

Správná odpověď na předchozí kvíz

V. Štěpánek

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

Z endoskopických obrázků je patrné zá-
nětlivé postižení tlustého střeva – granu-
lární sliznice s vymizelou cévní kresbou
a ojedinělé ulcerace. Histopatolog po-
psal známky chronického zánětu s kryp-
titidou a kryptovými abscesy. V diferen-
ciální diagnostice by se na prvním místě
nabízela idiopatický střevní zánět – ulce-
rózní kolitida. Pro IBD nesvědčil náhlý
vznik obtíží, věk pacienta a negativní ro-
dinná anamnéza. Infekční etiologie byla
vyloučena. V úvahu by připadala také is-
chemická kolitida nebo NSA kolopatie.
Pro správnou diagnózu byl stěžejní dů-
kladný odběr osobní anamnézy. Pacient
v srpnu 2024, tedy 2 měsíce před začát-
kem obtíží, dokončil neoadjuvantní che-
moterapii a imunoterapii plicního ade-
nokarcinomu. Léčen byl nivolumabem.
Jedná se o monoklonální protilátku ze

skupiny checkpoint inhibitorů (CHI),
která se váže na receptor PD-1 (recep-
tor programované buněčné smrti). Jeho
účinkem je zesílená odpověď T-lymfo-
cytů. Kromě cíleného protinádorového
účinku může způsobit imunitně zpro-
středkované nežádoucí účinky vlivem
nadměrné aktivace a infiltrace tkání
T-buňkami. Téměř u poloviny pacientů
léčených checkpoint inhibitory dochází
ke kolitidě, která je většinou mírná a je
dobře ovlivnitelná symptomatickou léč-
bou. Typicky se příznaky objevují 8 týdnů
od léčby CHI (stejně jako u našeho pa-
cienta). Ovšem mohou vzniknout kdy-
koli během léčby i po jejím skončení.
Klinicky se projevují jako průjemy, někdy
s přítomností krve. Při koloskopii nalé-
záme známky lehké kolitidy jako erytém
a edém nebo i těžké postižení s vředy.

Stejně proměnlivý je i histologický
obraz. Většinou jsou popisovány známky
akutní kolitidy (infiltrace lamina propria
neutrofily, lymfocyty a plazmatickými
buňkami a zvýšená apoptóza krypt),
méně již chronické známky zánětu a ra-
ritně i granulomy. Léčba se řídí tíží pří-
znaků a endoskopickým nálezem. U leh-
čích forem je dostačující hydratace, dieta,
případně antidiaroeika (riziko toxického
megacolon) a u středně těžkého prů-
běhu kortikoterapie (1–2 mg/kg/den).
V případě neúčinnosti předešlé léčby lze
využít biologickou terapii (infliximab, ve-
dolizumab). Našeho pacienta jsme krát-
kodobě léčili kortikoidy (úvodní dávka
medrol 48 mg/den). Od vysazení korti-
koidů je již několik měsíců asymptoma-
tický a na plánovanou kontrolní kolosko-
pii se nedostavil.