



Endoskopická léčba poruch motility gastrointestinálního traktu – část 2: Doporučený postup Evropské společnosti pro gastrointestinální endoskopii (ESGE)

Bas L. A.M. Weusten, Maximilien Barret, Albert J. Bredenoord, Pietro Familiari, Jean-Michel Gonzalez, Jeanin E. van Hooft, Vicente Lorenzo-Zúñiga, Hubert Louis, Jan Martinek, Suzanne van Meer, Helmut Neumann, Daniel Pohl, Frederic Prat, Daniel von Renteln, Edoardo Savarino, Rami Sweis, Jan Tack, Radu Tutuian, Sauid Ishaq

Korespondenční autor

Bas L.A.M. Weusten, MD, PhD

Dept of Gastroenterology and Hepatology, University Medical Center Utrecht, Internal mail no F02.618, P.O. Box 85500, 3508 GA UTRECHT, The Netherlands
b.l.a.weusten@umcutrecht.nl

Instituce

1. Department of Gastroenterology and Hepatology, University Medical Center Utrecht, Utrecht University, The Netherlands
2. Department of Gastroenterology and Hepatology, St Antonius Hospital, Nieuwegein, The Netherlands
3. Department of Gastroenterology and Digestive Oncology, Cochin Hospital, Assistance Publique-Hopitaux de Paris and University of Paris, France
4. Department of Gastroenterology, Amsterdam UMC, Location AMC, Amsterdam, The Netherlands
5. Digestive Endoscopy Unit, Università Cattolica del Sacro Cuore, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, IRCCS, Rome, Italy
6. Department of Gastroenterology, Hôpital Nord, Marseille, France
7. Endoscopy Unit, University Hospital La Fe, Valencia, Spain

Hlavní doporučení

Pro pacienty se symptomatickým Zenkerovým divertiklem jakékoli velikosti upřednostňuje ESGE metody flexibilní endoskopie jako léčbu první volby před otevřeným chirurgickým přístupem.

Slabé doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 100 %.

ESGE doporučuje, aby nově se vyvíjející metody léčby Zenkerova divertiklu, jako je technika vycházející z perorální endoskopické myotomie tzv. Z-POEM (Zenker-perorální endoskopická myotomie) a submukózní tunelizace, byly považovány za experimentální a jejich provedení bylo nabízeno pouze v rámci klinické studie.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 100 %.

ESGE nedoporučuje rutinní klinické užití transorální fundoplikace (TIF – transoral incisionless fundoplication) jako alternativy podání IPP (inhibitorů protonové pumpy) či antirefluxního chirurgického výkonu v léčbě RCHJ (refluxní choroba jícnu) z následujících důvodů: nedostatek dat o dlouhodobých výsledcích terapie, inferioritě TIF vůči fundoplikaci a limitované efektivitě v úzce vybrané skupině pacientů. Provedení TIF může být zváženo u pacientů s mírnou RCHJ, kteří nechtějí užívat IPP, nebo podstoupit antirefluxní operaci.

Silné doporučení, kvalita důkazů střední, míra shody 92,8 %.

ESGE nedoporučuje užití systému MUSE (MediGus ultrasonic surgical endostapler) v klinické praxi pro nedostatek dat prokazujících jeho účinnost a bezpečnost u pacientů s RCHJ. Systém MUSE by měl být používán pouze v rámci klinických studií.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 100 %.

Pro možné komplikace výkonu a chybějící data nedoporučuje ESGE užití antirefluxní mukosektomie v léčbě RCHJ v rutinní klinické praxi.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 100 %.

ESGE doporučuje provedení endoskopické cékostomie až po vyčerpání/selhání všech konzervativních metod včetně medikamentózní léčby a retrogradní laváže.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 93,3 %.

K zamezení obtékání a prevenci možných infekčních komplikací doporučuje ESGE fixaci céka ke stěně břišní ve třech bodech (užitím T-kotev, systému „double-needle“ nebo laparoskopickou fixací). Fixace ve třech bodech by měla být použita vždy nehlédě na typ provedené perkutánní endoskopické cékostomie.

Síla doporučení silná, kvalita důkazů velmi nízká, míra shody 86,7 %.

ESGE doporučuje zvážet provedení endoskopické dekomprese tračnicku u pacientů s Ogilvieho syndromem, pokud nedojde ke zlepšení na konzervativní terapii.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 93,8 %.

ESGE doporučuje okamžité provedení endoskopické dekomprese, jestliže průměr céka dosáhne > 12 cm a Ogilvieho syndrom trvá déle než 4-6 dní.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 87,5 %.

1. Zenkerův divertikl

Diagnostika Zenkerova divertiklu

ESGE doporučuje provedení skiaskopické vyšetření pasáže s baryovou kaší u pacientů s podezřením na Zenkerův divertikl.

Silné doporučení, kvalita důkazů velmi nízká, míra shody 100 %.

8. Department of Gastroenterology, Hepatopancreatology and Digestive Oncology, Erasme Hospital, Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium
9. Department of Hepatogastroenterology, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic
10. Department of Medicine I, University Medical Center Mainz, Mainz, Germany
11. Department of Health Sciences, Beaujon Hospital, Clichy, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris and University of Paris, Paris, France
12. Division of Gastroenterology, Montréal University Hospital (CHUM), Montréal, Canada
13. Department of Surgery, Oncology and Gastroenterology, DiSCOG, University of Padova, Padova, Italy
14. Department of Gastroenterology, University College London Hospital, London, UK
15. Department of Gastroenterology, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium
16. Department of Gastroenterology, University Clinic for Visceral Surgery and Medicine, Bern University Hospital, Bern, Switzerland
17. Department of Gastroenterology, Dudley Group NHS Foundation Trust and Birmingham City University, Birmingham, UK

Doporučené postupy Evropské společnosti gastrointestinální endoskopie

ESGE nedoporučuje standardního užití jícnové manometrie v rámci diagnostiky Zenkerova divertiklu.
Slabé doporučení, kvalita důkazů velmi nízká, míra shody 100 %.

Možnosti léčby Zenkerova divertiklu

Léčba první volby

Pro pacienty se symptomatickým Zenkerovým divertiklem jakékoli velikosti upřednostňuje ESGE metody flexibilní endoskopie jako léčbu první volby před otevřeným chirurgickým přístupem.

Slabé doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 100 %.

Recidivující Zenkerův divertikl

Pro léčbu recidivujícího Zenkerova divertiklu navrhuje ESGE metody flexibilní endoskopie.
Slabé doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 100 %.

Léčba Zenkerova divertiklu metodami flexibilní endoskopie

Užití divertikuloskopu

ESGE navrhuje, aby rozhodnutí o použití divertikuloskopu při provádění septotomie Zenkerova divertiklu flexibilním endoskopem bylo ponecháno na uvážení endoskopisty.

Slabé doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 100 %.

Zenkerův divertikl malé velikosti

ESGE navrhuje užití metod flexibilní endoskopie k léčbě symptomatického Zenkerova divertiklu jakékoli velikosti, nicméně použití divertikuloskopu u divertiklů <2 cm je otázné.

Slabé doporučení, kvalita důkazů velmi nízká, míra shody 100 %.

Nově vznikající endoskopické metody v léčbě Zenkerova divertiklu

ESGE doporučuje, aby nově vznikající metody léčby Zenkerova divertiklu, jako je technika vycházející z perorální endoskopické myotomie tzv. Z-POEM (Zenker-perorální endoskopická myotomie) a submukózní tunelizace, byly považovány za experimentální.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 100 %.

Užití CO₂ v průběhu endoskopické léčby Zenkerova divertiklu

ESGE doporučuje rutinní užití CO₂ v endoskopické léčbě Zenkerova divertiklu.

Silné doporučení, kvalita důkazů velmi nízká, míra shody 100 %.

Užití antibiotické profylaxe

ESGE nedoporučuje rutinní podání antibiotické profylaxe před nebo po endoskopické septotomii Zenkerova divertiklu.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 92,9 %.

Rozsah myotomie

Při endoskopické septotomii ESGE doporučuje provedení kompletní myotomie krikofaryngeálního svalů.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 93,8 %.

Užití klipů na spodině septotomie

ESGE navrhuje, aby naložení klipů na spodinu septotomie bylo ponecháno na rozhodnutí endoskopisty, popřípadě dle průběhu výkonu a klinické potřeby (krvácení, suspektní perforace).

Slabé doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 100 %.

2. Gastroezofageální refluxní onemocnění

Transorální bezřezová fundoplikace (TIF)

ESGE nedoporučuje rutinní klinické užití transorální bezřezové fundoplikace (TIF – transoral incisionless fundoplication) jako alternativu podání IPP (inhibitorů protonové pumpy) či protirefluxního chirurgického výkonu v léčbě GERD (gastroezofageální refluxní onemocnění) z následujících důvodů: nedostatek dat o dlouhodobých výsledcích terapie, podřadnosti TIF vůči fundoplikaci a pouze malé efektivitě výkonu v úzce vybrané skupině pacientů. Provedení TIF může být zváženo u pacientů s mírným GERD, kteří nejsou ochotni užívat IPP, nebo podstoupit protirefluxní chirurgickou terapii.
Silné doporučení, kvalita důkazů střední, míra shody 92,8 %.

Medigus ultrasonic surgical endostapler (MUSE)

ESGE nedoporučuje užití systému MUSE (MediGus ultrasonic surgical endostapler) v klinické praxi pro nedostatek dat prokazující jeho účinnost a bezpečnost u pacientů s GERD. Systém MUSE by měl být používán pouze v rámci klinických studií.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 100 %.

Radiofrekvenční ablace dolního jícnového svěrače (LES) - Stretta

ESGE navrhuje užití radiofrekvenční ablace (Stretta) pro pacienty bez přítomnosti erozivní ezofagitidy či hiátové hernie. Metoda slouží pouze k úlevě od symptomů.

Slabé doporučení, kvalita důkazů střední, míra shody 92,9 %.

Antirefluxní mukosektomie (ARMS)

Pro chybějící data a možné komplikace výkonu nedoporučuje ESGE užití protirefluxní mukosektomie v léčbě GERD v běžné klinické praxi.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 100 %.

Překlad

Barbora Nováková

Originální dokument

https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2020_a_1171_3174.pdf

Přímý odkaz

3. Refrakterní zácpa

Indikace pro perkutánní endoskopickou cékostomii

ESGE doporučuje provedení endoskopické cékostomie až po vyčerpání všech konzervativních metod včetně medikamentózní léčby a provedení retrográdní laváže.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 93,3 %.

Provedení endoskopické cékostomie

Užití antibiotické profylaxe

ESGE doporučuje podání antibiotické profylaxe před výkonem a pokračování v podávání antibiotik další 3 dny po výkonu.

Silné doporučení, kvalita důkazů velmi nízká, míra shody 93,3 %.

Technika provedení endoskopické cékostomie

K zamezení obtékání a prevenci možných infekčních komplikací doporučuje ESGE zafixovat cékum ke stěně břišní ve třech bodech (užitím T-kotev, systému „double-needle“ nebo laparoskopickou fixací). Fixace ve třech bodech by měla být součástí každé techniky provedení cékostomie.

Silné doporučení, kvalita důkazů velmi nízká, míra shody 86,7 %.

Volba techniky provedení endoskopické cékostomie

U kriticky nemocných pacientů, u nichž je zvažováno provedení cékostomie, navrhuje ESGE provedení endoskopickou cestou.

Pro pacienty v klinicky dobrém stavu je preferována laparoskopicky asistovaná perkutánní endoskopická cékostomie (LAPEC).

Slabé doporučení, kvalita důkazů velmi nízká, míra shody 86,7 %.

Kolostomie v jiných částech střeva

ESGE nedoporučuje vyvedení kolostomie v jiných částech střeva než v céku kromě případů, kdy není technicky možný výkon v oblasti céka provést.

Silné doporučení, kvalita důkazů velmi nízká, míra shody 93,3 %.

4. Ogilvieho syndrom

Indikace endoskopické léčby

Endoskopická dekomprese versus neostigmin
ESGE doporučuje zvážit provedení endoskopické dekomprese kolon u pacientů s Ogilvieho syndromem, který se nelepší na konzervativní terapii.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 93,8 %.

Kritéria okamžitého provedení endoskopické dekomprese

ESGE doporučuje okamžité provedení endoskopické dekomprese, jestliže je průměr céka

> 12 cm a jestliže je Ogilvieho syndrom přítomen déle než 4-6 dní.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 87,5 %.

Recidiva Ogilvieho syndromu

ESGE doporučuje zvážit opakované provedení endoskopické dekomprese při recidivě Ogilvieho syndromu.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 92,9 %.

Provedení endoskopické dekomprese

Užití dekompresního katétru

Po provedení endoskopické dekomprese doporučuje ESGE zavedení dekompresního katétru do colon ascendens nebo transversum, čímž se snižuje riziko recidivy.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 92,9 %.

Střevní příprava

ESGE nedoporučuje podání perorální střevní přípravy před dekompresí kolon pro riziko progresse dilatace.

Silné doporučení, kvalita důkazů velmi nízká, míra shody 93,8 %.

Perorální podání polyethylenglykolu (PEG) po výkonu

Po regresi dilatace kolon/tračnicku u pacientů s Ogilvieho syndromem doporučuje ESGE podání perorálního roztoku polyethylenglykolu ke snížení rizika recidivy.

Silné doporučení, kvalita důkazů nízká, míra shody 100 %.

Role perkutánní endoskopické kolostomie

U pacientů s Ogilvieho syndromem, refrakterním k medikamentózní i endoskopické léčbě, doporučuje ESGE zvážit provedení perkutánní endoskopické kolostomie/cékostomie. Výkon je vhodný zejména pro pacienty s vysokým operačním rizikem.

Silné doporučení, kvalita důkazů velmi nízká, míra shody 80 %.