Chronická pankreatitida - terapie

Konzervativní terapie se musí soustředit na ovlivnění pankreatické bolesti a na řešení pankreatické maldigesce. Konzervativní postup spočívá ve správných dietních opatřeních a farmakoterapii.

Dietní opatření

Dietní opatření zahrnuje přísnou abstinenci, která sama o sobě může mít podstatný efekt na průběh choroby. Z výživy se doporučuje omezení tuků, z masných výrobků spíše libové maso. Důležité je přijímat potravu vícekrát denně v menších porcích a vyhýbat se určitým typům přípravy pokrmů (smažení, grilování s tukem, pečení). Ideální způsob přípravy je vaření. Z příloh je vhodné se vyhýbat kynutému těstu (knedlíky) a smaženým přílohám (hranolky, krokety, apod.) a naopak dát přednost rýži, vařeným bramborům a těstovinám. Ovoce a zelenina jsou důležitými složkami potravy a zdrojem vitaminů. Kávu je vhodné omezit na úkor neperlivých nealkoholických tekutin.

Farmakoterapie

Farmakoterapie se soustřeďuje na terapii bolesti a na terapii maldigesce. V pokročilých stádiích může být nutná terapie diabetu.

Farmakoterapie **pankreatické bolesti** zahrnuje klasická analgetika jako je paralen a NSAID. V případě nedostatečného efektu se volí podávání tramadolu. Terapie je efektivnější u algické formy s méně častými a s kratšími epizodami pankreatické bolesti.

Farmakoterapie **pankreatické maldigesce** se soustřeďuje na podávání pankreatických enzymů ve formě enterosolventních přípravků s mikročásticemi, které se uvolňují v duodenu a zároveň jsou chráněny před žaludeční kyselinou. Kromě zlepšení maldigesce má podávání pankreatických enzymů efekt v tlumení pankreatické bolesti. Účinnost pankreatických enzymů může být podpořena léky snižujícími žaludeční kyselost.

Terapie **pankreatického diabetu** závisí na reziduální funkci B buněk endokrinní pankreatické tkáně. Je-li určitá aktivita zachována, pak je možno podávat perorální antidiabetika. Při minimální nebo nulové reziduální aktivitě B buněk může být nutné podávání inzulinu. Pankreatická forma diabetu může být značně labilní a vyžadovat intenzifikovaný inzulinový režim.

Endoskopická terapie

Endoskopická terapie má za cíl zejména řešit pankreatickou bolest a některé z komplikací chronické pankreatitidy (pankreatické píštěle, pankreatické, pseudocysty, apod.).

Základním zákrokem prováděným u chronické pankreatitidy je papilosfinkterotomie, která má za cíl snížit přetlak v pankreatickém vývodu. Zákrok na malé papile je rezervován pro symptomatický **pankreas divisum**.

Drenážní endoskopické zákroky jsou indikované k provedení dekomprese pankreatického vývodu, při zúžení biliárního vývodu fibrotizačním procesem a k drenáži pseudocyst komunikujících s pankreatickým vývodem. Používány jsou plastové drény o síle 6-12 Fr. U většiny pacientů mají drenážní zákroky výrazný účinek na útlum pankreatické bolesti, u části nemocných s algickou formou chronické pankreatitidy však neúčinkují.

Kromě klasických drenážních zákroků je možno endoskopicky provádět extrakci pankreatických konkrementů. Konkrementy jsou odstraňovány košíkem, v případě nemožnosti je odstranit se může zvolit litotrypse rázovou vlnou.

Endoskopická drenáž pseudocyst se provádí tehdy, pokud pseudocysta komunikuje s pankreatickým vývodem. Přes papilu je do cysty zaveden vodič a následně drén, který je ponechán dlouhodobě.

V případě nekomunikujících přístupných pseudocyst je možno endoskopicky provést jejich vyústění a drenáž do GIT jako je např. cystogastrostomie nebo cystodudenostomie.

Intervenční radiologie

Intervenční radiologie je důležitá pro biopsii pankreatu a drenáž pseudocyst a tekutinových kolekcí.

Biopsie pankreatu je prováděna v případě nálezu ložiska nejasné etiologie a má význam v diagnostice **karcinomu pankreatu**. Biopsii lze provést po UZ nebo CT kontrolou, větší přesnosti se nicméně dosahuje při endoskopii pod EUS kontrolou. Senzitivita i specifita vyšetření je nad 90%.

Dalšími zásadními metodami intervenční radiologie je punkce a drenáž pseudocyst a tekutinových kolekcí. Cílem je jejich odstranění bez nutnosti chirurgického řešení. Perkutánní drenáž se provádí pouze v případě symptomů a u podezření na infekční komplikace. Drenáž se provádí pod kontrolou UZ nebo CT. Kontraindikací k perkutánní drenáži jsou pseudocysty komunikující s pankreatickým vývodem a přítomnou stenózou mezi pseudocystou a papilou.

Chirurgická terapie

Chirurgická terapie je důležitá pro terapii chronické pankreatitidy a jejích komplikací, která má dobré výsledky. Důležitá je však správná indikace chirurgického zákroku.

Hlavními indikacemi zákroku jsou:

1. trvalá nebo intermitentní bolest nereagující na konzervativní nebo endoskopický postup

2. stenóza žlučových cest

3. stenóza duodena

4. segmentární portální hypertenze

5. pankreatické píštěle

Hlavním principem chirurgické léčby jsou **drenážní** a **resekční výkony**. Z drenážních výkonů je známá například laterální pankreatojejunoanastomóza, kdy je přední část pankreatu excidována ve tvaru písmene V od hlavy po kaudu a je našita na kličku jejuna. Modifikací tohoto zákroku je operace dle Freye, kdy se kromě laterální pankreatojejunoanastomózy provede i limitovaná resekce hlavy pankreatu. Drenážní výkony by neměly být prováděny u neobstrukční formy chronické pankreatitidy, zejména při stenóze duodena a žlučových cest.

Resekční výkony mají za úkol odstranit nejvíce postiženou část žlázy. Resekční zákroky lze rozdělit na levostranné a pravostranné. Levostranné resekce jsou málo časté. Z pravostranných resekcí je možné provést pankreatoduodenektomii, hemipankreatoduodenektomii, pylorus zachovávající hemipankreatoduodenektomii a duodenum zachovávající resekci hlavy pankreatu.