

8. kongres České gastroenterologické společnosti: abstrakta

8. kongres České gastroenterologické společnosti ČLS JEP
16.–18. října 2025
Clarion Congress Hotel Prague, Praha

VYZVANÉ PŘEDNÁŠKY

Slavnostní zahájení kongresu

Idiopatické střevní záněty

D. Ďuricová

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

Idiopatické střevní záněty (IBD) jsou medikamentózně nevyléčitelná chronická zánětlivá onemocnění gastrointestinálního traktu, která jsou u přibližně třetiny pacientů doprovázena řadou extraintestinálních projevů. Onemocnění je diagnostikováno převážně v adolescentním a mladém dospělém věku. Průběh onemocnění je velmi variabilní a u značného počtu pacientů vede ke snížení kvality života nebo invaliditě. Zatímco incidence IBD ve většině západních zemí světa již dosáhla určitého plató nebo dokonce klesá, v nově industrializovaných zemích lze pozorovat rychlý nárůst incidence. Naproti tomu, prevalence IBD narůstá celosvětově. Přesná etiopatogeneze onemocnění není známa, mezi potenciálně rizikové faktory vzniku IBD patří kouření, užívání antibiotik, kojení a dieta. IBD představuje pro zdravotnický systém vysokou zátěž, ekonomickou i personální. Výzkum a implementace strategií k prevenci IBD jsou proto velmi důležité.

IBD pracovní skupina: optimalizace cílené léčby IBD

Malé molekuly: pro a proti

D. Ďuricová

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

Idiopatické střevní záněty (IBD) jsou medikamentózně nevyléčitelná chronická zánětlivá onemocnění gastrointestinálního traktu. V posledních několika letech se terapeutické spektrum IBD rozšířilo o nový typ terapie – tzv. malé molekuly. Janus kináz (JAK) inhibitory představují jednu skupinu těchto léků. JAK enzymy jsou čtyři intracelulární enzymy (JAK 1, 2, 3 a tyrosinkináza 2), které zprostředkovávají reakci na různé cytokiny nebo růstové faktory podílející se na široké škále buněčných procesů, včetně imunitních reakcí. Pro léčbu IBD byly registrovány tři přípravky: tofacitinib, filgotinib a upadacitinib. Druhou skupinu tvoří modulatory receptorů sfingosin-1-fosfátu (S1P), jejichž předpokládaným mechanismem účinku je regulace migrace lymfocytů ze sekundárních lymfatických orgánů (lymfatických uzlin) do periferního řečiště a následně na místo zánětu. Pro léčbu ulcerózní kolitidy jsou registrována dvě léčiva – ozanimod a etrasimod. Velkou výhodou malých molekul je možnost perorálního podání, absence imunogenity a celkově kratší poločas eliminace. Malé molekuly poskytují velmi příznivý poměr rizika a přínosu pro pacienty a významně rozšiřují terapeutické možnosti pro pacienty s IBD.

Refluxní porucha jícnu: komplexní pohled

Anti-reflux endoscopic therapies (ARETs)

B. Hayee

King's College Hospital, London, UK

There is increasing interest in alternative treatments for acid reflux, particularly where anatomical disruption is minimal and surgical repair is not advantageous. A variety of endoscopic repair procedures have emerged in recent years with varying degrees of evidence to support their use. This lecture will review anti-reflux endoscopic therapies (ARETs) focusing on rationale, technical factors, patient selection and outcomes.

Radiofrekvenční léčba refluxní choroby jícnu: interim výsledky RCT Stretta

K. Košťálová¹⁻³, P. Urbánek¹, Š. Suchánek^{1,2}

¹ Oddělení gastrointestinální endoskopie, Interní klinika 1. LF UK a ÚVN – VFN Praha

² Ústav gastrointestinální onkologie, ÚVN – VFN Praha

³ Katedra vojenského vnitřního lékařství, Vojenská lékařská fakulta UO, Hradec Králové

Úvod: Refluxní choroba jícnu (RCHJ) je častým chronickým onemocněním s výrazným dopadem na kvalitu života. Endoskopická radiofrekvenční terapie (Stretta) je miniinvasivní metoda indikovaná u pacientů s neerozivní refluxní chorobou (NERD) nebo lehkou ezofagitidou (LA A), bez hiátové hernie, kteří nejsou spokojeni s dlouhodobou farmakoterapií. V klinické praxi je však obtížné spolehlivě identifikovat pacienty, kteří z tohoto přístupu skutečně profitují, mimo jiné kvůli překryvu s funkčními poruchami (DGBI). Předkládáme interim výsledky probíhající prospektivní randomizované studie porovnávající efekt Stretta procedury s optimalizovanou konzervativní léčbou. Cílem je zhodnotit dopad obou přístupů na symptomy, spotřebu PPI a acid exposure time (AET), a ověřit hypotézu, že Stretta působí spíše neuromodulačně než mechanickou augmentací dolního jícnového svěrače (LES).

Metodika: Do náborové ambulance vstoupilo 224 pacientů (128 mužů, 96 žen), z nichž bylo po pohovoru či přešetření vyřazeno 171 (nejčastěji pro dominanci DGBI, negativní pH-impedanci či přítomnosti hiátové hernie). Randomizováno bylo 53 pacientů – 27 ve skupině Stretta a 26 do konzervativní větve. Pacienti byli sledováni po dobu 12 měsíců. Primárními parametry byly: denní dávka PPI, skóre GERD-HRQL a RSI ve 3., 6. a 12. měsíci. Sekundárním ukazatelem byla změna AET při 24hod pH-metrii. Data byla analyzována u pacientů s dostupnými párovými hodnotami v daných časových bodech.

Výsledky: Ve skupině Stretta došlo ke statisticky významnému zlepšení všech tří primárních parametrů ve všech sledovaných časových bodech. Denní dávka PPI poklesla z 31 mg na 8 mg ve 3 měsících (medián 0 mg; $p = 0,0003$) a na 0 mg ve 12 měsících ($p = 0,0043$). GERD-HRQL skóre se po 12 měsících snížilo z 28,9 na 14,2 ($p = 0,0262$) a RSI skóre z 18,5 na 10,2 ($p = 0,0019$). Také ve skupině konzervativní léčby byl pozorován statisticky významný pokles denní dávky PPI, avšak bez dosažení nulové denní potřeby PPI ve 12 měsících. Zatímco GERD-HRQL skóre se výrazněji nezměnilo, RSI se postupně zhoršovalo (ve 12 měsících z 14,1 na 20,1; $p = 0,0101$). AET se po Stretta mírně snížilo, ale bez dosažení statistické významnosti. Rozdíly mezi skupinami byly ve všech třech primárních parametrech statisticky významné ve prospěch Stretta. **Závěr:** Interim výsledky ukazují, že Stretta vede u vhodně vybraných pacientů ke zlepšení symptomů a výrazné redukci denní potřeby PPI oproti konzervativní léčbě. Objektívni parametry se výrazněji nemění, což podporuje hypotézu neuromodulačního účinku. Studie zároveň potvrzuje, že mezi pacienty s refluxními obtížemi je výrazný podíl osob s dominující funkční složkou (DGBI), a proto je nezbytná důsledná fenotypizace a pečlivá selekce vhodných kandidátů pro tuto formu intervenční léčby.

Refrakterní refluxní choroba jícnu: diagnostika

L. Zdrhová

I. interní klinika LF UK a FN Plzeň

Refluxní choroba jícnu (RCHJ) je jedno z nejčastějších onemocnění trávicího traktu, v západních zemích postihuje kolem 20 % populace. Téměř polovina pacientů s refluxními potížemi nereaguje adekvátně na úvodní terapeutický management a zůstává částečně nebo významně symptomatická navzdory plné dávce inhibitorů protonové pumpy (PPI). U těchto pacientů pak zvažujeme přítomnost refrakterní refluxní nemoci jícnu. Nicméně odlišit pacienty se skutečnou refrakterní RCHJ od pacientů s refluxními symptomy způsobenými jiným onemocněním jícnu, jako je jícnová hypersenzitivita či porucha jícnové motility, ale i onemocněním s jícnem nesouvisejícím, vyžaduje pečlivé vyšetření. Refrakterní refluxní choroba jícnu je definována jako refluxní symptomy perzistující i přes plnou dávku antisekreční medikace (tzn. PPI 2× denně) a současně evidence patologického refluxu, a to buď endoskopicky nebo pozitivní pH-metrií jícnu s impedancí. Pacienti se skutečnou refrakterní RCHJ představují asi pětinu pacientů s perzistujícími symptomy a příčinou bývá obvykle mechanická dysfunkce antirefluxní bariéry. Tato prezentace shrnuje aktuální doporučené postupy pro vyšetřování pacientů s refrakterními refluxními symptomy. Jejím cílem je zlepšení orientace v současných diagnostických metodách a jejich správné použití v managementu těchto pacientů.

Postfundoplikační dysfagie – diagnostika a léčba

J. Martínek, M. Vašátko

Gastroenterologické a hepatologické oddělení, FN u sv. Anny v Brně

Gastroezofageální refluxní choroba je chronické onemocnění s prevalencí 18–28 %. Inhibitory protonové pumpy jsou nejčastěji používanou léčebnou možností, jejich účinnost je však omezená, a ne všichni pacienti se jimi chtějí léčit. Pokud konzervativní léčba není dostatečně účinná nebo pacienti dlouhodobě nechťejí užívat antisekreční terapii, je možné nabídnout fundoplikaci jako alternativu. Laparoskopická fundoplikace představuje standardní antirefluxní postup, který je relativně účinný a bezpečný. Jakýkoli typ fundoplikace může být doprovázen nežádoucími účinky jako jsou nadýmání, neschopnost zvracet či dumping syndrom. Postfundoplikační dysfagie (PFD) je dalším nežádoucím účinkem, který se může objevit po antirefluxní operaci. Vyskytuje se u 40–70 % pacientů a obvykle bývá přechodná. Nicméně 8–35 % pacientů může mít PFD déle než jeden rok. Dlouhodobá dysfagie po fundoplikaci může vést ke sníženému příjmu potravy a k progresivní dysfunkci jícnu, která má za následek rozvoj „pseudoachalázie“. Celá situace, není-li řešena, významně snižuje kvalitu života. Pneumatická dilatace (dříve považována za léčbu první volby) nemůže být v současnosti považována za vhodnou, protože v poslední randomizované studii (2022) nebyla PD lepší než sham/placebo procedura. V důsledku toho zůstává operace u těchto pacientů jedinou možností léčby. Perorální endoskopická myotomie (POEM) se stala standardní léčbou pro léčbu achalázie jícnu. Kromě poruch motility jícnu byl POEM hodnocen také u malé kohorty pacientů s refrakterní PFD a sekundární motilitou. Účinnost byla až 75 %. V současnosti však chybí prospektivní data hodnotící účinnost a bezpečnost POEM v této prozatím off-label indikaci. V našem centru jsme provedli již několik POEM u pacientů s chronickou PFD s dobrým efektem. Zásadní úlohu v diagnostice i terapii má provedení impedanční planimetrie jícnu (EndoFLIP).

Endoskopická sekce: pankreato-biliární choroby

Jaké máme endoskopické možnosti při řešení obtížné cholelitiázy?

I. Mikoviny Kajzlíková¹, P. Vítěk²

¹ Beskydské Gastrocentrum, Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.

² Katedra interních oborů LF OU, Beskydské Gastrocentrum, Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.

Obtížná choledocholitiáza nemá dle publikovaných guidelines jednotnou definici, ale obecně lze říci, že je to taková choledocholitiáza, kterou nelze vyřešit pomocí standardních endoskopických postupů s provedením endoskopické papilosfinkterotomie a extrakcí litiázy pomocí extrakčního balonu nebo košíku. Je definována několika faktory: velikostí, tvarem a počtem konkrementů, umístěním konkrementu (intrahepatálně, v d. cystikus, impaktace) a anatomickými poměry (úzký/angulovaný distální choledochus, striktury, divertikly, alterovaná anatomie horního zažívacího traktu). Pokud selhává standardní řešení, je třeba využít pokročilé techniky, jako je balonová sfinkteroplastika, mechanická litotrypse nebo cholangioskopie s litotrypsemi (elektrohydraulická, laserová). V případě alterované anatomie horního zažívacího traktu po chirurgických výkonech sem patří i enteroskopy či endosonograficky navigované přístupy k Vaterké papile.

Celiakie a malabsorpční poruchy

Diferenciální diagnostika malabsorpčních stavů: jaká je úloha endoskopie?

P. Kohout

Interní klinika 3. LF UK a FTN, Praha

Malabsorpční stav (malabsorpční syndrom) v širším slova smyslu je definován jako porucha trávení a/nebo vstřebávání hlavních živin, minerálních látek, vitaminů, stopových prvků a vody v trávicím traktu. Porucha trávení (maldigestce) je způsobena nedostatkem trávicích enzymů (např. HCl, pepsin, pankreatické enzymy, disacharidázy, dipeptidázy...) nebo dysbiózou (změnami střevní mikrobioty). Porucha vstřebávání (malabsorpční stav v užším smyslu slova) je způsobena buď poškozením sliznice (buněčná atrofie), poruchou transportu živin (cukrů, aminokyselin či mastných kyselin) střevní sliznicí. Hlavními příznaky jsou průjem, hubnutí, neprospívání, nadýmání, bolesti břicha, hypovitaminózy, anémie, osteopenie, osteoporóza a případně další. Malabsorpční stavy rozdělujeme na primární a sekundární. K primárním patří: celiakie (netropická sprue), tropická sprue, Crohnova choroba tenkého střeva, deficit disacharidáz či poruchy transportu živin, k sekundárním Whippleova choroba, syndrom krátkého střeva, syndrom slepé klíčky, pankreatická insuficience, exsudativní enteropatie, postiradiační enteritida/kolitida, polékové enteritidy, ischemická enteropatie a další. V diferenciální diagnostice je klíčová anamnéza, laboratorní vyšetření a zobrazovací vyšetření. Endoskopická vyšetření slouží k diferenciální diagnostice malabsorpčních stavů, a to jak přímým zobrazením – gastrokopie, koloskopie, enteroskopie (push enteroskopie, kapslová enteroskopie, double-balloon enteroskopie), případně endosonografie (spíše než ERCP), tak vyšetřením biopsických vzorků. Klíčové je histologické vyšetření biopsických vzorků (celiakie, Whippleova choroba, idiopatické střevní záněty, ischemické, postiradiační poškození, případně imunohistochemické vyšetření – k vyloučení deficitu disacharidáz, případně biopsie pankreatu či jiných lézí v okolí žaludku či duodena.

Endoskopický obraz celiakie a jeho validita

L. Douda, M. Kopáčková, P. Morávková, I. Tachecí

II. interní gastroenterologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Úvod: Celiakie je chronické, multisystémové, imunitně podmíněné onemocnění u geneticky predisponovaných jedinců jakéhokoliv věku vyvolané v potravě obsaženým lepem. Tenké střevo je u pacientů s celiakií centrálním orgánem ve smyslu patogeneze, klinické manifestace i diagnostiky. Endoskopické hodnocení tenkostřevního poškození (s nutnou histologickou verifikací) má v současné době nezastupitelnou roli v diagnostice nemoci, avšak jeho validita je diskutabilní. **Cíl:** Zhodnotit validitu endoskopických znaků celiakie ve srovnání s histologickým nálezem, upozornit na možná úskalí endoskopické diagnostiky a na možnosti moderních vyšetřovacích technik. **Metodika:** Byla provedena rešerše aktuální literatury se zaměřením na studie hodnotící význam endoskopických znaků celiakie a na využití pokročilých vyšetřovacích metod. **Výsledky:** Endoskopické znaky celiakie mají relativně vysokou specifitu a relativně nízkou senzitivitu. Z endoskopických znaků má nejvyšší diagnostickou hodnotu vroubkování (scalloping) tenkostřevní sliznice. Pokročilé metody endoskopického zobrazení vykazují v pilotních studiích vyšší senzitivitu, nicméně histologie zůstává nezbytným zlatým standardem. Endoskopické znaky mohou usnadnit cílení (a případnou redukci počtu) biopsií a podpořit rozhodování v klinické praxi. **Závěr:** Endoskopie je důležitým, ale nedostatečně senzitivním nástrojem pro diagnostiku celiakie. Biopsie tenkostřevní sliznice a histopatologické vyšetření zůstávají i nadále nutností pro pevné stanovení diagnózy celiakie. Nové vyšetřovací metody a techniky slibují zlepšení validity a jejich rutinní využití bude vyžadovat další ověření.

Kapslová enteroskopie u malabsorpčních stavů a celiakie

J. Štoviček^{1,2}

¹ Interní klinika LF UK a FN v Motole, Praha

² Klinika ResTrial, Praha

Malabsorpční stavy jsou možnou příčinou chronického průjmu, sideropenické anémie, nechtěného úbytku hmotnosti a deficitů mikronutrientů. Kapslová enteroskopie (CE) tuto mezeru vyplňuje ve vyšetřovacím algoritmu, kdy při negativní gastrokopii a koloskopii umožní v jediném, pro pacienta minimálně zatěžujícím vyšetření vizualizaci tenkého střeva v celém rozsahu a poskytuje informace důležité pro další management. V celiakii CE nenahrazuje iniciální histologickou verifikaci z duodena, její význam však výrazně stoupá u perzistujících symptomů či podezření na refrakterní formu a komplikace. V algoritmu malabsorpce má CE přednostní roli u pacientů s nevysvětlenou sideropenickou anémií a u chronického průjmu po vyloučení „proximálních“ příčin a po negativní koloskopii s ileoskopií. U celiakie se CE uplatňuje zejména u na léčbu neodpovídajících (refrakterní) celiakie k mapování rozsahu

vilózní atrofie a postižení jejuna/ilea, k detekci komplikací (ulcerózní jejunoileitida, striktury) a k vyloučení malignit, zejména s celiakální enteropatií asociovaného T-lymfomu a adenokarcinomu. Pro celiakii je typický obraz zahrnující scalloping (vroubkování řas), mozaikovitý reliéf, redukci či ztrátu řas, zvýraznění submukózní vaskulatury a nodularity; interpretace musí brát v potaz diferenciální diagnostiku, především intestinální lymfangiectázii, postinfekční změny a NSAID-enteropatii. U vysoce suspektní celiakie u dospělých, kteří nemohou nebo odmítají endoskopii s biopsiemi, může CE poskytnout morfologickou oporu pro rozhodování, finální diagnózu však i v těchto situacích ideálně potvrzuje histologie. Mimo celiakii CE významně pomáhá v diagnostice dalších malabsorpčních stavů s protein-losing enteropatií, například u primární intestinální lymfangiectazie, kde jsou typicky popisovány bělavé, zbytnělé klky („white villi“). Nález umožňuje zmapovat rozsah postižení a zacílit následnou device-assisted enteroskopii (DAE) s biopsiemi. U zánětlivých a lékových enteropatií (Crohnova choroba tenkého střeva, NSAID-indukované léze) CE identifikuje eroze, afity, vředy, striktury a pomáhá stanovit rozsah onemocnění. CE má své místo i v diagnostické nádorových onemocnění tenkého střeva, obvykle v kombinaci s dalšími metodami (MR enterografie, CT, DAE). Kvalita vyšetření na přehlednosti tenkého střeva a standardizovaném čtení. Stran potřeby přípravy a způsobu přípravy tenkého střeva před vyšetřením nejsou názory jednotné, výsledky provedených studií nejsou jednoznačné, v praxi je postup většinou dát zvyklostmi a protokolem provádějícího pracoviště. V části případů je vhodná kombinace lehké diety a projímadla, event. s doplněním simetikonu. Standardizovaný popis vyšetření by měl zhodnotit jednak přehlednost nálezu, rozsah záznamu a adekvátně popsat patologické nálezy a jejich přibližnou lokalizaci. Čas potřebný k zhodnocení nálezu je kritickým momentem pro vyšetřujícího, a i pro širší dostupnost kapslové enteroskopie. Již nyní jsou využívány nástroje pro poloautomatické hodnocení nálezu (vyřazení duplicitních snímků a zkrácení doby čtení), objevují se systémy AI (artificial intelligence), které dále pomáhají zkrátit dobu vyšetření a mají potenciál zvýšit senzitivitu nálezu. Vyšetření je ve většině případů bezpečné, jediným zásadním rizikem je možnost retence kapsle v gastrointestinálním traktu. Předějit této komplikaci vyžaduje aktivní přístup – se zvážením individuálního rizika – především u pacientů se suspektní stenózou (anamnestické subileózní stavy), refrakterní celiakie, předchozí operace tenkého střeva a dlouhodobé užívání NSAID. V těchto případech je provedení jiné zobrazovací metody (obvykle MRE) jednoznačně indikováno a lze zvážit použití tzv. patency kapsle k ověření průchodnosti. Při retenci kapsle je preferován konzervativní postup s observací a farmakoterapií, při perzistenci retence nebo známkách obstrukce je indikována extrakce cestou DAE, výjimečně chirurgicky. Diagnostický postup u pacientů s celiakií nebo podezřením na malabsorpční syndrom v ambulantní praxi lze shrnout do tří častých scénářů. 1. U celiakie s perzistujícími symptomy nebo podezřením na refrakterní formu následuje po základním zhodnocení CE a podle nálezu cílená DAE s biopsiemi. 2. U chronického průjmu a malabsorpce po negativní koloskopii a gastrokopii představuje CE první krok k posouzení tenkého střeva; nález pak určuje směr další péče (DAE, MR enterografie...). 3. U nevysvětlené sideropenické anémie CE pomůže odhalit možný zdroj v tenkém střevě a umožňuje rychle navázat terapeuticky nebo diagnosticky cíleným výkonem. Kapslová enteroskopie tak představuje klíčový, patientsky šetrný nástroj pro komplexní zhodnocení tenkého střeva u malabsorpčních stavů. V diagnostice celiakie je stále základní sérologie a histologie, CE však zvyšuje diagnostickou jistotu a mění péči u non-refrakterních forem a komplikací. Základním kamenem úspěchu je správná indikace. Úspěch metody závisí na správné indikaci, adekvátní přípravě, standardizovaném čtení a důsledné prevenci retence.

Pestrý obraz maligních komplikací celiakie

B. Packová, J. Prokešová, M. Dastych, R. Kroupa

Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno

Celiakie je imunitně mediovaná enteropatie spuštěna požitím lepku u geneticky predisponovaných osob. Může být komplikována nejen malnutricí, souběhem jiných autoimunitních chorob a refrakterní celiakií, ale také malignitami. Frekvence malignit u pacientů s celiakií se pohybuje mezi 3 a 11 % (0–7 % v případě lymfomů). Z 285 pacientů s diagnózou celiakie vyšetřovaných či sledovaných ve Fakultní nemocnici Brno v letech 2014–2024 jsme diagnostikovali šest maligních komplikací. Nejčastější maligní komplikací byl adenokarcinom tenkého střeva, který byl detekován u pěti pacientů. U jednoho pacienta jsme diagnostikovali velkobuněčný B-lymfom. S T-lymfomem asociovaným s enteropatií jsme se za posledních deset let ve FN Brno nesetkali. I když jeho relativní riziko rozvoje u pacientů s celiakií oproti zdravé populaci je z maligních komplikací nejvyšší (RR 35,8), je to jednotka velice vzácná s incidencí 0,1/100 000 osob/rok. Proto se v klinické praxi častěji setkáváme s velkobuněčným B-lymfomem nebo adenokarcinomem tenkého střeva. Bývají diagnostikovány v pozdním stadiu, což se podílí na jejich závažné prognóze. Rozvoj i průběh těchto onemocnění je velmi pestrý, což ukazujeme na našem souboru šesti pacientů. Celiakie je onemocnění časté, naopak její maligní komplikace velmi vzácné. Musíme tedy spíše pátrat po tom, co tyto pacienty spojuje. V literatuře jsou mužské pohlaví, klasická forma celiakie, zpoždění diagnózy či neléčená celiakie, HLA-DQ2 homozygotita a perzistentní atrofie klků uváděny jako rizikové faktory maligních komplikací. Rozsáhlá švédská studie vyhodnotila, že nejvyšší riziko maligní komplikace mají pacienti, u nichž byla celiakie diagnostikována po 60. roce věku. U našich pacientů byly tři případy diagnózy celiakie po 60. roce věku, čtyři případy perzistentní atrofie klků a pět případů pozdně diagnostikované či neléčené celiakie. Povědomí o maligních komplikacích celiakie, znalost jejich rizikových faktorů a průběhu onemocnění může vést k časnější diagnostice a příznivější prognóze.

Sekce ambulantních gastroenterologů

Jen mírně zvýšené jaterní testy?

M. Pročke

Interga, spol. s r.o. – gastroenterologická a hepatologická ambulance, Praha

Pacientem je 63letý muž s nadváhou (BMI 29,3 kg/m²), léčený pro hypertenzi, dyslipidemii, bez výraznějšího abúzu alkoholu, nekuřák. Dle dokumentace byly u tohoto pacienta v rámci preventivních prohlídek a předoperačního vyšetření opakovaně zachyceny mírně zvýšené hodnoty jaterních enzymů, především ALT a GGT, podrobnější vyšetření nebylo provedeno, až po několika letech byl pacient odeslán k hepatologickému vyšetření. Vstupní sonografie prokázala difúzní hepatopatii charakteru steatózy, bez známek jaterní cirhózy či portální hypertenze. Laboratorní vyšetření vyloučilo infekční a imunitně podmíněné hepatopatie, byla stanovena diagnóza MASLD. Provedená elastografie prokázala pokročilou jaterní fibrózu. Pacient je nadále sledován v hepatologické ambulanci s pravidelnými kontrolami laboratorních parametrů, sonografie a jaterní elastografie, stav je dosud stabilizovaný. Kazuistika ilustruje důležitost včasné diagnostiky chronických jaterních onemocnění i u pacientů s jen nevýrazným laboratorním nálezem.

Diagnostika jaterní fibrózy v každodenní praxi: kdo, kdy, jak?

J. Šťovíček^{1,2}

¹ Interní klinika LF UK a FN v Motole, Praha

² Klinika ResTrial, Praha

Úvod: S rozvojem poznání o jaterní steatóza a fibróze se praktičtí lékaři, diabetologové, ale i další odborní lékaři více věnují zvýšeným jaterním testům a jejich diferenciální diagnostice. Řada laboratoří dnes nabízí kalkulovaná skóre rizika fibrózy (nejčastěji FIB-4). Zároveň s tím logicky narůstá počet pacientů referovaných do gastroenterologických a hepatologických ambulancí s podezřením na jaterní fibrózu. Přednáška prakticky ukáže, jak postavit jednoduchý, dvoustupňový algoritmus vhodný pro ambulantní triáž i navazující specializovanou péči, a jak se vyhnout nejčastějším úskalím při interpretaci neinvazivních testů (NIT). Opřeme se o současná doporučení a kvalitativní standardy vyšetření elastografie, o pravidla neinvazivního posouzení portální hypertenze a jasněji vymezíme situace, kdy má být indikována jaterní biopsie. Depistážní přístup cílí na osoby s vyšším rizikem MAFLD (Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease) – s DM2, obezitou, dyslipidemií, arteriální hypertenzí, přetrvávajícími elevacemi ALT/AST a na náhodný nálezný steatózy (UZ/MR). V ambulanci se osvědčuje dvoukrokový postup: 1. jednoduchý krevní skórovací test (preferenčně FIB-4); 2. potvrzení rizika elastografií (tranzitorní elastografie (VCTE), 2D Shear Wave elastografie (2D-SWE), point Shear Wave elastografie (pSWE)) či v českém kontextu spíše hypoteticky i rozšířený neinvazivní Enhanced liver fibrosis test ELF či MR elastografie – podle dostupnosti a klinických souvislostí. Guidelines EASL z roku 2021 podporují kombinaci krevních skóre a měření jaterní tuhosti k identifikaci pokročilé fibrózy a k prognostické stratifikaci u cACLD. FIB-4 je vhodné „první síto“; jeho prognostická hodnota je doložena napříč kohortami, ale výkon se mění s věkem. U osob starších 65 let klesá specifická při standardním dolním cut-offu 1,3 a je diskutován věkově upravený práh ~2,0, ačkoli novější data zpochybňují nutnost této úpravy. Výsledky FIB-4 je proto ve sporných případech potřeba potvrzení NIT druhé linie. U ≤ 35 let je přesnost nízká – FIB-4 má sloužit spíše k rychlému přesunu do kroků s elastografií. Výpovědní hodnota elastografických metod je závislá na kvalitě provedení. Standardy zahrnují lačnění, krátký klidový interval, mezižebří přístup, výběr vhodné sondy a kontrolu kvality: pro transientní elastografii alespoň 10 validních měření u 2D-SWE pak 3–5 akvizic. Falešně zvýšené hodnoty lze očekávat při zánětu/cholestáze, městnání, po jídle či po zátěži; v případě VTCE u obezích pomůže XL sonda. V případě podezření na portální hypertenzi připojí poslední doporučení (Baveno VII) možnost vynechání screeningové gastroscopie a stanovení či vyloučení klinicky signifikantní portální hypertenze – gastroscopii lze vynechat při elastografických hodnotách tuhosti jater (LSM) <20 kPa a hodnota trombocytů > 150 × 10⁹/l; klinicky signifikantní portální hypertenzi lze pravděpodobně potvrdit při LSM ≥ 25 kPa. Tato pravidla zkracují cestu k nasazení neselektivní betablokátorů u vhodných nemocných a šetří potřebu endoskopií u níže rizikových. Jaterní biopsie je indikována při nesouladu neinvazivních testů, při podezření na alternativní/překryvnou etiologii (AIH, cholestatické jednotky, hereditární choroby), u klinicko-laboratorního nesouladu a tam, kde výsledek zásadně mění léčebné rozhodnutí (např. výběr pacienta pro specifickou farmakoterapii MASH). **Závěr:** Praktický, dvoustupňový algoritmus (FIB-4 → elastografie) je proveditelný v ambulantním prostředí a bezpečně odliší většinu nízkorizikových od pacientů vyžadujících specializovanou péči. Biopsie zůstává cíleným nástrojem pro nejasné či rozhodující situace.

Helicobacter pylori: co nového

J. Martínek, M. Jurčišinová

Gastroenterologické a hepatologické oddělení, FN u sv. Anny v Brně

Infekce *H. pylori* patří k nejčastějším tématům, se kterým se privátní gastroenterolog setká. Pohledy na diagnostiku, indikace léčby i léčbu samotnou se během let změnily. Ve světě byla publikována řada doporučených postupů, které se ve svém přístupu k diagnostice a léčbě infekce liší. V Evropě se většinou řídíme podle konsenzu Maastricht VI / Florence, který byl *in extenso* publikován v roce 2022 a praxi se lze řídit i podle novějších amerických doporučení (ACG 2024). Mezi hlavní novinky patří: **1. Kdo by se měl léčit (indikace):** V současné době je doporučeno léčit všechny pacienty s potvrzenou infekcí *H. pylori*, pokud nejsou kontraindikace. Zejména se jedná o pacienty s peptickým vředem, MALT lymfomem, po resekci žaludku z důvodu karcinomu, pacienti s autoimunitní gastritidou, osoby se zvýšeným rizikem karcinomu žaludku apod. Není shoda, zda aktivně vyhledávat infekci v populaci (screen and treat), v České republice takový přístup není zaveden ani diskutován. Není ani nutné testovat přítomnost infekce u všech pacientů, kteří podstupují endoskopické vyšetření. Nicméně v případě testování a pozitivního výsledku má následovat eradikační léčba a ověření jejího efektu s odstupem. Při neúspěšné léčbě je namístě opakování léčby, zvláště u jednoznačných indikací zmíněných výše. **2. Jak léčit:** Kvůli rostoucí rezistenci na klarithromycin (a dalším antibiotikům) se standardní trojkombinace (PPI + amoxicilin + klarithromycin) již nedoporučuje jako empirická léčba první volby v oblastech s vysokou rezistencí nebo pokud nebyla potvrzena citlivost. Čtyřkombinace (bismut + 2 antibiotika + protonový inhibitor) je většinou doporučení udáváná jako empirická léčba první volby. Jako nejčastěji doporučovanou léčbou druhé volby je trojkombinace bismutu, levofloxacinu a protonového inhibitoru. Tyto léčby se podávají 14 dní. Existuje řada režimů v případě selhání první či druhé empirické léčby, vždy by se před jejím podáním měla testovat citlivost na daná antibiotika (např. rifabutin). V určitých situacích lze využít i sekvenční léčbu (např. 10 dní celkem, prvních 5 dní: protonový inhibitor + amoxicilin; dalších 5 dní: protonový inhibitor + klarithromycin + metronidazol), většinou jako léčbu druhé linie. **3. Kdy a jak testovat rezistenci na antibiotika:** Vždy po selhání léčby (stačí selhání první léčby) a doporučuje se i před použitím klarithromycin-obsahujícího empirického režimu. K testu se používají mimo kultivací i molekulární genotypové testy.

Když kolitida není IBD...

L. Hrdlička

Klinika ResTrial, Praha

Sdělení se zabývá diferenciální diagnostikou idiopatických střevních zánětů (IBD), přičemž zdůrazňuje potřebu rozlišit tyto nemoci od jejich imitací a komplikací. Hlavním cílem je poskytnout přehled o tom, jak v klinické praxi správně identifikovat a odlišit IBD od jiných stavů, které mohou mít podobné klinické projevy, ale vyžadují zcela odlišnou péči. Tento přístup je klíčový pro správnou léčbu a management pacientů s podezřením na IBD. Dále zdůrazňujeme důležitost přesného profilování pacientů a nabízíme praktický přístup k nalezení faktorů, které by měly pomoci spolehlivě identifikovat příčiny střevního zánětu. Mezi ně (mimo IBD) patří nejen infekční kolitidy – včetně speciální pozornosti věnované pacientům z endemických oblastí tuberkulózy – ale také cévní onemocnění, diverzní kolitida, s divertikly asociovaná kolitida nebo změny vzniklé v souvislosti s ozářením, abúzem některých léků, ale také některá nádorová (lymfom) nebo vzácnější autoimunitní systémová onemocnění. U pacientů s již prokázaným IBD může superinfekce cytomegalovirem nebo *Clostridium difficile* zhoršit průběh nebo endoskopický nálezný, zejména u imunosuprimovaných. Závěrem je pozornost věnována často komplikované diferenciální diagnostice perianálního onemocnění.

Sekce mladých gastroenterologů

Krvácení z gastrických varixů: přehledová přednáška

L. Kunovský¹⁻³

¹ II. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická LF UP a FN Olomouc

² Gastroenterologické oddělení a digestivní endoskopie, LF MU a MOÚ, Brno

³ Chirurgická klinika LF MU a FN Brno

Krvácení z gastrických varixů představuje závažnou, i když méně častou komplikaci portální hypertenze s vysokou morbiditou a mortalitou. Terapie se významně liší od přístupů používaných u jícnových varixů a vyžadují specifické endoskopické i intervenční postupy. Přednáška poskytne přehled současných poznatků o patofyziologii, klasifikaci a diagnostice gastrických varixů a shrne dostupné možnosti endoskopické, farmakologické a radiologické léčby. Zvláštní důraz bude kladen na aktuální doporučení Evropské společnosti pro gastrointestinální endoskopii (ESGE – European Society of Gastrointestinal Endoscopy).

Akutní selhání jater: kazuistika

D. David

Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

Pacient (56 let), recentně po návratu z Vietnamu, byl hospitalizován na infekční klinice jiného pracoviště pro 5 dní trvající zvracení, febrilie a světlou stolicí. Anamnesticky byla vyloučena konzumace rizikových potravin (mořské plody, syrové maso atd.), požití hub či užívání nových léků. Na febrilie užil jednu tabletu 500 mg paralenu. Pacient byl vstupně ikterický, plně orientován bez známek jaterní encefalopatie. Laboratorně dominovala elevace bilirubinu (142 µmol/l), jaterních enzymů (AST 19 µkat/l, ALT 30 µkat/l, ALP 1,8 µkat/l, GGT 2,9 µkat/l) a koagulopatie (INR 2,4). Sérologicky byly známky reaktivity HBV s pozitivní virovou replikací, dále byly známky st.p. HAV a st.p. HEV. Sonografie břicha byla kromě lehce zvýšené echogenity jater s normální nálezy jater, bez obstrukce žlučových cest. U pacienta byla zahájena antivirová terapie tenofovirem. Za hospitalizace progredovala koagulopatie (INR 2,4–3,4), hyperbilirubinémie a hyperamonémie. CT břicha bylo s obrazem edému jater či steatózy, bez jiné významné patologie. Vzhledem k progresi jaterní dysfunkce byl pacient k další léčbě přeložen na naše pracoviště. Pacient splňoval King's college kritéria akutního jaterního selhání, proto byl zařazen urgentně na čekací listinu k transplantaci jater. Za hospitalizace rychle progredovala jaterní encefalopatie do II. stupně (letargie, dezorientace), pro kterou byl nutný překlad na anesteziologicko-resuscitační kliniku k rozšířené podpůrné terapii jaterního selhání včetně výměnné plazmaferézy. Po 3 dnech byla nabídka AV0 kompatibilního štěpu a pacient podstoupil transplantaci jater. Během výkonu byl nález cirhotických jater a odsáty 3 l ascitu. Po výkonu došlo k rychlému rozvoji funkce jaterního štěpu, pacient byl časně extubován a jeho stav se postupně upravuje.

Gastrointestinální onkologie

Karcinom jícnu: dvě diagnózy, dva přístupy – role endoskopie v éře personalizované medicíny

K. Košťálová¹⁻³, Š. Suchánek^{1,2}

¹ Oddělení gastrointestinální endoskopie, Interní klinika 1. LF UK a ÚVN – VFN Praha

² Ústav gastrointestinální onkologie, ÚVN – VFN Praha

³ Katedra vojenského vnitřního lékařství, Vojenská lékařská fakulta UO, Hradec Králové

Adenokarcinom (EAC) a spinocelulární karcinom (SCCA) jícnu představují dvě biologicky odlišné jednotky, vyžadující rozdílný přístup k diagnostice, stagingu i léčbě. V rámci prezentace je podrobně porovnán současný stav poznání obou entit z pohledu endoskopické medicíny a přiblíženy principy individualizovaného rozhodování při časném karcinomu jícnu. Epidemiologicky dominuje EAC v západních zemích, je spojen s refluxní chorobou, obezitou a Barrettovým jícnem. SCCA převažuje ve východní Asii a je silně asociován s kouřením a alkoholem. Oba typy vznikají z odlišných prekurzorových lézí, které lze endoskopicky rozpoznat – Barrettova metaplasie s dysplazií (EAC) a dlaždicová intraepiteliální neoplazie (SCCA). Klíčová je proto precizní endoskopická diagnostika pomocí chromoendoskopie, optického zvětšení a standardizovaných klasifikací. V terapii časných karcinomů je zásadní stanovení hloubky invaze, diferenciace a přítomnosti lymfovaskulární invaze. Zatímco u T1a low-risk EAC i SCCA je endoskopická resekce bezpečně kurativní, další kategorie jsou již významně odlišné. U EAC je za low-risk T1b považována léze s invazí do submukózy do 500 µm (sm1), bez známek špatné diferenciace a bez lymfovaskulární invaze, s rizikem uzlinových metastáz < 2 %. U SCCA je však riziko lymfatických metastáz významně vyšší i při mělké invazi (sm1), a proto se endoskopická terapie používá u této jednotky pouze u T1a nebo velmi selektivně. Specifickým tématem je tzv. T1a high-risk EAC – tedy intramukózní léze s nízkou diferenciací nebo známkami lymfo- či vaskulární invaze. I tyto léze již nesplňují podmínky pro kurativní resekci, a i u jinak zdravých pacientů se často doporučuje chirurgická léčba, ačkoliv některé případy lze zvážit k dispenzarizaci dle stratifikace rizika. Současná data ukazují, že i vybrané případy high-risk T1b EAC lze za určitých podmínek sledovat, pokud nejsou přítomny uzlinové či vzdálené metastázy. U pacientů s komorbiditami nebo odmítajících chirurgii může být endoskopická léčba akceptovatelnou volbou i mimo kurativní rámec – na základě individuálního zhodnocení MDT týmem. Prezentace poskytuje algoritmy rozhodování, přehled indikací a limitací ESD/EMR u obou typů karcinomu a zdůrazňuje, že endoskopická terapie dnes představuje standardní léčbu v expertních centrech. Klíčová je přitom přesná endoskopická fenotypizace jako výchozí bod celého léčebného procesu – v souladu s principy personalizované medicíny.

Telemedicína a umělá inteligence v gastroenterologii

AI v horní endoskopii: hype, nebo gamechanger?

I. Mikoviny Kajzrlíková

Beskydské Gastrocentrum, Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.

V posledních letech proniká umělá inteligence (AI) do všech oblastí běžného i pracovního života, nevyjímaje medicínu a gastrointestinální endoskopii. Technologicky se nejčastěji jedná o konvoluční neuronové sítě (CNN) trénované na rozsáhlých databázích endoskopických nálezů. Zatímco v endoskopii dolního zažívacího traktu se na některých pracovištích již stala AI běžnou součástí praxe, její využití v horní endoskopii je v ranější fázi a není zatím v běžné praxi zažit. V roce 2020 Americká společnost pro gastrointestinální endoskopii publikovala priority klinického využití umělé inteligence. K prioritám v oblasti horního zažívacího traktu patří detekce dysplazie v Barretově jícnu a detekce prekursorových lézí a časněho karcinomu žaludku. Dosud publikované studie ukazují slibné výsledky, některé systémy dosahují senzitivity přes 90 % pro detekci časněho karcinomu žaludku, jejich přesnost se blíží zkušeným endoskopistům, výhodou je konzistentní výkonnost bez vlivu načasování vyšetření v průběhu dne, únavy či dalších okolností. AI v gastroskopii by kromě detekcí lézí v reálném čase a klasifikace abnormalit měla sloužit i k zajištění konzistentní kvality včetně sledování úplnosti vyšetření a automatizace dokumentace. Stále jsou zde ovšem nezodpovězené otázky ohledně regulace, etiky, zodpovědnosti za diagnózu a možné ztráty endoskopické dovednosti budoucích lékařů. AI v horní endoskopii se zatím nachází na pomezí mezi hype a gamechangerem, má potenciál stát se důležitou součástí endoskopie, pokud bude využívána s rozumem.

Endoskopická léčba obtížných kolorektálních neoplazie

Specifika endoterapie neoplazií u IBD

M. Lukáš

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

Endoskopie představuje základní vyšetřovací metodu pro diagnostiku a monitoraci idiopatických střevních zánětů. Riziko vzniku kolorektálního karcinomu (KRK) je u IBD pacientů cca 1,5x vyšší, než u non-IBD populace. Dlouhodobá aktivita zánětu často vede ke vzniku strukturálních změn ve střevní stěně, které následně významným způsobem mohou ovlivnit případný endoterapeutický zákrok. Recentně publikované práce zaměřené na subpopulaci IBD pacientů prokazují srovnatelnou účinnost a bezpečnost pokročilých resektálních metod, jako je endoskopická submukózní disekce, ve srovnání s běžnou populací s obdobnou mírou rizika perforace a krvácení. Rozdílné riziko vzniku neoplazie s sebou přináší i odlišná doporučení k provádění dispenzárních vyšetření, stejně tak přináší i rozdílné postupy v jejich odstraňování. Detailní znalost problematiky je tak zcela klíčová k včasnému zachytu přednádorových lézí a snížení rizika vzniku KRK. Nově formovanou a samostatnou kapitolu endoskopické terapie u IBD vytvoří problematika „predysplastických“ změn, které jsou běžně v literatuře označovány jako serrated epithelial change (SEC).

Endoskopická submukózní disekce neoplazií na volném tračníku

R. Procházka, J. Válek

Oddělení gastroenterologie, Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Endoskopická submukózní disekce (ESD) je etablovanou metodou *en bloc* resekce časných neoplastických lézí v rektu. Provádění výkonu na volném tračníku je technicky náročnější vzhledem k tenké střevní stěně a vyššímu riziku komplikací. K zvýšení úspěšnosti *en bloc* R0 excize a snížení rizika nežádoucích příhod se proto využívají trakční techniky a sutura slizničního defektu. V retrospektivní analýze 30 pacientů, u nichž byla během posledních 7 měsíců provedena ESD na volném tračníku, byla dynamická trakce pomocí jedné či více klipovaných gumiček použita v 60 % (18) výkonů. Indikací k trakci byla nepřehledná nebo obtížně přístupná submukózní vrstva, a to v důsledku fibrózy nebo kolmější pozice. Statistická analýza prokázala, že trakce zvyšuje pravděpodobnost dosažení *en bloc* resekce, avšak současně prodlužuje dobu výkonu. Ošetření postresekční plochy bylo provedeno v 90 % případů: endoskopická sutura u 53 % (16), uzávěr pomocí klipů (TTS nebo OVESCO) u 27 % (8) a aplikace hemostatického gelu u 10 % (3). Endoskopická sutura X-Tack byla častěji použita u pravostranných a větších lézí, zatímco systém SutuArt u lézí v terminálním tračníku. Jediný případ odloženého krvácení byl zaznamenán u pacienta, u něhož defekt po ESD zůstal neošetřen. Navzdory menšímu souboru výsledky potvrzují literární data, že kombinace trakce a sutury zvyšuje úspěšnost ESD na volném tračníku. Trakce usnadňuje technické provedení *en bloc* R0 disekce, zatímco sutura hraje zásadní roli ve snížení rizika odložených komplikací, zejména krvácení a pozdní perforace.

PS pro bariatrickou endoskopii

Extrémní proměny po extrémním úbytku: role plastické chirurgie v obezitologické péči

M. Kubík^{1,2}

¹ Klinika plastické chirurgie 1. LF UK a FN Na Bulovce, Praha

² Klinika plastické chirurgie Esthé, Praha

Plastická chirurgie je tradičně vnímána zejména prizmatem estetických výkonů, její záběr je ale mnohem širší – zahrnuje chirurgii ruky, popáleninovou medicínu, rekonstrukční a replantační chirurgii i komplexní transplantační výkony. Významným polem působnosti jsou rovněž chirurgické výkony po masivním váhovém úbytku, které stojí na pomezí čistě estetické a „klasické“ plastické chirurgie. V rámci obezitologické péče se tak plastická chirurgie stává přirozeným partnerem dalších odborností, včetně gastroenterologie. Výrazný pokles hmotnosti u pacientů (ať už svépomocný, nebo po bariatrických operacích) s sebou často nese nejen zásadní zdravotní benefity, ale také obtíže spojené s kožními nadbýtky a jejich funkčními i hygienickými důsledky – mechanická omezení, intertrigo, opakované kožní onemocnění a bolestivost. Tyto obtíže mohou zásadně snížit kvalitu života pacienta

i jeho schopnost plně využívat výsledky bariatrické léčby. Plastická chirurgie v této fázi vstupuje do péče s cílem obnovit funkčnost, zlepšit komfort a přispět k dlouhodobé stabilizaci výsledků terapie. Nejčastěji indikované zákroky zahrnují abdominoplastiku (odstranění nadbytku kožně-podkožní tkáně břišní stěny), brachioplastiku (plastiku paží), stehenní lifting, redukční a modelační výkony v oblasti prsou či komplexnější kombinované zákroky. Optimálním kandidátem pro tyto výkony je pacient s ustálenou hmotností, BMI kolem 30, nízkým procentem podkožního tuku, bez závislosti na nikotinu a s dlouhodobě udržitelným zdravým životním stylem. Tyto parametry významně zvyšují bezpečnost a předvídatelnost chirurgických výsledků. Mezioborová spolupráce tak hraje klíčovou roli. Plastický chirurg navazuje na gastroenterologa či obezitologa v okamžiku, kdy je váha stabilizována a vzniklé kožní nadbytky začínají pacienta limitovat. Aktivní komunikace mezi obory je tak nezbytná jak při indikaci k chirurgickému výkonu, tak při motivaci k dlouhodobému udržení výsledků. Přičemž společným cílem je nejen snížení hmotnosti, ale také návrat pacientů k plné funkčnosti, komfortu a celkovému zlepšení zdravotního stavu.

VOLNÁ SDĚLENÍ I (IBD)

Efficacy and safety of obefazimod in patients with moderately to severely active ulcerative colitis: results from two, Phase 3, randomised, double-blind, placebo-controlled, 8-week induction trials (ABTECT-1 & 2)

M. Lukáš¹, B. E. Sands², S. Danese³, L. Peyrin-Biroulet⁴, M. Dubinsky⁵, T. Hisamatsu⁶, H. Tilg⁷, R. Atreya⁸, A. Armuzzi⁹, X. Tréton¹⁰, F. Baert¹¹, U. Seidler¹², F. Cataldi¹³, D. Jacobstein¹⁴, C. J. Rabbat¹³, K. Shan¹³, G. A. Duvall¹⁵, B. Siegmund¹⁶, P. S. Dulai¹⁷, D. T. Rubin¹⁸, S. Vermeire¹⁹

¹IBD Clinical and Research Centre, ISCARE and 1st Medical Faculty, Charles University, Prague, Czech Republic

²Division of Gastroenterology at Mount Sinai, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA

³University Vita-Salute San Raffaele, IRCCS San Raffaele Hospital, Milan, Italy

⁴Inflammatory Bowel Disease Unit, Nancy University Hospital, Inserm (Nancy), France

⁵Division of Pediatric Gastroenterology, IBD Clinical Center, Mount Sinai Health System, New York, USA

⁶Department of Gastroenterology & Hepatology, Kyorin University School of Medicine, Tokyo, Japan

⁷Division of Endocrinology, Gastroenterology & Metabolism, Medical University, Innsbruck, Austria

⁸Inflammatory Bowel Disease Unit & Clinical Study Centre, University Hospital Erlangen, Friedrich-Alexander University Erlangen-Nürnberg, Germany

⁹IBD Unit – Humanitas Research Hospital, Humanitas University, Milan/Rozzano, Italy

¹⁰Paris IBD Center, Groupe Hospitalier Privé Ambroise Paré, Neuilly-sur-Seine, France

¹¹Gastroenterology, AZ Delta, Roeselare, Belgium

¹²Department of Gastroenterology, Hannover Medical School, Germany

¹³Abivax

¹⁴Pediatric Gastroenterologist, Baltimore, USA

¹⁵CHRISTUS Trinity Clinic, Tyler, USA

¹⁶Division of Gastroenterology, Infectiology and Rheumatology, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Germany

¹⁷GI Clinical Trials & Precision Medicine, Northwestern University, Northwestern Memorial Hospital, Chicago, USA

¹⁸Section of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, IBD Center, University of Chicago Medicine, USA

¹⁹Gastroenterology and Hepatology Department, University Hospitals Leuven, Belgium

Introduction: Obefazimod (Obe) is an oral, once-daily (QD), small molecule which enhances expression of microRNA-124 and has been studied in two Phase 2 induction trials and subsequent open-label maintenance studies in patients (pts) with moderately to severely active ulcerative colitis (UC). Here we report efficacy and safety of two Phase 3, 8-week, induction trials in adult pts with UC from ABTECT-1 [NCT05507203] and ABTECT-2 [NCT05507216].

Aims and methods: The multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled ABTECT trials enrolled pts with moderate-to-severe UC (defined as modified Mayo score (MMS) ≥ 5 , with rectal bleeding sub-score (RBS) ≥ 1 and centrally read endoscopic score > 2) who had inadequate response, loss of response, or intolerance to at least one prior therapy (with no upper limit), including corticosteroids, immunosuppressants, biologics, S1P receptor modulators and/or JAK inhibitors. Pts were randomized 2 : 1 : 1 to Obe 50 mg QD (Obe-50), Obe 25 mg QD (Obe-25) or placebo (PBO) for 8 weeks. The primary endpoint was clinical remission (per MMS) and secondary endpoints included clinical response, endoscopic improvement, symptomatic remission, and histo-endoscopic mucosal improvement (HEMI). **Results:** 1,272 pts were randomized and treated in ABTECT-1 (636) and ABTECT-2 (636). In both trials, baseline demographics and disease characteristics were similar between groups; 45.3% and 49.3% of pts had inadequate response to 1 or more advanced therapies. A significantly higher proportion of pts receiving Obe-50 (ABTECT-1: 21.7%, ABTECT-2: 19.8%) vs. PBO (2.5 and 6.3%) achieved clinical remission (Obe-50-PBO difference: ABTECT-1: 19.3%, $P < 0.0001$; ABTECT-2: 13.4%, $P = 0.0001$) and met all key secondary endpoints in both trials. A significantly higher proportion of pts receiving Obe-25 versus PBO achieved clinical remission (Obe-25-PBO difference: 21.4%, $P < 0.0001$) and met all key secondary endpoints in ABTECT-1. In a pooled analysis, both Obe-50 and Obe-25 met all primary and secondary endpoints with nominal significance ($P < 0.0001$). The overall rate of serious adverse events and treatment emergent adverse events (TEAEs) leading to study drug discontinuation for pts treated with Obe were similar to PBO. Proportions of pts who reported at least one TEAE in ABTECT-1 were 59.4%, 46.9%, and 53.2% for Obe-50, Obe-25, and PBO, respectively. For ABTECT2, TEAEs occurred in 61.0%, 50.9%, and 48.4% for Obe-50, Obe-25, and PBO, respectively. The most frequent TEAE was headache (Obe-50: 20.8–25.8%; Obe-25: 14.5–15.6%; PBO: 5.7%). The headaches were mild, transient, short in duration and not a barrier to treat as evidenced by a low discontinuation rate of 0–1.6%. No signal was observed for serious, severe, or opportunistic infections or malignancies. **Conclusion:** In both ABTECT induction trials, primary and secondary endpoints were met; obe treatment led to statistically significant improvements in clinical, endoscopic, symptomatic and combined endoscopic-histologic endpoints at week 8. Obe was well tolerated with no new safety signals identified.

Risankizumab v léčbě Crohnovy nemoci-efektivita u refrakterního onemocnění: vlastní zkušenosti

L. Prokopová, V. Zbořil, P. Kavříková, Š. Konečný, K. Poredská, V. Zvárová

Centrum pro IBD a biologickou léčbu, Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno

Prezentujeme první zkušenosti s risankizumabem (RZB) v léčbě kohorty 64 refrakterních pacientů s Crohnovou nemocí (CN). Prospektivní hodnocení léčby RZB > 12 týdnů. Průměrná doba trvání CN 16 let, průměrný věk 44,5 let. Předchozí selhání nejméně 1 pokročilé léčby u 79 %, > 2 u 46 %. Klinická odpověď indukce 12 týdnů RZB 65 %, morfologická odpověď 28 %, GCS weaning < 10 mg/den 25 %. Morfologická, UZV, odpověď indukce RZB 28 %. Morfologická remise UZV a slizniční vyhojení koloskopie po indukci RZB u 10 % CN trvajících < 2 roky, s časným switch na RZB při primární anti-TNF rezistenci. CN s perianální lokalizací 6 léčených s 50% odpovědí indukce. Klinická odpověď indukce RZB po selhání ustekinumabu 35 %. Progrese periferní SpA 12 %. Časné ukončení RZB pro NÚ 3 %. Udržovací léčba RZB po 12 týdnu 46 % konvenční dávkování, 19 % intenzifikace s žádostí RL. V souladu se závěry klinických studií fáze III i v klinické praxi, vykazuje RZB v kohortě refrakterních CN srovnatelnou, 65% klinickou odpověď indukční léčby. Vynikající výsledky a morfologickou remisi CN jsme potvrdili zejména v případech časné volby RZB jako 1. switch u primárních anti-TNFu nonrespondérů, s krátkým trváním CN. RZB je nadějnou alternativou léčby středně těžké – těžké CN, s předchozí zkušeností s pokročilou léčbou a suboptimální kontrolou nemoci (dle STRIDE II). Další prospektivní sledování naší kohorty refrakterních CN, včetně eskalovaných, ukáže, zda potvrdí přínos a nárůst počtu remisí při prodloužené léčbě RZB po 24. týdnu.

Endoskopická dispenzarizace u pacientů s idiopatickými střevními záněty a primární sklerózující cholangitidou: zkušenosti terciárního centra

M. Hlavatý¹, P. Mačinga¹, P. Wohl¹, T. Osadcha², P. Drastich¹

¹ Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

² Oddělení elektronických informačních zdrojů a datové vědy, IKEM, Praha

Úvod: Pacienti s primární sklerózující cholangitidou (PSC) a idiopatickými střevními záněty (PSC-IBD) mají vyšší riziko kolorektálních neoplazií. Cílem této studie bylo zhodnotit incidenci kolorektálních neoplazií a identifikovat rizikové faktory pro jejich vznik v rámci dlouhodobého endoskopického sledování v jednom terciárním centru. **Metodika:** Do retrospektivní studie bylo zařazeno 365 pacientů s PSC-IBD sledovaných mezi lety 2007 a 2025, u nichž bylo provedeno celkem 2 352 koloskopii. Byla analyzována demografická data, klinické charakteristiky, výsledky endoskopických vyšetření a histologické nálezy. Rizikové faktory pro vznik dysplazie a karcinomu byly hodnoceny pomocí Coxova regresního modelu s časově závislými proměnnými. **Výsledky:** Dysplazie byla detekována u 76 (20,8 %) pacientů, přičemž četnost detekce činila 9,18 %. Bylo zachyceno celkem 216 dysplazií (50,9 % z polypektomií a 49,1 % z biopsií). Adenokarcinom byl diagnostikován u 13 (3,6 %) pacientů. Statisticky významným rizikovým faktorem byl vyšší věk (HR = 1,03; p = 0,008), biologická léčba (HR = 2,48; p = 0,029) a délka trvání onemocnění (p < 0,001). Mayo endoskopický subscore dosahovalo pozitivní trend k významnosti (HR = 1,27; p = 0,051). **Závěr:** Naše studie potvrzuje vysoké riziko vzniku kolorektálních neoplazií u pacientů s PSC-IBD, zejména u pacientů ve vyšším věku s delším trváním onemocnění.

Eskalační režimy biologické terapie IBD v klinické praxi

V. Zbořil, L. Prokopová, P. Kavříková, Š. Konečný, K. Poredská, V. Zvárová

Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno

Režimy eskalace biologické terapie a léčby malými molekulami jsou rezervovány pro dvě základní situace: nedostatečnou odpověď na indukční fázi léčby a druhotnou ztrátu odpovědi. Efektivita těchto režimů dosahuje podle výsledků studií až 47,2 %. Analyzovali jsme retrospektivně soubor 1 018 pacientů s IBD (327 s UC a 691 s CD) s průměrnou dobou biologické terapie 7,42 roku (5 měsíců až 18,6 roku). Cílem bylo vyhodnotit eskalační režimy z hlediska indikace, efektivity a nežádoucích účinků. Anti-TNF terapií bylo léčeno 446 pacientů (166 infliximab, 274 adalimumab, 6 golimab), ustekinumabem 183 pacientů, vedolizumabem 186 pacientů, mirikizumabem 22 pacientů, risankizumabem 119 pacientů, upadacitinibem 58 pacientů a filgotinibem 4 pacientů. Indikací k eskalačnímu režimu bylo 234 případů (22,98 %) v rozsahu od 6,55 do 50 %. Potřeba eskalace výrazně převyšovala u CD (81,6 %), přičemž na prvním místě byla lumenální choroba, následována perianální chorobou, minoritní byly další indikace (orální lokalizace CD, nízké hladiny biologika, mimostřevní manifestace, absence histomorfologického hojení). Při analýze průběhu nemoci dominovala chronická perzistující aktivita po selhání předchozí biologické terapie (51 %), teprve na dalších místech bylo druhotné selhání terapie (28,4 %) nebo nedostatečná odpověď v indukční fázi (17,3 %). Zajímavá byla potřeba eskalace z hlediska časového: zatímco u preparátů v první linii se vyskytovala průměrně po 4,6 roku, u preparátů linie druhé již po 1,18 roku. Ještě nápadnější byl růst potřeby eskalace v závislosti na linii biologické terapie. Ve třetí linii dosahoval v průběhu 1 roku 50 % a dále vzrůstal, což bylo hodnoceno nezávislou analýzou jako statisticky významné. Nepřímo úměrně zároveň tomu klesala efektivita léčby, takže ve 4. léčebné dosahovala pouze 31,3 % klinicky a 14,0 morfologicky. Tedy v našem souboru ve 4., event. další léčebné linii biologické terapie dosáhla potřeba eskalačního režimu téměř 80 % v průběhu prvního roku léčby. Toto zjištění nás vede k úvaze, zda součástí moderní strategie léčby IBD by neměla být včasná definice farmakorezistenčních pacientů s IBD s primární volbou eskalačních režimů léčby. U nich zejména totiž hrozí ztráta tzv. okna léčebné příležitosti.

CT navigovaná neuromodulace pudendálního nervu u pacientů s fekální inkontinencí

P. Vlček¹, A. Berková¹, T. Vystrčilová¹, V. Červeňák², J. Dolina³

¹ I. chirurgická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

² Klinika zobrazovacích metod LF MU a FN u sv. Anny v Brně

³ Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno

Úvod: Neuromodulace sakrálního nervu (SNM) je uznávanou léčbou fekální inkontinence (FI). Neuromodulace pudendálního nervu může být alternativou klasické neuromodulace sakrálních nervů, a navíc by mohla aktivovat více sakrálních nervových kořenů a zajistit lepší účinnost terapie. **Metody:** Pacientům s FI, kde nebylo možné implantovat klasickým postupem sakrální neuromodulaci (tumorózní léze S páteře, dysfunkce pánevního dna po komplikovaném řešení endometriózy) byla zavedena permanentní stimulační elektroda pod CT navigací do oblasti Alcockova kanálu, po které následovalo testovací období. Permanentní neurostimulátor byl implantován při efektu nad 50% snížením inkontinentních intervalů. **Výsledky:** Obtížná byla fáze zavedení elektrody pod CT navigací se sledováním efektu léčby, po vyhodnocení optimální polohy byla zahájena dočasná stimulace. Při dalším sledování a po zhodnocení efektu jsme přistoupili k trvalé stimulaci. Doposud během sledování nedošlo ke komplikacím. **Závěr:** PNS je slibná nová léčba fekální inkontinence u pacientů, u kterých není možno zavést SNM či na SNM nereagují dostatečně.

VOLNÁ SDĚLENÍ II (VARIA)

Výsledky vstupních vyšetření v surveillanci karcinomu pankreatu u osob s vysokým rizikem – HPaCaS

J. Křivinka¹, V. Dansou Zoundjiekpon¹, L. Kunovský¹⁻³, P. Falt¹, I. Tachecí⁴, Š. Šembera⁴, T. Hucl⁵, P. Mačinga⁵, J. Mareš⁶, P. Vítěk⁷, M. Štěpán⁸, R. Procházka⁹, K. Balihar¹⁰, K. Mareš¹¹, M. Kraus¹², O. Urban¹

¹ II. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická LF UP a FN Olomouc

² Gastroenterologické oddělení a digestivní endoskopie, LF MU a MOÚ, Brno

³ Chirurgická klinika LF MU a FN Brno

⁴ II. interní gastroenterologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

⁵ Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

⁶ Oddělení informačních technologií a biostatistiky, IKEM, Praha

⁷ Interní oddělení, LF OU a Beskydské Gastrocentrum, Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.

⁸ Centrum péče o zažívací trakt, Vítkovická nemocnice a.s.

⁹ Gastroenterologické oddělení, Nemocnice Jablonec nad Nisou

¹⁰ I. interní klinika LF UK a FN Plzeň

¹¹ Oddělení gastroenterologie, Nemocnice Na Homolce, Praha

¹² Gastroenterologické centrum, Městská nemocnice Ostrava

Úvod: Karcinom pankreatu se řadí na 7. místo mezi zhoubnými nádory s průměrnou incidencí 2 516 případů/rok v letech 2018–2022 v České republice. Incidenci téměř kopíruje mortalita, kvůli čemuž řadíme karcinom pankreatu mezi nejagresivnější zhoubné nádory s velmi špatnou prognózou, což je dáno zejména pozdním záchytem onemocnění. **Metoda:** Sledovány jsou osoby ve vysoce rizikových skupinách, u kterých je pravděpodobnost vzniku zhoubného onemocnění pankreatu zvýšena (pacienti s pozitivní rodinnou anamnézou karcinomu pankreatu, hereditární chronickou pankreatitidou, s potvrzenou genetickou mutací *BRCA1/2*, Lynchovým syndromem, Peutz-Jeghersovým syndromem a další). V rámci surveillanc se u těchto osob provádějí v ročních intervalech endoskopická ultrasonografie (EUS) a magnetická rezonance (MR), odběry krve na glykemii, glykovaný hemoglobin a případně i onkomarkery (CA19-9, CEA). Data jsou následně zadávána do eCRF a statisticky vyhodnocována. **Výsledky:** V letech 2023–2025 bylo do surveillanc zařazeno 233 rizikových pacientů z 8 center. Medián věku souboru činil 55 let, ženy tvoří 57,5 % zařazených, muži 42,5 %. Dle indikačních kritérií bylo z důvodu pozitivní rodinné anamnézy zařazeno 154 pacientů (66,1 %), z genetických mutací má nejvyšší zastoupení germinální mutace *BRCA2*, kvůli které je zařazeno 49 pacientů (21 %). K 1. 9. 2025 bylo vstupní EUS vyšetření provedeno u 181 pacientů s 57 patologickými nálezy (31,5 %). Z pozitivních nálezů bylo 40 cystických lézí (70,2 %; ze všech vyšetřených 22,1 %), chronická pankreatitida byla nalezena u 10 pacientů (17,5 %; 5,5 %) a solidní léze u 7 pacientů (12,3 %; 3,9 %). Biopsie byla odebrána u tří pacientů s nálezem jednoho duktálního adenokarcinomu pankreatu (0,6 %) a dvou neuroendokrinních tumorů (1,1 %). Pacient s duktálním adenokarcinomem pankreatu podstoupil úspěšně operaci, pacienti s neuroendokrinním tumorem jsou nadále sledováni. Vstupní MRCP podstoupilo 149 pacientů s patologickým nálezem u 22 vyšetřených (14,8 %). Patologickými nálezy na MRCP byly cystické léze v 18 případech (81,8 %; 12,1 %), chronická pankreatitida u 3 pacientů (13,6 %; 2 %) a jiná léze u 1 případu (4,5 %; 0,7 %). Glykemie nalačno byla u 3 pacientů ze 170 odebraných (1,8 %) > 7,1 mmol a glykovaný hemoglobin HbA_{1c} byl > 48 mmol/mol u 2 pacientů ze 163 vyšetřených (1,2 %). **Závěr:** V rámci surveillanc karcinomu pankreatu se při vstupních vyšetřeních podařilo u asymptomatických jedinců zachytit premaligní a maligní léze – jeden adenokarcinom a dva neuroendokrinní tumory. Tyto výsledky poukazují na význam tohoto sledování, které může přispět ke zlepšení prognózy vysoce rizikových pacientů

Genetické faktory cirhózy jater: role variant *SERPINA1* a *PNPLA3* při vzniku a progresi onemocnění

M. Holinka^{1,2}, S. Fraňková¹, S. Adamcová Selčanová³, L. Skladaný³, O. Fabián⁴, M. Květoň^{5,6}, D. Merta^{7,8}, V. Adámková⁹, J. Hubáček¹⁰, V. Pítová¹¹, Š. Veselá⁸, T. Hucl¹, M. Jirsa¹¹, J. Šperl³

¹ Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

² 3. lékařská fakulta UK, Praha

³ HEGITO – II. Interní klinika SZU – Hepatologicko-gastroenterologické transplantace, FN s P. F. D. Roosevelta Banská Bystrica

⁴ II. interní klinika LF UPJŠ a UN L. Pasteura Košice

⁵ Pracoviště klinické a transplantace patologie, IKEM, Praha

⁶ Ústav patologie a molekulární medicíny 3. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

⁷ Klinika anesteziologie a resuscitace, IKEM, Praha

⁸ 1. lékařská fakulta UK, Praha

⁹ Pracoviště preventivní kardiologie, IKEM, Praha

¹⁰ Laboratoř pro výzkum aterosklerózy, IKEM, Praha

¹¹ Laboratoř experimentální hepatologie, IKEM, Praha

Úvod: Alely *SERPINA1* Z a *PNPLA3* G jsou nejvýznamnějšími genetickými modifikátory rizika progresu chronického onemocnění jater (CLD). Naším cílem bylo otestovat vliv souběžného nosičství těchto variant na progresi CLD různé etiologie. **Metody:** Kohorta pacientů s cirhózou zahrnovala 1583 pacientů s CLD, kteří byli zvažováni jako kandidáti transplantace jater (LTx) a trpěli alkoholickou chorobou jater (ALD), metabolickou dysfunkcí podmíněnou jaterní chorobou (MASLD), virovou hepatitidou B nebo C (VIR), autoimunitním/cholestatickým onemocněním jater (AIH-CHOL) a metabolickým onemocněním (MET). Tato kohorta byla porovnána s kontrolní populací 3483 zdravých osob. **Výsledky:** Frekvence heterozygotů *SERPINA1* MZ byla významně vyšší ($p < 0,0001$) v celé skupině s cirhózou (84/1583; 5,3 %) než v kontrolní skupině (89/3483; 2,6 %), OR 2,57 (95% CI 1,92–3,44). Frekvence heterozygotů *SERPINA1* MZ byla významně vyšší v podskupinách s ALD a MASLD (37/557; 6,4 % a 23/208; 11,1 %; $p < 0,0001$); frekvence v podskupinách VIR, AIH-CHOL a MET se nelišila od kontrolní skupiny. Frekvence alely *PNPLA3* G byla významně vyšší ($p < 0,0001$) v celé skupině s cirhózou (880/1 583; 55,6 %) než v kontrolní skupině (1 418/3 402; 41,6 %; OR 1,48 (95% CI 1,36–1,99)). Frekvence alely G byla významně vyšší pouze v podskupinách ALD, MASLD a VIR (392/577; 67,9 %; 133/208, 63,9 % a 139/264; 52,7 %; $p < 0,0001$, 0,0001 a 0,0005). Frekvence alely *PNPLA3* G byla stejná u pacientů s cirhózou nesoucích genotypy *SERPINA1* MM a MZ (824/1483; 55,6 vs. 50/84; 59,2 %, N.S.). Heterozygoti *SERPINA1* MZ s ALD a MASLD byli významně mladší (56,9 vs. 60 let; $p = 0,046$) a měli vyšší MELD skóre (17 vs. 15 bodů; $p = 0,0003$) při zařazení na čekací listinu, zatímco genotyp *PNPLA3* neměl žádný vliv na věk a MELD skóre

při zařazení na čekací listinu. **Závěr:** Obě variantní alely zvyšují riziko cirhózy jater u ALD a MASLD; heterozygoti SERPINA1 MZ však trpí rychlejší progresí chronického onemocnění jater a vyžadují LT v mladším věku.

Časný záchyt hepatitidy C u osob užívajících drogy injekčně: předběžné výsledky národního pilotního programu v ČR

S. Fraňková¹, N. Štourač², K. Hejčmanová², T. Dianová², R. Chloupková², O. Májek², J. Šperl¹, B. Janíková³, V. Mravčík³

¹Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

²Národní screeningové centrum, ÚZIS ČR, Brno

³Společnost Podané ruce, Brno

Cíle: ČR je zemí s nízkou prevalencí HCV (0,5 %), přesto injekční uživatelé drog (PWID) představují stále významný rezervoár HCV infekce. Navzdory pravidelnému screeningu v adiktologických službách pouze malý počet pacientů zahájí protivirovou léčbu a dosáhne setrvalé virologické odpovědi (SVR). Program časného záchytu HCV u osob užívajících drogy injekčně, organizovaný Národním screeningovým centrem Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, si klade za cíl popsat kaskádu péče o PWID s HCV a identifikovat mezery a překážky v péči o tyto nemocné. **Metody:** Jedná se o prospektivní pilotní multicentrickou studii u dospělých bývalých, nedávných i současných PWID. Studie běží ve 25 nízkoprahových centrech a terénních programech v období od 12/2023 do 12/2025, přičemž je plánováno provést screeningové vyšetření anti-HCV protilátek z kapilární krve nebo slin u cílového počtu 3 000 PWID. Studie bude ukončena podle toho, co nastane dříve. Pacienti s pozitivním výsledkem testu na anti-HCV jsou nasměrováni do 13 specializovaných zdravotnických zařízení (ZZ), která poskytují léčbu přímo působícími antiviroty (DAA). Primárními cíli studie je posoudit prevalenci anti-HCV u PWID a propojení s centry pro léčbu HCV; sekundární cíle zahrnují zahájení DAA a dokončení terapie. **Výsledky:** Během prvních 17 měsíců projektu (12/2023–4/2025) bylo zařazeno 2 117 osob, z toho 1 375 (65 %) mužů a 741 (35 %) žen, s mediánem věku 36 let. Prevalence anti-HCV positivity při screeningu byla 30,5 % (646 osob); 210 (32,5 %) osob podstoupilo v minulosti léčbu anti-HCV; 41 osob s anti-HCV mělo negativní výsledek testu HCV RNA. 552 osob bylo následně odesláno do ZZ, 44 osob odmítlo další vyšetření. Pouze 239/552 (43,3 %) osob podstoupilo vyšetření HCV ve ZZ. 166 (69,5 %) pacientů mělo pozitivní výsledek HCV RNA a 143 (86,1 %) zahájilo léčbu HCV. Prevalence cirhózy (měření tuhosti jater $\geq 12,5$ kPa) byla 9,7 % a nejčastějším genotypem byl genotyp 3 (61 osob, 36,7 %). Dosud dokončilo protivirovou terapii 76 pacientů, u 44 z nich již bylo dosaženo SVR. **Závěr:** Studie ukazuje, že hlavní mezerou v kaskádě péče o PWID s HCV je nedostatečné předávání pacientů z adiktologických služeb do ZZ poskytujících léčbu HCV. Dostupnost léčby a aktivní, „user-friendly“ postoj ZZ k léčbě PWID a asistence při návštěvách zdravotnických zařízení ze strany sociálních a peer pracovníků by mohly zlepšit návaznost péče.

Pilotní projekt je financován z Operačního programu Zaměstnanost Plus (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky) a spolufinancován EU.

Analýza mikrobiálních agens ze žluče a klinické rizikové faktory pro závažný průběh infekce žlučových cest: pilotní data

T. Skutil¹, R. Kroupa¹, K. Mičová¹, I. Kocmanová², B. Horváthová², M. Harazim¹, J. Dolina¹

¹Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno

²Ústav laboratorní medicíny, FN Brno

Úvod: Akutní cholangitida je potenciálně život ohrožující infekce, kde empirická antibiotická terapie hraje klíčovou roli. Výskyt rezistentních patogenů komplikuje výběr empirické terapie a zvyšuje riziko těžkého průběhu i mortality. Epidemiologie mikrobiálních nálezů ze žluče a rizikové faktory nejsou v podmínkách České republiky známy. **Cíl a metodika:** Cílem práce bylo u pacientů indikovaných k endoskopické intervenci na žlučových cestách popsat mikrobiologické spektrum patogenů izolovaných ze žluče. Analyzován byl výskyt rezistentních kmenů a souvislosti s klinickými a anamnestickými faktory (věk, komorbidita, laboratorní parametry, klinicky závažný stav, patologie žlučových cest a předchozí intervence). Srovnání s mikrobiálním spektrem žluče odebrané při chirurgické nebo radiologické intervenci. **Výsledky:** Za období 1/2021–4/2025 jsme získali 524 vzorků žluči od 296 mužů a 228 žen. Z toho bylo 207 při ERCP, 278 chirurgicky a 39 radiologicky. Celkem bylo kultivačně pozitivních 403 vzorků (92 % ERCP, 64 % chirurgických a 92 % radiologických). U 61 (28 z ERCP, 19 chirurgických a 14 radiologických) vzorků byla prokázána přítomnost kmenů produkujících ESBL a u 11 (5 z ERCP, 3 chirurgických a 3 radiologických) vzorků byl detekován VRE. Byla-li odebraná hemokultura, byla pozitivní jen u 53 %. 30denní mortalita po ERCP byla 2,3 %, klinicky závažný průběh byl u 10 % pacientů. Nejčastější patogeny ve žluči byly *E. coli*, *K. pneumoniae*, *K. oxytoca*, enterokoky a anaeroby. Rizikovými faktory pro rezistentní kmeny byly předchozí EPST OR 4,0 a duodenobiliární drenáž OR 2,9. **Závěr:** Z většiny odebraných vzorků žluče byl kultivačně zachycen patogen, a to i při absenci klinických známek cholangitidy. Spektrum bakteriálních nálezů lze použít pro empirickou volbu antibiotické terapie. Výskyt rezistentních kmenů je asociován s předchozí intervencí na žlučových cestách a radiologickým zajištěním drenáže.

Časná cholecystektomie po lehké akutní biliární pankreatitidě

J. Csomor

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN – VFN Praha

Úvod: Definitivním řešením po prodělané akutní biliární pankreatitidě by měla být cholecystektomie. V případě středně těžké nebo těžké akutní pankreatitidy je operace indikována s odstupem, zatímco po lehkém průběhu by měla být cholecystektomie provedena ihned, ideálně za jedné hospitalizace. Podle zahraničních analýz a doporučení tak lze snížit riziko recidivy biliárních obtíží, recidivy choledocholitídy, cholecystitidy nebo pankreatitidy, a rovněž snížit počet indikací invazivní endoskopické retrográdní cholangio-pankreatikografie (ERCP). Velmi často ale narážíme na nedostatečné kapacity volných termínů na operačním sálu chirurgického oddělení nebo kliniky. V přednášce bychom rádi prezentovali výsledky z našeho pracoviště, kde ve spolupráci s lékaři chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN Praha časnou cholecystektomii za jedné hospitalizace provádíme. **Metodika:** Od roku 2015 sbíráme na našem pracovišti data o pacientech s akutní pankreatitidou. Celkem se do 1. 8. 2025 jedná o 381 pacientů, z nich 204 prodělalo pankreatitidu biliární. **Výsledky:** Analýzou 40 pacientů, kteří po lehké biliární pankreatitidě podstoupili časnou cholecystektomii, „z lůžka na lůžko“ můžeme potvrdit, že se jedná o ideální postup, který není zatížen vyšší mírou komplikací a poskytuje významné výhody nejen pro pacienty, ale i pro nás – gastroenterology a chirurgy. Pouze u jedné pacientky z celkového počtu 40 došlo po časně cholecystektomii k pasáži konkrementu s nutností provedení ERCP, všechny ostatní operace proběhly bez komplikací. Průměrná doba hospitalizace na chirurgické klinice byla 1,5 dne. **Závěr:** Časná cholecystektomie za jedné hospitalizace je ideálním terapeutickým postupem u pacientů s lehkou akutní biliární pankreatitidou.

VOLNÁ SDĚLENÍ III

Rok programu endoskopie ve třetím prostoru ve FN u sv. Anny v Brně: účinnost a bezpečnost

S. Šimková

Gastroenterologické a hepatologické oddělení, FN u sv. Anny v Brně

Úvod: Endoskopie ve třetím prostoru je svébytným endoskopickým přístupem, který se používá v léčbě mnoha onemocnění v trávicím traktu. Zahrnuje mimo jiné endoskopickou myotomii v jícnu (POEM, Z-POEM, C-POEM, D-POEM) nebo žaludku (G-POEM) a tento princip lze využít k resekci submukózních nádorů. Ve FN u sv. Anny v Brně byl zahájen program endoskopie ve třetím prostoru v říjnu 2024. **Cíl:** Analýza účinnosti a bezpečnosti výkonů endoskopie ve třetím prostoru provedených ve FN u sv. Anny v Brně od října 2024 do konce července 2025. **Metoda:** Retrospektivní analýza prospektivně získaných dat všech pacientů, kteří podstoupili určitý výkon. Hlavními sledovanými veličinami byla účinnost (úspěch léčby definovaný jako významné symptomatické zlepšení a bezpečnost výkonů). Všichni pacienti jsou prospektivně sledováni podle jednotného protokolu. **Výsledky:** V uvedeném období jsme celkem provedli 50 výkonů endoskopie ve třetím prostoru, z toho bylo 25 mužů a průměrný věk byl 52 let (hranice 16–86). Výkony prováděli dva lékaři. Z jednotlivých výkonů jsme provedli 38 POEM pro achalázii jícnu (nebo jiné motilitní poruchy jícnu), 7 G-POEM pro gastroparézu, 1 D-POEM pro jícnový divertikl, 2 Z-POEM pro Zenkerův divertikl, 1 C-POEM pro kríko-faryngeální achalázii a 1 STER (endoskopická resekce podslizničním tunelem). Celkový úspěch léčby byl zaznamenán u 37 pacientů (97 %) z celkového počtu 38 pacientů, u nichž byla k dispozici kompletní data. U pacientů po jícnovém POEM byla tříměsíční data k dispozici u 27 osob; klinický úspěch byl zaznamenán u 27 z nich (100 %). Refluxní ezofagitida ve 3. měsíci se vyskytla u 8 pacientů (30 %) a celkem 11 pacientů (41 %) užívalo inhibitory protonové pumpy. U pacientů po G-POEM byla tříměsíční data dostupná u 6 osob; klinický úspěch ve 3. měsíci po výkonu byl dosažen u 5 z nich (83 %). Vážné komplikace byly vzácné, u jednoho pacienta byl po jícnovém POEM přítomný pneumotorax, který si vyžádal drenáž a prodlouženou hospitalizaci. Žádný z pacientů nemusel podstoupit operaci pro komplikaci. **Závěr:** Program endoskopie ve třetím prostoru byl ve FN u sv. Anny v Brně úspěšně zahájen a výsledky potvrzují vysokou účinnost i bezpečnost tohoto přístupu.

Detekce žlučových kyselin ve slinách jako nová neinvazivní diagnostická metoda Barrettova jícnu

Š. Konečný¹, J. Dolina¹, V. Dosedělová², M. Laštovičková², J. Lačná², P. Kubáň²

¹ Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno

² Ústav analytické chemie AV ČR, Brno

Cíl: Žlučové kyseliny jsou skupinou steroidních sloučenin nezbytných pro trávení lipidů. Pokud se však žlučové kyseliny vracejí zpět do žaludku a jícnu během duodenogastroezofageálního refluxu mohou mít škodlivý vliv na epitel jícnu a způsobit patologické změny, např. Barrettův jícen (BE). Hladiny žlučových kyselin ve slinách by proto mohly sloužit jako možné biomarkery pro diagnostiku BE. **Metody:** Vzorky slin byly získány prostým pliváním. Každý vzorek slin byl centrifugován a rozdělen na hlen a supernatant. Provedli jsme kvantifikaci 15 žlučových kyselin (nekonjugovaných a s glycinem a taurinem konjugovaných) ve slinách pomocí ultravysokoúčinné kapalinové chromatografie s hmotnostní spektrometrií. Vzorky slin jsme odebrali od 59 pacientů s refluxní nemocí jícnu (GERD), 13 pacientů s Barrettovým jícnem a 11 zdravých jedinců. **Výsledky:** Poměr s taurinem konjugovaných žlučových kyselin, konjugovaných žlučových kyselin a celkových žlučových kyselin vykazuje statisticky významný rozdíl mezi pacienty s Barrettovým jícnem a zdravými subjekty ($p < 0,018$; $p < 0,023$; $p < 0,021$) a mezi pacienty s Barrettovým jícnem a pacienty s GERD ($p < 0,027$; $p < 0,041$; $p < 0,034$). Nejvýznamnějšími individuálními biomarkery se zdají být kyselina glykochenodeoxycholová (GCDCA) a kyselina taurochenodeoxycholová (TCDCA). Poměr GCDCA a TCDCA vykazuje statisticky významný rozdíl mezi pacienty s Barrettovým jícnem a zdravými subjekty ($p < 0,026$; $p < 0,008$) a mezi pacienty s Barrettovým jícnem a s GERD ($p < 0,039$; $p < 0,012$). **Závěr:** Existují statisticky významné rozdíly v poměru hlenu k supernatantu mezi pacienty s Barrettovým jícnem a pacienty jak s GERD, tak zdravými subjekty u s taurinem a glycinem konjugovaných žlučových kyselin a u celkového množství žlučových kyselin. Poměr TCDCA vykazuje statisticky nejvýznamnější rozdíl mezi skupinou s Barrettovým jícnem a ostatními skupinami, což naznačuje, že by mohl být nejužitečnějším jednotlivým diagnostickým markerem. Nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly v poměrech žlučových kyselin mezi GERD a zdravými subjekty, což naznačuje, že tento poměr je specificky změněn pouze u pacientů s Barrettovým jícnem. Počet subjektů je stále nízký, ale nadále pracujeme na rozsáhlejší klinické studii, která poskytne relevantnější výsledky.

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

EUS navigovaná drenáž pelvických kolekcí

J. Pintová

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

EUS navigovaná drenáž pomocí LAMS (lumen apoziční metalický stent) nabízí efektivní alternativu chirurgickým metodám při řešení pelvických kolekcí. Dle metaanalýz vykazuje tato metoda technický úspěch v 100 % a klinický v 92 %. Komplikace jsou popisovány v 9 %. V naší prezentaci předkládáme vlastní soubor 7 pacientů. Jedná se o etiologicky heterogenní soubor s technickou a klinickou úspěšností odpovídající literárním datům.

Vliv low-FODMAPs diety na symptomy a nutriční status pacientů s bakteriálním přerůstáním v tenkém střevě (SIBO)

P. Hrabák¹, M. Vilímová², Z. Vaníčková³, E. Meisnerová¹

¹ IV. interní klinika – Klinika gastroenterologie a hepatologie 1. LF UK a VFN v Praze

² 1. lékařská fakulta UK, Praha

³ Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN v Praze

Úvod: SIBO lze definovat jako excesivní přítomnost bakterií tlustého střeva ve střevě tenkém. K tomuto klinickému stavu dochází zejména při porušení mechanismů, které této kolonizaci brání (např. po některých chirurgických výkonech či při onemocněních způsobujících zpomalenou motilitu trávicího traktu). SIBO je doprovázen řadou symptomů, jako je nadýmání, bolesti břicha, reflux, průjemy a obstrukce. Dieta s nízkým obsahem fermentabilních oligo-, di- a monosacharidů a polyolů (low-FODMAPs) je pro svůj vliv na složení mikrobiomu a účinnost v modifikaci řady gastrointestinálních symptomů

s úspěchem používána u některých onemocnění trávicího traktu (např. syndrom dráždivého tračníku). Cílem naší práce bylo ověřit, zdali zařazení low-FODMAPs diety ke standardní antibiotické terapii SIBO povede ke zmírnění obtíží sledovaných pacientů. **Metodika:** Symptomy u pacientů se SIBO diagnostikovaných dechovým testem byly hodnoceny validovaným dotazníkem SAGIS (Strukturované hodnocení gastrointestinálních příznaků) u celkem 26 pacientů (16 ve větvi s rifaximinem + low-FODMAPs dietou, 10 kontrol (rifaximin v monoterapii)). U probandů zařazených do low-FODMAPs větve byly rovněž sledovány byly i objektivní nutriční parametry pomocí bioimpedanční váhy a krevních parametrů. Symptomy a nutriční parametry byly sledovány před zahájením dietní a/nebo antibiotické terapie a po jejím skončení. Délka dietní intervence byla 4 týdny. **Výsledky:** Pacienti v low-FODMAPs větvi dosáhli v hodnocení symptomů pomocí dotazníku SAGIS v průměru o zlepšení o dva body Likertovy škály u symptomů nadýmání a plynatosti. U kontrolní skupiny se podobný efekt neprojevil. V případě pyrózy nedošlo k významnému zlepšení v žádné ze skupin. Statisticky významné zlepšení říhání vykazala kontrolní skupina. Významné zmírnění tíže abdominálních křečí prokázala intervenční skupina ve srovnání s kontrolami. V žádné skupině nedošlo ke statisticky významným změnám v konsistenci stolice. U pacientů v intervenční skupině by zaznamenán významný nárůst hladin folátu. Nebyl zaznamenán významný pokles váhy, ale u pacientů s intervenční skupině se zvýšil poměr svalová hmota/tuková tkáň. **Závěr:** Získané výsledky potvrzují, že zařazení low-FODMAP diety do terapeutického režimu u pacientů s bakteriálním přerůstáním tenkého střeva může významně přispět ke zmírnění funkčních gastrointestinálních symptomů. Domníváme se, že na efektu diety do značné míry důsledkem sníženého příjmu fermentovatelných oligosacharidů, disacharidů, monosacharidů a polyolů (FODMAP), což vede k redukci dostupného substrátu pro excesivní bakteriální fermentaci v tenkém střevě. Ve skupině, která podstoupila antibiotickou léčbu v kombinaci s dietní intervencí, bylo zaznamenáno statisticky významné zlepšení u celé řady symptomů typických pro toto onemocnění – zejména nadýmání, plynatosti, bolestí po jídle, abdominálních křečí, bolestí před defekací a obtížného vyprazdňování. Oproti tomu ve skupině léčené pouze antibiotiky byl pozorovaný efekt v uvedených oblastech méně výrazný. Na základě analýzy sledovaných parametrů lze konstatovat, že jsme neprokázali negativní vliv restriktivní diety na sledované nutriční parametry. Dotazník SAGIS se osvědčil jako praktický nástroj pro sledování vývoje potíží i jako podpora v komunikaci s pacientem.

Analgesedace propofolem při koloskopii: současná praxe v České republice

T. Grega^{1,2}, M. Ambrožová^{3,4}, T. Hanulík⁵, T. Tyll⁵, O. Ngo^{3,4}, M. Zavoral^{1,2}, Š. Suchánek^{1,2}

¹ Interní klinika 1. LF UK a ÚVN – VFN Praha

² Ústav gastrointestinální onkologie, ÚVN – VFN Praha

³ Národní screeningové centrum, ÚZIS ČR, Praha

⁴ Institut biostatistiky a analýz, Lékařská fakulta MU, Brno

⁵ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a ÚVN – VFN Praha

Úvod: Kvalitní kontrola bolesti a úzkosti je významným faktorem úspěšné a bezpečné koloskopie a může vést k vyšší účasti cílové populace ve screeningu kolorektálního karcinomu. V České republice je velká variabilita v podávání analgesedace při koloskopii, od kombinace benzodiazepinu s opioidním analgetikem přes hlubší sedaci propofolem až po celkovou anestezii. Volba modalit se mezi pracovišti významně liší a je ovlivněna personálními i organizačními podmínkami. **Cíl:** Retrospektivně zhodnotit četnost a spektrum podávané analgesedace při koloskopii v jednom endoskopickém centru (ÚVN Praha) a porovnat tyto výsledky s dostupnými celorepublikovými údaji za shodné období. **Metodika:** Jedná se o retrospektivní observační analýzu všech koloskopií provedených v letech 2022–2024 na endoskopickém pracovišti ÚVN v Praze. Data jsou čerpána z nemocničního informačního systému a dokumentace endoskopických a anesteziologických záznamů. Porovnání s celorepublikovými údaji probíhala na základě dostupných dat z Národního registru hrazených zdravotních služeb a ÚZIS ČR. **Výsledky:** V letech 2022–2024 bylo hodnoceno celkem 2 500 koloskopií ročně. Analýza ukázala stabilní podíly jednotlivých modalit: tradiční kombinace benzodiazepinu s opioidním analgetikem tvořila 73–77 % výkonů, sedace propofolem 16–18 % a celková anestezie 7–9 % výkonů. V celorepublikových datech jsme pozorovali dlouhodobý pokles podílu koloskopií se sedací propofolem (od roku 2010). V roce 2023 byl propofol použit u 9 % preventivních (screeningová a TOKS-pozitivní koloskopie) a u 10 % diagnostických koloskopií. **Závěr:** Podíl koloskopií s analgesedací propofolem zůstává v České republice nízký. V hodnoceném období převládala tradiční sedace kombinací benzodiazepinu a opioidního analgetika, zatímco analgesedace propofolem byla indikována pouze u menšiny pacientů. Hlavní bariérou k jeho širšímu použití je absence antidota a nutnost přítomnosti anesteziologa.

Podpořeno Ministerstvem zdravotnictví ČR ve spolupráci s Agenturou pro zdravotnický výzkum ČR v rámci projektu č. č. NU22-08-00424.

Komplikace gastrické perorální endoskopické myotomie (G-POEM) – retrospektivní analýza

D. Šimková¹, J. Mareš², M. Vašítko¹, K. Hugová¹, J. Martínek³

¹ Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

² Oddělení datových analýz, statistik a umělé inteligence OI, IKEM, Praha

³ Gastroenterologické a hepatologické oddělení, FN u sv. Anny v Brně

Úvod: Gastrická perorální endoskopická myotomie (G-POEM) je endoskopická technika pro léčbu refrakterní gastroparézy, ze které benefitují zejména pacienti s pylorospazmem. Považuje se za bezpečný zákrok s nízkým rizikem komplikací, pokud je prováděna zkušenými endoskopisty. Naším cílem bylo provést komplexní analýzu všech nežádoucích účinků spojených s G-POEM. **Metodika:** Provedli jsme retrospektivní analýzu prospektivně shromážděných dat od všech pacientů, kteří podstoupili G-POEM pro gastroparézu v našich centrech (Praha, Brno) v období od listopadu 2017 do dubna 2025. Všechny zákroky prováděl jeden endoskopista (JM). Primárním cílem bylo identifikovat četnost a závažnost nežádoucích účinků souvisejících se zákrokem, které se vyskytly v perioperačním a časném pooperačním období. Nežádoucí účinky byly kategorizovány následovně: odchylky od očekávaného perioperačního a pooperačního průběhu byly definovány jako „nežádoucí účinky“. Nežádoucí účinky, které splňovaly kritéria chirurgické klasifikace Clavien Dindo (C-D), byly považovány za „opravdové komplikace“. **Výsledky:** Ze 70 výkonů se u 51 výkonů (72,9 %) nevyskytly žádné nežádoucí účinky ani komplikace. Perioperačně se u 18 pacientů vyskytly následující nežádoucí účinky: poranění sliznice žaludku (4; 5,7 %) a dvanáctníku (2; 2,8 %), závažné krvácení během zákroku léčené endoskopicky (1; 1,4 %), perforace serózní sliznice (10; 14,3 %), kapnoperitoneum vyžadující punkci (3; 4,3 %) a subkutánní emfyzém (1; 1,4 %). V časném pooperačním období se nežádoucí účinky vyskytly u 3 pacientů: jeden pacient si stěžoval na výraznou bolest břicha vyžadující podání analgetik, následně byl na CT popsán malý leak z pylorické oblasti do subhepatální oblasti a gastroskopie potvrdila ulceraci v místě tunelu. Pacient dobře reagoval na léčbu intravenózními inhibitory protonové pumpy. Ve 2 dalších případech, v obou případech u pacientů s diabetickou gastroparézou, došlo k dekompenzaci diabetu během hospitalizace po zákroku. Následující „nežádoucí“ účinky splňovaly kritéria komplikací podle klasifikace C-D: perforace serózní sliznice (11; C-D I), leak vyžadující prodlouženou hospitalizaci (1; C-D IIIa) a dekompenzace diabetu (2; C-D II). Tyto komplikace se vyskytly u 13 zákroků (18,6 %). Průměrná doba hospitalizace po výkonu byla 1,8 (±1,5) dne. Tři měsíce po výkonu se u 1 pacientky rozvinul mírný dumping syndrom s dobrou reakcí na konzervativní léčbu. **Závěr:** G-POEM je bezpečný výkon. Míra komplikací je podle Clavien-Dindo klasifikace nízká a závažné komplikace se vyskytují jen zřídka.

Jak správně diagnostikovat anorektální dysfunkci, když jen klinika nestačí?

A. Berková¹, P. Vlček¹, V. Červeňák², I. Krejčová¹, T. Vystrčilová¹, J. Dolina³, M. Szypulová⁴, S. Tvarožek⁴, M. Jurášková⁵, Z. Chovanec¹, I. Penka¹

¹ I. chirurgická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

² Klinika zobrazovacích metod LF MU a FN u sv. Anny v Brně

³ Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno

⁴ Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno

⁵ Rehabilitační klinika LF MU a FN Brno

Úvod a cíle: Dysfunkce pánevního dna představuje komplexní problém postihující zejména ženy a výrazně ovlivňuje kvalitu jejich života. Cílem naší retrospektivní studie bylo zhodnotit přínos dynamické MR defekografie v diagnostickém algoritmu anorektálních dysfunkcí. **Metodika:** U 40 pacientek vyšetřených v kolorektální poradně I. chirurgické kliniky FN u sv. Anny v Brně, v období 9/2022–5/2023, byla hodnocena souvislost mezi subjektivními symptomy, klinickými nálezy, výsledky HR anorektální manometrie a nálezy na MR defekografii. Výsledky studie byly statisticky zpracovány programem Statistica 12.0. **Výsledky:** Primární potíže, pro které pacientky naši poradnu navštívily, byly u 60 % pacientek obtipace, 33 % inkontinence stolice, 1 pacientka si stěžovala na proktalgie a 2 pacientky měly prolaps rekta. Při klinickém vyšetření mělo 20 % pacientek přítomnou rektoanální intususcepci a 15 % kompletní prolaps rekta. 36 % pacientek udávalo současně močovou inkontinenci. Výsledky ukazují vysokou míru korelace mezi subjektivními obtížemi (inkontinence, obtipace), klinickým vyšetřením a MR nálezy (např. rektokéla, enterokéla, prolaps rekta). MR defekografie neprokázala descensus předního kompartmentu ($p = 0,061$) ani cystokélu ($p = 0,003$) u pacientek bez současné močové inkontinence. U fyziologického nálezu pánevního dna v předním kompartmentu dle MR defekografie byl prokázán trend ve shodě ($p = 0,109$) s fyziologickou hodnotou vnitřního svěrače na anorektální manometrii. Pacientky s fyziologickými hodnotami na anorektální manometrii měly na MR defekografii kompletní vyprázdnění rekta ($p = 0,0598$). **Závěr:** Diagnostika anorektálních dysfunkcí vyžaduje úzkou mezioborovou spolupráci gastroenterologů, radiologů, chirurgů, gynekologů a urologů. Dynamická MR defekografie se v naší studii potvrdila jako spolehlivá a přínosná zobrazovací metoda, která umožňuje detailní a objektivní zhodnocení jak strukturálních, tak funkčních abnormalit pánevního dna, zejména při detekci patologie zasahující více kompartmentů. Právě díky efektivní mezioborové spolupráci je možné výsledky vyšetření správně interpretovat a navrhnout individualizovaný terapeutický přístup, který je klíčový pro dosažení optimálního léčebného výsledku.

POSTEROVÁ SEKCE

Změny v evakuaci žaludku u pacientů po endoskopické pyloromyotomii (G-POEM): scintigrafický pohled

K. Pirgl¹, M. Buncová¹, J. Martínek², J. Mareš³

¹ Pracoviště zobrazovacích metod, IKEM, Praha

² Gastroenterologické a hepatologické oddělení, FN u sv. Anny v Brně

³ IKEM, Praha

Úvod: Gastroparéza je definována jako symptomatické zpomalené vyprazdňování žaludku. Dle etiologie dělíme gastroparézu na diabetickou, postchirurgickou a idiopatickou. Standardní metodou v diagnostice zpomaleného vyprazdňování žaludku je scintigrafie evakuace žaludku (GES). Endoskopická pyloromyotomie (G-POEM) je metodou s kladnou symptomatickou odpovědí u 60–70 % pacientů s gastroparézou, její vliv na evakuaci žaludku ale zůstává sporný. **Metodika:** Na našem pracovišti jsme vypracovali retrospektivní analýzu za účelem hodnocení klinického efektu G-POEM dle scintigrafických parametrů. Od roku 2014 bylo na Pracovišti nukleární medicíny v Institutu klinické a experimentální medicíny (PNM, IKEM) v Praze provedeno celkem 522 GES u 387 pacientů se suspektní poruchou evakuace žaludku. V období 2016–2024 podstoupilo G-POEM celkem 72 pacientů s GP (potvrzenou scintigraficky) a byli následně pozváni ke klinické i scintigrafické kontrole po 3, 12 a 36 měsících. Čtyři pacienti byli vyřazeni pro chybějící data, neúplná data z následných kontrol nebo nestandardní testační pokrm. GES bylo vždy prováděno dle standardizovaného 4hodinového protokolu s testačním pokrmem značeným 99mTc-DTPA. Pro tuto studii byly všechny GES znovu analyzovány a byly hodnoceny následující parametry: reziduální aktivita po 2 hod, reziduální aktivita po 4 hod, biologický poločas podané aktivity a poměr aktivity v proximální a distální části žaludku v čase 0 (PDCR0). **Výsledky:** Dle našich výsledků došlo u pacientů po G-POEM ke zlepšení sledovaných scintigrafických parametrů – došlo k poklesu reziduální aktivity po 2 hod (medián 60,2 % před G-POEM a 38 %, 32,6 % a 24,2 % po 3, 12 a 36 měsících) i reziduální aktivity po 4 hod (medián 21,9 % před G-POEM a 7,8 %, 6,5 % a 3,9 % po 3, 12 a 36 měsících) a ke zkrácení biologického poločasu (průměr 150 min před G-POEM a 86 min, 78,4 min a 65,8 min po 3, 12 a 36 měsících). Byl zaznamenán rozdíl mezi pacienty s diabetickou GP a nediabetiky – vyšší reziduální aktivita po 2 hod (medián 29,6 % před G-POEM; 9,0 % po 3 měsících ($p < 0,001$) a 11,0 % po 12 měsících ($p = 0,005$)) a po 4 hod (medián 64,8 % před G-POEM; 39,4 % po 3 měsících ($p < 0,001$) a 37,7 % po 12 měsících ($p = 0,012$)) byla u pacientů s diabetem. Prediktivní hodnota PDCR0 pro úspěšnost léčby po G-POEM byla spočítána pouze při první kontrolní návštěvě, ale nebyla statisticky prokázána ($p = 0,712$). Průměrná hodnota GCSI před G-POEM byla 3,1 a snížila se na 1,6; 1,0 a 0,7 po 3, 12 a 36 měsících. Medián GES po 2 hod byl 60,2 % před G-POEM a 38 %, 32,6 % a 24,2 % po 3, 12 a 36 měsících. Medián GES po 4 hod byl 21,9 % před G-POEM a 7,8 %, 6,5 % a 3,9 % po 3, 12 a 36 měsících. Korelační index byl slabě pozitivní mezi GCSI a GES po 4 hod pouze při první kontrolní návštěvě. **Závěr:** V naší skupině pacientů došlo po G-POEM obecně ke zlepšení sledovaných scintigrafických parametrů, přičemž u diabetických pacientů jsou tyto změny méně výrazné než u nediabetiků. U některých pacientů nedochází k poklesu těchto parametrů, přestože u nich došlo k výraznému zlepšení příznaků. Na základě našich dat nebyl prokázán statistický význam PDCR0 před G-POEM jako možného prediktoru klinického úspěchu této metody.

Impact of mirikizumab on extraintestinal manifestations of Crohn's disease in the VIVID-1 study

S. Vavříčka¹, A. N. Ananthakrishnan², M. Long³, G. Y. Melmed⁴, N. Narula⁵, D. Rubin⁶, E. Hon⁷, H. Carlier⁷, R. Moses⁷, G. Yu⁷, H. Zang⁷, T. Kucharzik⁸, I. Váchová (non-author presenter)⁹

¹ Triemli Hospital, Zurich, Switzerland

² Harvard Medical School, Boston, MA, USA

³ University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, NC, USA

⁴ Cedars Sinai, Los Angeles, CA, USA

⁵ McMaster University, Ontario, Canada

⁶ University of Chicago Medicine, Chicago, IL, USA

⁷ Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA

⁸ Municipal Hospital of Lüneburg, Lüneburg, Germany

⁹ Eli Lilly ČR, s.r.o., Prague, Czech Republic

Background: Mirikizumab, an anti-IL-23p19 antibody, demonstrated robust efficacy in improving clinical and endoscopic endpoints with an acceptable safety profile for the treatment of moderately-to severely active Crohn's disease (CD) in the phase 3 VIVID-1 study 1, a double-blind, placebo-controlled, active comparator study, which has been reported previously. Here we assess the impact of mirikizumab on extra-intestinal manifestations (EIMs) in patients with CD and evaluate the long-term efficacy of mirikizumab on clinical remission and endoscopic response in patients with EIMs at baseline. **Methods:** Patients randomized to receive mirikizumab (N = 579) or placebo (N = 199) in the VIVID-1 study were included. Among patients with at least 1 EIM at baseline, we evaluated EIM resolution, clinical remission, and endoscopic response at week (W) 52. Onset of new EIMs was assessed among patients with no EIMs at baseline. Prespecified analyses included EIM resolution and onset of new EIMs, while *post hoc* analyses included clinical remission and endoscopic response among patients with EIMs at baseline. Categorical endpoints were analyzed using the Cochran-Mantel-Haenszel test, with missing values imputed by non-responder imputation. **Results:** Of 778 patients in the mirikizumab and placebo arms of VIVID-1, 173 (22.2%) had ≥ 1 EIM at baseline, primarily arthritis or arthralgia. Baseline demographics and disease characteristics were similar between patients with EIMs at baseline and those in the overall population, except for a numerically higher proportion of female patients with EIMs at baseline. At W12, a numerically higher proportion of mirikizumab-treated vs. placebo-treated patients showed EIM resolution (46.2 vs. 31.7%; $P = 0.113$). Through W52, the EIM resolution rate with mirikizumab improved to 56.8%. The proportion of patients who achieved both clinical response by Patient Reported Outcome at W12 and EIM resolution at W52 was significantly higher for mirikizumab compared to placebo (43.2 vs. 14.6%; $P < 0.0001$). In addition, among patients with EIMs at baseline, higher proportions of mirikizumab-treated patients than placebo-treated patients achieved: 1. clinical response at W12 and clinical remission at W52 (39.4 vs. 19.5%; $P < 0.024$) and 2. clinical response at W12 and endoscopic remission at W52 (36.4 vs. 4.9%; $P = 0.0002$). The rate of new-onset EIMs at W52 was low among all patients treated with mirikizumab or placebo (1.8 vs 1.9%; $P = 0.847$). **Conclusion:** Treatment with mirikizumab led to higher rates of EIM resolution at W52 compared to placebo. Response rates for clinical and endoscopic outcomes were similar between patients with EIMs at baseline and the overall population in VIVID-1.

Trajectories of response in patients with moderately-to-severely active Crohn's disease treated with mirikizumab based on biofailed status: *post hoc* results from the VIVID-1 study

S. Schreiber^{1,2}, D. B. Clemow³, G. Yu³, L. A. Keefer⁴, A. N. Ananthakrishnan⁵, G. D'Haens⁶, P. Deepak⁷, G. S. Kochhar⁸, Gil Y. Melmed⁹, Y. F. Chen³, R. E. Moses³, I. Váchová (non-author presenter)¹⁰

¹ Department of Internal Medicine, University Hospital Schleswig-Holstein, Germany

² Christian-Albrecht University of Kiel, Kiel, Germany

³ Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA

⁴ Division of Gastroenterology, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA

⁵ Division of Gastroenterology, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA

⁶ Amsterdam University Medical Centers, Amsterdam, Netherlands

⁷ Division of Gastroenterology, Washington University in St. Louis School of Medicine, St. Louis, MO, USA

⁸ Division of Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, Allegheny Health Network, Pittsburgh, PA, USA

⁹ F. Widjaja Inflammatory Bowel Disease Institute, Cedars Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, USA

¹⁰ Eli Lilly ČR, s.r.o., Prague, Czech Republic

Background: Mirikizumab, an anti-IL-23p19 antibody, demonstrated robust efficacy in improving clinical and endoscopic endpoints with an acceptable safety profile¹. We explored the trajectory of response to treatment in patients with moderate-to-severely active Crohn's disease (CD), in patients treated with mirikizumab based on biofailed status at study baseline. **Methods:** Biofailed was defined as patients with demonstrated intolerance, inadequate response, or loss of response to an approved biologic therapy for CD (BF, N = 275) and Not Biofailed (NBF, N = 297) patients described previously were assessed via growth mixture Model to identify distinct clusters based on individual patient response trajectories. Change from baseline in Crohn's disease activity index total score was used in the growth mixture Model to identify trajectories. Modified baseline observation carried forward imputation used. **Results:** There were four clusters identified for both the BF and NBF groups. Mirikizumab trajectory groups by baseline biofailed status: Super responder (BF/NBF: 18.9%/17.8%), Responder (BF/NBF: 19.3%/25.3%), Delayed responder (BF/NBF: 29.8%/29.3%), and Non/incomplete responder (BF/NBF: 32.0%/27.6%). The overall response rate across responder groups for BF patients was 68.0% and for NBF patients was 72.4%. **Conclusion:** Mirikizumab clinical response groups (Super responder, Responder, Delayed responder, and Non/incomplete responder) were similar for BF and NBF patients suggesting mirikizumab works consistently for BF and NBF patients, and prior biofailed status is not associated with the speed or magnitude of a MIRI-triggered clinical response.

Úspěšná léčba mnohočetného myelomu lenalidomidem u pacienta po transplantaci jater: kazuistika

T. Háková^{1,2}, J. Froněk³, T. Hucl¹, P. Taimr¹

¹ Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

² 1. lékařská fakulta UK, Praha

³ Klinika transplantací chirurgie, IKEM, Praha

Úvod a cíle: Příjemci transplantací solidních orgánů (SOT) mají kvůli dlouhodobé imunosupresivní terapii výrazně vyšší riziko vzniku malignit, včetně hematologických nádorů. Imunosuprese zvyšuje náchylnost k nádorovým onemocněním a zároveň komplikuje jejich léčbu – např. imunomodulační léčiva (IMiD), jako je lenalidomid, mohou aktivovat imunitní systém, a tím vyvolat riziko rejekce štěpu. Rejekce štěpu byla v souvislosti s léčbou lenalidomidem popsána u příjemců transplantací jater, ledvin i srdce. Transplantační imunosuprese navíc může snižovat účinnost těchto terapií. V situaci nedostatku důkazů o bezpečnosti a účinnosti IMiD u pacientů po SOT tato kazuistika popisuje úspěšné použití lenalidomidu u pacienta s mnohočetným myelomem po transplantaci jater. Cílem je ukázat, že zařazení lenalidomidu do léčby transplantovaných pacientů s hematologickými malignitami je přínosné. **Popis případu:** Pacient, 63letý muž po transplantaci jater kvůli cirhóze při chronickém abúzu alkoholu a hepatitidě B, byl jeden rok po transplantaci diagnostikován s IgG lambda mnohočetným myelomem. Úvodní chemoterapie (bortezomib, adriamycin, dexamethason) vedla k závažným komplikacím – polyneuropatii a gangréně – což si vyžádalo vysokou amputaci pravé dolní končetiny. Následně byla zahájena druhá linie léčby režimem na bázi lenalidomidu. Imunosupresivní terapie takrolimem byla upravena s cílem snížit riziko rejekce. Účinnost léčby byla sledována pomocí klinického hodnocení, hematologických parametrů a monitorace funkce štěpu. Pacient absolvoval osm cyklů chemoterapie za použití lenalidomidu. Vzhledem k infekčním komplikacím byl režim upravován vynecháním cyklofosfamidu a pacient dostával pouze prednison a lenalidomid. I přes tyto úpravy pacient dosáhl kompletní remise mnohočetného myelomu – dva měsíce po ukončení léčby nebyla prokazatelná paraproteinemie. Během celé léčby se neobjevily žádné známky rejekce štěpu a imunosupresivní monoterapie takrolimem byla udržována na cílové hladině 6 µg/l léku v krvi. Lenalidomid byl celkově dobře tolerován, a kromě zvládnutelných infekcí se nevyskytly závažné nežádoucí účinky. **Diskuze a závěr:** Tato kazuistika poukazuje na potenciál léčby mnohočetného myelomu pomocí lenalidomidu u příjemců transplantovaných orgánů. Ukazuje, že při pečlivém řízení imunosupresivní terapie může být lenalidomid účinný a dobře tolerovaný, a představuje nadějnou léčebnou možnost pro tuto zranitelnou skupinu pacientů s omezenými terapeutickými alternativami. Zatímco předchozí zprávy dokumentovaly případy rejekce štěpu po léčbě lenalidomidem, naše zkušenost ukazuje, že jeho bezpečné použití je možné. Tato kazuistika podporuje potřebu dalšího výzkumu a tvorby jasných doporučení pro léčbu malignit u SOT pacientů s cílem optimalizace přežití štěpu i onkologických výsledků.

Využití molekulárně genetického testování v diagnostice a terapii deficitů disacharidáz

N. Grošup Friedlová^{1,2}, J. Tajtlová², M. Kollerová³, M. Langová², P. Kohout¹

¹ Interní klinika 3. LF UK a FTN, Praha

² Oddělení lékařské genetiky, FTN, Praha

³ Centrum výživy, FTN, Praha

Deficience disacharidáz (laktázy, sacharázy a trehalázy) narušuje proces trávení disacharidů, což může vést k manifestaci charakteristických klinických příznaků, jako jsou nadýmání, abdominální křeče, flatulence a průjem. Diagnostika je založena na klinickém zhodnocení, vodíkovém dechovém testu nebo imunohistochemickém vyšetření sliznice tenkého střeva, které představuje zlatý standard v diagnostice deficitů disacharidáz. Léčba spočívá v dietní eliminaci a/nebo substituci enzymů. Eliminace by měla být, pokud je to možné, časově omezena. Sekundární deficience jsou často reverzibilní po léčbě základního onemocnění. Primární (vrozené) formy jsou vzácné, potvrzují se genetickým testováním a vyžadují celoživotní dietní opatření. Molekulárně

genetické vyšetření deficiencie laktázy je běžně využívanou diagnostickou metodou, zatímco pro deficit trehalázy a sacharázy dosud není genetické vyšetření rutinně dostupné. Primární deficit trehalázy je způsoben patogenními variantami v genu *TREH*, zatímco vrozený deficit sacharázo-izomaltázy je důsledkem patogenních mutací v genu *SI*. Za účelem odlišení primárních a sekundárních forem bylo provedeno exomové sekvenování (na základě informovaného souhlasu pacientů) pomocí panelu SSELXT HS Human All Exon V8+NCV (Agilent) na sekvenátoru NextSeq DX-550 (Illumina). V období 2017–2025 bylo geneticky vyšetřeno celkem 247 pacientů s podezřením na primární deficit laktázy; primární forma byla potvrzena u 80 z nich. Od roku 2023 bylo testování rozšířeno i na gen *TREH*; vyšetřeni byli čtyři pacienti, u jednoho z nich byla potvrzena primární deficiencie. V roce 2024 bylo zahájeno testování deficitu sacharázy, přičemž vrozený deficit sacharázo-izomaltázy byl potvrzen u jedné pacientky – 20 let po vzniku prvních příznaků. Molekulárně genetické testování deficitů trehalázy a sacharázy je nyní na našem pracovišti rutinně prováděno. Využití molekulárně genetické diagnostiky nám přineslo zásadní poznatky v diagnostice a terapii deficitů disacharidáz. Domníváme se, že exomové sekvenování má potenciál odhalit dosud neznámé geny spojené s deficitem disacharidáz.

SESTERSKÁ SEKCE

Organizace péče II. interní kliniky – gastroenterologické a geriatrické LF UP a FN Olomouc o pacienty s PEG v rámci Olomouckého kraje

L. Neumannová

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

Úvod: Prezentace představí model organizace a koordinace péče o pacienty s perkutánní endoskopickou gastrostomií (PEG) implementovaný na II. interní klinice – gastroenterologické a geriatrické FN Olomouc. Klinika funguje jako regionální centrum pro celý Olomoucký kraj a od roku 2019 zde působí specializovaný multidisciplinární PEG tým. Tým je tvořen odborníky z různých oblastí, kteří zajišťují komplexní přístup k péči: Lékaři gastroenterologové a geriatři / Chirurg / Endoskopická sestra / Nutriční terapeut / Edukační sestra. Tento komplexní přístup pokrývá celé spektrum péče od zavedení PEG, přes edukaci všech zúčastněných stran, až po kontinuální sledování v domácím a sociálním prostředí. **Metodika:** Statistický sběr dat za období 2019–2024 zavedených PEG a sledování jejich komplikací. Procentuální zhodnocení vzniklých komplikací, jejich důvodů a nástin řešení. **Výsledky:** Strukturovaný systém vzdělávání, který zahrnuje metodiku edukace pacientů a jejich rodin a školení pro agentury domácí péče. / Statistická data z období 2019–2025 dokládající efektivitu systému. / Kazuistiku pacientky s komplikacemi v oblasti stomie. / Praktické příklady úspěšné koordinace péče napříč krajem. Klíčovým aspektem systému péče je mezioborová spolupráce. Zvláštní důraz klademe na efektivní komunikaci a koordinaci mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními, která je základem úspěšné péče. **Závěr:** Prezentujeme význam moderních technologií v ošetrovatelské dokumentaci pro zlepšení kvality a kontinuity péče. Systematický přístup k prevenci komplikací spojených s výživovými sondami založený na evidenci a dlouhodobých zkušenostech. **Hlavním cílem tohoto komplexního přístupu je:** Minimalizace komplikací prostřednictvím preventivních opatření a rychlé intervence; optimalizace nákladů efektivním využitím zdrojů a koordinací péče; zajištění kontinuální kvality v klinickém i domácím prostředí; zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin. Přednáška nabídne konkrétní příklady z každodenní praxe, vč. detailních zkušeností s koordinací péče v rámci celého Olomouckého kraje. Účastníci získají praktické poznatky aplikovatelné ve vlastní praxi a možnost diskuse o výzvách a řešeních v oblasti PEG péče.

Naše zkušenosti s endoskopickým šitím

M. Domáci

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Endoskopické šití je novou technikou zavírání defektů v horním i dolním GIT, ať už samovolně vzniklé – fistuly, nebo námi vytvořené defekty po EMR, ESD. Prezentace obsahuje námi užívané typy šití: Clip Mantis (Boston Scientific), X-Tack (Boston Scientific), SuturArt (Olympus). V jednotlivých slidech si ukážeme přípravu i samotné použití jednotlivých akcesorií, výhody i nevýhody, a na co si dát pozor při manipulaci.

POEM a G-POEM v praxi: pohled zdravotní sestry na první rok programu endoskopie ve třetím programu ve FN u sv. Anny v Brně

A. Kuklíková

Gastroenterologické a hepatologické oddělení, FN u sv. Anny v Brně

Endoskopie ve třetím prostoru představuje moderní terapeutickou metodu, která významně rozšiřuje možnosti léčby pacientů s poruchami motility jícnu a žaludku. Mezi nejčastěji prováděné výkony patří perorální endoskopická myotomie (POEM) a gastrická perorální myotomie (G-POEM). Ve FN u sv. Anny v Brně byl program těchto výkonů zahájen na podzim roku 2024 a během prvních 10 měsíců bylo provedeno celkem 50 zákroků. Většina z nich připadla na POEM pro achalázii jícnu, menší část tvořily výkony G-POEM pro gastroparezu a jednotlivé další specializované zákroky. Dosavadní výsledky ukazují vysokou úspěšnost léčby a dobrou bezpečnostní profil procedur. Z pohledu zdravotní sestry je nezbytné zdůraznit význam pečlivé přípravy pacienta, zajištění potřebného vybavení, aktivní asistence během výkonu i následného sledování a ošetrovatelské péče. Zkušenosti z našeho pracoviště potvrzují, že úzká spolupráce lékařů a sester je klíčová pro úspěch těchto vysoce specializovaných výkonů a že zapojení ošetrovatelského týmu má přímý dopad na bezpečnost i spokojenost pacientů.

Nové horizonty v neinvazivní onkologické diagnostice

P. Absolonová

Gastroenterologického oddělení, MOU, Brno

Úvod: Kolorektální karcinom (CRC) představuje jednu z nejčastějších malignit v ČR. Stávající screeningový program založený na testu okultního krvácení (TOKS) a koloskopii naráží na limity v senzitivně, specifitě i participaci cílové populace. Nově se jako alternativní nebo doplňkový přístup nabízí využití tekuté biopsie – detekce volné nádorové DNA (ctDNA) z periferní krve. **Cíl:** Ověřit proveditelnost a účinnost detekce ctDNA jako nástroje screeningu CRC u asymptomatické rizikové populace v České republice. **Metodika:** Do pilotního programu by mohlo být zařazeno 10 000 osob ve věku 50–75 let, u kterých je zvýšené riziko CRC (např. pozitivní rodinná anamnéza, chronické střevní záněty, odmítnutí koloskopie, negativní TOKS). Následně bude provedena analýza ctDNA se zaměřením na nejčastější mutace spojené s CRC (*KRAS*, *BRAF*, *APC* aj.). **Výsledky:** Pozitivní nález ctDNA bude indikací ke koloskopii. Negativní nálezy budou sledovány v intervalu 3–5 let dle algoritmu. Hlavními výstupy pilotního programu budou: 1. porovnání senzitivity a specifity ctDNA s TOKS a koloskopií; 2. míra zachycení časných CRC a prekancerózních lézí; 3. dopad na zátěž koloskopických kapacit; 4. ochota a participace pacientů. **Závěr:** Detekce ctDNA má potenciál stát se méně invazivní, přesnější a pacientsky přijatelnější alternativou či doplňkem současného screeningového algoritmu. Výsledky pilotního programu poskytnou klíčová data pro rozhodování o zařazení metody do národního screeningu CRC a pro nastavení úhradového mechanismu.