

# Die Rolle der Endoskopie bei benignen Pankreaserkrankungen

## The role of endoscopy in benign pancreatic disease.

ASGE Standards of Practice Committee, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Acosta RD, et al.

Gastrointest Endosc 2015; 82:203-14

++++ hoher Evidenzgrad, +++ mittlerer Evidenzgrad,  
++ niedriger Evidenzgrad, + sehr niedriger Evidenzgrad

### RECOMMENDATIONS:

1. We suggest EUS for the evaluation of idiopathic AP for patients older than 40 years of age if history, physical examination, laboratory testing, and abdominal imaging with MRI or CT are unrevealing. (++)
2. We recommend against diagnostic ERCP for a single episode of AP. (+++)
3. We suggest that ERCP with sphincter of Oddi manometry may be considered for the evaluation of idiopathic acute recurrent pancreatitis (suspected type 2 pancreatic SOD) when findings on EUS and/or MRCP are normal and without suspicion for biliary stones, sludge, or CP. Alternate strategies include ERCP with empiric biliary and/or pancreatic sphincterotomy. (++)
4. We recommend biliary and/or pancreatic sphincterotomy in patients with type 1 pancreatic SOD or patients with type 2 pancreatic SOD confirmed by manometry. (+++)
5. We recommend against the use of ERCP for the evaluation of recurrent or chronic abdominal pain interpreted as type 3 SOD. (++++)
6. We recommend the use of rectal indomethacin and/or PD stenting for the prevention of post-ERCP pancreatitis in high-risk patients. (++++).
7. We recommend EUS-guided tissue biopsy for suspected but unproved cases of AIP. Although FNA is useful for excluding underlying malignancy in older patients, larger gauge core tissue devices may be required to confirm the diagnosis of AIP. (+++).
8. We suggest ePFT and/or EUS without pancreatic biopsy for the diagnosis of CP not readily evident by previous noninvasive imaging. (++)
9. We recommend ERP with dilation and/or plastic stent placement for the treatment of symptomatic dominant PD strictures for individuals in whom multidisciplinary review considers endoscopic therapy as the preferred initial therapy. (++++)
10. We recommend the adjunctive use of ESWL for patients with symptoms attributed to pancreatolithiasis refractory to standard endoscopic stone extraction techniques. (+++)
11. We recommend that ERP with stenting be the first-line therapy for the management of PD leaks. (++++)

## Warum lege ich Ihnen mit diesem Artikel der aktuellen Gastro-Hepa-News eine amerikanische Guideline nahe?

Man möchte meinen, wir hätten mit europäischen, deutschen, schweizerischen oder österreichischen (u. v. m.) Guidelines ausreichend eigene kontinentale Publikationen, um unser klinisches und endoskopisches Tun und

Lassen bei benignen Pankreaserkrankungen zu steuern. Trotzdem kann es lehrreich sein, den legendären Rand der eigenen Suppenschüssel zu überschreiten. Wir sehen da nämlich bei dem bewussten Thema eine durchaus interessante, teilweise anders gewichtete Sicht auf manches.

Wir müssen uns in der amerikanischen Guideline mit dem Begriff der *Sphinkter Oddi Dyskinesie* (SOD) eingehend beschäftigen, Endosonogra-

phie spielt dort für vieles, insbesondere die Autoimmunpankreatitis, eine wichtigere Rolle als bei uns, chirurgische Kollegen bekommen eine klare Handlungsanweisung für Pankreasfisteln, wie sie so bei uns nicht populär ist – und es wird relativ klar festgelegt, wie mit der ersten oder zweiten akuten idiopathischen Pankreatitis umzugehen ist.

Die ersten fünf der zehn zusammenfassenden Empfehlungen beschäfti-

gen sich mit der akuten idiopathischen Pankreatitis: Bereits nach dem ersten Schub soll, zumindest nach dem 40. Lebensjahr eine Endosonographie (EUS) durchgeführt werden, um Steine, Mikrolithen oder Sludge, die einer konventionellen Sonographie oder einem CT entgangen sind, zu entdecken und einen Tumor als Ursache auszuschließen.

Bei Hinweis auf eine biliäre Genese muss die Gallenblase heraus, auch wenn sie steinfrei ist. Mit dem ersten Rezidiv wird bei negativem EUS noch eine Sekretin-MRCP angeschlossen. Wenn auch die negativ ausfällt, wird bereits, aber auch frühestens, nach dem ersten Rezidiv invasiv vorgegangen: ERCP mit Manometrie oder ERCP mit Papillotomie des biliären und/oder pankreatischen Sphinkters sind jetzt in Annahme einer SOD II gerechtfertigt.

*An diesem Punkt gehe ich anders vor: In der Annahme einer Sphinkter Oddi Dyskinesie Typ II (SOD II) injiziere ich Botox in die Papille oder führe einen probatorischen kurzen 7F-Stent in den Gallengang ein. Erreiche ich dadurch Schubfreiheit, spalte ich beide Sphinkteren (Webrmann et al., APT 2000).*

Überhaupt ist innerhalb der Guideline das pathophysiologische Konzept der SOD wichtig. Die Milwaukee-Klassifikation kennt drei Typen: Typ I hat Symptome, mindestens zweimal dokumentierte erhöhte Enzyme (Cholestasefermente, Pankreasfermente oder beide) und dilatierte Gänge (biliär, pankreatisch oder kombiniert) und wird direkt an einem oder beiden Sphinkteren gespalten. Ob primär biliär, gleich beide oder primär pankreatisch und später bei weiteren Symptomen der jeweils andere Sphinkter

gespalten wird, ist nicht endgültig entschieden, obwohl eine randomisierte Studie keine Vorteile der sofortigen doppelten Papillotomie fand.

Typ II wurde im vorigen Absatz abgehandelt und Typ III hat Schmerzen vom pankreatischen oder biliären Typ, aber keine Dilatation von Gängen oder Erhöhung von Enzymen.

Seit eine sham-kontrollierte, randomisierte Studie bei SOD III keinen Vorteil für Manometrie oder Papillotomie fand, muss man davon wohl die Finger lassen, vor allem sind diese Patienten auch Hochrisikopatienten für eine post-ERCP-Pankreatitis (bis zu 30 Prozent!).

Dafür, wie man (als Verursacher einer idiopathischen Pankreatitis) ein Pankreas divisum (Prävalenz: ca. 7% der Bevölkerung) findet, hat auch die USA kein anderes Rezept wie wir: EUS, Sekretin-MRCP und ERCP werden in aufsteigender Genauigkeit, aber leider auch Invasivität empfohlen.

Diese Menschen haben ein deutlich erhöhtes Risiko für eine akute und chronische Pankreatitis und profitieren mäßig von einer Papillotomie des Sphinkters der Minorpapille oder von einem passageren mehrmonatigen Stenting.

Eine präzise Diagnose der Autoimmunpankreatitis (AIP) Typ I und II ohne überflüssige Resektionen und ohne verzögerte Malignomsanierung ist nicht einfach. Die Guideline setzt da ganz stark auf die EUS (mit FNA zum Malignomausschluss, mit Gewebszylinder gewinnenden dickeren Nadeln zum positiven Nachweis der AIP), natürlich unter Einbeziehung von IgG4 und Schnittbildverfahren, und weniger als z. B. asiatische Experten auf die ERCP.

Eine Papillenbiopsie wird als einfache Alternative zum histologischen

Nachweis nicht propagiert, aber doch akzeptiert. Insgesamt hält man sich stark an die Internationalen Konsensus-Kriterien (Shimosegawa, *Pancreas* 2011).

Bei der chronischen Pankreatitis liegen amerikanische und europäische Ansichten nahe beieinander. Wenn die Diagnose einer chronischen Pankreatitis noch nicht gesichert ist, so werden der EUS (Rosemont-Kriterien) und Pankreasfunktionstests herangezogen. Für die symptomatische, obstruktive, chronische Pankreatitis wird ein interdisziplinäres Konsilium wichtig erachtet und mit Pankreaspapillotomie, Dilatation, Stenting und ESWL für Steine der Abfluss des Organs wiederhergestellt.

Für Leaks und Fisteln des Pankreasgangs gilt die endoskopische Stentimplantation als Therapie der ersten Wahl. Zuwarten, Medikamente (z. B. Octreotide) oder perkutane Drainagen zeigen da deutlich schlechtere Ergebnisse, obwohl sich letztere bei Sekundärinfektionen manchmal nicht vermeiden lassen.

Einerlei, ob amerikanische oder europäische Guidelines, wäre es das Ziel, die gemeinsamen Inhalte in jede Ordination und Spitalsabteilung zu tragen und gegen wirtschaftliche oder standespolitische Interessen, aber entsprechend der Kompetenzverteilung durchzusetzen.

Interessenkonflikte: Keine

**Prim. Prof. Dr. Rainer Schöfl**  
4. Interne Abteilung  
KH der Elisabethinen  
Linz  
rainer.schoefl@elisabethinen.or.at