

Posudek oponenta bakalářské práce oboru Nutriční terapeut

Název bakalářské práce: Léčba Crohnovy choroby pomocí exkluzivní enterální výživy v dětském věku

Autor práce: Martina Černá

Vedoucí práce: PhDr. Tamara Starnovská

Oponent práce: MUDr. Nabil El-Lababidi

Akademický rok: 2018/2019

Posudek

Práce je logicky členěna a její struktura je adekvátní.

Abstrakt odpovídá obsahu práce. Klíčová slova jsou nedostatečná.

Volba tématu

Problematika Crohnovy choroby v dětském věku je nadále aktuální. Specifikem v dětském věku je možnost použití exkluzivní enterální výživy (EEN) k indukci remise. Téma je jistě zajímavé ale ne zcela aktuální, existuje již mnoho studií, u kterých je bezpochyby dokázán efekt EEN a EEN je součástí doporučených terapeutických postupů již dlouhodobě.

Teoretická část

Autorka dělí teoretickou část na 2 kapitoly, a to Crohnovu chorobu a exkluzivní enterální výživu. V první kapitole se autorka postupně zabývá Crohnovou chorobou, její historií, epidemiologií, etiopatogenezí, klinickým obrazem, diagnostikou, dietou, léčbou, nutričním stavem a poté samostatně touto chorobou v dětském věku. V další části se autorka věnuje EEN vč. její historie, účinnosti, druhům, indikacím, dávkování, mechanismům účinku, komplikacím a nežádoucím účinkům a enterální výživou speciálně vyvinutou pro pacienty s IBD.

Autorka se v textu dopouští řady nepřesností už např. v úvodu, kde na vzniku choroby se mohou podílet „psychosociální faktory nebo některá farmaka“. Etiologie Crohnovy choroby není nadále přesně známa, ale v dnešní době se předpokládá zejména efekt změn mikrobioty. Paradoxní je, že autorka toto zmiňuje v dalším textu. Dále v teoretické části vyznívá, že Crohnova choroba postihuje jen střevo, zatímco v úvodu píše správně, že může postihnout jakoukoliv část trávicího traktu. V etiopatogenezi se autorka opět věnuje psychosomatickým faktorům, kdy uvádí, že psychické abnormality lze pozorovat až u třetiny nemocných. Je to zcela pravda ale je důležité rozlišit efekt a důsledek. Zmíněné depresivní

ladění, neuroticismus atd. jsou důsledkem závažného chronického onemocnění a lze je vystopovat u velké části chronicky nemocných pacientů.

V digestivních příznacích se autorka opět dopouští nepřesností, kde vyznívá, že pacient s Crohnovou chorobou má vždy průjem a potíže spojené s defekací. K těmto projevům dochází zejména při postižení aborálních částí gastrointestinálního traktu (GIT). Při izolovaném postižení např. terminálního ilea mohou být „jen“ nespecifické bolesti břicha, nauzea, zvracení a hubnutí. Někteří pacienti s Crohnovou chorobou se mohou manifestovat také jako náhle vzniklý ileózní stav v důsledku obliterace lumen (tenkého) střeva při zanedbané diagnóze, izolovaným malým vzrůstem apod.

V diagnostice klade autorka důraz na titr protilátek ASCA, který je v dnešní době považován za nespecifický a spíše, než v diagnostice slouží k predikci průběhu nemoci, vysoký titr ASCA v době stanovení diagnózy je prediktorem tvorby píštělí a negativita ASCA nevylučuje Crohnovu chorobu, podobně jako jeho pozitivita jí nepotvrzuje. Další nepřesností je, že autorka uvádí, až gastrokopii má podstoupit jen pacient s příznaky horní dyspepsie. U pacienta s podezřením na Crohnovu chorobu je nutné VŽDY provést gastrokopii i koloskopii k vyloučení postižení orálních částí GIT. Dalším důvodem je, že Crohnova choroba může imitovat ulcerózní kolitidu makroskopicky i mikroskopicky a nelze je rozlišit jen na podkladě toho, zdali má pacient kolitidu od rekta orálně či nikoliv. Zarážející je, že autorka zmiňuje sonografii jen mezi řádky, a to i přesto, že v dnešní době hraje sonografie břicha důležitou úlohu nejen v diagnostice ale i ve sledování pacientů s Crohnovou chorobou. Podobně nezmiňuje vůbec možnost kapslové endoskopie a její přínos. Další nepřesností je, že fekální parametry snižuje invazivnost. Diagnózu Crohnovy choroby nelze stanovit jen na základě výsledků vyšetření stolice, endoskopická vyšetření jsou nenahraditelná v informacích, které poskytují, zejména v možnosti získání bioptických vzorků.

Podobně co se týče diety, při obstrukci zcela jistě nemůže být pacient krmen bezezbytkově. Pokud autorka myslela při stenóze tak je přínos bezezbytkové diety diskutabilní. Dle tolerance by měl pacient jíst menší dávky v častějších intervalech nebo mixovanou stravu. Celkově je přínos diet při Crohnově chorobě sporný a krom EEN není prokázán jednoznačný efekt diet s výjimkou slibně vypadající CDED s PEN (Crohn's Disease Exclusion Diet and Partial Enteral Nutrition).

V terapii se autorka opět dopouští nepřesností, aminosalyliciláty nehrají roli v terapii dětské Crohnovy choroby, podobně antibiotika se podávají jen při podezření na/přítomnosti infekce. U kortikoidů autorka uvádí všechny možné nežádoucí účinky bez zohlednění délky trvání terapie, kdy se v dnešní době (i u dospělých) minimalizuje délka jejich podávání. Podávání pre-/pro – a synbiotik v aktivní fázi Crohnovy choroby je velmi rizikové a v dnešní době se nedoporučuje. Efekt byl prokázán jen u mírných forem ulcerózní kolitidy. U biologické léčby autorka uvádí, že se podává při zejména u středně nebo vysoce aktivních pacientů, kteří nereagovali na konvenční terapii. Tato indikace je jen jednou z mnoha, a i v Evropě jsou jasná kritéria tzv. Top-down (nověji King Hit“ postupu, kdy se dá biologickou léčbou i začít terapii. Zarážející je, že autorka neuvádí nová biologika, která jsou dostupná na českém trhu, např. ustekinumab a vedolizumab. Autorka zcela opominula jakkoli rozvést chirurgické intervence.

EEN se doporučuje vždy při stanovení diagnózy Crohnovy choroby u dětí, i kdyby dítě bylo indikováno ihned na biologickou terapii tak, přeskočíme-li proces schválení úhrady, její efekt nenastupuje ihned ale až po ukončení indukční fáze. Dělení enterální výživy není přesné, vždy se počítá na 120 % ideální tělesné hmotnosti, nikoli absolutními čísly, jak uvádí zpočátku autorka. Tvzení, že pro EEN se zavede gastrostomie nebo jejunostomie je velmi odvážné a v praxi se neprovádí. Další nepřesností, je, že i enterální výživy určené speciálně pro Crohnovu chorobu zmiňuje autorka, že je pro IBD (efekt EEN u ulcerózní kolitidy nebyl nikdy prokázán) a že mezi preparáty je např. Modulen. Modulen je unikátním preparátem, který je určen pro děti s Crohnovou chorobou a vzhledem k obsahu TGF-β2 nemá ekvivalent.

Praktická část

Praktická část je založena čistě na retrospektivně získaných kazuistikách a zcela opomíjí formulaci hypotéz. Po krátké anamnéze každého pacienta uvádí autorka vyhodnocení efektu EEN vč. grafického znázornění efektu na antropometrii pomocí růstových grafů. Následně přistupuje autorka k diskuzi, kde hodnotí efekt EEN u každého pacienta, autorka se však dopouští nepřesností, kdy např. uvádí u pacienta 1, že EEN neměla adekvátní efekt, a proto byl nasazen azathioprin. EEN slouží k dosažení remise, nikoli k jejímu udržení, a tak je azathioprin udržovacím lékem, nikoli lékem určeným k dosažení remise. Podobně v souhrnu autorka argumentuje, že někteří pacienti byli „navíc“ na azathioprinu, a přitom se jedná o zcela standardní postup. Ve finální části přistupuje poté autorka k závěru, kde shrnuje výsledky svého retrospektivního kazuistického sledování s dostupnou literaturou.

Přílohy

Tabulky a grafy z vlastní práce autorky jsou přehledné a dobré kvality. Totéž nelze říct o evidentně oscanovaných algoritmech apod., které nejsou ideálně nasnímané.

Formální zpracování práce

Jako každá práce toho rozsahu se autorka dopustila několika překlepů a agramatismů. V referencích užívá autorka ne zcela standardní techniku citací, ale zdroje jsou dohledatelné. Velmi zarážející je absence doporučených postupů ECCO/ESPGHAN, které jsou hlavním klíčem v léčbě těchto pacientů v Evropě.

Práce odpovídá / ~~neodpovídá~~ požadavkům kladeným na diplomovou práci.

Doporučení / nedoporučení k obhajobě: Práce celkově působí jako literární rešerše s několika kazuistikami. I přes značné výhrady doporučuji práci k obhajobě.

Práci klasifikuji stupněm ~~výborně~~ ~~velmi dobře~~ — **dobře** ~~neprospěl/a~~

V Praze dne 28.4.2019

Oponent bakalářské práce

as. MUDr. Nabil El-Lababidi