

616.37-002.1-08-06

LÉČBA AKUTNÍ PANKREATITIDY A JEJÍ KOMPLIKACE

Pplk. MUDr. A. NOVÁK, mjr. MUDr. P. BEŇO

Oddělení pro hrudní a břišní chirurgii s kardiochirurgickým střediskem
Ústřední vojenské nemocnice Praha
(náčelník: plk. MUDr. J. Burda)

Protože výskyt akutních pankreatitid v posledních 25 letech stoupl čtyřnásobně a mortalita nekróz slinivky břišní je vysoká, hledají chirurgové nové způsoby jak zvrátit dramatický vývoj choroby zejména v těžkých případech.

O úspěchu léčby a prognóze onemocnění rozhodují 2 faktory:

1. časná a správná diagnóza,
2. volba správného léčebného postupu.

Časnou a správnou diagnózu je třeba stanovit po zhodnocení klinického a laboratorních nálezů. Názory na správný léčebný postup — buď konzervativní, nebo chirurgický, nejsou jednotné. Zásadně však neplatí dříve ražený názor, že akutní pankreatitida je vždycky indikována ke konzervativní léčbě. Zatímco někteří autoři doporučují chirurgický zákrok již u edematózních forem akutní pankreatitidy

(například jednoduchou infiltraci žlázy Procainem s kortikoidy a antienzymy, dekapsulaci žlázy, drenáž lůžka pankreatu ke snížení tlaku a odsátí tekutiny bohaté na enzymy), doporučují jiní chirurgický výkon pouze při nekróze pankreatu (10). Při nekróze a současném biliárním onemocnění (což je asi ve $\frac{2}{3}$ případů) doporučují cholecystektomii, drenáž choledochu, CHDT, sfinkterotomii a drenáž pankreatického vývodu (3). Při nekrózách pankreatu bez biliárního onemocnění, kde hrají nejčastěji příčinu změny cévní, doporučují levostrannou pankreatektomii (8). Dále se doporučuje odstranění nekrotických částí a evakuace abscesů pankreatu nebo intervence na jiných orgánech zažívacího traktu (například gastrotomie za účelem dekomprese žaludku; jejunostomie k zajištění výživy při dlouhodobém hladovění; gastroenteroanastomóza nebo duodenojejunoanastomóza, jestliže enormě zvětšená edematózní žláza tlačí na některý okolní orgán).

Za dobu vhodnou k chirurgickému výkonu se považuje druhý až třetí den od začátku onemocnění. Při současném ikteru někteří autoři doporučují operovat ihned. Dalším kritériem je doba 1–2 dnů, kdy je prováděna intenzivní konzervativní terapie.

Při konzervativní terapii provádíme:

1. Léčbu šoku.
2. Potlačení pankreatické sekrece:
 - a) zákaz výživy per os,
 - b) trvalé odsávání žaludeční sondou,
 - c) aplikace látek snižujících sekreci pankreatu (například atropinu),
 - d) podávání látek s antifermentativním účinkem.
3. Tišení bolesti.
4. Náhradu elektrolytů a tekutin.
5. Vyrovnávání poruchy Ca a uhlovodanů.
6. Prevenci infekce.
7. Intermitentní peritoneální dialýzu.
8. Podávání kortikoidů.
9. RTG terapii.

Laváži peritoneální dutiny chladným dialyzačním roztokem dávají přednost někteří autoři, protože zlepšuje prognózu onemocnění oproti operační toaletě, která ji zhoršuje (Matějčíček, Šerý). Naše zkušenosti s touto metodou jsou minimální.

Je-li konzervativní terapie neúspěšná, přistoupí se potom k chirurgickému výkonu. V indikaci k operačnímu výkonu je v literatuře značná nejednotnost.

Za posledních 14 roků bylo na našem oddělení hospitalizováno 84 nemocných s prokázanou akutní pankreatitidou. Do sestavy jsme nezařadili takzvané cholecystopankreatitidy, u kterých dochází pouze k prchavému zvýšení diastáz a klinický obraz je velice lehký, i když jde o druhotnou pankreatitidu.

Z celkového počtu bylo 69 mužů a 15 žen, což je podle literárních údajů poměr atypický a je dán charakterem našeho oddělení. Prů-

měrný věk hospitalizovaných byl 46 roků, nejmladší 21 roků, nejstarší 78 roků.

Podle klinických a laboratorních příznaků byli nemocní rozděleni do 3 skupin (tabulka 1).

Tab. 1

Skupina	Kritéria	Počet	Ženy	Muži
I. Těžká forma	pokles TK Cyanosa P 120—140' Perit. příznaky + Diastázy +	16	1	15
II. Střední forma	P do 120' Perit. příznaky + Diastázy	12	4	8
III. Lehká forma	P do 100' Perit. příznaky ± Diastázy +	56	10	46
Celkem		84	15	69

Z celkového počtu zemřelo 7 nemocných, tj. 8,33 %. Všichni patřili do skupiny I. Dva z nich byli revidováni. U jednoho byla nalezena abscedující pankreatitida a hemorrhagické eroze na sliznici žaludku s krvácením do gastrointestinálního traktu. Nemocný zemřel 30. den od začátku onemocnění. Diastázy u něho nebyly zvýšeny. U druhého byla peroperačně nalezena těžká nekróza pankreatu. Tento nemocný zemřel šestý den po revizi za příznaků toxemie. Ani u něho nebyly zvýšeny diastázy (1 rok před příhodou mu byla provedena splenektomie pro uzávěr lienální žíly při pseudocystě pankreatu). Ostatních 5 zemřelo po konzervativní terapii. Všichni zemřeli za příznaků toxemie. Při pitvě byla u všech prokázána hemorrhagická nekróza pankreatu, 2krát při zaklíněném kamenu v choledochu, 2krát při cholelitiáze a 1krát litiáza nebyla prokázána.

Dále byli ze skupiny I. operováni další 4 nemocní — u 2 provedeno odstranění nekrotických částí pankreatu a u dalších 2 revize s odsátím výpotku a drenáží. Jeden z posledních dvou byl revidován je suspekci z perforace gastroduodenálního vředu. Tito čtyři operovaní operační výkon přežili.

Ve skupině II. a III. nebylo úmrtí zaznamenáno. Všichni nemocní z těchto skupin byli léčeni konzervativně: hladovkou, klidem na lůžku, dostávali led na břicho, infúze, analgetika, atropin, CaCl₂, TTC, Trasylol. Velký význam při terapii akutních pankreatitid klademe na intenzivní realimentaci až hyperalimentaci. Nemocným podáváme infúze aminokyselin a vitamíny a snažíme se zabránit negativní bílkovinné bilanci. Stejný důraz klademe na udržení elektrolytové rovnováhy. Denně sledujeme stav elektrolytů v moči a séru a okamžitě je doplňujeme. Významnou úlohu při léčbě akutních pankreatitid, zejména I. skupiny, hraje perfektní ošetrovatelská péče.

Látky s antifermentativním účinkem (Trasylol, Antilysin) podáváme. Názory na účinnost těchto látek se v literatuře značně liší. Na našem oddělení jsme se přesvědčili, že mají příznivý účinek na průběh onemocnění, zejména podají-li se na začátku onemocnění. V době, kdy jsme je pro jejich nedostatek a ovlivnění literárními údaji v některých indikovaných případech nepodali, byl průběh onemocnění zřetelně těžší. Pokud jde o komplikace, zaznamenali jsme v naší sestavě:

- 2krát absces hlavy pankreatu, z nichž jeden byl nalezen při indikované CHE po akutní pankreatitidě a jeden 18. den po těžké formě akutní pankreatitidy,
- 5krát recidiva pankreatitidy,
- 1krát život ohrožující krvácení do dutiny břišní, měsíc po těžké formě recidivující akutní pankreatitidy. Byla provedena nekrektomie a krvácení bylo zastaveno,
- 1krát pseudocysta pankreatu,
- 1krát jejunální píštěle po natrávení tenkého střeva.

Z komplikací, které se v naší sestavě neobjevily, je třeba ještě připomenout difúzní peritonitidu a diabetes. Z uvedeného je zřejmé, že na našem oddělení chirurgickou léčbu v soulase s většinou autorů provádíme pouze u komplikovaných forem akutní pankreatitidy a přitom volíme nejméně zatěžující operační výkon.

Při konzervativní terapii vedené podle běžného schématu klademe důraz zejména na re-alimentaci a udržení elektrolytové rovnováhy. Látky s antifermentativním účinkem podáváme spolu s ostatními léky, jejich význam neprecižujeme, ale ani je neodmítáme.

Souhrn

Zhodnoceny výsledky konzervativní a chirurgické terapie při léčbě akutní pankreatitidy na chirurgii hrudní a břišní s kardiochirurgickým střediskem Ústřední vojenské nemocnice v posledních 14 letech a uvedeny komplikace tohoto onemocnění.

Literatura

1. Brian, L. - Rassmussen, M.: Hypothermic peritoneal dialysis in the treatment of acute experimental haemorrhagic pancreatitis. *Amer. Jour. Surg.* Vol. 114, 1967, No 5, p. 716—721.
2. Beneš, F.: Zkušenosti s použitím peritoneální dialýzy při těžkých pankreatitidách. *Prakt. lékař,* 1970, 50, s. 432—434.
3. Dixon, J. A. - Hillman, J. D.: Surgical Treatment of biliary tract disease associated with acute pancreatitis. *Am. J. Surg.*, 1970, 120/sept., p. 371—375.
4. Edlund, Y.: The treatment of severe acute pancreatitis with critical aspects on Trasylool therapy. *Proceedings of the third symposium of the European pancreatic club, Prague, July 1978,* p. 114—117.
5. Gilortean, M. - Proderen, V.: Treatment of pancreatitis and of some forms of arterial hypertension by denervation of the reflexogenic pancreatic zone. *Intern. Surg.*, 1966, p. 367—376.
6. Guivarc'h et al.: Propa chirurgicaux sur 80 cas de pancreatites aigues. *Ann. Chir.*, 1970, 24/dec., 1385 až 1393.
7. Hallberg, D. - Theoe, N. O.: A new aspect on fat necrosis in acute pancreatitis. *Proceedings, July 1968,* p. 221—226.
8. Hollender, L. F. et al.: La pancréatomie d'urgence dans les pancreatites aigues. *Ann. Chir.* 1970, 24/11 až 12, 647—660.
9. Jiráň, B.: Diagnostika a léčba akutní pankreatitidy na okresním chirurgickém pracovišti. *Rozhl. v chir.*, 1971, 50—5, s. 261—268.
10. Lawson, D. W. et al.: Surgical treatment of acute necrotising pancreatitis. *Ann. Surg.*, 1970, 172/Oct., p. 605—617.
11. Matějček, K.: *Terapie akutní pankreatitidy. Petřivalského dny,* 1981.
12. Niederle, B. - Havlík, K.: K otázce diagnostiky a terapie pankreatitid. *Čs. gastroenterologie,* 1971, 25/3, 133.
13. Rettori, R. - Genier, J. F.: Traitement chirurgical et evolution processe des pancreatites aigues. *J. Chir. (Paris)* 100 (1—2).
14. Šerý, Z.: Zkušenosti s peritoneální laváží u akutní pankreatitidy. *Petřivalského dny,* 1981.
15. Tříška, J.: Karcinom Vaterské papily. *Rozhl. v chir.*, 50—10, 1971, s. 533—538.
16. Vachtfaidl, V. - Vítěz, M.: RTG terapie akutních pankreatitid, *Čs. radiologie,* 25, 4, 1971, 145—152.
17. Vojtíšek, V. et al.: Lymphatic circulation and acute pancreatitis necrosis. *Proceedings, July 1968,* p. 227 až 233.
18. Wright, P. W. - Goodhead, B.: Prevention of haemorrhagic pancreatitis with Fibrinolysin or Heparin. *Arab. Surg.*, Vol. 100/1, 42—46, 1970.

Klíčová slova: Akutní pankreatitida; Komplikace; Léčba.