

[Better pain management in chronic pancreatitis through early surgery?].

Ahmed Ali, U.; Bruno, M.J.; Issa, Y.; Gooszen, H.G.; Fockens, P.; Boermeester, M.A.; Drenth, J.P.H.; Hesselink, E.J.; Goor, H. van; et al.

2012, Article / Letter to editor (Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 156, 5, (2012), pp. A4469)

Version of the following full text: Publisher's version

Published under the terms of article 25fa of the Dutch copyright act. Please follow this link for the

Terms of Use: <https://repository.ubn.ru.nl/page/termsofuse>

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/2066/110252>

Download date: 2026-03-02

Note:

To cite this publication please use the final published version (if applicable).

ONDERZOEK

Betere pijncontrole bij chronische pancreatitis door vroege chirurgie?

Usama Ahmed Ali, Marco J. Bruno, Yama Issa, Hein G. Gooszen, Paul Fockens en Marja A. Boermeester, namens de Pancreatitis Werkgroep Nederland, waarvan de samenstelling staat vermeld aan het eind van dit artikel.

De belangrijkste klacht van patiënten met een chronische pancreatitis is pijn. Deze is vaak moeilijk te behandelen. De huidige behandeling bestaat uit achtereenvolgens optimale medicamenteuze therapie, endoscopische interventie en uiteindelijk chirurgische interventie. Uit eerdere onderzoeken is gebleken dat vroeg chirurgisch ingrijpen betere pijncontrole en behoud van de pancreasfunctie tot gevolg heeft. Recentelijk is de gerandomiseerde multicenter 'Early surgery versus optimal current step up practice for chronic pancreatitis' (ESCAPE)-trial gestart om te evalueren of vroege chirurgie betere pijnverlichting geeft in vergelijking met de huidige behandeling. Ook zal worden gekeken naar ernstige complicaties, mortaliteit, kosteneffectiviteit, kwaliteit van leven, pancreasinsufficiëntie, alternatieve pijnscores, ziekenhuisopnames en het aantal interventies.

Dit artikel besteedt aandacht aan recent gestart klinisch multicentrisch onderzoek in Nederland.

ACHTERGROND EN WAAROM VAN DEZE STUDIE

De belangrijkste klacht van patiënten met chronische pancreatitis is ernstige, soms invaliderende pijn, die moeilijk te behandelen is.^{1,2} De huidige behandeling bestaat uit een stapsgewijs beleid waarbij eerst door middel van medicamenteuze therapie wordt getracht de pijn te verlichten, en bij onvoldoende behandelrespons wordt overgegaan tot endoscopische interventie. Pas wanneer een patiënt hier ook geen baat bij heeft, wordt chirurgische interventie ingezet.^{3,4} Diverse studies suggereren dat opereren in een vroeg stadium beter is voor pijncontrole en behoud van de pancreasfunctie.⁵⁻¹³

De Pancreatitis Werkgroep Nederland is recent gestart met een gerandomiseerd onderzoek naar de timing van chirurgie bij patiënten met chronische pancreatitis, waarbij vroege chirurgie wordt vergeleken met de conventionele stapsgewijze behandeling: de 'Early surgery versus optimal current step up practice for chronic pancreatitis' (ESCAPE)-trial (www.controlled-trials.com/ISRCTN45877994).

VRAAGSTELLING

Is vroege chirurgische behandeling beter dan de huidige stapsgewijze behandeling (bestaande uit opeenvolgend medicamenteuze therapie, endoscopische behandeling, en chirurgische behandeling) ten aanzien van pijnverlichting, complicaties, kosteneffectiviteit, kwali-

*Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.
Afd. Chirurgie: drs. U. Ahmed Ali,
arts-onderzoeker (tevens: Universitair Medisch
Centrum Utrecht, afd. Chirurgie);
drs. Y. Issa, arts-onderzoeker; dr. M.A.
Boermeester, chirurg.
Afd. Maag-darm-leverziekten:
prof.dr. P. Fockens, mdl-arts.
Erasmus Medisch Centrum, afd. Maag-darm-
leverziekten, Rotterdam.
Prof.dr. M.J. Bruno, mdl-arts.
Universitair Medisch Centrum St Radboud,
afd. OK management, Nijmegen.
Prof.dr. H.G. Gooszen, chirurg.
Contactpersoon: dr. M.A. Boermeester
(m.a.boermeester@amc.uva.nl).*

teit van leven en behoud van de pancreasfunctie bij patiënten met chronische pancreatitis, een gedilateerde ductus pancreaticus (≥ 5 mm) en pijn?

HYPOTHESE

Vroege chirurgische behandeling geeft meer pijnverlichting dan de huidige stapsgewijze behandeling bij patiënten met chronische pancreatitis.

VERWACHTE UITKOMSTEN

De ESCAPE-trial is een gerandomiseerde, gecontroleerde multicentrische studie. Patiënten in de interventiearm ondergaan alleen chirurgische drainage van de ductus pancreaticus als de pancreaskop niet vergroot is (< 4 cm), of chirurgische drainage van de ductus pancreaticus met partiële resectie van de pancreaskop wanneer deze wel vergroot is (≥ 4 cm). Patiënten in de controlearm van de studie krijgen de gebruikelijke stapsgewijze behandeling. De primaire uitkomstmaat is pijn gedurende 18 maanden follow-up, gemeten met de 'Izbicki-pijnscore'. Secundaire uitkomstmaten zijn ernstige complicaties, mortaliteit, kosteneffectiviteit, kwaliteit van leven, pancreasinsufficiëntie, alternatieve pijnscores, ziekenhuisopnames en aantal interventies. Dit onderzoek is recent gestart. Er zullen in totaal 88 patiënten worden geïncludeerd.

WAT GAAT DIT ONDERZOEK OPLOSSEN?

De ESCAPE-studie zal de vraag beantwoorden of chirurgische interventie eerder in het ziektebeloop moet worden ingezet bij patiënten met chronische pancreatitis en een gedilateerde ductus pancreaticus met pijnklachten. Het is hiervoor noodzakelijk dat alle patiënten met chronische pancreatitis aangemeld worden bij de Pancreatitis Werkgroep Nederland voordat een endoscopische of chirurgische interventie heeft plaatsgevonden, maar ook voordat pijnbehandeling met opioïden wordt ingezet. Het landelijke multidisciplinaire 'Expertpanel Chronische Pancreatitis van de Pancreatitis Werkgroep Nederland' (www.pancreatitis.nl) is te allen tijde beschikbaar voor een behandeladvies.

De leden van de Pancreatitis Werkgroep Nederland die al participeren in de ESCAPE-trial zijn (met een * worden lokale hoofdonderzoekers en contactpersonen aangegeven): Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, afd. Chirurgie: M.A. Boermeester*, D.J. Gouma; O.R. Busch, T.M. van Gulik, Y. Issa, U. Ahmed Ali (tevens: UMCU), A. Roeterdink, S. van Brunschot; afd. Maag-darm-leverziekten: P. Fockens, J.E. van Hooft; afd. Radiologie: J.S. Laméris; afd. Epidemiologie: M.G.W. Dijkgraaf;

Academisch Ziekenhuis Maastricht, Maastricht, afd. Chirurgie: C.H.C.

Dejong*, R. van Dam, L.P.S. Stassen; afd. Maag-darm-leverziekten: R.J.J. de Ridder, A. Masclee, Y. Keulemans; afd. Radiologie: V. Cappendijk; Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen, afd. Chirurgie: C. Rosman; afd. Maag-darm-leverziekten: A.C. Tan*;

Erasmus MC, Rotterdam, afd. Chirurgie: C.H.J. van Eijck*; afd. Maag-darm-leverziekten: M.J. Bruno, J.W. Poley; afd. Intensive Care: J. Weigel;

Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn, afd. Chirurgie: P. van Duijvendijk*, E.J. Hesselink; afd. Maag-darm-leverziekten: W. Erkelens;

Jeroen Bosch ziekenhuis, Den Bosch, afd. Chirurgie: K. Bosscha; D.J. Lips; afd. Maag-darm-leverziekten: T. Römkens*, I. van Munster; B. Scheffer;

Maasstad ziekenhuis, Rotterdam, afd. Chirurgie: E. van der Harst; afd. Maag-darm-leverziekten: H. Hadithi*, F. Kubben;

Meander Medisch Centrum, Amersfoort, afd. Chirurgie: E.C.J. Consten; afd. Maag-darm-leverziekten: M.A. Brink*, M.P. Schwartz;

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam, afd. Chirurgie: T.M. Karsten, J.M. Gerhards, S. Festen; afd. Maag-darm-leverziekten: J.M. Jansen*;

Rijnstate ziekenhuis, Arnhem, afd. Chirurgie: E.J. Spillenaar-Bilgen; afd. Maag-darm-leverziekten: B.W.M. Spanier*, P.J. Wahab;

St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein, afd. Chirurgie: B. van Ramshorst*, D. Boerma, E. Hazebroek; afd. Maag-darm-leverziekten: R. Timmer*, B.L.A.M. Weusten; afd. Radiologie: T.L. Bollen; Afd. Intensive Care: H. Biemond;

St. Elisabeth ziekenhuis, Tilburg, afd. Chirurgie: J. Heisterkamp*; afd. Maag-darm-leverziekten: M.J.A.L. Grubben, A.W.M. van Milligen de Wit;

Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen, afd. Chirurgie: H.S. Hofker; afd. Maag-darm-leverziekten: H.M. van Dullemen*; afd. Epidemiologie: E. Buskens;

Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen, afd. Chirurgie: H. van Goor*; afd. Maag-darm-leverziekten: J. Drenth; afd. Operatiekamers: H.G. Gooszen (voorzitter werkgroep), V. Zeguers, H. van Wezel, H. van der Eng; afd. Radiologie: J.J. Hermans;

Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht, afd. Chirurgie: I.Q. Molenaar, W.M.U. van Grevenstein, M.G.H. Besselink (tevens: AMC), H.C. van Santvoort, O.J. Bakker, U. Ahmed Ali (tevens: AMC); afd. Maag-darm-leverziekten: F.P. Vleggaar, P.D. Siersema*, K.J. van Erpecum; afd. Radiologie: M.S. van Leeuwen;

Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede, afd. Chirurgie: Ph.M. Kruijff; afd. Maag-darm-leverziekten: B.J.M. Witteman*

Belangenconflict: P. Fockens ontving royalties van Elsevier Publishers. Het instituut van P. Fockens ontving vergoeding voor adviezen van Boston Scientific, Cook en Torax Medical. Researchgelden werden ontvangen door het instituut van H.G. Gooszen (Fonds NutsOhra) en M.A. Boermeester (Abbott en Baxter). Financiële ondersteuning voor dit artikel: geen gemeld.

Aanvaard op 16 december 2011

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A4469

 [Meer op www.ntvg.nl/onderzoek](http://www.ntvg.nl/onderzoek)

LITERATUUR

- 1 Spanier BW, Dijkgraaf MG, Bruno MJ. Epidemiology, aetiology and outcome of acute and chronic pancreatitis: An update. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2008;22:45-63.
- 2 Schneider A, Lohr JM, Singer MV. The M-ANNHEIM classification of chronic pancreatitis: introduction of a unifying classification system based on a review of previous classifications of the disease. *J Gastroenterol.* 2007;42:101-19.
- 3 Van Esch AA, Wilder-Smith OH, et al. Pharmacological management of pain in chronic pancreatitis. *Dig Liver Dis.* 2006;38:518-26.
- 4 American Gastroenterological Association Medical Position Statement: treatment of pain in chronic pancreatitis. *Gastroenterology.* 1998;115:763-4.
- 5 Nealon WH, Matin S. Analysis of surgical success in preventing recurrent acute exacerbations in chronic pancreatitis. *Ann Surg.* 2001;233:793-800.
- 6 Lieb JG, Forsmark CE. Pain and Chronic Pancreatitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;29:706-19.
- 7 Lamme B, Boermeester MA, et al. Early versus late surgical drainage for obstructive pancreatitis in an experimental model. *Br J Surg.* 2007;94:849-54.
- 8 Maartense S, Ledebor M, et al. Effect of surgery for chronic pancreatitis on pancreatic function: pancreatico-jejunostomy and duodenum-preserving resection of the head of the pancreas. *Surgery.* 2004;135:125-30.
- 9 Nealon WH, Thompson JC. Progressive loss of pancreatic function in chronic pancreatitis is delayed by main pancreatic duct decompression. A longitudinal prospective analysis of the modified puestow procedure. *Ann Surg.* 1993;217:458-66.
- 10 Van der Gaag NA, Van Gulik TM, Busch ORC, Sprangers MA, Bruno MJ, Zevenbergen C, et al. Functional and medical outcomes after tailored surgery for pain due to chronic pancreatitis. *Ann Surg.* In press.
- 11 Ahmed Ali U, Pahlplatz JM, Gooszen HG, Boermeester MA. Endoscopic or surgical intervention for painful obstructive chronic pancreatitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In press.
- 12 van Loo ES, Van Baal MC, Gooszen HG, Ploeg RJ, Nieuwenhuijs VB. Long-term quality of life after surgery for chronic pancreatitis. 2010;97:1079-86.
- 13 Cahan DL, Gouma DJ, Nio Y, Rauws EA, Boermeester MA, Busch OR, et al. Endoscopic versus surgical drainage of the pancreatic duct in chronic pancreatitis. 2007;356:676-84.