

# Techniky kanylace žlučových cest a sfinkterotomie při ERCP: Klinická doporučení Evropské společnosti pro gastrointestinální endoskopii (ESGE)

Pier Alberto Testoni<sup>1</sup>, Alberto Mariani<sup>1</sup>, Lars Aabakken<sup>2</sup>, Marianna Arvanitakis<sup>3</sup>, Erwan Bories<sup>4</sup>, Guido Costamagna<sup>5</sup>, Jacques Devière<sup>3</sup>, Mario Dinis-Ribeiro<sup>6</sup>, Jean-Marc Dumonceau<sup>7</sup>, Marc Giovannini<sup>4</sup>, Tibor Gyokeres<sup>8</sup>, Michael Hafner<sup>9</sup>, Jorma Halttunen<sup>10</sup>, Cesare Hassan<sup>11</sup>, Luis Lopes<sup>12</sup>, Ioannis S. Papanikolaou<sup>13</sup>, Tony C. Tham<sup>14</sup>, Andrea Tringali<sup>5</sup>, Jeanin van Hooft<sup>15</sup>, Earl J. Williams<sup>16</sup>

## Korespondenční autor

### Pier A. Testoni, MD

Division of Gastroenterology and Gastrointestinal Endoscopy

Vita-Salute San Raffaele University

San Raffaele Scientific Institut

Via Olgettina 60

20132 Milan

Italy

Fax: +39-02-26433491

testoni.pieralberto@hsr.it

## Institute

1 Division of Gastroenterology and Gastrointestinal Endoscopy, Vita-Salute San Raffaele University-San Raffaele Scientific Institute, Milan, Italy

2 Department of Medicine, Rikshospitalet University Hospital, Oslo, Norway

3 Department of Gastroenterology, Hepatopancreatology and Digestive Oncology, Erasme University Hospital, Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium

4 Endoscopic Unit, Paoli-Calmettes Institute, Marseilles, France

5 Digestive Endoscopy Unit, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy

6 Department of Gastroenterology, Instituto Portugues de Oncologia, Porto, Portugal

7 Gedyt Endoscopy Center, Buenos Aires, Argentina

8 Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest, Hungary

9 Department of Internal Medicine, St. Elisabeth Hospital, Vienna, Austria

10 Department of Gastrointestinal and General Surgery, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland

11 Department of Gastroentero-

**1** Dle ESGE je náročnost kanylace žlučových cest posuzována podle přítomnosti jednoho nebo více z následujících znaků:

- Více než 5 kontaktů s papilou při pokusu o kanylaci
- Více než 5 minut strávených pokusy o kanylaci po vizualizaci papily
- Více než jedna neúmyslná kanylace či neprůhlednost pankreatického vývodu (*nízká kvalita důkazů, slabé doporučení*).

**2** ESGE doporučuje ke kanylaci žlučových cest primárně techniku s vodícím drátem, která redukuje riziko post-ERCP pankreatitidy (*střední kvalita důkazů, silné doporučení*).

**3** ESGE doporučuje využití pankreatického vodícího drátu v případech obtížné kanylace žlučových cest a opakovaných vstupech do pankreatického vývodu. Současně je doporučeno zavedení profylaktického pankreatického stentu při využití pankreatického vodícího drátu (*střední kvalita důkazů, silné doporučení*).

**4** ESGE doporučuje k precutu využít jehlový nůž a zároveň by precut měli provádět pouze endoskopisti, kteří mají více jak 80% úspěšnost v kanylaci žlučových cest standardními technikami. (*nízká kvalita důkazů, slabé doporučení*) Když je vstup do pankreatického vývodu snadno dosažitelný, je preferováno zavedení pankreatického stentu před precutem (*střední kvalita důkazů, slabé doporučení*).

**5** U pacientu s malou papilou, která je obtížně kanylovatelná a u kterých se vodič snadno dostane do pankreatického vývodu je ke zvažování transpankreatická biliární sfinkterotomie. (*střední kvalita důkazů, silné doporučení*) U pacientů se sfinkterotomií je navrhováno zavedení profylaktického pankreatického stentu (*střední kvalita důkazů, silné doporučení*).

**6** ESGE preferuje používání smíšeného proudu před čistě řezacím z důvodu snížení rizika středního krvácení (*střední kvalita důkazů, silné doporučení*).

**7** ESGE navrhuje endoskopický papilární dilatační balon jako alternativu k endoskopické sfinkterotomii k extrakci žlučových kamenů menších než 8 mm u pacientů bez anatomické či klinické kontraindikace, zejména v přítomnosti koagulopatie či změněné anatomie (*střední kvalita důkazů, silné doporučení*).

**8** ESGE nedoporučuje rutinní biliární sfinkterotomii u pacientu podstupujících pankreatickou sfinkterotomii a navrhuje, že je vyhrazena pacientům, u kterých je důkaz koexistence obstrukce žlučových cest či dysfunkce Oddiho svěrače (*střední kvalita důkazů, slabé doporučení*).

**9** U pacientů s peripapilárním divertiklem a obtížnou kanylací ESGE preferuje zavedení pankreatického stentu následované sfinkterotomií (*nízká kvalita důkazů, slabé doporučení*).

Dle ESGE je endoskopická sfinkterotomie bezpečná u pacientů s peripapilárním divertiklem. V případech, kde je sfinkterotomie obtížně proveditelná v důsledku peripapilárního divertiklu, je možné velké kameny odstranit pomocí malé sfinkterotomie následované balonovou dilatací nebo balonovou dilatací samostatně (*nízká kvalita důkazů, slabé doporučení*).

**10** Pro kanylaci papily minor navrhuje ESGE využití kanylace po vodiči s nebo bez kontrastní látky a pull-type sfinkterotomii nebo jehlový nůž a zavedení plastické stentu (*nízká kvalita důkazů, slabé doporučení*). Pokud je kanylace papily minor obtížná, je možné použít injekci sekretinu, které může předcházet použití spreje methylenové modře v duodenu (*nízká kvalita důkazů, slabé doporučení*).

**11** U pacientů s choledocholithiazou, kteří

jsou plánování k elektivní cholecystektomii ESGE navrhuje intraoperační ERCP s laparoendoskopickým rendezvous (*střední kvalita důkazů, slabé doporučení*). Pokud je kanylace žlučových cest neúspěšná při standardním retrográdním přístupu, je možné využít přístupu anterográdního pomocí vodícího drátu zavedeného perkutánně či pomocí endosonografu (*nízká kvalita důkazů, slabé doporučení*).

**12** U pacientů po Billroth II by mělo být ERCP prováděno pouze v centrech a to endoskopy s boční optikou, případně selhání pak s dopřednou optikou (*nízká kvalita důkazů, slabé do-*

*poručení*). Standardní rovný ERCP katetr nebo invertovaný sfinkterotom s nebo bez vodícího drátu je doporučen pro kanylacii biliopankreatických cest u pacientů po Billroth II gastrectomii. (*nízká kvalita důkazů, slabé doporučení*). Endoskopická papilární balonová dilatace je navrhována jako alternativa sfinkterotomie k extrakci kamenů u pacientů po Billroth II gastrectomii. (*nízká kvalita důkazů, slabé doporučení*). Pacienty s pozměněnou pooperační anatomii je doporučeno konzultovat v centrech, která mají k dispozici enteroskopické techniky vyšetření (*nízká kvalita důkazů, slabé doporučení*).

logy, Nuovo Regina Margherita Hospital, Rome, Italy

12 Department of Gastroenterology, Hospital of Santa Luzia, Viana do Castelo, Portugal

13 Hepatogastroenterology Unit, 2nd Department of Internal Medicine and Research Unit, Attikon University General Hospital, University of Athens, Greece

14 Division of Gastroenterology, Ulster Hospital, Belfast, Northern Ireland

15 Department of Gastroenterology and Hepatology, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

16 Department of Gastroenterology, Royal Bournemouth Hospital, Bournemouth, UK

#### Překlad

Lukáš Bača

#### Originální dokument

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-108641>

Endoscopy 2016; 48(07): 657-683

#### Přímý odkaz