

XXIV. dny mladých internistů, Olomouc 26.–27. 5. 2005

Gastroenterologie

Črevné zápalové ochorenia u detí do 5 rokov

Baláž D., Szépeová R., Murgáš D.

Oddelenie gastroenterologickej diagnostiky MFN Martin, Klinika detí a dorastu MFN Martin, Klinika detskej chirurgie MFN Martin

Úvod: Nešpecifické črevné zápaly (inflammatory bowel disease, IBD) sú ochorením adolescentov a mladých dospelých s najvyššou incidenciou medzi 15. a 30. rokom života. Pre ulceróznú kolitídu je udávaná incidencia 1,5–10/100 000/rok a prevalencia 18–30/100 000, pre Crohnovu chorobu je incidencia 3,11/100 000/rok, prevalencia 20/100 000, pričom v posledných dvoch desaťročiach je zaznamenaný vzostup incidence u obidvoch foriem IBD. Incidencia narastá aj v detstvom veku, 13 % detí postihnutých IBD má menej ako 10 rokov, 7,5 % detí postihnutých IBD má menej ako 5 rokov.

Pacienti: V registri pacientov s IBD Kliniky detí a dorastu MFN v Martine je sledovaných 44 detí, z toho bolo v čase diagnózy 10 detí mladších ako 10 rokov (23 %) a 7 detí mladších ako 5 rokov (16 %). Vo vekovej skupine do 5 rokov dominovala ulcerózna kolitída (5 prípadov), 2krát bola stanovená indeterminovaná kolitída. Crohnova choroba v tejto kategórii v našom registri nebola zaznamenaná. V práci je demonštrovaná kazuistika pacienta s indeterminovanou kolitídou s komplikovaným priebehom a nutnosťou chirurgickej intervencie.

Záver: U detí s IBD pod 5 rokov veku je Crohnova choroba zriedkavá, ulcerózna kolitída sa vyskytuje častejšie. V ranom veku sa často diagnostikuje indeterminovaná kolitída, ktorá neskôr býva reklasifikovaná. Klinický priebeh býva komplikovaný a refraktérny na konvenčnú liečbu IBD.

Parciálna embolizácia sleziny u pacientov s cirhózou pečene – naše skúsenosti

Belovičová M.¹, Hrušovský Š.¹, Smetanová V.¹, Bátorová M.¹, Šeka A.², Petrašovič M.³

¹ 1. interná klinika SZU FN Bratislava, pracovisko Kramáre

² Radiodiagnostická klinika SZU FN Bratislava, pracovisko Kramáre

³ Chirurgická klinika SZU FN Bratislava, pracovisko Kramáre

Cieľ: Splenomegália a/alebo hypersplenizmus sa často vyskytujú u pacientov s cirhózou pečene. V niektorých prípadoch môžu trombocytopénia alebo neutropénia spôsobiť klinickú manifestáciu alebo byť kontraindikáciou terapeutického výkonu (napr. terapia interferónom, rádiofrekvenčná ablácia hepatocelulárneho karcinómu). Parciálna embolizácia sleziny sa javí ako menej riziková alternatíva splenektómie u týchto pacientov.

Materiál a metóda: Prezentujeme súbor 12 pacientov (7 mužov priemerného veku $44 \pm 6,82$, 5 žien priemerného veku $41 \pm 8,58$), u ktorých sme realizovali parciálnu embolizáciu sleziny v období rokov 1999–2004.

Výsledky: U 10 pacientov po parciálnej embolizácii sleziny vymizla leukopénia a trombocytopénia, koncentrácia erytrocytov sa nezmenila. Zmenšenie veľkosti sleziny sme konštatovali u všetkých pacientov. Po výkone sme u všetkých pacientov zaznamenali vzostup TT do $38,5^\circ\text{C}$ a citlivosť v ľavom hypochondriu. V 2 prípadoch sme pozorovali tranzientný subileózný stav, dvakrát sa vyskytla reaktívna pleuritída, raz vznikol tranzientný ascites.

Záver: U pacientov s cirhózou pečene môže parciálna embolizácia sleziny efektívne riešiť cytopéniu a komplikácie spojené s hypersplenizmom alebo splenomegáliou. V záujme eliminácie závažných komplikácií by však mala byť vždy uvážlivo indikovaná.

Sledování pacientů s chronickými virovými hepatitidami, faktory ovlivňující úspěšnost léčby

Berková I., Šimíčková M.

LF UP, II. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: Virová hepatitida C představuje celosvětový problém, jak z hlediska medicínského, tak i společensko-ekonomického. V České republice je asi 500 nově hlášených případů HCV za rok. Podle odhadů každý 100.–200. občan ČR je chronicky infikován. Skutečná čísla však budou několikanásobně vyšší, protože většina onemocnění probíhá bezpříznakově, proto unikají pozornosti.

Metodika: V naší studii jsme provedly retrospektivní sledování skupiny 30 pacientů, kteří se léčili s chronickou hepatitidou C v letech 1993 až 2003 na II. interní klinice FN v Olomouci. Ve skupině bylo 12 žen a 18 mužů, narozených v letech 1932–1982. Všichni pacienti byli kompletně laboratorně a biopsicky vyšetřeni. Sledovaly jsme rozdíly mezi pacienty s profesní nákazou, i.v. narkomany a dalšími možnostmi infekce. Šlo o pacienty léčené monoterapií α -interferonem, kombinovanou terapií interferonem a ribavirinem nebo pegylovaným interferonem a ribavirinem. Posuzovaly jsme výsledky léčby na dosažení trvalé virologické a biochemické odpovědi, výskyt relapsů a non-respondérů. Dále jsme hodnotily výskyt komorbidit.

Závěr: Sledování potvrdilo závěry jiných studií – kombinovaná terapie je mnohem úspěšnější než monoterapie, lepších výsledků se dosahuje u pacientů kratší dobu infikovaných, mladších a bez přidružených onemocnění. Trvalé biochemické a virologické odpovědi častěji dosáhli i.v. narkomané než ostatní pacienti. Závislost počáteční hladiny ALT na úspěšnosti léčby jsme nepozorovali.

Krvácení z gastroezofageálních varixů – dodržujeme guidelines?

Bílský M., Vitek P., Chalupa J., Mrózek V.

Interní oddělení Nemocnice Frýdek-Místek

Úvod: Krvácení z gastroezofageálních varixů je závažnou komplikací portální hypertenze. Objevuje se v průběhu onemocnění přibližně u poloviny nemocných s jaterní cirhózou. Mortalita první epizody krvácení je uváděna až 50 %, v posledních letech však klesá. Varixy představují portosystémové kolaterály vytvářené dilatací preformovaných cévních kanálů při zvýšení portálního tlaku. Varixy nevznikají, pokud žilní tlakový gradient (HVPG) v játrech nepřesahuje 12 mm Hg. Autoři ve svém souboru prezentují výsledky léčby krvácení z gastroezofageálních varixů v nemocnici okresního typu v období od ledna roku 2003 do února roku 2005.

Metodika a soubor pacientů: Soubor tvořilo 18 pacientů (2 ženy, 16 mužů), průměrného věku 48 let (32–73 let). U těchto nemocných bylo řešeno celkem 25 epizod krvácení. Ve 13 případech šlo o epizodu jednu, u 3 pacientů proběhly epizody dvě, 2 pacienti prodělali tři epizody. U 17 pacientů se jednalo o jaterní cirhózu, ve všech případech toxometabolické (etylické) etiologie. Dle Child-Pughova skóre patřilo 14 nemocných do skupiny C (82 %). U jednoho nemocného byl diagnostikován hepatocelulární karcinom v cirhotickém terénu, v jednom případě šlo o nemocného s hemangioendoteliomem jater. Pacienti byli hospitalizováni na interní JIP, ARO a chirurgické JIP.

Výsledky: Celkem zemřelo 5 pacientů (celková mortalita 28 %, mortalita první epizody 28 %). Pokles v KO bylo nutno hradit krevními převody v 21 (84 %) z celkového počtu 25 epizod. V 22 (88 %) případech byl podán terlipressin v dávce 1 mg i.v. po 4 hodinách. Antibiotická terapie byla podána pouze u 13 (52 %) epizod krvácení. Endoskopie byla provedena ihned při příjetí u 14 epizod, u 9 epizod do 24 hodin. Ve 2 případech endoskopie nebyla provedena pro nestabilitu pacienta, který časně zemřel. Endoskopické stavění krvácení bylo provedeno u 23 (92 %) epizod, z toho v 17 případech (74 %) sklerotizací. Ve 4 (17 %) případech byla provedena ligace, ve 2 (9 %) aplikace histoakrylu. U 3 pacientů byl indikován TIPS.

Závěry: 1. Mortalita první epizody krvácení byla u pacientů našeho souboru 28 %, tedy v souladu s aktuálními literárními údaji. 2. V léčbě jsou dodržována aktuální doporučení s výjimkou preventivní aplikace širokospektrých ATB, která byla podána pouze v polovině případů. 3. V našem regionu jsou krvácením postiženi především nemocní s pokročilou jaterní cirhózou etylické etiologie

Syndrom krátkého střeva u pacienta s Crohnovou chorobou typu B

Dastych M.¹, Zbořil V.¹, Prokopová L.¹, Bartůšek D.²

¹ Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice,

² Radiodiagnostická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Crohnova choroba (CD) typu B (DeDombal) – stenozující, neperforující tzv. indolentní typ (Greenstein) – je vzácnější méně agresivní variantou choroby. Od perforujícího agresivního typu A se liší pomalejším průběhem, minimální laboratorní zánětlivou aktivitou, predilekčním postižením tenkého střeva, tendencí ke vzniku fibrózních stenóz, delším obdobím remise a snad i příznivější odezvou na udržovací imunosupresivní léčbu. Sklon k tvorbě fibrózních stenóz tenkého střeva, daný chronickou zánětlivou fibroprodukcí, často vede u typu B k rozvoji subileózního až ileózního stavu s nutností resekčního chirurgického výkonu. I když průběh CD typu B je „benignější“ ve srovnání s typem A, může, v důsledku opakovaných chirurgických zákroků, vyústit v syndrom krátkého střeva (SBS). SBS vzniká zejména tehdy, nejsou-li prováděny maximálně šetřící chirurgické výkony (minimální resekce, strikturoplastiky) či včas nasazena adekvátní léčba, včetně udržovací. V našem kazuistickém sdělení chceme popsat případ mladého pacienta s CD typu B sledovaného od listopadu roku 2001 na našem pracovišti. U tohoto pacienta právě rozsáhlé a opakované resekční výkony z dřívějšího období, bez nasazení adekvátní léčby, vedly k rozvoji SBS. Zaměřujeme se na otázku adekvátních nutričních intervencí a monitoringu ve vztahu k funkční adaptaci střeva po resekci. Chceme mimo jiné upozornit na možnost využití domácí enterální výživy (EN), jednak v rámci zajištění adekvátní nutriční u SBS a jednak jako na metodu navazující a udržující remisi CD.

Stromální nádory žalúdka – naše zkušenosti

Demeter M.¹, Stachová I.¹, Sulitka J.¹, Božíková J.¹, Hyrdel R.¹, Straka V.², Szépe P.³

¹ II. interná klinika Jesseniovej LF UK a MFN, Martin

² II. chirurgická klinika Jesseniovej LF UK a MFN, Martin

³ Ústav patologické anatomie Jesseniovej LF UK a MFN Martin

Mezenchymální nádory tvoří přibližně 3 % všech nádorů žalúdka. Stromální nádory žalúdka (GIST – gastrointestinal stromal tumors) sú najčastejšie mezenchymálne nádory žalúdka a tvoria asi 2/3 mezenchymálnych nádorov žalúdka. Dignita GIST je významne závislá od ich veľkosti. Asi 25 % týchto nádorov je pri diagnóze benigných. 90 % týchto nádorov je asymptomatických. Najčastejšie klinické príznaky GIST sú krvácanie, bolesť, perforácia a dyspepsia. Diagnostika GIST žalúdka je založená na endoskopickom a endosonografickom vyšetrení. Endosonograficky je možné s vysokou senzitivitou a špecifitou predpovedať biologické chovanie GIST žalúdka. Na diagnostiku MTS je výhodné CT alebo PET vyšetrenie. Kuratívna je jedine liečba chirurgická. Radikálna resekcia je možná asi u 80 % pacientov. U generalizovaných ochorení, alebo recidívy GIST je indikovaná liečba imatinib mesylátom. Prognóza pacienta závisí od veľkosti nádoru, jeho mitotickej aktivity a radikálnosti resekcie. Typickou klinickou črtou GIST je neskorá klinická manifestácia MTS (aj po desiatkach rokov). V našej práci popisujeme prípady GIST diagnostikovaných a liečených na našom pracovisku. Na našom pracovisku sme diagnostikovali a liečili 5 pacientov s GIST žalúdka (vek 23–69 rokov, 2 muži, 3 ženy). Hlavné symptómy ochorenia u našich pacientov boli dyspepsia horného typu, anémia, meléna a chudnutie. Histologické a klinické kritériá pre diagnózu malígneho GIST spĺňala 1 pacientka. Všetci pacienti boli liečení chirurgicky. U spomenutej pacientky došlo k lokálnej recidíve GIST riešenej chirurgicky. Všetci pacienti prežívajú od diagnózy ochorenia (3–8 rokov) bez známok generalizácie.

Chronická *Helicobacter pylori* pozitívni gastritis – prínos stanovení sérového pepsinogenu I pro diagnostiku

Gregar J., Gregar I., Zanzambi F., Tichý M.

II. interní klinika a Ústav patologie LF UP a FN Olomouc

Chronická gastritida je onemocnění od objevu *Helicobacter pylori* intenzivně sledované, a přestože jsou klasifikace chronické gastritidy stále doplňovány, aktualizovány a obměňovány, v patogenezi a léčbě je celkem jasno. Ne ale tolik v dlouhodobém sledování pacientů s chronickou gastritidou a v metodách a vyšetřeních, které by tomu mohly napomoci. *Helicobacter pylori* je nejvýznamnějším etiologickým činitelem chronické gastritidy. Diagnostika chronické gastritidy vyžaduje endoskopické vyšetření – makroskopické posouzení stavu žaludeční sliznice, podmínkou pro diagnózu je biopsie sliznice a histologického zhodnocení biotických vzorků sliznice antra a těla žaludku, dále vyšetření *Helico-*

bacter pylori a v našem souboru pacientů i vyšetření sérové hladiny pepsinogenu I. Produkce pepsinogenu přímo odráží stav žaludeční sliznice, a to nejen funkční stav. Zmíněná vyšetření jsou předmětem hodnocení u souboru 67 nemocných s chronickou *Helicobacter pylori* pozitivní gastritidou. Histologické vyšetření prokázalo chronickou gastritidu s nálezem parciální nebo multifokální glandulární atrofie ve značném množství. Průměrná hodnota pepsinogenu I séra u těchto nemocných byla statisticky významně nižší oproti hodnotě nemocných s chronickou gastritidou bez atrofie v histologickém nálezu. Dlouhodobé sledování pacientů s chronickou atrofií žaludeční sliznice je klíčem k časně diagnostice karcinomu žaludku.

Prevence krvácení do horní části gastrointestinálního traktu

Horák F.

II. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Přestože v dnešní době existuje řada konzervativních a endoskopických terapeutických postupů umožňujících ošetření a léčbu zdroje krvácení, zůstává krvácení do GIT stavem ohrožující život pacienta. Je nutné maximálně zmenšit veškerá rizika spojená s krvácením do GIT. V souboru sestaveném z pacientů hospitalizovaných na JIP II. interní kliniky FN Olomouc v roce 2004 s akutním krvácením do horní části GIT jsme sledovali rizikové faktory. Akutní krvácení do horní části GIT: celkem 138 pacientů, z toho varikózní 26 (18,8 %), nevarikózní 110 (79,7 %), neobjasněno 2 (1,4 %). Krvácení při užívání NSAR – 32 pacientů, krvácení při terapii Anopyrinem 25 pacientů, krvácení při terapii Warafrinem 16 pacientů, celkový počet pacientů s rizikovou medikací NSAR nebo Warfarinem byl 82 (74,6 %). Rizikové faktory pro krvácení do horní části GIT: 1. NSAR, 2. vředová choroba GD v anamnéze, 3. krvácení do GIT v anamnéze, 4. věk nad 65 let, 5. NSAR + Aspirin, 6. NSAR + kortikoidy, 7. antikoagulancia, 8. *Helicobacter pylori*, 9. alkoholici, kuřáci, 10. onemocnění jater, ledvin nebo srdeční poruchy, anémie, arteriální hypertenze, rakovina, diabetes mellitus. Doporučení pro prevenci krvácení do GIT se opírají o stupeň rizika, který je odvozen celkového počtu rizikových faktorů (RF): 1. nízké riziko: absence RF; 2. střední riziko: jeden nebo dva RF; 3. vysoké riziko: tři a více RF; 4. velmi vysoké riziko: vřed GD a krvácení z horního GIT v anamnéze. U pacientů z kterékoliv rizikové skupiny s podezřením na vředovou chorobu GD je doporučena před nasazením preparátů NSAR nebo zahájením warfarinizace vždy gastroskopie.

Prevence krvácení do GIT při antikoagulační terapii – Warfarin

Před nasazením warfarinizace nutno zhodnotit rizikové faktory: 1. věk nad 65 let; 2. anamnéza (OA: vředová choroba GD, krvácení z horní části GIT, dyspeptický syndrom, nádorové onemocnění GIT, enterorrhagie); 3. laboratorní vyšetření (anémie, koagulopatie, hepatopatie, onemocnění slinivky, ledvinné onemocnění, OK ve stolici); 4. hodnota INR; 5. jiné komorbiditity (srdeční poruchy, hypertenze, rakovina, diabetes mellitus); 7. krvácivé choroby v RA; 8. polypragmatie; 9. nespokojenost pacienta.

U pacientů s jedním (mimo věk) nebo více RF můžeme očekávat krvácivé komplikace ve 48 % v prvních 12 měsících. Při výskytu rizikových faktorů doporučeno zvážení gastroskopického a koloskopického vyšetření před nasazením Warfarinu. Doporučení prevence krvácení při warfarinizaci vychází z jednotlivých rizikových faktorů. Protektivní faktory: 1. inhibitory protonové pumpy (PPI) – významně vyšší přínos v prevenci a terapii krvácení z vředů GD než H₂-blokátory; 2. H₂-blokátory, 3; nitrovazodilatancia.

Dechový test s metacetinem u nemocných s jaterní cirhózou

Hendrichová M., Krátká K., Sedláková M., Vránová J., Horák J.

I. interní klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady Praha

Úvod: Kvantifikace jaterních funkcí u nemocných s cirhózou dosud narážela na problém opakovaných odběrů krve, nízkou specificitu sledovaných parametrů i riziko alergických reakcí při použití klasických chromoexkrečních testů. Zavedení dechových testů s využitím neradioaktivního izotopu ¹³C umožňuje neinvazivní, pro nemocného nenáročné a přitom velmi přesné měření metabolických jaterních funkcí.

Nemocní a metodika: U skupiny 10 nemocných s jaterní cirhózou ve funkční třídě Child-Pugh B a C jsme vyšetřili metabolismus metacetinu značeného izotopem ¹³C a perorálně podaného v množství 75 mg. Jako kontrola sloužila skupina 10 jedinců odpovídajícího věku a BMI bez jaterního poškození. Ke stanovení byl použit infračervený analyzátor IRIS II firmy Wagner Analysen Technik (Brémy, Německo). Statistická významnost byla testována pomocí nepárového Studentova t-testu.

čas (min)	CD10	CD20	CD30	CD40	CD60	CD80	CD100	CD120
kontroly x ± SD	1,72 ± 0,66	5,63 ± 1,66	9,62 ± 2,17	12,91 ± 2,41	17,96 ± 2,87	20,93 ± 4,19	25,24 ± 3,87	27,97 ± 4,39
cirhotici x ± SD	0,22 ± 0,23	1,04 ± 0,79	2,14 ± 1,51	3,19 ± 2,10	5,1 ± 3,02	6,89 ± 3,81	8,51 ± 4,66	9,96 ± 5,52
p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Výsledky: Stanovení kumulativních množství (CD) vydechovaného $^{13}\text{CO}_2$ v jednotlivých časech měření (10–120 minut) je uvedeno v tab.

Závěr: Dechový test s ^{13}C metacinetem jednoduše kvantifikuje metabolickou kapacitu jater danou aktivitou cytochromu P450 a jednoznačně odlišuje cirhotiky od zdravých osob. Jeho využití v indikaci jaterních resekcí, transplantací jater či pro metabolické nebo farmakokinetické studie vyžaduje vyšetření větších souborů nemocných.

Tato práce vznikla s podporou výzkumného záměru 3. LF UK MSM 0021620814.

Přínos jícnové pH-metrie a manometrie pro indikaci chirurgické léčby refluxní nemoci jícnu

Kroupa R.¹, Dolina J.¹, Procházka V.², Kala Z.²

¹ Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

² Chirurgická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Úvod: Pro dlouhodobou kontrolu refluxní nemoci jícnu je kromě medikamentózní léčby stále častěji indikována léčba chirurgická. Volba typu terapie není vždy jednoznačná a musí zohlednit výhody i rizika obou postupů. Cílem práce je zhodnocení přínosu funkčního vyšetření jícnu před indikací chirurgického antirefluxního výkonu a změn vyvolaných operací. Soubor pacientů, metody: Během let 2002–2004 bylo ve funkční laboratoři Interní gastroenterologické kliniky FN Brno-Bohunice vyšetřeno 178 pacientů, u kterých byla vzhledem k dlouhodobým obtížím zvažována indikace operační léčby refluxní nemoci jícnu. U všech byla provedena jícnová manometrie, u některých též 24hodinová pH-metrie. Byli-li pacienti operováni, pak byla stejná vyšetření provedena 3 měsíce po operaci. U skupiny 39 pacientů byla provedeno peroperační měření tlaku dolního jícnového svěrače (LES) modifikovanou metodikou.

Výsledky: K další konzervativní léčbě byli indikováni pacienti s těžkou dysmotilitou, atypickými obtížemi nekorelujícími plně s refluxem a ti, kteří ji z osobních důvodů upřednostnili. 139 (78 %) pacientů podstoupilo operaci – 124 (89,2 %) kompletní antirefluxní manžetu a 15 pacientů (10,8 %) parciální manžetu. Tlak LES před operací byl 13,0 mm Hg (medián) s rozpětím 3,3–35,0, po operaci 18,0 (5,6–44,6), nárůst byl klinicky (průměr 4,7 mm Hg) i statisticky významný ($p < 0,00001$). U 72 pacientů byla provedena předoperační a pooperační pH-metrie. Došlo k poklesu tíže refluxu dle DeMeester skóre z mediánu 70,2 na 4,8 (norma do 14,9). Není korelace mezi výškou nárůstu tlaku LES a snížením expozice jícnu kyselému refluxu dle DeMeester skóre a fraction time. U mnoha pacientů s klinicky nízkým nárůstem tlaku LES do 3 mm Hg došlo k významnému snížení expozice jícnu kyselině a naopak. 33 pacientů (24 %) mělo před operací dysmotilitu v těle jícnu, u 25 z nich (75 %) došlo ke zlepšení po operaci. Při peroperačním měření byl sledován nárůst tlaku v průměru o 9,7 mm Hg s rozmezím 1,3–27 mm Hg. Ve skupině pacientů s peroperačním nárůstem větším jak 15 mm Hg, převažoval výskyt dysfagie oproti těm s menším vzestupem tlaku LES.

Závěr: Předoperační vyšetření pH-metrie je indikováno u atypických symptomů, negativní endoskopii a neodpovídavosti na medikamentózní léčbu. Manometrie slouží k průkazu snížení tlaku LES a vyloučení pacientů s těžkou dysmotilitou. Antirefluxní efekt operace není dán jen prostým nárůstem tlaku LES, ale vysoký peroperační nárůst může predikovat dysfagii. Jícnová pH-metrie a manometrie by měly být v indikovaných případech součástí komplexního vyšetření při zvažování chirurgické léčby refluxní nemoci jícnu.

Práce byla podpořena grantem IGA MZ ČR ND 7142-3.

Léčba krvácení do horní části zažívacího traktu u pacientů po koronární angioplastice s implantací stentu užívajících klopidoogrel – pilotní studie

Machytka E.¹, Ehrmann J.², Klvaňa P.¹, Svoboda P.¹, Martínek A.¹

¹ Interní klinika FNŠP Ostrava-Poruba

² II. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Úvod: U pacientů, kteří podstoupili PTCA s implantací stentu, je indikováno podávání kombinace antiagregancií k prevenci trombózy ve stentu alespoň po dobu 30 dnů. To je čas, za nějž se vytváří reepitelace stentu a kdy je největ-

ší riziko uzávěru místa angioplastiky z důvodu vzniku trombu na stentu, jak prokázaly studie PCI-Cure, Caprie, Classics. Používá se kombinace kyseliny acetylsalicylové a inhibitoru ADP – tiklopidinu či klopidoogrelu. Účinnost těchto dvou kombinačních terapií je srovnatelná, ovšem výskyt nežádoucích účinků je signifikantně nižší u klopidoogrelu než u tiklopidinu. Riziko restenózy ve stentu je u pacientů neužívajících antiagregancia 25 %, v kombinaci ASA + tiklopidin 5 %, ASA + klopidoogrel 6 %. Výskyt krvácení do GIT je ve skupině ASA + tiklopidin 6 %, ASA + klopigrel 1,7 %, což je číslo srovnatelné s placebem. Ve studii Forka, sledující GIT toxicitu klopidoogrelu u zdravých dobrovolníků, nebyl prokázán negativní vliv na sliznici zažívacího traktu. Rovněž ve studiích zaměřených na prevenci ischemických příhod u rizikových pacientů byla GIT toxicita u pacientů užívajících klopidoogrel srovnatelná s placebem. Za kontraindikaci podávání klopidoogrelu je považováno aktivní krvácení, ale jednoznačný postup u pacientů po implantaci stentu s krvácením do GIT není stanoven.

Cíl: Stanovit optimální léčebný postup u pacientů s krvácením do horní části GIT, kteří jsou do 30 dnů po implantaci stentu a tudíž je u nich indikována léčba kombinací antiagregačních medikamentů – klopidoogrel v dávce 75 mg a kyselina acetylsalicylová v dávce 325 mg/den. Zhodnotit, zda je pro pacienta větším rizikem vysazení antiagregační terapie s možností vzniku restenózy či nevysazení této léčby, a tudíž ev. zhoršení prognózy krvácení do GIT.

Metoda: V našem souboru je 10 pacientů ve věku 58–75 let (6 žen a 4 muži), kteří jsou 4–15 dnů po PTCA s implantací stentu užívajících kombinaci ASA + klopidoogrel, u nichž došlo ke krvácení do horní části zažívacího traktu. U všech pacientů byla vysazena ASA, ponechali jsme klopidoogrel. Provedli jsme urgentní endoskopii horního GIT s ošetřením krvácení a dále sledovali.

Výsledek: U 3 pacientů již nebyly známky akutního krvácení do GIT, u 3 byla zdrojem léze v oblasti žaludku, 4 v bulbu duodena, tito pacienti byli endoskopicky ošetřeni – 2krát hemoklip, 6krát injekční hemostáza adrenalinem. Recidiva krvácení do GIT se nevyskytla. K úmrtí došlo u 2 pacientů, dle k pitvy se v jednom případě jednalo o bronchopneumonii a v druhém o srdeční selhání, známky krvácení do GIT nebyly sekčně nalezeny. Ke vzniku trombózy ve stentu nedošlo.

Závěr: U pacientů po koronární angioplastice s implantací stentu s krvácením do GIT, které je endoskopicky ošetřeno, případně již nejsou známky akutního krvácení, se jeví ponechání medikace klopidoogrelem jako bezpečná.

BIB – intragastrický balon v léčbě obezity – naše první zkušenosti

Machytka E.¹, Hanusková L.², Janík I.², Klvaňa P.¹

¹ Endoskopické centrum Interní kliniky FNŠP Ostrava–Poruba

² Laserové léčebné centrum Ostrava

Cíl: Žaludeční balon BIB (Bioenterics intragastric balloon) je nová endoskopická metoda léčby obezity, kdy se za pomoci speciálního vodiče za kontroly endoskopem zavede do žaludku silikonový balon a naplní se 400–700 ml fyziologického roztoku. Ponechává se v žaludku po dobu 6 měsíců, snižuje pocity hladu a zamezuje zvýšenému příjmu potravy, a tudíž napomáhá redukci hmotnosti. Během těchto 6 měsíců pacient získává nové stravovací návyky nutné k udržení váhového úbytku. Vytažení se provádí opět endoskopicky. Do fyziologického roztoku se přidává 2,5 ml metylenové modři jako indikátor případné ruptury balonku, v tomto případě dojde ke zbarvení moči, sklér a stolice.

Výsledek: Autoři prezentují soubor 20 pacientů léčených touto metodou. Průměrný věk pacientů byl 38 let (28–55 let), hmotnost 113,9 kg (71–140 kg), BMI 38,5 (30–49). Doba ponechání balonku v žaludku průměrně 155 dnů (21–190 dnů) – nejkratší doba 21 dnů byla pro intoleranci balonku a neustávající zvracení s výraznou hypokalemií a hypochloremií. U ostatních pacientů byla doba ponechání balonu 145–190 dnů. Vyskytly se následující nezávažné komplikace: nauzea a zvracení po zavedení u 95 % pacientů po dobu 1–21 dnů, epigastralgie 40 % pacientů, pyróza 45 %, 1krát hematemeza při syndromu Mallory-Weiss. Všechny tyto potíže odezněly spontánně nebo byly zvládnuty farmakoterapií. Závažné komplikace ani lokální reakce v žaludku jsme nezaznamenali. Průměrný váhový úbytek byl 15,6 kg (8 až 37 kg), snížení BMI o 4,89 (2–13).

Závěr: BIB se jeví jako bezpečná a účinná metoda léčby obezity a je vhodná u pacientů, kteří nemohou či nechtějí podstoupit operační výkon – bandáž žaludku. Další otázkou zůstává schopnost udržení váhového úbytku do budoucna, pacienti nadále zůstávají ve sledování obezitologa.

Ascites – symptom s pestrými etiologiemi

Mihalkanin E., Fülöp P., Pavlušová M.

Interné oddelenie NsP Svidník

Ascites je definovaný ako zvýšené množstvo voľnej tekutiny v brušnej dutine. Nie je samostatným ochorením, ale vždy súvisí s ochoreniami orgánov brušnej dutiny, vzdialených orgánov alebo systémovým ochorením. Môže sa objaviť v priebehu už známeho ochorenia ako jeho komplikácia alebo ako prvý prejav choroby. Podľa zloženia môže mať povahu transudátu alebo exudátu. Medzi najčastejšie príčiny jeho vzniku patria cirhóza pečene a nádorové ochorenia. Pri každom novovzniknutom ascite je potrebné určiť jeho etiológiu za pomoci rôznych vyšetrení (laboratorné vyšetrenie krvi, USG vyšetrenie, endoskopia, CT vyšetrenie), vykonať punkciu ascitu s jeho biochemickým, kultivačným a cytologickým rozborom. Pri malom množstve ascitickej tekutiny a nejasnosti jej pôvodu je niekedy vhodné zvážiť aj diagnostickú laparoskopiu. V práci sú uvedené kazuistiky dvoch pacientov s menej častou etiológiou ascitu – TBC peritonitída a mezotelióm peritonea.

Diagnostika a liečba refraktérnej sprue

Stachová I.¹, Demeter M.¹, Sulitka J.¹, Hyrdel R.¹, Machálek K.²

¹ II. interná klinika Jesseniovej LF UK a MFN, Martin

² Ústav patologickej anatómie JLF UK a MFN, Martin

Refraktérna sprue ako jedna z komplikácií coeliakie, je charakterizovaná primárnym alebo postupným zlyhaním klinickej a histologickej odpovede na striktnú bezlepkovú diétu. Napriek nízkej incidencii a zriedkavému výskytu (postihuje asi 5 % pacientov s coeliakiou) pre závažný dopad pre pacientov, ktorých ohrozuje okrem ťažkej malabsorpcie aj rizikom neotransformácie a vývojom T bunkového lymfómu tenkého čreva, zasluhuje našu pozornosť s cieľom včasného rozpoznania a liečby. V diagnostike je prínosom imnohistochemická fenotypizácia intraepiteliálne zmnožených T-lymfocytov (IETL), ďalej metódy molekulárnej biológie a PCR analýza so stanovením transformácie receptora γ pre IETL. Na základe výsledkov uvedených vyšetrení je možné sa rozhodnúť pre jednu z možností pre dosiaľ neštandardizovanú liečbu. Efekt pre určitú skupinu pacientov prináša imunosupresívna liečba. V niektorých špecifických prípadoch, s dôkazom monoklonálnej intestinálnej slizničnej lymfoproliferácie, ktorú niektorí autori považujú za medzistupeň k lymfómovej transformácii, je volená v spolupráci s hematológom kombinovaná chemoterapia. Napriek uvedenému prognóza pacientov s refraktérnou coeliakiou je nepriaznivá a mortalita vysoká.

Kolorektální karcinom u mužů do 30 let věku

Starzyková V., Tauberová J., Vítková J., Lukáš M.

IV. interní klinika 1. LF UK a VFN a Ústav patologické anatomie VFN Praha

Kolorektální karcinom (CRC) je nejčastěji se vyskytující nádor GIT, ČR je na prvním místě v incidenci této choroby na světě. Výskyt CRC stoupá s věkem, za hranici, po které se incidence prudce zvyšuje, se považuje 50 let věku. Vznik CRC před 30. rokem života je extrémně vzácný a objevuje se především u hereditárních forem CRC (familiární adenomatózní polypóza, Lynchův syndrom). Prezentován je soubor 4 nemocných s CRC bez pozitivní hereditární zátěže. Průměrný věk nemocných v době diagnózy je 27 let. U 2 pacientů CRC komplikoval letitý průběh ulcerózní kolitidy. U 1 pacienta byla hlavním rizikovým faktorem primární sklerozující cholangitida, u druhého pacienta se jednalo o extenzivní typ UC s délkou trvání 10 let. V obou případech se jednalo o pokročilé formy karcinomu DUKES C s postižením regionálních lymfatických uzlin v lokalizaci v hepatální flexuře a colon sigmoideum. Klinická symptomatologie imponovala jako relaps základního onemocnění. U zbývajících 2 pacientů se diagnostikoval skirhoticky rostoucí karcinom tlustého střeva (linitis plastica). Diagnóza tohoto onemocnění je velmi obtížná, protože šíření nádoru pod sliznicí zneumožňuje přímou histologickou verifikaci tumoru. Klinická symptomatologie i endoskopický náález napodoboval Crohnovu chorobu. Průběh a prognóza CRC byl zásadně odlišný u nemocných s UC, u kterých po chirurgické léčbě a chemoterapii došlo k dlouhodobé remisi, kdežto u nemocných se skirhotickým karcinomem došlo k rychlé progresi a do 6 měsíců od stanovení diagnózy k úmrtí na generalizaci nádoru.

„Hepatogenní vřed“Svoboda P.¹, Ehrmann J.², Klvaňa P.¹, Machytka E.¹, Rydlo M.¹¹ Interní klinika FNŠP Ostrava² II. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: Hepatogenním vředem bývá označován peptický vřed gastroduodena vyskytující se u pacientů s jaterní cirhózou. V literatuře jen zřídka a většinou okrajově nacházíme zmínky o této problematice, přitom v každodenní praxi jsme mnohdy překvapeni častým výskytem peptických vředů u těchto nemocných. Zaměřili jsme se proto podrobněji na uvedenou problematiku s cílem zjistit skutečnou situaci a její význam.

Soubor nemocných a výsledky: Náš soubor tvoří 79 nemocných s jaterní cirhózou, kteří byli převážně hospitalizováni na interní klinice, část byla vyšetřena ambulantně. Ženy tvořily 35 % souboru, muži 65 %. U všech pacientů jsme určili etiologii a pokročilost cirhózy, indikaci k endoskopickému vyšetření byl dyspeptický syndrom nebo známky akutního krvácení do horního GIT a screening varixů. Portální hypertenzi jsme prokazovali nepřímými metodami. Etiologie jaterní cirhózy: alkohol 72 %, alkohol + VHC 3,8 %, VHB 3,8 %, VHC 5,1 %, kryptogenní cirhóza 12,7 % a další. Převážně se jednalo o pokročilejší jaterní cirhózy, kdy Child-Pugh skóre C tvořilo 42 % cirhóz, skóre B 39 %, skóre A 19 %. Byli jsme až překvapeni vysokým výskytem vředů gastroduodena ve 22 případech (27,8 %). Kromě těchto 22 pacientů mělo 6 nemocných peptický vřed v minulosti. Můžeme tedy říct, že během života se u našeho souboru vyskytl vřed gastroduodena ve 35,4 %. Porovnáme-li výskyt peptických vředů v běžné populaci, ve které bývá během života postiženo 5–10 % populace, zjistíme, že pacienti s jaterní cirhózou mají 3,5–7krát vyšší výskyt tohoto onemocnění. Dalším překvapením bylo zjištění, že peptický vřed byl v 64 % asymptomatický (bez dyspeptického syndromu horního GIT), toto číslo se výrazně nezměnilo ani po vyloučení pacientů užívajících NSAID či antisekreční terapii (možné maskování symptomů), i pak asymptomatické vředy činily 55 % všech vředů. Na druhou stranu byl hepatogenní vřed v našem souboru často spojen s krvácením (téměř v 32 %), což lze vysvětlit i tím, že 57 % krvácejících vředů se vyskytlo v terénu portální hypertenze, průměrné INR u těchto nemocných bylo 1,7 a v 16 % byl počet trombocytů pod $100 \times 10^9/l$. *Helicobacter pylori* byl u těchto nemocných prokázán v 59 %, tedy méně než u běžné populace, kde v souvislosti s peptickým vředem bývá spojen v 80 až 100 %. Z toho vyplývá, že etiopatogeneza hepatogenního vředu bude poněkud odlišná od vředové choroby.

Závěr: Výsledky našeho sledování mohou být do jisté míry ovlivněny menší velikostí souboru, který je tvořen ve větší míře hospitalizovanými pacienty, nicméně se výrazně neliší od literárních údajů. Z praktického hlediska se jeví uvedená zjištění jako významná. Endoskopické vyšetření horního GIT u pacientů s jaterní cirhózou považujeme za důležitou i vzhledem k časté přítomnosti jiných nálezů, pouze 7,6 % našich pacientů mělo toto vyšetření negativní.

Hematologie

Extrémna anémia v materiálu I. internej kliniky

Bátorová M., Hrušovský Š., Vahančík A., Belovičová M., Šedibová J.

I. interná klinika SZU, FNŠP Bratislava, pracovisko Kramáre

Úvod: Anémia je stav zníženia kapacity nosičov kyslíka v krvi, charakterizovaný znížením hemoglobínu (Hb), počtu erytrocytov a hematokritu. Vzniká v dôsledku poruchy funkcie kostnej drene, zvýšenej deštrukcie či strát erytrocytov, prípadne kombináciou týchto procesov. Anémia môže byť ľahkého (Hb > 100–110 g/l), stredne ťažkého (Hb > 80 g/l) a ťažkého (Hb < 80 g/l) stupňa. Pri akútnom vzniku anémie sa pre udržanie vitálnych funkcií organizmu za kritickú hranicu považuje hladina Hb 50 g/l. Pri chronickom priebehu a adaptácii organizmu sa výnimočne môžeme stretnúť aj s nižšími hodnotami Hb.

Metodika: V našej práci sme analyzovali príčiny extrémnej anémie s hodnotami hemoglobínu pod 50 g/l u chorých hospitalizovaných na našej klinike. V období od decembra roku 2004 do marca roku 2005 sme hospitalizovali 5 pacientov (4 ženy, 1 muž) vo veku 29–70 rokov s anémiou Hb 23–50 g/l. U 3 žien sme zistili chronický vznik anémie,