

LABORATORNÍ LISTY

Č. 7/2026

FEKÁLNÍ KALPROTEKTIN

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

v tomto vydání přinášíme praktický přehled indikací, interpretace nálezu a využití fekálního kalprotektinu při vedení léčby. Zaměříme se na klinické situace, limity markeru a další postup po obdržení výsledku.

CHARAKTERISTIKA VYŠETŘENÍ

Kalprotektin je protein hojně zastoupený v cytoplasmě neutrofilních granulocytů. Při aktivním zánětu střevní sliznice neutrofily migrují do lumen a koncentrace kalprotektinu ve stolici stoupá. Fekální kalprotektin (FCP) je proto neinvazivním ukazatelem intestinální inflamace a v řadě situací koreluje s endoskopickou aktivitou lépe než samotné systémové markery, například CRP. Není však specifický pro idiopatické střevní záněty (IBD). ^{[2] [4]}

KDY VYŠETŘENÍ INDIKOVAT

Podezření na IBD a diferenciální diagnostika obtíží

FCP je vhodný zejména u pacientů s chronickými nebo recidivujícími průjmy, bolestmi břicha a dalšími nespecifickými střevními obtížemi, pokud je třeba odlišit organický zánětlivý proces od funkční poruchy, například syndromu dráždivého tračníku. Nízká hodnota u pacienta s nízkou až střední předtestovou pravděpodobností IBD významně snižuje pravděpodobnost aktivního střevního zánětu a může pomoci omezit zbytečná invazivní vyšetření. ^[2-4]

Monitoring známého IBD

U Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy lze FCP využívat k objektivizaci aktivity, hodnocení odpovědi na léčbu a k časnějšímu zachytu relapsu. U stabilních nemocných má význam sériové sledování; trend hodnoty bývá informativnější než izolovaný výsledek. ^[2-4]

Podezření na relaps nebo nesoulad kliniky a laboratorního nálezu

Biomarker pomáhá odlišit aktivní zánět od funkčních či postinflamatorních obtíží. Současná Doporučení u pacientů zdůrazňují kombinaci symptomů a objektivních biomarkerů a nedoporučují rozhodovat o aktivitě IBD pouze podle subjektivních příznaků. ^[2-4]

POZOR

Při makroskopickém krvácení, nevysvětleném úbytku hmotnosti, anémii, nočních průjmech nebo podezření na nádorové onemocnění nesmí normální FCP sám o sobě odložit indikovanou gastroenterologickou diagnostiku.

INTERPRETACE VÝSLEDKU V LAB IN

Laboratoř vydává výsledek jako F_Kalprotektin v µg/g stolice; referenční rozmezí je 0–50 µg/g. Pro praktickou interpretaci používá následující pásma.^[1]

FCP (µg/g)	Interpretace	Doporučený další postup
< 50	Normální nález; aktivní střevní zánět je málo pravděpodobný.	Při odpovídající klinice podporuje funkční etiologii; při alarmujících příznacích pokračovat v diagnostice.
50–150	Hraniční nález; možný mírný či přechodný zánět.	Bez alarmujících příznaků zvážit klinické sledování a kontrolní FCP za 4–6 týdnů.
>150–250	Suspektní nález pro aktivní zánětlivý proces.	Doplnit klinické a laboratorní zhodnocení; dle situace gastroenterologické vyšetření.
>250–500	Pravděpodobný aktivní střevní zánět.	Gastroenterologické posouzení; podle kliniky endoskopie nebo zobrazovací metody.
>500	Výrazně patologický nález, vysoce suspektní aktivní zánět.	Myslet na aktivní IBD, těžší relaps i infekční kolitidu; etiologii je nutné rychle objasnit.

DŮLEŽITÉ PRO IBD

Laboratorní pásma nejsou totožná s rozhodovacími prahy u již známého IBD. AGA u pacientů v symptomatické remisi pracuje s FCP <150 µg/g jako hodnotou podporující nepřítomnost aktivního zánětu. Vyšší hodnota v remisi má vést spíše k objektivnímu ověření aktivity než k automatické eskalaci terapie.^[2,3]

Co může nález ovlivnit

Zvýšený FCP není specifický pro IBD. Může být přítomen například při akutní infekční gastroenteritidě, divertikulitidě, NSAID-enteropatii, kolorektálních neoplaziích či jiných organických zánětlivých stavech. Výsledek může ovlivňovat krvácení do GIT, věk a užívání nesteroidních antiflogistik. Při akutním průjmu je podle klinické situace vhodné doplnit mikrobiologické vyšetření stolice. Falešně nízké hodnoty jsou možné zejména u některých forem izolovaného ileálního Crohnova onemocnění; při vysokém klinickém podezření proto negativní FCP IBD absolutně nevylučuje.^[1,4,5]

Kalprotektin a léčba

Kalprotektin se neléčí – léčena je příčina střevního zánětu. Nově zjištěná zvýšená koncentrace není sama o sobě indikací k nasazení kortikosteroidů, imunosupresivní nebo biologické léčby. U dosud nediagnostikovaného pacienta má zvýšený FCP vést k objasnění etiologie – podle klinického obrazu k vyloučení infekce a k gastroenterologickému vyšetření, obvykle včetně ileokoloskopie s biopsiemi a případně zobrazování tenkého střeva.^[4]

U již diagnostikovaného IBD je FCP důležitým nástrojem strategie treat-to-target. Pokles koncentrace po zahájení či změně terapie podporuje ústup slizničního zánětu, zatímco přetrvávající zvýšení nebo opětovný vzestup může signalizovat nedostatečnou kontrolu choroby ještě před výrazným klinickým zhoršením. Rozhodnutí o změně léčby však má vycházet ze souhrnu klinického stavu, dynamiky FCP a CRP a podle situace z endoskopie, střevního ultrazvuku nebo jiné zobrazovací metody. U známého IBD je proto vhodné hodnotit především trend výsledků a interpretovat je ve vztahu k předchozí aktivitě a terapii.^[2–5]

Materiál	stolice; pro analýzu přibližně 100 mg
Příprava pacienta	speciální dieta ani jiná příprava není nutná; vhodný je odběr z ranní stolice
Stabilita	5 dnů při 4–8 °C; extrakt 4 měsíce při –20 °C
Dostupnost	pracovní dny; vyšetření není dostupné v režimu STATIM
Doba odezvy	do 5 pracovních dnů od doručení materiálu do laboratoře
Mez detekce	7 µg/g

Aktuální laboratorní informace: [LabMet LIN17245 – Kalprotektin](#)

SHRNUTÍ PRO PRAXI

Fekální kalprotektin je velmi užitečný neinvazivní marker střevní inflamace. Největší přínos má při rozlišení zánětlivé a funkční etiologie obtíží, při rozhodování o potřebě další gastroenterologické diagnostiky a při monitorování aktivity IBD. Hraniční výsledky vyžadují klinický kontext a často kontrolní odběr; výrazně zvýšené hodnoty je nutné etiologicky objasnit. U léčeného IBD se doporučuje sledovat dynamiku FCP jako součást objektivního monitorování, nikoli měnit terapii pouze podle jediné laboratorní hodnoty.

Pěkný den Vám přeje

Lab In – Institut laboratorní medicíny, s.r.o.

LITERATURA A DOPORUČENÉ ZDROJE

1. Lab In – Institut laboratorní medicíny. LabMet LIN17245: Kalprotektin. Revize 10. 9. 2025.
2. Ananthakrishnan AN, et al. AGA Clinical Practice Guideline on the Role of Biomarkers for the Management of Crohn's Disease. Gastroenterology. 2023;165:1367–1399. doi:10.1053/j.gastro.2023.09.029.
3. Singh S, et al. AGA Clinical Practice Guideline on the Role of Biomarkers for the Management of Ulcerative Colitis. Gastroenterology. 2023;164:344–372. doi:10.1053/j.gastro.2022.12.007.
4. Kucharzik T, et al. ECCO-ESGAR-ESP-IBUS Guideline on Diagnostics and Monitoring of Patients with Inflammatory Bowel Disease: Part 1. J Crohns Colitis. 2025;19(7):jjaf106.
5. Srinivasan AR. Treat to target in Crohn's disease: A practical guide for clinicians. World J Gastroenterol. 2024;30(1):50–69. doi:10.3748/wjg.v30.i1.50.

Poznámka: Materiál je určen pro zdravotnické pracovníky a nenahrazuje klinické rozhodování ani aktuální doporučené postupy odborných společností.

Potřebujete kontakt přímo
na odběrové místo, ambulanci,
nebo laboratoř?
Veškeré kontakty naleznete na

www.labin.cz

