

Výběry z mezinárodních časopisů

The selection from international journals

Abstrakta článků
ke stažení zde:

You can download
the abstracts here:



Impact of complete vs. partial endoscopic healing on long-term outcomes in Crohn's disease: a prospective multicenter study

Yzet C, Brazier F, Derval E et al.

J Crohn Colitis 2025; 19(7): jjaf104. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjaf104.



Vliv úplného oproti částečnému endoskopickému hojení na dlouhodobé výsledky u Crohnovy choroby: prospektivní multicentrická studie

Úvod: Doporučení STRIDE II uznávají endoskopické hojení (EH), definované skóre SES-CD ≤ 2 , jako jeden z hlavních terapeutických cílů u Crohnovy choroby (CD). Úplné EH by mohlo snížit riziko dlouhodobých komplikací u CD. Cílem této studie bylo posoudit riziko dlouhodobých komplikací u CD v závislosti na stupni dosaženého EH. **Metody:** Byla provedena prospektivní multicentrická studie, která zahrnovala všechny pacienty s hodnocením EH (2019–2022) ve třech centrech, a následně byly porovnány výsledky pacientů s úplným EH (CDEIS = 0) s pacienty s částečným EH (CDEIS > 0, ale < 4). Primárním výstupním ukazatelem bylo terapeutické selhání (potřeba intenzifikace léčby, a/nebo zahájení kortikosteroidů, a/nebo hospitalizace související s CD, a/nebo resekce střeva, a/nebo vznik striktury/fistuly, a/nebo rozvoj perianální CD). **Výsledky:** Do studie bylo zahrnuto celkem 128 pacientů. Léčba trvala před provedením kontrolní koloskopie průměrně 12 měsíců, přičemž rozmezí se pohybovalo mezi 8,3 a 24,3 měsíci. Po průměrném sledování 22 měsíců (s rozmezím mezi 19 a 23 měsíci) zaznamenalo terapeutické selhání 40 pacientů, což představuje 31 % z celkového počtu. Riziko tohoto selhání bylo výrazně vyšší u pacientů s částečným endoskopickým hojením (25 vs. 43 %; $p = 0,036$). Stejně tak bylo u této skupiny vyšší riziko hospitalizace spojené s Crohnovou chorobou (2,5 vs. 17 %; $p = 0,005$), s hazardním poměrem 6,89 a 95% intervalem spolehlivosti (1,46–32,4), přičemž $p = 0,015$. Riziko resekce střeva, zahájení terapie kortikosteroidy a intenzifikace léčby se u pacientů s úplným a částečným hojením lišilo takto: 0 vs. 4,3 % ($p = 0,13$); 2,5 vs. 11 % ($p = 0,1$) a 22 vs. 36 % ($p = 0,088$). **Závěr:** Ačkoli jsou k potvrzení těchto výsledků nezbytné další studie s větším počtem účastníků, současná data naznačují, že úplné endoskopické hojení by mohlo přinášet lepší dlouhodobé výsledky u pacientů s Crohnovou chorobou ve srovnání s částečným hojením. Tyto nálezy podporují potřebu hlubšího výzkumu v této oblasti.

Parecoxib sequential with imrecoxib for occurrence and remission of severe acute pancreatitis: a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled trial

Huang L, Feng Z, Yang W et al.

Gut 2025; 74(9): 1467–1475. doi: 10.1136/gutjnl-2024-334038.



Sekvenční podávání parekoxibu s imrekoxibem při výskytu a remisi těžké akutní pankreatitidy: multicentrická, dvojitě zaslepená, randomizovaná, placebem kontrolovaná studie

Těžká akutní pankreatitida (SAP) je definována jako perzistující orgánové selhání (trvající déle než 48 hod) nebo infekce pankreatu, s mortalitou 20–40 %. I přes svůj častý výskyt a významné léčebné náklady neexistuje účinná farmakologická léčba SAP s orgánovým selháním (OF). Jako jedna z možností se jeví suprese systémové zánětlivé odpovědi pomocí inhibitorů cyklooxygenázy-2 (COX-2-Is). Tato studie si dává za cíl vyhodnotit účinnost a bezpečnost COX-2-Is při léčbě SAP. Do této multicentrické, dvojitě zaslepené, randomizované, placebem kontrolované, výzkumníky iniciované studii bylo zařazeno 348 pacientů s akutní pankreatitidou ve věku 18–75 let, přijatých do nemocnice do 1 týdne od začátku onemocnění a se skóre Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II ≥ 7 nebo modifikovaným Marshallovým skóre ≥ 2 . Pacienti byli v poměru 1 : 1 rozděleni do skupiny s COX-2 inhibitory (sekvenční podání parekoxibu a imrekoxibu), nebo do skupiny s placebem. Mezi hlavní cíle si studie klade porovnat výskyt SAP, délku trvání OF, výskyt lokálních komplikací, klinické výsledky a sérové zánětlivé markery. Ve srovnání s placebem byl výskyt SAP snížen o 20,7 % (77,6 vs. 61,5 %; $p = 0,001$) a délka přetrvávajícího OF zkrácena o 2 dny ($p < 0,001$) po léčbě COX-2 inhibitory. U pacientů zařazených do 48 hod od začátku příznaků se výskyt SAP snížil o 23,8 % ($p = 0,001$) a délka OF o 3 dny ($p = 0,001$). U pacientů zařazených později byl pokles 8,5 % ($p = 0,202$) a délka OF se zkrátila o 2 dny ($p = 0,010$). Výskyt lokálních komplikací byl ve skupině s COX-2 inhibitory významně nižší než u placeba (33,7 vs. 49,1 %; $p = 0,004$). Po léčbě byly významně sníženy hladiny zánětlivých markerů i 30denní mortalita (z 8,6 na 3,4 %; $p < 0,05$). Výskyt nežádoucích účinků byl v obou skupinách podobný (1,2 vs. 0,6 %). Závěrem můžeme říci, že sekvenční podávání parekoxibu a imrekoxibu bylo účinné a dobře tolerované při snižování výskytu a délky trvání SAP i lokálních komplikací prostřednictvím potlačení systémové zánětlivé odpovědi, což vedlo ke snížení morbidit.

Effect of albumin treatment duration on response rates and outcomes in patients with cirrhosis and acute kidney injury

Schleicher EM, Karbanek H, Weinmann-Menke J et al.

J Hepatol 2025; 83(3): 682–691. doi: 10.1016/j.jhep.2025.03.008.



Vliv délky léčby albuminem na míru odpovědi a výsledky u pacientů s cirhózou a akutním poškozením ledvin

Úvod a cíle: U pacientů s cirhózou a akutním poškozením ledvin (AKI) doporučovala guidelines objemovou expanzi albuminem po dobu 48 hod k úpravě hypovolemie a vyloučení prerenálního AKI. Nedávná aktualizace konsenzuálních doporučení ADQI-ICA navrhla zkrácení této doby na 24 hod, a to především na základě názorů odborníků. Cílem této studie bylo zhodnotit míru odpovědi na léčbu albuminem po 24 a 48 hod a porovnat a posoudit prognostický význam tří různých definic odpovědi na terapii albuminem. **Metody:** Byla analyzována data od 127 prospektivně zařazených pacientů s cirhózou a AKI ze dvou německých center. Zkoumány byly tři definice odpovědi po 24 a 48 hod: 1. pokles sérového kreatininu (SCr) o > 0,3 mg/dl; 2. pokles SCr o > 25 % a 3. pokles SCr o alespoň jedno stadium AKI. Sledování bylo prodlouženo až do transplantace jater, úmrtí nebo hemodialýzy. **Výsledky:** Celkově 30–54 % pacientů odpovědělo na léčbu albuminem v závislosti na použité definici a míra odpovědi byla vyrovnaná napříč stadii AKI. Je pozoruhodné, že významný počet pacientů, kteří reagovali po 48 hod, nereagoval během prvních 24 hod. Další odpovědi na albumin během druhých 24 hod podle definic 1, 2 a 3 byly 28 %, 22 % a 18 %. Odpověď podle definice 3 byla spojena s vyšší mírou přežití bez hemodialýzy a transplantace. **Závěr:** Významná část pacientů potřebuje 48 hod k reakci na léčbu albuminem. Zkrácení doby trvání terapie albuminem může vést k nadměrné léčbě terlipresinem.

Isolated IgG elevation in patients with persistently normal transaminases does not affect the outcome of autoimmune hepatitis

Díaz-González Á, Schregel I, Carballo L et al.

JHEP Reports Articles in Press 101562 August 28, 2025.



Izolovaná elevace IgG u pacientů s trvale normálními aminotransferázami neovlivňuje prognózu pacientů s autoimunní hepatitidou

Úvod a cíle: Trvale zvýšené IgG a vzplanutí IgG jsou u pacientů s autoimunní hepatitidou a trvale normálními aminotransferázami relativně časté. U pacientů s normálními aminotransferázami neměl vývoj IgG vliv na prognózu AIH. Pouze hodnota tuhosti jater ≥ 10 kPa v době normalizace hladin aminotransferáz byla spojena s rozvojem cirhózy. Cílem léčby autoimunní hepatitidy je dosažení kompletní biochemické odpovědi definované jako normalizace aminotransferáz a hladin imunoglobulinu G (IgG). Nedávná data nasvědčují, že normalizace IgG nemá významný vliv na přežívání. V této studii byl zhodnocen význam trvale zvýšených hladin IgG (IgGe) a vzplanutí IgG (IgGf) na progresi fibrózy a rozvoj cirhózy. **Metody:** Tato retrospektivní multicentrická kohortová studie zahrnuje 493 pacientů s AIH s trvale normálními aminotransferázami v průběhu sledování. **Výsledky:** 349 (70,8 %) pacientů mělo v průběhu sledování trvale normální hladiny IgG (IgGn), 89 (18,1 %) mělo IgGe a 55 (11,1 %) IgGf. Po mediánu sledování 6,2 let (IQR 4,1–10,1) s normálními hladinami aminotransferáz zůstaly hodnoty tuhosti jater stabilní, bez významného rozdílu mezi skupinami. V průběhu sledování došlo u 24 pacientů k rozvoji cirhózy. Mezi prediktivní faktory cirhózy patřil věk (HR 1,10; $p < 0,001$), albumin (HR 0,20; $p < 0,001$), IgG (HR 1,00; $p = 0,001$), vstupní počet trombocytů (HR 0,99; $p = 0,001$), LSM v době normalizace aminotransferáz (HR 1,30; $p < 0,001$) a po 6 měsících (HR 0,24; $p = 0,025$). V multivariátní analýze byla s vyšším rizikem rozvoje cirhózy nezávisle spojena pouze LSM. Elevace IgG (IgGe or IgGf) neměla vliv na progresi fibrózy ($p = 0,275$) nebo rozvoj cirhózy ($p = 0,211$). **Závěr:** Trvale nebo dočasně zvýšené hladiny IgG u pacientů s normálními aminotransferázami neměly významný vliv na progresi autoimunní hepatitidy, což zpochybňuje současnou definici kompletní biochemické odpovědi.

Recurrence rates of Barrett's esophagus and dysplasia in patients successfully treated with radiofrequency ablation vs. cryoballoon ablation: a comparative study

Sachdeva K, Chandi PS, Verma A et al.

Endoscopy 2025; 57(9): 951–959. doi: 10.1055/a-2598-6806.



Míra recidivy Barrettova jícnu a dysplazie u pacientů úspěšně léčených radiofrekvenční ablací vs. kryobalonovou ablací: srovnávací studie

Endoskopická eradikační terapie (EET) se doporučuje pro léčbu dysplastického Barrettova jícnu (BE) a intramukózního adenokarcinomu. Jak radiofrekvenční ablace (RFA), tak kryobalonová ablace (CBA) mohou vyvolat úplnou/kompletní remisi intestinální metaplasie (CRIM). Cílem studie amerických autorů bylo porovnat dobu sledování CRIM u pacientů léčených RFA vs. CBA. Autoři provedli retrospektivní kohortovou studii s cílem analyzovat výsledky pacientů po EET s RFA nebo CBA ve dvou

referenčních centrech. Měřili a porovnávali míru recidivy BE s dysplazií, nebo bez ní po CRIM pomocí Coxových (Cox) proporcionálních hazardních modelů a analýz s párováním skóre náchylnosti. Sekundárním cílem studie bylo identifikovat prediktorní faktory recidivy. Ve studiích bylo zahrnuto 681 pacientů, kteří dosáhli CRIM (RFA 610; CBA 71), s mediánem sledování 4,1 roku a 4,4 roku po RFA a CBA. Multivariabilní model odhalil vyšší riziko jakékoli recidivy u RFA (poměr rizika [HR] 2,19; 95% CI 1,18–4,06; $p = 0,01$), ale ne dysplastické recidivy (HR 0,88; 95% CI 0,39–1,97; $p = 0,75$). Po vyloučení intestinální metaplasie gastroezofageálního přechodu však bylo pozorováno srovnatelné riziko „jakékoli recidivy“ (HR 1,18; 95% CI 0,61–2,30; $p = 0,62$). Analýza založená na skóre náchylnosti (54 případů v každé skupině) ukázala, že obě skupiny měly srovnatelné riziko recidivy. Výchozí maximální délka BE byla spojena s vyšším rizikem jakékoli recidivy (HR 1,07; $p < 0,001$) a dysplastické recidivy (HR 1,11; $p = 0,001$). Míry jakékoli recidivy BE a dysplastické recidivy byly v této nerandomizované studii srovnatelné u obou metod. Závěrem lze říci, že CBA je srovnatelně účinná a trvalá alternativa k RFA pro EET, a to jak z hlediska recidivy BE, tak recidivy dysplastického BE. Studie zdůrazňuje význam sledování endoskopického hodnocení a léčby, zejména u pacientů s dlouhým segmentem BE, kteří podstoupili úspěšnou EET. Volba terapie by měla být individuální, s přihlédnutím k rizikům a přínosům a za účasti společného klinického rozhodování. Míra recidivy BE je nízká, ale na základě současných výsledků je nutné si uvědomit, že současná endoskopická terapie poskytuje spíše léčbu než definitivní vyléčení, což zdůrazňuje potřebu pokračovat v pečlivém sledování. Uklidňující je, že většinu recidiv lze léčit endoskopicky.

Technical failure of endoscopic ultrasound-guided choledochoduodenostomy: multicenter study on rescue techniques, consequences, and risk factors

Beunon C, Debourdeau A, Schaefer M et al.

Endoscopy 2025; 57(9): 990–1000. doi: 10.1055/a-2541-2973



Technická porucha endoskopické ultrasonograficky navigované choledochoduodenostomie: multicentrická studie o záchranných technikách, důsledcích a rizikových faktorech

Obstrukce distálního společného žlučovodu (CBD) jsou stále častější, přičemž hlavní příčinou je adenokarcinom pankreatu. Obstrukce jsou často diagnostikovány na základě žloutenky, která významně ovlivňuje kvalitu života, brání chemoterapii a komplikuje chirurgické zákroky, což činí drenáž žlučových cest zásadní. ERCP zůstává zlatým standardem pro drenáž žlučových cest s technikou úspěšností v rozmezí 76,3–91,2 % a klinickou úspěšností mezi 90,8 a 97,8 %. ERCP však selhává v 8,8–23,7 % případů, což vyžaduje alternativní metody, jako je endoskopická ultrasonograficky navigovaná drenáž žlučových cest, včetně choledochoduodenostomie (EUS-CDS). Cílem této francouzské studie bylo určit rizikové faktory technického selhání endoskopické ultrasonograficky navigované choledochoduodenostomie (EUS-CDS), vyhodnotit krátkodobé a dlouhodobé následky a identifikovat záchranné techniky u pacientů s biliární obstrukcí. Tato retrospektivní multicentrická studie (2018–2024) zahrnovala technické selhání klasifikované jako typ 1 (nesprávné umístění digestivní příruby – fléry), typ 2 (nesprávné umístění biliární příruby), typ 3 (selhání zavedení stentu), typ 4 (katetr/kovový stent přiléhající k lumen (LAMS) přes žlučovod) a typ 5 (ostatní). Kontrolní skupinou byly úspěšné EUS-CDS ve stejném centru a období. Primárním cílem byly rizikové faktory selhání. Sekundárními cíli byly endoskopické záchranné techniky a okamžité a dlouhodobé důsledky. Technická porucha se vyskytla v 7 % (95% CI 5–9). Ve 23 centrech bylo analyzováno 296 pacientů (průměrný věk 71 let, 53 % mužů), včetně 100 technických selhání: typ 1 (26 %), typ 2 (41 %), typ 3 (11 %), typ 4 (6 %), typ 5 (16 %). Mezi rizikové faktory technické poruchy v multivariabilní analýze patřily průměr CBD ≤ 15 mm, duodenální stenóza, technika vodiče a nízká zkušenost operátora (≤ 10 LAMS). Endoskopická záchrana byla úspěšná v 77 % případů, přičemž v 53 % byly použity kryté kovové stenty a v 22 % nové LAMS. Včasně selhání bylo mírné v 56 % případů, ale v 12 % vedlo k úmrtí do 30 dnů. Okamžitá endoskopická záchrana snížila závažné klinické nežádoucí účinky ($p < 0,001$) a zvýšila úspěšnost ($p < 0,001$). Závěrem lze říci, že selhání EUS-CDS, i když je vzácné, může mít závažné následky, přičemž přibližně 12 % pacientů zemře do 30 dnů. Pro zmírnění rizik je zásadní rozpoznat rizikové faktory, jako je průměr CBD nejvýše 15 mm nebo přítomnost duodenální stenózy před zákrokem, a zvládnout přizpůsobené endoskopické záchranné techniky. Ukázalo se, že okamžitá endoskopická léčba významně snižuje závažnost nežádoucích účinků a zlepšuje klinické výsledky. Tyto poznatky potvrzují nutnost pečlivého výběru pacientů a vysoké úrovně technických vybavení endoskopických pracovišť a zkušenosti při provádění EUS-CDS.

Články vybrali a komentovali MUDr. Kristýna Zdychyncová¹, MUDr. Robert Pospíšil², MUDr. Mgr. Irena Míková³, doc. MUDr. Lumír Kunovský, Ph.D.^{4–6}, MUDr. Vincent Dansou Zoundjiekpon^{4,5}

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

² Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

³ Klinika hepatogastroenterologie, Transplantcentrum, IKEM, Praha

⁴ II. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická LF UP a FN Olomouc

⁵ Gastroenterologické oddělení a digestivní endoskopie, LF MU a Masarykův onkologický ústav, Brno

⁶ Chirurgická klinika LF MU a FN Brno