

Výběry z mezinárodních časopisů

The selection from international journals

Abstrakta článků
ke stažení zde:

You can download
the abstracts here:



Budesonide as first-line treatment in patients with autoimmune hepatitis seems inferior to standard predniso(lo)ne administration

Díaz-González Á, Hernández-Guerra M, Pérez-Medrano I et al.

Hepatology 2023; 77(4): 1095–1105. doi: 10.1097/HEP.000000000000018.



Budesonid jako lék první volby u pacientů s autoimunní hepatitidou se jeví jako méně účinný než standardní léčba prednisonem

U pacientů s akutní (s výjimkou těžké) nebo chronickou autoimunní hepatitidou (AIH) bez cirhózy je dle klinických doporučení indikována léčba prednisonem nebo budenosidem, jejichž indikace nejsou zřetelně odlišeny. Budesonid se však v klinické praxi užívá jen zřídka. Cílem této studie bylo popsat jeho použití a porovnat jeho účinnost a bezpečnost oproti léčbě prednisonem v léčbě první volby. Tato retrospektivní multicentrická studie zahrnuje 105 naivních pacientů s AIH léčených budesonidem jako lékem první volby. Kontrolní skupina zahrnuje 276 pacientů léčených prednisonem. Medián doby do biochemické odpovědi (BR) byl 3,1 měsíce u pacientů léčených budesonidem oproti 4,9 měsícům u pacientů léčených prednisonem. BR byla významně vyšší u pacientů léčených prednisonem (87 vs. 49 % u pacientů léčených budesonidem; $p < 0,001$). Pravděpodobnost dosažení BR byla významně nižší ve skupině léčené budesonidem, a to v průběhu celého sledování (OR 0,20; 95% CI 0,11–0,38), po 6 měsících (OR 0,51; 95% CI 0,29–0,89) a po 12 měsících od zahájení terapie (0,41; 95% CI 0,23–0,73). U pacientů s aminotransferázami $< 2 \times$ horní limit normy byla BR podobná v obou léčebných skupinách. Léčba prednisonem byla spojena s významně vyšším rizikem nežádoucích účinků (24,2 vs. 15,9 %; $p = 0,047$). V klinické praxi je použití budesonidu jako léku první volby málo časté a je obecně používáno u pacientů s předpokládanou nižší aktivitou onemocnění. Budesonid byl méně účinný jako lék první volby než prednison, ale byl spojen s nižším výskytem nežádoucích účinků.

A double-blind randomized placebo-controlled trial of albumin in outpatients with hepatic encephalopathy: HEAL study

Fagan A, Gavis EA, Gallagher ML et al.

J Hepatol 2023; 78(2): 312–321. doi: 10.1016/j.jhep.2022.09.009.



Dvojitě zaslepená, randomizovaná, placebem kontrolovaná studie s podáváním albuminu u ambulantních pacientů s jaterní encefalopatií: studie HEAL

I po úpravě klinicky zjevné jaterní encefalopatie (HE) může perzistovat minimální HE (MHE), která zhoršuje kvalitu života (QoL). V této dvojitě zaslepené, placebem kontrolované randomizované klinické studii byl hodnocen vliv léčby albuminem oproti fyziologickému roztoku na MHE a QoL u pacientů s předchozí HE již na zavedené standardní terapii. Do studie byli zahrnuti ambulantní pacienti s cirhózou a předchozím HE, MHE a hypalbuminemií již na zavedené standardní léčbě HE. Pacienti na pravidelné léčbě infuzemi albuminu byly vyřazeni. Účastníci studie byli randomizováni 1 : 1 do léčby buď týdenními infuzemi 25 % i.v. albuminem 1,5 g/kg, nebo fyziologickým roztokem po dobu 5 týdnů. MHE byla definována pomocí psychometrického skóre jaterní encefalopatie (PHES), Stroopova testu nebo testu kritické frekvence klikání. Vstupní MHE, QoL a sérové markery byly porovnány s hodnotami při poslední infuzi a 1 týden poté. Do studie bylo randomizováno 48 pacientů (24/skupinu). V obou skupinách byly podobné nežádoucí příhody, hodnoty MELD a amonemie. V albuminové skupině došlo ke konci léčby a týden poté ke zvýšení hodnot albuminu. Ve skupině léčené albuminem bylo ke konci léčby i týden poté častější vymizení a zlepšení MHE podle PHES a Stroopova testu. Ve skupině léčené albuminem byl pozorován významný pokles IL-1 β a markerů endoteliální dysfunkce. Ve dvojitě zaslepené, placebem kontrolované studii ambulantních pacientů s cirhózou, předchozí HE a současnou MHE byly infuze albuminu spojeny se zlepšením kognitivních funkcí a psychosociální QoL, nejspíše v důsledku zmírnění endoteliální dysfunkce.

Prophylactic medication for the prevention of endoscopic recurrence in Crohn's disease: a prospective study based on clinical risk stratification

Arkenbosch JHC, Beelen EMJ, Dijkstra G et al.

J Crohns Colitis 2023; 17(2): 221–230. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjac128.



Profylaktická medikace v prevenci endoskopické recidivy Crohnovy choroby: prospektivní studie založená na klinické stratifikaci rizika

Souvislosti: K prevenci recidivy Crohnovy nemoci (CD) po ileokolické resekcí (ICR) se v mezinárodních guidelines doporučuje pooperační profylaxe založená na stratifikaci rizika. Cílem této studie bylo zhodnotit pooperační recidivu CD po zavedení algoritmu klinického managementu a určit prediktivní hodnotu klinických a histologických rizikových faktorů (RF). **Metody:** Do této multicentrické, prospektivní kohortové studie byli zařazeni pacienti s CD (≥ 16 let) plánovaní k ICR. Algoritmus nedoporučoval u pacientů s nízkým rizikem pooperační medikaci a u pacientů s vysokým rizikem (≥ 1 RF: aktivní kouření, penetrující onemocnění, předchozí ICR) doporučoval léčbu profylaxí (imunosupresivum/biologická léčba). Klinické a histologické RF (aktivní zánět, granulomy, plexitida v resekčních okrajích) pro endoskopickou recidivu (Rutgeertsovo skóre ≥ 12 b po 6 měsících) byly hodnoceny pomocí logistické regrese a ROC křivek na základě predikovaných pravděpodobností. **Výsledky:** Celkem bylo do studie zařazeno 213 pacientů s CD po ICR (věk 34,5 let; 65 % žen) (93 [44 %] s nízkým rizikem a 120 pacientů [56 %] s vysokým rizikem: 45 [38 %] kouření; 51 [43 %] penetrující onemocnění; 51 [43 %] předchozí ICR). Dodržování algoritmu bylo 82 % u pacientů s nízkým rizikem (bez profylaxe) a 51 % u pacientů s vysokým rizikem (profylaxe). Endoskopická recidiva byla vyšší u pacientů léčených bez profylaxe než s profylaxí, a to jak u pacientů s nízkým (45 vs. 16 %; $p = 0,012$), tak s vysokým rizikem (49 vs. 26 %; $p = 0,019$). Stratifikace klinického rizika včetně preskripce profylaxe odpovídala ploše pod křivkou (AUC) 0,70 (95% CI 0,61–0,79). Klinické RF v kombinaci s histologickými RF zvýšily AUC na 0,73 (95% CI 0,64–0,81). **Závěr:** Adherence k tomuto algoritmu řízení je 65 %. Profylaktická medikace po ICR zabraňuje endoskopické recidivě u pacientů s nízkým a vysokým rizikem. Klinická stratifikace rizika má přijatelnou prediktivní hodnotu, ale je třeba ji dále upřesnit.

Surgery due to inflammatory bowel disease during pregnancy: mothers and offspring outcomes from an ECCO Confer multicentre case series – Scar study

Chaparro M, Kunovský L, Aguas M et al.

J Crohns Colitis 2022; 16(9): 1428–1435. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjac050.



Chirurgický zákrok kvůli idiopatickému střevnímu zánětu v průběhu těhotenství: výsledky matek a potomků ze série multicentrických případů ECCO Confer – studie Scar

Cílem této multicentrické studie bylo zhodnotit vývoj těhotenství a potomků po operaci idiopatického střevního zánětu (IBD) během těhotenství a popsat indikace, operační techniky a četnost císařského řezu současně s operací. Do studie byly zahrnuty pacientky operované pro IBD během těhotenství po roce 1998. Autoři byli požádáni, aby prošli své databáze a identifikovali konkrétní případy. Byly popsány demografické údaje pacientek, údaje o léčbě a aktivitě IBD, o výsledcích těhotenství, o operaci, o porodu a o výsledcích u plodu a matky a do studie bylo zařazeno celkem 44 pacientek. Před početím bylo 27 pacientek (59 %) léčeno systémovými steroidy, 28 (64 %) thiopuriny, 3 (7 %) metotrexátem, 1 (2 %) tofacitinibem, 1 (2 %) tofacitinibem a 1 (2 %) cyklosporinem. Kromě toho bylo 28 pacientek (64 %) léčeno biologickou léčbou. Celkem 75 % pacientek mělo Crohnovu chorobu; 18 % operací bylo provedeno v prvním trimestru, 55 % ve druhém trimestru a 27 % ve třetím trimestru. Jedna pacientka měla komplikace během operace a 27 % mělo pooperační komplikace. Žádná pacientka nezemřela. Císařský řez byl proveden u 70 % případů. Naživu bylo 40 novorozenců. Došlo ke čtyřem potratům/porodům mrtvého plodu (jeden v prvním, dva ve druhém a jeden ve třetím trimestru); ke dvěma došlo během operace a k dalším dvěma 2 týdny po operaci; 14 % operací ve druhém trimestru a 64 % operací ve třetím trimestru skončilo současným císařským řezem nebo porodem dítěte vaginální cestou. Ze 40 novorozenců bylo 61 % předčasně narozených a 47 % mělo nízkou porodní hmotnost; 42 % novorozenců potřebovalo hospitalizaci (25 % na jednotce intenzivní péče). Závěrem lze říci, že autoři popsali největší sérii pacientek operovaných pro IBD během těhotenství. Ukázali, že ačkoli se zdá být mateřská a neonatální úmrtnost nižší než v předchozích desetiletích, zůstává mateřská a fetální morbidita stále vysoká, a že operace u IBD pacientek během těhotenství je třeba stále považovat za velmi komplikovaný zásah do organismu. Doporučili proto, aby byl takový výkon prováděn po pečlivé přípravě a v rámci multidisciplinárního týmu, který zahrnuje gastroenterologa, kolorektálního chirurga, porodníka a neonatologa.

Hypophosphataemia following ferric derisomaltose and ferric carboxymaltose in patients with iron deficiency anaemia due to inflammatory bowel disease (PHOSPHARE-IBD): a randomised clinical trial

Zoller H, Wolf M, Blumenstein I et al.

Gut 2023; 72(4): 644–653. doi: 10.1136/gutjnl-2022-327897.



Hypofosfatemie po preparátech derisomaltóza železitá a karboxymaltóza železitá u pacientů s anemií z nedostatku železa v důsledku idiopatických střevních zánětů (PHOSPHARE-IBD): randomizovaná klinická studie
Intravenózní podávání železa jako běžná léčba anemie a nedostatku železa v důsledku idiopatických střevních zánětů (IBD) může způsobit hypofosfatemii. Tato studie porovnávala výskyt hypofosfatemie po léčbě karboxymaltózou železitou (FCM) nebo derisomaltózou železitou (FDI). **Design:** Tato randomizovaná, dvojité zaslepená klinická studie byla provedena na 20 ambulantních nemocničních klinikách v Evropě (Rakousko, Dánsko, Německo, Švédsko, Spojené království). Dospělí s IBD a anemií z nedostatku železa (IDA) byli randomizováni v poměru 1 : 1 k podávání FCM nebo FDI na začátku a v 35. den za použití identických dávkovacích režimů založených na hemoglobinu a hmotnosti. Primárním výsledkem byl výskyt hypofosfatemie (sérový fosfát < 2,0 mg/dl) kdykoliv, od počátku studie do 35. dne v souboru pro bezpečnostní analýzu (všichni pacienti, kteří obdrželi ≥ 1 dávku studovaného léčiva). Byly měřeny markery minerální a kostní homeostázy a skóre únavy udávané pacientem. **Výsledky:** Celkem bylo vyšetřeno 156 pacientů; zařazeno a léčeno bylo 97 pacientů (49 FDI, 48 FCM). Hypofosfatemie se vyskytla u 8,3 % (4/48) pacientů léčených FDI a u 51,0 % (25/49) pacientů léčených FCM (upravený rozdíl rizik: –42,8 % (95% CI –57,1 až –24,6 %; p < 0,0001). Oba přípravky železa korigovaly IDA. Skóre únavy hlášené pacienty se zlepšilo v obou skupinách, ale pomaleji a v menší míře u FCM než u FDI; pomalejší zlepšení únavy souviselo s větším poklesem koncentrace fosfátů. **Závěr:** Navzdory srovnatelně účinné léčbě IDA způsoboval FCM významně vyšší míru hypofosfatemie než FDI. Je zapotřebí dalších studií, které by se zabývaly dlouhodobějšími klinickými důsledky hypofosfatemie a zkoumaly mechanismy, které jsou základem rozdílných účinků FCM a FDI na únavu hlášenou pacientem.

Inflammatory bowel disease treatments and predictive biomarkers of therapeutic response

Elhag DA, Kumar M, Saadaoui M et al.

Int J Mol Sci 2022; 23(13): 6966. doi: 10.3390/ijms23136966.



Léčba zánětlivých střevních onemocnění a prediktivní biomarkery léčebné odpovědi

Idiopatické střevní záněty (IBD) jsou chronické imunitně zprostředkované záněty gastrointestinálního traktu s velmi heterogenním průběhem. Mají recidivující a remitentní klinický průběh, který vyžaduje celoživotní sledování a léčbu. Přestože dostupnost řady účinných terapeutických možností včetně imunomodulátorů a biologických léčiv (např. inhibitorů TNF, CAM) vedla ke změně paradigmatu ve výsledcích léčby a klinickém managementu pacientů s IBD, někteří pacienti stále buď nereagují, nebo časem ztrácejí schopnost reagovat na léčbu. Podle nedávných doporučení pro výběr terapeutických cílů u zánětlivých střevních onemocnění (STRIDE-II) je proto pro poskytování léčebného algoritmu šitého na míru pacientům s IBD zásadní průběžné sledování onemocnění od úlevy od symptomů až po endoskopické hojení spolu s krátkodobou a dlouhodobou léčebnou odpovědí. Navíc vzhledem k vysoké potřebě nových terapeutických přístupů pro pacienty s IBD jsou v současné době k dispozici různé nové modulatory cytokinových signálních dějů (např. inhibitory JAK/TYK), inhibitory cytokinů (např. inhibitory IL-12/IL-23, IL-22, IL-36 a IL-6), strategie proti adhezi a migraci (např. β 7 integrin, sfingosin-1-fosfátové receptory a kmenové buňky), jakož i mikrobiální terapie k dekolonizaci lůžkových pupenů (např. transplantace fekální mikrobioty a bakteriální inhibitory) jsou v současné době hodnoceny v různých fázích kontrolovaných klinických studií. Cílem je nabídnout ucelený přehled dostupných možností léčby a nových terapeutických přístupů pro pacienty s IBD. Dále jsou diskutovány prediktivní biomarkery pro sledování léčebné odpovědi na různé terapie IBD.

A procalcitonin-based algorithm to guide antibiotic use in patients with acute pancreatitis (PROCAP): a single-centre, patient-blinded, randomised controlled trial

Siriwardena AK, Jegatheeswaran S, Mason JM et al.

Lancet Gastroenterol Hepatol 2022; 7(10): 913–921. doi: 10.1016/S2468-1253(22)00212-6.



Postup v užívání antibiotické terapie u pacientů s akutní pankreatitidou na podkladě hodnot prokalcitoninu

Akutní pankreatitida je častý důvod hospitalizace, přibližně u dvou třetin pacientů lze očekávat středně těžký nebo těžký průběh. Při těžším průběhu onemocnění dochází k rozvoji systémové zánětlivé odpovědi, na kterou má antibiotická terapie nulový efekt. V minulosti proběhlo několik studií hodnotících profylaktické podávání antibiotik při akutní pankreatitidě, přičemž nebyl prokázán konzistentní důkaz o benefitu profylaxe. Rozlišení systémové zánětlivé reakce a infekce při akutní pankreatitidě

může být složité s rutinními markery zánětu. Tato randomizovaná, jednostranně zaslepená, monocentrická studie si klade za cíl stanovit, zda algoritmus vyšetřování prokalcitoninu může vést ke snížení užívání antibiotik při akutní pankreatitidě. Prokalcitonin je hormokin užívaný při hodnocení prozánětlivé reakce při bakteriálních infekcích. Je více senzitivní než běžně hodnocené markery zánětu (např. CRP, leukocytóza). Jeho hladiny prudce vzrůstají nebo klesají v závislosti na bakteriálním stimulu či antibiotické léčbě. Studie se zúčastnilo 260 pacientů splňujících známky akutní pankreatitidy. Vyřazení byli pacienti užívající dlouhodobě antibiotickou terapii a imunokompromitovaní pacienti. Účastníci byli rozděleni do dvou skupin 1 : 1. U první skupiny byla nastavena antibiotická terapie striktně dle hladin prokalcitoninu. Druhá skupina určovala podávání antibiotické terapie dle platných mezinárodních postupů terapie akutní pankreatitidy. Prokalcitonin byl nabírán dle schématu ve dnech 0, 4, 7 a dále každý týden. Za hranici positivity prokalcitoninového testu byla stanovena hladina 1,0 ng/ml. Pokud byla hladina < 1,0 ng/ml, nebyla započata antibiotická léčba nebo byla zastavena. Pokud byla hodnota > 1,0 ng/ml, bylo pokračováno v antibiotické terapii. V postupu léčby byla také možnost tzv. over-ride, kdy mohl klinický tým upravovat antibiotickou terapii dle aktuálního klinického stavu pacienta. Primárním výsledkem studie je snížení pravděpodobnosti antibiotické terapie z 61,7 na 44,7 % při stanovení prokalcitoninu dle daného algoritmu, $p = 0,007$; směrodatná odchylka $-15,6\%$ (95% CI $-27,0$ až $-4,2\%$). Odds ratio léčebného efektu je 0,49 (95% CI 0,29–0,83; $p = 0,0077$). Mezi vedlejší výsledky studie patří snížení počtu dní užívání antibiotik dle prokalcitoninového algoritmu z 5,8 dne na 4,5 dne (95% CI $-2,10$ až $-0,22$; $p = 0,015$). Nebyl zaznamenán signifikantní rozdíl ve výskytu infekcí po dobu hospitalizace, v radiologických či endoskopických intervencích, v době pobytu v nemocnici či nákladech na péči. Tato studie poukazuje na možnost snížení antibiotické terapie akutní pankreatitidy na podkladě hladin prokalcitoninu bez zvýšení rizika infekce či ohrožení pacienta. Její výsledky bude vhodné ověřit v dalších studiích.

Články vybrali a komentovali MUDr. Mgr. Irena Míková¹, MUDr. Kristýna Kaštylová², MUDr. Vincent Zoundjiekpon³,
MUDr. Silvia Cveková³ a MUDr. Robert Pospíšil⁴

¹ Klinika hepatogastroenterologie, Transplantcentrum, IKEM, Praha

² Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty, Klinické centrum ISCARE a.s. a 1. LF UK v Praze

³ II. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická LF UP a FN Olomouc

⁴ Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

XXXVII. SLOVENSKÝ A ČESKÝ
GASTROENTEROLOGICKÝ
KONGRES 30. 11. – 1. 12. 2023
DoubleTree by Hilton
Bratislava

POZOR Zmena miesta konania!

save the date.

MODULEN™

IBD

Speciální výživa při léčbě Crohnovy choroby

Nutričně vyvážený preparát obohacený o protizánětlivý cytokin TGF β2 a MCT tuky.

PROGRAM

MODULife

**CDED dieta – první a jediná
klinicky prokázaná dieta
s parciální enterální výživou
MODULEN.**

E-learningový program Modulife na podporu léčby pacientů s Crohnovou chorobou pomocí CDED diety.

WWW.MYMODULIFE.COM



Nestlé Česko s. r. o.
Mezi Vodami 2035/31, 143 20 Praha 4
Tel: +420 800 135 135
www.nestlehealthscience.cz

Potravina musí být používána na základě doporučení lékaře nebo kvalifikovaného pracovníka v oblasti klinické výživy. Přípravek je určen pouze k enterálnímu podání. Není určeno pro parenterální použití. Nevhodné pro děti do pěti let věku. Materiál je určený odborné veřejnosti, medicínským odborníkům, nebo kvalifikované osobě v oblasti lidské výživy, farmacie potravin pro zvláštní lékařské účely, nebo péče o matku a dítě.

 **Nestlé**
HealthScience