

Onemocnění gastrointestinálního traktu

Zdeněk Lys

FN Ostrava

- VCHGD
- Divertikulóza
- Pankreatitída
- Cholelithiása
- IBD (inflammatory bowel disease)

KDIGO 2018

(not graded, 1C,1D)

1. Zhodnotit anamnézu (cílené dotazy)
2. Anamnéza onemocnění není důvodem k odmítnutí Tx
3. Při aktivitě onemocnění odložit Tx (zařazení)
4. Akutní pankreatitida – 3 měsíce
5. Cholecystitida - CHCE

- komplikace onemocnění GIT nejsou časté po Tx
- mohou být však závažné (podcenění – CRP)
- záměna za NÚ (MMF)
- riziko malnutrice (infekce), sarkopenie

VCHGD

KDIGO 2018:

- Anamnéza
- Pozitivní anamnéza není důvodem k vyřazení
- Při anamnéze nedělat rutinně GFS (1C)
- Při potížích – GFS (1C) a odložit do ústupu

VCHGD

- vyšší výskyt po transplantaci:
 - 3,7% (1,3 % závažné komplikace - krvácení, perforace)
 - 16% - endoskopicky vředy po Tx (1,7x vyšší)
 - 25% vyžaduje endoskopii v prvním roce

Gabor Telkes, Antal Peter, Zsolt Tulassay, Argiris Asderakis, High frequency of ulcers, not associated with *Helicobacter pylori*, in the stomach in the first year after kidney transplantation, *Nephrology Dialysis Transplantation*, Volume 26, Issue 2, February 2011, Pages 727–732

- další rizikové faktory – NSAID, antikoagulace
vysoké dávky kortikoidů
- po Tx eradikace – pozor na klarithromycin !
- kortikoidy – IPP nebo H2 blokátory ?!

IPP - rizika

- AKI (akutní TIN – nezávislá na dávce)
- Progrese CKD
- Klostridiová enterokolitida, mikroskopická kol.
- Pneumonie
- Demence
- Polékový SLE
- Zvýšené riziko zlomenin

IPP - rizika

- Snížená resorbce mykofenolátu, interakce s tacrolimem (vyšší koncentrace)
 - není však spojeno s rejekcemi
- Hypergastrinémie – ca colon ? (roky užívání)
- Malabsorbce – B12, Ca carb, železo
- **Hypomagnesemie**

IPP

- jsou indikované ?
- délka léčby ?
- aktivní hledání vedlejších účinků (QT – EKG)

Pankreatitida

- zařazení možno až po 3 měsících po doléčení akutní pankreatitidy!
- Etiologie – biliární ? - cholecystektomie
 - etylická ? – bude compliance ?
 - jiná ? – IgG4 nemoc
 - lipidogram ?

Cholelithiasa

- prevalence vysoká (ADPKD, DM)
- komplikace po Tx nejsou časté
- nevýrazná klinika i laboratoř

Cholelithiasa

Cholecystektomie před Tx – kdy ?

- anamnéza cholecystitidy
- po biliární pankreatitidě

Asymptomatická cholelithiasa - NE

Divertikulóza

- prevalence stoupá s věkem
- kolektomie není indikovaná jen z důvodu zařazení na WL – ani po akutní divertikulitidě !
- anamnéza divertikulitidy není kontraindikace
- Posttransplantačně málo – **pozor na perforaci !!!**
Častější u pacientů s ADPKD nebo historií 2 a více divertikulitid

IBD

- při obtížích odložit
- vždy individuálně s ošetřujícím gastroenterologem
- Tacrolimus – vyšší riziko relapsu ? – u pacientů po transplantaci jater
- 30% exacerbace po Tx
- Předchozí IS (antiTNF ,AZA ?) – lymfomy

KDIGO

1. Zhodnotit anamnézu (cílené dotazy)
2. Při aktivitě onemocnění odložit Tx (zařazení)
3. Anamnéza onemocnění není důvodem k odmítnutí Tx
4. Akutní pankreatitida – 3 měsíce
5. Cholecystitida - CHCE

Děkuji za pozornost