

## OPȚIUNI ȘI LIMITE ÎN TRATAMENTUL CONSERVATOR AL PANCREATITEI ACUTE FORMĂ SEVERĂ

Elena Dajbog, V. Scripcariu, L.P. Lefter, C. Dragomir  
Clinica a-III-a Chirurgicală Spitalul „Sf. Spiridon” Iași  
Centrul de Cercetare în Chirurgie Oncologică  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

**OPTIONS AND LIMITS IN CONSERVATIVE TREATMENT OF THE SEVERE ACUTE PANCREATITIS (Abstract):** Acute pancreatitis may vary in severity, from mild, self-limiting pancreatic inflammation to pancreatic necrosis. The severity of the local response can lead to development of the systemic inflammatory response syndrome and multiorgan failure, with considerable morbidity and mortality. Patients with severe pancreatitis require more intensive therapy, possibly including aggressive surgical management for debridement of infected pancreatic necrosis or to address other local complications of the disease. The precise indications for surgery in these patients have been controversial, although in recent years many investigators have adopted a more conservative stance toward early intervention. This paper aim is to sustain the efficacy of conservative treatment in acute severe pancreatitis as first therapeutical option.

KEY WORDS: ACUTE SEVERE PANCREATITIS, CONSERVATIVE TREATMENT

Correspondență: Dr. Liviu Lefter, Clinica a III-a Chirurgicală, Spitalul „Sf. Spiridon”, Bd. Independenței nr. 1, Iași, 700111, România; E-mail: lilefter@gmail.com\*

### INTRODUCERE

Pancreatita acută formă severă are o incidență crescută în ultimii 20 de ani, fapt relevat de studii europene [1]. Deși metodele de diagnostic au evoluat realizând o evaluare precoce și rapidă a prognosticului pacientului mortalitatea se menține crescută. Studii internaționale multicentrice au evidențiat grupul de vârstă cel mai expus ca fiind situat între 45 și 60 de ani. Evoluția naturală a pancreatitei acute formă severă este spre necroză pancreatică în aproximativ 30% din cazuri [2]. Patologia asociată întâlnită cel mai frecvent este reprezentată de prezența litiazei biliare și de consumul crescut de alcool însoțit de alimentație cu un bogat conținut lipidic.

Dignosticul pancreatitei acute formă severă se realizează prin cumularea datelor clinice, imagistice și biochimice. Standardul de diagnostic are la bază dozarea amilazemiei, lipazemiei, proteinei C reactive și evaluarea în dinamică, prin intermediul computer tomografiei a pancreasului și elementelor lichidiene intra-abdominale [3]. Evaluarea severității pancreatitei se realizează prin utilizarea a diverse scoruri bazate pe determinarea unor elemente imagistice și biologice, în dinamică. Fenomenul inflamator sistemic și insuficiența organică pot fi evaluate satisfăcător prin scorurile Ranson, Imrie și APACHE II (Tabel I). O acuratețe crescută în evaluarea prognosticului pacienților diagnosticați cu pancreatită acută formă severă, se poate realiza prin determinarea scorului Balthazar bazat pe explorarea computer tomografică în dinamică a procesului inflamator pancreatic [4].

Conduita actuală în ceea ce privește tratamentul pancreatitelor acute severe plasează intervenția chirurgicală ca fiind oportună în tratamentul complicațiilor locale: necroza pancreatică, necroza pancreatică infectată, pseudochistul de pancreas și abcesul pancreatic [5].

Prezenta lucrare își propune să evalueze eficacitatea tratamentului conservator în pancreatita acută severă.

---

\* received date: 2.02.2006  
accepted date: 15.03.2006

## MATERIAL ȘI METODĂ

Prezentăm un studiu retrospectiv efectuat pe 75 de pacienți diagnosticați cu pancreatită acută severă (Ranson  $\geq 3$ ) și tratați conservator în perioada 2000-2005 în Clinica a III-a Chirurgică, Spitalul „Sf. Spiridon”, Iași, România. Criteriile de diagnostic pentru pancreatita acută formă severă sunt în conformitate cu recomandările Societății Române de Chirurgie adoptate în cadrul Conferinței de Consens în ceea ce privește tratamentul pancreatitei acute, Iași, 2005 [6,7]. Grupul de studiu a fost alcătuit din 35 de femei și 40 de bărbați. Media de vârstă a pacienților incluși în studiu a fost situată în jurul vârstei de  $48 \pm 5$  ani. Dintre aceștia 7 pacienți au fost internați direct în terapie intensivă datorită statusului clinic grav. S-au analizat pentru fiecare pacient amilazemia, amilazuria, glicemia, calcemia, hemo-leucograma, ASAT și hematocritul. În 2/3 din cazuri amilazemia cu valori de patru ori mai mari decât normalul a orientat diagnosticul. Investigațiile imagistice au fost realizate prin ecografie trans-abdominală și computer tomografie. Diagnosticul pozitiv a fost stabilit utilizând pentru toți membrii grupului de studiu aceleași investigații clinico-paraclinice. Scopul tratamentului conservator al pacienților cu pancreatită acută severă este temporizarea intervenției chirurgicale și doar pentru complicații cronice, cunoscut fiind faptul că rezoluția pancreatitei acute severe se poate realiza prin fibroză și pseudochist pancreatic [8].

**Tabel I Scoruri de diagnostic pentru pancreatita acută**

Scoruri	Sensibilitate	Specificitate	Acuratețe
Ranson	75- 87%	68- 71%	69- 75%
Imrie	61- 71%	88- 89%	83- 84%
APACHE II	75%	92%	88%
PCR	83 - 100%	-	PPV 37-77%

Tratamentul conservator de urgență s-a bazat pe evaluarea inițială a severității pancreatitei constând în oprirea alimentației enterale, decompresie gastro-intestinală (sondă naso-gastrică), administrarea de inhibitori de receptori  $H_2$ , suport hidro-electrolitic, antiinflamatorii non-steroidiene, antalgice, antibiotice, terapie nutrițională.

Studiile internaționale au evidențiat că administrarea inițială de antibiotice nu influențează evoluția la distanță a pacientului cu pancreatită acută [9]. Profilaxia infecției necrozei pancreatice a fost realizată prin administrarea de Imipenem 3g/zi timp de 10 zile. Pacienții care au necesitat ulterior intervenție chirurgicală în urgență pentru sindromul de compartiment abdominal au fost excluși din studiu.

## REZULTATE

Evaluarea inițială a pacienților s-a bazat pe istoricul medical care a evidențiat: consum crescut de alcool, patologie biliară, traumatisme sau boli autoimune.

În momentul internării pacienții prezentau dureri abdominale instalate brusc cu localizare epigastrică și iradiere posterioară, vărsături (25%), febră peste  $38^\circ C$  (10%), sindrom de deshidatare (24%). Durerile abdominale tipice pentru pancreatita acută au fost observate la 72% dintre pacienți, iar sensibilitate abdominală dureroasă la palpare în 100% dintre cazuri. Constantele biologice modificate au relevat leucocitoză medie ( $10000 \text{ mm}^3 \pm 1500$ ) în 75% dintre cazuri, hiperglicemie  $250 \pm 50 \text{ mg/dL}$  în 90% din cazuri, amilazemie și amilazurie crescută și în unele cazuri lipazemie crescută.

Ecografia transabdominală este considerată a nu fi un element definitoriu în diagnosticarea pancreatitei acute și a evaluării severității acesteia datorită faptului că fenomenul inflamator de la nivelul pancreasului permite o vizualizare defectuoasă a glandei. Totuși, ecografia transabdominală evidențiind la internare un pancreas mărit de volum și fuzee lichidiene intraabdominale a întărit suspiciunea de diagnostic sugerată de examenul

clinic. Computer tomografia (CT) cu substanță de contrast a fost efectuată pentru stabilirea scorului Balthazar ca element de evaluare a evoluției pacientului pacienții din grupul studiu prezentând un CT index  $\geq 3$ . Examenul CT a avut și acesta limitările sale, examinarea CT nerealizând diferențierea dintre necroza sterilă și cea infectată.



**Fig. 1 Necroză și fuzee peripancreatice și prerenale surprinse la internare**

La 14 dintre pacienții internați cu diagnosticul de pancreatită acută severă și tratați inițial conservator s-a intervenit chirurgical în a doua zi post internare pentru sindromul de compartiment intrabdominal și au fost excluși din grupul studiu inițial.

Din numărul total de pacienți tratați conservator, 20 au dezvoltat necroză pancreatică și în 10 dintre cazuri aceasta a devenit infectată. Obiectivarea suspiciunii de necroză infectată a fost diagnosticată doar în patru cazuri prin puncție ghidată CT, în celelate 6 cazuri s-a intervenit chirurgical practicându-se necrosectomie, lavaj și drenaj. Acești 6 pacienți au fost excluși din grupul de studiu, 4 decedând, iar doi dezvoltând fistulă pancreatică cu o evoluție lent favorabilă.

Dintre cei 75 de pacienți la care s-a aplicat un tratament conservativ al pancreatitei acute severe, 51 nu au necesitat tratament chirurgical de urgență sau mai de vreme de trei săptămâni de debutul afecțiunii, la aceștia obținându-se o remisiune completă a fenomenelor inflamatorii severe. Dintre aceștia 10 au dezvoltat necroză localizată care sub tratament conservator nu au necesitat tratament chirurgical remisiunea inflamației făcându-se prin fibroză pancreatică localizată. Complicațiile cronice ale pancreatitei acute severe au fost reprezentate de dezvoltarea pseudochistului pancreatic, în 12 cazuri, care a necesitat intervenție chirurgicală tardivă.

## DISCUȚII

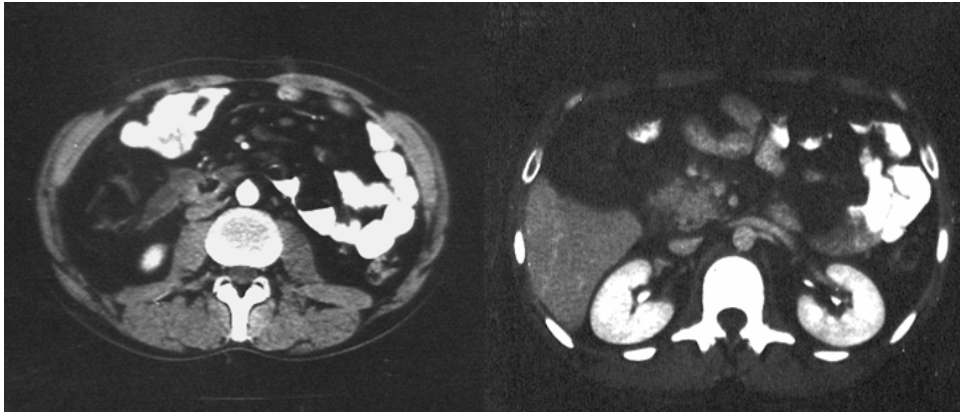
Lipazemia, considerată a fi markerul biochimic cu specificitate crescută de diagnostic, nu a fost dozată în toate cazurile. Amilazemia crește în intervalul de 2-12 ore de la instalarea simptomelor atingând un vârf la 48 de ore de la atacul inițial [10,11]. Amilazemia cu valori peste 1000 U/L a fost considerată ca fiind un element de diagnostic.

Computer tomografiile efectuate seriat la internare după 7, 14 și 21 de zile au evaluat evoluția fenomenului inflamator către o posibilă necroză și eventualele modificări ale aspectului colecțiilor intra-abdominale către rezoluție sau infecție.

Infecțiile au apărut în 13% dintre cazuri acestea fiind corelate cu indexul CT [12]. Severitatea crescută a evoluției pancreatitei a fost corelată cu un CT index  $> 3$ .

Administrarea antibioticelor nu a modificat riscul pacienților de a dezvolta necroză infectată, toți pacienții cu CT index = 4 dezvoltând infecție a necrozei pancreatice sub tratament conservator agresiv. Aceste rezultate sunt în concordanță cu rezultatele unui studiu

dublu orb randomizat care a concluzionat că administrarea antibioticelor în profilaxia infecție necrozei nu influențează prognosticul la distanță al pacienților [9]. Pacienții care au necesitat tratament chirurgical precoce în primele zile după internare au avut o evoluție trenantă lent favorabilă, dar au existat și patru cazuri de deces.



**Fig. 2 Necroză și fuzee peripancreatice și prerenale surprinse la 14 zile**

## CONCLUZII

CT indexul și necroza pancreatică sunt elemente definitorii ale evoluției pacienților cu pancreatită acută formă severă. Am observat că pacienții care au fost tratați conservator și la care intervenția chirurgicală s-a efectuat tardiv, pentru rezolvarea complicațiilor cronice, au avut o evoluție mai rapidă spre vindecare în comparație cu pacienții care s-a intervenit precoce. Chirurgia precoce efectuată pentru sindromul de compartiment abdominal este un subiect de discuție în lumea științică internațională beneficiile unei intervenții precoce fiind discutabile. Concluzia studiului nostru este că atunci când este posibilă o evaluare pertinentă a pacientului cu pancreatită acută severă se impune o temporizare a tratamentului chiurgical, tratamentul conservator fiind prima opțiune în tratamentul pancreatitei acute formă severă.

## BIBLIOGRAFIE

1. Eland IA, Sturkenboom MJ, Wilson JH, Stricker BH. Incidence and Mortality of Acute Pancreatitis between 1985 and 1995. *Scand. J. Gastroenterol.* 2000; 35: 1110-1116.
2. Dugernier T, Reynaert M, Laterre PF. Early multi-system organ failure associated with acute pancreatitis: a plea for a conservative therapeutic strategy. *Acta. Gastroenterol. Belg.* 2003; 66: 177-183.
3. Mitchel RMS, Byrne MF, Baillie J. Pancreatitis. *Lancet.* 2003; 361: 1447-1455.
4. Andren-Sandberg A, Borgstrom A. Early prediction of severity in acute pancreatitis. Is this possible? *J Pancreas.* 2002; 3: 116-125.
5. Bradley EL 3d. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis. *Arch. Surg.* 1993; 128 (5): 586-590.
6. Uhl W, Warshaw A, Imrie CW et al. IAP-guidelines for the surgical management of acute pancreatitis. *Pancreatology.* 2002; 2: 565-573.
7. Dragomir C, Lefter L. Recommendations of the Consensus Conference about diagnosis and treatment of acute pancreatitis, Iasi. *Chirurgia.* 2005; 100 (4): 402-406.
8. Liu Terrence H, Kwong Karen L et al. Acute pancreatitis in intensive care unit patients: Value of clinical and radiologic prognosticators at predicting clinical course and outcome. *Critical Care Medicine.* 2003; 31(4): 1026-1030.
9. 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.
10. Triester Stuart L, Kowdley Kris V. Prognostic Factors in Acute Pancreatitis. *J Clin Gastroenterology.* 2002; 34(2): 167-176.
11. Balthazar E.J, Ranson JH, Naidich DP. Acute pancreatitis: prognostic value of CT. *Radiology.* 1985; 156(3): 767-772.