Endoskopická léčba chronické pankreatitidy: Klinická doporučení Evropské společnosti pro gastrointestinální endoskopii (ESGE)

J.-M. Dumonceau[1], M. Delhaye[2], A. Tringali[3], J. E. Dominguez-Munoz[4], J.-W. Poley[5], M. Arvanitaki[2], G. Costamagna[3], F. Costea[6], J. Devičre[2], P. Eisendrath[7], S. Lakhtakia[8], N. Reddy[8], P. Fockens[9], T. Ponchon[10], M. Bruno[5]

Korespondenční autor

J.-M. Dumonceau, MD, PhD
Division of Gastroenterology and Hepatology
Geneva University Hospitals
Rue Gabrielle Perret Gentil 4
1211 Geneva
Switzerland
jmdumonceau@hotmail.com
Fax: + 41–22–3729366

Instituce

1 Service of Gastroenterology and Hepatology, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland
2 Department of Gastroenterology and Hepato-Pancreatology, Erasme University Hospital, Brussels, Belgium
3 Digestive Endoscopy Unit, Catholic University, Rome, Italy
4 Department of Gastroenterology and Hepatology, University Hospital of Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Spain
5 Department of Gastroenterology and Hepatology, Erasmus Medical Center, Rotterdam, The Netherlands
6 Fribourg, Switzerland
7 Department of Gastroenterology, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada
8 Department of Gastroenterology, Asian Institute of Gastroenterology, Hyderabad, India
9 Department of Gastroenterology and Hepatology, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands
10 Hôpital Edouard Herriot, Department of Digestive Diseases, Lyon, France

Iniciální zhodnocení a výběr terapie

1 Zobrazení výpočetní tomografií (CT) je nejsenzitivnější a nejpřesnější neinvazivní metoda k ozřejmení kalcifikací pankreatu (Úroveň evidence 2+). Magnetická rezonance s cholangiopankreatografií (MRCP) je nejlepší neinvazivní metoda k zhodnocení anatomie biliárního stromu (Úroveň evidence 2++), pankreatického vývodu a ponekrotických pankreatických tekutinových kolekcí (Úroveň evidence 2+).

ESGE doporučuje provést CT zobrazení k naplánování terapie chronické pankreatitidy (Doporučení C). Kombinace ostatních zobrazovacích metod (např. MRCP nebo endosonografie (EUS) a CT zobrazení nebo rentgen břicha) mohou být výhodné ve specifických případech (např. podezření na anatomickou odchylku pankreatického vývodu, stenóza společného žlučovodu (CBD - Common Bile Duct) nebo drenáž postnekrotických pankreatických tekutinových kolekcí (Úroveň evidence B).

2 Chronická pankreatitida je asociována s vyšším rizikem rakoviny pankreatu. Diferenciální diagnostika mezi chronickou pankreatitidou a nádorem pankreatu může být těžká (Úroveň evidence 1+). U nemocných s ložiskem v pankreatu nebo stenózou CBD nebo hlavního pankreatického vývodu (MPD - Main Pancreatic Duct) v terénu chronické pankreatitidy by měl být proveden adekvátní vyšetřovací postup k vyloučení karcinomu pankreatu (Stupeň doporučení A).

3 Rozhodnutí při volbě mezi chirurgickou a endoskopickou léčbou pacientů s bolestmi při nekomplikované chronické pankreatitidě mohou ovlivnit následující úvahy: (i) dvě randomizované kontrolované studie (RCTs) prokázaly lepší kontrolu bolesti při chirurgickém řešení v porovnání s endoskopickou léčbou; (ii) endoskopická terapie nezamezí potřebě chirurgické léčby chronické pankreatitiy a je bezpečnější; (iii) byly identifikovány faktory, které předvídají úspěšnost endoskopické léčby (Úroveň evidence 1+).

ESGE doporučuje endoskopii jako terapii první volby u nemocných s bolestma při nekomplikované chronické pankreatitidě. Klinický efekt by měl být hodnocen s odstupem 6 až 8 týdnů, pokud se zdá nedostatečný, měl by být případ nemocného znovu probrán v mezioborovém týmu s endoskopistou, chirurgem a radiologem a mělo by být zváženo chirurgické řešení, obzvlášť u případů s predikovaným špatným výsledkem endoskopické terapie (Stupeň doporučení B).

Léčba pankreatické litiázy

1 ESWL (litotripse extrakorporální rázovou vlnou - Extracorporeal ShockWave Lithotripsy) v kombinaci s nebo bez ERCP

Endoskopické pokusy o extrakci konkrementů z MPD bez předchozí fragmentace konkrementu jsou málo úspěšné a doprovázené relativně vysokou morbiditou; komplikace mohou být závažné a mohou se objevit i u konkrementů menších než 10 mm v průměru (Úroveň evidence 2+). ESWL setrvale dosahuje fragmentace konkrementů u 90 % pacientů (Úroveň evidence 1+); podporuje endoskopickou extrakci konkrementů z MPD (Úroveň evidence 2+). Spontánní odchod konkrementů fragmentovaných při ESWL nastává asi u 80 % pacientů. Samotná ESWL je finančně efektivnější (cost-effective) než ESWL systematicky kombinovaná s ERCP (Úroveň evidence 1+).

K terapii nemocných s nekomplikovanou bolestivou chronickou pankreatitidou a kontrastním konkrementem ≥ 5 mm obturujícím MPD ESGE doporučuje jako terapii první volby užít ESWL následovanou endoskopickou extrakcí konkrementů. V centrech s dobrou zkušeností s ESWL, by samotná ESWL měla být upřednostněna před ESWL systematicky kombinovanou s ERCP (Stupeň doporučení B). Pokusy o endoskopickou extrakci radiokontrastních konkrementů bez předchozí fragmentace kamenů by měla být zvážena pouze u kamenů menších než 5 mm, preferenčně u nepočetných

konkrementů a u konkrementů lokalizovaných v hlavě nebo těle pankreatu. Intraduktální litotripse by měla být zvažována pouze po selhání ESWL (Stupeň doporučení D).

Léčba stenózy hlavního pankreatického vývodu

1 Plastové stenty

Nejčastěji jsou užívány polyetylenové 10ti Fr pankreatické stenty uzpůsobené tvaru MPD a délce stenózy. Ucpání stentu v MPD se většinou objeví během 2-3 měsíců (Úroveň evidence 2-), kdežto symptomy chronické pankreatitidy většinou rekurují během 6 až 12 měsíců (Úroveň evidence 2+). Tenčí MPD stenty (≤ 8.5 Fr) působí častější potřebu hospitalizace nemocných pro bolest břicha než 10ti Fr stenty. Zavedení jednoho plastového pankreatického stentu vyřeší stenózu MPD téměř v 60 % případů (Úroveň evidence 2+), zatímco současné zavedení více pankreatických stentů mělo přídavný pozitivní efekt v jedné studii (Úroveň evidence 2-). Komplikace doprovázející stentování MPD jsou většinou lehké a lze je řešit konzervativně (Úroveň evidence 2+).

ESGE doporučuje léčit dominantní stenózu MPD zavedením jednoho 10ti Fr plastového stentu, provést plánovanou výměnu stentu během 1 roku i u asymptomatických nemocných, jako prevenci komplikací při okluzi dlouhodobě zavedeného stentu (Stupeň doporučení C). Zejména u stenóz perzistujících i po 12 měsících se zavedeným 1 pankreatickým stentem, může být použito současně více pankreatických stentů vedle sebe. Nyní ESGE doporučuje, aby použití těchto dostupných metod (např. současné endoskopické zavedení více stentů do MPD, chirurgie) bylo diskutováno mezioborovým seminářem (Stupeň doporučení D).

2 Samorozpínací kovové stenty (SEMSs)

V porovnání s předpokládanou délkou dožití nemocných s chronickou pankreatitidou je průchodnost SEMSs krátká (Úroveň doporučení2-). Předběžné studie (Preliminary studies) ukazují, že dočasné zavedení plně potahovaného SEMS je bezpečné, řeší stenózy MPD a ulevuje od bolesti u většiny nemocných, avšak nejsou známy výsledky ze sledování delšího než 1 rok (Úroveň evidence 2+).

Nepotažené SEMSs by neměly být zaváděny k léčbě stenóz MPD (Stupeň doporučení D); dočasné zavedení plně potaženého SEMS je slibné, mělo by ale nyní být prováděno pouze v rámci klinických studií se schválením lokální etické komise (Stupeň doporučení C).

3 Endosonograficky navigovaný přístup a drenáž (ESGAD) hlavního pankreatického vývodu

Zkušenost s ESGAD u MPD je limitována malým množstvím případů s krátkou dobou sledování. ESGAD byla u vybraných případů s chronickou pankreatitidou účinná při zavádění drenáže do MPD a dosažení úlevy od bolesti, ve většině případů s lehkou morbiditou a nulovou hlášenou letalitou (Úroveň evidence 3). ESGAD MPD je indikována u pečlivě vybraných případů, nemocní zvažovaní k ESGAD by měli být referováni do terciálních center s vhodným vybavením a odborností (Stupeň doporučení D).

Endosonograficky navigovaná blokáda celiakálního plexu

1 EUS navigovaná blokáda celiakálního plexu (CPB - Celiac Plexus Block) přináší dočasnou úlevu od bolesti asi u poloviny nemocných s chronickou pankreatitidou. EUS navigovaná CPB je nadřazená perkutální CT navigované CPB z hlediska kontroly bolesti i preference nemocných (Úroveň evidence 1-).

ESGE doporučuje zvažovat CPB jako terapii 2. volby bolesti u nemocných s chronickou pankreatitidou; EUS navigovaná CPB by měla být upřednostňována před perkutánní CPB (Stupeň doporučení C).

Pankreatické pseudocysty

1 Všeobecně uznávané indikace k terapii PPC zahrnují přítomnost symptomů (bolest břicha, obstrukce výtokového traktu žaludku, pocit předčasné plnosti, ztráta hmotnosti nebo ikterus) a infekci nebo zvětšení PPC. V porovnání s chirurgickým řešením je při endoskopické drenáži nekomplikovaných PPC dosahováno obdobných dlouhodobých výsledků při nižších nákladech, kratší době hospitalizace a lepší kvalitě života nemocných během 1. měsíce od drenáže. Letalita spojená s výkonem je mírně nižší u endoskopického přístupu (Úroveň evidence 1+).

ESGE doporučuje endoskopii jako terapii první volby u nekomplikovaných chronických PPCs, u kterých je indikace k léčbě a jsou endoskopicky drénovatelné (Stupeň doporučení A).

2 Pokud se PPC nevyklenuje do lumina trávicí trubice, je možné endoskopickou drenáž provést pouze s EUS navigací, která má obdobný počet komplikací a úspěšných drenáží jako konvenční transmurální drenáž (rozuměj: endoskopická drenáž bez EUS navigace, pozn. překl.) (Úroveň evidence 1+). Transpapilární drenáž je v porovnání s transmurální obdobně efektivní v dosahování dlouhodobé drenáže, má méně komplikací, byla však prováděna pouze u relativně malých kolekcích (v průměru ≤50 mm). Cysto-duodenostomie v porovnání s cysto-gastrostomií poskytuje lepší dlouhodobější efekt (Úroveň evidence 2-). Časné vytažení stentu (za 2 měsíce) je u

Překlad

Štěpán Šembera

Revize

Výbor Endoskopické sekce ČGS

Originální dokument

DOI http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1309840

Endoscopy 2012; 44: 784-796

Přímý odkaz

transmurální drenáže PPC spojeno s vysokou pravděpodobností rekurence PPC (Úroveň evidence 1-). Jediný transmurální stent nepřináší takový úspěch v drenáži jako více stentů zavedených naráz; rovné transmurální stenty jsou spojeny s relativně častými a závažnými komplikacemi (Úroveň evidence 2-). Letalita spojená s krvácením pseudoaneurysmat lokalizovaných v blízkosti PPC je vysoká (Úroveň evidence 1+).

Pokud je indikována transmurální drenáž pseudocysty, která se nevyklenuje do lumina trávicí trubice, měla by být prováděna pod EUS navigací (Stupeň doporučení A). U malých kolekcí v hlavě nebo těle pankreatu komunikujících s MPD ESGE doporučuje nejprve pokus o transpapilární drenáž.

Pokud se zdá cystoduodenostomie proveditelná stejně dobře jako cystogastrostomie, měla by být provedena cystoduodenostomie. Pro transmurální drenáž PPC ESGE doporučuje použít alespoň dva pigtailové stenty (Stupeň doporučení D); které by neměly být extrahovány dříve než se dosáhne úplného vydrénování pseudocysty, což je kontrolováno zobrazením v příčných řezech, ne dříve než za 2 měsíce od zavedení (Stupeň doporučení B). V případě portální hypertenze by měla být transmurální drenáž prováděna pouze při EUS navigaci. Pokud jsou známa arteriální pseudoaneryssmata v blízkosti PPC, je vhodné zvážit jejich transarteriální embolizaci před samotnou drenáží (Stupeň doporučení D).

3 Zvláštní případ - kompletní ruptura MPD

Vydrénování PPC v případě úplné ruptury MPD je dosaženo méně často než v případech bez kompletní ruptury MPD; riziko relapsu PPC může být také větší. Dlouhodobě zavedená drenáž stentem přemosťujícím rupturu MPD (který může dopomoci zhojení MPD) má větší dlouhodobější úspěšnost terapie (Úroveň evidence 2-).

ESGE doporučuje pokusit se před transmurální drenáží PPC o zavedení stentu do MPD k přemostění jeho ruptury. Při neúspěchu je doporučeno transmurální drenáž ponechat po dobu, kdy nedrénovaná část ocasu pankreatu produkuje trávicí šťávu (typicky roky) (Stupeň doporučení D).

4 Komplikace

Morbidita a letalita endoskopické drenáže PPC je asi 13 % a 0,3 %. Sekundární infekce PPC mohou komplikovat drenáž PPC (Úroveň doporučení 1+); pro tento případ nejsou dostupná data o efektivitě antibiotické profylaxe.

ESGE doporučuje použití antibiotické profylaxe při endoskopické drenáži PPC (Stupeň doporučení D).

Biliární stenózy při chronické pankreatitidě

1 ESGE doporučuje léčit biliární stenózy při chronické pankreatitidě v případě: symptomů, sekundární biliární cirhózy, biliární litiázy, progrese biliární stenózy nebo asymptomatické elevaci sérové alkalické fosfatázy a/nebo bilirubinu (nad 2 až 3 násobek horní hranice normálních hodnot) po dobu delší než 1 měsíc (Stupeň doporučení A).

2 Dočasné zavedení více plastových stentů naráz je technicky možné ve více než 90 % případů pacientů s benigní stenózou CBD; jedná se o nejúčinnější endoskopickou techniku pro dosažení dlouhodobé průchodnosti biliárního systému u nemocných se stenózou při chronické pankreatitidě (65 %); k dokončení terapie je potřeba přibližně čtyř ERCP během 12 měsíců. Případné relapsy stenóz po drenáži je možné úspěšně řešit redrenáží. Dočasné zavedení jednoho plastového stentu dosahuje zprůchodnění žlučovodů méně často; terapie nepotaženým SEMS je spojena s vysokou dlouhodobou morbiditou; dočasné zavedení potaženého SEMS je terapeutickou možností (Úroveň evidence 1+). Některé skupiny nemocných léčených plastovými stenty pro stenózu CBD při chronické alkoholické pankreatitidě měly dokumentovanou relativně vysokou incidenci cholangitid, zahrnující i smrtelné případy, které byly způsobeny nízkou kompliancí nemocných při dodržování termínů pro výměnu stentů. Studie porovnávající chirurgickou a endoskopickou terapii u pacientů s benigní biliární stenózou vzniklou po traumatu prokázaly obdobné dlouhodobé výsledky; nejsou známa žádná data z porovnání těchto dvou přístupů u nemocných se stenózami žlučovodů při chronické pankreatitidě (Úroveň evidence 2-).

Výběr mezi endoskopickou a chirurgickou terapií by měl být založen na lokálních zkušenostech, systémových a lokálních komorbiditách nemocného (např. kavernom porty, jaterní cirhóza) a měl by vzít v potaz i ochotu nemocného podstupovat opakované endoskopické zákroky (Stupeň doporučení D). Pokud je zvolena endoskopická terapie, ESGE doporučuje dočasné (po dobu 1 roku) zavedení více biliárních plastových stentů vedle sebe (Stupeň doporučení A). Pro riziko fatálních septických komplikací by měl být zaveden systém nového pozvání pacienta k výkonu, pokud se nedostaví na plánovanou výměnu stentu. V případě relapsu stenózy během 1 roku od vytažení stentů by měly být další terapeutické možnosti, zahrnující i chirurgicku drenáž žlučových cest, diskutovány mezioborovým seminářem (Stupeň doporučení D).

Léčba chronické pankreatitidy u dětí

1 Indikací k endoskopické léčbě chronické pankreatitidy u dětí je bolest (Úroveď evi-

dence 2+). Po endoskopické léčbě chronické pankreatitidy má většina dětí během dlouhodobého sledování menší symptomy a méně hospitalizací. Hlavní komplikací endoskopické terapie chronické pankreatitidy u dětí je akutní pankreatitida, která bývá většinou lehká nebo středně těžká (Úroveň evidence 2-).

ESGE doporučuje endoskopickou terapii jako léčbu první volby u dětí s chronickou pankreatitidou od 8 let věku za stejných podmínek jako u dospělých (Stupeň doporučení C).