se nežádoucích účinků uvedenými v SmPc. **Předávkování:** v případě velkého náhodného předávkování, kdy dojde k silnému průjmu, může být nezbytné doplnění tekutin a korekce elektrolytů. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Sáčky: uchovávejte při teplotě do 25 °C. Rekonstituované roztoky: uchovávejte při teplotě do 25 °C, nutno vypít do 24 hodin. Roztoky lze uchovávat v chladničce a musí být zakryté. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Norgine B.V., Antonio Vivaldistraat 150, 1083 HP Amsterdam, Nizozemsko. **Registrační číslo:** 61/934/16-C. **Datum revize:** 27.4.2022 URČENO PRO ODBORNOU VEŘEJNOST. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním přípravku se seznáme s úplným Souhrnem údajů o přípravku. **Úplnou informaci o přípravku obdržíte na adrese:** SwiXX Biopharma s.r.o., Hyberská 1034/5, 110 00 Praha 1, tel.: +420 242 434 222. Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL): <https://www.sukl.cz>. Nežádoucí účinky musí být hlášeny Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv <http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek> nebo firmě SwiXX Biopharma s.r.o. prostřednictvím e-mailu: medinfo.czech@swiXXbiopharma.com

1. Hassan C, et al. Endoscopy 2019; 51(8): 775-794

SwiXX  **BioPharma**
Modern Medicines for All

SWiXX Biopharma s.r.o.
Hyberská 1034/5
110 00 Praha 1

PLENVU, MOVIPREP, NORGINE a logo s plachtou jsou ochranné známky Norgine Group

**NORGINE**