

Τι νεότερο πάνω στην οξεία παγκρεατίτιδα;



Written by Νικολόπουλος Δημήτρης, Παπασταματίου Μιλτιάδης

Κυριακή, 23 Δεκέμβριος 2007

There are no translations available

Δ. Νικολόπουλος*, **Μ. Παπασταματίου****

*Ειδικ/νος Δ Ορθοπαιδικής Κλινικής Ασκληπείου Βούλας

**Αν/της Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής 7ου Νοσοκομείου ΙΚΑ

Εισαγωγή

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιασθούν τα νεότερα ελληνικά και διεθνή δεδομένα όσον αφορά την χειρουργική αντιμετώπιση της οξείας παγκρεατίτιδας (Ο.Π.), να επισημανθούν οι ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης σε οιδηματώδη και άσηπτη ή φλεγμονώδη νεκρωτική παγκρεατίτιδα, όπως και τα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας αυτών με βάση τις σύγχρονες εφαρμοζόμενες ανά τον κόσμο χειρουργικές τεχνικές.

Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι μια δυναμική εξελισσόμενη φλεγμονώδης διεργασία του παγκρέατος. Σύμφωνα με την ταξινόμηση της Ατλάντα (το Σεπτέμβριο του 1992), που τροποποιήθηκε σε απλούστερη στη Σαντορίνη (το 1999), διακρίνεται τελικά σε δύο μορφές: α) την οξεία οιδηματώδη και (β) την οξεία νεκρωτική.^{1,2}

Η κλινική πορεία που διαμορφώνεται στις δύο μορφές της οξείας παγκρεατίτιδας - οιδηματώδης ή ενδιάμεση και νεκρωτική- είναι διαφορετική, αφού η μεν πρώτη κατά κανόνα έχει μία ήπια διαδρομή, η δε δεύτερη παρουσιάζει υψηλή θνητότητα και νοσηρότητα που απαιτεί σύνθετη θεραπευτική προσέγγιση.^{1,3}

Η ακριβής ταυτοποίηση όσον αφορά το παθολογοανατομικό υπόστρωμα της οξείας παγκρεατίτιδας είναι υψίστης σπουδαιότητας στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας.

Η επιλογή τόσο του χρόνου, όσο και της μορφής της χειρουργικής αντιμετώπισης είναι οι σημαντικότερες μεταβλητές, διότι:

1. Ελλείπει ακριβής αναγνώριση της επικρατούσας βλάβης του οργάνου.
2. Υπάρχει μια γενικότερη αποδοχή περισσότερο συντηρητικών μεθόδων θεραπείας.
3. Αδυνατούμε να προβλέψουμε την εξέλιξη της οξείας παγκρεατίτιδας.^{1,2}

Σε ποσοστό 80% η διαδρομή της οξείας παγκρεατίτιδας είναι ήπια και ο ασθενής ανταποκρίνεται θετικά στη συντηρητική αγωγή που ακολουθείται για λίγες εβδομάδες. Οι χειρουργικές επεμβάσεις εμπλέκονται με την οξεία οιδηματώδη ή ενδιάμεση παγκρεατίτιδα σε μικρό ποσοστό και επί επιπλοκών της νόσου, όπως:

1. Σε ενδοκοιλιακή αιμορραγία, από γαστρορραγία σε έλκη από "stress", ή σε διάβρωση μεγάλου αγγείου, παρακείμενου ως προς το πάγκρεας.
2. Σε ανάπτυξη παγκρεατικού αποστήματος.
3. Σε νέκρωση του παγκρέατος.

Η θνητότητα της οιδηματώδους ή ενδιάμεσης οξείας παγκρεατίτιδας μετά την εφαρμογή εντατικής συντηρητικής αγωγής κυμαίνεται σε ποσοστό κάτω από 2%.^{1,4}

Σε ποσοστό 20% των ασθενών όμως, η οξεία παγκρεατίτιδα διεδράμει με βαριά κλινική εικόνα, ενώ συγχρόνως παθολογοανατομικά τη νόσο την χαρακτηρίζει, η νέκρωση των ιστών. Η θνητότητα της νεκρωτικής παγκρεατίτιδας κυμαίνεται από 20-60%, ανάλογα με τη βαρύτητα και τις επιπλοκές, και για αυτό έχουν προταθεί διάφοροι τρόποι τακτικής και τεχνικής για την αντιμετώπισή της.^{1,4}

Η αναγνώριση τεσσάρων δυσμενών προγνωστικών παραγόντων επιταχύνει τη χειρουργική αντιμετώπιση. Πιο συγκεκριμένα:

1. Η έκταση της παγκρεατικής νέκρωσης: η θνητότητα κυμαίνεται από 7% (εάν ο νεκρωμένος ιστός είναι λιγότερος από το 30% του αδένου), έως 50% (εάν η παγκρεατική νέκρωση είναι ολική ή υφολική).
2. Η ύπαρξη εξωπαγκρεατικής νέκρωσης (διπλασιάζεται η θνητότητα από 15% σε 34%).
3. Η βακτηριακή επιμόλυνση (τριπλασιάζεται η θνητότητα από 10% σε 32%).
4. Η ανάπτυξη παγκρεατικού ασκίτη (τετραπλασιάζεται η θνητότητα από 9% σε 36%).⁴

Πίνακας 1⁵

| Νεκρωτική Παγκρεατίτιδα | | |
|------------------------------|-----------|---------------------------|
| % ΝΕΚΡΩΣΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ | ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ | ΘΕΡΑΠΕΙΑ |
| < 30% | 7% | Συντηρητική |
| + Περιπαγκρεατικές νεκρώσεις | 14% | Συντηρητική ή Χειρουργική |
| + Εξωπαγκρεατικές νεκρώσεις | 34% | Χειρουργική |
| Επιμόλυνση | 21% | Χειρουργική |
| > 50% | 50% | Χειρουργική |

Πίνακας 2⁴

| Ενδείξεις Χειρουργικής Αντιμετώπισης σε Άσηπτη Νεκρωτική Παγκρεατίτιδα: | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Επιμένουσα εικόνα οξείας κοιλίας • Μόλυνση νεκρωμάτων παγκρέατος • Παγκρεατικό απόστημα • Παγκρεατικός ασκίτης • Άσηπτη νέκρωση σε συνδυασμό με Μ.Ο.Φ. [μετά 72 ώρες εντατικής συντηρητικής αγωγής] • Επιμένουσες και αυξανόμενες τοπικές επιπλοκές : <ul style="list-style-type: none"> -μαζική ενδοκοιλιακή αιμορραγία -επιμένων ειλεός -διάτρηση εντέρου -θρόμβωση πυλαίας φλέβας | |

Σε ποσοστό 40-50% των περιπτώσεων Νεκρωτικής Παγκρεατίτιδας έχουμε επιμόλυνση, κυρίως, από Gram (-) μικρόβια είτε με λεμφογενή διασπορά από τον Πεπτικό σωλήνα- ιδίως από το γεινιάζον εγκάρσιο κόλον- είτε αιματογενή διασπορά, είτε ανιούσα επιμόλυνση από το 12/δάκτυλο μέσω του φύματος του Vater και του

παγκρεατικού πόρου, είτε κατιούσα επιμόλυνση από το χοληφόρο σύστημα και την πυλαία φλέβα.^{4,5}

Παρατηρώντας τη χρονική στιγμή που εκδηλώνεται η επιμόλυνση των νεκρωμάτων του παγκρέατος, σε σχέση με το χρόνο που πρωτοεκδηλώθηκε η νόσος, επιβεβαιώνεται τόσο το υψηλό ποσοστό επιμόλυνσης αυτών, όσο και το ότι τελικά η επιμόλυνση είναι θέμα χρόνου.

Σε ποσοστό 25% έχουμε επιμόλυνση των νεκρωμάτων του παγκρέατος την 1η εβδομάδα από την έναρξη του επεισοδίου της βαριάς Οξείας Παγκρεατίτιδας. Το ποσοστό αυτό γίνεται 36% και 60 με 70% αντίστοιχα για τη 2η και τη 3η εβδομάδα από την έναρξη της νόσου.^{4,5}

Αυτή η ομάδα ασθενών - με την επιμόλυνση της νεκρωτικής παγκρεατίτιδας - αποτελεί και την κύρια ομάδα που όλοι συμφωνούν πως πρέπει να αντιμετωπίζεται χειρουργικά.

Κριτήρια για τη διάγνωση της επιμόλυνσης (infected necrosis) αποτελούν:

1. Τα ευρήματα της αξονικής τομογραφίας διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης (δυναμική τομογραφία με ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού).
2. Η διαδερμική παρακέντηση με λεπτή βελόνη κατευθυνόμενη με αξονικό τομογράφο ή υπερηχογραφικά, για υλικό από τη νεκρωμένη περιοχή του παγκρέατος, προς άμεση χρώση κατά Gram και καλλιέργειας επί θετικών αποτελεσμάτων.
3. Η αποδεδειγμένη κλινική επιδείνωση του ασθενούς προς την πορεία της σηπτικής κατάστασης.

Η βέλτιστη περίοδος όπου θα υποβάλεις τον ασθενή με βαριά νεκρωτική παγκρεατίτιδα σε αξονική τομογραφία διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης (contrast enhanced CT) δεν έχει ξεκαθαριστεί πλήρως. Στη μελέτη του Berg και των συνεργατών του, γινόταν αξονική τομογραφία διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης σε 24 με 48 ώρες από την εισαγωγή του ασθενούς και επανάληψη κάθε μία εβδομάδα, σε ασθενείς που δεν είχαν κλινική βελτίωση.^{4,6-8}

Ομοίως για την δια λεπτής βελόνης κατευθυνόμενη λήψη υλικού από τη νεκρωμένη περιοχή του παγκρέατος (F.N.A. Fine-needle aspiration) η βέλτιστη περίοδος δεν έχει ξεκαθαριστεί. Ακολουθείται η αρχή της εφαρμογής της, σε ασθενείς που αναπτύσσουν σημεία μεταβολικών διαταραχών ή εμφανίζουν ανεπάρκεια αναπνευστική, νεφρική ή καρδιαγγειακή ή με εμμένουσα λευκοκυττάρωση και πυρετό.^{4,6-8}

Οι **Κλινικές Ενδείξεις** χειρουργικής αντιμετώπισης είναι:

1. Η πτωχή απάντηση στην εντατική υποστηρικτική αγωγή
2. Η κλινική αποδιοργάνωση του ασθενούς, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη Πολυοργανικής Ανεπάρκειας.

Τα κλινικά σημεία εκπιπτουσών οργάνων είναι:

- A) Η εκπίπτουσα αναπνευστική λειτουργία εκδηλώνεται με αρτηριακό $PaO_2 < 60 \text{ mmHg}$ (παρά $4L/O_2/\text{min}$ μέσω ρινικής μάσκας) ή/και ανάγκη μηχανικής υποστηρικτικής αγωγής.
- B) Η εκπίπτουσα νεφρική λειτουργία εκδηλώνεται με αύξηση της κρεατινίνης αίματος $> 2 \text{ mg/dl}$ ή ανάγκη αιμοκάθαρσης ή αιμοδιάλυσης.
- Γ) η κυκλοφορική ανεπάρκεια εκδηλώνεται με αρτηριακή πίεση $< 90 \text{ mmHg}$ ή ανάγκη χορήγησης κατεχολαμινών για υποστήριξη του καρδιαγγειακού συστήματος.
- Δ) οι μεταβολικές διαταραχές εκδηλώνονται με υπεργλυκαιμία ($\text{Glu} > 11 \text{ mmol/L}$), με υποασβεσταιμία ($\text{Ca}^{+2} < 2 \text{ mmol/L}$), με διάχυτη ενδαγγειακή πήξη (χρόνος προθρομβίνης $< 70\%$, $\text{apt} > 45 \text{ sec}$)⁷

3. Η εμφάνιση περιτονίτιδας.

4. Η εργαστηριακή ένδειξη σήψης, που εκδηλώνεται με θερμοκρασία ορθού < 36 ή > 38 βαθμούς, λευκοκυττάρωση ($> 12.000/\text{mm}^3$) ή λευκοπενία ($< 4.000/\text{mm}^3$), ταχυκαρδία (> 90 σφύξεις/λεπτό), ταχύπνοια (> 20 αναπνοές/λεπτό) και υπερκαπνία ($\text{PaCO}_2 < 4,3 \text{ kPa}$), με οξέωση, με διάχυτη ενδαγγειακή πήξη.⁷
5. Η ανεξέλεγκτη σήψη.

Προς το παρόν, δεν έχει αποσαφηνιστεί εάν στη οξεία Νεκρωτική Παγκρεατίτιδα θα πρέπει η χειρουργική επέμβαση να γίνεται αμέσως τις πρώτες 48 με 72 ώρες από την εκδήλωση της νόσου ή εάν θα πρέπει να καθυστερεί, επί ένα χρονικό διάστημα τριών με τεσσάρων εβδομάδων, ώστε να είναι δυνατή κατά τη χειρουργική

επέμβαση η διάκριση του νεκρωμένου από το βιώσιμο παγκρεατικό ιστό, προκειμένου να γίνει κατά το δυνατόν οικονομικότερη εκτομή του παγκρεατικού ιστού. Επιπλέον μετά την 3η-4η εβδομάδα, ο νεκρωμένος παγκρεατικός ιστός έχει σχηματισθεί καλώς και έχει ήδη αρχίσει να ρευστοποιείται, με αποτέλεσμα η χειρουργικός καθαρισμός των νεκρωμάτων να είναι ευκολότερος και χωρίς τον κίνδυνο της αιμορραγίας που παρουσιάζεται, όταν δεν έχει οργανωθεί ο νεκρωμένος ιστός.

Δυστυχώς και συνήθως, η χειρουργική επέμβαση καθυστερεί, γεγονός που ερμηνεύει την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης αναπνευστικής, νεφρικής, ηπατοκυτταρικής και καρδιαγγειακής ανεπάρκειας πριν την επέμβαση.^{4, 7-9}

Χειρουργική Επέμβαση στην Χολολιθιασική Οξεία Παγκρεατίτιδα

Στις Δυτικές κοινωνίες και στις χώρες της Ανατολής, σε ποσοστό άνω του 80%, η οξεία παγκρεατίτιδα οφείλεται σε κατάχρηση αλκοολούχων ποτών και σε χολολιθίαση.

Στον ελληνικό χώρο ?παρόλο που δεν υπάρχουν σαφή επιδημιολογικά δεδομένα- φαίνεται ότι σε ποσοστό άνω του 80%, η οξεία παγκρεατίτιδα οφείλεται σε λιθίαση των χοληφόρων.^{10, 11}

Ο κίνδυνος ανάπτυξης Ο.Π. σε ασθενείς με χολολιθίαση ανέρχεται σε ποσοστό 10%, ενώ τα ποσοστά υποτροπής της Ο.Π. σε ασθενείς που δεν αντιμετωπίστηκε η συνυπάρχουσα λιθίαση των χοληφόρων από την πρώτη νόσηση από οξεία παγκρεατίτιδα, κυμαίνεται από 32% με 63%. Το ποσοστό αυτό κατέρχεται σε 2 με 8% -στατιστικά σημαντική διαφορά- όταν αντιμετωπίζεται και αιτιολογικά η Ο.Π.

Συνεπώς, η θεραπεία της χολολιθίασεως, στην παγκρεατίτιδα χολολιθιασικής αιτιολογίας, είναι επιτακτική λόγω των υποτροπών. Το πρόβλημα έγκειται στην εκλογή του καταλληλότερου χρόνου.^{7, 9, 12}

Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν τρεις απόψεις ως προς τον κατάλληλο χρόνο:

1. Η κλασική συντηρητική προσέγγιση που συστήνει φαρμακευτική αντιμετώπιση του οξέος επεισοδίου και κατόπιν οριστική χειρουργική αντιμετώπιση της πάθησης των χοληφόρων, 2 με 4 μήνες μετά την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο. Η προσέγγιση αυτή δεν ακολουθείται πια από την πλειονότητα των χειρουργών λόγω του υψηλού ποσοστού υποτροπής της παγκρεατίτιδας κατά τους 2-4 αυτούς μήνες της αναμονής.¹²
2. Η άμεση ή πρώιμη επέμβαση σε 48 με 72 ώρες από την προσέλευση του αρρώστου και κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης προσβολής της χολολιθιασικής παγκρεατίτιδας. Οι υποστηρικτές της άποψης αυτής (Acosta και συν.) αναφέρουν ανεύρεση σε υψηλό ποσοστό (63%) σφηνωμένου λίθου στο φύμα του Vater. Υποστηρίζουν ότι η απελευθέρωση της απόφραξης αυτής με εγχειρητικά μέσα στις πρώτες 48 ώρες επιφέρει πλήρη και άμεση ανάρρωση στο 98% των ασθενών, ενώ αν παραμείνει η απόφραξη των χοληφόρων πάνω από 48-72 ώρες, τότε κινδυνεύει ο παγκρεατικός ιστός από μη αναστρέψιμες βλάβες.

Τυχαίοποιημένες μελέτες όμως που ακολούθησαν?με πρώτο τον Kelly και συν. , και αργότερα Wagner και συν. - απέδειξαν ότι σε ποσοστό 85% -95% ο λίθος που έχει ενσφηνωθεί στο φύμα του Vater θα περάσει αυτόματα από τον σφιγκτήρα του Oddi, με αποτέλεσμα αν υφείλετο το επεισόδιο της παγκρεατίτιδας. Επιπλέον, τα ποσοστά νοσηρότητας (83%) και θνητότητας (18%) σε ασθενείς με βαρεία οίδηματώδη παγκρεατίτιδα ή νεκρωτική παγκρεατίτιδα ήταν αυξημένα στις περιπτώσεις πρώιμης επέμβασης των χοληφόρων. (Osborne και συν.)^{7, 9, 12}

Συνεπώς, σήμερα η άμεση ή πρώιμη επέμβαση σε 48 με 72 ώρες στα χοληφόρα επί Ο.Π. εφαρμόζεται με σαφή ένδειξη σε ταχεία επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς από την ώρα της εισβολής της νόσου- λόγω παραμονής ενσφηνωμένου λίθου- όπως και επί υπάρξεως επιπλοκών, όπως είναι ο ύδρωπας , το εμπύημα, η διάτρηση της χοληδόχου κύστης ή σε χολαγγειίτιδα που δεν υποχωρεί με την εντατική συντηρητική αγωγή.^{7, 9}

3. Η αντιμετώπιση του επεισοδίου της Ο.Π. συντηρητικά και η οριστική επέμβαση για την πάθηση των χοληφόρων σε δεύτερο χρόνο - συνήθως μία εβδομάδα- αφού υποχωρήσει η οξεία φάση της παγκρεατίτιδας (πριν την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο).^{12, 13}

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που ενδείκνυται είναι η χολοκυστεκτομή με ή χωρίς διεγχειρητική χολαγγειογραφία και η σφικτηροτομή σε περίπτωση πολλαπλής μικροχολολιθίασεως, όπου πιθανολογείται παραμονή λίθου στα

χοληφόρα εξωηπατικά ή ενδοηπατικά. Σε περιπτώσεις βαρείας οιδηματώδους παγκρεατίτιδας ή νεκρωτικής παγκρεατίτιδας ή ασθενούς που έχει εκδηλώσει ανεπάρκεια ενός ή περισσοτέρων οργάνων, ενδείκνυται και η χολοκυστοστομία ή η παροχέτευση του χοληδόχου πόρου από τον κυστικό πόρο με σιλήνα Kehr ή T, ως ένας απλός τρόπος εξωτερικής παροχέτευσης των χοληφόρων.^{7, 9, 12}

Σε περίπτωση ασθενούς με επιπλεγμένη οιδηματώδη παγκρεατίτιδα ή επιπλεγμένη άσηπτη νεκρωτική παγκρεατίτιδα ή επιμολυσμένη νεκρωτική παγκρεατίτιδα που οδηγείται στο χειρουργείο, τότε παράλληλα με την όποια επέμβαση -που περιγράφεται παρακάτω- αντιμετωπίζεται παράλληλα και η αιτιολογική βάση της παγκρεατίτιδας αν είναι χολολιθιασική.

Η χρησιμοποίηση της ERCP ως τρόπου θεραπευτικής αντιμετώπισης της χολολιθιασικής παγκρεατίτιδας παρόλο που αρχικά, μετά τη δημοσίευση του Lancet το 1988, χρησιμοποιήθηκε κατά κόρον από έμπειρους ενδοσκόπους (Neoptolemos και συν.) με αναφερόμενα καλά αποτελέσματα- πλέον δεν χαιρείται ευρείας αποδοχής. Κι αυτό γιατί, πρώτον υπάρχουν τεχνικά προβλήματα στη δίοδο του ενδοσκοπίου μέσω του δωδεκαδακτύλου στο σφικτήρα του Oddi, λόγω της εκτεταμένης και εκσεσημασμένης φλεγμονής (δημιουργηθείσες συμφύσεις), και δεύτερον διότι στο 1/3 των περιπτώσεων η ΟΠ δεν οφείλεται σε χολολίθους.^{7, 9, 12, 14}

ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ στη ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Η ιδανική εγχειρητική τεχνική πρέπει να προσφέρει τη δυνατότητα επαρκούς παροχέτευσης των νεκρωμένων ιστών και παράλληλα να μειώνει τη νοσηρότητα από μία ή περισσότερες επανεπεμβάσεις. Δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία επιλογής μεθόδου έως σήμερα.

1. Κλειστή μέθοδος αφαίρεσης νεκρωμάτων παγκρέατος και είτε συνεχής έκπλυση του ελάσσονα επιπλοϊκού θυλάκου με ευρύς διπλού αυλού σωλήνες (Μέθοδος Beger), είτε απλή παροχέτευση αυτού (Μέθοδος Warsaw).^{4, 8, 13}

Τα Πλεονεκτήματα της μεθόδου του Beger είναι η συνεχής και ασφαλής απομάκρυνση βιολογικά δραστικών ουσιών και των προϊόντων σήψης, η απομάκρυνση του νεκρωμένου ιστού χωρίς τραυματισμό του οργάνου, όπως και η προφύλαξη του μη προσβεβλημένου εξωκρινούς και ενδοκρινούς παγκρεατικού ιστού.

Στη μέθοδο του Beger υπάρχουν όμως και τα εξής δύο αρνητικά σημεία. Πρώτον, η αδυναμία άμεσου ελέγχου της εξέλιξης της ενδοπαγκρεατικής και εξωπαγκρεατικής νέκρωσης και δεύτερον, ο κίνδυνος αποτυχίας του συστήματος συνεχών πλύσεων να λειτουργήσει σωστά, επιπλοκή που απαιτεί επανεγχείρηση για επανατοποθέτηση των σωλήνων. Το ποσοστό των ασθενών που χρειάζονται επανεγχείρηση είναι περίπου 23%, ενώ η περιεγχειρητική θνητότητα βρίσκεται στο 8%.

Στη μέθοδο του Warsaw, το ποσοστό των επανεπεμβάσεων κυμαίνεται περίπου στο 27%, ενώ η θνητότητα στο 25%.

2. Ανοικτή μέθοδος αφαίρεσης νεκρωμάτων παγκρέατος, με επιπωματισμό ή σύγκλιση με τη μέθοδο του «φερμουάρ» (zipper) και είτε προγραμματισμένες επανεγχειρήσεις κάθε 48 με 72 ώρες, είτε συνεχής έκπλυση και δευτερογενής σύγκλιση του χειρουργικού τραύματος (Μέθοδος Bradley).^{8, 15, 16}

Τα Πλεονεκτήματα της μεθόδου του Bradley είναι η μη επικοινωνία του παγκρέατος και της περιπαγκρεατικής περιοχής με την υπόλοιπη περιτοναϊκή κοιλότητα, όπως και η δυνατότητα τόσο της καθημερινής αφαίρεσης των παγκρεατικών νεκρωμάτων, όσο και του μακροσκοπικού ελέγχου της πορείας της νόσου. Επίσης, με τη μέθοδο αυτή αποτρέπεται η δημιουργία αποστηματικών συλλογών ή σε τυχόν σχηματιζόμενα παγκρεατικά αποστήματα δύναται η άμεση παροχέτευσή τους (μέσω των συνεχών πλύσεων υφηπατικά και του AP υποδιαφραγματικού χώρου).

Στη μέθοδο του Bradley, βεβαίως εμφανίζονται σε αρκετά υψηλό ποσοστό αιμορραγία, εντερικά συρίγγια (15-20%), οπισθοπεριτοναϊκός παγκρεατικός φλέγμονας, διάτρηση αριστερής ή δεξιάς κοιλικής καμπής (συνήθως 40-50 ημέρες μετά την εγχείρηση), παγκρεατικά συρίγγια, ηπατικά αποστήματα και επιγαστρικές κήλες.

Σήμερα οι ενδείξεις εφαρμογής της μεθόδου του Bradley είναι η παγκρεατική νέκρωση σε ποσοστό άνω του 50%, η ύπαρξη παγκρεατικού αποστήματος ή παγκρεατικού φλέγμονα και η υποτροπιάζουσα παγκρεατική σήψη.

3. Χειρουργικός καθαρισμός νεκρωμάτων παγκρέατος και πλύσεις, με διάνοιξη επικοινωνίας ανάμεσα στον ελάχισονα επιπλοϊκό θύλακο και στην περιτοναϊκή κοιλότητα (Μέθοδος Κουσιδίη).¹⁴

4. Η **οπισθοπεριτοναϊκή λαπαροτομία** (με οσφυϊκή προσπέλαση ΔΕ ή ΑΡ ή άμφω) για την παροχέτευση μολυσμένων παγκρεατικών νεκρωμάτων. Πραγματοποιείται τομή από την 12η θωρακική πλευρά έως την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα ΔΕ ή ΑΡ ή άμφω. Έπειτα γίνεται οπισθοπεριτοναϊκός χειρουργικός καθαρισμός, τοποθέτηση παροχέτευσεων και πλύσεις (κλειστή μέθοδος) ή παραμονή ανοικτή της χειρουργικής τομής με πωματισμό αυτής και ανά 48 ώρες επαναλαμβάνεται απολυματεκτομή και πλύσεις (ανοικτή μέθοδος). [(Μέθοδος Fagniez και συν.) και (Μέθοδος Van Vynne και συν.)]

5. Η **Λαπαροσκοπική τεχνική** (ΛΑΠ) αφαίρεσης των νεκρωμάτων του παγκρεατικού ιστού. Εφαρμόζονται τρεις χειρουργικές προσεγγίσεις:

- A) οπισθογαστρική-οπισθοκολική αφαίρεση νεκρωμένων ιστών (ποσοστό εφαρμογής της τεχνικής: 50%)
- B) οπισθοπεριτοναϊκή απολυματεκτομή (ποσοστό εφαρμογής της τεχνικής: 13%)
- Γ) ΛΑΠ και δια γαστρική παγκρεατική απολυματεκτομή (ποσοστό εφαρμογής της τεχνικής: 37%)

Τα πλεονεκτήματα της Λαπαροσκοπικής απολυματεκτομής είναι το πολύ μικρότερο χειρουργικό stress σε σχέση με της ανοικτής κοιλίας επεμβάσεις, το γεγονός ότι πρόκειται για μία ελάχιστα επιθετική χειρουργική τεχνική, με αναφερόμενα ποσοστά επιτυχίας που αγγίζουν το 75% -μετά όμως προσεκτική επιλογή ασθενών.

Τα μειονεκτήματα έως τώρα της μεθόδου αυτής είναι το γεγονός ότι εφαρμόζεται στα πρώτα στάδια της νόσου και σε μικρού βαθμού παγκρεατικές νεκρώσεις ή περιπαγκρεατικές συλλογές, από χειρουργούς εξειδικευμένους στη Λαπαροσκοπική χειρουργική τεχνική. Επίσης, έως τώρα έχει μελετηθεί μικρός αριθμός ασθενών και δεν έχουν γίνει προοπτικές μελέτες, παρά μόνο τυχαίοποιημένες έρευνες.

Η θνητότητα στη Λαπαροσκοπική τεχνική αφαίρεσης των νεκρωμάτων του παγκρέατος κυμαίνεται στο 15%.

6. Διαδερμική αφαίρεση νεκρωμάτων παγκρέατος και πλύσεις του ελάχισονα επιπλοϊκού θυλάκου, με τοποθέτηση παροχέτευσεων (Minimally Invasive Surgery Technique)

-Υπό καθοδήγηση με αξονικό τομογράφο, εισέρχεται αρχικά οδηγός καθετήρας νεφροστομίας τύπου pigtail 8F, είτε από ΑΡ μεταξύ κατώτερου πόλου σπλήνα και σπληνικής καμπής, είτε από ΔΕ μεταξύ γαστροκολικού επίπλου και δωδεκαδακτύλου.

-Ακολουθώντας τον οδηγό καθετήρα εισέρχεται νεφροσκόπιο που δύναται να εκτελέσει πλύσεις και αναρροφήσεις του νεκρωμένου παγκρεατικού ιστού και των υγρών του ελάχισονα επιπλοϊκού θυλάκου.

-Τοποθετούνται παροχέτευσεις για μετεγχειρητικές πλύσεις (500mL/hr).

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι η μειωμένη ενεργοποίηση της φλεγμονώδους αντίδρασης, όπως και η μειωμένη τοπική σήψη.

Νεότερες έρευνες των τελευταίων ετών, παρουσιάζουν την εφαρμογή εντατικής συντηρητικής θεραπείας ακόμα και στην επιμολυσμένη νεκρωτική παγκρεατίτιδα σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και με κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή. Χρησιμοποιείται είτε η ιμιπενέμη σε συνδυασμό με τη σιλαστατίνη, είτε το αντιβιοτικό με την μεγαλύτερη ευαισθησία από το αντιβιογράμμα, μετά την καλλιέργεια του υλικού της παρακέντησης με λεπτή βελόνη (FNA). Η θνητότητα από αυτές τις έρευνες κινείται περίπου στο 7-10%. Παρόλα αυτά, μέχρι να αποδειχθούν με τυχαίοποιημένες μελέτες και σε μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών τα νεότερα αυτά δεδομένα, η χειρουργική αντιμετώπιση και η μετεγχειρητική υποστηρικτική αγωγή αποτελούν την θεραπευτική προσέγγιση της επιμολυσμένης νεκρωτικής παγκρεατίτιδας.¹⁷

Βιβλιογραφία:

1. Touli J, Smith MB, Bassi C. et al. (Working party Report). Guidelines for the management of acute pancreatitis. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2002;17 (Suppl.) S15-S39.
2. Δερβένης Χ. Χειρουργική αντιμετώπιση Οξείας Παγκρεατίτιδας. In: Θέματα Γενικής χειρουργικής Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρίας; 2000:σελ. 965-73.
3. Βελεγράκης Μ, Περπυράκης Γ. et al. Η εμπειρία μας στην αντιμετώπιση της οξείας Νεκρωτικής Παγκρεατίτιδας. *Ελληνική Χειρουργική* 1993;65:599-604.
4. Beger HG, Isenmann R. Surgical management of necrotizing pancreatitis. *Surg Clin of North America* 1999;79(4):783-801.
5. Μηλίγκος Ν. Οξεία Νεκρωτική Παγκρεατίτιδα. In: Θέματα Γενικής χειρουργικής Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρίας; 1996.
6. Ashley SW, Perez A. et al. Necrotizing Pancreatitis: Contemporary Analysis of 99 Consecutive cases. *Annals of Surgery* 2001;234(4):572-80.
7. Buchler MW, Gloor B, Muller CA. et al. Acute Necrotizing Pancreatitis: Treatment Strategy According to the status of infection. *Annals of Surgery* 2000;232(5):619-26.
8. Σακοράφας Γ, Γολεμάτης Β. Η θέση της Χειρουργικής στην αντιμετώπιση της Βαριάς Οξείας Παγκρεατίτιδας. *Ιατρ Επιθ Ενόπλων Δυνάμεων* 1994;28(1-14).
9. Φαρδέλας Ι, Σμπαρούμπης Χ. Η χειρουργική προσέγγιση της οξείας παγκρεατίτιδας. *Ελληνική Ιατρική* 1996;62(4):293-300.
10. Μανωλακόπουλος Σ. Νεότερα δεδομένα για την οξεία παγκρεατίτιδα. *Νοσοκομιακά Χρονικά* 1997;59:25-32.
11. Ρωμανίδης Κ, Μηνόπουλος Γ, Λυραντζόπουλος Ν. Οξεία παγκρεατίτιδα: σύγχρονες αντιλήψεις για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση. In: Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα Χειρουργικής Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρίας 2001:305-35.
12. Χρησιδης Β. Οξεία νεκρωτική παγκρεατίτιδα. Αναγνώριση, ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης. . *Νοσοκ Χρονικά* 1987;49(322-329).
13. Αναγνώστου Ε. Χειρουργική θεραπεία της νεκρωτικής παγκρεατίτιδας. Τακτική, τεχνική και αποτελέσματα. *Νοσοκ Χρονικά* 1987;49:330-6.
14. Κουσίδης Α. Οξεία νεκρωτική ή αιμορραγική παγκρεατίτιδα. 3rd ed. Αθήνα: Ιατρ. Εκδ. Πασχαλίδης; 2002.
15. Bradley EL, 3rd. Operative vs. Nonoperative therapy in necrotizing pancreatitis. *Digestion* 1999;60 Suppl 1:19-21. [[PubMed](#)]
16. Βώρος Δ, Σ. Σ. et al. Βαρεία μορφή νεκρωτικής παγκρεατίτιδας. Εφαρμογή του φερμουάρ (zipper) στην εγχειρητική τομή. *Ελληνική Χειρουργική* 1990;62(363-366).
17. Schoenberg MH, Rau B, Beger HG. New approaches in surgical management of severe acute pancreatitis. *Digestion* 1999;60 Suppl 1:22-6. [[PubMed](#)]

Last Updated (Τρίτη, 27 Ιανουάριος 2009)

Close Window