

TENDINȚE MODERNE ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL PANCREATITEI ACUTE

Vadim Gheorghita – colaborator științific,
Sergiu Berliba – dr. în med., conferențiar universitar,
Catedra Chirurgie Nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, Laboratorul Chirurgie
Hepato-Pancreato-Biliară, al USMF ”Nicolae Testemițanu”
GSM: +373 79612828, E-mail: vadimgheorghita7@mail.ru

Rezumat

Sunt descrise tendințele actuale și moderne ale tratamentului diverselor forme de pancreatită acută în dependență de factorii etiologici. Autorii menționează importanța tratamentului conservativ și miniinvasiv în fazele precoce ale pancreatitei acute, tratamentul chirurgical fiind indicat numai în cazurile complicațiilor septico-purulente, care survin în săptămâna a treia a evoluției bolii. Laparoscopia diagnostico-curativă asociată tratamentului conservativ complex este metoda de preferință în tratamentul formelor severe de pancreatită acută.

Cuvinte-cheie: pancreas, endotoxemie, tratament miniinvasiv, necroza pancreasului, laparoscopia diagnostico-curativă

Summary. Modern trends in diagnosis and treatment of acute pancreatitis

It describes current trends and modern treatment of various forms of acute pancreatitis depending on etiological factors. The authors mention the importance of conservative and minimally invasive treatment in early stages of acute pancreatitis, surgical treatment is indicated only in cases of septic-purulent complications that occur in the third week of the disease. Diagnostic and curative laparoscopy associated complex conservative treatment is the method of preference in the treatment of severe acute pancreatitis.

Key words: pancreas, endotoxemia, minimally invasive treatment, necrosis of the pancreas, laparoscopic diagnostic and curative

Резюме. Современные тенденции в диагностике и лечении острого панкреатита

В статье описаны современные тенденции и современная трактовка различных форм острого панкреатита в зависимости от этиологических факторов. Авторы отмечают важность консервативного и миниинвазивного лечения на ранних стадиях острого панкреатита, хирургическое лечение показано только в случаях гнойно-септических осложнений, которые возникают на третьей неделе заболевания. Лечебно-диагностическая лапароскопия в комплексе консервативного лечения является методом предпочтения при тяжелом остром панкреатите.

Ключевые слова: поджелудочная железа, эндотоксемия, миниинвазивное лечение, некроз поджелудочной железы, лечебно-диагностическая лапароскопия

Introducere

Tehnologiile moderne de tratament a pacienților cu pancreatită acută presupun asocierea unei terapii complexe, cât și a metodelor chirurgicale de tratament. Particularitățile evoluției clinice, tactica de tratament și pronosticul sunt stabilite de mai mulți factori [4,11].

În 85-90% cazuri manifestările acute ale maladiei sunt tratate prin metode conservative. Durata medie de la inițierea tratamentului, care realizează un decalaj față de procesul distructiv constituie primele 7 ore de la debutul bolii [6,11].

Conform datelor statistice, tratamentul chirurgical este indicat în 5-10% cazuri. Cele mai frecvente complicații depistate intraoperator sunt inflamația septico-purulentă postnecrotică cu răspândire atât intra-abdominală (diverse forme de peritonită puru-

lentă), cât și retroperitoneală (abcesele și flegmoanele retroperitoneale).

Tactica diagnostico-curativă adecvată prezintă un aspect important în tratamentul pacienților cu pancreatită acută. Nici una din metodele conservative de tratament nu asigură stoparea procesului de necroză. Stabilirea indicațiilor, cât și a termenilor optimali pentru aplicarea tratamentului chirurgical este o etapă crucială în tratamentul pancreatitei acute.

Experiența la nivel mondial în pancreatologie se prezintă prin două tendințe principale: 1. Dezvoltarea și implementarea în practica clinică a metodelor moderne de diagnostic (examenul cu ultrasunete, tomografia computerizată, colecistopancreatografia retrogradă endoscopică, diverse metode angiografice, fibrogastroduodenoscopia); 2. Tratamentul chirurgical al pancreatitei acute și tumorilor pancreatice prin

intervenţii chirurgicale directe pe pancreas şi sistemul ductal [2,9,11].

Etiopatogenie. Factorii etiologici sunt decisivi atât în stabilirea fazei şi perioadei de dezvoltare a procesului patologic, cât şi în aprecierea gravităţii bolnavului. Cele mai frecvente cauze sunt: colecistocolicodocolitiaza, alcoolismul, pancreatita postoperatorie (în intervenţiile chirurgicale intra-abdominale), traumatismul abdominal [1,9,11].

Factorii care cauzează pancreatita acută sunt divizaţi în două grupe: 1) Factori care inhibă secreţia sucului pancreatic şi provoacă hipertenzia intraductală; 2) Factori ce duc la lezarea primară a celulelor acinare.

În acest context se disting formele de pancreatită acută cu hipertenzie intraductală şi acinară primară. Formele severe apar în combinarea a trei faze: 1) de hipertensivitate intraductală acută; 2) de hipersecreţie; 3) de activare intraductală a enzimelor pancreatice [8].

Cu toate acestea, tactica de tratament este dictată de forma pancreatitei acute: tratament conservativ în cazul pancreatitei interstiţiale şi infiltrativ-necrotice; şi tratament chirurgical în formele necroticopurulente.

Evoluţia pancreatitei acute este în strictă dependenţă de faza procesului patologic din pancreas (I - faza fermentativă sau de edem; II - faza reactivă sau de necroză; III - faza de liză şi sechestrare a focarelor necrotice; IV - faza complicaţiilor tardive) [1,8].

Faza fermentativă sau de edem se dezvoltă în prima săptămână de la debutul bolii. Această perioadă decurge cu predominarea endotoxicozei şi dezvoltarea necrozei. Termenul maxim de formare a zonelor de necroză este de 3 zile, pe când în formele mai grave – până la 24-36 ore.

Durata endotoxemiei nu depăşeşte 5 zile, astfel administrarea antifermentilor este esenţială în această perioadă. Scopul tratamentului în această fază a bolii constă în eliminarea toxinelor din cavitatea abdominală şi spaţiul retroperitoneal. De o importanţă majoră este şi tratamentul miniinvaziv prin efectuarea laparoscopiei diagnostic-curative, scopul fiind eliminarea exudatului fermentativ şi aplicarea colecistostomei decompressive. În cazul intervenţiei chirurgicale precoce, mortalitatea postoperatorie constituie 25-30% cazuri ca urmare a complicaţiilor trombohemoragice şi şocului endotoxic. Un alt aspect negativ al intervenţiei chirurgicale precoce este infectarea cavităţii abdominale şi dezvoltarea complicaţiilor septice [5,8].

Faza de necroză (în săptămâna a doua a maladiei) se caracterizează prin reacţia organismului la formarea focarelor de necroză (atât în pancreas, cât şi în

spaţiul parapancreatic), fiind o reacţie de respingere ca urmare a instituirii necrozei şi formarea sechestrurilor. Forma clinică a acestei faze se manifestă prin prezenţa infiltratului parapancreatic, care ulterior se poate reabsorbi sau supura.

Faza de liză şi sechestrare (în săptămâna a treia a bolii) este de lungă durată, uneori până la 2-3 luni. Sechestrurile se formează în ziua a 14-a, fiind atât aseptice, cât şi septice, uneori transformându-se în pseudochisturi. Pentru faza complicaţiilor supurative este caracteristică intensificarea endotoxicozei de geneză septică.

Faza complicaţiilor tardive (peste 6 luni) se caracterizează prin maturizarea chisturilor, formarea fistulelor şi instalarea pancreatitei cronice [5,11].

Tratamentul medico-chirurgical. Pentru abordarea mai corectă a principalelor aspecte în tratamentul chirurgical al pancreatitelor acute (în funcţie de faza de dezvoltare şi perioada bolii), intervenţiile chirurgicale se divizează în 3 grupe:

1. Intervenţiile efectuate în primele ore şi zile de la debutul maladiei, indicaţiile fiind dificultăţile de diagnostic, peritonita difuză cu simptome de intoxicaţie severă, cât şi asocierea pancreatitei acute cu colecistita acută distructivă şi icterul mecanic.

După introducerea în practica chirurgicală a laparoscopiei care permite determinarea formei pancreatitei şi aprecierea stării sistemului biliar, s-au redus considerabil numărul intervenţiilor precoce.

2. Intervenţiile efectuate la a 2-3-a săptămână de la debutul bolii (în faza de sechestrare şi formare a focarelor de necroză cu răspândire în spaţiul retroperitoneal). De regulă, aceste intervenţii se efectuează în mai multe etape.

3. Intervenţiile tardive, efectuate programat, fiind indicate pentru maladiile ce pot iniţia dezvoltarea pancreatitei acute, sau contribuie la apariţia ei (colecistita calculoasă, ocluzia gastroduodenală, duodenostaza, diverticolul duodenal, obstrucţia ductului pancreatic), scopul acestor intervenţii fiind prevenirea apariţiei pancreatitei acute [7,10,11].

Identificarea momentului actului chirurgical este un factor decisiv în tratamentul chirurgical al pancreatitelor acute severe. Intervenţia chirurgicală precoce (în primele 3 săptămâni de evoluţie) necesită a fi evitată cu excepţiile specificate mai sus. În lipsa demarcaţiei ţesutului necrotic, intervenţia în faza de necroză are o eficienţă redusă, fiind însoţită de masive pierderi volemice şi hemoragii. Intervenţiile chirurgicale efectuate tardiv (după a 3-6-a săptămână de evoluţie) sunt eficace datorită unei demarcări vădite a ţesutului necrotic, ceea ce permite o adecvată necrectomie şi sanare a abceselor. Tratamentul chirurgical al pancreatitei acute presupune intervenţii chirurgicale repeta-

te, de etapă, aplicate pe abdomen deschis și lavajul peritoneal continuu [7,11].

Indicația către intervenția chirurgicală mai este cauzată de agravarea stării generale a pacientului, caracterizată prin reapariția febrei și leucocitozei, cât și prezenței focarelor supurative depistate la CT și ultrasonografie.

Concluzii

1. Diagnosticul precoce a formelor severe de pancreatită acută este decisiv pentru aplicarea tratamentului conservativ.

2. Inițial pacienții necesită a fi internați în secția terapie intensivă pentru monitorizarea clinică și paraclinică.

3. Normalizarea hemodinamicii și corecția hipovolemiei sunt cruciale la etapa inițială de tratament.

4. Prevenirea și suprimarea infecției, cât și terapia de susținere a sistemelor și organelor sunt decisi-ve în supraviețuirea ulterioară.

5. Importanță majoră prezintă alegerea corectă a timpului și metodelor de tratament chirurgical.

Bibliografie

1. Aguayn A.J.L., Robles C.R., Rivera R.V. *Correlacion entre tamano y nu-mero de los calculos biliares y pancreatitis aguda*. Rev. esp. Enferm. Apar. digest., 1988; 74(5): 528-530.
2. Balthazar E.J., Robinson D.L., Medibow A.J. *Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis*. Radiology, 1990; 174 (2): 331-336.

3. Baron T.H., Morgan D.E. *Acute necrotizing pancreatitis*. The New Engl. J.of Med., 1999; 340(8): 1412-1417.

4. Gloor B., Muller C.A., Womi M. et al. *Late mortality in patients with severe acute pancreatitis*. Br. J. Surg., 2001; 88(7): 975 - 979.

5. Schulz H., Schulz E. *Akute pankreatitis-atiologie, pathologische anatomie und pathogenese*. Zschr. Inn. Med., 1990; 117(8): 467-473.

6. Антонов Ю.П. *Гнойный панкреатит*. Хирургия, 1997; 8: 90.

7. Байчоров Э.Х., Байрамуков Р.Р., Мысник В.И. и др. *Использование комплексного подхода в лечении больных с гнойными осложнениями острого панкреатита. Миниинвазивные технологии в неотложной хирургии*. Пленум правления Российской Ассоциации эндоскопической хирургии и межрегиональной конференции хирургов, Краснодар, Анапа, 2002: 20 -21.

8. Кон Е.М., Черкасов В.А., Урман М.Г. *Острый панкреатит: Клиника, диагностика, программа комплексного лечения*. Пермь: Перм. гос. мед. акад., 2001: с. 181.

9. Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Орлов Б.Б. *Острый панкреатит: Пособие для врачей*. М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н Бакулева РАМН, 2000: с. 60.

10. Федоров В.Д., Буриев И.М., Икрамов Р.З. *Хирургическая панкреатология*. М.: Медицина, 1999: с. 206.

11. Филин В.И., Костюченко А.Л. *Неотложная панкреатология*. СПб.: Питер, 1994: с. 410.