

Θεραπευτικοί χειρισμοί στην αντιμετώπιση της οξείας παγκρεατίτιδας

Ε. Φαχαντίδης

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Α.Π.Θ.

Η ιστορία και η φιλοσοφία της θεραπείας της οξείας παγκρεατίτιδας οδηγούν τη σκέψη πίσω στις ιατρικές μας ρίζες, αφού ταυτίζονται με το νόημα του ιπποκρατικού αφορισμού «οκόσα φάρμακα ουκ ιητε σίδηρος ιητε». Πράγματι ένα σχετικά μικρό ποσοστό ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα, το οποίο δεν θα υπακούσει στη συντηρητική και φαρμακευτική αγωγή και αυτό υπολογίζεται σε 5-15 % θα οδηγηθεί τελικά στην αναζήτηση χειρουργικής θεραπείας. Συνέπεια του μικρού αυτού ποσοστού είναι ότι ένας μόνο χειρουργός ή κέντρο είναι δύσκολο να αποκτήσει σημαντική εμπειρία από τη χειρουργική θεραπεία αυτών των περιπτώσεων.

Επιγραμματικά και για λόγους καθαρά διδακτικούς παραθέτουμε τα κύρια σημεία της συντηρητικής αγωγής τα οποία είναι: Έγκαιρη και επαρκής αποκατάσταση της απωλείας ύδατος και ηλεκτρολυτών, ρινογαστρική αναρρόφηση, τεχνητή διατροφή, φαρμακευτική αγωγή (αντιεκκριτικά, αναλγητικά, σωματοστατίνη), υποστήριξη οργάνων και λειτουργιών, περιτοναϊκή έκπλυση.

Από τα παραπάνω επισημαίνεται ιδιαίτερα η σκοπιμότητα της περιτοναϊκής εκπλύσεως, η οποία εκτός από τη διαγνωστική της αξία έχει και θεραπευτική, αφού απομακρύνει από την περιτοναϊκή κοιλότητα τα παγκρεατικά ένζυμα και λοιπούς τοξικούς παράγοντες και μειώνει σημαντικά ή καθυστερεί τις άμεσες συστηματικές επιπλοκές (πολυοργανική ανεπάρκεια). Αντίθετα η έκπλυση δεν επηρεάζει τις απώτερες σηπτικές επιπλοκές και συνεπώς την πιθανότητα ανάγκης για εγχείρηση (που έχει σχέση με την επιμόλυνση του παγκρέατος), αλλά πιθανόν να τη μετατοπίζουν χρονικά. Η τεχνική είναι όμοια των περιτοναϊκών πλύσεων όπου με τον ειδικό καθετήρα χορηγούνται 1-2 λίτρα υγρού κάθε ώρα. Η έγχυση διαρκεί 15', το υγρό παραμένει στην περιτοναϊκή κοιλότητα για 30' και στη συνέχεια συλλέγεται ανάστροφα. Η διαδικασία αυτή επαναλαμβάνεται για διάστημα 24 έως 48 ωρών, το δε χορηγούμενο υγρό μπορεί να είναι Ringer Lactate η ειδικό διάλυμα περιτοναϊκής πλύσεως.

Σταθμοί στη χειρουργική αντιμετώπιση της οξείας παγκρεατίτιδας υπήρξαν: 1) η τριπλή παροχέτευση, (του στομάχου, του χοληδόχου πό-

ρου και της νήστιδος) σε συνδυασμό με παροχέτευση του περιπαγκρεατικού χώρου που καθιερώθηκε από τον Lawson το 1970 και 2) η απολυματεκτομή (αφαίρεση νεκρωμένων ιστών) με ανοικτή παροχέτευση της κοιλίας που καθιερώθηκε από τον Bradley το 1984. Η απόφαση για εγχείρηση σε κάποια φάση της πορείας της οξείας παγκρεατίτιδας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και απαιτείται ο συνδυασμός ετοιμότητας και σύνεσης. Η ένδειξη για χειρουργική επέμβαση μπορεί να τεθεί στα αρχικά στάδια της νόσου και άλλοτε μετά από αρκετές ημέρες ή εβδομάδες, ενώ δεν είναι σπάνιο και το φαινόμενο των συνεχών επανεπεμβάσεων. Ενδείξεις πρώιμης επεμβάσεως κυρίως αποτελούν: α) η ταχεία επιδείνωση του ασθενούς από τις πρώτες ώρες παρά την έντονη συντηρητική αντιμετώπιση και β) η αμφιβολία για τη διάγνωση.

Η οξεία χειρουργική πάθηση της κοιλίας, όπως είναι η διάτρηση του στομάχου, η οξεία απόφραξη των άνω μεσεντερικών αγγείων δεν θα έπρεπε να αντιμετωπίζονται με συντηρητικές μεθόδους συνεπεία εσφαλμένης διάγνωσης για αρκετά 24ωρα.

Η πρώιμη επέμβαση έχει περισσότερο διερευνητικό χαρακτήρα και κατά ένα μέρος παροχετευτικό. Κατά την επέμβαση εκτιμάται η βαρύτητα της οξείας παγκρεατίτιδας, από την ποσότητα του περιτοναϊκού υγρού, ενώ δείγμα από το υγρό αυτό αποστέλλεται για μικροβιολογικό και βιοχημικό έλεγχο. Οι στεατονεκρώσεις είναι κατά κάποιο τρόπο δείκτης της διαχύσεως και της δραστηκότητας των παγκρεατικών ενζύμων. Προς πληρέστερο έλεγχο και ορθή εκτίμηση των βλαβών και της καταστάσεως πρέπει να γίνεται κινητοποίηση της κεφαλής του παγκρέατος και διάνοιξη του ελάσσονος επιπλοϊκού θυλάκου. Οι επόμενες ενέργειες αποσκοπούν στην καλύτερη παροχέτευση του περιπαγκρεατικού χώρου και την αντιμετώπιση της λιθιάσεως εφόσον συνυπάρχει, εξατομίκευση στους χειρουργικούς χειρισμούς ανάλογα με τον κάθε ασθενή και τις εμπειρίες του χειρουργού. Αναφέρεται πάντως ότι η πιθανότητα υποτροπής της οξείας παγκρεατίτι-

δας μετά το πρώτο επεισόδιο και εφόσον δεν έχει αντιμετωπισθεί η χολολιθίαση ανέρχεται στο 70-90% στους επόμενους 6 μήνες.

Η κυριότερη ένδειξη για εγχείρηση σ' ένα απώτερο στάδιο στην εξέλιξη της οξείας παγκρεατίτιδας είναι η επιμολυσμένη παγκρεατική νέκρωση, διότι η θνητότητα προσεγγίζει το 100% χωρίς εγχείρηση. Άλλες ενδείξεις για εγχείρηση είναι το παγκρεατικό απόστημα, η ψευδοκύστη, η αιμορραγία, οι στενώσεις, οι νεκρώσεις και οι ρήξεις παρακειμένων αιμοφόρων οργάνων.

Η εγχείρηση αυτή μετά τη 2^η ή 3^η εβδομάδα έχει ως στόχο την αντιμετώπιση περιχαρακωμένου αποστήματος ή διάσπαρτης αποστηματοποίησης του παγκρέατος. Σε περίπτωση αποστήματος επιχειρείται πρωτίστως η διαδερμική παροχέτευση στον αξονικό τομογράφο με ευρύ σωλήνα με σκοπό την αποφυγή της εγχειρήσεως.

Στις περιπτώσεις διάχυτης βλάβης η εγχείρηση έχει ως στόχους: α) το πάγκρεας και το περιπαγκρεατικό λίπος β) τον κατώτερο οπισθοπεριτοναϊκό χώρο γ) το παχύ έντερο δ) τα χοληφόρα και ε) το στομάχι σε περίπτωση αιμορραγίας.

Ο χειρουργικός καθαρισμός στην περίπτωση της παγκρεατικής νεκρώσεως δεν είναι πάντοτε ευχερής, γιατί τις περισσότερες φορές αφορά και το οπισθοπεριτοναϊκό λίπος, όπου δεν είναι εύκολος ο διαχωρισμός των νεκρωμένων ιστών χωρίς τον φόβο κακώσεως μεγάλων αγγείων της περιοχής. Παρόλα ταύτα καταβάλλεται κάθε προσπάθεια ώστε να αφαιρείται κατά το δυνατόν περισσότερος μολυσμένος και νεκρωμένος ιστός. Η τεχνική της αφαιρέσεως γίνεται με αμβλύ διαχωρισμό και αποκόλληση δια του δακτύλου και τολυπίου και όχι δια αιχμηρών εργαλείων. Ως όριο διαχωρισμού λαμβάνεται το επίπεδο όπου ο απομένον ιστός αρχίζει να αιμορραγεί.

Για την παροχέτευση της κοιλίας μετά από εγχείρηση λόγω νεκρωτικής παγκρεατίτιδας έχουν προταθεί πολλά συστήματα σωλήνων και πλύσεων, καθώς και διάφοροι τρόποι ανοικτής κοιλίας. Συγκεκριμένα οι μέθοδοι που ακολουθούνται σήμερα είναι: α) η κλειστή (απολυματεκτομή και τοποθέτηση κλειστών παροχευέσεων), β) η ημίκλειστη (απολυματεκτομή και τοποθέτηση ειδικών σωλήνων διαύλων για συνεχή έκπλυση) και γ) η ανοικτή (απολυματεκτομή και πωματισμός της περιοχής με κομπρέσες για συνεχείς και επαναλαμβανόμενους χειρουργικούς καθαρισμούς). Η πρώτη μέθοδος συνοδεύεται από υψηλή θνητότητα 30-60%, η δεύτερη από χαμηλότερη 12-18%, ενώ η τελευταία έχει αποδεκτά

χαμηλή περιεγχειρητική θνητότητα 16-21% αλλά υψηλή νοσηρότητα και συνοδεύεται από πολλές ανατομικές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Η εμπειρία της κλινικής μας προέρχεται από την αντιμετώπιση 317 ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα διαφόρου βαρύτητας, οι οποίοι κατανέμονται σε δύο περιόδους, μία απώτερη, μεταξύ 1966-8 και περιλαμβάνει 187 ασθενείς, εκ των οποίων 30 ήτοι 16% ανέπτυξαν νεκρωτική παγκρεατίτιδα και μία μεταγενέστερη μεταξύ 1986-96 και περιλαμβάνει 130 ασθενείς από τους οποίους μόνο 15 ήτοι 11%, εμφάνισαν νεκρωτική μορφή της νόσου. Η θνητότητα των ασθενών με νεκρωτική παγκρεατίτιδα της πρώτης περιόδου ήταν 50%, ενώ της δεύτερης 20%. Η χειρουργική μέθοδος η οποία κυρίως χρησιμοποιήθηκε ήταν η ημίκλειστη με συνεχή τοπική έκπλυση.

Συμπερασματικά:

- Τη μόνη απόλυτη ένδειξη για επείγουσα εγχείρηση αποτελεί η μολυσμένη νεκρωτική παγκρεατίτιδα, διότι χωρίς εγχείρηση η θνητότητα φθάνει το 100%.
- Από τις τρεις εγχειρητικές μεθόδους, η πρώτη (συντηρητική) έχει υψηλό ποσοστό θνητότητας (30-60%), η δεύτερη (ημίκλειστη) χαρακτηρίζεται από χαμηλό ποσοστό (12-22%), ενώ η τελευταία (ανοικτή) έχει μεν χαμηλό ποσοστό θνητότητας (16-24%) αλλά υψηλή νοσηρότητα με πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Η εγχειρητική προσέγγιση πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με τα εγχειρητικά ευρήματα, την κλινική πορεία του κάθε ασθενούς, αλλά και την εμπειρία του χειρουργού στην αντιμετώπιση της νόσου.
- Οι μεγάλες τυχαίοποιημένες προοπτικές και πολυκεντρικές μελέτες στο μέλλον θα φωτίσουν περαιτέρω τα υπάρχοντα προβλήματα της θεραπευτικής αγωγής.

Βιβλιογραφία

1. Papachristou GI, Whitcomb DC. Predictors of severity and necrosis in acute pancreatitis. *Gastroenterol Clin North Am* 2004; 33 (4): 871-90.
2. Halangk W, Lerch MM. Early events in acute pancreatitis. *Gastroenterol Clin North Am* 2004; 33 (4): 871-31.
3. Mentula P, Kylanpaa ML, Kemppainen E, et al. Early prediction of organ failure by combined markers in patients with acute pancreatitis. *Br J Surg* 2004; 1:35.
4. Andersson R, Andersson B, Haraldsen P, et al. Incidence, management and recurrence rate of acute pancreatitis. *Scand J Gastroenterol*. 2004; 39:9:891-4.
5. Kong L, Santiago N, Hao TQ. Clinical characteristics and prognostic factors of severe acute pancreatitis. *World J Gastroenterol* 2004; 15:3336-8.