

Autoimunitní pankreatitida – diagnostický konsenzus – editorial

Antonín Vavrečka

Klinika gastroenterológie LF SZU a UN Bratislava, Slovenská republika, prednosta doc. MUDr. Marián Bátovský, CSc., mim. prof.

Komentár k | Editorial on

Dítě P et al. Autoimunitní pankreatitida – diagnostický konsenzus. Vnitř Lék 2014; 61(2): 114–118.

Chronická pankreatitída (CP) je závažné ochorenie, ktoré sa často manifestuje výrazným algickým syndrómom, recidívami akútnych atakov a môže vyústiť do exokrinnej aj endokrinnej insuficiencie, prípadne aj do karcinómu pankreasu. Je všeobecne známe, že napriek novým poznatkom o etiopatogenéze a značným pokrokom v diagnostike a liečbe, je ochorenie síce liečiteľné, ale nevyliečiteľné [1]. Neplatí to však o všetkých formách CP. Čiastočnou výnimkou je autoimunitná pankreatitída (AIP) [2]. AIP je asi v 2 % prípadov príčinou chronickej pankreatitídy. Diagnostikovaná je v 2,4 % pankreatických resektátov [3].

Hoci ako vyplýva z uvedených údajov, nejde o ochorenie príliš časté, jeho klinický význam je značný. Včasná diagnostika AIP je veľmi dôležitá najmenej z dvoch príčin:

1. ochorenie imituje často karcinóm hlavy pankreasu (bezbolestný obštrukčný ikterus) a pri nesprávnej diagnóze je pacient indikovaný k zbytočnej operácii, pričom:
2. ako je známe, AIP je dobre liečiteľná kortikoidmi.

V poslednom období boli získané viaceré nové poznatky o AIP, čo sa premietlo do nových klasifikácií. Na základe Internacionálneho konsenzu diagnostických kritérií pre AIP sa autoimunitná pankreatitída v súčasnosti delí na dva subtypy:

- **AIP typ 1** – lymfoplazmatická sklerotizujúca pankreatitída (LPSP), ktorá je súčasťou tzv. ochorení asociovaných s IgG4 (IgG4-related diseases)
- **AIP typ 2** – idiopatická centroduktálna pankreatitída (IDCP), ktorá je špecifickým pankreatickým ochorením a je často sprevádzaná ulceróznou kolitídou [4,5].

Rozdiel medzi obi dvomi typmi je okrem iného aj v tom, že typ 1 sa vyskytuje ďaleko častejšie v Ázii, najmä v Japonsku a Korei, zatiaľ čo typ 2 prevažuje v Európe a USA [6]. Navyše prvý typ postihuje ľudí vo vyššom veku (priemerne v 6. decéniu), zatiaľ čo 2. typ mladšie vekové kategórie (priemerne v 4.–5. decéniu). Ich významnou spoločnou vlastnosťou je predovšetkým rýchla a dobrá odpoveď na liečbu kortikosteroidmi.

Keďže u obi dvoch subtypov AIP je liečba kortikoidmi rovnako účinná a jej nástup je rýchly (účinnosť sa prejaví už v priebehu prvých 14 dní po nasadení liečby), mohlo by sa na prvý pohľad javiť zbytočnou potreba obi dva subtypy klinicky oddiferencovať. Nie je tomu však celkom tak, pretože ich rozlíšenie má význam, ako pre potvrdenie správnej diagnózy, tak i pre odhad ďalšieho priebehu choroby.

Jedným z argumentov, že diferenciácia obi dvoch typov má v klinickej praxi veľký význam, je fakt, že u AIP typu 2 (teda typu, ktorý je u nás častejší ako typ 1) nie je zvýšená sérová koncentrácia IgG4, čo môže viesť klinického lekára k omylu, že nejde o AIP a k následnému nenasadeniu správnej liečby. Klinická diferenciácia obi dvoch typov je dôležitá aj preto, že u typu 1 dochádza k recidívam v 15–16 % a je potrebné uvažovať aj o liečbe azatioprinom alebo rituximabom [7], zatiaľ čo u typu 2 je recidíva veľmi vzácna.

Práca autorov Dítě et al Autoimunitní pankretitida – diagnostický konsenzus predstavuje prehľadný praktický návod, kedy myslieť u pacienta na AIP, ako ju rýchlo diagnostikovať a ako rozlíšiť jej subtypy. Zásadný význam má aj diferenciálna diagnostika, predovšetkým rozlíšenie medzi fokálnou formou AIP a karcinómom hlavy pankreasu. V tejto súvislosti je potrebné zdôrazniť význam EUS biopsie pankreasu, najmä vtedy, ak zobrazovacie metódy (CT, MR) nie sú typické pre AIP [8]. Okrem toho je možné v atypických prípadoch, kde sa predbežne nepotvrdila malignita, a sú diagnostické rozpaky, nasadiť na 2 týždne liečbu steroidmi. Ak dôjde k výraznému zlepšeniu, je diagnóza karcinómu menej pravdepodobná, zatiaľ čo diagnóza AIP takmer istá. Krátkodobá aplikácia kortikoidov je pri tom relatívne bezpečná [9].

Literatúra

1. Dítě P, Trna J, Novotný I et al. Chronic pancreatitis in 2011. Vnitř Lék 2011; 57(11): 891–896.
2. Dítě P, Nechutová H, Uvírová M et al. Autoimmune pancreatitis. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Rep 2014; 158(1): 17–22.
3. Rasch S, Phillip V, Weirich G et al. Autoimmune pancreatitis – treatment and pitfalls in diagnostics. Internist (Berl) 2014; 55(10): 1231–1241.

4. Song TJ, Kim MH, Kim MJ et al. Clinical validation of the international consensus diagnostic criteria and algorithms for autoimmune pancreatitis: combined IAP and KPBA meeting 2013 report. *Pancreatology* 2014; 14(4): 233–237.
5. Okazaki K, Yanagawa M, Mitsuyama T et al. Recent Advances in the Concept and Pathogenesis of IgG4-Related Disease in the Hepato-Bilio-Pancreatic System. *Gut Liver* 2014; 8(5): 462–470.
6. Kamisawa T, Ryu JK, Kim MH et al. Recent Advances in the Diagnosis and Management of Autoimmune Pancreatitis. *Gut Liver* 2013; 7(4): 394–413.
7. Hart PA, Topazian MD, Witzig TE et al. Treatment of relapsing autoimmune pancreatitis with immunomodulators and rituximab: the Mayo Clinic experience. *Gut* 2012; 62(11): 1607–1615.
8. Iwashita T, Yasuda I, Doi S et al. Use of samples from endoscopic ultrasound-guided 19-gauge fine-needle aspiration in diagnosis of

autoimmune pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10(3): 316–322.

9. Moon SH, Kim MH, Park DH et al. Is a 2-week steroid trial after initial negative investigation for malignancy useful in differentiating autoimmune pancreatitis from pancreatic cancer? A prospective outcome study. *Gut* 2008; 57(12): 1704–1712.

prof. MUDr. Antonín Vavrečka, CSc.

✉ vavrecka@pe.unb.sk

Klinika gastroenterológie LF SZU a UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava, Slovenská republika
www.unb.sk

Doručeno do redakce 10. 10. 2014