



Organizátori:

Slovenská gastroenterologická spoločnosť

Česká gastroenterologická společnost

XXXVII. SLOVENSKÝ A ČESKÝ GASTROENTEROLOGICKÝ KONGRES

DoubleTree by Hilton hotel

Bratislava

30. 11. – 1. 12.

2023

PROGRAM

Slovenská gastroenterologická spoločnosť
Česká gastroenterologická společnost

XXXVII. SLOVENSKÝ A ČESKÝ GASTROENTEROLOGICKÝ KONGRES

TERMÍN

30. 11. – 1. 12. 2023

MIESTO

DoubleTree by Hilton hotel, Bratislava

VEDECKÝ VÝBOR KONGRESU

prof. MUDr. Tibor Hlavatý, PhD. / Prezident kongresu

MUDr. Dušan Baláž

doc. MUDr. Peter Bánovčin, PhD.

MUDr. Janka Božíková

MUDr. Iveta Čierna, PhD.

MUDr. Sylvia Dražilová, PhD.

MUDr. Martin Ďuriček, PhD.

MUDr. Anna Gojdičová, PhD.

MUDr. Miloš Greguš, PhD.

MUDr. Michal Honko

MUDr. Martin Huorka, PhD.

MUDr. Branislav Kunčak

MUDr. Boris Pekárek, PhD.

MUDr. Eduard Veselíny, PhD.

MUDr. Jozef Záž, Ph.D.

doc. MUDr. Zuzana Zelinková, PhD.





ORGANIZÁCIA A VÝBORY

doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.
MUDr. Jiří Cyrany, Ph.D.
MUDr. Dana Ďuricová, Ph.D.
doc. MUDr. Přemysl Falt, Ph.D.
prim. MUDr. Luděk Hrdlička
prof. MUDr. Tomáš Hucl, Ph.D.
MUDr. Jana Koželuhová, Ph.D.
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
prim. MUDr. Vladimír Nosek
prof. MUDr. Stanislav Rejchrt, Ph.D.
doc. MUDr. Ilja Tachecí, Ph.D.
prof. MUDr. Ondřej Urban, Ph.D.
prof. MUDr. Petr Vítek, Ph.D., MBA



ORGANIZAČNE ZABEZPEČUJE

Amedi management, s.r.o.
Ing. Helena Šurinová
Jarošova 1, 831 03 Bratislava
Mobil: + 421 (910) 230 209
e-mail: surinova@amedisk

SEKRETARIÁT SGS a kontakt pre zasielanie

prihlášok vystavovateľov:
Ing. Romana Ondrušová
Mobil: + 421 (905) 566 150
e-mail: sekretariat@sgssls.sk

Registrácia
je možná online na
www.gastrokongres.sk

OBSAH

Úvodné slovo	5
Floorplány	6
Harmonogram streda 29. 11. 2023.....	7
Harmonogram štvrtok 30. 11. 2023	8
Harmonogram piatok 1. 12. 2023.....	9
Partneri podujatia	10
 Program	
Streda 29. 11. 2023	11
Štvrtok 30. 11. 2023	12
Piatok 1. 12. 2023	18
 Posterová sekcia.....	26
Postery – abstrakty	29
Prednášky – abstrakty	45
 Informácie.....	61
Mapa.....	65

ÚVODNÉ SLOVO



Vážené kolegyne a kolegovia,

s veľkou radosťou by som vás chcel pozvať na nadchádzajúci
XXXVII. SLOVENSKÝ A ČESKÝ GASTROENTEROLOGICKÝ KONGRES,
ktorý sa uskutoční v Bratislave od 30. 11. do 1. 2. 2023.

Spoločný kongres Slovenskej a Českej gastroenterologickej spoločnosti
nadväzuje na dlhoročnú tradíciu spoločných podujatí a tradične sa vyznačuje
prezentáciou najkvalitnejších výsledkov vlastného klinického výskumu
a podnetnými diskusiami s poprednými expertmi z oboch krajín. Kongres je
určený pre lekárov, sestry, všetkých špecialistov, ktorí sa venujú digestívnemu
zdraviu a chcú sa dozvedieť najnovšie informácie a trendy v oblasti
endoskopической diagnostiky a terapie, klinickej gastroenterológie, hepatológie,
gastrointestinálnej chirurgie, patológie a mnohých príbuzných odborov.

Na kongrese bude priestor pre prezentáciu výsledkov klinického výskumu
v oblasti digestívneho zdravia vo forme blokov originálnych prác a posterovej
sektie. Silné miesto budú mať odborné aj diskusné bloky na aktuálne témy. Na
kongrese bude prítomná endoskopická aj sonografická Teaching area vedená
poprednými expertmi v oblasti. Program budú dopĺňať satelitné sympóziá
a veľká výstavná hala s najširším zastúpením biomedicínskych spoločností
v oblasti digestívneho zdravia na Slovensku a v Česku.

Spoločný gastroenterologický kongres nie je len o vzdelávaní, ale aj o pracovných
a priateľských stretnutiach. Kongres je skvelou príležitosťou na rozšírenie siete
kontaktov, stretnutia so starými známymi, diskusie na neformálnej úrovni
a získavanie neoceniteľných osobných skúseností.

Kongres sa bude konať v adventnom čase a po zaujímavých odborných
podujatiach si účastníci isto nájdu čas na prežitie pravej adventnej atmosféry
na Vianočných trhoch v historickej Bratislave.

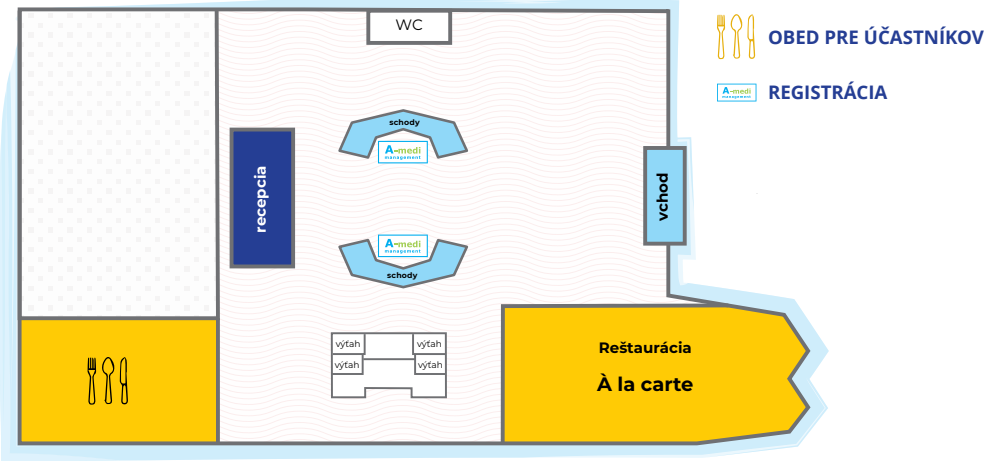
Dovidenia v Bratislave, priatelia.

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end.

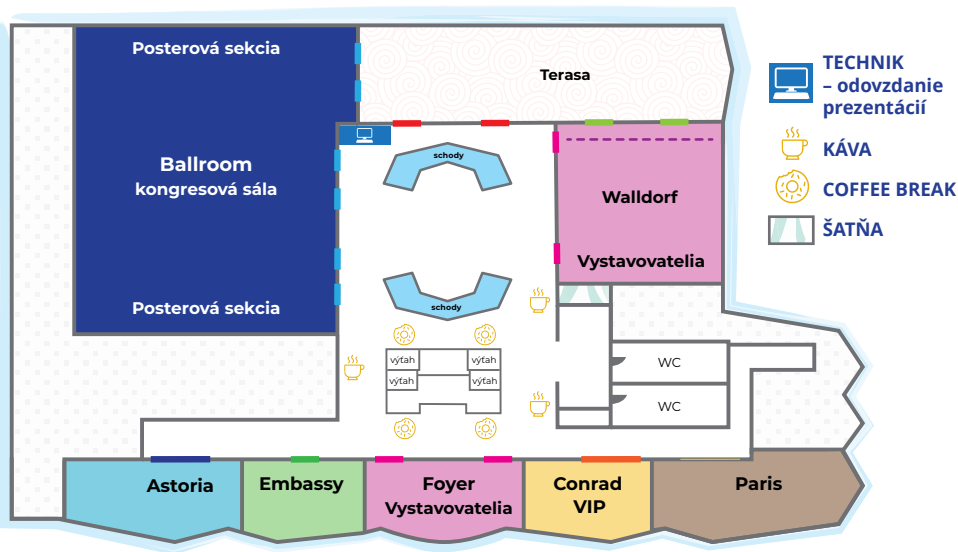
prof. MUDr. Tibor Hlavatý, PhD.
Prezident Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti

FLOORPLÁNY

PRÍZEMIE



PRVÉ POSCHODIE



HARMONOGRAM STREDA 29. 11. 2023

	Hlavná sála Ballroom	Malá sála Paris	Astoria	Embassy	Conrad VIP	Foyer
08:00	Registrácia					
09:00	IBD Intenzívny kurz					
10:00						
11:00						
12:00	Obed 🍴🍴🍴					
13:00	IBD fórum					
14:00						
15:00						
16:00						
17:00		Stretnutie Výboru ČGS				Zasadenutie Výboru SGS
18:00						Zasadenutie Výborov SGS a ČGS
19:00						
20:00						

HARMONOGRAM ŠTVRTOK 30. 11. 2023

	Hlavná sála Ballroom	Malá sála Paris	Astoria	Embassy	Conrad VIP	Foyer
08:00	Slávnostné zahájenie kongresu s odovzdávaním dňa ČGS State of art I.				Salónik vyhradený pre členov Výboru SGS a ČGS	
09:00	Prednáškový blok 1 Skrining kolorektálneho karcinómu v ČR a SR	Diskusné fórum 1: Choroby pažeráka: Eozinofilná ezofagitída				
10:00	Originálne práce 1	Diskusné fórum 2: IBD				
11:00	Coffee break ☕ State of art II.	Coffee break ☕ Diskusné fórum podporené spoločnosťou Takeda IBD pacient komplexne – sú všetky naše otázky zodpovedané?				
12:00	Prednáškový blok 2 Advanced endoscopy: Novinky v invazívnej terapii gastrointestinálneho traktu	Diskusné fórum 3: Celiakia				
13:00	Obed + prezentácia posterov 🍽️	Obed 🍽️			Zasadenie Výboru Endoskopickej sekcie SGS	
14:00	Originálne práce 2	Symposium podporené spoločnosťou MGP Bratislava Symposium podporené spoločnosťou Astrazeneca				Vystavovatelia
15:00	Prednáškový blok 3 Pediatrická gastroenterológia					
16:00	Prednáškový blok 4 Inovatívna terapia IBD	Sesterská sekcia 1	Hands on training – endoskopia	Hands on training – USG		
17:00	Symposium podporené spoločnosťou PRO.MED.cs Symposium podporené spoločnosťou CELLTRION	Symposium podporené spoločnosťou SOBI				
18:00						
19:00		Stretnutie pracovnej skupiny pre IBD			Stretnutie Výboru Endoskopickej sekcie ČGS	
20:00						

HARMONOGRAM PIATOK 1. 12. 2023

	Hlavná sála Ballroom	Malá sála Paris	Astoria	Embassy	Conrad VIP	Foyer
08:00	State of art III.	Sesterská sekcia 2		USG teaching area (Dr Šturdík)	Salónik vyhradený pre členov Výboru SGS a ČGS	Vystavovatelia
09:00	Prednáškový blok 5 Malignity rekta a anusu					
		Diskusné fórum 4: Cholangioskopia v roku 2023				
10:00	Originálne práce 3					
	Coffee break ☕	Diskusné fórum 5: Liečba komplikácií bariatrickej chirurgie				
	State of art IV.	Prestávka				
11:00	Prednáškový blok 6 Hepatológia: Cirhóza a jej komplikácie	Diskusné fórum podporené spoločnosťou Abbvie				
		Diskusné fórum 6: Sociálne médiá a spoločnosti v gastroenterológii				
12:00	Obed + prezentácia posterov 🍽️	Obed 🍽️				
13:00	Originálne práce 4	Diskusné fórum 7: Hepatológia: NAFLD				
14:00	Prednáškový blok 7 Choosing wisely	Sympóziu podoporené spoločnosťou AlfaSigma: Úloha rifaximinu-a pri ochoreniach trávacieho traktu				
		Sympóziu podoporené spoločnosťou Eli Lilly				
15:00	Prednáškový blok 8 Mistakes in gastroenterology					
16:00	Prednáškový blok 9: Choroby žalúdka: Helicobacter pylori v roku 2023					
17:00	Zhodnotenie a záver podujatia					
18:00						
19:00						
20:00						

GENERÁLNÍ PARTNERI



HLAVNÍ PARTNERI



VYSTAVOVATELIA



ABIVAX

ALFASIGMA Czech s.r.o., o.z. Slovensko

Amirex a.s.

Askin & Co., spol. s r.o.

AstraZeneca

Berlin-Chemie / A. Menarini Distribution Slovakia s.r.o.

Bioline products s.r.o.

BODY&FUTURE Laboratories

Boston Scientific Česká republika, s. r. o.

Clinical Research Center

Endohope

EWOPHARMA spol. s r.o.

FLEXIMED SLOVAKIA, s. r. o.

IMEDEX cz

Linde Gas s.r.o.

MGP, spol. s. r.o.

Pfizer Luxembourg SARL, o.z.

Sandoz d.d.

STADA PHARMA Slovakia, s.r.o.

SWEDISH ORPHAN BIOVITRUM

TOPNATUR s.r.o.

ULTRAMED

WORWAG Pharma Slovensko s.r.o.

Zentiva, a. s.

MEDIÁLNÍ PARTNERI



Care Comm
We care...



STREDA 29. 11. 2023

Hlavná sála Ballroom

8.00 – 8.30 Registrácia

8.30 – 12.00 IBD Intenzívny kurz

12.00 – 13.00 Obed 

13.00 – 16.30 IBD fórum

Malá sála Paris

16.00 – 18.00 Stretnutie Výboru ČGS

Foyer

17.00 – 18.00 Zasadnutie Výboru SGS

18.00 – 19.00 Zasadnutie Výborov SGS a ČGS

8.00 – 8.30 Slávnostné zahájenie kongresu s odovzdávaním cien ČGS

Hlavatý T., Tachecí I., Dražilová S., čestní hostia

8.30 – 8.50 State of art I.

Zavoral M. (Praha): **Nepodkročitelná diagnostika při rozhodování o léčebném postupu u nádorů GIT v klinické praxi – současný stav**

8.55 – 9.55 Prednáškový blok 1**Skríning kolorektálneho karcinómu v ČR a SR**

predsedajúci: Hlavatý T., Suchánek S.

8.55 – 9.10 Orságh A. (Bratislava): **Skríning kolorektálneho karcinómu na Slovensku, výsledky a skúsenosti**

9.10 – 9.25 Kocna P. (Praha): **Imunochemické testy na okultní krvácení v České republice – jdeme správným směrem?**
otvorit abstrakt

9.25 – 9.40 Bačiková Z. (Piešťany): **Skúsenosti so skríningom kolorektálneho karcinómu z pohľadu ambulantnej praxe**

9.40 – 9.55 Suchánek S. (Praha): **Skríning kolorektálního karcinomu v České republice – úspěchy a výzvy**

10.00 – 11.00 Originální práce 1

predsedajúci: Záh J., Falt P.

10.00 – 10.15 Hujová A., Modos I., Jarošová J., Mačinga P., Taimr P., Froněk J., Špičák J., Hucl T. (Praha): **Biliární komplikace po transplantaci jater a efekt letmého stentu**
otvorit abstrakt

10.15 – 10.30 Jarosova J., Zarivnijova L., Cibulkova I., Mares J., Macinga P., Hujova A., Falt P., Urban O., Hajer J., Spicak J., Hucl T. (Praha, Olomouc): **Endoluminální radiofrekvenční ablace u pacientů s maligní biliární obstrukci: randomizovaná studie**
otvorit abstrakt

10.30 – 10.45 Brodyuk N., Falt P., Urban O., Suchánek Š. (Praha, Olomouc): **Endoskopická transmurální resekce (Endoscopic full-thickness resection, EFTR) v terapii kolorektální neoplázie, efektivita a bezpečnost**
otvorit abstrakt

10.45 – 11.00 Konečný Š., Dolina J., Dosedělová V., Laštovičková M.,
otvoriť abstrakt Kubáň P. (Brno): **Analýza žlučových kyselin ve slinách jako neinvazivní diagnostika Barrettova jícnu**

11.00 – 11.15 **Coffee break** ☕

11.15 – 11.35 **State of art II.**

Hlavatý T. (Bratislava): **Nové možnosti liečby IBD**

11.40 – 12.40 **Prednáškový blok 2**

Advanced endoscopy: Novinky v invazívnej terapii gastrointestinálneho traktu

predsedajúci: Záh J., Hucl T.

11.40 – 11.55 Demeter M. (Martin): **POEM má 15 rokov – trendy a problémy v submukóznej endoskopii**

11.55 – 12.10 Záh J. (Ružomberok): **RFA pri ERCP v liečbe malígnych striktúr žľúčových ciest**

12.10 – 12.25 Nosek V. (Jablonec nad Nisou): **EUS navigované biliárne intervencie – aktualizované postupy**

12.25 – 12.40 Hucl T. (Praha): **Bariatrická a metabolická endoskopia**

12.10 – 13.30 **Obed + prezentácia posterov** 🍴🍴

13.30 – 14.30 **Originálne práce 2**

predsedajúci: Šturdík I., Bortlík M.

13.30 – 13.45 Gombošová L., Ondrušová M., Krivuš J., Šprláková J.,
otvoriť abstrakt Hornová J., Norek B., Fojtová A., Valachová I., Havlíčková Z. (Košice, Martin, Banská Bystrica, Bratislava): **Teduglutide v liečbe syndrómu krátkeho čreva – výsledky multicentrickej epidemiologickej štúdie na Slovensku**

13.45 – 14.00 Gojdičová A., Šturdík I., Tóth J., Stasinková K., Čičková K.,
Hlavatý T. (Bratislava): **Efektivita a bezpečnosť liečby subkutánnym CTP – 13 u IBD pacientov – jednoročná retrospektívna štúdia**

- 14.00 – 14.15 Hlavatý T. (Bratislava): Multicentrická observačná kohortová štúdia o efektívite a bezpečnosti biosimilárneho CT – P13 infliximabu v liečbe IBD (CONNECT – IBD)
- 14.15 – 14.30 Zbořil V. (Brno): IBD-like v klinické praxi

14.30 – 15.30 Prednáškový blok 3**Pediatrická gastroenterológia**

predsedajúci: Čierna I., Mitrová K.

- 14.30 – 14.45 Mitrová K. (Praha): Bezpečnosť expozície ustekinumabu a vedolizumabu in utero a jej vliv na vývoj a imunitný stav exponovaných detí
- 14.45 – 15.00 Zelinková Z. (Bratislava): Pediatrické IBD v dospelosti
- 15.00 – 15.15 Čierna I., Székyová D., Béder I., Števková D. (Bratislava): Chirurgická liečba detských pacientov s IBD z pohľadu pediatrického gastroenterológa
- 15.15 – 15.30 Havlíčková Z., Michnová Z., Jeseňák M., Jurková Malicherová E., Bánovčin P. (Martin): Gastrointestinálne prejavy autoinflammatorych ochorení

otvorí abstrakt

15.30 – 16.30 Prednáškový blok 4**Inovatívna terapia IBD**

predsedajúci: Huorka M., Bortlák M.

- 15.30 – 15.45 Greguš M. (Nitra): Perorálna liečba IBD
- 15.45 – 16.00 Ďuricová D. (Praha): Cílená liečba v gravidite
- 16.00 – 16.15 Gombošová L. (Košice): Čo máme inovatívne v manažmente liečby IBD. To čo máme a čo potrebujeme
- 16.15 – 16.30 Lukáš M. (Praha): Duálna liečba – potrebujeme ji?

16.30 – 17.15 Sympóziu podoporené spoločnosťou PRO.MED.cs

Cesta od elevácie pečňových enzýmov k fibróze sa skrakuje a zrýchľuje.
„Kedy je ten správny čas zasiahnuť?“

17.15 – 18.00 Sympóziu podoporené spoločnosťou CELLTRION

8.30 – 9.15 Diskusné fórum 1:

Choroby pažeráka: Eozinofilná ezofagitída

predsedajúci: Baláž J., Vacková Z.

8.30 – 8.45 **Úvodná prednáška:** Bánovčín P. (Martin): Eozinofilná ezofagitída – diagnostika a liečba v roku 2023

8.45 – 9.15 **Diskusia:** Baláž D. (Martin), Kostálová K. (Praha), Balihar K. (Plzeň)

9.20 – 10.05 Diskusné fórum 2: IBD

predsedajúci: Greguš M., Lukáš M.

9.20 – 9.35 **Úvodná prednáška:** Lukáš M. (Praha): Zhubné nádory u nemocných s idiopatickými črevnými zánety. „vliv nemoci a nežádoucí efekty podávané terapie“

9.35 – 10.05 **Diskusia:** Gombošová L. (Košice), Huorka M. (Bratislava), Konečný M. (Olomouc)

10.05 – 10.20 Coffee break ☕

10.20 – 11.10 Diskusné fórum podporené spoločnosťou Takeda IBD pacient komplexne – sú všetky naše otázky zodpovedané?

Predsedajúci: Lietava P.

10.20 – 10.30 Zelinková Z. (Bratislava): Transmurálne vs. slizničné zhojenie tenkočrevnej Crohnovej choroby

10.30 – 10.40 Drastich P. (Praha): Výhody vedolizumabu v prvej línii ulceróznej kolitídy

10.40 – 10.50 Gojdičová A. (Bratislava): Cesta pacienta pri liečbe perianálnej Crohnovej choroby

10.50 – 11.10 **Diskusia**

11.10 – 12.00 Diskusné fórum 3: Celiakia

predsedajúci: Pekárková B., Kohout P.

11.10 – 11.25 **Úvodná prednáška:** Kohout P. (Praha): Co nás (a celiaky) trápí u celiakie?

11.25 – 12.00 **Diskusia:** Kabátová J. (Piešťany), Hoffmanová I. (Praha), Beráková K. (Žilina)

12.00 – 13.30 **Obed** 

13.30 – 14.15 Sympóziu podorené spoločnosťou MGP Bratislava

13.30 – 14.15 Kohoutová D. (UK): Malabsorpce žlučových kyselin – opomíjená diagnóza

14.15 – 14.30 Sympóziu podorené spoločnosťou Astrazeneca

16.00 – 17.00 Sesterská sekcia 1

predsedajúci: Šturdík I.

16.00 – 16.15 Duliaková Z. (Bratislava): Sú klinické štúdie strašiacom pre gastroenterologickú sestru a pacienta?

16.15 – 16.30 Barták J. (Bratislava): Manažment pacienta pred, počas a po kolonoskopii

16.30 – 16.45 Lipovská A. (Bratislava): Pracovná ne/spokojnosť IBD sestry

16.45 – 17.00 Stasinková K. (Bratislava): CDED diéta a ochutnávka enterálnej výživy

17.00 – 17.30 Sympóziu podorené spoločnosťou SOBI

18.00 – 20.00 Stretnutie pracovnej skupiny pre IBD

ŠTVRTOK 30. 11. 2023

Astoria

13.00 – 18.00 Hands on training – endoskopie

Embassy

15.30 – 16.30 Hands on training – USG

VIP Conrad

Salónik vyhradený pre členov Výboru SGS a ČGS

12.40 – 13.10 Zasadnutie Výboru Endoskopickej sekcie SGS

18.00 – 20.00 Stretnutie Výboru Endoskopickej sekcie ČGS

8.00 – 8.20 State of art III.

Pekárková B. (Trnava): Celiakia v každodennej praxi

**8.20 – 9.20 Prednáškový blok 5
Malignity rekta a anusu**

predsedajúci: Pekárek B., Falt P.

8.20 – 8.35 Urban O. (Olomouc): **Moderní přístup k T1 kolorektálnímu karcinomu**

8.35 – 8.50 Uhrín I., Vranovská M., Lauková T. (Bratislava): **Diagnostika karcinómu rekta z pohľadu rádiológa**

8.50 – 9.05 Lemstrová R. (Olomouc): **Watch and wait ?**

9.05 – 9.20 Orságh A., Letkovský J., Osuská D., Žitňan L., Danková N., Pekárek B. (Bratislava): **Análna intraepiteliálna neoplázia**

9.20 – 10.20 Originálne práce 3

predsedajúci: Hlavatý T., Koželuňová J.

9.20 – 9.35 Křivinka J., Kunovský L., Vaculová J., Král J., Hrubá S., Šembera Š., Tachecí I., Čavajdová P., Vašura A., Blaho M., Koňářiková P., Evinová E., Langner J., Vacková Z., Friedová N., Přidal D., Sychra P., Mégraud F., O'Morain C., Nyssen O., Gisbert J. (Olomouc): **Eradikační režimy infekce *Helicobacter pylori* – česká data z Hp – EuReg**

9.35 – 9.50 Krechler T., Hrabák P. (Praha): **EUS – SWE pankreatu – nová metoda měření stupně elasticity tkáně pankreatu**

9.50 – 10.05 Kianička B., Žák J., Vaníček J. (Brno): **ERCP po Billroth II parciální gastrektomii**

10.05 – 10.20 Csomor J. (Praha): **Endoskopická ultrasonografie u akutní biliární pankreatitidy**

10.20 – 10.40 Coffee break ☕

10.40 – 11.00 State of art IV.

Tachecí I. (Hradec Králové): **Game changers v gastrointestinální endoskopii**

11.00 – 12.00 Prednáškový blok 6**Hepatológia: Cirhóza a jej komplikácie**

predsedajúci: Dražilová S., Urbánek P.

- 11.00 – 11.15 Žilinčanová D. (Banská Bystrica): **Cirhóza a portálna hypertenzia: definícia kľúčových udalostí, diagnostické metódy**
- 11.15 – 11.30 Fejfar T. (Hradec Králové): **Prevencia a liečba varikózneho krvácania: farmakologický princíp**
- 11.30 – 11.45 Drastich P. (Praha): **Prevencia a liečba varikózneho krvácania: nefarmakologický princíp (endoskopia, intervenčná rádiológia)**
- 11.45 – 12.00 Dražilová S. (Košice): **Hepatorenálny syndróm**

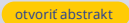
12.00 – 13.00 Obed + prezentácia posterov **13.00 – 14.00 Originálne práce 4**

predsedajúci: Gojdičová A., Rejchrt S.

- 13.00 – 13.15 Klepanec A., Haršány J., Šálek M., Lebdušková L., Schmiedl A. (Trnava): **Využitie CARTO v liečbe krvácajúcich gastrických varixov – naše skúsenosti**

- 13.15 – 13.30 Kučerová K., Kadlečíková K., Vojtek P., Cibulková D., Rajec J., Ušák J., Habiňák M., Kudlová D., Hušťak R. (Trnava): **Vlastné skúsenosti s novým lumen apozičným stentom vo Fakultnej nemocnici Trnava**

- 13.30 – 13.45 Baláž D., Lietava P. (Martin): **Endoloopom asistovaná endoskopická polypektómia v ambulantnej praxi**

- 13.45 – 14.00 Šimková D., Vacková Z., Mareš J., Hugová K., Hucl T., Štirand P., Hušťak R., Špičák J., Martínek J. (Praha): **Komplexní analýza dlouhodobého vlivu gastroezofageálního refluxu na pacienty po POEM u více než 500 pacientu**


14.00 – 15.00 Prednáškový blok 7**Choosing wisely**

predsedajúci: Bánovčín P., Cyrany J.

- 14.00 – 14.15 Cyrany J. (Hradec Králové): **Choosing wisely v gastroenterológii**
- 14.15 – 14.30 Bánovčín P. (Martin): **Racionálna terapia acidopeptických ochorení**
- 14.30 – 14.45 Uhrík P. (Martin): **Choosing wisely u akútnej pankreatitídy**
- 14.45 – 15.00 Malý R., Cyrany J. (Hradec Králové): **Význam koagulačných testů pred invazívnými výkonmi v gastroenterológii**

15.00 – 16.00 Prednáškový blok 8**Mistakes in gastroenterology**

predsedajúci: Veselíny E., Vítek P.

- 15.00 – 15.15 Špičák J. (Praha): **Jaké chyby hrozí a jakých sa dopouštíme v managmentu pankreatobiliárních chorob?**
- 15.15 – 15.30 Zelinková Z. (Bratislava): **Chyby vo vedení dokumentácie pri IBD**
- 15.30 – 15.45 Mikoviny Kajzlíková I. (Frýdek – Místek): **Chyby v endoskopické dispenzarizaci gastrointestinálních chorob**
- 15.45 – 16.00 Cyrany J. (Hradec Králové): **Chyby v antitrombotické terapii v gastroenterológii**

16.00 – 17.00 Prednáškový blok 9:**Choroby žalúdka: Helicobacter pylori v roku 2023**

predsedajúci: Kunčák B., Kunovský L.

- 16.00 – 16.15 Botek R. (Piešťany): **Problematika mikrobiologickej diagnostiky Helicobacter pylori**
- 16.15 – 16.30 Demitrovičová A. (Bratislava): **Možnosti farmakologickej liečby infekcie Helicobacter pylori**

- 16.30 – 16.45 Kunovský L., Křivinka J., Vaculová J., Král J., Hrubá S., Šembera Š., Tachecí I., Čavajdová P., Vašura A., Blaho M., Koňářiková P., Evinová E., Langner J., Vacková Z., Friedová N., Přidal D., Sychra P., Mégraud F., O'Morain C., Nyssen O., Gisbert J. (Praha, Olomouc): **Hp – EuReg: první data z českého registru Helicobacter pylori**
- 16.45 – 17.00 Schnierer M. , Hyrdel P., Bánovčin P. ml. (Martin): **European registry on the management of Helicobacter Pylori infection – predstavenie registra na Slovensku**
- 17.00** **Zhodnotenie a záver podujatia**

8.00 – 9.00 Sesterská sekcia 2

predsedajúci: Gojdičová A.

- 8.00 – 8.15 Temešinková D. (Martin): Endoloopom asistovaná polypektómia – skúsenosti endoskopickej sestry
- 8.15 – 8.30 Ivančíková V. (Bratislava): Aj pacienti s IBD majú svoju organizáciu a sociálne výhody
- 8.30 – 8.45 Medek A. (Ružomberok): PEG a endoskopické možnosti riešenia jeho komplikácií
- 8.45 – 9.00 Jakušová I. (Ružomberok): Endoskopická terapia pankreatických tekutinových kolekcií

9.00 – 9.45 Diskusné fórum 4: Cholangioskopia v roku 2023

predsedajúci: Ušák J., Urban O.

- 9.00 – 9.15 Úvodná prednáška: Urban O. (Olomouc): Cholangioskopia v roku 2023
- 9.15 – 9.45 Diskusia: Záž J. (Ružomberok), Vítek P. (Frýdek-Místek), Veselíny E. (Košice)

9.50 – 10.35 Diskusné fórum 5: Liečba komplikácií bariatrickej chirurgie

predsedajúci: Demeter M., Nosek V.

- 9.50 – 10.00 Holéczy P. (Ostrava – Vítkovice): Liečba komplikácií bariatrickej chirurgie – chirurgické postupy
- 10.00 – 10.10 Nosek V. (Jablonec nad Nisou): Liečba komplikácií bariatrickej chirurgie – endoskopické postupy
- 10.10 – 10.35 Diskusia: Holéczy P. (Ostrava – Vítkovice), Haberern M. (Trnava), Bolek T. (Martin)

10.35 – 10.50 Prestávka

10.50 – 11.35 Diskusné fórum

podporené spoločnosťou Abbvie:

Aj s malou molekulou môžete dosiahnuť veľké ciele
v liečbe IBD

11.35 – 11.50 Diskusné fórum 6:

Sociálne médiá a spoločnosti v gastroenterológii

11.35 – 11.43 Král J., Kunovský L. (Praha): Sociální média
a gastroenterologie

11.43 – 11.51 Ďuricová D., Kunovský L., Král J. (Praha): Výhody členství
v UEG, ESGE a ECCO

11.51 – 12.00 **Diskusia:** Ďuricová D. (Praha), Kunovský L. (Praha), Král J.
(Praha), Polák D. (Žilina)

12.00 – 13.00 Obed

13.00 – 13.45 Diskusné fórum 7:

Hepatológia: NAFLD

predsedajúci: Skladaný Ľ., Brůha R.

13.00 – 13.15 **Úvodná prednáška:** Šmíd V. (Praha): NAFLD

13.15 – 13.45 **Diskusia:** Brůha R. (Praha), Skladaný Ľ. (Banská Bystrica),
Koller T. (Bratislava), Rác M. (Nitra)

13.50 – 14.20 Sympóziu podporené spoločnosťou AlfaSigma:

Úloha rifaximínu-α pri ochoreniach tráviaceho traktu

predsedajúci: Gombošová L., Trna J.

13.50 – 14.05 Trna J. (Brno): Terapie rifaximínom-α a jeho vplyv
na "Gut-Liver-Brain Axis"

14.05 – 14.20 Gombošová L. (Bratislava): Modulácia črevného
mikrobiómu v súvislosti s IBS a divertikulovou chorobou

14.50 – 15.20 Sympóziu podorené spoločnosťou Eli Lilly

predsedajúci: Hlavatý T.

14.50 – 15.05 Huorka M. (Bratislava): **Kam smerujeme v manažmente pacientov s ulceróznou kolitídou?**

15.05 – 15.20 Lukáš M. (Praha): **Mechanismus účinku a bezpečnost léčby inhibítorem IL-23**

PIATOK 1.12.2023

Embassy

08.00 – 9.00 USG teaching area (Dr Šturdík)

VIP Conrad

Salónik vyhradený pre členov Výboru SGS a ČGS

1. ENDOSKOPICKÁ SUBMUKÓZNA DISEKCIA V REKTE – NAŠE SKÚSENOSTI

Dušan Polák¹, Katarína Beráková², Juraj Váňa³, Andrea Kalavská⁴

¹Gastroenterologické centrum, Fakultná nemocnica s Poliklinikou, Žilina, Slovensko

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

³Chirurgické oddelenie, Fakultná nemocnica s Poliklinikou, Žilina, Slovensko

⁴VŠZaSP Sv. Alžbety a I.interná klinika SZU, Bratislava, Slovensko

2. REČ AKO NOVÁ DIAGNOSTICKÁ MODALITA MINIMÁLNEJ HEPATÁLNEJ ENCEFALOPATIE

Jakub Gazda¹, Martin Janičko¹, Sylvia Dražilová¹, Peter Drotár², Maté Híreš², Peter Jarčuška¹

¹II. interná klinika, UPJŠ LF a UNLP, Košice, Slovensko

²Intelligent Information Systems Laboratory, TUKE, Košice, Slovensko

3. EUS NAVIGOVANÁ GASTRONEFROSTOMIE (VIDEOPOSTER)

Ivo Horný

Centrum digestivní endoskopie Interní Oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s., Strakonice, Česká republika

4. PORFYRIA CUTANEA TARDA ASOCIOVANÁ S VIROVOU HEPATITIDOU E U GENETICKY PREDISPONOVANÉ PACIENTKY – KAZUISTIKA

Hrabák P.¹, Benešová K.², Záhoráková D.³, Brůha B.¹

¹IV. interní klinika gastroenterologie a hepatologie 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

²I. interní klinika hematologie, 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

³Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

5. HIV U IBD PACIENTA NA BIOLOGICKEJ LIEČBE

Gojdičová A., Šturdík I., Tóth J., Gojdič M., Papayová Z., Stasinková K., Hlavatý T.

Gastroenterologické centrum Bezručova, Bratislava, Slovensko

6. ENDOMETRIÓZA AKO RARITNÁ PRÍČINA ENTERORÁGIE

I. Šturdík

Gastroenterologické centrum Bezručova, Bratislava, Slovensko

7. ZRIEDKAVÝ NÁLEZ INTESTINÁLNEJ TBC IMITUJÚCI CROHNOVU CHOROBU

I. Šturdík

Gastroenterologické centrum Bezručova, Bratislava, Slovensko

8. HEPATOBILIÁRNE MANIFESTÁCIE IGG4 – ASOCIOVANEJ CHOROBY – KAZUISTIKA

T. Koky, M. Tomáš, S. Dražilová, P. Jarčuška

II. Interná klinika UNLP a UPJŠ LF, Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika, Košice, Slovensko

9. LÉČBA KRVÁCENÍ PO ENDOSKOPICKÉ SFINKTEROTOMII POMOCÍ NOVÉHO HEMOSTATICKÉHO GELU

Hrabák P.

IV. interní klinika gastroenterologie a hepatologie 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

10. KOMPLIKACE DRENÁŽE PSEUDOCYSTY S NEKRÓZAMI – POTŘEBA JINÝCH ODBORNÝCH SPECIALIZACÍ

Karel Mareš¹, Spáčil P.¹, Pagáč I.¹, Stodola M.¹, Singer M.¹, Janoušková L.², Šnajdrová A.², Horváth V.³, Pospíšil R.⁴, Jirava D.⁴, Kohler O.⁴, Neužil P.⁵, Petrů J.⁵

¹Gastroenterologie interní odd., Nemocnice Na Homolce, Praha 5, Česká republika

²RTG odd., ³odd. cévní chirurgie, ⁴chirurgické odd., ⁵kardiologické odd., Nemocnice Na Homolce, Praha, Česká republika

11. KDYŽ "NEJDE" EXTRAHOVAT VE ŽLUČOVODECH VZPŘÍČENOU ENDOPROTÉZU A PACIENT MÁ CHOLANGITIDY...

Petr Spáčil, Karel Mareš, Ivan Pagáč, Michal Stodola

interna, gastroenterologie, Nemocnice Na Homolce, Praha 5, Česká republika

12. PŘEKVAPIVÁ PŘÍČINA ANÉMIE U DÁRCE KRVE

Robert Pospíšil, Martin Bortlík

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s., Česká republika

13. AMBULANTNÁ GASTROENTEROLÓGIA Z POHĽADU DÁT ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

Selvek M.¹, Baláž D.², Saal B.¹, Mužik R.¹

¹Dôvera zdravotná poisťovňa, Slovensko

²PIGEAS s.r.o. – Privátna gastroenterologická ambulancia, Martin, Slovensko

14. PANKREATICKÝ ASCITES

Balog R., Shon F.

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s., Česká republika

15. EUS NAVIGOVANÁ BIOPSIE JATER

J. Pintová

Nemocnice Jablonec nad Nisou, Česká republika

16. GASTROINTESTINÁLNE PREJAVY HEREDITÁRNEHO ANGIOEDÉMU**A. Bobčáková***Martin, Slovensko***17. KORELACE ENDOSKOPIE A RADIOLOGICKÝCH METOD V HODNOCENÍ TRANSMURÁLNÍ AKTIVITY U CROHNOVY NEMOCI – VLASTNÍ ZKUŠENOSTI****L. Prokopová¹, V. Válek Jr.², D. Bartušek², V. Zbořil¹, P. Kavříková¹, J. Hustý², Š. Konečný¹, K. Poredská¹**¹*Centrum pro IBD a biologickou léčbu Interní-gastroenterologická klinika FNB+MU Brno, Česká republika*²*Klinika radiologie a nukleární medicíny FNB+MU Brno, Česká republika***18. MOŽNOSTI DETEKČIE A KVANTIFIKÁCIE DAO V LAMINA PROPRIA DUODENA V PRÍPADOCH SUSP. HIT****Zuzana Betáková***Nemocnica s poliklinikou Ilava, Slovensko***19. ANALÝZA RIZIKOVÝCH FAKTOROV U PACIENTOV S KOLOREKTÁLNÝM KARCINÓMOM****M. Tkáčik***Gastroenterologická ambulancia Nemocnica s poliklinikou Brezno, n. o., Slovensko*

ABSTRAKTY POSTEROV

1. ENDOSKOPICKÁ SUBMUKÓZNA DISEKCIA V REKTE – NAŠE SKÚSENOSTI

Dušan Polák¹, Katarína Beráková², Juraj Váňa³, Andrea Kalavská⁴

¹Gastroenterologické centrum, Fakultná nemocnica s Poliklinikou, Žilina, Slovensko

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

³Chirurgické oddelenie, Fakultná nemocnica s Poliklinikou, Žilina, Slovensko

⁴VŠZaSP Sv. Alžbety a I.interná klinika SZU, Bratislava, Slovensko

Úvod: Endoskopická submukózna disekcia (ESD) je endoskopická liečebná metóda na odstránenie neoplastických lézií tráviaceho traktu. Vďaka tejto technike sme schopní dosiahnuť kompletnú (en blok) R0 endoskopickú resekciu aj veľkých lézií v jednom kuse. Získavame tým cenný resekát na ďalšie histopatologické hodnotenie a pri vhodne zvolenej lézii docielime kuratívnu resekciu.

Metódy: Retrospektívna analýza nášho súboru v období 01/2020 – 01/2023. Primárnym cieľom bolo zistiť ako endoskopické hodnotenie a voľba zaradených rektálnych lézií liečebných technikou ESD koreluje s histopatologickými výsledkami. Sekundárnym cieľom bolo zistiť kurativitu nami vykonanej liečby. Zaradili sme lézie nad 20mm s predpokladom maximálnej invázie do povrchových častí submukózy, teda JNET 2B. Okrem toho sme zaradili recidivujúce lézie v jazve po predchádzajúcej endoskopickej alebo chirurgickej liečbe, podslizničné lézie do 20 mm a menšie ako 20 mm lézie najmä v dolnom rekte, ktoré nemožno en blok R0 radikálne odstrániť technikami založenými na slučke.

Výsledky: Celkovo sme zaradili 76 rektálnych lézií. JNET 2B lézií bolo z toho 59 (77,6%). Najčastejšia výsledná histopatologická diagnóza bola high grade displázia (HGD) a to u 35 (46%) prípadov. Kuratívnu endoskopickú resekciu sme dosiahli u väčšiny (93,4%) pacientov. 5 pacienti (5,26%) potrebovali po ESD a ďalšom stagingu následnú chirurgickú alebo onkologickú terapiu.

Záver: Výsledky našej práce potvrdzujú efektivitu ESD ako terapeutickú metódu vhodnej na dosiahnutie en blok R0 resekcie rektálnych lézií a tým ich správneho histopatologického zhodnotenia. Správna selekcia pacientov ostáva kľúčová.

Kľúčové slová: endoskopická submukóza disekcia, rektálne lézie, kuratívna resekcia

2. REČ AKO NOVÁ DIAGNOSTICKÁ MODALITA MINIMÁLNEJ HEPATÁLNEJ ENCEFALOPATIE

Jakub Gazda¹, Martin Janičko¹, Sylvia Dražilová¹, Peter Drotár², Maté Híreš², Peter Jarčuška¹

¹*II. interná klinika, UPJŠ LF a UNLP, Košice, Slovensko*

²*Intelligent Information Systems Laboratory, TUKE, Košice, Slovensko*

Úvod: Cirhóza pečene je zodpovedná za najčastejšie predčasné úmrtia v našej populácii. V úvode, v jej kompenzovanej fáze, môže byť úplne asymptomatická, neskôr sa však prejavuje variabilným klinickým obrazom vrátane ascitu, krvácania z pažerákových varixov či hepatálnej encefalopatie. Hepatálna encefalopatia je definovaná ako porucha kognitívnych funkcií a môže variovať od klinicky nemej – minimálnej hepatálnej encefalopatie – cez rôzne stupne klinicky zjavnej hepatálnej encefalopatie až po hepatálnu kómu. V liečbe hepatálnej encefalopatie sa uplatňuje odstránenie precipitujúceho faktora, osmotické laxatívum – laktulóza – a nevstrebateľné antibiotikum – rifaximín. Zatiaľ čo diagnostika klinicky zjavnej hepatálnej encefalopatie (West-Haven 1. -4. stupeň) nepredstavuje časovú ani odbornú záťaž, tak pri diagnostike minimálnej hepatálnej encefalopatie je potrebné využívať špecifické psychologické testy, ktoré sú však charakteristické časovou náročnosťou a relatívne nízkou senzitivitou a špecifitou, čo vedie ku podhodnoteniu minimálnej hepatálnej encefalopatie.

Cieľ práce: Identifikovať existenciu rozdielu a jeho kvalitatívny a kvantitatívny charakter v reči pacientov s cirhózou pečene v porovnaní so zdravou kontrolnou populáciou, ktoré by mohli slúžiť na diagnostiku minimálnej hepatálnej encefalopatie.

Súbor pacientov a metodika: Do prospektívnej štúdie boli zaradení pacienti so známou cirhózou pečene a rôznym stupňom hepatálnej encefalopatie (minimálna hepatálna encefalopatia, hepatálna encefalopatia West-Haven I. st. diagnostikovaná STROOP testom), pričom hlavným exklúznym kritériami bolo konkomitantné neurologické ochorenie, a veko-vo a pohlavím súhlasná zdravá kontrolná populácia. Reč pacientov bola následne manuálne segmentovaná a súhlasné pasáže boli porovnávané využitím viacerých neurónových sietí a stromových klasifikátorov, pričom iterácie prebehli tzv. 10-fold cross-validáciou. Výstupom boli plochy pod ROC krivkou (AUROC) a ich 95% intervaly pravdepodobnosti (95% CI).

Výsledky: V štúdií bolo celkovo zahrnutých 62 pacientov, 31 pacientov s cirhózou pečene (50%) a 31 zdravých ľudí (50%), pričom 36 pacientov bolo mužského pohlavia (58%) 26 pacientov bolo ženského pohlavia (42%). Priemerný vek v čase vyšetrenia bol 56.13 roka (± 11.47). 10 pacientov s cirhózou pečene bolo diagnostikovaných ako hepatálna encefalopatia West-Haven I. st. (32%) a zvyšných 21 pacientov ako minimálna hepatálna encefalopatia (68%). Zo stromových klasifikátorov dosiahol najlepšie hodnoty AUROC klasifikátor XGBoost, pričom AUROC sa v závislosti od samohlásky a jej intenzity pohyboval od 66.88% (95% CI 58.75-72.4) do 78.6% (95% CI 72.4-82.7). Z neuronových sietí dosiahla najlepšie hodnoty AUROC sieť EfficientNet, pričom AUROC sa v závislosti od samohlásky a jej intenzity pohyboval od 80.65% (95% CI 72.34-88.92) do 88.64% (95% CI 83.28-93.70).

Záver: Umelá inteligencia (strojové učenie a neurónové siete) zistili rozdiel v reči pacientov s cirhózou pečene v porovnaní so zdravou kontrolnou populáciou a existuje nádej, že ju v budúcnosti budeme môcť využívať pri diagnostike minimálnej hepatálnej encefalopatie.

3. EUS NAVIGOVANÁ GASTRONEFROSTOMIE (VIDEOPOSTER)

Ivo Horný

Centrum digestivní endoskopie Interní Oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s., Strakonice, Česká republika

79letá pacientka s nejasnou horečkou – CRP 325,2 mg/l, leuko 16,0 – hydronephrosis sin. gr. IV od 2003 – 20.7.2023 pyonephros sin. – EUS navigovaná gastronefrostomie (LAMS) s periprocudrální evakuací 400 ml hnisu – 25.7.2023 vydrénovaná reziduální dutina v místě levé ledviny Pacientka byla přijata 13.7.2023 pro horečku a tumor v levém oku nejasného původu. Oftalmology byla indikována k onkoscreeningu již v dubnu 2023, ale nikam se nedostavila. Horečka byla asymptomatická, dosahovala 38,8°C, dysurií netrpěla. Při přijetí byly jedinými potížemi bolesti v zádech a váhový úbytek, přestala vidět na levé oko. Vstupní CRP měla 325,2 mg/l, prokalcitonin 4,77 mcg/l, leuko 16,0, Hb 77 g/l, kreatinin 124 umol/l, urea 15,1 mmol/l, C19-9 > 700,0 kU/l, CEA 6,3 mcg/l, C15-3 55,3 kU/l. Po odběru biologického materiálu byla zahájena ATB léčba (Axetine 1,5 g i.v. po 8 hodinách). Dne 14.7.2023 podstoupila břišní sonografii s nálezem již leta známé hydronefrózy levé ledviny IV. st. a nově detekované multicystické 16x7 mm velké expanze v hlavě pankreatu. V hemokulturách i v moči byl detekován *Staphylococcus aureus*, ATB léčba byla změněna po domluvě s Mikrobiologickým centrem na Azepo 2 g i.v. po 8 hodinách. Vzhledem k nejasnému původu tumoru levého oka, neměřitelně vysoké hladině C19-9 a nálezu multicystického ložiska v hlavě pankreatu byla indikována 19.7.2023 EUS s detekcí levostranné pyonephros, expanze v hlavě pankreatu byla hodnocena jako vícečetné drobné cysty bez podezření na malignitu. Dne 20.7.2023 podstoupila CT břicha a pánve s nálezem oboustranného fluidothoraxu, širokého pravého plicního hilu, rozsáhlého tekutinového septovaného útvaru s kalcifikacemi v septech v místě levé ledviny, bublinek plynu a kompletní resorpci parenchymu, extrémně dilatovaného levého ureteru s obturujícím 7,5 mm velkým konkrementem v distální části. Vzhledem k progresi prokalcitoninu na 64,4 mcg/l přes cílenou intravenózní ATB léčbu stafylokokové sepse byla indikována drenáž levostranné pyonephros, zároveň byla eskalována ATB léčba z Azepo na kombinační léčbu Archifar 1 g i.v. po 6 hodinách, Klindamycin 600 mg i.v. po 6 hodinách a Flukonazol 400 mg i.v. po 24 hodinách. Nejprve byl zvažován překlad na Urologické oddělení v Českých Budějovicích, ale vzhledem k "příznivým" anatomickým poměrům jsme se rozhodli pro neobvyklý způsob řešení – EUS navigovanou gastronefrostomii. Po konzultaci s anesteziology byla pacientka převezena na intervenční sál Gastroenterologického centra, byla zaintubována, do žaludku byl zaveden echoendoskop, po identifikaci objemného pyonephros v místě levé ledviny byl za kontroly zraku zaveden sheat HOT AXIOS do nitra zbytku levé ledviny, následně byla uvolněna distální flaire, po jejím rozvinutí byla vzápětí uvolněna i proximální flaire, po uvolnění sheatu byla zkontrolována pozice LAMS, která byla zajištěna zavedením 2 krátkých 7 Fr pigtailů. Z vaku v místě levé ledviny jsme odsáli během výkonu 400 ml hnisu, další putridní tekutina při vytahování přístroje stále vytékala. Pacientka byla hospitalizována na JIP, po drenáži došlo k postupnému poklesu CRP na 144,9 mg/l, počet leukocytů se znormalizoval na 4,5. Druhý den po výkonu byla zcela bez potíží, afebrilní, ve 12:00 se na monitoru objevil flutter síní, který byl vertován infuzí s Cordarone, pacientka ale i po obnově sinusového rytmu byla hypotenzní, došlo k poklesu diurézy na 750 ml/den, proto byla zahájena inotropní podpora Noradrenalinem. Následující den již došlo k normalizaci TK a obnově diurézy na 2000 ml/den, ale začala si stěžovat na dušnost, byla patrná progresie fluidothoraxu při sonografických kontrolách, hypoproteinemie, další den průjem, zvětšovaly se otoky DK až do anasarky přes každodenní aplikaci Flexbuminu. Na kontrolním

CT byla sice patrna již jen residuální dutina po drenáži, ale pacientka byla každý den více vyčerpaná, klidově dušná, 27.7.2023 byl v ranních hodinách konstatován exitus letalis. V naší kazuistice prezentujeme raritní alternativní elegantní možnost řešení levostranné pyonephros, které dle našich zjištění dosud nebylo publikováno. Přínosem tohoto postupu je rychlost zavedení a absence arteficiálních vstupů s možností kontaminace, zavedení do širší praxe ale brání prakticky vždy nepříznivé anatomické poměry.

4. PORPHYRIA CUTANEA TARDA ASOCIOVANÁ S VIROVOU HEPATITIDOU E U GENETICKY PREDISPONOVANÉ PACIENTKY – KAZUISTIKA

Hrabák P.¹, Benešová K.², Záhoráková D.³, Brůha B.¹

¹IV. interní klinika gastroenterologie a hepatologie 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

²I. interní klinika hematologie, 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

³Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

Úvod: Porfyrria cutanea tarda (PCT) je nejčastější chronickou porfýrií s prevalencí cca 1:10 000 osob. Příčinou tohoto onemocnění je defekt uroporfyrinogen III dekarboxylázy (*UROD*) – enzymu účastnícího se metabolismu hemu. Tento defekt může mít genetický základ, případně může být způsoben celou řadou vnějších či vnitřních faktorů. Mezi známé vyvolávající faktory patří mj. některé virové infekce či přetížení organismu železem.

Kazuistika: 54letá pacientka s difúzním velkobuněčným lymfomem v remisi, rozvinula v těsné návaznosti na infekci virem hepatitidy E (HEV) klinické příznaky typické pro PCT (puchýřnaté léze na slunci exponovaných oblastech kůže, tmavá moč, hyperpigmentace). Neobvyklým, literárně však popsáným projevem byla onycholýza. Diagnóza PCT byla následně podpořena laboratorním i genetickým vyšetřením. S rezolucí HEV, po zavedení režimových opatření a na terapii hydrochlorochinem v kombinaci s erytrocytaferézou došlo k postupné klinické i metabolické regresi onemocnění.

Závěr: Při absenci jiných zjevných příčin rozvoje PCT se domníváme, že spouštěcím faktorem onemocnění byla v popisovaném případě infekce HEV. Souvislost HEV s PCT nebyla – narozdíl od virové hepatitidy C a HIV – v dostupné literatuře dosud popsána. V našem sdělení diskutujeme mechanismus vlivu HEV na rozvoj PCT, představujeme klinickou prezentaci, vyšetřovací algoritmus a terapeutický postup u pacientky s atypickými projevy PCT.

5. HIV U IBD PACIENTA NA BIOLOGICKEJ LIEČBE

Gojdičová A., Šturdík I., Tóth J., Gojdič M., Papayová Z., Stasinková K., Hlavatý T.
Gastroenterologické centrum Bezručova, Bratislava, Slovensko

Zápalové ochorenia čriev (IBD) a vírus ľudskej imunodeficiencie (HIV) ovplyvňujú vrodenú aj adaptívnu imunitu v črevnej sliznici. Vírus ľudskej imunodeficiencie znižuje imunitu zacielením na T bunky, najmä na CD4+. TNF- α podporuje replikáciu vírusu HIV typu 1. Inhibítory TNF- α potláčajú produkciu HIV-1 u chronicky infikovaných pro-monocytových aj T-lymfoidných bunkových líniiach. Profil bezpečnosti a účinnosti biologických liekov u pacientov s HIV a IBD nie je dobre stanovený.

V kazuistike prezentujeme prípad pacienta infikovaného HIV počas liečby inhibítorom TNF- α . Kombinovaná antiretrovírusová liečba viedla k plnej supresii vírusovej nálože. Počas prvého roka liečby si pacient udržal klinickú, laboratórnu a endoskopickú remisiu IBD pri stabilnom počte CD4+ T-buniek a nedetekovateľnej HIV-RNA. Počas obdobia sledovania neboli hlásené žiadne oportúnne infekcie.

6. ENDOMETRIÓZA AKO RARITNÁ PRÍČINA ENTERORÁGIE

I. Šturdík, A. Gojdičová, J. Tóth, T. Hlavatý

Gastroenterologické centrum Bezručova, Bratislava, Slovensko

Úvod: Endometrióza je gynekologické ochorenie charakterizované prítomnosťou endometriálnych žliaz mimo dutinu maternice, najčastejšie postihuje ženy v 3. dekáde života. V prípade, že infiltruje svalovinu čreva a okolité štruktúry, hovoríme o črevnej endometrióze. Prejavuje sa dysmenoreou, dyspareuniou, prejavy zo strany zažívacieho traktu sú hnačka, zápcha, dyschézia, zriedkavo enterorágia.

Kazuistika: 39-ročnej pacientke vznikli proktalgie a intermitentne enterorágia v čase menštruácie, proktológ nachádza pri rektoskopii petéchie v konečníku. Na našom pracovisku sme vykonali pankolonoskopiu, pri ktorej v rekte v hĺbke 15 cm od anu nález prekrvácaného ložiska s hviezdovitými sa zbiehajúcimi hypertrofickými riasami. Histologicky prítomná chronická kolitída s fokálnou aktivitou a eróziami. Fyzikálne vyšetrenie, laboratórne parametre, ultrazvuk a počítačová tomografia brucha boli u pacientky úplne v norme. Opakujeme kolonoskopiu v druhej polovici menštruačného cyklu – v ovulačnej fáze, kedy identický endoskopický nález ako pri prvom vyšetrení, ale histologicky už záchyt endometriózy v biopsiách. Pacientka absolvovala transvaginálny ultrazvuk, ktorý diagnózu potvrdil. Gynekológ nasadil hormonálnu liečbu gestagénom dienogest a odporučil resekciu rekta. Pred operáciou realizovanú endorektálna sonografia, kde už pod vplyvom gestagénov úplne vymiznutie endometriózy, rovnako vymizli pacientke všetky ťažkosti.

Záver: Črevná endometrióza môže byť raritnou príčinou enterorágie u žien vo fertilnom veku a môže byť ťažko diagnostikovateľná. V diagnostike sú nápomocné transvaginálna a transrektálna ultrasonografia, počítačová tomografia alebo magnetická rezonancia brucha. Pri podozrení na črevnú endometriózu treba realizovať kolonoskopiu, hoci nemusí byť diagnosticky výťažná. Laparoskopia s priamym zobrazením a odberom tkaniva sú definitívne potvrdzujúce vyšetrenia. Liečba pozostáva z hormonálnej terapie a/alebo operačného výkonu.

7. ZRIEDKAVÝ NÁLEZ INTESTINÁLNEJ TBC IMITUJÚCI CROHNOVU CHOROBU

I. Šturdík, A. Gojdičová, T. Hlavatý, J. Tóth

Gastroenterologické centrum Bezručova, Bratislava, Slovensko

Úvod: Gastrointestinálna tuberkulóza (TBC) predstavuje 1 % až 3 % všetkých prípadov TBC na celom svete. Môže sa vyskytnúť v kontexte aktívneho pľúcneho ochorenia alebo ako primárna infekcia bez postihnutia pľúc. Diagnóza je náročná a často sa oneskoruje kvôli nešpecifickej prezentácii.

Kazuistika: 46-ročná pacientka prichádza do nášho centra pre chronické hnačky 6x denne bez prímiesí krvi alebo hlienu, ktoré začali po prekonaní druhej COVID-19 infekcie. Kolonoskopicky diskontinuálny nález áft a erytému v celom hrubom čreve a v terminálnom ileu, endoskopicky bola supponovaná Crohnova choroba. Patológ nachádza obraz nešpecifickej fokálnej aktívnej kolitídy, diagnózu Crohnovej choroby nevie jednoznačne potvrdiť, zvažuje skôr infekčný pôvod ochorenia, v jednej vzorke nachádza drobný nekrotizujúci granulóm a vzorky odosiela na genetické vyšetrenie. Geneticky sa potvrdila prítomnosť *Mycobacterium tuberculosis*. MR enterografia nepreukázala zápalové zmeny na tenkom čreve. Gastrofibroskopicky prítomné afly v duodene, histologicky stredne ťažká atrofia klkov MARSH 3B, ale bez nálezu mykobaktérií. Doplnené protilátky a genetika na celiakiu boli negatívne. Pacientka bola odoslaná pneumológovi, ktorá začal liečbu antituberkulotikami. Pri liečbe hnačky u pacientky vymizli a po dobratí antituberkulotík sa plánuje kontrolná kolonoskopia.

Záver: Gastrointestinálna TBC dobre reaguje na štandardné antituberkulózne lieky. Chirurgický zákrok je potrebný iba v prípadoch, keď sa vyvinú komplikácie, ako sú striktúry alebo obštrukcia, ktoré nereagujú na podávané medikamentá. Na zníženie morbidita a mortality tohto ochorenia je potrebné mať vysoké klinické podozrenie na túto diagnózu, včasné začatie antituberkulózneho liečby a medziodborová spolupráca.

8. HEPATOBILIÁRNE MANIFESTÁCIE IGG4 – ASOCIOVANEJ CHOROBY – KAZUISTIKA

T. Koky, M. Tomáš, S. Dražilová, P. Jarčuška

II. Interná klinika UNLP a UPJŠ LF, Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika, Košice, Slovensko

Úvod: IgG4 – asociovaná choroba (IgG4-RD) je systémovým fibrozápalovým ochorením charakterizovaným, pre diagnózu kľúčovým, histopatologickým obrazom (lymfoplazmocytová infiltrácia, obliterujúca flebitída a storiformná fibróza), ktorý môže, ale nemusí byť sprevádzaný eleváciou sérových hladín protilátok IgG4. Symptómy IgG4 – asociovanej choroby sa značne líšia v závislosti od postihnutia príslušného orgánu alebo tkaniva. Najčastejším prejavom je ložisková lézia alebo zväčšenie postihnutého orgánu. Frekventovane postihnutými orgánmi sú slinné a slzné žľazy, pankreas, žľčové cesty, obličky a pečeň, pri IgG4 – asociovanej chorobe však môže byť postihnutý ktorýkoľvek orgán a raritne možno vidieť aj multiorgánové ochorenie.

Kazuistika: Prezентujeme prípady 2 mladých pacientov s hepatobiliárnymi manifestáciami IgG4 – asociovanej choroby. V prvom prípade ide o 27 – ročného pacienta, ktorý bol prijatý na naše pracovisko pre hepatálne zlyhávanie. Laboratórne pri prijíme prítomná výrazná elevácia aminotransferáz, hyperbilirubiménia a koagulopatia. Indíciu na akútny priebeh vylúčilo ultrazvukové vyšetrenie brucha a následné elastografické vyšetrenie, ktorými bola potvrdená cirhotická prestavba pečene. Širokým spektrom laboratórných vyšetrení sme nepotvrdili podiel vírusovej hepatitídy, ALD, DILI a iných ochorení na hepatálnom zlyhávaní ani chronickom teréne. Po obdržaní vysokých hladín IgG, vrátane IgG4 a hraničných hodnôt ANA sme stav hodnotili ako ACLF: hyperakútna exacerbácia nediagnostikovanej AIH p.p. IgG4-AIH. Meraním HvPG potvrdená signifikantná portálna hypertenzia, realizovaná transjugulárna biopsia pečene. Histologicky išlo o interface hepatitídu so šírením do lobulov s tvorbou hepatických roziet a prítomnosťou IgG4 – pozitívnych plazmocytov. Pulzná liečba kortikoidmi s postupnou detrakciou na perorálnu formu viedla k zásadnému zlepšeniu laboratórneho nálezu aj klinického stavu pacienta. V druhom prípade ide o 25-ročného pacienta s m. Crohn dispenzarizovaného v gastroenterologickej ambulancii nášho pracoviska, ktorý bol prijatý pre eleváciu hepatálnych enzýmov za účelom diferenciálnej diagnostiky. Laboratórne pri prijíme prítomná hyperproteinémia s normálnymi hladinami albumínu, elevácia hepatálnych enzýmov s cholestatickým rysom, zvýšené hladiny IgG a IgG4, autoprotilátky na AIH a PBC negatívne. Tranzientnou elastografiou fibrotickú prestavbu pečene nepotvrdzujeme. Vzhľadom na cholestatický rys hepatopatie doplníme MRCP vyšetrenie, ktoré vizualizuje nález spĺňajúci charakteristiky autoimunitnej cholangitídy s dominanciou postihnutia intrahepatálnych žľčovodov. Vzhľadom na uvedené suponujeme IgG4 – sklerotizujúcu cholangitídu. Pacienta nastavujeme na perorálnu kortikoidnú liečbu, počas ktorej evidujeme optimalizáciu hepatálnych enzýmov, normalizáciu hladín celkových bielkovín, pokles IgG vrátane IgG4. Kontrolné MRCP realizované 3 mesiace od stanovenia diagnózy vizualizuje regresiu pôvodne popisovaných zmien intra aj extrahepatálnych žľčovodov.

Záver: Incidencia a prevalencia IgG4 – asociovanej choroby nie je dostatočne známa. Hepatobiliárne manifestácie IgG4 – asociovanej choroby (IgG4-AIH a IgG4-SC) sú považované za raritné, ale dôležité manifestácie tejto nozologickej jednotky. Jasná kritériá stále absentujú, no prínosom v rámci diferenciálnej diagnostiky je stanovenie hladín IgG vrátane IgG4 a biopsia s typickými histopatologickými znakmi.

9. LÉČBA KRVÁCENÍ PO ENDOSKOPICKÉ SFINKTEROTOMII POMOCÍ NOVÉHO HEMOSTATICKÉHO GELU

Hrabák P.

IV. interní klinika gastroenterologie a hepatologie 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

Úvod: Krvácení po endoskopické sfinkterotomii (ES) patří mezi nejčastější komplikace ERCP. Signifikantní krvácení manifestované melenou či enterorhagií bývá u 2-5% výkonů. Mezi nejčastější endoskopické hemostatické metody patří opich ředěným adrenalinem, aplikace hemoklipů a koagulační metody. Purastat patří mezi nové hemostatické přípravky k léčbě drobného cévního a kapilárního krvácení v gastrointestinálním traktu.

Cíl: Ověřit bezpečnost a efektivitu nového hemostatického gelu v léčbě akutního a odloženého krvácení po endoskopické sfinkterotomii či precutu.

Metodika: V období od 8/2022 do 8/2023 byl pacientům na 4. interní klinice VFN po provedení ERCP a endoskopické sfinkterotomii či precutu aplikován Purastat gel. Počet krvácení a dalších komplikací (post ERCP pankreatitida, cholangitida) byl retrospektivně porovnán s obdobím 6/2021 – 6/2022, kdy nebyl Purastat ještě používán.

Výsledky: Zatím jsou dostupné jen předběžné výsledky, uvedená data nejsou finální. Za období 6/2021-6/2022 bylo provedeno nejméně 120 ES a precutů, signifikantní krvácení se objevilo u 6% pacientů. V období 8/2022 -8/2023 bylo provedeno 110 papilotomií a precutů, signifikantní krvácení se objevilo ve 3% případů. Ostatní komplikace byly stejné.

Závěr: Použití nového hemostatického přípravku se jeví jako snadná, bezpečná a efektivní metoda k léčbě krvácení po ES. Mezi další výhody patří průsvitnost gelu, která neomezuje případné pokračování výkonu a také možnost kombinace Purastatu s ostatními hemostatickými metodami

10. KOMPLIKACE DRENÁŽE PSEUDOCYSTY S NEKRÓZAMI – POTŘEBA JINÝCH ODBORNÝCH SPECIALIZACÍ

Karel Mareš¹, Spáčil P.¹, Pagáč I.¹, Stodola M.¹, Singer M.¹, Janoušková L.², Šnajdrová A.², Horváth V.³, Pospíšil R.⁴, Jirava D.⁴, Kohler O.⁴, Neužil P.⁵, Petrů J.⁵

¹Gastroenterologie interní odd., Nemocnice Na Homolce, Praha 5, Česká republika

²RTG odd., ³odd. cévní chirurgie, ⁴chirurgické odd., ⁵kardiologické odd., Nemocnice Na Homolce, Praha, Česká republika

Úvod: Od r. 2010 jsme provedli více než 230 drenážních endosonograficky (EUS) navigovaných výkonů. V naší kazuistice bychom chtěli ukázat pacienta s řadou komplikací a nutností úzké spolupráce s kolegy z jiných odborností. 69letý muž s vředovou chorobou gastroduodena, ischemickou chorobou DK s AO-femorálním bypassesem, hypertenzí, hyperlipoproteinémií byl hospitalizován v NNH 2-6/2023. V prosinci 2022 prodělal akutní biliární pankreatitidu, ERCP s extrakcí choledocholitíazy, následně se vytvořila pseudocysta s infikovanými nekrózami (WON), 01/23 jsme provedli pseudocystogastrostomii metalickým stentem 02/23 – krvácení z vředů duodena – endoskopicky sanováno, vysazena antikoagulace – extrakce částečně vycestovaného metal. stentu, opakovaný debridement nekróz – opakované krvácení do pscysty – částečný uzávěr AO-femor. bypassu trombózou (50%) – zástava krvácení do pscysty embolizací coilingy do druhého větvení a. gastrica dx. 03/23 – akutní ischemie PDK – trombektomie kriticky obliterovaného AO-femorálního bypassu dx – debridementy koagula a nekróz z pscysty – z jednoho chobotu vytéká hnis a buď žluč nebo stolice – debridement nekróz z chobotu, nalezena komunikace s tračníkem – resekce lienální flexury tračníku s kolickou píštělí, CHE, splenektomie, sutura stomie 04/23 – re laparotomie pro leak anastomózy – ATB terapie recidivujících infekcí – stenting hydronefrotické pr. ledviny 06/23 – transvenózní extrakce trombu z centrální kanyly

Závěr: Popisujeme a obrazovou dokumentací dokládáme mnohočetné, na sebe navazující a na našem výkonu nezávislé komplikace u pacienta po EUS navigované pseudocystogastrostomii, které museli postupně řešit kolegové jiných odborností. Krvácení do pseudocysty jsme v našem souboru 230 drenážních výkonů měli 3x. (2x řešeno chir. výkonem, 1x radiologickou intervencí). V literatuře popisovanému velkému život ohrožujícímu krvácení z arodované cévy se snažíme předcházet zavedením plastikové endoprotézy do metalického stentu. Je třeba s komplikacemi počítat a mít v dosahu kolegy jiných odborností. Případné další komplikace těchto zákroků možno probrat v diskuzi.

11. KDYŽ "NEJDE" EXTRAHOVAT VE ŽLUČOVODECH VZPŘÍČENOU ENDOPROTÉZU A PACIENT MÁ CHOLANGITIDY...

Petr Spáčil, Karel Mareš, Ivan Pagáč, Michal Stodola

¹interna, gastroenterologie, Nemocnice Na Homolce, Praha 5, Česká republika

Prezentujeme případ 86-leté pacientky s anamnézou akutních cholangitid, která k nám byla odeslána k řešení mnohočetné choledochu a hepatikolitiázy a k extrakci zacestované DBE, kterou se roky opakovaně nedařilo extrahovat. Provedli jsme několik ERCP, kdy se pro vzpříčenou endoprotézu nepodařilo žlučové cesty ani mechanickou, ani laserovou litotrypsií vyčistit. Nakonec jsme zvolili, podle našich znalostí, nový postup pomocí spyscopu a zavaděče, který se v ČR ještě nepoužil. Výkon byl úspěšný a zanořenou DBE a následně i veškerou litiázu se podařilo extrahovat. Od té doby se již cholangitida neobjevila.

12. PŘEKVAPIVÁ PŘÍČINA ANÉMIE U DÁRCE KRVE

Robert Pospíšil, Martin Bortlík

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s., Česká republika

Úvod: Primární sklerotizující cholangitida (PSC) je u přibližně 70 % pacientů doprovázena idiopatickým střevním zánětem (IBD), nejčastěji ulcerózní kolitidou (UC). PCS je rizikovým faktorem nejen pro vznik cholangiogenního karcinomu, ale také vzniku kolorektálního karcinomu. V této kazuistice popisujeme diagnostický postup u anemického dárce krve s překvapivým nálezem PSC a UC komplikované medulárním karcinomem lienální flexury.

Kazuistika: 43 letý pacient bez interních komorbidit byl odeslán praktickým lékařem na hematologickou ambulanci pro anemii zjištěnou při pravidelném darování krve. Zde byla zjištěna elevace jaterních testů ALP, GGT a elevace IgG, dále pozitivní test na okultní krvácení. Pacient byl následně odeslán na gastroenterologickou ambulanci, kde při podrobnější anamnéze udává řídké stolice dlouhodobě, únavu a váhový úbytek 5 kg za poslední měsíc. Byla provedena gastroskopie, kde byly zastiženy pouze hyperplastické polypy těla žaludku, jinak vyšetření ukázalo normální nález. Břišní sonografie vyslovila podezření na PSC a patologické zesílení lienální flexury. Při koloskopii však byly zjištěny těžké zánětlivé změny v průběhu celého tlustého střeva včetně stenózy sigmatu s ulceracemi suspektní z neoplázie. Histologicky byla potvrzena diagnóza medulárního karcinomu, ve zbylých biopsiích byly patrné nespecifické známky aktivní kolitidy. Stagingové CT neprokázalo známky generalizace, diagnóza PSC byla potvrzena MRCP. Pacient byl indikován k subtotální kolektomii.

Závěr: PSC představuje nejvýznamnější rizikový faktor vzniku kolorektální neoplázie u pacientů s IBD. Vývoj karcinomu je u těchto pacientů často velmi rychlý a jeho symptomatologie je maskována projevy střevního zánětu. U všech pacientů s IBD a PSC je nezbytná každoroční dispenzární koloskopie.

13. AMBULANTNÁ GASTROENTEROLÓGIA Z POHĽADU DÁT ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

Selvek M.¹, Baláž D.², Saal B.¹, Mužik R.¹

¹Dôvera zdravotná poisťovňa, Slovensko

²PIGEAS s.r.o. – Prívatná gastroenterologická ambulancia, Martin, Slovensko

Ciel: Na základe dát zdravotnej poisťovne (ZP) vyhodnotiť aspekty endoskopickej resekcie kolonických polypov diagnostikovaných pri indexovej kolonoskopii v procese prípravy optimálneho voliteľného hodnotiaceho parametra pre ambulantnú gastroenterológiu.

Úvod: Skrining kolorektálneho karcinómu je významnou súčasťou preventívnych programov v SR a predstavuje ťažiskovú oblasť dennej ambulantnej gastroenterologickej praxe. Vyhľadávanie kolonických prekancerózných lézií a ich odstránenie endoskopickou resekciou je základnou filozofiou skriningových kolonoskopií. Realizácia endoskopickej resekcie kolorektálnych polypov počas indexovej kolonoskopie predstavuje parameter kvality endoskopie (>90%).

Súbor a metódika: Zdrojom pre analýzu boli dáta o vykázananej zdravotnej starostlivosti za rok 2022. Analyzovali sme tzv. pozitívne kolonoskopie, pričom za pozitívnu kolonoskopiu sme považované vykázanie jedného z výkonov pozitívnej skriningovej kolonoskopie (763SP, 763PP, 760SP, 760PP) alebo vykázanie výkonu kolonoskopie (763A, 763, 760, 756, 761, 762) súčasne s diagnózou polypu hrubého čreva (K63.5). Pri všetkých pozitívnych kolonoskopiách bolo vyhodnotené, či bola počas kolonoskopie realizovaná aj endoskopická resekcia polypu (výkony 765 alebo 765P).

Výsledky: V roku 2022 evidujeme spolu 2642 pozitívnych kolonoskopií, pričom 1634 (61,8 %) z nich malo vykázanú zároveň endoskopickú resekciu polypu. Z celkového počtu 159 ambulancií realizovalo aspoň jednu pozitívnu kolonoskopiu 102 ambulancií (64,2 %). Pozitívnych skriningových kolonoskopií bolo 1466 (55,5 % všetkých pozitívnych kolonoskopií) a boli vykázané na 64 ambulanciách. Medzi jednotlivými gastroenterologickými ambulanciami bola výrazná variabilita: endoskopickú resekciu polypov pri indexovej pozitívnej kolonoskopii vykonalo vo viac ako 90 % 21 ambulancií, na druhej strane 19 ambulancií nevykonalo endoskopickú resekciu pri žiadnej pozitívnej kolonoskopii.

Záver: Pozorovali sme významnú variabilitu medzi ambulanciami vo vykonávaní endoskopickej resekcie polypu pri pozitívnej kolonoskopii. Po konzultáciách s odbornou spoločnosťou si od októbra 2023 ambulantní gastroenterológovia môžu zvoliť voliteľné hodnotiace kritérium kvality zamerané na podiel pozitívnych kolonoskopií s okamžitou resekciou.

14. PANKREATICKÝ ASCITES

Balog R., Shon F.

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s., Česká republika

Cíl: Nasledující kazuistika představí diagnostiku a léčbu pacienta s pankreatickým ascitem

Úvod: Chronická pankreatitida je onemocněním charakterizované zánětlivým postižením pankreatu vedoucím k destrukci tkáně a atrofii žlázy. Pankreatický ascites provází chronickou pankreatitidu jako komplikace mající příčinu buď v porušené integritě pankreatického vývodu nebo souvisí s pankreatickým cystoidem.

Vlastní text: 59letý pacient s anamnézou pravidelné konzumace alkoholu byl recentně hospitalizován na gastroenterologickém oddělení pro komplikovanou exacerbaci chronické pankreatitidy s vícečetnými pseudocystami. Při plánované kontrole po CT vyšetření s měsíčním odstupem po hospitalizaci byl u pacienta nově přítomen tenzní ascites, zároveň ale došlo dle CT k částečné regresi pankreatických pseudocyst. Biochemická analýza punktované ascitické tekutiny svědčila pro pankreatický ascites. Následně provedené ERCP prokázalo disrupci Wirsungova vývodu na přechodu hlavy a těla pankreatu, kontrastní látkou se plnil systém pseudocyst, které pravděpodobně komunikovaly s volnou dutinou břišní. Při vyšetření se nedařilo zavést vodič, až do oblasti ocasu pankreatu. Zaveden byl pouze krátký pankreatický stent do oblasti disrupce. Pacient byl za hospitalizace dále nutričně připravován na eventuální chirurgický výkon při nemožnosti endoskopické derivace. Kromě toho byl při konzervativním postupu podáván somatostatin, parenterální výživa, prováděny opakované paracentézy. Během konzervativního řešení se stav nemocného zlepšil. Kontrolní CT ukázalo regresi pseudocyst a ascitu. Další pokus o ERCP byl úspěšný se zavedením pankreatického stentu až do ocasu pankreatu. Při kontrolním UZ břicha byl pacient zcela bez ascitu..

Závěr: Při vzniku ascitu je vždy nutné pátrat po etiologii. Pankreatický ascites je méně častou komplikací chronické pankreatitidy. Konzervativní léčba spočívá v parenterální výživě, podávání somatostatinu nebo jeho analog a opakovaných paracentézách. Intervenční léčba je endoskopická a chirurgická. Uvedená kazuistika popisuje případ, kdy konzervativní léčba včetně podávání somatostatinu ve spolupráci s endoskopickou léčbou vedla u pacienta k úspěšnému vymizení pankreatického ascitu bez nutnosti podstoupit chirurgický výkon s resekci části pankreatu, který by pro pacienta představoval vysoké riziko.

17. KORELACE ENDOSKOPIE A RADIOLOGICKÝCH METOD V HODNOCENÍ TRANSMURÁLNÍ AKTIVITY U CROHNOVY NEMOCI – VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

L. Prokopová¹, V. Válek Jr.², D. Bartušek², V. Zbořil¹, P. Kavříková¹, J. Hustý², Š. Konečný¹, K. Poredská¹

¹Centrum pro IBD a biologickou léčbu Interní-gastroenterologická klinika FNB+MU Brno, Česká republika

²Klinika radiologie a nukleární medicíny FNB+MU Brno, Česká republika

Úvod: STRIDE I/II konsensus doporučuje hodnotit aktivitu a léčebnou odpověď u Crohnovy nemoci (CN) standardně ileokolonoskopií. Radiologickými metodami hodnocená transmurnální aktivita a hojení je doplňkovým, nikoli formálním cílem léčby. V poslední době se objevuje řada prací, které ukazují, že se terapeutické cíle u CN vyvíjejí. Navrhují jako prediktor a terapeutický cíl, který může zlepšit prognózu pacientů s CN, hodnotit i transmurnální aktivitu a hojení pomocí radiologických zobrazovacích metod (UZV,MR). Optimální kritéria pro kvantifikaci transmurnální aktivity a hojení dosud nebyla EB definována. Radiologické metody je možné při absenci ionizující záření opakovat i u mladších pacientů a obrazit úseky střeva, které nejsou endoskopicky dosažitelné.

Cíl: Korelace hodnocení endoskopické aktivity (SES-CD = Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease: (střední až těžká aktivita SES-CD multisegmentárně ≥ 7 nebo v 1 segmentu SES-CD 2-3, mírná aktivita SES-CD multisegmentárně ≤ 6 nebo 1 segment SES-CD ≤ 1) a radiologických metod (UZV-ztlustění stěny,mesenterální tuk,vaskularizace, uzliny/Limberg skóre v klinické praxi nehodnoceno, MRe –MaRIA = Magnetic Resonance Index of Activity, aktivita ≥ 7 , těžká aktivita ≥ 11).

Metodika: Retrospektivní studie, 2020-2022 FNB. 43 pacientů s CN ≥ 18 let, 18 mužů (42%) a 25 žen (58%). Průměrný věk muži 35,8, ženy 31,6. S odstupem < 8 týdnů, $\emptyset$ 12 dní, provedena ileokoloskopie, UZV, MR. Hodnocení aktivity příslušný specialista vždy zaslepeně: 1)endoskopie, 2)UZV, 3)MRe. Všechny metody hodnotily 6 segmentů: tenké střevo, caecum a ascendens, transversum, descendens, sigma, rektum. Posouzení statistické významnosti ($p < 0,001$) hodnocení transmurnální aktivity CN pomocí závěrečné korelace těchto metod.

Výsledky: Korelace endoskopie (e) a radiologických metod: 1) středně těžká až těžká aktivita CN (e) sumárně: senzitivita UZV 88% ($p < 0,001$), MRe 90% ($p < 0,001$), specifita UZV 87%, MRe 91 %. Korelace izolovaně pro tenké střevo: senzitivita UZV 86% ($p < 0,001$), MRe 95% ($p < 0,001$), specifita UZV 50%, MRe 60%. Korelace izolovaně pro kolon: senzitivita UZV 89% ($p < 0,001$), MRe 83% ($p < 0,001$), specifita UZV 92%, MRe 95%. 2) mírná aktivita CN (e) sumárně: senzitivita UZV 58% ($p < 0,001$), MRe 33% ($p < 0,001$), specifita UZV 92%, MRe 94%. Korelace izolovaně pro tenké střevo: senzitivita UZV 80% bez statistické významnosti, MRe 67% ($p < 0,001$), specifita UZV 81%, MRe 64%. Korelace izolovaně pro kolon: senzitivita UZV 67% ($p < 0,001$), MRe 22% ($p < 0,001$), specifita UZV 96%, MRe 97%.

Závěr: Výsledky potvrzují statisticky významnou korelaci ileokoloskopie a radiologických metod sumárně při střední až těžké aktivitě CN pro všechny vyšetřené segmenty. MRe je očekávaně vysoce spolehlivé a mělo by být zahrnuto standardně do hodnocení střední-těžké aktivní CN, zejména úseků nedostupných endoskopií a/nebo při komplikacích. Při mírně aktivitě CN na tenkém střevě je korelace statisticky významná pro MRe, nikoli pro UZV. Při mírně aktivitě na kolon je spolehlivost korelace s UZV statisticky významná, u MRe nebyla potvrzena. Problematickou částí MRe je při použití MaRIA nadhodnocení bodů při

průkazu ulcerací. K potvrzení ulcerací potřebujeme při MRe dostatečnou distenzi kličky perorální kontrastní látkou, která nebývá u pacientů s těžkou aktivitou CN (včetně komplikací) tolerována (podle některých studií je senzitivita detekce ulcerací 20-90%!). Další slabou stránkou MaRIA je nezohlednění přítomnosti závažných komplikací (fistulace, abscesy). V naší studii jsme tyto komplikace přiřadili k hodnocení MaRIA. V současné době, v klinické praxi radiologického hodnocení aktivity CN není poměrně komplikované MaRIA rutinně používáno. K posouzení transmurální aktivity a hojení, včetně rizika progresu strukturálních změn u CN, je na základě našich zkušeností před a po terapeutické intervenci, optimální korelace endoskopie s MRe, zejména při CN tenkého střeva a ileokolické oblasti. Ve velkých IBD centrech dostupnost MRe nepřesahuje 4 měsíce, což je z praktického hlediska i s ohledem na potenciální délku nástupu efektu imunomodulační (včetně biologické) léčby interval dostatečný. V úvodu diagnostiky CN lze MRe provést po dohodě s radiologem do 10-ti dnů v rámci hospitalizace. Naopak UZV je 24 hodin dostupná, expert dependentní metoda, která umožňuje rychlou orientaci ve vývoji CN a rizika komplikací.

18. MOŽNOSTI DETEKČIE A KVANTIFIKÁCIE DAO V LAMINA PROPRIA DUODENA V PRÍPADOCH SUSP. HIT

Zuzana Betáková

Nemocnica s poliklinikou Ilava, Slovensko

Úvod: Metodika, vizualizácia a kvantifikácia aktivity DAO v natívnej duodenálnej sliznici s použitím semikvantitatívneho hodnotenia pri diagnostike histamínovej intolerancie (HIT).

Metodika: Enzymová (katalytická) histochemia sa zaoberá priamou diagnostikou enzymovej aktivity sliznice tenkého čreva. Predpokladom korektného výstupu je dodržania základných a nevyhnutných podmienok pre adekvátnu reakciu vyšetrovaného enzýmu.

Stanovovaný enzým (DAO) v optimálnych podmienkach pH prostredia a teploty reaguje so špecifickým substrátom, ktorého štiepny produkt kontrastného sfarbenia je možno identifikovať v prostredí svetelnej mikroskopie.

Výsledky: Budú prezentované formou mikroskopických obrázkov.

Záver: Katalytická histochemia je nastavbovým vyšetrením, ktoré v súčinnosti s histologickým vyšetrením dáva gastroenterológovi komplexnejší pohľad na funkčnosť (vstrebateľnosť základných zložiek potravy) tráviaceho traktu.

Prezentovaná metodika predstavuje v dostupných možnostiach diagnostiky HIT jednu z ciest ku korektnej diagnóze.

19. ANALÝZA RIZIKOVÝCH FAKTOROV U PACIENTOV S KOLOREKTÁLNYM KARCINÓMOM

M. Tkáčik

Gastroenterologická ambulancia Nemocnica s poliklinikou Brezno, n. o., Slovensko

Úvod: Kolorektálny karcinóm predstavuje jedno z najčastejšie sa vyskytujúcich onkologických ochorení a Slovensko patrí medzi krajiny s najvyšším výskytom ochorenia na svete. Incidencia aj prevalencia tohto ochorenia u nás neustále stúpa napriek skriningovo vykonávaným testom na okultné krvácanie v stolici. Jednoznačná príčina vzniku kolorektálneho karcinómu nie je doposiaľ známa, ide o tzv. multifaktoriálne ochorenie. Pomerne presne však poznáme rizikové faktory vzniku tohto ochorenia, ktoré delíme na endogénne a exogénne. Medzi endogénne faktory patrí postupný prechod od benígneho polypu až po nádor, familiárna adenomatózna polypóza (FAP), Turcotov syndróm, Gardnerov syndróm, Peutzov-Jeghersov syndróm či Lynchov syndróm. Medzi exogénne faktory zaraďujeme predovšetkým sedavý životný štýl a nesprávne stravovacie návyky. Príjem vysokokalorických jedál, nadmerný konzum mäsových výrobkov, alkoholu, minimum vlákniny a fyzickej aktivity či fajčenie sa významnou mierou spolupodieľajú na zvýšení rizika vzniku kolorektálneho karcinómu.

Vlastný súbor pacientov: Na základe retrospektívnej analýzy sme zisťovali rizikové faktory u pacientov u ktorých sme pomocou kolonoskopie diagnostikovali nádor rekta alebo hrubého čreva. Jedná sa o 52 pacientov z obdobia 2022 a prvý polrok 2023, z toho 36 bolo mužov (69,23%) a 16 žien (30,77%). Fajčiarov bolo 26 (t.j. 50%), nadmernú spotrebu alkoholu priznalo alebo sme zistili v zdravotnej dokumentácii u 22 pacientov (42,31%), diabetes mellitus malo diagnostikovaných 5 pacientov (9,62%). Nezdravý životný štýl je pomerne ťažko objektívne posúdiť, na základe odobratej anamnézy až 31 pacientov (59,62%) udávala nízku fyzickú aktivitu, 41 pacientov (78,85%) nesprávne stravovacie návyky (vysoký podiel mäsa a mäsových výrobkov, nepravidelné stravovanie, sladené a energetické nápoje). 36 pacientov (69,23%) priznalo nesprávne defekčné návyky najmä v súvislosti so stresom - zadržiavanie stolice a následnú obstipáciu. Polypy hrubého čreva boli predtým zistené u viacerých pacientov, niektorí však boli v minulosti sledovaní aj na iných ambulanciách, kde im boli väčšinou úspešne odstránené polypektómiou. Celkovo však polypy v hrubom čreve malo predtým 12 pacientov (23,08%), u 9 sa polypy nachádzali v ľavej časti hrubého čreva (colon sigmoideum alebo descendens), u ďalších troch to boli polypy na viacerých miestach hrubého čreva. Histologicky sa jednalo o prevažne hyperplastické polypy, u 7 z nich boli popisované aj dysplastické zmeny rôzneho stupňa, väčšinou mierne. Nie všetci pacienti po polypektómii sa pravidelne zúčastnili kontrolnej kolonoskopie. Ich neúčast bola spätne zdôvodnená najmä nepríjemnými pocitmi počas vyšetrenia, ako aj nepríjemnou prípravou na samotné vyšetrenie. Niektorí pacienti sa u gastroenterológa neobjavili dlhú dobu, odoslani boli až po pár rokoch po absolvovaní testu na okultné krvácanie. Z uvedeného vyplýva, že najlepšou prevenciou polypov ako prekancerózy a samotného kolorektálneho karcinómu je absolvovanie kolonoskopie s následnou polypektómiou a pravidelným sledovaním u gastroenterológa, čo je však mimoriadne finančne nákladné pre celú spoločnosť.

Záver: V našom súbore pacientov sme sa pokúsili o analýzu rizikových faktorov pre vznik kolorektálneho karcinómu u pacientov u ktorých sme kolonoskopicky diagnostikovali dané ochorenie. Najväčší podiel z exogénnych faktorov mala najmä strava s nadmerným obsahom mäsa a nezdravý životný štýl, ktorý zahŕňal nepravidelné stravovanie, nadmerný stres,

poruchy vyprázdňovania, fajčenie a vysoká spotreba alkoholu. Všetky tieto údaje nemohli byť kvantitatívne objektívne verifikované, napriek tomu potvrdzujú všeobecne dostupné dáta o rizikových faktoroch. Z endogénnych faktorov sú významné najmä polypy hrubého čreva a rekta, ktoré sa predtým v minulosti vyskytli u takmer štvrtiny pacientov. Dôležité je hlavne ich histologické hodnotenie, najmä stupeň dysplázie, následne ich úplné odstránenie a pravidelné sledovanie. Napriek poučeniu o nutnosti sledovania polypov sa mnohí pacienti u gastroenterológa neobjavili, čím sa dobrovoľne vystavili riziku vzniku kolorektálneho karcinómu.

Diskusia: Táto analýza sa snaží poukázať na rizikové faktory vzniku kolorektálneho karcinómu a ich vzájomný podiel na vzniku a vývoji nádoru. Objektívne bolo možné posúdiť polypy, ich histologické hodnotenie a možný vplyv na vznik nádoru. Naopak exogénne faktory nebolo možné objektívne ani kvantitatívne verifikovať, bolo nutné spoliehať sa na ochotu pacientov pravdivo odpovedať na otázky lekára, čo môžeme hodnotiť ako limitujúci faktor. Napriek všetkým výzvam tejto analýzy je možné spoľahlivo konštatovať že kolorektálny karcinóm je multifaktoriálne ochorenie a na jeho vznik je potrebných viacero faktorov. Pre ďalšie analýzy budú nutné mnohé klinické štúdie, genetické vyšetrenia, prípadne hľadanie nového onkomarkera ktorý by významne zjednodušil populačný skrining tohto nádoru.

ABSTRAKTY PREDNÁŠOK

IMUNOCHEMICKÉ TESTY NA OKULTNÍ KRVÁCENÍ V ČESKÉ REPUBLICE – JDEME SPRÁVNÝM SMĚREM?

Petr Kocna

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

Kolorektální karcinom (KRCA), představuje vážné zdravotní riziko pro evropskou populaci a členské státy Evropské unie implementují populační programy prevence zhoubných nádorů dle doporučení Rady Evropské unie. Screening kolorektálního karcinomu (KRCA) má v České republice dlouhou tradici. V letech 1979–1984 byly provedeny pilotní studie s guajakovým testem na okultní krvácení ve stolici (gTOKS), na jejichž základě byl vytvořen národní program screeningu KRCA. Národní program screeningu byl zahájen 1.7.2000 a Česká republika se stala v celosvětovém měřítku druhou zemí, v níž byl takový program přijat. Screening KRCA se od ledna 2014 stává populačním screeningem a pro detekci okultního krvácení byly zvoleny imunochemické testy (FIT), kvantitativní – rapid testy se značně rozdílnou senzitivitou nebo testy laboratorní – kvalitativní. Analýza provedená v roce 2018 prokázala značnou variabilitu pozitivitu FIT v jednotlivých krajích České republiky v rozmezí 4 – 14%. Rozhodnutím Rady pro screening kolorektálního karcinomu MZČR je pro screening KRCA od roku 2020 vyžadována pouze kvantitativní analýza hemoglobinu ve stolici na analyzátoch laboratorních a POCT u praktických lékařů. Kvantitativní FIT pro okultní krvácení je v současné době optimálním primárním testem pro screening KRCA a dosavadní důkazy naznačují, že okultní krvácení testované pomocí FIT zůstane nejlepším testem pro populační screening KRCA v příštím desetiletí. Citlivost testu (cut-off) je nyní u nás nastavena na 15 µg/g stolice a zvažujeme variabilní nastavení v závislosti na používaných analyzátoch. Od letošního roku zvyšujeme požadavek na externí kontrolu kvality (EQA) s maximální povolenou variabilitou do 25%. Technologie FIT analýzy se liší u jednotlivých výrobců a výsledky FIT nejsou přenositelné. Situace v České republice je velmi podobná německé, kde pro soubor 2.8 milionů FIT 12 různých výrobců byl nastaven individuální cut-off pro jednotlivé analyzátory v rozmezí 4-24 µg/g stolice. Další perspektivou je personalizace populačního screeningu, protože kvantitativní FIT nabízí významnou možnost zahrnout do algoritmu KRCA screeningu hodnoty FIT ve vztahu k věku, pohlaví, anamnéze, životnímu stylu a rizikovým onemocněním.

BILIÁRNÍ KOMPLIKACE PO TRANSPLANTACI JATER A EFEKT LETMÉHO STENTU

Alžběta Hujová¹, Istvan Modos², Jana Jarošová¹, Peter Mačinga¹, Pavel Taimr¹, Jiří Froněk³, Julius Špičák¹, Tomáš Huc¹

¹*Institut klinické a experimentální medicíny, Klinika hepatogastroenterologie, Praha, Česká republika*

²*Institut klinické a experimentální medicíny, Oddělení datového centra a Oddělení datových analýz, Praha, Česká republika*

³*Institut klinické a experimentální medicíny, Klinika transplantační chirurgie, Praha, Česká republika*

Cíl: Cílem naší studie bylo v dlouhodobém sledování zhodnotit výskyt biliárních komplikací po transplantaci jater, rizikové faktory a vliv na celkovou mortalitu a selhání funkce štěpu. Specificky jsme se zaměřili na efekt letmého stentu jako možnou prevenci vzniku biliárních komplikací s důrazem na skupinu pacientů s primární sklerozující cholangitidou (PSC).

Úvod: Biliární komplikace po transplantaci jater jsou častou komplikací s vysokou morbiditou, s vysokým rizikem selhání funkce štěpu a až 10% mortalitou. Letmé stenty využívané při rekonstrukci biliární anastomózy jsou v řadě prací spojovány se snížením rizika vzniku biliárních komplikací u pacientů s malým obvodem žlučových cest, nicméně data v literatuře nejsou jednoznačná.

Metodika: V našem centru byla provedena retrospektivní analýza lékařských záznamů všech pacientů, kteří podstoupili transplantaci jater mezi lety 2005 až 2021.

Výsledky: Ve sledovaném období byla provedena transplantace jater u 1447 pacientů (1555 transplantací), z toho soubor pacientů tvořili ze 60% muži s minimální dobou sledování jednoho roku. 459 pacientů (29%), kteří měli průměr choledochu dárce a/nebo příjemce menší než 6 mm, byli indikováni k perioperačnímu zavedení letmého stentu. V daném období byl výskyt biliárních komplikací obdobný mezi pacienty s letmými stenty a kontrolní skupinou (22,81% vs. 22,27%, $p = 0,8$). Výskyt biliárních komplikací byl celkově nižší u pacientů s PSC ($p = 0,011$). Dlouhodobé přežívání štěpu bylo významně nižší u pacientů s biliárními komplikacemi nezávisle na přítomnosti letmých stentů ($p < 0,01$), celková mortalita se mezi skupinami daných pacientů významně nelišila ($p = 0,3$). Trombóza arteria hepatica byla v multivariantní analýze shledána jako významný rizikový faktor spojený se vznikem biliárních komplikací ($p < 0,001$).

Závěr: Biliární komplikace se u pacientů s letmými stenty vyskytovaly stejně často jako u pacientů bez biliárních stentů, poukazující na možný protektivní vliv u rizikové skupiny pacientů s malým obvodem žlučových cest. Celková mortalita pacientů byla v dlouhodobém sledování ve skupinách bez většího rozdílu, zatímco riziko selhání funkce štěpu bylo významně vyšší u pacientů s biliárními komplikacemi nezávisle na přítomnosti letmého stentu.

ENDOLUMINÁLNÍ RADIOFREKVENČNÍ ABLACE U PACIENTŮ S MALIGNÍ BILIÁRNÍ OBSTRUKCÍ: RANDOMIZOVANÁ STUDIE

Jana Jarosova¹, Lea Zarivnijova², Ivana Cibulkova³, Jan Mares⁴, Peter Macinga¹, Alzbeta Hujova¹, Premysl Falt², Ondrej Urban², Jan Hajer³, Julius Spicak¹, Tomas Huc¹

¹Klinika hepatogastroenterologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha, Česká republika

²II. Interní klinika – gastroenterologická a geriatrická, Fakultní nemocnice Olomouc, Olomouc, Česká republika

³Interní klinika 3.LF a Univerzity Karlovy, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha, Česká republika

⁴Oddělení datových analýz, statistik a umělé inteligence OI, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha, Česká republika

Úvod: Endoluminální radiofrekvenční ablace (RFA) je lokálně působící endoskopická metoda, která se v poslední době začíná uplatňovat v paliativní péči u pacientů s holangiocelulárním karcinomem (CCC) a adenokarcinomem pankreatu (PC), jejíž cílem je prodloužit dobu přežití a zlepšit zajištění biliární drenáže.

Metodika: V randomizované kontrolované studii jsme u pacientů s maligní biliární obstrukcí porovnávali endoluminální RFA a zavedení stentu se zavedením stentu (kontrolní skupina); primárně byly zaváděny metalické stenty.

Cíle: Primárním výstupem studie byla analýza celkového přežití pacientů. Sekundárním výstupem byla analýza průchodnosti stentu, kvality života a incidence nežádoucích příhod.

Výsledky: Celkem bylo ve studii zařazeno 161 pacientů (muži:ženy 90:71, průměrný věk 71±9 let). Randomizováno bylo 85 pacientů s CCC (73 hilový, 12 distální) a 76 s PC. V obou podskupinách nebyl rozdíl v přežití: u pacientů s CCC byl medián přežití 10,5 měsíce (95% CI 6,7 až 18,3) ve skupině s RFA oproti 10,6 měsíce (95% CI 9,0 až 24,8), $p=0,58$) v kontrolní skupině. V podskupině s PC byl medián přežití 6,4 měsíce (95% CI 4,3 až 9,7) u RFA vs 7,7 měsíce (95% CI 5,6 až 11,3), $p=0,73$) u kontrolní skupiny. Ve skupině RFA nebyl pozorován žádný přínos, pokud jde o průchodnost stentů (ve 12 měsících 40 % vs 36 % u CCA a 66 % vs 65 % u PDAC), a kvalita života byla mezi skupinami srovnatelná. Nežádoucí příhody se vyskytly u sedmi pacientů v každé skupině.

Závěr: Kombinace endoluminální RFA a zavedení stentu neměla lepší výsledky než zavedení samotného stentu na prodloužení doby přežití nebo zlepšení průchodnosti stentu u pacientů s maligní biliární obstrukcí.

ENDOSKOPICKÁ TRANSMURÁLNÍ RESEKCE (ENDOSCOPIC FULL-THICKNESS RESECTION, EFTR) V TERAPII KOLOREKTÁLNÍ NEOPLÁZIE, EFEKTIVITA A BEZPEČNOST

Brodyuk N.¹, Falt P.², Urban O.², Suchánek Š.¹

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

²Fakultní nemocnice Olomouc, II. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická, Česká republika

Úvod: Endoskopická transmurální resekce (EFTR) se ukázala jako účinná především pro léčbu benigních lézí s non-lifting příznakem, lokalizovaných v ústí apendixu či divertiklu. Dle platných guidelines je EFTR také doporučována u T1 kolorektálního karcinomu s nízkorizikovými histologickými charakteristikami (low-risk).

Cíl: Hodnocení úspěšnosti a efektivity metody EFTR v terapii kolorektální neoplázie: technický úspěch, délka výkonu, R0-resektace, komplikace.

Metodika: V letech 2018-2022 bylo na dvou endoskopických pracovištích (Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha a Fakultní nemocnici Olomouc) v rámci prospektivní randomizované studie vyšetřeno metodou EFTR 40 pacientů (věk 26–91 let, věkový průměr 66 let).

Výsledek: Mezi indikacemi k terapeutickému výkonu dominoval suspektní T1 karcinom (21 osob, 52,5 %), dále nativní adenom s non-lifting příznakem u 8 osob (20,0 %) a lokální reziduální neoplázie u 7 osob (17,5 %). 67,5 % lézí bylo lokalizováno v tračniku, 32,5 % v rektu. Průměrná velikost lézí byla 18 mm (min-max. 10-30 mm). Technický úspěch byl dosažen u 35 osob (87,5 %). Délka výkonu v minutách byla v průměru 40 (min-max 20-111). R0 bylo dosaženo u 32 pacientů (80,0 %). Dle histopatologického vyšetření se jednalo o benigní léze ve 46,2 %, o maligní léze v 53,8 %. Bylo odstraněno 21 lézí susp s T1 karcinomu, histopatologicky potvrzeno 15 (71,5 %) maligních lézí se sm invazi, kurativní resekci splňovalo 7 (33,3 %) lézí. Ke komplikacím během výkonu došlo u 3 pacientů (7,5 %; 2 perforace, 1 krvácení). Komplikace byly řešeny endoskopicky.

Závěr: Endoskopická transmurální resekce (EFTR) je účinná a bezpečná v terapii kolorektální neoplázie, může být použita pro kurativní resekci časného karcinomu s low-risk histologickými charakteristikami.

Klíčová slova: Endoskopická transmurální resekce, Endoscopic full-thickness resection, EFTR, kolorektální neoplázie.

Podpořeno grantem MO1012, COOPERATIO. Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. NU22-08-00424.

ANALÝZA ŽLUČOVÝCH KYSELIN VE SLINÁCH JAKO NEINVAZIVNÍ DIAGNOSTIKA BARRETTOVA JÍCNU

Konečný Š.¹, Dolina J.¹, Dosedělová V.², Laštovičková M.², Kubán P.²

¹*Interní gastroenterologická klinika, Fakultní nemocnice Brno a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno, Česká republika*

²*Ústav analytické chemie Akademie věd ČR, Brno, Česká republika*

Cíl: Vývoj metodiky analýzy žlučových kyselin ve slinách a její možnosti využití pro neinvazivní diagnostiku Barrettova jícnu.

Úvod: Barrettův jícen (BE) je závažnou komplikací refluxní nemoci jícnu a hlavním rizikovým faktorem pro rozvoj adenokarcinomu jícnu. Diagnostika BE v současnosti zahrnuje invazivní endoskopii s odběrem biptických vzorků a histologickým vyšetřením. Žlučové kyseliny jsou nezbytné pro trávení lipidů v tenkém střevě, avšak díky svým detergentním vlastnostem jsou ve vysokých koncentracích toxické a přispívají k progresi gastroezofageální refluxní choroby do BE.

Soubor a metodika: Vzorky slin byly odebrány 10 pacientům s BE a 10 zdravým dobrovolníkům, následně byla provedena extrakce na pevné fázi (C18) pro purifikaci vzorku a obohacení žlučových kyselin. Pro kvantifikaci nekonjugovaných a glycinem konjugovaných žlučových kyselin byla vyvinuta citlivá metoda ultravysokoúčinné kapalinové chromatografie s hmotnostní spektrometrií (UHPLC-MS).

Výsledky: Bylo zjištěno, že hladiny žlučových kyselin byly významně vyšší ($p < 0,05$) ve slinách pacientů s BE ve srovnání se zdravými dobrovolníky. Navíc byla metoda UHPLC – MS s vysokým rozlišením využita pro zkoumání fragmentace žlučových kyselin, což vedlo k identifikaci žlučových kyselin konjugovaných s taurinem ve slinách zdravých dobrovolníků.

Závěr: Žlučové kyseliny ve slinách mohou sloužit jako možný neinvazivní biomarker v diagnostice BE. Je zapotřebí dalších klinických studií k analýze žlučových kyselin konjugovaných s taurinem, které by potvrdily naše počáteční zjištění.

Tato práce byla podpořena grantem Ministerstva zdravotnictví ČR (č. grantu NU23-08-00303) a institucionální podporu RVO: 68081715.

TEDUGLUTIDE V LIEČBE SYNDRÓMU KRÁTKEHO ČREVA – VÝSLEDKY MULTICENTRICKEJ EPIDEMIOLOGICKEJ ŠTÚDIE NA SLOVENSKU

Laura Gombošová¹, Martina Ondrušová², Juraj Krivuš³, Jana Šprláková⁴, Jarmila Hornová⁵, Barbora Norek⁶, Andrea Fojtová⁷, Iveta Valachová⁸, Zuzana Havlíčková⁹

¹II.interná klinika UNLP a LF UPJŠ, Univerzitná nemocnica L.Pasteura, Košice, Slovensko

²Pharm-In, s.r.o. Slovakia, Pharm In, Bratislava, Slovensko

³Interná klinika, Univerzitná nemocnica, Martin, Slovensko

⁴Pediatrická gastroenterológia, Detská fakultná nemocnica, Košice, Slovensko

⁵Pediatrická gastroenterológia a výživa, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovensko

⁶Gastroenterologická klinika, UNBA, Bratislava, Slovensko

⁷Gastroenterologická klinika, UNBA, Bratislava, Slovensko

⁸Pediatrická gastroenterológia, GEA, Banská Bystrica, Slovensko

⁹Pediatrická gastroenterológia, Univerzitná nemocnica, Martin, Slovensko

Ciel: Predkladáme retrospektívnu analytickú epidemiologickú crossover štúdiu, ktorá hodnotí zmeny vybraných zdravotných ukazovateľov u pacientov so syndrómom krátkeho čreva (SBS) pred a po liečbe teduglutidom (TED). Teduglutide je GLP 2 analóg, ktorý je registrovaný na liečbu SBS, s cieľom redukcie objemu až odpojenia od domácej parenterálnej výživy.

Metódy: Tieto predbežné výsledky vychádzajú zo zdravotnej dokumentácie zo všetkých gastroenterologických a pediatrických zariadení na Slovensku, ktoré mali vo svojej ambulancii pacientov so SBS na liečbe TED. Výsledky sa zbierali pred a po zavedení TED.

Výsledky: Do štúdie bolo zahrnutých 16 pacientov liečených TED, 7 detí a 9 dospelých. Po liečbe TED boli 3 deti (42,86 %) a 4 dospelí (50 %) ukončili parenterálnu výživu (PV), časový medián 1,07 (IQR=NA) a 0,87 (IQR 0,38-0,99) rokov v uvedenom poradí (jeden dospelý pacient, ktorý začal liečbu TED 1 rok po ukončení PV z dôvodu straty centrálnych venózných portov, nie je priložený). V špecifikovanom období približne 6 mesiacov na TED jeden dospelý pacient odstavil PN a u ostatných pacientov bolo viditeľné zníženie počtu katérových dní za týždeň u oboch detí (medián -42,86 %; IQR 0-0, 59) a dospelí (medián -57,14 %; IQR 0,5-0,79). Bol prítomný aj nárast hmotnosti: deti +5,45 % (IQR 1,01-1,13), dospelí +6,76 % (IQR 0,97-1,15); a zníženie počtu stolíc za deň: deti -58,33% (IQR 0,43-0,73), dospelí -62,50% (IQR 0,5-0,8).

Záver: Liečba TED u SBS pacientov vedie k výraznému zníženiu až ukončeniu PV, k zníženiu počtu stolíc za deň a zvýšeniu hmotnosti u detí aj dospelých pacientov. Počas liečby sa nevyskytli žiadne závažné nežiaduce udalosti.

GASTROINTESTINÁLNE PREJAVY AUTOINFLAMATÓRNYCH OCHORENÍ

Havlíčková Z., Michnová Z., Jeseňák M., Jurková Malicherová E., Bánovčin P.

Klinika detí a dorastu, Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine a Univerzitná nemocnica Martin

Autoinflamačné (autozápalové) ochorenia sú skupina zriedkavých, geneticky determinovaných ochorení charakterizovaných spontánnou rekurentnou hyperaktiváciou mechanizmov vrodenej imunity pri absencii infekčných alebo autoimúnnych príčin. Ochorenia sú charakterizované rekurentnými, niekoľko dní až týždňov trvajúcimi epizódami febrílií, spojených s eleváciou reaktantov akútnej fázy a variabilnými klinickými prejavmi, ktoré sa menia v závislosti od ochorenia (slizničné, kožné, serózne, osteoartikulárne). Gastrointestinálna symptomatológia patrí po febríliách k najčastejším klinickým prejavom. V klinickej praxi sa najčastejšie stretávame s pacientami s Familiárnou stredomorskou horúčkou, ktorá je najčastejším monogénovým autoinflamačným ochorením. Gastrointestinálne prejavy môžeme u týchto pacientov rozdeliť do niekoľkých skupín: 1. peritonitída a asociované prejavy (subileózny až ileózny stav, hnačky), 2. ochorenia prebiehajúce pod obrazom funkčných ochorení gastrointestinálneho traktu, 3. klinické prejavy asociované s amyloidózou, 4. gastrointestinálne slizničné posihnutie bez amyloidózy (kolitída, aftózna gastroduodenitída, perianálne postihnutie), 5. hepatobiliráne prejavy. Aktuálne poznatky však naznačujú, že koncept autoinflamácie sa môže uplatňovať aj v etiopatogenéze „klasických“, autoimunitných ochorení, napr. nešpecifické črevné zápalové ochorenia.

Autori prezentujú aktuálne poznatky o gastrointestinálnych prejavoch autoinflamačných ochorení.

ERADICAČNÍ REŽIMY INFEKCE *HELICOBACTER PYLORI* – ČESKÁ DATA Z HP-EUREG

Křivinka J., Kunovský L., Vaculová J., Král J., Hrubá S., Šembera Š., Tachecí I., Čavajdová P., Vašura A., Blaho M., Koňářiková P., Evinová E., Langner J., Vacková Z., Friedlová N., Přidal D., Sychra P., Mégraud F., O'Morain C., Nyssen O., Gisbert J.

II. Interní klinika- gastroenterologická a geriatrická, Fakultní nemocnice Olomouc, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Helicobacter pylori (*H. pylori*) je gramnegativní bakterie kolonizující žaludeční sliznici. Spolupodílí se na vzniku chronické gastritidy, peptických žaludečních a duodenálních vředů, MALT-lymfomu a také má prokázaný vliv na vznik karcinomu žaludku.

Infekci *H. pylori* lze diagnostikovat pomocí fokálních a globálních testů. Při eradikaci *H. pylori* se nejčastěji užívá dvojkombinace antibiotik (penicilinová antibiotika v kombinaci s klarithromycinem) s inhibitory protonové pumpy. Při neúspěšnosti první eradikační linie se užívají jiná antibiotika do kombinace jako např. metronidazol, ofloxacin nebo lék Pylera (bismut + 2 ATB), který ovšem není volně prodejný v ČR. Po eradikaci léčbě *H. pylori* se následně provádí kontrola úspěšnosti eradikace.

Údaje stran diagnostiky, eradikace a vyhodnocení její úspěšnosti je zadáváno do mezinárodního evropského registru (European registry on the management of *Helicobacter pylori* infection – Hp-EuReg). V ČR jsou data nyní zadávána celkem z 16 center, kdy již do registru bylo zadáno přes 600 pacientů.

Cílem této přednášky je z tohoto registru zjištění úspěšnosti eradikačních režimů v ČR, včetně délky samotné léčby.

EUS – SWE PANKREATU-NOVÁ METODA MĚŘENÍ STUPNĚ ELASTICITY TKÁNĚ PANKREATU

Tomáš Krehler, Pavel Hrabák

4. interní klinika VFN a 1. LF UK Praha, Česká republika

Úvod a cíle: SWE (shear wave elastography -elastografie pomocí střížných vln) je ultrasonografickou metodou, umožňující kvantifikovat elasticitu cílové tkáně. Transabdominální SWE je využívána s výbornými výsledky v hodnocení jaterní elasticity. Díky moderním přístrojům, umožňujícím endosonograficky (EUS) navigovanou SWE pankreatu, se ukazuje slibný potenciál této metody v diagnostice patologií pankreatu.

Cílem naší pilotní studie bylo zavedení metodiky EUS-SWE a porovnání naměřené hodnoty u pacientů s fyziologickým EUS obrazem pankreatu s pacienty, kteří na základě Rosemontských kritérií budí podezření („suggestive for“) na chronickou pankreatitidu, pacienti se serózními adenomy a prostými cystami.

Soubor a metodika: V rámci klinicky indikovaného diagnostického EUS vyšetření bylo provedeno měření SWE pankreatu. V období květen 2023–červenec 2023 bylo provedeno vyšetření SWE-EUS u 43 pacientů (serózní cystadenom $n=5$, prosté cysty $n=12$, suspekt-ní chronická pankreatitida $n=12$, fyziologický pankreas $n=14$). Vyšetření bylo provedeno na přístroji Arietta 850 Endo. U každého pacienta bylo z oblasti hlavy nebo těla pankreatu získáno 10 měření SWE (Vs-m/s). Pro stanovení diagnózy chronické pankreatitidy byla využita Rosemontská klasifikace.

Výsledky: Porovnání výsledků SWE prokázalo signifikantní rozdíl EUS-SWE mezi pacienty s fyziologickým pankreatem a se suspekci na chronickou pankreatitidu (1,80m/s vs 2,65m/s; $p<0,001$) či prostými cystami (1,80m/s vs 2,50m/s; $p<0,001$). Pacienti se suspekci na chronickou pankreatitidu se významně lišili od pacientů se serózním cystadenomem (2,65m/s vs 1,71m/s $p, <0,005$). Hodnoty SWE, zjištěné u dobře definovaných skupin (mírná chronická pankreatitida, intaktní pankreas), odpovídají hodnotám publikovaných v dostupných studiích.

Závěr: Vyšetření EUS-SWE představuje novou perspektivní metodu v měření elasticity tkáně pankreatu. Výsledky naší pilotní práce prokazují signifikantně vyšší hodnoty EUS-SWE u pacientů s EUS obrazem suspektním pro chronickou pankreatitidu a s přítomností prostých cyst oproti normálnímu pankreatu.

Klinický význam této metody spočívá především v měření elasticity u difusních postižení parenchymu pankreatu. Významným způsobem může přispět k dg tzv. časných (mírných) forem chronické pankreatitidy.

Hodnoty zjištěné u dobře definovaných skupin (intaktní pankreas, mírná chronická pankreatitida) odpovídají výsledkům měření na rozsáhlejších souborech v publikovaných studiích.

Výsledky této práce je nutné validovat na rozsáhlejším souboru pacientů.

ERCP PO BILLROTH II PARCIÁLNÍ GASTREKTOMII

Kianička B.¹, Žák J.², Vaniček J.³

¹II. interní klinika, FN u sv. Anny v Brně, LF MU Brno, Česká republika

²I. chirurgická klinika FN u sv. Anny v Brně, LF MU Brno, Česká republika

³Klinika zobrazovacích metod, FN u Sv. Anny v Brně, LF MU Brno, Česká republika

Cíle práce: Cílem této retrospektivní studie je rozbor úspěšnosti diagnostické a terapeutické endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP) v našem souboru pacientů po resekcí žaludku podle Billrotha II, kde pro výrazně změněné anatomické poměry se tento druh operace stal specifickým a mnohdy velice obtížným technickým problémem při ERCP.

Materiál a metodika: Studium souboru trvalo 20 let (listopad 1994 – prosinec 2014). V práci bylo retrospektivně hodnoceno 136 pacientů po resekcí žaludku podle Billrotha II, kdy indikací k provedení ERCP byla u 116 nemocných cholestáza, 12 x akutní biliární pankreatitida, 6 x akutní cholangitida a 2 x suspicium na biliární leak po laparoskopické cholecystektomii (LCE).

Výsledky: U 136 pacientů po resekcí žaludku podle Billrotha II jsme při ERCP dosáhli 91,9 % kanylární úspěšnosti (tedy u 125 pacientů ze 136). U 4 nemocných byl na ERCP normální nález. U zbývajících 121 pacientů byl na ERCP patologický nález (u 102 pacientů byla nalezena choledocholitáza, u 14–maligní biliární stenóza, u 3–benigní biliární stenóza, a u 2–biliární leak po LCE). U všech těchto 121 pacientů byla bezprostředně po diagnostické ERCP zahájena endoskopická léčba, jejímž úvodním krokem byla vždy endoskopická papilotomie některým ze speciálních papilotomů. Celkem byla terapeutická ERCP kompletně úspěšná u 106 pacientů ze 121 (87,6 % ze 121), u kterých byla původně endoskopická léčba zahájena.

Lze uvést, že v našem souboru jsme dosáhli poměrně vysoké úspěšnosti diagnostické i terapeutické ERC, kdy naše výsledky jsou srovnatelné s předními endoskopickými pracovišti, která se touto náročnou problematikou zabývají.

Závěry: ERCP po resekcí žaludku podle Billrotha II je v důsledku odlišné pooperační anatomie oproti standardnímu výkonu podstatně náročnější. Úspěch ERCP je zde podmíněn zejména velkou osobní zkušeností a zručností endoskopisty. Adekvátně prováděná ERCP u pacientů po resekcí žaludku podle Billrotha II je vysoce efektivní a bezpečná metoda v diagnostice a zejména léčbě pankreatobiliárních onemocnění, kde se nám podařilo dosáhnout srovnatelné úspěšnosti jako za normální anatomické situace.

Provedení ERCP u pacientů po resekcí žaludku podle Billrotha II stále zůstává jedním z nejnáročnějších endoskopických výkonů.

Klíčová slova: Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie – Billroth II gastrektomie – endoskopická papilotomie – endoskopická léčba.

ENDOSKOPICKÁ ULTRASONOGRAFIE U AKUTNÍ BILIÁRNÍ PANKREATITIDY

Ján Csomor

Interní klinika, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, Česká republika

Cíl práce: Zjistit v kolika procentech případů z naší kohorty pacientů s akutní biliární pankreatitidou provedení EUS nevedlo k následné indikaci ERCP (tedy invazivnější a rizikovější endoskopické metody).

Úvod: EUS jako neinvazivní a rychlé vyšetření může hrát klíčovou roli v detekci konkrémentů nebo sludge ve žlučových cestách při nejčastější příčině AP – biliární. Podle analýzy Fusaroli a kol. EUS detekuje biliární konkrémenty se senzitivitou 91-100 % a specificitou 85-100 %. EUS bylo více senzitivní v detekci mikrolitiázy (konkrémenty < 4 mm) než ERCP (90 % vs 23 %). Načasování ERCP u biliární AP prošlo v posledních dekadách výraznou změnou a EUS může v jeho indikaci hrát klíčovou roli.

Soubor pacientů: Na Interní klinice 1. LF UK a ÚVN-VoFN Praha bylo od 1.1.2014 do 1.6.2022 hospitalizováno celkem 312 pacientů s akutní pankreatitidou. V 52 % případů (163/312 pac.) se jednalo o akutní biliární pankreatitidu (ABP). Tato kohorta pacientů byla podrobně analyzována v souvislosti s provedením endoskopických vyšetření, a to včetně EUS.

Metodika: Pacienti s akutní biliární pankreatitidou byli rozděleni do 4 skupin podle podstoupených endoskopických vyšetření: • Skupina A: bez provedené endoskopie • Skupina B: indikováno přímo ERCP • Skupina C: pouze EUS • Skupina D: EUS a poté ERCP.

Výsledky: V našem souboru 163 pacientů s akutní biliární pankreatitidou bylo EUS primárně indikováno ve 100 případech. 72 % pacientů (72/100) nakonec vzhledem k negativnímu nálezu na EUS nemuselo podstoupit potenciálně rizikovější vyšetření – ERCP. Výsledek naší studie je zcela v souladu se zahraniční literaturou uvádějící 60-75 % pravděpodobnost spontánní migrace konkrémentu ze žlučových cest.

Závěr: Endoskopická ultrasonografie v rukou zkušeného endoskopisty hraje důležitou roli v indikaci ERCP, snižuje počet nutných ERCP vyšetření a rizik s ERCP spojených.

VYUŽITIE CARTO V LIEČBE KRVÁCAJÚCICH GASTRICKÝCH VARIXOV – NAŠE SKÚSENOSTI

Andrej Klepanec, Ján Haršány, Michal Šálek, Lucia Lebdušková, Adam Schmiedl
Rádiologická klinika, Fakultná nemocnica, Trnava, Slovensko

Ciel: Prezentovať naše skúsenosti s využitím CARTO v liečbe pacientov s krvácajúcimi gastrickými varixami.

Úvod: Neexistuje jasný konsenzus ohľadne optimálneho postupu pri sekundárnej profylaxii krvácajúcich gastrických varixov. Transvenózna obliterácia pomocou miniinvasívnych metód intervenčnej rádiológie hrá jednu z dôležitých úloh v manažmente pacientov týchto pacientov.

Vlastný text: Koilami asistovaná retrográdna transvenózna obliterácia (CARTO) predstavuje jednu z alternatív endovaskulárnej liečby, pri ktorej sa pomocou koilov uzavrie gastrorenálny shunt s aplikáciou sklerotizačnej látky do varixov, pričom na rozdiel od klasickej balónkovej retrográdnej transvenózne obliterácie (BRTO) nie je potrebná dlhodobá insuflácia balónkového katétra v shunte. Naše skúsenosti s využitím CARTO prezentujeme na príklade kazuistík pacientov s krvácajúcimi gastrickými varixami liečenými na našom pracovisku.

Záver: CARTO predstavuje bezpečnú a efektívnu liečebnú možnosť v liečbe pacientov s krvácajúcimi gastrickými varixami.

VLASTNÉ SKÚSENOSTI S NOVÝM LUMEN APOZIČNÝM STENTOM VO FAKULTNEJ NEMOCNICI TRNAVA

Katarína Kučerová¹, Kristína Kadlečíková¹, Patrik Vojtek¹, Dominika Cibulková¹, Ján Rajec¹, Ján Ušák¹, Martin Habiňák¹, Denisa Kudlová², Rastislav Hušťák²

¹Gastroenterologické oddelenie, Fakultná Nemocnica Trnava, Trnava, Slovensko

²Gastroenterologické oddelenie, Fakultná Nemocnica Trnava, Trnavská Univerzita, Trnava, Slovensko

Úvod a ciele: Endosonograficky (EUS) navigovaná transmurálna drenáž pomocou lumen apozičného metalického stentu (LAMS) sa používa k liečbe peripankreatických tekutinových kolekcií (PFC) ako aj distálnych malígnych biliárnych stenóz (DMBS). V tejto práci sumarizujeme efektivitu a bezpečnosť LAMS: A) pri drenáži symptomatických PFC a B) EUS navigovanej choledochoduodenostómie (EUS-CDS) pri DMBS. Primárnym cieľom bola miera liečebného efektu definovaná: A) ako veľkosť PFC < 3 cm v čase odstránenia LAMS a B) ako pokles hladiny bilirubínu > 20% 24 hodín po EUS-CDS. Sekundárne ciele boli: technická úspešnosť, procedurálne parametre a výskyt komplikácií.

Metóda: Retrospektívne, od roku 2021, sme analyzovali typ a veľkosť PFC, etiológiu pankreatitídy a DMBS, technickú úspešnosť, klinický efekt EUS navigovanej drenáže pomocou LAMS a výskyt komplikácií na gastroenterologickom pracovisku Fakultnej nemocnice Trnava.

Výsledky: Analyzovali sme 23 pacientov (8 žien) s priemerným vekom 59,3 ±14,7 rokov. A) Z 15 (65%) pacientov s PFC, väčšina (53%) mala pseudocysty (PC). Najčastejšou etiológiou pankreatitídy bol alkohol 5 (33%), nasledované biliárnou príčinou u 4 (27%), chronickou pankreatitídou u 2 (13%) a u 4 (27%) neboli príčiny známe. Priemerná veľkosť PC bola 13,8 cm (rozmedzie, 7 – 25) a ohraničenej nekrózy (WON) 16,9 cm (rozmedzie, 12 – 28). Klinické zlepšenie po drenáži bolo pozorované u všetkých pacientov. Šiesti pacienti s WON vyžadovali nekrozektómie (v priemere 3 sedenia, rozmedzie 2 – 5). B) EUS-CDS bola úspešná u 87,5% (7/8) pacientov. Všetci mali potvrdený karcinóm pankreasu. U jedného pacienta (12,5 %) došlo k chybnému uvoľneniu LAMS, ktoré sa ihneď vyriešilo retrográdnym transpapilárnym prístupom. Liečebný efekt bol dosiahnutý u všetkých pacientov. Celkovo sa vyskytlo 1 závažné a 2 mierne komplikácie, ktoré neboli fatálne.

Záver: Naša analýza ako prvá na Slovensku dokladuje klinický efekt endoskopickej terapie pomocou LAMS v rôznych indikáciách. Vysoko efektívna sa ukázala pri riešení PFC. EUS-CDS umožňuje paliatívnu drenáž u postihnutých s ikterom pri distálnej malígnej stenóze, hoci i závažné komplikácie sa môžu vyskytnúť.

ENDOLOOPOM ASISTOVANÁ ENDOSKOPICKÁ POLYPEKTÓMIA V AMBULANTNEJ PRAXI

Baláž D.¹, Lietava P.²

¹PIGEAS s. r. o. – Prívatná gastroenterologická ambulancia, Martin, Slovensko

²Univerzitná nemocnica Martin, Slovensko

Ciel: Retrospektívna analýza endoloopom asistovaných endoskopických polypektómií (EAEP) stredne veľkých a veľkých stopkových kolonických polypov v gastroenterologickej ambulancii so zameraním na technické aspekty a úspešnosť endoskopickej resekcie (ER), výskyt komplikácií a charakteristiku lézií.

Úvod: Endoloopom asistovaná endoskopická polypektómia (EAEP) je endoskopická resekčná technika, ktorá kombinuje konvenčnú polypektómiu slučkou (hot snare polypectomy – HSP) a stranguláciu stopky jednorazovou nylonovou slučkou (endoloop) pred alebo po vykonaní HSP. Indikáciou na použitie EAEP sú hlavne stredne veľké a veľké stopkové polypy s hrubou stopkou s predpokladaným vysokým rizikom postpolypektomického krvácania.

Súbor a metódika: Pacienti (N 38, M 19/F 19, priemerný vek 57.92r.), ktorí v období od mája 2022 do mája 2023 absolvovali kolonoskopické vyšetrenie na našom pracovisku a bol u nich diagnostikovaný a endoskopicky odstránený stredne veľký (>10mm) a/alebo veľký (>20mm) stopkový polyp s hrubou stopkou (>5mm) alebo malý polyp s hrubou stopkou (>5mm) metódou EAEP. Používali sme jednorazové endoskopické akcesórium Endoloop 40mm (Olympus) s aplikáciou na stopku polypu s následnou konvenčnou HSP.

Polypy boli po EAEP vyhodnotené z hľadiska veľkosti, lokalizácie a boli odoslané na histologické vyšetrenie. EAEP bola zhodnotená z hľadiska úspešnosti, bola sledovaná kompletnosť odstránenia polypu, patentnosť endoloopu po EAEP, potreba použitia klipovania a výskyt okamžitého periprocedurálneho krvácania.

Pacienti boli po terapeutickej endoskopii štandardne sledovaní na pracovisku 30min za účelom vylúčenia okamžitého postpolypektomického krvácania (PEPB) a v intervaloch 24hod a 48hod od EAEP boli telefonicky kontaktovaní ohľadom výskytu oneskoreného PEPB, bolesti brucha a celkového zdravotného stavu. Telemedicínsky boli pacienti kontaktovaní po 14 dňoch s výsledkami histologického vyšetrenia polypov. Vyhodnotili sme ex post nutnosť hospitalizácie pre komplikáciu v súvislosti s EAEP do 30 dní od výkonu.

Výsledky: Realizovali sme 41 EAEP výkonov u 38 pacientov (v troch prípadoch boli u pacienta vykonané dve EAEP v jednom sedení). Všetkých 41 výkonov boli úspešných z hľadiska kompletného odstránenia polypov (100%) a pri žiadnom z nich nedošlo k signifikantnému periprocedurálnemu krvácaniu. Technicky bolo bezproblémových 36 výkonov, v 4 prípadoch bolo potrebné použiť klipovanie pre sklznutie endoloopu pri HSP (3x), pre pochybnosť o patentnosti endoloopu (1x), v jednom prípade bola HSP realizovaná na 2x pre problematické umiestnenie polypektomickej slučky pri patentnom endoloope.

Z hľadiska veľkosti polypu bolo 29 stredne veľkých a 11 veľkých polypov, jeden polyp bol malý (hlavička 8mm), ale o použití endoloopu rozhodla hrúbka stopky 8mm.

Lokalizácia polypov: pravé kolon 1, c. transversum 1, c. descendens 5, c. sigmoideum 30, rektosigmoidový prechod 4.

Histologická charakteristika polypov: tubulárny adenóm s nízkym stupňom dysplázie 14, tubulárny adenóm s vysokým stupňom dysplázie 11, vilózný adenóm s nízkym stupňom dysplázie 7, vilózný adenóm s vysokým stupňom dysplázie 6, pílovitý adenóm 1, malígný polyp 1, hyperplastický polyp 1.

Nezaznamenali sme žiadne oneskorené postpolypektomické krvácanie do 14 dní a pri ex post hodnotení ani do 30 dní. Žiadny z 38 pacientov nebol do 30 dní hospitalizovaný pre komplikáciu v súvislosti s EAEP.

Záver: Endoloopom asistovaná endoskopická polypektómia (EAEP) je bezpečná endoskopická resekčná metóda, ktorá významne redukuje riziko okamžitého (periprocedurálneho) a oneskoreného postpolypektomického krvácania stredne veľkých a veľkých stopkových kolonických polypov. EAEP je veľmi vhodná na používanie v ambulantnej praxi a napriek cenovej náročnosti akcesória predstavuje ekonomicky efektívnu metódu endoskopической polypektómie. Naše výsledky nás oprávňujú vysloviť názor, že použitie endoloopu v indikovanom prípade by malo byť hrazené z verejného zdravotného poistenia.

KOMPLEXNÍ ANALÝZA DLOUHODOBÉHO VLIVU GASTROEZOFAGEÁLNÍHO REFLUXU NA PACIENTY PO POEM U VÍCE NEŽ 500 PACIENTŮ

Šimková D.¹, Vacková Z.¹, Mareš J.², Hugová K.¹, Hucl T.¹, Štirand P.¹, Hušák R.¹,
Špičák J.¹, Martínek J.

¹Klinika hepatogastroenterologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha,
Česká republika

²Oddělení statistických analýz, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha,
Česká republika

Cíl: Cílem této retrospektivní analýzy bylo posoudit dlouhodobý vliv refluxu na pacienty po POEM.

Úvod: Perorální endoskopická myotomie (POEM) je považována za standardní metodu léčby achalázie jícnu s výbornými dlouhodobými výsledky. Důležité je nicméně nezapomínat na riziko refluxních komplikací souvisejících s POEM.

Soubor a metodika: Analýza dat pacientů, kteří podstoupili POEM mezi roky 2012 a 2023. Protokolární vyšetření byly prováděny 3 a 12 měsíců po výkonu a následně 1x za rok po dobu 6 let.

Výsledek: Celkově bylo provedeno 539 POEMů (20x re-POEM) u 519 pacientů. Tři měsíce po výkonu byl během 24 hodinové ph-metrie detekován patologický kyselý reflux u 178/390 pacientů (45,6%). Během gastrokopie byla refluxní ezofagitida diagnostikována u 181/463 pacientů (39,1%; LA C/D u 20 pacientů, 4,3%) po 3 měsících, u 94/263 pacientů (35,7%; LA C/D u 5 pacientů, 1,9%) ve 24-36 měsících a u 18/88 pacientů (20,5%; LA C/D u 0 pacientů) 6 let po POEM. Protokolární vyšetření 4, 5 a 6 let po výkonu absolvovalo 185, 161 a 106 pacientů, přičemž 34,6%, 35,7% a 34,4% z nich uvedlo příležitostnou pyrózu a 18,1%, 20,4% a 19,6% příležitostnou regurgitaci. Jenom méně než 2% pacientů udávalo každodenní přítomnost symptomů. Inhibitory protonové pumpy (PPIs) byly předepisovány 53,3%, 48,4% a 54,3% pacientům 4, 5 a 6 let po POEM, přičemž většina z nich (80%) užívala PPIs alespoň 1x denně. U žádného z pacientů nebyl nově diagnostikován Barrettův jícen ani adenokarcinom jícnu. U jednoho pacienta se vyvinula peptická striktura, pacient následně absolvoval 4 etapy pneumatické dilatace. Výsledky se nelišily mezi pacienty, kteří podstoupili přední (60%) vs. zadní POEM (40%).

Závěr: Četnost post-POEM refluxní ezofagitidy v průběhu času klesá, nicméně přibližně 50% pacientů vyžaduje dlouhodobou antisekreční léčbu. I když je riziko refluxních komplikací nízké, pacienti po POEM by měli absolvovat pravidelné kontroly.

*Abstrakty nepřešli jazykovou korektúrou.
Za obsah abstraktů zodpovídají autoři.*

REGISTRÁCIA TEACHING AREA

29. 11. 2023

17:00 – 18:00	Zasadnutie Výboru SGS
18:00 – 19:00	Spoločné zasadnutie SGS + ČGS

30. 11. 2023

07:00 – 18:00	Registrácia
08:00 – 20:00	Odborný program

1. 12. 2023

07:00 – 12:00	Registrácia
08:00 – 17:30	Odborný program

Endoskopická teaching area (kapacita je obmedzená, Astoria)

Registračný poplatok – člen SGS/ČGS do 35 rokov – zdarma
Registračný poplatok – člen SGS/ČGS nad 35 rokov – zdarma
Registračný poplatok – nečlen SGS/ČGS – 50 €

30. 11. 2023

	Kolonoskopia	Hemostáza	Polypektómie
14.00 – 15.00	Záň	Veselíny	Pekárek
15.30 – 16.30	Koller	Záň	Pekárek
17.00 – 18.00	Koller	Veselíny	Kunčák

KOLONOSKOPIA – viacstupňový trénažér na kolonoskopiu. Vhodné pre úplných začiatočníkov a mierne pokročilých

HEMOSTÁZA – animálny model žalúdok – základné techniky ovládania endoskopu, nácvik hemostatických techník – klipovania, podpich, bipolárna sonda, koagrasper

REGISTRÁCIA TEACHING AREA

POLYPEKTÓMIE – animálny model – žalúdok – základné techniky ovládania endoskopu, nácvik polypektomických techník – EPE, EMR a princípy ESD

Každý modul má na starosť uvedený tréner – člen Výboru endoskopickej sekcie SGS. Limitovaný počet účastníkov.

Na každý modul max. 5 ľudí.

To je každú hodinu 3 x 5 a za celý deň 3 x 3 x 5. Celkovo teda 45 ľudí – školených pod hlavičkou Endoskopickej sekcie SGS.

Ultrasonografia teaching area (kapacita je obmedzená, Embassy)

Registračný poplatok – člen SGS/ČGS – zdarma

Registračný poplatok – nečlen SGS/ČGS – 20 €

30. 11. 2023

15:30 – 16:30

1. 12. 2023

08:00 – 09:00

Pod vedením: MUDr. Anna Gojdičová, PhD.

Registrácia a spôsob úhrady za workshop

- Predregistrovať sa môžete prostredníctvom e-mailu scambova@amedisk.sk
Počkajte na potvrdenie voľnej kapacity.
- Úhradu za teaching area je nutné vykonať pred začatím jednotlivých blokov na registrácii priamo na mieste. Z registrácie dostaneme tesne pred započatím bloku zoznam platných účastníkov.

ORGANIZAČNÉ POKYNY

REGISTRAČNÝ POPLATOK

	po 15. 10. 2023 a na mieste
lekár člen SGS, ČGS	115 €
lekár nečlen SGS, ČGS	172 €
lekár do 35 rokov	25 €
zdravotná sestra	0 €
študenti + lekári v príprave	23 €
zástupca biomedicínskej spoločnosti bez vystavovania	575 €
zástupca vystavujúcej spoločnosti	172 €

V registračnom poplatku je zahrnutý vstup na podujatie a kongresové materiály.

Registračný poplatok je nevratný.

Zvýhodnené registračné poplatky platia pre úhradu prevodom alebo kartou pri dodržaní stanovených termínov.

Prví autori sú oslobodení od platby registračného poplatku.

OBED 25 €

Štvrtok 31. 11. 2023 (11:40 – 12:10)

Štvrtok 31. 11. 2023 (12:10 – 12:40)

Piatok 12. 1. 2023 (12:40 – 13:10)

Piatok 12. 1. 2023 (13:10 – 13:40)

Registrácia je možná online
na www.gastrokongres.sk

PLATBA

SPÔSOB PLATBY

- Po online registrácii – úhrada zálohovej faktúry alebo platba kartou
- V prípade online registrácie Vám bude vygenerovaná zálohová faktúra; prosíme, ako variabilný symbol použiť číslo faktúry.
- Online registrácia nutná vopred.
- Pri registrácii na mieste platba kartou alebo v hotovosti. V tomto prípade negarantujeme účastníkom kongresové materiály a možnosť stravovania.

POTVRDENIE O ÚČASTI

Podujatie bude zaradené do kontinuálneho medicínskeho vzdelávania a má pridelené kredity CME. Potvrdenia o účasti budú vydávané na záver podujatia.



Registrácia
je možná online na
www.gastrokongres.sk

MAPA

