

37. slovenské a české endoskopické dni Trnava, 28.–29. máj 2015

Článek lze
stáhnout zde:



Informace o stahování
QR kódů naleznete na:
www.qr-kody.cz/qr-ctecka



ABSTRAKTY

Krátkodobé výsledky léčby povrchových neoplastických lézí žaludku endoskopickou submukózní disekcí (ESD)

O. Urban^{1,2}, P. Fojtík¹, P. Falt^{1,2}, M. Kliment^{1,2}, O. Mikolajek¹, V. Zoundjiekpon¹

¹Vzdělávací a výzkumný institut AGEL, o.p.s., Centrum péče o zažívací trakt, Vítkovická nemocnice a. s., Ostrava

²Lékařská fakulta, OU v Ostravě

Účel studie: Prezentujeme prospektivně sledovaný soubor 25 nemocných s žaludeční lézí léčených endoskopickou submukózní disekcí (G-ESD). Cílem studie je posoudit krátkodobé výsledky léčby.

Metoda: Do studie byli zařazeni všichni nemocní, u kterých byla provedena G-ESD v období 11/2011–10/2014. Léze byly k G-ESD indikovány podle rozšířených (expanded) kritérií JGCA v případech, které endoskopista považoval za technicky schůdné. Za ukazatele krátkodobých výsledků léčby jsme považovali en bloc resekci, R0 resekci, kurativní resekci a výskyt komplikací.

Výsledek: Soubor tvoří 25 nemocných, z toho 14 (56 %) žen. Průměrný věk v souboru je 71,5 (40–90) let. Celkem 15 (60 %) lézí bylo lokalizováno v antru, 3 (12 %) angulárně, 3 (12 %) v těle, 3 (12 %) subkardiálně a 1 (4 %) v kardi. Průměrná velikost léze byla 20 (5–66) mm. Průměrný operační čas od zavedení endoskopu do vybavení resekátu byl 95 (20–240) min. Typ léze byl 0–Is v 7 (28 %) případech, 0–IIa v 10 (40 %), 0II–b v 1 (4 %), 0–IIa + IIc v 5 (20 %), 0–IIa + III v 1 (4 %). V 1 (4 %) zbývajícím případě se jednalo o subepiteliální lézi. Postresekční histologické vyšetření zjistilo neoplastickou lézi ve 20 (80 %) případech, zbylých 5 (20 %) lézí bylo ne-neoplastických. Ve 3 (12 %) případech se jednalo o low-grade dysplazii (LGD), v 5 (20 %) o high-grade dysplazii (HGD), v 5 (20 %) o intramukózní karcinom (T1m), ve 3 (12 %) případech o karcinom s invazí do horní třetiny submukózy (T1sm1), ve 2 (8 %) o karcinom s masivní submukózní invazí (T1 > sm1) a ve 2 (8 %) případech o neuroendokrinní tumor (NET, dříve karcinoid). V případech ne-neoplastických lézí se ve 3 (12 %) případech jednalo o léze hyperplastické, v 1 (4 %) o intestinální metaplazii a v 1 (4 %) o aberantní pankreas. Výsledek předresekční klešťové biopsie se shodoval s finální histologickou diagnózou ve 14 (56 %) případech, ve 4 (16 %) případech došlo ke změně diagnózy, ve 4 (16 %) případech se jednalo o podhodnocení (understaging) a ve 3 (12 %) o nadhodnocení (overstaging).

Krátkodobé výsledky léčby jsme vyhodnotili u 20 lézí s definitivní diagnózou neoplazie. En bloc resekce jsme dosáhli v 17 (85 %) případech, R0 resekce v 17 (85 %) případech a kurativní resekce v 16 (80 %) případech. Perforace se vyskytla u 2 (8 %) nemocných, u 1 (4 %) z nich byla řešena chirurgicky. Třicetidenní mortalita byla nulová.

Závěry: Prezentujeme první soubor G-ESD v ČR. Dosáhli jsme krátkodobých výsledků léčby srovnatelných s daty z východoasijských center. Limitací výsledků je výběrový charakter souboru.

ERCP v každodenní klinické praxi – kedy a proč?

L. Kužela

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou, Bratislava, Slovenská republika

Endoskopická retrográdna cholangiopankreatikografia (ERCP) je nenahraditeľná metóda, ktorá sa používa v každodenní klinickej praxi. V súčasnosti sa používa v manažmente choledocholitiázy, benígnej a malígnej biliárnej obštrukcie, pri benígnych a malígnych tumoroch pankreasu, pri chorobách papily major a minor, ďalej pri akútnej a chronickej pankreatitíde, poškodení biliárneho traktu, disrupcii pankreatického vývodu a pseudocystách pankreasu, ako aj pri bolestivých syndrómoch pankreatickej alebo biliárnej etiológie, respektíve pri bolestivých syndrómoch spôsobených zmenami v oblasti Oddiho

sfinktera, taktiež sa používa pri vrodených ochoreniach postihujúcich biliárny trakt a pri krvácaní a infekciách biliárneho alebo pankreatického pôvodu. Keďže je ERCP invazívne vyšetrenie, má svoju nie úplne zanedbateľnú morbiditu a mortalitu. Nedávny prehľad realizovaný vo Veľkej Británii ukázal, že medzi endoskopistami existujú významné rozdiely v úspešnosti (76–95 %) a v závažných komplikáciách (0–16 %). Štúdie ukázali, že najvýznamnejší vplyv na úspešnosť a nízku mieru komplikácií pri ERCP má zručnosť a skúsenosť endoskopistu. Samozrejme úspešnosť a komplikácie závisia nielen od skúseností endoskopistu, ale aj na technickej obtiažnosti vyšetrenia. Najobávanejšou komplikáciou je post ERCP pankreatitída (PEP) s incidenciou od 3 % do viac ako 40 %. I keď „vysoko rizikové“ ERCP je možné identifikovať už pred samotným výkonom a tým pádom vie endoskopista zaujať vhodné opatrenia, môže niekedy zdanlivo jednoduché vyšetrenie vyústiť v ťažkú (život ohrozujúcu) PEP. Pre uvedené je potrebné ku každému pacientovi pristupovať ako ku „najkomplikovanejšiemu“, nakoľko nepredvídateľné okolnosti sa stať môžu a dokážu zmeniť rutínne vyšetrenie na náročný a ťažký výkon. Pre uvedené je podstatné aby ERCP bolo realizované pri dodržiavaní nasledovných odporúčaní: vyšetrenie sa má realizovať iba u pacientov s akceptovanými indikáciami, iba po podpísanom informovanom súhlase a má ho realizovať správne zaškolený, skúsený endoskopista, ktorý má k dispozícii potrebný pomocný personál a vybavenie. Budúcnosť ERCP a najmä terapeutického ERCP závisí od výsledkov dobre dizajnovaných prospektívnych štúdií, ktoré by mali definovať aspekty ako technológia a samotné upotrebenie.

Cévní léze tenkého střeva

M. Kopáčová

II. interní gastroenterologická klinika LFUK a FN Hradec Králové

Cévní léze trávicího traktu můžeme rozdělit na vrozené, kterých je menší část, a získané. Podle charakteru léze rozeznáváme tři základní skupiny:

- vaskulární tumory (hemangiom, angiofibrom, angiolipom, angiosarkom, Kaposiho sarkom),
- vaskulární anomálie asociované s hereditárními či systémovými chorobami (blue rubber bleb nevus syndrom, Klippel-Trenaunay syndrom, Ehlers-Danlosův syndrom, CREST, Rendu-Osler-Weberova nemoc),
- získané a sporadické léze (angiodyplazie, angioektazie, arteriovenózní malformace – AVM, Dieulafoyova léze, GAVE, postiradiační vaskulopatie, varixy).

Z klinicko-patologického hlediska rozlišujeme:

- angiodyplazie – venokapilární léze, vinuté venuly bez endoteliální výstelky,
- angioektazie – dilatované deformované tenkostěnné venuly, endotel je s malým množstvím buněk hladké svaloviny,
- AVM – přímá komunikace aberantní dilatované arterioly a dilatované venuly,
- Dieulafoyova léze – abnormální submukózní dilatovaná arterie.

V praxi však nejsme schopni zejména první dvě skupiny lézí rozlišit (diagnóza je histologická). Z praktického hlediska je podstatné, zda léze krvácí spontánně či po kontaktu s endoskopem či akcesoriem a zda se jedná o krvácení tekoucí či pulzující. Ani klasifikace Evropského endoskopického klubu, která rozlišuje lokalizaci, velikost a počet cévních malformací, se v praxi neujala [1]. Další klasifikace – Yanova – je patrně nejživotaschopnější, ale ani ta se v praxi příliš nevžila [2].

Kapslové studie, které byly provedeny u nemocných s krvácením do GIT, prokázaly, že cévní malformace se podílejí na tenkostěvním krvácení 20–40 % a jsou nejčastějším zdrojem tohoto krvácení. Obvykle je malformacemi postiženo duodenum a orální jejunum, v ileu se vyskytují vzácně (na rozdíl od asijské populace). Maximum výskytu těchto lézí je u nemocných nad 50 let věku, léze jsou obvykle vícečetné.

Kromě krvácení (častěji okultního, ale i zjevného) patří ke komplikacím cévních malformací anémie a v případě objemnějších lézí (cévní tumory) i intususcepce.

Diagnosticky jsou využívány zejména metody kapslové enteroskopie a hluboké enteroskopie (v našem případě dvojbalonové). Dalšími doplňkovými metodami jsou scintigrafie a vazografické metody. Dříve hojně využívaná intraoperační enteroskopie je již dnes na okraji zájmu.

Terapie je především endoskopická, nejčastěji využíváme koagulační metody: argonovou plazmakoagulaci, méně koagulaci bipolární sondou (riziko termického poškození je zde vyšší), dále mechanickou hemostázu klipy a injekční metody (adrenalin, méně tkáňové lepidlo; další injekční látky – histoacryl a polidocanol – jsou pro aplikaci do tenkého střeva nevhodné). Při neúspěchu endoskopické léčby jsou na místě vazografické metody ošetření (kovové spirálky, tkáňová lepidla k oblite-

raci přívodné arterie), případně chirurgické řešení (zejména u cévních tumorů). Drobné mnohočetné vaskulární léze endoskopicky neřešitelné (blue rubber bleb nevus syndrome) řešíme i dnes intraoperační endoskopií v kombinaci s chirurgickými excizemi. Hormonální a medikamentózní léčba je poslední v pořadí, uchylujeme se k ní pouze u nemocných, u kterých jsme neuspěli žádnou z předchozích metod.

Diferenciálně diagnosticky musíme u krvácení do tenkého střeva pomýšlet zejména na Meckelův divertikl. Drobné cévní malformace je třeba také odlišit od drobných hemoragií až sufuzí u pacientů léčených antikoagulační léčbou.

Cévní malformace ošetřujeme pouze tehdy, pokud jsou zdrojem hemodynamicky významného krvácení či anémie (i při terapii železem). Toto platí zejména pro cévní malformace tračnicku, které jsou vedlejším nálezem koloskopii. Až 80 % malformací nikdy nekrvácí (zejména v tračnicku), proto je doporučujeme ponechat *in situ*. Často je nacházíme u starších polymorbidních nemocných. K ošetření indikovaných lézí je třeba zvolit bezpečnou techniku (podpich fyziologickým roztokem před termickým ošetřením, nízká wataž, krátké pulzy pod jednu sekundu). Volit bezkontaktní ošetření (argon) a pokud použijeme bipolární sondu, tak na ni nikdy netlačit.

Literatura

- Schmit A, van Gossum A. Proposal for an endoscopic classification of digestive angiodysplasias for therapeutic trials. *Gastrointest Endosc* 1998; 48(6): 659.
- Yano T, Yamamoto H, Sunada K et al. *Gastrointest Endosc* 2008; 67(1): 169–172.

Práce vznikla v rámci řešení výzkumného záměru IGA NT 13414-4/2012.

Jak má vypadat kvalitní kolonoskopie v roce 2015?

P. Vítek, I. Mikoviny Kajzrlíková, J. Kuchař, J. Platoš, J. Chalupa

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

Katedra interních oborů, LF OU v Ostravě

Kolonoskopie je v současnosti klíčovou diagnostickou i terapeutickou metodou pro všechny programy screeningu kolorektálního karcinomu. V souvislosti s narůstajícím počtem kolonoskopií, které jsou nyní prováděny celopopulačně, vzrostly nároky na jejich kvalitu. Přední endoskopické odborné společnosti publikovaly indikátory kvality, v prospektivních studiích byl prokázán jejich těsný vztah k výskytu intervalových neoplazií a riziku úmrtí na kolorektální karcinom. Vysoká incidence komplikací kolonoskopie může značně snížit benefit screeningových programů. Ze strany plátců péče je garance kvality vyšetření jednou ze základních podmínek dlouhodobého financování screeningových programů.

Jednou z nezbytných podmínek kvalitní kolonoskopie je dobrá očista střeva. Bylo prokázáno, že nedostatečná střevní příprava zhoršuje základní indikátory kvality kolonoskopie (detekci adenomů a četnost intubace céka). Nutnost opakování kolonoskopického vyšetření z důvodu nedostatečné přípravy snižuje compliance pacientů se screeningovým programem a značně zvyšuje jeho náklady. V současnosti je doporučeno, aby informace o střevní přípravě byly nemocnému předány nejen ve formě letáku, ale i slovně vysvětleny ze strany zdravotníka. Pro vlastní přípravu jsou jednoznačně preferovány tzv. dělené režimy (split regimens). Při těchto režimech přípravy je část přípravy požitá pacientem den před vyšetřením a druhá část ráno v den vyšetření. Interval mezi požitím posledního přípravného roztoku a začátkem vyšetření by neměl být delší než 4 hod. Za nejbezpečnější formu přípravy, kterou lze použít i u pacientů s komorbiditami, je považována příprava se 4 l roztoku polyetylglykolu (PEG), u části ambulantních pacientů bez komorbidit lze pak použít přípravu s nižším objemem. Jedná se jednak o roztoky obsahující 2 l PEG s přidavkem kyseliny askorbové, případně hyperosmotické nízkoobjemové roztoky sulfátových solí natria, magnesia a kalium a preparáty sodium pikosulfátu. U hyperosmotických roztoků je zcela klíčové doplnit přípravu dostatečným příjmem tekutin. Dříve oblíbená příprava fosfátovými solemi byla vzhledem k riziku nefrotoxicity prakticky opuštěna.

Kvalita přípravy pacienta by měla být zhodnocena standardizovanou škálou a zaznamenána ve zprávě z kolonoskopického vyšetření. Současná doporučení ESGE požadují opakování méně než 10 % screeningových kolonoskopií z důvodu nedostatečné přípravy.

Kolonoskopii lze v současnosti provést zcela bez sedace nebo s lehkou anxiolýzou s pomocí směsi kyslíku a oxidu dusného (Entonox). V těchto případech není nutné omezení řízení motorového vozidla po výkonu. Nejčastěji se ale výkon provádí při sedaci benzodiazepiny, případně v kombinaci s opioidy. Sedace s pomocí propofolu je velmi účinná, v současnosti však v rámci Evropy není všeobecně akceptovaný konsenzus, zda ji může provádět proškolený gastroenterolog či pouze anesteziolog. Vzhledem k tomu, že i při klasické analgosedaci benzodiazepiny a opioidy může dojít k hluboké sedaci, je třeba

pacienta adekvátně periprocedurálně a postprocedurálně monitorovat a mít připravena příslušná antidota (flumazenil, naloxon). O monitoraci je nutno vést přiměřenou dokumentaci.

V současných doporučeních ESGE je požadováno, aby pracoviště evidovalo, v kolika případech došlo během sedace k poklesu saturace pod 85 % na dobu delší než 30 s, a také případy, kdy bylo použito antidotum. Standardem je výskyt těchto událostí během méně než 1 % kolonoskopických vyšetření.

Použití sedace a následná monitorace významně zvyšuje náklady endoskopických vyšetření a prodlužuje čas strávený na endoskopickém pracovišti. Proto byly vyvinuty alternativní techniky, které umožňují sedaci omezit či zcela vyloučit. Jednou z nich je použití insuflace CO₂ a současně vodní imerze během výkonu. Je také prokázáno, že správný pohovor indikujícího lékaře před vyšetřením potřebu sedace snižuje a současně zvyšuje i celkovou compliance pacientů se screeningem.

U každého endoskopisty i celkově v rámci pracoviště by měly být periodicky vyhodnocovány individuální indikátory kvality (četnost detekce adenomů – ARD, četnost intubace céka, komplikace výkonů, především četnost krvácení a perforací). V této souvislosti je patrná jednoznačná tendence k tvorbě standardizovaných endoskopických nálezů ve formě strukturovaných dat.

Endoskopická resekce se stala metodou volby pro léčbu časných kolorektálních neoplazií. Správný staging, kvalitně provedená R0 resekce i dostupnost endoskopického řešení komplikací léčby změnily strategii léčby i těchto pacientů. Je doporučeno monitorovat počet benigních lézí, které jsou na pracovišti indikovány k chirurgickému řešení s cílem minimalizace jejich počtu.

Literatura

1. Rembacken B, Hassan C, Riemann JF et al. Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Endoscopy* 2012; 44(10): 957–968.
2. Hassan C, Bretthauer M, Kaminski MF et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy* 2013; 45(2): 142–150.
3. Falt P, Liberda M, Smajstrla V et al. Combination of water immersion and carbon dioxide insufflation for minimal sedation colonoscopy: a prospective, randomized, single-center trial. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2012; 24(8): 971–977.
4. Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E et al. Quality Indicators for Colonoscopy and the Risk of Interval Cancer. *N Engl J Med* 2010; 362(19): 1795–1803.
5. Corley D, Jensen Ch, Marks AR et al. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. *N Engl J Med* 2014; 370(14): 1298–1306.

Krvácení z varixů duodena a proximálního jejunu u segmentální (levostranné) portální hypertenze s ošetřením tkáňovým lepidlem

M. Hanousek¹, B. Pipek¹, P. Falt¹, O. Urban¹, I. Kellnerová²

¹Centrum péče o zažívací trakt, Vitkovická nemocnice a. s., Ostrava

²Interní oddělení, Svitavská nemocnice a. s.

Úvod: Portální hypertenze je syndrom charakterizovaný zvýšením portosystémového gradientu mezi portálním řečištěm a pravou srdeční síní. Vzniká v důsledku poruchy krevního průtoku játry anebo portálním řečištěm. V Evropě je nejčastější příčinou portální hypertenze vedoucí k tvorbě varixů jaterní cirhóza. Méně častou příčinou je extrahepatální obstrukce portální žíly, obstrukce jaterních žil při Budd-Chiariho syndromu nebo levostranná portální hypertenze [1]. V případě levostranné portální hypertenze dochází ke vzniku varixů zvláště ve fundu žaludku, výjimečně v duodenu či proximálním jejunu. Levostranná (segmentální) portální hypertenze vzniká především při trombóze nebo okluzi vena lienalis. Je většinou spojena s onemocněním pankreatu (66 %), mnohdy v rámci chronické pankreatitidy, ale i v případech nádoru pankreatu. Vzácnější příčinou tohoto stavu mohou být pooperační stavy, retroperitoneální fibróza a infiltrace lymfomem [2].

Akutní krvácení je často smrtící komplikací portální hypertenze, úmrtnost je 30–50 % [3]. V případě krvácení z varixů jícnu je dostatek dat stran možností terapie. V případě krvácení u levostranné portální hypertenze, zvláště v případě krvácení z tenkého střeva, data chybí. Nicméně riziko krvácení oproti pacientům s jaterní cirhózou je méně časté (4–5 %). Při akutní atace krvácení jsou ve farmakoterapii používány vazoaktivní látky (terlipresin, somatostatin), u kterých je dostatek dat pro varikozní krvácení v jícnu [4]. Chirurgické řešení (splenektomie, pankreatektomie) je indikována u nemocných se symptomatickou chronickou pankreatitidou. Další možností chirurgického řešení je vytvoření portosystémové spojky, případně možnost zavedení TIPS. Pro endoskopickou léčbu v oblasti tenkého střeva není dostatek dat, obecně je doporučováno ošetření tkáňovým lepidlem – histoakryl. Formou videokazuistiky prezentujeme případ 55leté ženy s komplikovaným krvácením

z varixů duodena a proximálního jejunu u levostranné portální hypertenze řešené aplikací tkáňového lepidla. Případ je raritní jak lokalizací krvácení, tak i způsobem endoskopického ošetření.

Popis případu: Uvádíme případ 55leté ženy s recidivujícím hemodynamicky významným krvácením do zažívacího traktu již od 7/2011. Původně byla pacientka po revizi dutiny břišní se splenektomií pro septickou slezinu s otevřeným hojením v rámci břišní katastrofy 2001. V rámci diferenciální diagnostiky krvácivých atak byl zjištěn chronický uzávěr v. mesenterica superior s přítomným kolaterálním oběhem v mezenteriu, ve stěně orálního jejunu, v jaterním hilu a kolem duodena. 7/2012 provedena vazografie portálního řečiště, následně i měření portosystémového gradientu, který byl nízký, nebyl indikován TIPS. 10/2012 pokus o endovaskulární zprůchodnění v. mesenterica superior byl neúspěšný, další endovaskulární možnosti byly zhodnoceny jako vysoce rizikové, a proto neprováděny. Následně tedy řešeno chirurgicky založením portosystémové spojky – anastomóza mezi varixem retroduodenální žíly a dolní dutou žilou s prošíáním drobných varikozit na zadní stěně duodena a aplikací fibrilaru s dosažením přechodné hemostázy 2013. V krátkém pooperačním období zjištění insuficientní anastomózy 4/2013. Recidivy krvácení, endoskopické ošetření zprvu odmítnuto pacientkou, řešeno kúrou somatostatinu 3/2013, opět přechodný ústup krvácení.

1/2015 opětovná recidiva hemodynamicky významného krvácení do zažívacího traktu, jako symptom opakované melény, nutnost hemosubstituce, kdy v průběhu měsíce nutnost podání více než 60 transfuzních jednotek. Kolonoskopie negativní, bez zdroje krvácení, při gastrokopii přítomnost krve v oblasti duodena, zdroj nenalezen v dosahu endoskopu. Podáván terlipresin. Na naše pracoviště přichází k enteroskopii k vyloučení krvácení z tenkého střeva 2/2015. Při vstupní enteroskopii zjištěn segment délky do 10 cm v oblasti duodena a proximálního jejunu s mnohočetnými varikozními pruhy. Na vrcholu jednoho z varixů drobné intermitentní krvácení s přítomnou ulcerací – video 1. Následně provedeno gastrokopické ošetření, kdy byl na endoskop nasazen cap, díky čemuž byla zajištěna zvýšená přehlednost, zlepšená možnost odsávání. Postupně bylo do dvou varixů aplikováno pomocí Olympus injektoru ForceMax tkáňové lepidlo – histoakryl. Histoakryl podáván s lipiodolem v ředění 1,6 ml lipiodolu a 1 ml histoakrylu. První aplikace byla do varixu s přítomnou ulcerací, další aplikace pak do aborálního varixu – video 2, video 3. Bylo dosaženo hemostázy. 3/2015 kontrolní enteroskopie, kde sice byla přítomnost drobného reziduálního varixu v orálním jejunu, ale bez stigmat krvácení – video 4. Pacientka je toho času bez recidivy krvácení, bez nutnosti hemosubstituce.

Závěr: Prezentujeme případ úspěšné endoskopické léčby krvácení z varixů proximálního jejunu komplikující levostrannou portální hypertenzi při chronickém uzávěru v. mesenterica superior. Příčinou vzniku bylo nejspíše těžké trauma s břišní operací. Původní chirurgické řešení v rámci vytvoření portosystémové spojky bylo neúspěšné, jen s dočasným efektem. Na našem pracovišti bylo provedeno endoskopické ošetření tkáňovým lepidlem. Tento případ názorně prezentuje možnosti endoskopického ošetření krvácení v tenkém střevě. Endoskopické ošetření s tkáňovým lepidlem není běžnou terapií v této lokalizaci, ale jak je doloženo, úspěšně bylo dosaženo zástavy krvácení.

Literatura

1. Ehrmann J, Hůlek P. Hepatologie. Praha: Grada Publishing 2010: 171–185.
2. Madsen MD, Petersen TH, Sommer H. Segmental portal hypertension. Ann Surg 1986; 204(1): 72–76.
3. Stokkeland K, Brandt L, Ekbohm A et al. Improved prognosis for patients hospitalized with esophageal varices in Sweden 1969–2002. Hepatology 2006; 43(3): 500–505.
4. de Franchis R. Evolving Consensus in Portal Hypertension, Report of the Baveno IV Consensus Workshop on Methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. J Hepatol 2005; 43(1): 167–176.

Využití kontrastní endosonografie v diagnostice karcinomu pankreatu

B. Bunganič¹, T. Dvořáková¹, M. Laclav¹, K. Kmočová¹, E. Traboulsi², O. Májek³, Š. Suchánek¹, M. Zavoral¹

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

² Oddělení patologie, ÚVN – VFN Praha

³ Institut biostatistiky a analýz, LF MU, Brno

Cíle: Hlavním cílem práce je srovnání senzitivity a specifity konvenční endosonografie (EUS) a kontrastní endosonografie (CEH EUS) pro diagnózu karcinomu pankreatu. Mezi vedlejší cíle práce patří zjištění, do jaké míry je hodnocení CEH EUS ovlivněno subjektivitou vyšetřujících.

Metody: Prospektivní unicentrická studie u pacientů s ložiskovým postižením pankreatu. Pacienti byli vyšetřeni konvenční EUS, poté CEH EUS a nakonec byla provedena endosonograficky navigovaná biopsie tenkou jehlou (EUS FNA). Výsledky byly porovnány s konečnou diagnózou, která byla založena na výsledku cytologie a dalšího klinického průběhu u neoperova-

ných nebo výsledku histologie z resekátů operovaných pacientů. Hodnoceny byly pouze solidní tumory, cystické byly vyřazeny. Retrospektivně bylo „na slepo“ provedeno druhé čtení EUS nálezů druhým endosonografistou.

Výsledek: Celkem bylo vyšetřeno 54 pacientů, do konečného hodnocení bylo zařazeno 46 nemocných se solidními tumory, osm nemocných bylo vyřazeno. Senzitivita, specificita, negativní prediktivní hodnota (NPV) a pozitivní prediktivní hodnota (PPV) konvenčního EUS pro diagnózu karcinomu pankreatu byla 82,9 %, 45,5 %, 45,5 %, resp. 82,9 %. Pro CEH EUS byly tytéž charakteristiky 97,1 %, 63,6 %, 87,5 %, resp. 89,5 %. Rozdíl v senzitivitě byl statisticky hraničně významný ($p = 0,06$). Interobservační shoda byla při hodnocení EUS velmi dobrá ($\kappa 0,64$), hodnocení CEH EUS bylo průměrné ($\kappa 0,45$).

Závěr: CEH EUS je neinvazivní metoda, která umožňuje identifikovat karcinom pankreatu přesněji než konvenční EUS. Subjektivní chyba v hodnocení CEH EUS je akceptovatelná.

Práce byla podpořena grantem IGA MZ ČR číslo NT 13638.

Preliminary results of an ongoing multi-center, prospective, controlled trial of the duodenal-jejunal bypass liner for the treatment of type 2 diabetes mellitus in obese patients: efficacy and factors predicting a sub-optimal effect

M. Benes, T. Hucl, P. Drastich, J. Spicak

Hepatogastroenterology Department, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic

Introduction: The global increase in obesity incidence results in an increase of type 2 diabetes mellitus (T2DM) incidence. Surgical treatment has proven to be effective, however it carries a high risk of complications. The duodenal-jejunal bypass liner (EndoBarrier®, GI Dynamics, DJBL) is an endoscopic implant that mimics the intestinal bypass portion of the Roux-en-Y Bystric Bypass. It results in weight loss and improvements in glucose control in obese patients with T2DM.

Aims and methods: This is an interim report of an ongoing three years study. The aim of this prospective, controlled, multicentre study is to determine the effectiveness of DJBL and to identify clinical factors associated with a sub-optimal outcome of DJBL.

Results: Fifty seven subjects (32 with an implant, 25 controls) were included in the study. The groups were comparable with respect to age, gender, BMI (mean 40.7 vs. 38.5 kg/m²), T2DM duration (7.3 vs. 8.1 years), HbA_{1c} level (89 vs. 83 mmol/mol) and T2DM treatment. In the DJBL group, all devices were successfully implanted. Only four devices had to be explanted prior to the end of the 10 months study period (bleeding, dislocation and need for ERCP because of choledocholithiasis). The mean procedure time was 19.2 minutes for an implantation and 18.5 minutes for an explantation. At 10 months there was significantly greater weight loss and % EWL (21 vs. 8% and 44 vs. 14%) and significantly improved long term compensation of T2DM marker HbA_{1c} (decreased by 25 vs. 11 mmol/mol) in the DJBL group. T2DM medicinal treatment could be reduced in more device subjects than controls. There was no serious adverse event. Mild abdominal pain and nausea after implantation were experienced by 72% of patients during first 14 days after implantation, 33% of patients during the first month and 10% of patients after one month. Lower initial BMI, distal position of the anchor and lower body height were identified as negative prognostic factors for pain.

Conclusion: The DJBL is safe when implanted for 10 months, and results in significant weight loss and HbA_{1c} reduction. This suggests that this novel device is a candidate for the primary therapy of morbid obesity and T2DM. Lower initial BMI, distal position of the anchor and lower body height could be negative prognostic factor for pain.

Je kompletní remise intestinální metaplazie vhodným endpointem u pacientů léčených pomocí radiofrekvenční ablace? Dlouhodobé výsledky RFA u 80 pacientů.

J. Krajčiová¹, M. Stefanová², J. Malušková³, M. Kollár³, J. Špičák¹, J. Martínek¹

¹Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

²Interní oddělení, Nemocnice Na Františku, Praha

³Pracoviště klinické a transplantační patologie, IKEM, Praha

Úvod: Radiofrekvenční ablace (RFA) v kombinaci s endoskopickou resekcí (ER) je v současnosti metodou volby v léčbě časných neoplazií jícnu. Kompletní remise intestinální metaplazie (CR-IM) a kompletní remise dysplazie (CR-D) jsou běžné cíle k hodnocení úspěšnosti léčby.

Metodika: Cílem naší prospektivní studie je posoudit dlouhodobou účinnost RFA. Hlavní hodnocená kritéria jsou kompletní remise intestinální metaplazie (CR-IM) nebo dysplazie (CR-D) u pacientů s kompletní makroskopickou eradikací Barrettova jícnu (BJ), nebo bez ní a úměra rekurence IM a dysplazie.

Výsledky: Do studie jsme zahrnuli celkově 80 pacientů (průměrný věk 62 let), kteří podstoupili endoskopickou léčbu časně neoplazie jícnu v našem centru v průběhu období 2009–3/2015. U 76 pacientů byla prokázána neoplazie v souvislosti s Barrettovým jícnem, zbylí 4 pacienti měli dlaždicobuněčný karcinom. Průměrná doba sledování byla 36 měsíců. U 24 pacientů (30 %) byla RFA jedinou léčebnou modalitou, naproti 56 pacientů (70 %), u kterých RFA následovala endoskopickou resekci nebo disekci viditelné léze. Indikacemi k endoskopické terapii byly: a) časný adenokarcinom: 30 (37,5 %), b) časný dlaždicobuněčný karcinom: 4 (5 %), c) high-grade dysplazie (HGD): 23 (28,75 %), d) low-grade dysplazie (LGD): 23 (28,75 %). Celkově bylo provedeno 147 ošetření pomocí RFA.

Dosáhli jsme 71 % CR-IM a 98 % CR-D. U většiny pacientů bez CR-IM (94 %) byla přítomna makroskopicky normální neo-Z-linie bez viditelných jazýčků nebo ostrůvků metaplastické sliznice.

V průběhu sledování bylo zaznamenáno 18 rekurencí IM v úrovni neo-Z-linie (ze 44 pacientů bez průkazu BJ v průběhu nejméně 18 měsíců po ukončení terapie; 41 %). U 14 pacientů byla neo-Z-linie makroskopicky normální. K rekurenci LGD došlo dvakrát (v oblasti Z-linie) a jednou HGD. V průběhu sledování jsme nezaznamenali rekurenci karcinomu. Mezi rizikové faktory rekurence IM patřily mužské pohlaví, mladší věk a diagnóza karcinomu.

Závěr: Léčba BJ pomocí RFA vede k vysokému procentu CR-D s nízkým podílem rekurence. U většiny pacientů bez CR-IM nebo s rekurencí IM je přítomna makroskopicky normální neo-Z-linie. Zdá se, že CR-IM a rekurence IM nejsou klinicky důležité endpointy u pacientů s makroskopicky normální neo-Z-linií po ošetření RFA.

Gentamicin submucosal lavage during per oral endoscopic myotomy (POEM): is it necessary?

J. Bayer, Z. Vackova, H. Svecova, P. Stirand, J. Spicak, J. Martinek

Hepatogastroenterology Department, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic

Background: Per oral endoscopic myotomy (POEM) is an evolving therapeutic modality for achalasia. According to the original Inoue's technique, lavage with gentamicin (80 mg) into the submucosal tunnel before starting the myotomy has been practiced due to the fear of infection. Since the number of infectious complications during POEM has been negligible, several centers (including our own) discontinued the use of gentamicin. However, there is no data assessing the clinical utility of gentamicin lavage yet.

Objective: The aim of this study was to compare outcomes of patients who received gentamicin lavage vs. patients who did not.

Methods: A retrospective analysis of prospectively collected data. POEM was performed in 86 patients (median age 46). Before the procedure, all patients were given intravenously ceftriaxone 2 gr and metronidazole 500 mg; ceftriaxone was further administered on POD 2 and 3. In 60 patients (69.8%), a lavage with 80 mg of gentamicin diluted in 10 mL of normal saline was performed into the submucosal tunnel before starting the myotomy (group A). In 26 patients (30.2%), gentamicin lavage was not performed (group B). The main outcome variables were CRP levels, leukocyte level (WBC), infectious complications and postprocedural fever and pain.

Results: The treatment success at 12 months (defined as an Eckardt score < 3) did not differ between the two groups (98.3% group A vs. 100% group B). We did not experience any clinically significant infectious complications, such as mediastinitis, peritonitis or abscesses, in either group. In group A (with gentamicin), there was a trend for lower CRP levels and lower WBC count after POEM (POD 1, median with IQ range: CRP: 52.6 (35) mg/l vs. 68.2 (34) mg/l, $p = 0.1$; WBC: (10.9 (3.3) vs. 12.4 (3.7) $10^9 \times 10^9$ ($p = 0.05$)). Regarding all remaining parameters, we did not detect any differences between the two groups (group A vs. group B, median with IQR: RBC 4.26 (0.6) vs. 4.34 (0.7), Hb 129.5 (18) vs. 130.5 (22), length of hospitalization 2.0 (1) vs. 2.0 (0) days). The post POEM fever was present on POD 1 and/or POD 2 in 10% of patients in the group A and in 14.3% of patients in the group B (NS).

Conclusion: During POEM, submucosal lavage with gentamicin prior to myotomy does not seem to play a role in the prevention of clinically significant infectious complications, although the systemic inflammatory response may be decreased.

Endoskopická submukozální disekce (ESD) objemné léze v rektu

N. Brogyuk, M. Zavoral, Š Suchánek

Interní klinika 1. LFUK a ÚVN – VFN Praha

Úvod: Přednádorové léze v trávicím traktu jsou většinou odstraňovány pomocí endoskopické mukozální resekce (EMR). V případě jejich větší velikosti je však nutno použít metodu piece-meal odstranění, a tedy není realizována R0 resekce. Z toho důvodu byla zavedena metoda endoskopické submukozální disekce (ESD), kdy je odstraněna léze po submukózním řezu speciálními noži a je docíleno en-bloc resekce.

Kazuistika: 57letý muž podstoupil na našem pracovišti screeningovou kolonoskopií s nálezem objemné ploché léze rekta velikosti 28 mm, smíšený typ 0–Is + 0–IIa dle Pařížské klasifikace. Pacient byl indikován k ESD. Po standardní dělené střevní přípravě pacienta (4 l polyetylglykololu) byla provedena nejprve diagnostika bílým světlem, narrow band imaging (NBI) a chromodiagnostika pomocí indigokarmínu. Léze nejevila známky malignity, byla ostře ohraničená.

Po cirkulárním označení okrajů (marking) nožem DualKnife (Olympus Medical) byl proveden podpich (Patent Blue pro ESD) přilehlé části a následně iniciální incize stejným nožem při jiném nastavení koagulační jednotky. Poté byla léze odstraněna disekcí, kdy byl proveden vždy opakovaně podpich 1–2 ml roztoku následovaný řezem nožem HookKnife (Olympus Medical). V průběhu výkonu byly preventivně ošetřeny cévy v submukóze a stavěno drobné krvácení pomocí nože HookKnife nebo koagulačními kleštěmi (Coagrasper, Olympus Medical). Výkon proběhl bez komplikací během 150 min. Léze byla odstraněna en-bloc, natažena na korek a odeslána k histopatologickému vyšetření, dle kterého šlo o 28 × 22 mm velký tubulárně uspořádaný adenom s low-grade a high-grade dysplazií, se šíří submukózy 2,3 mm, potvrzeno kompletní odstranění. Pacient byl dimittován po třídení hospitalizaci bez komplikací.

Závěr: Endoskopická submukozální disekce je vhodná metoda k léčbě plochých lézí trávicího traktu, zejména rekta. Její výhodou je možnost radikálního odstranění i lézí větších rozměrů.

First experiences of confocal laser endomicroscopy (pCLE-Cellvizio) in the diagnosis of gastrointestinal lesions

M. Kollar¹, J. Maluskova¹, E. Sticova¹, E. Honsova¹, J. Froněk², M. Oliverius², J. Spicak³, P. Trunecka⁴, J. Martinek³

¹Clinical and Transplant Pathology Department, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic

²Transplant Surgery Department, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic

³Hepatogastroenterology Department, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic

⁴Transplantcenter, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic

Background: While a standard endoscopy evaluates appearance of the mucosal surface, a new advanced endoscopic method – probe based confocal laser endomicroscopy (pCLE) – enables real time visualization of subepithelial mucosa *in vivo* (cca 60 μm) at 1,000× magnification. The goal of this study was to evaluate the diagnostic accuracy and agreement between pCLE and standard biopsy/resection specimen.

Methods: A single center, prospective and single-blind (pathologist) study. Ten patients (6 women, 4 men) with a total of 14 lesions were enrolled. All patients underwent an upper GI endoscopy with trimodal imaging and pCLE (Cellvizio). All samples taken by biopsy, endoscopic resection or endoscopic submucosal dissection were correlated with pCLE images. Main outcome measurement was an agreement between biopsies and pCLE images. Two experienced pathologists analysed pCLE images before reading standard biopsies.

Results: A total of 14 lesions were analyzed: 8 esophageal lesions – 2 malignant tumors, 6 non-neoplastic lesions; 3 gastric lesions – 1 adenoma with high-grade dysplasia, 2 hyperplastic polyps and 2 small intestine grafts in two patients after multivisceral transplantation.

The agreement between pCLE imaging and biopsies of esophageal and gastric lesions was in 80%. One carcinoma in proximal esophagus was evaluated only in pCLE images, the biopsy did not capture it. pCLE was better in visualisation of epithelium in small intestine grafts due to a bigger imaged area. pCLE might be a promising tool for detection of mucosal changes in these patients.

Conclusion: pCLE is a promising comparable method allowing basic correlation to histopathology throughout the gastrointestinal system.

Endoscopy vs. surgery for high-risk early esophageal cancer

M. Kollar¹, J. Krajciová², J. Maluskova¹, E. Honsova¹, A. Pazdro³, T. Harustiak³, Z. Vackova², J. Spicak², J. Martinek²

¹Pathology Department, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic

²Hepatogastroenterology Department, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic

³Third Department of Surgery, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague and Motol University Hospital, Czech Republic

Background: Endoscopic treatment is a standard therapeutic option for patients with early esophageal cancer (EAC) with mucosal invasion (T1a). For patients with “high-risk” T1a cancer (e. g. advanced grading (G3/G4), invasion to lymphatic (L+)

or blood vessels (A+), high degree of tumor cells dissociation (TCD 3) and for patients with T1b cancer (with any submucosal invasion)), surgery still remains a standard therapeutic approach.

Aim: To compare outcomes of endoscopic vs. surgical treatment in patients with high-risk EAC. High-risk cancer was defined as any cancer with submucosal (sm) invasion or mucosal cancer with at least one of the following: G3/G4 differentiation, invasion to blood (A+) and/or lymphatic (L+) vessels and high tumor cells dissociation (TCD3).

Methods: A single-center study. Patients with EAC underwent endoscopic resection (ER) or endoscopic submucosal dissection (ESD). Patients with high-risk EAC were referred for surgery if there were no contraindication such as advanced age, multiple co-morbidities, patient's refusal, etc. All other patients continued (if necessary) with endoscopic treatment which consisted of further sessions of ER (or ESD) and/or radiofrequency ablation (RFA). After treatment, all patients have been followed up for a median of 22 months (range 48–119).

Results: A total of 57 patients (50 men, 7 women, median age 63) underwent endoscopic treatment for EAC (47× adenocarcinoma, 9× squamous carcinoma, 1× duplicity (EAC+SCC)). Twenty-three patients (40%) had low-risk T1a cancer, and endoscopic treatment was considered curative. The remaining 34 patients (60%) had high-risk EAC (submucosal invasion: 56%; T1a cancers with "high-risk" features: 44%). Eleven "high-risk" patients (32%) were referred for esophagectomy and 23 patients (68%) continued with endoscopic treatment. In one patient, the planned esophagectomy was finally not performed due to tumor generalization found during the operation. Among 10 patients who underwent esophagectomy, local residua of malignancy were present in only one (10%) patient and lymph node metastases have not been detected in any of these patients. During the follow-up, none of the patients who underwent esophagectomy has shown signs of generalization or a tumor relapse and no patient died. In 23 "high risk" patients undergoing endoscopic treatment, local complete remission of neoplasia was achieved in all of them after a median of 2 treatment sessions. Neither local recurrence of neoplasia nor tumor generalisation have been observed so far, and there was no cancer related mortality.

Conclusion: Endoscopic therapy appears to be an effective alternative to esophagectomy in patients with "high-risk" early esophageal cancer.

Prvé skúsenosti so single-operator perorálnou cholangioskopiou (SpyGlass) na Slovensku. Výsledky z gastroenterologického pracoviska FN Trnava.

R. Husťák¹, J. Ušák¹, D. Kudlová¹, F. Závada², J. Martínek^{1,3}

¹Gastroenterologické pracovisko, Interná klinika FN Trnava, Slovenská republika

²Oddělení gastroenterologie, Oblastní nemocnice Píbram, a.s.

³Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

Úvod: Perorálna cholangioskopia je endoskopická vyšetrovacia metóda žľčovodov, ktorá prináša nový pohľad na diagnostické riešenie nejasných intraluminálnych biliárnych lézií s vysokou vizuálnou diagnostickou presnosťou a vie tak napomôcť k posúdeniu biologickej povahy lézie cieleným odberom vzoriek z jej povrchu.

Ciel: Retrospektívna analýza dát pacientov podstupujúcich perorálnu cholangioskopiu (SpyGlass Boston Scientific) na gastroenterologickom pracovisku FN Trnava.

Výsledky: Perorálna cholangioskopia bola realizovaná u 20 pacientov (12 žien): 17 s indeterminovanou stenózou (81 %), dvaja pacienti s defektom v náplni (9,5 %), jeden pacient s vrasteným metalickým stentom v stenóze distálneho choledochu (4,7 %) a u jedného pacienta s progresiou dominantnej stenózy choledochu a rekurujúcou cholangitídou v teréne primárnej sklerotizujúcej cholangitídy (4,7 %). Úspešnosť prevedenia cholangioskopie v našom súbore bola 100 %. Najčastejším výkonom počas cholangioskopie bola SpyBite navigovaná biopsia u 15 pacientov (71 %). Senzitivita a špecifická vizuálneho hodnotenia malígnej lézie dosiahla v našom súbore 87,5 % a 92,3 % respektíve. U SpyBite biopsií bola senzitivita 28,6 % a špecifická 100 %. Zaznamenali sme štyri komplikácie: dve ľahké formy pankreatitídy, jednu cholangitídu a u jednej pacientky hematóm pečene. Cholangioskopia menila manažment liečby u približne 65 % pacientov.

Záver: SpyGlass cholangioskopia má vysokú diagnostickú presnosť vizuálneho hodnotenia povahy patologických lézií biliárneho stromu.

Peroral endoscopic myotomy: safe and effective. A prospective evaluation of 80 consecutive cases.

P. Stirand¹, J. Spicak¹, Z. Vackova¹, H. Svecova¹, E. Kieslichova², R. Dolezel³, R. Janousek⁴, A. Pazdro⁵, T. Rösch⁶, J. Martinek¹

¹ Hepatogastroenterology Department, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic

² Department of Anesthesiology and Intensive Care, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic

³ Department of Surgery, Military University Hospital, Prague, Czech Republic

⁴ Radiology Department, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic

⁵ Department of Surgery, University Hospital Motol, Prague, Czech Republic

⁶ Department of Interdisciplinary Endoscopy, University Hospital Hamburg-Eppendorf, Germany

Background and aims: Peroral endoscopic myotomy (POEM) is an endoscopic alternative to laparoscopic myotomy. This promising procedure is still considered experimental. Herein, we report single-center mid-term results of POEM in the Czech Republic.

Methods: Since 2012, a total of 81 POEM procedures have been performed in 80 patients (37 women, 43 men, mean age 46). All patients had a diagnosis of achalasia (n = 79) or jackhammer esophagus (n = 1) based on endoscopic, manometric and radiologic examinations. A 3-, 6-, 12- and 24-months follow-up was completed in 65, 59, 37 and 12 patients. The primary outcome was treatment success defined as an Eckhard score < 3. At three months, high resolution manometry and 24-hours pH metry monitoring were performed.

Results: A. PROCEDURE: POEM was successfully completed in all patients. The median length of procedure was 70 minutes (range 32–145). The median myotomy length was 13 cm (8–19). In 40 patients (50%), capnoperitoneum had to be decompressed and 42 patients (67%) experienced a subcutaneous emphysema which resolved spontaneously. Fever was present on the first postoperative day in 9 patients (7%). We experienced only one serious postoperative complication as pleural effusion. In this case patient was discharged in 15 days after procedure. Other patients were dismissed the 2nd or 3rd postoperative day. We observed the following minor complications: inadvertent mucosotomy 7× (treated with clips), respiratory instability during POEM 2× (decompression of capnoperitoneum was necessary), bleeding at the entry site (1×), difficult entry site closure 2× (necessary to use high resolution clips) and large subcutaneous emphysema 2×. B. TREATMENT RESULTS: 3, 6, 12 and 24 months after POEM, treatment success (Eckhardt score < 3) was achieved in 64, 56, 37 and 10 patients (95%, 98%, 100% and 76%), median score pre- vs. post-treatment 7 vs. 0 at 3 and 6 months, and vs. 1 at 12 and 24 months; p < 0.001. The median percentage of overall symptomatic improvement was 90%. Quality of live significantly improved (median score 104 before POEM vs. 130, 137.5, 138 and 138.5 3, 6, 12 and 24 months after POEM, p < 0.001). Manometric parameters (IRP and LES pressure) normalized in a majority of patients. Heartburn was present in 16 (25%), 10 (17%), 9 (24%) and 5 (42%) 3, 6, 12 and 24 months after POEM. Sixteen patients (13%) have been treated with proton pump inhibitors or antacids on demand. Three months after POEM, a mild reflux esophagitis (LA A) was diagnosed in 19 patients (29%) and a pathological gastro-esophageal reflux (DeMeester score > 14) was detected in 24 patients (37%).

Conclusion: POEM is a safe and effective treatment modality in patients with achalasia with excellent mid-term results which seems durable. There is a significant (though almost asymptomatic) reflux postoperatively in 37% of patients in 3-months pH metry studies.

Supported by a grant form IGA NT-13634-4.

Význam endoskopických skórovacích indexov aktivity pri ulceróznej kolitíde a Crohnovej chorobe

M. Greguš

Gastroenterologické a hepatologické centrum, Nitra a V. interná klinika LFUK a UN Bratislava, Slovenská republika

Interpersonálna rôznorodosť hodnotenia endoskopických slizničných nálezov pri ulceróznej kolitíde (UC) a Crohnovej chorobe (CD), ale i variabilita reprodukovateľnosti medzi jednotlivými pracoviskami vedie neustále k snahe vytvoriť jednotný popis endoskopických nálezov pri IBD ochoreniach.

Táto rôznorodosť sa odzrkadľuje aj vo vývoji endoskopických skórovacích kritérií. Pri ich tvorbe významnú úlohu zohrali klinické štúdie. Z dát klinických štúdií vyplýva, že indikátorom úspechu liečby je dosiahnutie slizničného vyhojenia, čo by mohlo zmeniť strednodobé ako i dlhodobé výhľadky pacientov s CD a UC.

Nástrojom hodnotenia endoskopickkej aktivity pri CD a UC sú skórovacie indexy aktivity: SES-CD (zjednodušené endoskopické skóre pre Crohnovu chorobu), CDEIS (endoskopický index závažnosti Crohbovej choroby), Rutgeersovo skóre (hodnotenie pooperačnej rekurencie), UCEIS (endoskopický index závažnosti ulceróznej kolitídy), UCCIS (kolonoskopický index závažnosti ulceróznej kolitídy), Mayo endoskopické subskóre. Tieto skórovacie indexy majú svoje výhody a nevýhody. Predpokladá sa, že by mali byť všeobecne použiteľné, ľahko aplikovateľné, jednoznačne reprodukovateľné a jasne odzrkadľujúce aktivitu ochorenia.

Pri Crohbovej chorobe najvalidnejším indexom endoskopickkej odpovede je zjednodušené endoskopické skóre pre Crohnovu chorobu (SES-CD) a endoskopický index závažnosti Crohbovej choroby (CDEIS).

CDEIS je validovateľný, ale nie praktický. SES-CD je ľahko aplikovateľný a mohol by byť použitý v klinickej praxi. I na základe výsledkov post hoc analýzy dát štúdie SONIC vyplýva, že endoskopická odpoveď definovaná ako pokles hodnoty indexu SES-CD alebo CDEIS oproti baselinu prinajmenšom o 50 % v 26. týždni identifikuje tých pacientov, ktorí by mali dosiahnuť klinickú remisiu bez steroidov (CFREM) v 50. týždni liečby. Tieto výsledky vedú k použitiu týchto skórovacích indexov ako spoľahlivých prediktorov strednodobej prognózy liečby ochorenia.

Skórovacie indexy pri hodnotení aktivity ulceróznej kolitídy sú používané viac ako 10 rokov. V poslednej dekáde veľmi frekventne využívaným endoskopickým skórovacím indexom nielen v klinických štúdiách, ale i v klinickej praxi, je endoskopické Mayo subskóre. Tento index, ktorý je využívaný v hodnotení dosiahnutia endoskopickkej odpovede, je ľahko interpretovateľný s vysokou validitou, no jeho nevýhodou je nepresnosť v hodnotení medzi ľahkou a stredne ťažkou friabilitou.

Určítym pokusom vytvoriť index, ktorý by bol dostatočne validný a spoľahlivý v hodnotení endoskopickkej závažnosti pri UC, je modifikovaný skórovací index Ulcerative colitis endoscopic index Severity (UCEIS) (Travis et al, 2012). Je jednoducho použiteľný, no je potrebné validovať stupeň závažnosti aktivity ochorenia ako aj remisie.

Endoskopické slizničné hodnotenie je považované za validné a merateľné kritérium, ktoré odráža rozsah postihnutia a aktivitu ochorenia u pacientov s IBD. Je viac relevantné ako klinické hodnotenie. Nevýhodou používania endoskopických skórovacích indexov (endoskopické vyšetrenia) je, že je pre pacienta obťažujúce. V klinickej praxi je ich použiteľnosť naďalej limitovaná interpersonálnou variabilitou a časovou náročnosťou.

Enteroskopia – diagnostická výťažnosť, rivalita metód a jej racionálne využitie

M. Huorka

Gastroenterologické a hepatologické oddelenie, V. interná klinika LFUK a UN Bratislava, Slovenská republika

Objasnenie ochorenia tenkého čreva bola do 90. rokov 20. storočia diagnózou per exclusionem. Príchodom push enteroskopie sme si dvere do tenkého čreva otvorili a na rozhraní miléní sa nám naskytla možnosť „poobzerat sa“ do celého rozsahu tenkého čreva pomocou dvojbalónkovej enteroskopie. Súčasne s týmto vyšetrením sa vyvíjala kapslová enteroskopia, ktorá vo svojich začiatkoch neposkytovala tak validné informácie, aké sme čakali.

V súčasnosti disponujeme nasledovnými možnosťami enteroskopického vyšetrenia:

- Push enteroskopia s perorálnym prístupom, obmedzenou dĺžkou vyšetrenia rozsahu tenkého čreva, avšak až so 60% výťažnosťou.
- Intraoperačná enteroskopia s výhodou použitia „akéhokoľvek“ endoskopu, vyšetrenie je zaťažené vyšším percentom komplikácií a vykazuje pomerne veľký stupeň invazivity.
- Balónková enteroskopia s možnosťou prístupu per os a aj per rectum. V rukách skúseného endoskopistu s výťažnosťou vyše 90 %. Rozoznávame tri metodiky balónkovej enteroskopie: double-balloon enteroskopia (DBE), single-balloon enteroskopia (SBO) a balloon-guided enteroskopia (BGE) s možnosťou použitia štandardných endoskopov – gastrokopu, kolonoskopu.
- Špirálová enteroskopia s využitím špeciálnej „overtube“ na zasúvanie enteroskopu do tenkého čreva.
- Kapslová enteroskopia (KE), kde hlavnú limitáciu vyšetrenia predstavuje nemožnosť odobrania bioptickej vzorky.

Enteroskopické vyšetrenie absentovalo najmä pri objasnení obskúrneho krvácania (5 % krvácaní z GIT), diagnóze Crohbovej choroby, tumorov tenkého čreva a pri refraktérnej celiakii s komplikáciami. Jeho zavedením sa dosiahla redukcia chirurgických výkonov, modifikácia liečby najmä Crohbovej choroby. Enteroskopia je časovo, ale aj ekonomicky náročná metóda, z toho dôvodu by jej realizácia mala byť sústredená do špecializovaných centier, aby nedochádzalo k jej devalvácii. Jednotlivé enteroskopické techniky majú komplementárny charakter často s rozhodujúcou diagnostickou výpoveďou.

Indikátory kvality pri endoskopickej retrográdnej cholangiopatikografii (ERCP)

A. Vavrečka

Gastroenterologická klinika LFSZU a UNB, NsP sv. Cyrila a Metóda, Bratislava, Slovenská republika

Je nesporné, že každý lekársky zákrok by mal byť vykonaný kvalitne. Platí to aj pre gastrointestinálnu endoskopiю, a to ako na výkony diagnostické, tak na terapeutické.

Kvalitne vykonanú endoskopiю pri tom možno charakterizovať ako výkon, pri ktorom bol dosiahnutý stanovený cieľ, s minimálne možnou záťažou pacienta a s čo najnižším výskytom komplikácií.

Endoskopická retrográdna cholangiopatikografia (ERCP) je považovaná za technicky náročný výkon s vysokým rizikom komplikácií, ktoré môžu byť aj závažné, až smrteľné. V súčasnosti je ERCP indikovaná predovšetkým k liečbe viacerých pankreatobiliárnych ochorení a iba výnimočne z diagnostických dôvodov. Je všeobecne známe, že kvalitne vykonaná ERCP je vo vysokom percente prípadoch terapeutický úspešná, pri relatívne malej záťaži pacienta a s prijateľným počtom komplikácií. Z uvedeného vyplýva, že je potrebné venovať problematike kvality pri ERCP dostatočnú pozornosť. Permanentné sledovanie kvality ERCP vedie totiž okrem iného aj k včasnej identifikácii endoskopistov, ktorí nespĺňajú skupinový priemer výsledkov dosahovaných pri ERCP. Na základe toho je možné uvedených endoskopistov buď podrobiť ďalšiemu tréningu alebo ich dokonca z vykonávanie ERCP vyradiť.

K sledovaniu kvality ERCP slúžia indikátory kvality. Delia sa na 3 skupiny: 1. indikátory pred výkonom, 2. indikátory počas výkonu a 3. indikátory po výkone.

K prioritným indikátorom kvality patria:

1. frekvencia, s ktorou je ERCP vykonávaná pre vhodnú indikáciu a ako je výkon dokumentovaný;
2. percento úspešnosti hlbokých kanylácií plánovaného ductu u pacientov s natívnou papilou bez chirurgicky zmenenej anatómie (v centrách je úspešnosť vyše 90 %, úspešnosť menej ako 80 % = potrebný ďalší tréning);
3. úspešnosť extrakcií konkrementov do 1 cm z hepatocholeochodu s normálnou anatómiou biliárneho systému (kompetentní endoskopisti dosahujú úspešnosť vyše 90 %);
4. úspešnosť implantácií stentov pri biliárnych obštrukciách, ktoré sú pod bifurkáciou, pri normálnej anatómii žlčových ciest (kompetentní endoskopisti dosahujú úspešnosť vyše 90 %);
5. incidencia post-ERCP pankreatitíd (udávaná rôzne od 1 % do max. 7 %).

V prednáške sú diskutované aj niektoré ďalšie indikátory kvality ERCP.

3. NÁRODNÍ KONGRES O KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMU

11.–12. 12. 2015

Clarion Congress Hotel Prague

www.crc2015.cz



Pořádá:
Společnost pro
gastrointestinální
onkologii ČLS JEP

Sekretariát kongresu:

GUARANT International, Na Pankráci 17, 140 21 Praha 4
Tel.: +420 284 001 444, fax: +420 284 001 448
E-mail: crc2015@guarant.cz