

Pancreatitis evidencia alapú kezelése

Erőss Bálint



MAGYAR
HASNYÁLMIRIGY
MUNKACSOPORT

Pécs



2019



TÜKÖR (OPR) - EBM

Folyadék terápia:

Mortalitás:

Súlyos pancreatitis:

Enterális táplálás:

Mortalitás:

Akut pancreatitis: 600 beteg

EBM

Nem EBM

1.5%

3.8%

11.5%

18.4%

21.79%

47.06%

**Az EBM nélkülözhetetlen az egyedi (személyes)
döntések meghozatalának javításában**

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Akut pancreatitis

*A Magyar Hasnyálmirigy Munkacsoport bizonyítékon alapuló
kezelési irányelvei*

Hritz István dr.¹ ■ Czakó László dr.² ■ Dubravcsik Zsolt dr.¹
Farkas Gyula dr.³ ■ Kelemen Dezső dr.⁶ ■ Lásztity Natália dr.⁷
Morvay Zita dr.⁴ ■ Oláh Attila dr.⁸ ■ Pap Ákos dr.⁹
Párniczky Andrea dr.⁷ ■ Sahin-Tóth Miklós dr.¹⁰ ■ Szentkereszti Zsolt dr.¹¹
Szmola Richárd dr.¹² ■ Szücs Ákos dr.¹³ ■ Takács Tamás dr.²
Tiszlavicz László dr.⁵ ■ Hegyi Péter dr.^{2, 14}

¹Bács-Kiskun Megyei Kórház, Gasztroenterológia, Kecskemét
Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ,

²I. Belgyógyászati Klinika, ³Sebészeti Klinika, ⁴Radiológiai Klinika, ⁵Pathológiai Intézet, Szeged

⁶Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ, Sebészeti Klinika, Pécs

⁷Heim Pál Gyermekkorház-Rendelőintézet, Budapest

⁸Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Sebészeti Osztály, Győr

⁹Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet, Budapest

¹⁰Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Henry M. Goldman School of Dental Medicine,
Boston, Massachusetts, USA

¹¹Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvos- és Egészségtudományi Centrum,



1. Betegek felvétele (diagnózis, prognózis) és az etiológia keresés

KÉRDÉS – VÁLASZ

1. Diagnózis és etiológia

KÉRDÉS

Mi az akut pancreatitis definíciója (függetlenül az etiológiától)?

VÁLASZ: Az AP definíciója a következő „**kettő a háromból**” kritérium teljesülésén alapszik: **klinikai** (felhasi *fájdalom*), **laboratóriumi** (szérum *amiláz* vagy *lipáz* normális szint felső határértékéhez viszonyított legalább háromszoros emelkedése) és/vagy **képalkotó** (*computer tomographia* (CT), *mágneses rezonancia* (MR), vagy *ultrahangon* (UH) látott karakterisztikus eltérések).

BIZONYÍTÉK:

Erős javaslat. Mérsékelt minőségű evidencia, valószínűleg alkalmazható a betegek többségében

JAVASLAT:

GRADE 1B

TELJES EGYETÉRTÉS

KÉRDÉS – VÁLASZ

1. Diagnózis és etiológia

KÉRDÉS

Felvételkor mi a teendő, hogy megállapítható legyen az acut pancreatitis etiológiája?

VÁLASZ: Felvételkor az **AP etiológiájának** megállapítása részletes **személyes** (korábbi AP, ismert epekövesség, alkohol fogyasztás, **gyógyszer és drog fogyasztás, ismert hyperlipidaemia, trauma, közelmúltbeli invazív beavatkozás** /pl. ERCP/)- és **családi anamnézis** (hasnyálmirigy betegségek), fizikális vizsgálat, laboratóriumi vizsgálatok (máj enzimek, kalcium, triglicerid) és képalkotó (hasi UH) segítségével történik.

BIZONYÍTÉK:

Erős javaslat. Mérsékelt minőségű evidencia, valószínűleg alkalmazható a betegek többségében

JAVASLAT:

GRADE 1B

TELJES EGYETÉRTÉS

KÉRDÉS – VÁLASZ

1. Diagnózis és etiológia

KÉRDÉS

Milyen további vizsgálatok elvégzése javasolt idiopathiás akut pancreatitisben szenvedő betegek első vagy második akut eseményét követően?

VÁLASZ: Azoknál a betegeknél, akiknél felmerül az **idiopathiás AP** lehetősége, a negatív rutin epeúti etiológiát kizáró vizsgálatokat (ismételt **hasi UH** vizsgálat) követően, okkult microlithiasis, daganat és krónikus pancreatitis irányában, **endoszkópos ultrahang vizsgálat (EUH)** elvégzése javasolt. Amennyiben az EUH negatív, második lépésben (szekretin-stimulált) **mágneses rezonancia cholangio-pancreatographia (MRCP)** elvégzése javasolt a ritka morfológiai eltérések kiszűrésére. **Hasi CT** vizsgálat elvégzése, amennyiben nem volt korábban, első körben javasolt. Ha az etiológia a második akut eseményt követően is tisztázatlan marad, **genetikai konzíliumot** érdemes kérni. Genetikai konzíliumra Magyarországon a HPSG keretén belül van lehetőség.

BIZONYÍTÉK:

Gyenge javaslat. Alacsony minőségű evidencia, egyéb alternatívák egyaránt elfogadhatóak lehetnek

JAVASLAT:

GRADE 2C

TELJES EGYETÉRTÉS

KÉRDÉS – VÁLASZ

2. Prognózis megállapítása/ súlyosság megbecsülése

KÉRDÉS

Melyik a legjobb pont-/jelzőrendszer (beleértve a töréspontot), amellyel a súlyos akut pancreatitis felvételkor és 48 óra elteltével előre jelezhető?

VÁLASZ: A súlyos AP előrejelzésére felvételkor a szisztémás gyulladásos válasz szindróma (SIRS), 48 óra elteltével a perzisztáló SIRS javasolt.

BIZONYÍTÉK:

Gyenge javaslat. Mérsékelt minőségű evidencia, az alternatív megközelítés valószínűleg hasznosabb néhány beteg esetében, bizonyos körülmények között

JAVASLAT:

GRADE 2B

TELJES EGYETÉRTÉS

KÉRDÉS – VÁLASZ

2. Prognózis megállapítása/ súlyosság megbecsülése

KÉRDÉS

Mi a legjobb stratégia betegfelvételkor az akut pancreatitis kimenetelének előrejelzésére?

VÁLASZ: Felvételkor az **AP kimenetelének előrejelzésére három-dimenziós megközelítés** javasolt, amely magába foglalja:

- **beteg kockázati faktorok** (életkor, társbetegségek, testtömeg index)
- **klinikai prognosztikai előrejelzés** (perzisztáló SIRS)
- a megkezdett **kezelésre adott válasz monitorizálása** (perzisztáló SIRS, karbamid, kreatinin)

BIZONYÍTÉK:

Gyenge javaslat. Mérsékelt minőségű evidencia, az alternatív megközelítés valószínűleg hasznosabb néhány beteg esetében, bizonyos körülmények között

JAVASLAT:

GRADE 2B

TELJES EGYETÉRTÉS

2. CT szerepe

KÉRDÉS – VÁLASZ

2. CT szerepe

KÉRDÉS

Mi az indikációja és időzítése acut pancreatitisben a kezdeti CT vizsgálatnak?

VÁLASZ: A kezdeti CT vizsgálat javallata AP-ben lehet: (1) diagnosztikus bizonytalanság, (2) az AP klinikai előrejelző faktorai alapján megállapított **súlyosság megerősítése**, vagy (3) a **konzervatív kezelésre adott sikertelen válasz** vagy **klinikai állapotrosszabbodás**. A kezdeti CT vizsgálat **optimális időzítése** a **panaszok kezdetétől számított legalább 72-96 óra**.

BIZONYÍTÉK:

Erős javaslat. Alacsony minőségű evidencia, megváltozhat, ha magasabb minőségű evidencia lesz elérhető

JAVASLAT:

GRADE 1C

TELJES EGYETÉRTÉS

KÉRDÉS – VÁLASZ

2. CT szerepe

KÉRDÉS

Mi az indikációja a kontroll képalkotónak (CT/MR)?

VÁLASZ: Kontroll CT vagy MR indikációja AP-ben a **klinikai javulás hiánya**, a **klinikai állapotrosszabbodás** vagy különösen az, ha felmerül az **invazív beavatkozás** szükségessége.

BIZONYÍTÉK:

Erős javaslat. Alacsony minőségű evidencia, megváltozhat, ha magasabb minőségű evidencia lesz elérhető

JAVASLAT:

GRADE 1C

TELJES EGYETÉRTÉS

3. Folyadékterápia

Folyadékterápia fontossága

- Az AP-s beteg **hypovolemias**: hányás, csökkent per os bevitel, diaphoresis, harmadik víztérbe történő folyadékvesztés
- A korai hidráció szerepet játszik a **nekrózis** kialakulásához vezető események **megelőzésében** a hemokoncentráció ellensúlyozásával a makro- és mikrocirkulációt segíti
- **BUN** és **kreatinin** a folyadékháztartás fontos indikátorai, az AP kimenetelének jelzői

KÉRDÉS – VÁLASZ

3. Folyadékterápia

KÉRDÉS

Melyik a legjobb oldat akut pancreatitisben a kezdeti folyadékpótláshoz?

VÁLASZ: Ringer-laktát alkalmazása **javasolt** az AP kezdeti folyadékpótlásánál.

BIZONYÍTÉK:

Erős javaslat. Mérsékelt minőségű evidencia, valószínűleg alkalmazható a betegek többségében

JAVASLAT:

GRADE 1B

TELJES EGYETÉRTÉS

KÉRDÉS – VÁLASZ

3. Folyadék terápia

KÉRDÉS

Mi az optimális folyadék-infúzió sebesség és a válaszreakció mérési módja kezdeti folyadékpótlásnál?

VÁLASZ:

- a) Az **optimális infúzió sebesség** kezdeti folyadékpótlásnál, cél orientálta intravénás folyadékbevitel esetén **5-10 ml/ttkg/h**, a **reszuszcitációs célok** (b)) **eléréséig**.
- b) A **kezdeti folyadékpótlásra** adott **válaszreakció** előnyben részesített **mérési módjának** a következő **egy** vagy **több paraméter** teljesülésén kell alapulnia: (1) **nem invazív klinikai célok** a <120/perc pulzusszám, 65 és 85 Hgmm közötti artériás középnyomás és >0.5-1 ml/kg/h vizeletmennyiség; (2) **invazív klinikai célok** a pulzustérfogat százalékos változásának és az intrathoracalis vértérfogatnak a megbecsülése; (3) **biokémiai célok** a 35-44% haematokrit érték.

BIZONYÍTÉK:

- a) Erős javaslat. Mérsékelt minőségű evidencia
b) Gyenge javaslat. Mérsékelt minőségű evidencia

JAVASLAT:

a)

GRADE 1B

b)

GRADE 2B

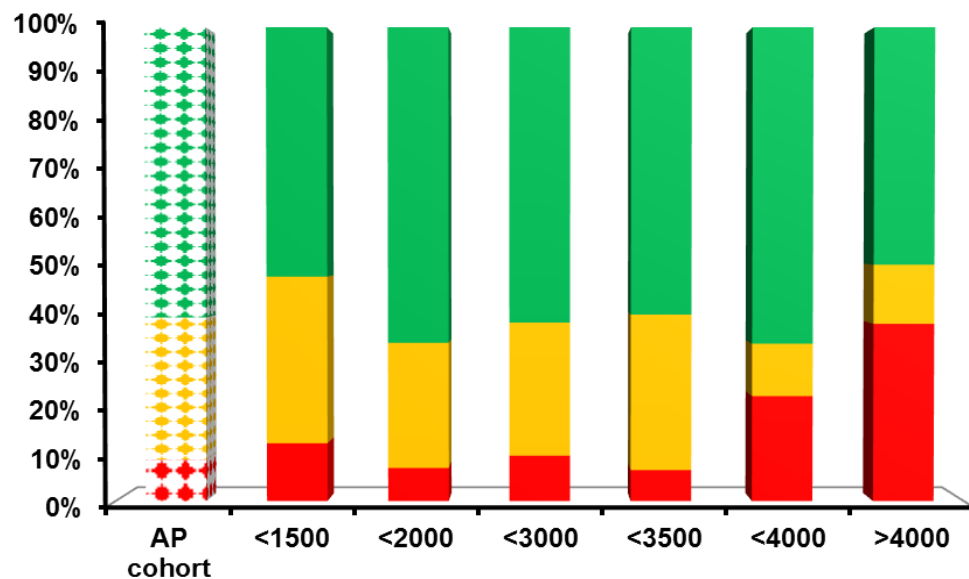
**TELJES
EGYETÉRTÉS**

TRANSZLÁCIÓS MEDICINA

A jobb betegellátásért

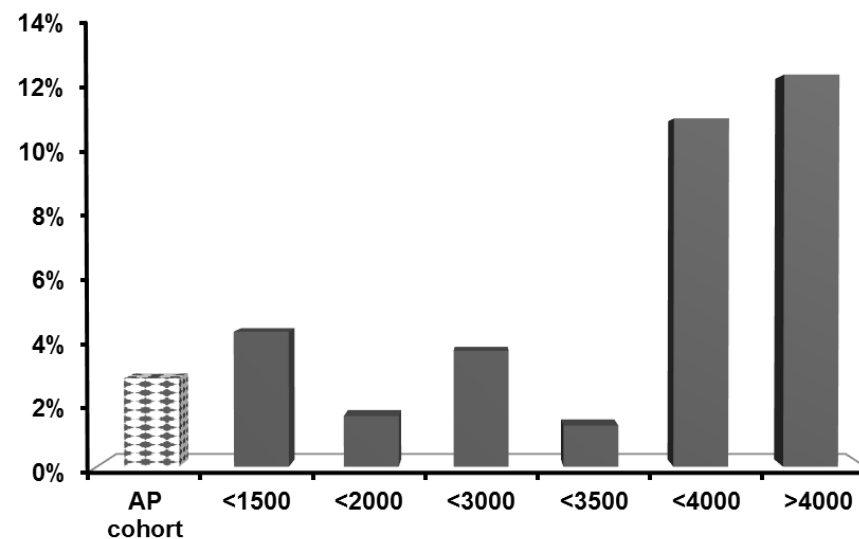
SÚLYOSSÁG

*



Volumen (ml/nap)

MORTALITÁS



Volumen (ml/nap)

4. Antibiotikus terápia

KÉRDÉS – VÁLASZ

4. Fertőzőses szövődmények megelőzése

KÉRDÉS

Hatékony a szisztémás antibiotikus profilaxis akut pancreatitisben a fertőzőses szövődmények megelőzésére?

VÁLASZ: Az intravénás **antibiotikus profilaxis nem javasolt** a fertőzőses szövődmények megelőzésére AP-ben.

BIZONYÍTÉK:

Erős javaslat. Mérsékelt minőségű evidencia, valószínűleg alkalmazható a betegek többségében

JAVASLAT:

GRADE 1B

ERŐS EGYETÉRTÉS

KÉRDÉS – VÁLASZ

4. Fertőzések szövődmenyek megelőzése

KÉRDÉS

Hatékonyak a probiotikumok a fertőzések szövődmenyek megelőzésében?

VÁLASZ: A probiotikus profilaxis nem javasolt a fertőzések szövődmenyek megelőzésére AP-ben.

BIZONYÍTÉK:

Erős javaslat. Mérsékelt minőségű evidencia, valószínűleg alkalmazható a betegek többségében

JAVASLAT:

GRADE 1B

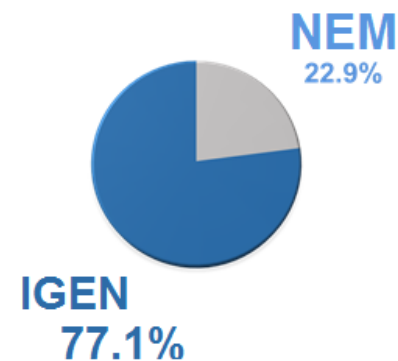
ERŐS EGYETÉRTÉS

TRANSZLÁCIÓS MEDICINA

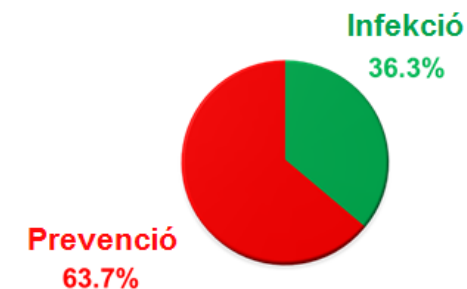
A jobb betegellátásért



AB TERÁPIÁBAN RÉSZESÜLT



ANTIBIOTIKUM TERÁPIA INDIKÁCIÓ SZERINT



RESEARCH ARTICLE

Prospective, Multicentre, Nationwide Clinical Data from 600 Cases of Acute Pancreatitis

Andrea Párniczky¹, Balázs Kui², Andrea Szentesi^{2,3}, Anita Balázs², Ákos Szűcs⁴,
Dóra Mosztbacher⁵, József Czimmer⁶, Patrícia Sarlós⁶, Judit Bajor⁶, Szilárd Gódi⁶,
Áron Vincze⁶, Anita Illés⁶, Imre Szabó⁶, Gabriella Pár⁶, Tamás Takács², László Czákó²,
Zoltán Szepes², Zoltán Rakonczay², Ferenc Izbéki⁷, Judit Gervain⁷, Adrienn Halász⁷,
János Novák⁸, Stefan Crai⁸, István Hritz⁹, Csaba Góg¹⁰, János Sümegi¹¹,
Petra Golovics¹², Márta Varga¹³, Barnabás Bod¹⁴, József Hamvas¹⁵, Mónika Varga-
Müller³, Zsuzsanna Papp³, Miklós Sahin-Tóth¹⁶, Péter Hegyi^{2,3,17*}, on behalf of the
Hungarian Pancreatic Study Group[¶]

	%	MILD	MOD	SEV
Prev	63.7%	64.3%	28.5%	7.2%
Inf	36.3%	61.8%	30.4%	7.8%

600 beteg feldolgozása megtörtént

- A CRP és FVS az 1-3. napban a steril gyulladás miatt emelkedik. Ezek emelkedése NINCS összefüggésben a fertőzéssel és nem indikációja az AB kezelés megkezdésének.
- A stagnáló magas CRP és FVS emelkedés fertőzésre utal(hat).
- Egyedül a PCT-ről igazolt, hogy a korai szakban összefüggése van a fertőzéssel.

5. Táplálás

KÉRDÉS – VÁLASZ

5. Táplálás

KÉRDÉS

Mikor lehet/kell újramezdeni a szájon keresztüli táplálást enyhe pancreatitisben?

VÁLASZ: Enyhe pancreatitisben a szájon keresztüli táplálás újramezdehető, amennyiben a hasi fájdalom csökken és a gyulladásos paraméterek is javulnak.

BIZONYÍTÉK:

Gyenge javaslat. Mérsékelt minőségű evidencia, az alternatív megközelítés valószínűleg hasznosabb néhány beteg esetében, bizonyos körülmények között

JAVASLAT:

GRADE 2B

ERŐS EGYETÉRTÉS

KÉRDÉS – VÁLASZ

5. Táplálás

KÉRDÉS

Mi az enteralis táplálás javallata?

VÁLASZ: Az enteralis táplálás az elsődleges kezelési módszer előreláthatóan súlyos pancreatitisben szenvedő betegeknél, akik táplálásra szorulnak.

BIZONYÍTÉK:

Erős javaslat. Mérsékelt minőségű evidencia, valószínűleg alkalmazható a betegek többségében

JAVASLAT:

GRADE 1B

ERŐS EGYETÉRTÉS

KÉRDÉS – VÁLASZ

5. Táplálás

KÉRDÉS

Az enteralis táplálás naso-jejunalis vagy naso-gastricus úton történjen?

VÁLASZ: AP-ben az **enteralis táplálás** történhet mind **naso-jejunalis**, mind **naso-gastricus** úton.

BIZONYÍTÉK:

Gyenge javaslat. Kiemelkedő minőségű evidencia, a legjobb intézkedés különbözhet a körülmények, betegek, vagy társadalmi értékek függvényében

JAVASLAT:

GRADE 2A

ERŐS EGYETÉRTÉS

KÉRDÉS – VÁLASZ

5. Táplálás

KÉRDÉS

Mi a parenteralis táplálás szerepe akut pancreatitisben?

VÁLASZ: AP-ben a **parenteralis táplálás**, mint **második vonalbeli kezelési módszer** alkalmazható, amennyiben a naso-jejunalis táplálást a beteg nem tolerálja és táplálásra szorul.

BIZONYÍTÉK:

Gyenge javaslat. Alacsony minőségű evidencia, egyéb alternatívák egyaránt elfogadhatóak lehetnek

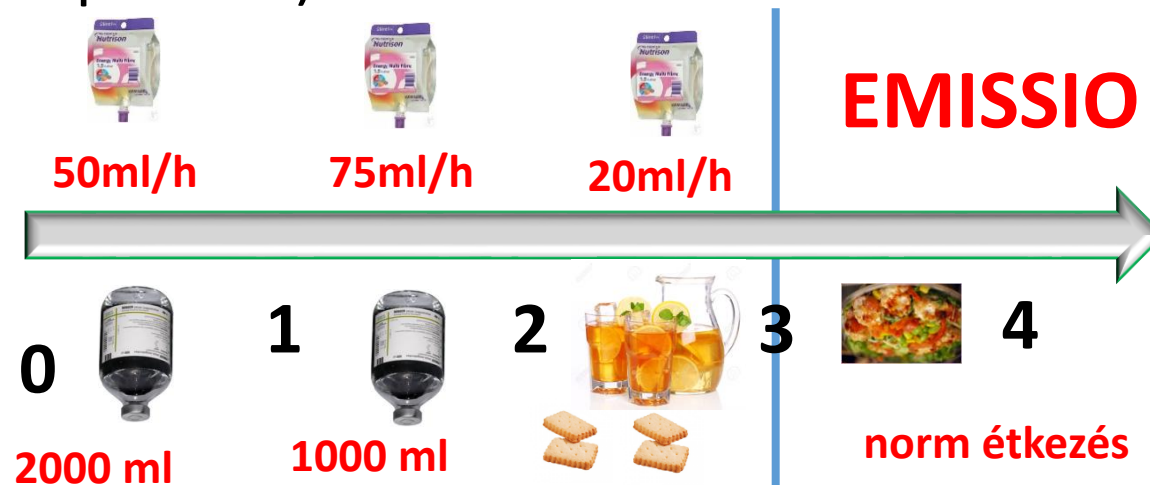
JAVASLAT:

GRADE 2C

ERŐS EGYETÉRTÉS

TÁPLÁLÁSI PROTOKOLL

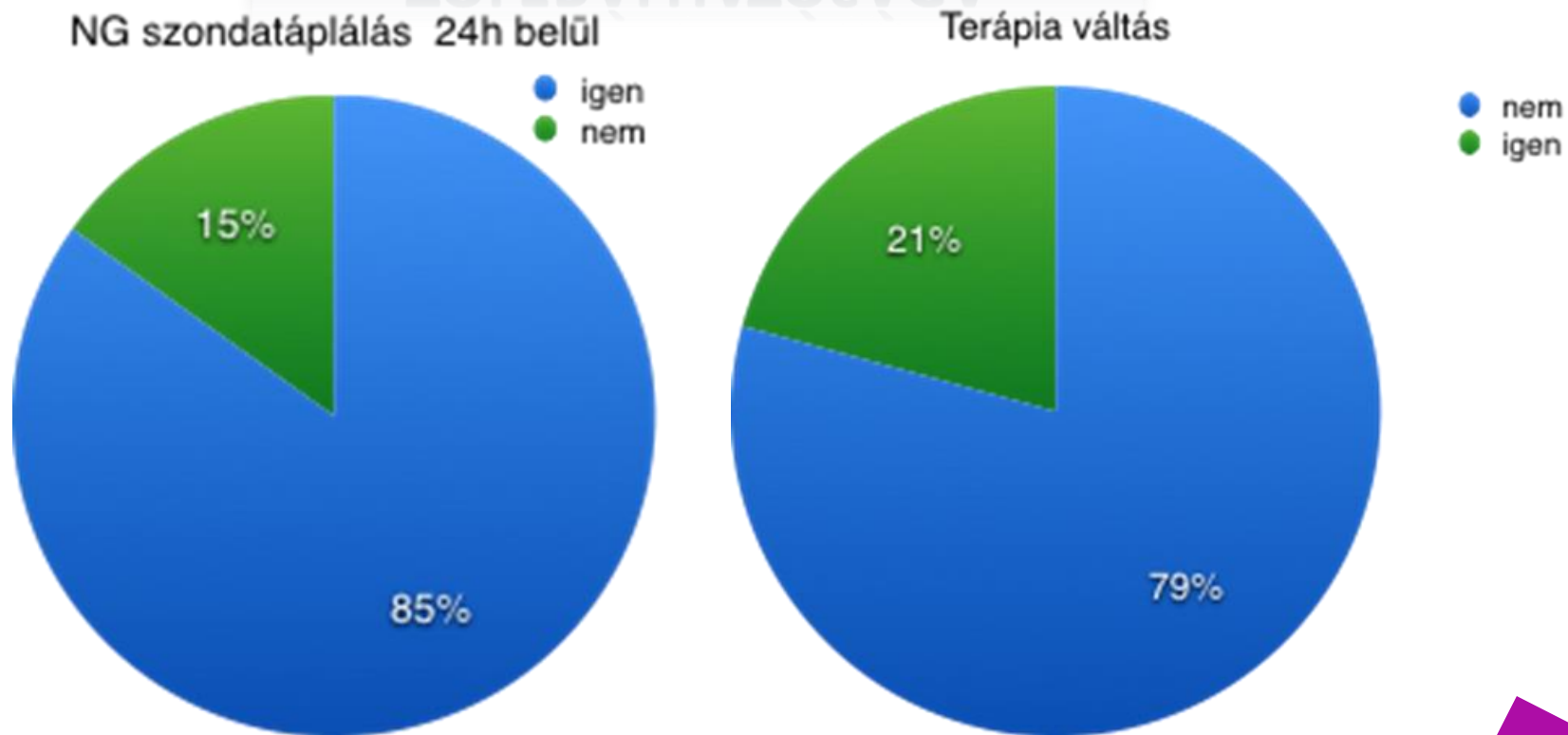
- Minden AP diagnózissal felvett betegnél, akinek nincs egyértelmű passage-zavara **Flocare 8-10 Ch** szondát helyeztünk le
- Megkezdjük a folyamatos szondatáplálást **Nutrison Energy tápszerrel 50 ml/h** dózisban
- 6 óra múlva ellenőriztük a gyomorretenciót (250ml felett váltás **jejunális** táplálásra)



A táplálás leállítása/felfüggesztése:

- **Felvételkor:** diagnózishoz ill. differenciáldiagnosztikához szükséges vizsgálatok (hasi UH, CT) után kezdjük el a táplálást
- **Kontroll képalkotó vizsgálat** (hasi uh, CT) előtt 4 órával leállítjuk átmenetileg a gastricus/jeunális táplálást
- **ERCP** előtt 4 órával leállítjuk, utána akár rögtön újraindíthatjuk, a beavatkozástól függően
- **Percutan drainage** előtt 1-2 órával elegendő leállítania táplálást, utána azonnal folytatjuk.

NASOGASZTRIKUS TÁPLÁLÁS TOLERÁLHATÓSÁGA



ÁTLAGOS NG SZONDATÁPLÁLÁS: **4.4** nap

6. Súlyosság megállapítása, szövődmények

Súlyosság

Classification of acute pancreatitis – Revised ATLANTA criteria 2012

Mild	<ul style="list-style-type: none">• No organ failure• No local complications
Moderate	<ul style="list-style-type: none">• Transient organ failure <48hrs• Local complications +/-
Severe	<ul style="list-style-type: none">• Persistent organ failure >48hrs

* **Local complications** : acute peripancreatic fluid collection, pancreatic pseudo cyst, acute necrotic collection, pleural effusion

* **Organ failure** : failure of 3 main organs, respiratory, cardiac, renal and other organ systems (hepatic, hematological, Neurological)

Lokális szövődmények

- Peripancreaticus folyadékgyülem, pseudocysta, acut nekrotikus folyadékgyülem, walled off necrosis
 - Diagnózis képalkotón alapul: UH már az alapellátás helyén (SBO)
 - CT: perzisztáló hasi fájdalom, kezdettől számított min. 3-4 nap, emelkedő gyulladásos paraméterek (infekció?)
- Lép – és portalis véna trombosis
- Bélelhalás
- T3cDM, pankreatogén diabétesz

Szervi elégtelenség

- Renalis, cardialis, pulmonalis

Table 1 Modified Marshall scoring system for organ dysfunction

Organ system	Score				
	0	1	2	3	4
Respiratory ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$)	>400	301–400	201–300	101–200	≤101
Renal*					
(serum creatinine, $\mu\text{mol/l}$)	≤134	134–169	170–310	311–439	>439
(serum creatinine, mg/dl)	<1.4	1.4–1.8	1.9–3.6	3.6–4.9	>4.9
Cardiovascular (systolic blood pressure, mm Hg)†	>90	<90, fluid responsive	<90, not fluid responsive	<90, pH<7.3	<90, pH<7.2

For non-ventilated patients, the FiO_2 can be estimated from below:

Supplemental oxygen (l/min)	FiO_2 (%)
Room air	21
2	25
4	30
6–8	40
9–10	50

A score of 2 or more in any system defines the presence of organ failure.

SIRS—defined by presence of two or more criteria:

- ▶ Heart rate >90 beats/min
- ▶ Core temperature <36°C or >38°C
- ▶ White blood count <4000 or >12000/mm³
- ▶ Respirations >20/min or PCO_2 <32 mm Hg¹³

7. Intenzív ellátás

KÉRDÉS – VÁLASZ

5. Intenzív osztályos kezelés

KÉRDÉS

Melyek acut pancreatitis esetén az intenzív osztályos felvétel indikációi?

VÁLASZ: A **Society of Critical Care Medicine** ajánlása alapján azokat az AP-szel diagnosztizált betegeket javasolt **sürgősen intenzív osztályra helyezni**, akiknél **felvételnél** a következők közül **egy vagy több paraméter** kerül felismerése: (1) **pulzusszám** <40/perc vagy >150/perc; (2) **systolés artériás nyomás** <80 Hgmm, vagy **artériás középnyomás** <60 Hgmm, vagy **diastolés artériás nyomás** >120 Hgmm; (3) **légzésszám** >35/perc; (4) **szérum nátrium** <110 mmol/l vagy >170 mmol/l; (5) **szérum kálium** <2.0 mmol/l vagy >7.0 mmol/l; (6) **paO₂** <50 Hgmm; (7) **pH** <7.1 vagy >7.7; (8) **szérum glükóz** >44.4 mmol/l; (9) **szérum kalcium** >3.75 mmol/l; (10) **anuria**, vagy (11) **kóma**. Továbbá a módosított **Atlanta Klasszifikáció** által definiált **súlyos AP-t** (perzisztáló szervi elégtelenség) szintén intenzív osztályos keretek között javasolt kezelni.

BIZONYÍTÉK:

Erős javaslat. Alacsony minőségű evidencia, megváltozhat, ha magasabb minőségű evidencia lesz elérhető

JAVASLAT:

GRADE 1C

ERŐS EGYETÉRTÉS

KÉRDÉS – VÁLASZ

5. Intenzív osztályos kezelés

KÉRDÉS

Megelőzhető a perzisztáló SIRS és a szervi elégtelenség?

VÁLASZ: AP esetén a **korai**, felvételt követő **24 órán belüli folyadék reszuszcitáció csökkenti a perzisztáló SIRS és a szervi elégtelenség** előfordulását.

BIZONYÍTÉK:

Erős javaslat. Alacsony minőségű evidencia, megváltozhat, ha magasabb minőségű evidencia lesz elérhető

JAVASLAT:

GRADE 1C

ERŐS EGYETÉRTÉS

Mivel tud (többet) az ITO?

EKG, O2Sat., légzésszám monitorozás
Invazív arteriás vérnyomásmérés
Vasopresszor terápia
Óradiuresis mérés
AVG 4-6 óránként
Dialysis (intermittáló és/vagy folyamatos)
Cytosorb
Picco monitorozás
Hasi nyomás mérés
EDA
Respirtorterápia
Effektív hűtés (láz esetén)
Decu-ágy



8. Az ERCP szerepe acut pankreatitiszben

KÉRDÉS – VÁLASZ

8. Epeúti beavatkozások

KÉRDÉS

Mi az ERCP és a sphincterotomia javallata az akut biliaris pancreatitis (ABP) korai fázisában?

VÁLASZ:

- a) ERCP **nem javasolt** előreláthatóan **enyhe ABP-ben**, amennyiben cholangitis nem áll fenn
- b) ERCP **valószínűleg nem javasolt** előreláthatóan **súlyos ABP-ben**, amennyiben cholangitis nem áll fenn
- c) ERCP **valószínűleg javasolt** ABP-ben, **közös epevezeték obstrukció** esetén
- d) ERCP **javasolt** ABP-ben, **cholangitis** esetén

BIZONYÍTÉK/JAVASLAT: a) Erős javaslat. Kiemelt minőségű evidencia

**ERŐS
EGYETÉRTÉS**

b) Erős javaslat. Mérsékelt minőségű evidencia

c) Erős javaslat. Alacsony minőségű evidencia

d) Erős javaslat. Mérsékelt minőségű evidencia

GRADE 1A

GRADE 1B

GRADE 1C

GRADE 1B

KÉRDÉS – VÁLASZ

8. Epeúti beavatkozások

KÉRDÉS

Mi a szerepe az MRCP-nek és az EUH-nak akut biliaris pancreatitisben?

VÁLASZ: Anélkül, hogy megváltozna a klinikai lefolyás, az **MRCP és az EUH alkalmazásával elkerülhető lehet** azon **ERCP-k egy jelentős hányadának elvégzése**, amelyet különben a közös **epeúti kő gyanúja** miatt elvégeznének ABP-ben olyan betegeknél, akiknek **nincs cholangitisük**. Az **EUH érzékenyebb** az MRCP-nél az **apró epekövek (<5 mm)** jelenlétének kizárásában. Az **MRCP kevésbé invazív és vizsgáló függő**, valamint feltételezhetően **szélesebb körben elérhető**, mint az EUH. A klinikai gyakorlatban ezért **nincs egyértelmű előnye** egyik vizsgálatnak sem a másikkal szemben.

BIZONYÍTÉK:

Gyenge javaslat. Alacsony minőségű evidencia, egyéb alternatívák egyaránt elfogadhatóak lehetnek

JAVASLAT:

GRADE 2C

ERŐS EGYETÉRTÉS

KÉRDÉS – VÁLASZ

8. Epeúti beavatkozások

KÉRDÉS

Amennyiben indikált, mi az ERCP optimális időzítése akut biliaris pancreatitisben?

VÁLASZ: Sürgős ERCP (<24 h) elvégzése **csak akut cholangitis** együttes fennállása esetén javasolt. Jelenleg **nincs bizonyíték** az ERCP **optimális időzítésére ABP-ben**, ha nincs cholangitise a betegnek.

BIZONYÍTÉK:

Gyenge javaslat. Alacsony minőségű evidencia, egyéb alternatívák egyaránt elfogadhatóak lehetnek

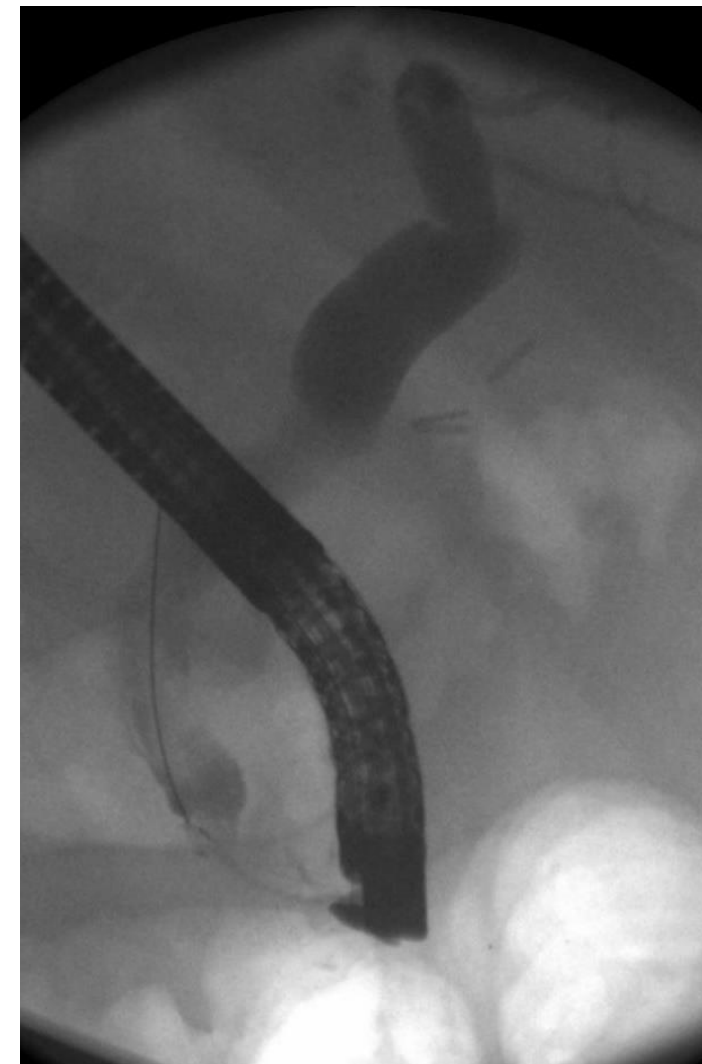
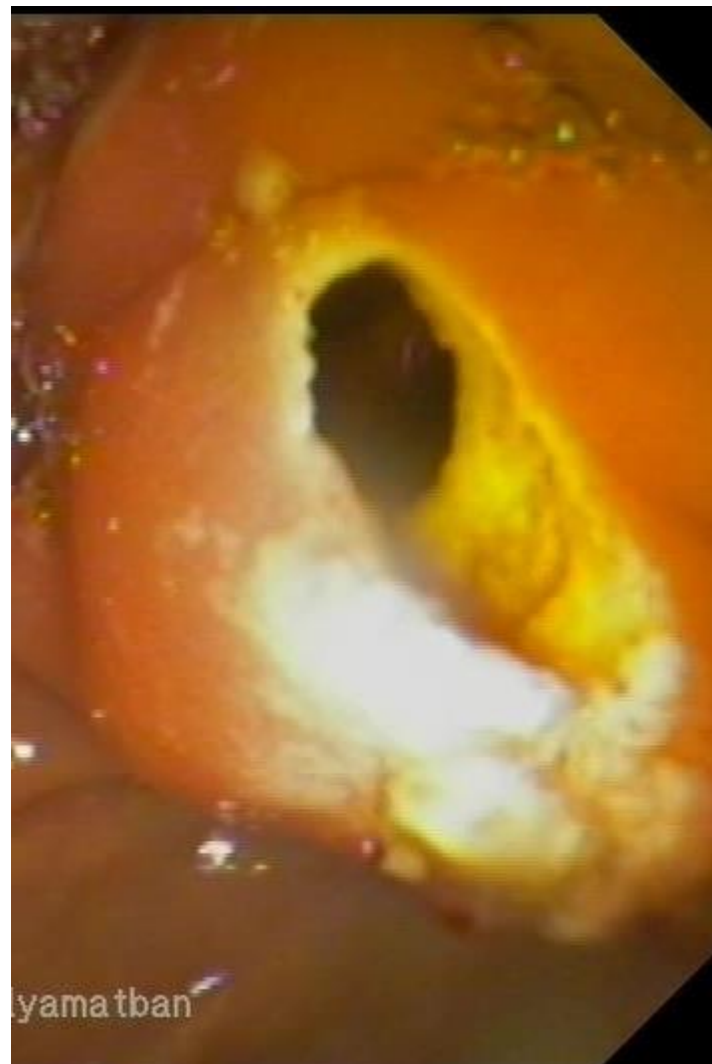
JAVASLAT:

GRADE 2C

ERŐS EGYETÉRTÉS

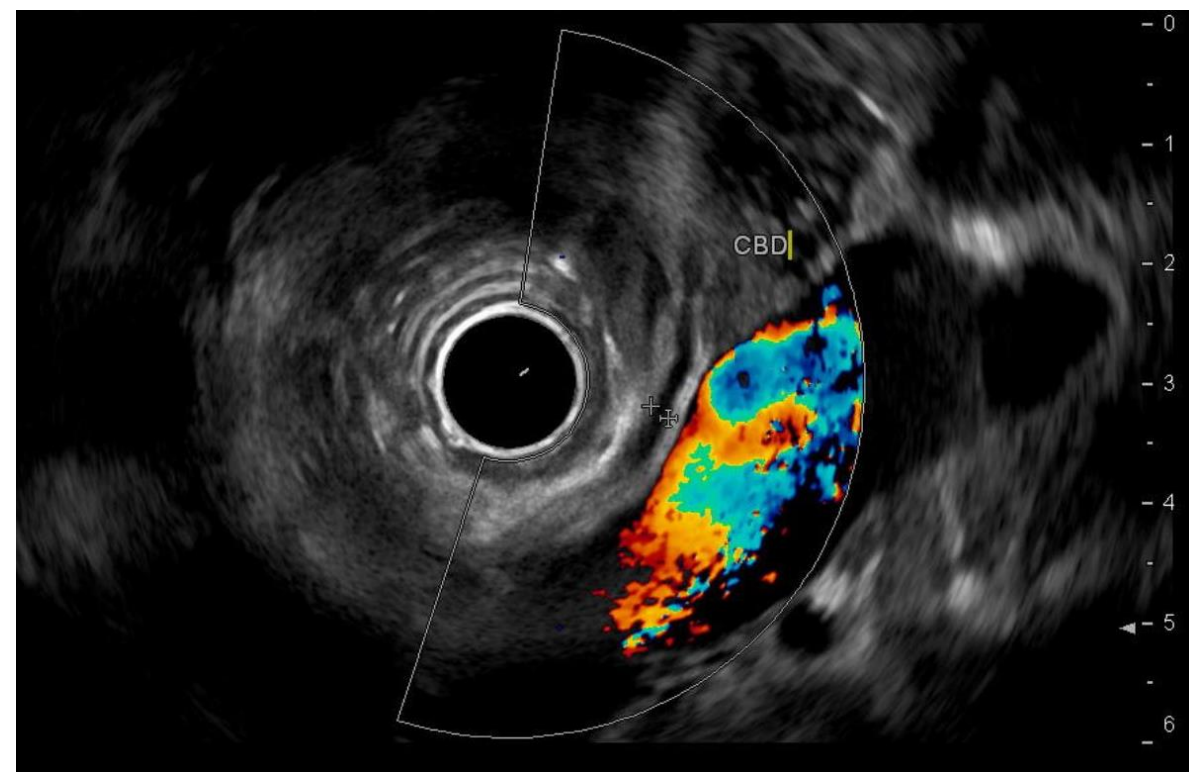
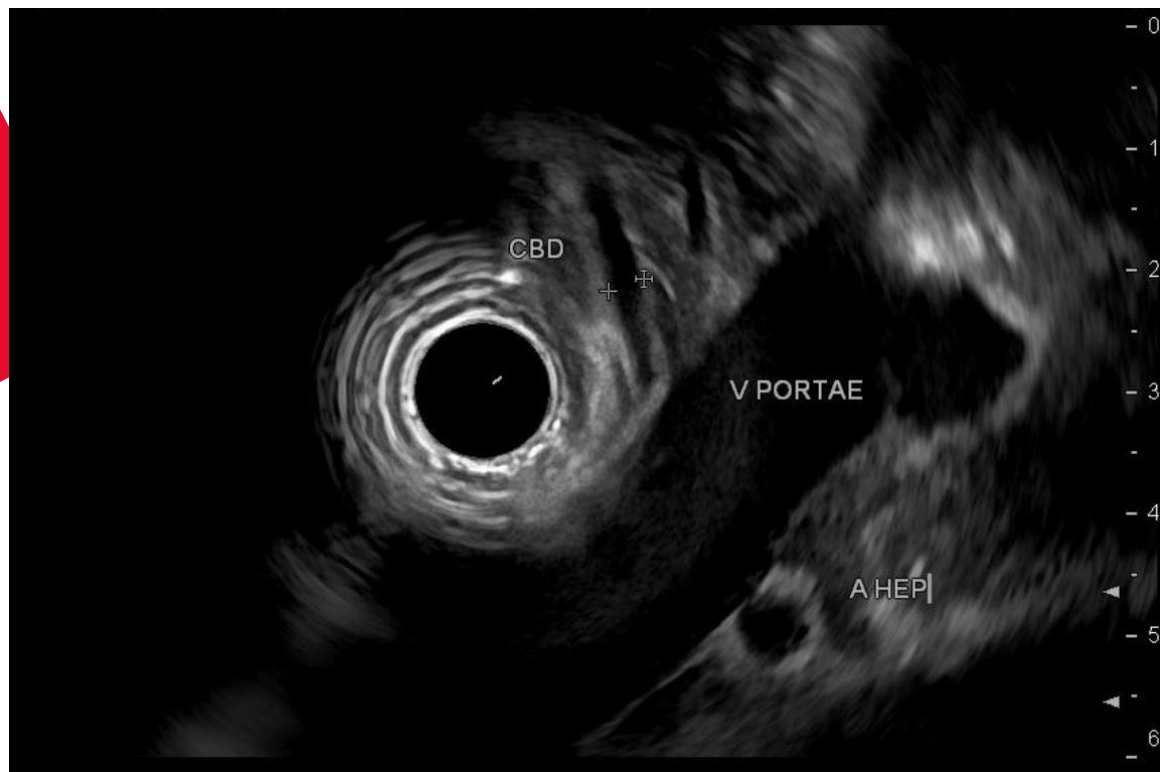
TRANSZLÁCIÓS MEDICINA

A jobb betegellátásért



TRANSZLÁCIÓS MEDICINA

A jobb betegellátásért



9. A cholecystectomy szerepe akut pankreatitiszben

Cholecystectomy időzítése:

Enyhe ABP miatt felvételre került beteg esetében

- **Ugyanazon bennfekvés során elvégzett cholecystectomy** biztonságosnak tűnik és javasolt.
- **Elbocsátást követő tervezett cholecystectomy**, enyhe ABP-vel kezelt beteg esetében, a visszatérő epeúti esemény (ismételt ABP) miatti újrafelvétel jelentős kockázatával jár.

(GRADE 1/C, teljes egyetértés)

TRANSZLÁCIÓS MEDICINA

A jobb betegellátásért

Same-admission versus interval cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis (PONCHO): a multicentre randomised controlled trial



	Interval cholecystectomy (n=136)	Same-admission cholecystectomy (n=128)	Risk ratio (95% CI)	p value
Primary endpoint				
Mortality or readmission for gallstone-related complications	23 (17%)	6 (5%)	0.28 (0.12–0.66)	0.002
Secondary endpoints				
Readmission for gallstone-related complications				
Recurrent pancreatitis	12 (9%)	3 (2%)	0.27 (0.08–0.92)	0.03
Cholecystitis	2 (2%)	0		0.50
Choledocholithiasis needing ERCP	2 (2%)	1 (1%)	0.53 (0.05–5.79)	1.00
Gallstone colic	7 (5%)	2 (2%)	0.30 (0.06–1.43)	0.17
Mortality	0	1 (1%)		0.48
Patients reporting colics during waiting period*	62 (51%)	3 (3%)	0.06 (0.02–0.19)	<0.0001
Difficulty of cholecystectomy (assessed on a 0–10 visual analogue scale)	6 (4–7)	6 (4–7)		0.70

Cholecystectomy időzítése:

Középsúlyos és súlyos ABP miatt felvételre került beteg esetében

- Peripancreaticus folyadékgyülemek esetén javasolt a **cholecystectomiát halasztani**, amíg a gyülemek vagy felszívódnak, vagy amennyiben továbbra is fennállnak, 6 héttel később, amikor a cholecystectomy elvégzése már biztonságos.

(GRADE 2/C, teljes egyetértés)

TRANSZLÁCIÓS MEDICINA

A jobb betegellátásért



KÖSZÖNÖM
A FIGYELMET!

