

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI MANAGEMENT AL PANCREATITEI ACUTE

PA reprezintă o urgență gastroenterologică

Diagnostic

1. Simptome clinice: - **durere** în etajul abdominal superior

2. Investigatii paraclinice: - **lipază** (valoare diagnostica **>3 x VN**) - singura enzimă cu specificitate și sensibilitate crescută pentru diagnosticul de PA.

- actualmente se consideră că amilazemia și amilazuria au sensibilitate și specificitate redusă în diagnosticul de PA.

3. Imagistic:

- Ecografia abdominală: - utilă pentru evaluarea prezenței dilatărilor de căi biliare intrahepatice, a litiazei biliare și a formelor severe de PA (chiste, colecții intraabdominală)
- Tomografia computerizată (CT) cu SDC: - reprezintă metoda cea mai utilă în diagnosticul imagistic al pancreasului
 - indicată în situațiile când pancreasul nu este evaluabil ecografic sau în formele severe de PA - persistentă MOSF, semne de sepsă sau alterarea stării generale la 6-10 zile de la internare.
 - permite evidențierea ariilor de necroză - pacienții care au > 50% necroză au risc crescut de suprainfecție și evoluție gravă - la acești bolnavi este importantă examinarea CT în dinamică.

Momentul examinării CT în PA: cel puțin 4 zile de la debutul procesului pancreatic (când extinderea ariei de necroză este maximă).

- Se indică evaluarea modificărilor CT conform cu CT Severity Index (scorul Balthasar)

- Radiografia abdominală pe gol:
 - semne nespecifice de ileus generalizat sau localizat (ansă santinelă)
 - permite eliminarea unei perforații viscerale.
- Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă (ERCP): - metodă de elecție pentru extracția calculilor coledocieni
Indicații:
 - pacienții cu litiază coledociană, complicată cu PA,
 - în cazul prezenței icterului obstructiv sau angiocolitei.
- Colangiografia RMN: - metodă neinvazivă pentru investigarea căilor biliopancreatice; nu necesită administrarea de SDC. Se utilizează când nu se poate folosi ERCP sau acesta a eșuat.

Stabilirea etiologiei PA (are importanță în luarea deciziei terapeutice)

- Pancreatită biliară: 45% (apare cel mai frecvent la femei (raport F:B = 3:1)

- Pancreatită etanolică: 35%

- Pancreatită idiopatică: 10- 20%

Stabilirea severității se recomandă utilizarea **clasificării Atlanta a PA:**

PA severă: formă asociată cu disfuncții multiple de organe și/sau complicații locale (necroză cu suprainfecție, pseudochiste sau abcese). Cel mai frecvent este expresia dezvoltării necrozei pancreatice. Apare în 10- 20% din cazuri

PA ușoară modificări pancreatice minime și evoluție fără probleme spre restitutio. 80% din PA sunt ușoare și autolimitate cu rezoluție în 3-5 zile, cu mortalitate < 1%.

Elementele care prezic severitatea puseului de PA

Determinarea proteinei C reactive (**PCR**) la 48 h după instalarea simptomelor este un element important în stabilirea severității puseului PA, valoare >**150 mg/l** sugerând **puseu sever**.

Managementul bolnavilor cu PA:

Managementul formelor severe de PA, cu una sau mai multe insuficiențe de organ (circulatorie, pulmonara sau renala) se face în unități de terapie intensivă.

Obiectivele tratamentului:

1.Terapia suportivă:

- reechilibrarea hidroelectrolitică corespunzătoare
- menținerea diurezei > 0,5 ml/kgc
- suplimentarea cu oxigen (cu menținerea SaO2 >95%)
- sondă nazogastrică numai în caz de vărsături incoercibile

2. Reducerea secreției pancreatice: prin repausul digestiv. Realimentarea pacienților este posibilă după 48 h de la încetarea durerii

- formele severe de PA: suportul nutrițional prin sondă enterală iar în caz de ileus paralytic - nutriția parenterală.

3. Ameliorarea durerii

4.Prevenirea apariției complicațiilor.

Nu există terapii specifice în PA de tip antiproteaze sau antisecretorii (octreotid).

Administrarea de antibiotic **NU** se face în scop profilactic.

Pancreatita acută biliară și tratamentul litiazei biliare:

Sfincterotomie endoscopică

Se indică efectuarea ERCP terapeutic de urgență:

- la pacienții la care se suspicionează etiologia **biliară** a PA, **formă severă**
- în caz de **angiocolită, icter, sau dilatări de căi biliare.**

ERCP se va efectua până în maxim **72 de ore de la debutul durerii.**

Indiferent de evidențierea sau nu la ERCP a calculilor în calea biliară principală la toți pacienții cu PA biliară formă severă se va efectua sfincterotomie endoscopică.

Pacienții cu angiocolită necesită sfincterotomie endoscopică sau drenaj biliar prin montarea de stent pentru asigurarea unui flux biliar corespunzător.

Colecistectomia se efectuează după stingerea procesului pancreatic, în cursul aceleiași spitalizări a pacientului sau nu mai târziu de 3 săptămâni.

Bibliografie selectivă

1. Bradley EL 3rd. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, September 11 - 13, 1992. Arch Surg 1993;128:586- 590.
2. British Society of Gastroenterology. United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis. Gut 2005;54;1- 9.
3. Uhl W, Warshaw A, Imrie C, et al. IAP guidelines for the surgical management of acute pancreatitis. Pancreatology 2002;2:565–73.
4. Baker S. Special review: Diagnosis and management of acute pancreatitis Critical Care and Resuscitation 2004; 6: 17- 27.
5. Varghese JC, Farrell MA, Courtney G, Osborne H, Murray FE, Lee MJ. Role of MR cholangiopancreatography in patients with failed or inadequate ERCP. AJR Am J Roentgenol 1999;173:1527- 33.
6. Yousaf M, McCallion K, Diamond T. Management of severe acute pancreatitis. Br J Surg 2003;90:407- 420.
7. Folsch UR, Nitsche R, Ludtke R, Hilgers RA, Creutzfeldt W. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. The German Study Group on Acute Biliary Pancreatitis. N Engl J Med 1997;336:237- 242.
8. Balthazar EJ, Ranson JH, Naidich DP, Megibow AJ, Caccavale R, Cooper MM. Acute pancreatitis: prognostic value of CT. Radiology, 1985;156:767- 772.
9. Toouli J, Brook-Smith M, Bassi C, et al. Guidelines for the management of acute pancreatitis. J Gastroenterol Hepatol 2002;(Suppl 17):S15–39.
10. Baron TH, Morgan DE. Acute necrotizing pancreatitis. N Engl J Med 1999;340:1412- 1417.
11. Isenmann R, Runzi M, Kron M, et al. Prophylactic antibiotic treatment in patients with predicted severe acute pancreatitis: a placebo- controlled, double- blind trial. Gastroenterology 2004;126:997–1004.