

- with ranitidine. Results from a multicentre clinical trial. The European Study Group, Ital. J.Gastroenterol. Hepatol. 1998; 30: 19– 27.*
16. World Health Organization. Quality of life group. *What is it Quality of life?* Wid. Hth. Forum, 1996; 1: 29.
 17. Агзамов Ф.М., „Тактика хирургического лечения больных язвенной болезнью пожилого и старческого возраста, осложненной кровотечением или перфорацией язвы”, Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 2008
 18. Добровольский С.Р., Абдурахманов Ю.Х., Джамынчиев Э.К., Абуллаева А.А., *Исследование качества жизни больных в хирургии*, Хирургия, 2008; 12:73-76
 19. Новик А.А., Ионова Т.И., „Руководство по исследованию качества жизни в медицине”, М:Олма 2007:320.

ASPECTE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN PANCREATITA ACUTĂ HEMORAGICĂ

Vadim Gheorghîța

Catedra chirurgie N 1 „Nicolae Anestiadi”, Laboratorul de chirurgie hepato-pancreato-biliară
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Diagnosis and treatment aspects in hemorrhagic pancreatitis

Hemorrhagic pancreatitis can be also called hemorrhagic-necrotic severe pancreatitis, severe and acute pancreatitis, surgical pancreatitis, necrotic pancreatitis and drama pancreatitis. It is characterized by a dramatic evolution, challenged by bleeding and necrotic injuries. Etiology is complex and differs from case to case. Diagnosis includes many steps: positive diagnosis, etiologic diagnosis, severe diagnosis. Treatment of bleeding acute pancreatitis is aggressive and precocious, sometimes unspecific, supporting, depending on the form of the severity.

Rezumat

Pancreatita acută hemoragică mai poate fi înfîlînită și sub denumirea de pancreatita acută hemoragico-necrotică, pancreatita acută severă, pancreatita chirurgicală, steatonecroza pancreatică, drama pancreatică. Este caracterizată de o evoluție dramatică, provocată de leziuni hemoragice și necrotice. Etiologia este complexă și variază de la caz la caz. Diagnosticul cuprinde mai multe etape: diagnosticul pozitiv, diagnosticul etiologic, diagnosticul de severitate. Tratamentul pancreatitei acute hemoragice este precoce și agresiv, adeseaori nespecific, de suport, în dependență de forma de severitate

Actualitatea temei

Pancreatita acută rămâne în continuare o problemă dificilă, din punct de vedere diagnostico-curativ, cu care se confruntă internistul, gastroenterologul, medicul radiolog dar mai ales chirurgul și anestezistul reanimatolog. Deși au fost realizate progrese importante , mai ales în ultimii ani, problema în ansamblu este departe de a fi rezolvată. De la forma ușoară până la disfuncția multiplă de organe, sepsis și deces, pancreatita acută este o afecțiune cu numeroase cauze, patogeneză obscură, fiziopatologie complexă, și având uneori o evoluție imprevizibilă. Tot atât de disputată rămâne și alegerea corectă a tacticii de tratament, adesea ori fiind nespecific, de suport al diverselor sisteme și organe. La fel rămâne controversată alegerea momentului optim al tratamentului chirurgical, existând argumente pro și contra.

Pancreatita acută severă are o incidență crescută în ultimii 20 de ani, fapt relevat de studii europene, atingând cifre de 30-50 cazuri/100.000 locuitori/ an, incluzând toate formele.

Din punct de vedere al severității și pronosticului, pancreatita acută este clasificată în forma ușoară și severă (Atlanta 1992). Forma ușoară se caracterizează prin prezența edemului pancreatic cu afectare organică minoră, evoluție autolimitată, și răspuns pozitiv la tratamentul administrat. Forma severă se întâlnește în 20%-30% din cazuri și este caracterizată prin modificări necrotico-hemoragice.

Pancreatita acută hemoragică mai poate fi întâlnită și sub denumirea de pancreatita acută hemoragico-necrotică, pancreatita acută severă, pancreatita chirurgicală, steatonecroza pancreatică, drama pancreatică. Este caracterizată de o evoluție dramatică, provocată de leziuni hemoragice și necrotice.

Etiopatogenia

Etiologia este complexă și variază de la caz la caz. Pancreatita acută hemoragică are numeroase cauze, cele mai frecvente fiind ingestia de alcool și litiaza biliară, responsabile pentru aproximativ 80% din cazuri. Boala se manifestă mai frecvent la bolnavii ce cuprind vârsta între 30 și 60 ani.

Factorii etiologici determinanți pot fi considerați următorii: situații care provoacă refluxul de bilă în pancreas; cauze care duc la refluxul sucului duodenal în pancreas; accidente și leziuni vasculare; obstrucția canalelor pancreatice.

Factorii etiologici favorizanți sunt: factori metabolici - (consumul de alcool, hipercalcemia, droguri, hiperlipidemia); factori mecanici obstructivi-(litiaza biliară, obstrucția ansei aferente, obstrucția duodenală, tumori periampulare, traumatismul pancreatic, ulcerul duodenal); factori infecțioși-(parotidita epidemică, infecții cu *Mycoplasma*, ascaridoza și alte parazitoze); hipoperfuzia pancreatică – (factori vasculari, factori embolici, stări de debut cardiac scăzut).

Indiferent de factorul cauzal, procesul fiziopatologic ce caracterizează pancreatita acută este comun tuturor formelor: activarea și eliberarea enzimelor pancreatice cu schimbări locale (distrucție tisulară în evoluție) și schimbări generale (reacție inflamatorie sistemică). Principalul proces fiziopatologic pe care se bazează apariția pancreatitei acute hemoragice și necrotice constă în activarea fermenților pancreatici intra-glandulari, urmată de digestia însăși a glandei (autodigestie). Din punct de vedere anatomopatologic se constată următoarele schimbări: edem, hemoragie, zone de steatonecroză, zone de supurații. Se deosebesc două tipuri de leziuni: edemul și necroza hemoragică, reprezentând două stadii de gravitate crescândă. Edemul apare în formele ușoare, iar necroza în formele severe.

Diagnostic

Diagnosticul cuprinde mai multe etape: diagnosticul pozitiv, diagnosticul etiologic, diagnosticul de severitate.

Diagnosticul pozitiv

Se bazează pe datele clinice, de laborator, investigații paraclinice. Tabloul clinic se caracterizează prin debutul brusc cu semne grave, alarmante cunoscute sub denumirea de “dramă pancreatică”, care constă în apariția durerilor violente în epigastru supraumbilical, cu caracter sfîșitor, și cu iradieri dorsale în stînga sau retrosternal, uneori spre hipocondriul drept. Durerea crește rapid în intensitate. Voma precedă sau survine concomitent cu durerea și poate fi cu conținut alimentar, bilios sau hemoragic. Abdomenul este balonat, mai pronunțat în etajul superior. Palpator se constată o ușoară sensibilitate în regiunea epigastrică, mai pronunțat în hipocondriul stîng. Inițial se instalează o retenție de fecale și gaze, după care apare ileusul intestinal. Din primele ore se poate instala o stare de șoc.

Testele de laborator cu valoare diagnostică în pancreatita hemoragică sunt:

amilazemia: (amilaza sanguină este crescută în primele ore (pînă la 36-48 ore) pînă la valori de 800-10000u. Wohlgemuth, cu scădere în zilele următoare).

amilazuria: (reflectă filtrarea glomerulară a amilazei serice crescute în combinație cu scăderea reabsorbției tubulare în pancreatită).

lipaza serică: (este crescută constant și valorile rămîn crescute pentru mai multe zile;este util în diagnosticul pancreatitei cu internare tardivă).

hiperleucocitoza: (cu valori între 10000 și 20000, cu neutrofilie).

hiperglicemia: (cu valori ridicate în primele 24 de ore).

Explorările imagistice obligatorii ce fac parte din algoritmul de diagnostic al pancreatitei hemoragice sunt: radiografia abdominală pe gol, ecografia abdominală, tomografia computerizată.

Ultrasonografia este prima tehnică de diagnostic imagistic practică la pacienții cu suspexie de pancreatită acută, avînd posibilitatea de a fi repetată de cîte ori este nevoie, și examinînd în dinamică evoluția procesului inflamator. Semnele principale ultrasonografice sunt considerate: (mărirea în volum al pancreasului, contur neclar al pancreasului, mărirea spațiului între stomac și pancreas, hipoecogenitatea pancreasului, lichid în bursa omentală, lichid în cavitatea abdominală).

Computer-tomografia reprezintă metoda imagistică de elecție în stabilirea diagnosticului, evaluarea complicațiilor și urmărirea evoluției pancreatitei acute.

În formele ușoare de pancreatită acută, în care substratul morfopatologic este reprezentat de inflamația interstițială, se evidențiază mărirea difuză sau focală a pancreasului și infiltrare peripancreatică. În formele mai grave se dezvoltă colecții localizate periglandular, la nivelul micului epiploon, de-a lungul spațiilor pararenale.

Laparoscopia se efectuează cu scop de diagnostic diferenciat. Semnele laparoscopice de pancreatită acută hemoragică pot fi considerate următoarele: lichid hemoragic în cavitatea abdominală, îmbibiție hemoragică al spațiului retroperitoneal, pete de steatonecroză, vezica biliară marită în volum.

Diagnosticul de severitate:

Obținerea rezultatelor bune la bolnavii cu pancreatită hemoragică este condiționată de aplicarea strategiilor noi de tratament cît mai precoce. De aceea, stabilirea gradului de severitate cît mai devreme este un factor hotărîtor. Aprecierea severității se face cu ajutorul scorurilor de severitate (Ranson, Imre, APACHE II), a markerilor biologici (elastaza leucocitară, proteina C reactivă, procalcitonina) și a explorărilor imagistice (radiografia abdominală pe gol, radiografia toracică, ecografia abdominală, CT).

Diagnosticul etiologic:

Pancreatita acută de origine biliară sau alcoolică se întîlnește în 80% cazuri, avînd o importanță deosebită impunînduse o atitudine specifică de tratament- tratamentul cauzei, care fiind administrat cît mai precoce , duce semnificativ la ameliorarea evoluției bolii.

Tratamentul

Tratamentul pancreatitei acute hemoragice este precoce și agresiv, adeseori nespecific, de suport, în dependență de severitate. De aceea, după stabilirea formei severe de pancreatită acută bolnavul trebuie internat în secția terapie intensivă pentru monitorizare și tratament complex. Tratamentul complex cuprinde următoarele etape:

Tratamentul etiologic:

Este specific pentru pancreatita biliară, și trebuie practicat cît mai precoce. Mijloacele de tratament sunt sfîcterotomia endoscopică efectuată în pancreatita biliară cu obstrucție a căii biliare principale.

Analgezia și sedarea:

Aplicarea diferitor blacaje: sacro-spinal, paranefral bilateral, anestezie epidurală. Cu scop de lichidare a spasmului și ameliorarea circulației în pancreas se aplică substanțe dezagregante, reologice, spasmolitice.

Controlul secreției enzimelor pancreatice și inactivarea fermenților proteolitici:

Aplicarea sondei nazo-gastrice cu aspirație gastrică, care va fi menținută timp de 3-4 zile, hipotermie locală prin aplicarea pungii cu gheață, medicația anticolinergică, blocanții receptorilor H2, somatostatina.

Diminuarea toxemiei și tratamentul de suport:

Suportul hemodinamic (3-10 litri de lichid în primele 24 ore); suportul ventilator; corecția metabolică (menținerea echilibrului glicemic); suportul renal (hemofiltrarea, hemodializa);

suportul nutrițional. O parte de enzime proteolitice și alte substanțe toxice se elimină cu ajutorul lavajului peritoneal laparoscopic.

Antibioprofilaxia și antibioterapia:

Administrare profilactic și cât mai precoce în tratamentul complex al pancreatitei acute hemoragice realizează o eficientă prevenire a infecției necrozei pancreatice, ameliorează evoluția bolii și scade numărul de bolnavi cu necroză infectată.

În alegerea antibioticului trebuie de ținut cont de următorii factori: difuzibilitatea în țesutul pancreatic, spectrul larg de acțiune.

Tratamentul complicațiilor locale:

Intervenția chirurgicală de urgență în pancreatita acută hemoragică poate fi justificată în următoarele: la scurt timp de la internare în cazurile atipice și în caz când se agravează simptomatologia pe fondul unui tratament medicamentos neefectiv, cu evoluție în pancreonecroză infectată.

Discuții

Diagnosticul PA severe cuprinde mai multe etape: diagnosticul pozitiv, diagnosticul etiologic și diagnosticul de severitate.

Scopul principal al terapiei în pancreatita acută hemoragică, în perioada precoce este stoparea progresiunii locale a necrozei parenhimului și profilaxia complicațiilor. Tratamentul medicamentos miniinvasiv în pancreatita acută hemoragică este bazat pe evaluarea inițială a severității care constă în: decompresie gastro-intestinală (sonda naso-gastrică), administrarea de inhibitori de receptori H2, suport hidro-electrolitic, antiinflamatorii nesteroidiene, analgice, terapie nutrițională, laparoscopia curativo-diagnostică, antibioprofilaxia precoce pentru prevenirea infecției necrozei și mai târziu antibioterapia curativă și tratamentul complicațiilor locale – tratament chirurgical.

Bibliografie

1. Malledant Y., Tanguy M., Seguin P. Pancreatites aiguës graves, Actualites en reanimation et urgences 2000, 155-168.
2. Anderson R., Eckerwall G., Haraldsen P. Novel Strategies for the Management of Severe Acute Pancreatitis, Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine 2000, edited by J.L. Vincent, Springer Verlag, 379-389.
3. Bryce Taylor Acute pancreatitis in the critically ill, Principles of Critical Care, edited by J. Hall, G. Schmidt, L. Wood 1998, 1269-1277.
4. Steer M.L. Acute Pancreatitis, in Textbook of Critical Care, edited by Shoemaker, Ayres, Grenvik, Holbrook, W.B. Saunders Comp., 1995, 984-990.
5. Meier R., Sobotka L. Nutritional support in acute and chronic pancreatitis, in Basics in Clinical Nutrition, edited for ESPEN Courses, 2000, 189-197.
6. Atkinson S., Seiffert E., Bihari D. A prospective, randomized, double-blind, controlled clinical trial of enteral immunonutrition in the critically ill, Crit. Care Med. 1998, vol.26, no.7, 1164-1171.
7. Venneman I., Deby-Dupont G., Lamy M. Pancreatic Cellular Injury after Cardiopulmonary Bypass, in Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine 1993, edited by J.L. Vincent, Springer Verlag, 297-309.
8. Boucher B.A. Procalcitonin: clinical tool or laboratory curiosity?, Crit. Care Med., 2000, vol.28, no.4, 1224-1225.
9. Vincent J.L. Procalcitonin: THE marker of sepsis?, Crit. Care Med., 2000, vol.28, no.4, 1226-1227.
10. Paterson R., Galley Hellen, Dhillon J., Webster N. Increased nuclear factor kB activation in critically ill patients who die, Crit. Care Med., 2000, vol.28, no.4, 1047-1051.