

**PANCREATITA ACUTĂ BILIARĂ- PROTOCOL
DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT**

DIAGNOSTIC PANCREATITAJI)	DG. PANCREATITEI ACUTE	2 din urmatoarele 3 criterii	<i>durere abdominală caracteristică pancreatitei acute amilaza și/sau lipaza serică $\leq 3 \times$ valoarea maximă a normalului elemente caracteristice de pancreatită acută la CT cu substanță de contrast iv</i>
	DG. PANCREATITEI ACUTE BILIARE	Criterii sugestive pentru etiologia biliară	<i>litiaza colecistică descrisă ecografic amilaza > 1000 UI/L ALT $> 3 \times$ valoarea maximă a normalului pH sângelui alcalin, AST și a bilirubinei de peste $3 \times$ valoarea maximă a normalului sunt înalte sugestive</i>
	CRITERII DE SEVERITATE	Scorul Glasgow simplificat efectuat în primele 48 de ore de la debut (= 3 puncte denotă pancreatită acută biliară severă)	<ul style="list-style-type: none"> - vârstă > 55 ani - leucocite $> 15\,000/\text{mmc}$ - LDH > 600 UI/L - glicemia > 180 mg/dL (10 mmol/L) - albumina < 32 g/L - calciu < 8 mg/dL (2 mmol/L) - PaO₂ < 60 mmHg (8 kPa) - urea > 45 mg/dL (16 mmol/L)
		Criterii de insuficiență de organ (prezentă oricând un semn de disfuncție de organ din cele enumerate alături, indică de asemenea pancreatită acută severă)	<ul style="list-style-type: none"> - hipotensiune (TA sistolică < 90 mm Hg) - hipoxia (PaO₂ < 60 mm Hg) - insuficiență renală (creatinină > 2 mg/dL) - hemoragie gastrointestinală (> 500 ml/24h)

DIAGNOSTIC PANCREATITĂ (II)	DG. LITIAZEI COLEDOCIENE LA PACIENTŢI CU ANGIOCOLITA	Factori sugestivi ai litiazei coledociene <ul style="list-style-type: none"> - Prezența unui singur factor din prima categorie sau prezența ambilor factori din cea de a doua categorie indică o probabilitate înaltă de litiază coledociană - Prezența oricărui alt factor indică o probabilitate intermediară. - În absența oricărui factor din cele 3 categorii, probabilitatea de litiază coledociană este redusă 	<p><u>Foarte puternic sugestivi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - litiază coledociană la examenul ecografic transabdominal - semne clinice de angiocolită - bilirubinemie > 4mg/dL <p><u>Puternic sugestivi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - cale biliară dilatată la ecografia transabdominală (> 6 mm la pacienți necolecistectomizați) - bilirubinemie > 1.8-4 mg/dL <p><u>Sugestivi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - teste biochimice hepatice (altele decât bilirubinemia) alterate - vârstă > 55 ani - diagnostic clinic de pancreatită biliară

MANAGEMENT PANCREATITAI	Principii generale: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pancreatita acuta se trateaza în echipa formată din gastroenterolog/endoscopist, chirurg, terapeut intensiv, imagist</i> 	Măsuri generale <ul style="list-style-type: none"> - instituite în primele 72 de ore de la debutul pancreatitei, concomitent cu evaluarea clinica, biologica (criterii de gravitate) și imagistica repetată 	<p>Administrarea de fluide intravenos pentru a preveni hipovolemia și de electrolit pentru a corecta diselectrolitemia, cu monitorizarea funcției renale, hematocritului și presiunii venoase centrale (numai în formele severe): 4-6 litri/zi în pancreatita blândă și 8-10 litri/zi în pancreatita severă</p> <p>Analgezia se realizează prin administrare intravenoasă de analgezice: meperidina sau, în lipsa acesteia, petidina (Mialgin)</p> <p>Aspirația naso-gastrică este indicată la pacient cu pancreatită severă cu varsături persistente, ileus</p> <p>Suportul nutritiv - În primele 48 de ore pacientul cu pancreatită acută are restricție completă alimentară per os. În pancreatita blândă, alimentația se reia progresiv atunci când reapare senzația de foame, dispăre greutățile abdominale și se reia tranzitul intestinal. În pancreatita severă este necesară nutriția enterală, administrată pe sonda jejunală plasată endoscopic; nutriția totală parenterală este indicată și restrânsă la anumite categorii de pacienți și pe durata limitată</p> <p>Tratamentul antibiotic - În pancreatita severă "angiocolită" precum și în prezența necrozei pancreatice diagnosticată "CT, profilaxia antibiotică" trebuie inițiată în primele 48 de ore de la internare și prelungită până la 2-3 săptămâni. Antibioticul de elecție este Imipenem 500 mg la 8 ore i.v</p> <p>Suportul respirator - În prezența hipoxiei se administrează oxigen. În hipoxia severă și în detresa respiratorie este indicată ventilația asistată</p>
		Măsuri specifice <ul style="list-style-type: none"> - ERCP/sfincterotomie, colecistectomie, managementul complicațiilor locale sau/sistemice 	<p>ERCP/sfincterotomie, colecistectomie în regim de urgență (primele 24-72 de ore) dacă:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. îndeplinește criteriile de severitate 2. prezintă criterii concomitente de angiocolită (icter, febra; frisoane, leucocitoză, litiază coledociană) 3. prezintă criterii bine definite de obstrucție biliară <p>Nu necesită ERCP de urgență dacă pancreatita:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. prezintă criterii de pancreatită blândă 2. nu sunt prezente semne de obstrucție biliară <p>ERCP electivă este indicată în următoarele situații:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pancreatita acută biliară blândă (ERCP va fi efectuat după rezoluția procesului de pancreatită) 2. pancreatita „idiopatică”, atunci când există suspiciune crescută de litiază coledociană (status post-colecistectomie, ducte biliare dilatate, teste biochimice hepatice anormale). <p>Ecoendoscopie (EUS), colangioRMN preoperator sau colangiografie intraoperatorie – la pacient cu pancreatită acută biliară cu probabilitate intermediară de litiază coledociană</p> <p>EUS sau colangioRMN atunci când ecografia transabdominală și datele de laborator sunt echivoce pentru diagnostic – la pacienți cu pancreatită acută și colecistectomie în antecedente, având suspiciunea de litiază coledoc</p>

			ERCP/sfincterotomie fazazcolecistectomie este indicataza pacientii care nu sunt eligibili pentru interventia chirurgicala*
MANAGEMENT PANCREATITAI	<i>- Pancreatita acuta/severa/se interneazaîn sectia de terapie intensivaEiar pancreatita acutaE faacriterii de severitate în sectia/clinica de gastroenterologie.</i>	Managementul locale	Necroza pancreatică Diagnostic: CT dinamic 1. Tratamentul necrozei sterile: imipenem și/sau intervenție chirurgicală 2. Tratamentul necrozei infectate (durere abdominală, febră, leucocitoză, marcata, bacteriemie cu semne de sepsis, culturi pozitive din aspiratul ghidat CT/EUS): intervenție chirurgicală de urgență
			Pseudochistul – Diagnostic eco/CT: colecție fluidă care persistă peste 4 săptămâni 1. Pseudochistul asimptomatic < 6 cm diametru se poate vindeca spontan: necesită urmărire 2. Pseudochistul > 6 cm diametru, necomplicat, care persistă mai mult de 6 săptămâni are indicație terapeutică: tratament endoscopic, drenaj percutanat sau intervenție chirurgicală ³
			Fistulele - pot determina: ascita și revarsat pleural, pot comunica cu tegumentul/colonul Tratament: drenaj (toracenteză, paracenteză), ERCP (protezare pancreatică), administrare de somatostatina/octreotid, rezecție pancreatică
		Managementul sistemice	Pulmonare - Sindromul de detresă respiratorie acută/severă (ARDS) necesită suport ventilator
			Hemoragia gastrointestinală - Poate să apară în urma erodării unei structuri vasculare de către un abces sau pseudochist Tratamentul ideal: embolizarea vasului prin angiografie Tratament alternativ: intervenție chirurgicală.
			Tromboza de vena splenică - Determină splenomegalie, varice gastrice și esofagiene Tratament optim: splenectomia Extensia unui pseudochist în splină poate determina ruptura splenică (ruptura splenică poate fi prevenită prin splenectomie profilactică)