



Komplikace spojené s ERCP: Klinická doporučení Evropské společnosti pro gastrointestinální endoskopii (ESGE)

Jean-Marc Dumonceau¹, Christine Kapral², Lars Aabakken³, Ioannis S. Papanikolaou⁴, Andrea Tringali^{5, 6}, Geoffroy Vanbiervliet⁷, Torsten Beyna⁸, Mario Dinis-Ribeiro^{9, 10}, Istvan Hritz¹¹, Alberto Mariani¹², Gregorios Paspatis¹³, Franco Radaelli¹⁴, Sundeep Lakhtakia¹⁵, Andrew M. Veitch¹⁶, Jeanin E. van Hooft¹⁷

Korespondenční autor

**Jean-Marc Dumonceau,
MD PhD,**

Service de
Gastroentérologie, Hôpital
Civil Marie Curie, Chaussée
de Bruxelles 140, B 6042
Charleroi, Belgium
Fax: +32-71-922367

Instituce

1. Gastroenterology Service, Hôpital Civil Marie Curie, Charleroi, Belgium
2. Department of Gastroenterology and Hepatology, Ordensklinikum Barmherzige Schwestern, Linz, Austria
3. GI Endoscopy Unit, OUS, Rikshospitalet University Hospital, Oslo, Norway
4. Hepatogastroenterology Unit, Second Department of Internal Medicine – Propaedeutic, Research Institute and Diabetes Center, Medical School, National and Kapodistrian University, Attikon University General Hospital, Athens, Greece
5. Digestive Endoscopy Unit, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Rome, Italy
6. Centre for Endoscopic Research, Therapeutics and Training (CERTT), Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy
7. Centre Hospitalier Universitaire de Nice, Pole D.A.R.E, Endoscopie Digestive, Nice, France

Definice a epidemiologie:

ESGE doporučuje definovat:

- pankreatitidu vzniklou po ERCP jako nově vzniklou nebo zhoršenou bolest břicha s hodnotou amylázy nebo lipázy více než 24 hodin od výkonu třikrát vyšší než je hodnota normy, a která vyžaduje přijetí k hospitalizaci nebo její neplánované prodloužení.
- cholecystitidu dle nově revidované Tokijské doporučení z roku 2018
- jiné komplikace spojené s ERCP podle Slovníku definic z roku 2010 navržených pro Americkou asociaci gastroenterologické endoskopie (ASGE).

Silné doporučení, střední kvalita důkazů

ESGE doporučuje hodnotit závažnost komplikací spojených s ERCP podle Atlantské klasifikace pro akutní pankreatitidu, podle revidovaného Tokijského doporučení pro cholangitidu a cholecystitidu a dle 2010 ASGE slovníku pro jiné komplikace spojené s ERCP. Slabé doporučení, nízká kvalita důkazů.

ESGE navrhuje, že pacienti s vysokým rizikem vzniku pankreatitidy po ERCP jsou ti, u kterých je přítomen alespoň jeden jasný nebo dva pravděpodobné rizikové faktory související s pacientem nebo s výkonem. Slabé doporučení, nízká kvalita důkazů.

Rizikové faktory vzniku komplikací

ESGE doporučuje řadit mezi pacienty se zvýšeným rizikem krvácení po sfinkterotomii ty, u kterých je přítomen alespoň jeden z následujících rizikových faktorů: probíhající antikoagulační léčba, počet destiček <50 000/mm³, cirhóza, dialýza pro chronické ledvinné selhání, intraprocedurální krvácení, malá zkušenost endoskopisty. Slabé doporučení, nízká kvalita důkazů

ESGE navrhuje, aby za pacienty s vysokým rizikem vzniku cholangitidy po ERCP byli považováni ti, u kterých nebylo dosaženo kompletní drenáže žlučových cest, a to včetně pacientů s hilovou obstrukcí a primární sklerozující cholangitidou, a po provedené cho-

langioskopii. Slabé doporučení, velmi nízká kvalita důkazů.

Dle ESGE jsou pacienti ve zvýšeném riziku vzniku perforace v případě: chirurgicky alterované anatomie, za přítomnosti papilární léze, sfinkterotomie, po dilataci biliární striktury, v případě rozšířeného hepatocholedochu, dysfunkce Oddiho svěrače a „precut“ sfinkterotomie. Slabé doporučení, nízká kvalita důkazů.

ESGE navrhuje, aby pacientům, u kterých proběhla extrakce choledocholitíazy, zvláště pak v případech rekurence litíazy v hepatocholedochu, bylo doporučováno vrátit se při znovu objevení se symptomů. Slabé doporučení, nízká kvalita důkazů

ESGE doporučuje před ERCP získat jak slovní tak psaný informovaný souhlas. Proces souhlasu by měl brát v úvahu individuální rizika, rizika související s postupy, správnou indikaci a naléhavostí ERCP a brát v potaz běžnou praxi v dané zemi. Silné doporučení, nízká kvalita důkazů.

Prevence vzniku pankreatitidy po ERCP

ESGE doporučuje rutinně podávat intrarektálně diklofenak nebo indometacin v dávce 100mg bezprostředně před zahájením ERCP u všech pacientů, u kterých není užívání nesteroidních antirevmatik kontraindikováno. Silné doporučení, střední kvalita důkazů.

ESGE nedoporučuje nepodávat jako prevenci vzniku PEP nesteroidní antirevmatika (NSA) u žen ve ≥ 30 týdnu těhotenství a u pacientů a jejich příbuzných 1.linie, u kterých se v minulosti objevil Stevens-Johnsonův či Lyellův syndrom ve spojitosti s užitím NSA. Silné doporučení, nízká kvalita důkazů.

ESGE doporučuje agresivní volumoterapii s použitím Ringer laktátu (3ml/kg/hodinu

8. Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf, Dusseldorf, Germany
9. Gastroenterology Department, Portuguese Oncology Institute of Porto, Portugal
10. Center for Research in Health Technologies and Information Systems (CINTESIS), Faculty of Medicine, Porto, Portugal
11. Semmelweis University, 1st Department of Surgery, Center for Therapeutic Endoscopy, Budapest, Hungary
12. Division of Pancreato-Biliary Endoscopy and Endosonography, Pancreas Translational & Clinical Research Center, San Raffaele Scientific Institute IRCCS, Vita Salute San Raffaele University, Milan, Italy
13. Gastroenterology Department, Benizelion General Hospital, Heraklion, Crete, Greece
14. Gastroenterology Department, Valduce Hospital, Como, Italy,
15. Asian Institute of Gastroenterology, Hyderabad, India
16. Department of Gastroenterology, New Cross Hospital, Wolverhampton, UK
17. Department of Gastroenterology and Hepatology, Amsterdam University Medical Centers, University of Amsterdam, The Netherlands

Doporučené postupy Evropské společnosti gastrointestinální endoskopie

během ERCP, 20 ml/kg bolusově po ERCP, 3ml/kg/hodinu po dobu 8 hodin po ERCP) u pacientů s kontraindikací k NSA, a to za předpokladu, že tito pacienti nejsou v riziku hyperhydratace a nebyl u nich zaveden profylaktický pankreatický stent. Silné doporučení, střední kvalita důkazů.

ESGE doporučuje jako prevenci vzniku PEP u pacientů s kontraindikací k NSA nebo k agresivní volumoterapii před ERCP podat sublinguálně glycerol trinitrát v dávce 5 mg. Silné doporučení, střední kvalita důkazů.

ESGE nedoporučuje podávání inhibitorů proteáz a lokální opich papily adrenalinem jako prevenci vzniku PEP. Silné doporučení, střední kvalita důkazů.

ESGE doporučuje profylaktické zavádění pankreatického stentu u vybraných pacientů s vysokým rizikem PEP (v případech neúmyslného zavedení vodícího drátu do pankreatického vývodu nebo při jeho náplni kontrastní látkou, při kanylační technice se dvěma vodícími dráty). Silné doporučení, střední kvalita důkazů.

Pro profylaktické zavádění pankreatických stentů ESGE doporučuje použití krátkých 5-Fr pankreatických stentů s lemy (křídélky) či pigtail stenty umístěnými na duodenální straně, nikoliv s lemy (křídélky) na vnitřní straně. Spontánní odchod stentu z pankreatického vývodu je nutno zkontrolovat za 5–10 dnů od jeho zavedení a stenty setrvávající v pankreatickém vývodu je nutné endoskopicky odstranit. Slabé doporučení, nízká kvalita důkazů.

ESGE nenavrhuje rutinně kombinovat intra-rektální nesteroidní antirevmatika s jinými opatřeními bránícími vzniku PEP. Slabé doporučení, nízká kvalita důkazů.

Další opatření bránící vzniku komplikací

ESGE doporučuje neprovádět rutinní endoskopickou biliární sfinkterotomii před zavedením samostatného plastického stentu nebo nepotaženého/ částečně potaženého SEMS za účelem uvolnění obstrukce žlučových cest. Slabé doporučení, střední kvalita důkazů.

ESGE navrhuje u pacientů s plánovanou cholecystektomií provést simultánně (rendez-vous) intraoperační ERCP s odstraněním choledocholitiázy. Slabé doporučení, vysoká kvalita důkazů.

ESGE doporučuje nepodávat před ERCP rutinně antibiotickou profylaxi. Silné doporučení, střední kvalita důkazů.

ESGE doporučuje podání antibiotické profylaxe před ERCP v případech předpokládané inkompletní drenáže žlučových cest, u pa-

cientů těžce imunokompromitovaných a u cholangioskopie. Vybrané antibiotikum by mělo být účinné na gram-negativní bakterie a odpovídat co nejvíce místním epidemiologickým požadavkům. Slabé doporučení, střední kvalita důkazů.

ESGE navrhuje u pacientů, kteří neužívají antikoagulační léčbu a nemají ikterus, před ERCP rutinně nevyšetřovat parametry koagulace. Slabé doporučení, nízká kvalita důkazů

Kontrola vzniklých komplikací

ESGE doporučuje testovat hodnotu amylázy a/ nebo lipázy v séru 2-6 hodin po ERCP u pacientů, kteří v den ERCP mají být propuštěni a po výkonu vyvinou bolest břicha. Pacienty s hodnotami sérové amylázy či lipázy nižšími než 1,5 respektive 4 násobku horní hranice normy je možné propustit bez obavy ze vzniku PEP. Slabé doporučení, nízká kvalita důkazů

ESGE doporučuje nezavádět záchranné pankreatické stenty u pacientů s již vzniklou post-ERCP pankreatitidou. Slabé doporučení, nízká kvalita důkazů

ESGE navrhuje léčbu pokračujícího nebo odloženého krvácení po sfinkterotomii lokální injekcí adrenalinu (1:10 000), případně v kombinaci s termální nebo mechanickou terapií, pokud samotná injekce selže. Slabé doporučení, nízká kvalita důkazů

ESGE doporučuje dočasné zavedení biliárního plně potaženého samoexpandibilního metalického stentu pro jako léčbu krvácení po sfinkterektomii, které je refrakterní ke standardní hemostatické léčbě. Slabé doporučení, nízká kvalita důkazů

ESGE doporučuje u pacientů, u kterých vznikne po ERCP cholangitida provést ultrazvukové či CT vyšetření břicha, a pokud nedojde při konzervativní léčbě ke zlepšení stavu, zvážít zopakování ERCP. Během opakovaného ERCP by měl být odebrán vzorek žluči na kultivaci. Slabé doporučení, nízká kvalita důkazů

Překlad

Alžběta Hujová

Originální dokument

https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2019_a_1075_4080.pdf

Přímý odkaz