

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC SI MANAGEMENT AL PANCREATITEI ACUTE

PA reprezinta o urgenta gastroenterologica.

Diagnosticul:

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

2. Investigatii paraclinice: **-lipaza** (valoarea diagnostica $>3 \times \text{VN}$)- singura enzima cu specificitate si sensibilitate crescuta pentru diagnosticul de PA (2,3).

-actualmente se considera ca amilazemia si amilazuria au sensibilitate si specificitate redusa in diagnosticul de PA (1,2,3).

3. Imagistic:

- Ecografia abdominala: -utila pentru evaluarea prezentei dilatarilor de cai biliare intrahepatice, a litiazei biliare si a formelor severe de PA (chiste, colectii intraabdominala)
- Tomografia computerizata (CT) cu SDC: -reprezinta metoda cea mai utila in diagnosticul imagistic al pancreasului
 - indicata in situatiile cand pancreasul nu este evaluabil ecografic sau in formele severe de PA-persistenta MOSF, semne de sepsa sau alterarea starii generale la 6-10 zile de la internare (2,9).
 - permite evidentierea ariilor de necroza-pacientii care au $> 50\%$ necroza au risc crescut de suprainfectie si evolutie grava (1,2,3)
-la acesti bolnavi este importanta examinarea CT in dinamica

Momentul examinarii CT in PA: cel putin 4 zile de la debutul procesului pancreatic (cand extinderea ariei de necroza este maxima) (2)

-Se indica evaluarea modificarilor CT conform cu CT Severity Index (scorul Balthasar) (8)

- Radiografia abdominala pe gol:
 - semne nespecifice de ileus generalizat sau localizat (ansa santinela)
 - permite eliminarea unei perforatii viscerale(4).
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP): -metoda de electie pentru extractia calculilor coledocieni
Indicatii:
 - pacientii cu litiaza coledociana, complicata cu PA,
 - in cazul prezentei icterului obstructiv sau angiocolitei (7).
- Colangiografia RMN: -metoda neinvaziva pentru investigarea cailor biliopancreatice; nu necesita administrarea de SDC. Se utilizeaza cand nu se poate folosi ERCP sau acesta a esuat (5,6).

Stabilirea etiologiei PA (are importanta in luarea deciziei terapeutice)(1,2,3)

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

-Pancreatita etanolica: 35%

-Pancreatita idiopatica: 10-20%(1)

Stabilirea severitatii se recomanda utilizarea **clasificarii Atlanta a PA** (1,2,3):

PA severa: forma asociata cu disfunctii multiple de organe si/sau complicatii locale (necroza cu suprainfectie, pseudochiste sau abcese.). Cel mai frecvent este expresia dezvoltarii necrozei pancreatice. Apare in 10-20% din cazuri

PA usoaramodificari pancreatice minime si evolutie fara probleme spre restitutio. 80% din PA sunt usoare si autolimitate cu rezolutie in 3-5 zile, cu mortalitate < 1%

Elementele care prezic severitatea puseului de PA

Determinarea proteinei C reactive (**PCR**) la 48 h dupa instalarea simptomelor este un element important in stabilirea severitatii puseului PA, valoare >150 mg/l sugerand **puseu sever** (1,2,3).

Managementul bolnavilor cuPA:

Managementul formelor severe de PA, cu una sau mai multe insuficiente de organ (circulatorie, pulmonara sau renala) se face in unitati de terapie intensiva .

Obiectivele tratamentului:

1.Terapia suportiva:

- reechilibrarea hidroelectrolitica corespunzatoare
- mentinerea diurezei > 0,5 ml/kgc
- suplimentarea cu oxigen (cu mentinerea SaO2 >95%)
- sonda nazogastrica numai in caz de varsaturi incoercibile

2. Reducerea secretiei pancreatice: prin repausul digestiv. Realimentarea pacientilor este posibila dupa 48 h de la incetarea durerii

-formele severe de PA: suportul nutritional prin sonda enterala iar in caz de ileus paralytic-nutritia parenterala.

3. Ameliorarea durerii

4.Prevenirea aparitiei complicatiilor.

Nu exista terapii specifice in PA. de tip antiproteaze sau antisecretorii (octreotid).

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

Pancreatita acuta biliara si tratamentul litiazei biliare:

Sfincterotomia endoscopica

Se indica efectuarea ERCP terapeutic de urgenta :

- la pacientii la care se suspicioneaza etiologia **biliara** a PA, **forma severa**
- in caz de **angiocolita, icter, sau dilatari de cai biliare** (2,3,11).

ERCP se va efectua pana in maxim **72 de ore de la debutul durerii**.

Indiferent de evidentierea sau nu la ERCP a calculilor in calea biliara principala la toti pacientii cu PA biliara forma severa se va efectua sfincterotomie endoscopica.

Pacientii cu angiocolita necesita sfincterotomie endoscopica sau drenaj biliar prin montarea de stent pentru asigurarea unui flux biliar corespunzator (2,3).

Colecistectomia se efectueaza dupa stingerea procesului pancreatitic, in cursul aceleiasi spitalizari a pacientului sau nu mai tarziu de 3 saptamani.

Bibliografie selectiva

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:Dignosis and managemnet 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.