

PANCREATITĂ ACUTĂ SEVERĂ DUPĂ SFINCTEROTOMIE ENDOSCOPICĂ – CAZ CLINIC

R. Neagoe , Daniela Sala, M. Mureșan, A. Torok, E. Darii, Rodica Pârvan
Clinica Chirurgie II , Spitalul Clinic Județean de Urgență Mureș

SEVERE PANCREATITIS AFTER ENDOSCOPIC SPHYNCTEROTOMY - CLINICAL REPORT

(Abstract): Pancreatitis remains the major complication of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), and hyperenzynemia after ERCP is common. Severe post-ERCP pancreatitis is rare but it demands hospitalization and sometimes interventions (percutaneous drainage or surgery) due to complications. We present a case of severe post-ERCP pancreatitis wich required surgical approach, with good postoperative outcome.

KEY WORDS: POST-ERCP PANCREATITIS, SPHYNCTEROTOMY, SURGICAL APPROACH

Correspondență: Dr. Neagoe Radu, Clinica Chirurgie II, Spitalul Clinic Județean de Urgență Mureș,
e-mail: raduneagoe21@yahoo.com*

INTRODUCERE

Pancreatita acută este o complicație frecventă a colangiopancreatografiei endoscopice retrograde (Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography - ERCP) și a manevrelor endoscopice la nivelul sfîncterului Oddi, incidența acesteia situându-se, după cele mai multe studii, în jurul valorii de 5% [1-3]. Forma severă survine mai rar dar este redutabilă, impune spitalizare prelungită și uneori intervenții percutane sau chirurgicale pentru rezolvarea unor complicații evolutive (pseudochisturi, abcese). Patogenia pancreatitei este diversă, iar factorii de risc incriminați țin atât de pacient cât și de tehnică.

Prezentăm cazul clinic al unui pacient cu pancreatită acută severă după o sfîncterotomie endoscopică pentru o litiază coledociană restantă.

PREZENTARE DE CAZ

Pacientul M.C., sex masculin, în vârstă de 51 de ani se internează în urgență în serviciul chirurgical teritorial acuzând dureri în etajul abdominal superior, grețuri, vărsături, icter muco-tegumentar. Explorările biologice evidențiază: glicemie – 145 mg/dL, GOT – 78 U/L, GPT – 86 U/L, bilirubinemie totală – 9,1 mg/dL, directă – 7,1 mg/dL, GGT – 120 U/L, iar examenul ecografic relevă ficat cu ecostructură omogenă, căi biliare intrahepatice dilatate, coledoc 12 mm, colecist cu pereți îngroșați cu multiple imagini hiperecogene cu con de umbră posterior, pancreas omogen, dimensiuni normale.

Datele clinice, de laborator și imagistice au permis conturarea diagnosticului de *icter mecanic, litiază biliară*. După pregătire preoperatorie s-a intervenit chirurgical clasic decelându-se o colecistită cronică calculoasă, coledocolitiază. S-a practicat colecistectomie bipolară, coledocolitotomie, drenaj Kehr. Evoluția postoperatorie este

* received date: 12.11.2010

accepted date: 25.11.2010

nefavorabilă, cu icter persistent postoperator (bilirubinemie totală – 6,7mg/dL, directă 4,8 mg/dL). Colangiografia pe tubul Kehr evidențiază *litiază coledociană restantă* (Fig. 1A).

Cu diagnosticul de mai sus pacientul este transferat în clinica noastră unde se practică sfincterotomie endoscopică sub control colangiografic (Fig. 1B).

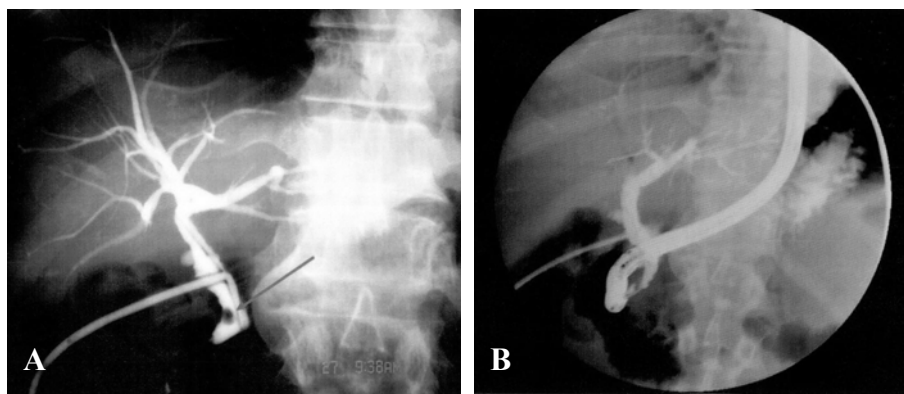


Fig. 1 Litiază restantă coledoc
A Colangiografie pe tub Kehr; B Sfincterotomie endoscopică

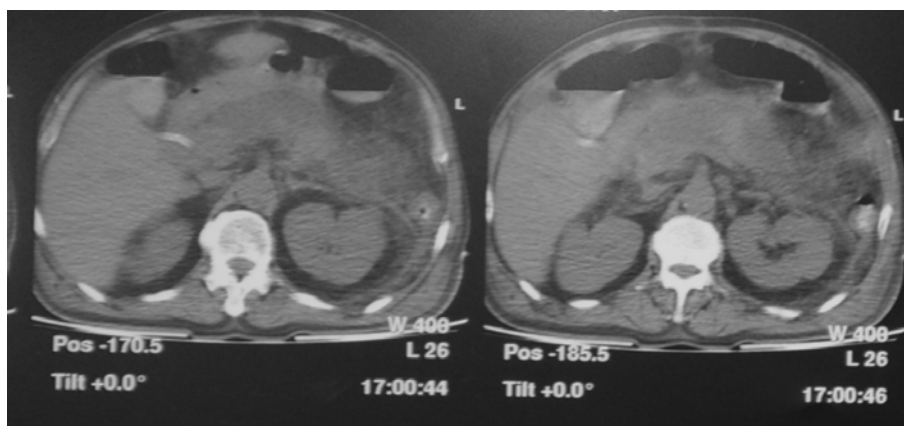


Fig. 2 Examen CT
Pancreas mărit de volum, neomogen, infiltrarea grăsimii peripancreatice

La aproximativ 48 de ore de la intervenția endoscopică starea generală a pacientului se alterează, acesta prezentând dureri abdominale intense în etajul abdominal superior, grețuri, vărsături, meteorism abdominal, oprirea tranzitului. Examenele de laborator pun în evidență hiperleucocitoza, hiperamilazemia, hiperamilazuria iar examenul tomografic descrie un pancreas mărit de volum, neomogen, cu infiltrarea spațiilor peripancreatice (Fig. 2).

Cu diagnosticul de *pancreatită acută post-ERCP formă severă* pacientul este transferat în serviciul ATI unde se instituie tratament intensiv (reechilibrare, antibioterapie, antialgice, antisecretorii). Având în vedere persistența și chiar agravarea simptomelor, apariția semnelor de abdomen acut chirurgical se decide intervenția chirurgicală; se decelează o *pancreatită acută, formă necrotică* pentru care se practică necrectomie, decolare duodenopancreatică și parietocolică, lavaj, drenaj peritoneal multiplu (Fig. 3).

Evoluția postoperatorie este lent favorabilă cu ameliorarea stării generale, reluarea tranzitului intestinal și a alimentației enterale, dar cu apariția unei fistule pancreatice la nivelul unui drenaj peripancreatic; externăm pacientul după 28 de zile de spitalizare cu fistula pancreatică dirijată extern dar cu debit în scădere lentă.

La 3 luni postoperator pacientul este asimptomatic, având un câștig ponderal de aproximativ 6 kg, cu persistența fistulei pancreatice externe cu debit de aproximativ 50 mL/zi (Fig. 4). Controlul efectuat la 6 luni a permis suprimarea drenajului datorită închiderii fistulei pancreatice, pacientul fiind ulterior asimptomatic la 1 an, respectiv 2 ani postoperator.

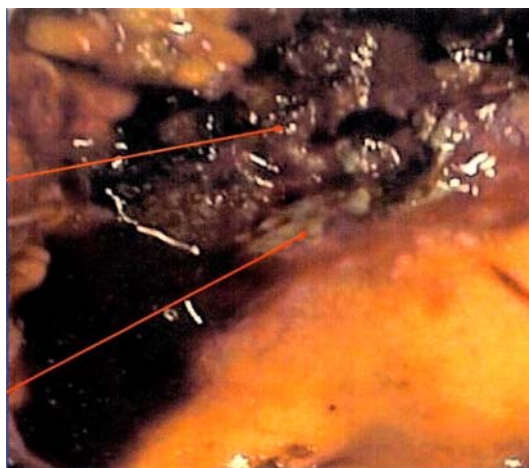


Fig. 3 Aspect intraoperator – pancreatită acută necrotică

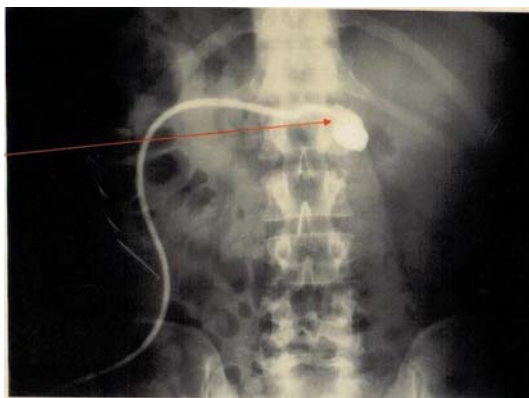


Fig. 4 Fistulografie pe tubul de dren

DISCUȚII

Pancreatita acută după ERCP și sfincterotomie internă este o complicație descrisă în literatura de specialitate, cu incidențe între 1-40%, cu toate că o incidență de aprox. 5 % pare mai apropiată de realitate [1-4]. Creșterea amilazemiei după ERCP este o constatare frecventă, apărând la mai mult de 75% din pacienți.

Pancreatita acută post-ERCP așa cum este definită prin consens [1] constă din asocierea durerii abdominale cu o creștere de peste trei ori a nivelului amilazemiei la mai mult de 24 de ore de la investigația endoscopică, necesitând spitalizare și tratament specific. Această încadrare nosologică exclude cazurile cu dureri abdominale post-

procedurale dar cu o creștere moderată a amilazemiei precum și situația opusă în care se constată hiperamilazemii fără răsunet clinic sau cu dureri abdominale moderate. Pancreatita acută post ERCP cunoaște trei grade de gravitate, definite și clasificate prin consens [1] (Tabel I).

Există mai mulți factori patogenici incriminați care, fie singular fie în asociere, pot induce această complicație: leziunea mecanică, instrumentală a ductului pancreatic, leziunea hidrostatică prin creșterea presiunii de injectare, injuria alergică sau chimică a contrastului folosit, factorul termic (electrocoagulare) sau cel infecțios. Factorii de risc în apariția pancreatitei post-ERCP sunt numeroși fiind legați atât de pacient cât și de procedura în sine.

Tabel I
Clasificarea prin consens a pancreatitei post ERCP [1]

Pancreatită ușoară	Dureri abdominale, hiperamilazemie (3x valori normale) la 24 ore de la procedura endoscopică, necesitând internare 2-3 zile;
Pancreatită medie	Pancreatită necesitând internare 4-10 zile;
Pancreatită severă	Pancreatită necesitând internare peste 10 zile, complicații, intervenții (drenaj percutan, chirurgie);
NB - Necesitatea internării în serviciul ATI clasifică pancreatita în forma severă	

Vârsta tânără, sexul feminin, disfuncția sfincterului Oddi (mai frecventă la femei colecistectomizate), bilirubinemia crescută, antecedente de pancreatită (chiar post-ERCP) sunt factori predictivi importanți, ce țin de caracteristicile fiecărui pacient, fiind confirmați prin analiză multivariată în diverse studii de specialitate [3]. O mențiune trebuie făcută aici: este periculoasă efectuarea unui ERCP diagnostic pentru suspiciunea de coledocolitiază la femei cu dureri abdominale recurente postcolecistectomie și biochimie hepatică normală deoarece de cele mai multe ori diagnosticul nu se confirmă fiind vorba despre o disfuncție oddiană, iar în acest context explorarea endoscopică se constituie într-un factor de risc important pentru apariția unei pancreatite post ERCP.

Canularea papilară dificilă și repetată, injectarea sub presiune crescută a contrastului în ductul pancreatic, manometria oddiană, sfincterotomia biliară „precut”, sfincterotomia pancreatică, dilatarea sfincterului coledocian, sunt factori „tehnici” predictivi reductabili, citați în literatura de specialitate [4-8] dar a căror descriere amănunțită depășește cadrul propus al acestei lucrări. De reținut este faptul că procedurile complexe la nivelul sfincterului trebuie rezervate endoscopiștilor cu experiență.

Cea mai bună metodă de ”tratament” a acestei complicații este evitarea ei și în acest sens selecția pacientului și expertiza endoscopistului au un rol determinant. Stentarea provizorie a ductului pancreatic la pacienții cu risc crescut de pancreatită post-ERCP poate evita complicația sau cel puțin forma severă a acesteia [9]; se arată că stentarea pancreatică este utilă atunci când se practică sfincterotomie biliară și/sau pancreatică pentru disfuncția sfincterului Oddi, dilatații cu balon pentru coledocolitiază, sfincterotomie „precut” biliară, eventual canulări dificile. Chemoprevenția este promițătoare, fiind descrise diverse substanțe cu rol în acest sens (indometacinul, heparina, ulinastatinul etc); sunt necesare însă studii clinice mai ample și găsirea unor agenți terapeutici accesibili pentru tratamentul preventiv ambulatoriu [10-12].

CONCLUZII

Pancreatita acută post-ERCP este o complicație frecventă ce apare pe un anumit „teren” ce ține atât pacient cât și de tehnica examinării. Marea majoritate a cazurilor sunt pancreatite ușoare sau medii; forma severă apare rar, necesită tratament intensiv precum și o abordare multidisciplinară.

Sunt cunoscute anumite metode de prevenție dar toate necesită fie echipe specializate și tehnică (stentare pancreatică) fie adâncirea cercetărilor pentru confirmarea rolului terapeutic (chemoprevenția).

BIBLIOGRAFIE

1. Cotton PB, Lehman G, Vennes JA, Geenen JE, Russel RCG, Meyers WC. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus. *Gastrointest Endosc.* 1991; 37: 383-393
2. Loperfido S, Angelini G, Benedetti G, Chilovi F, Costan F, De Berardinis F, De Bernardin M, Ederle A, Fina P, Fratton A.. Major early complications from diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. *Gastrintest Endosc.* 1998; 48: 1-10.
3. Dickinson RJ, Davies S. Post-ERCP pancreatitis and hiperamylasaemia: the role of operative and pacient factors. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1998; 10: 423-428
4. Gotlieb K, Sherman S. ERCP and endoscopic biliary sphincterotomy-induced pancreatitis. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 1998; 8: 87-114.
5. Tarnasky P, Cunningham J, Cotton P, Hoffman B, Palesch Y, Freeman J, Curry N, Hawes R. Pancreatic sphincter hypertension increases the risk of post-ERCP pancreatitis. *Endoscopy*1997; 29(4): 252-257.
6. Masci E, Toti G, Mariani A, Curioni S, Lomazzi A, Dinelli M, Minoli G, Crosta C, Comin U, Fertitta A, Prada A, Passoni GR, Testoni PA. Complications of diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol.* 2001; 96(2): 417-423.
7. Mac Mathuna P, White P, Clarke E, Merriman R, Lennon JR, Crowe J. Endoscopic balloon sphincteroplasty (papillary dilatation) for bile duct stones: efficacy, safety, and follow-up in 100 patients. *Gastrointest Endosc.* 1995; 42: 468-474.
8. Cotton PB. Precut papillotomy: a risky technique for experts only. *Gastrintest Endosc.* 1989; 35: 578-579.
9. Sherman S, Hawes R, Earle D, Baute P, Bucksot L, Lehman G. Does leaving a main pancreatic duct stent in place reduce the incidence of precut biliary sphincterotomy-induced pancreatitis? A final analysis of a randomized prospective study. *Gastrintest Endosc.* 1996; 43: 413.
10. Sotoudehmanesh R, Khatibian M, Kolohdoozan S, Ainechi S, Malboosbaf R, Mouraie M- Indomethacin may reduce the incidence and severity of acute pancreatitis after ERCP. *Am J Gastroenterol.* 2007; 102(5): 978-983.
11. Tsujino T, Komatsu Y, Isayama H, Hirano K, Sasahira N, Yamamoto N, Toda N, ItoY, NakaiY, Tada M, Matsumura M, Yoshida H, Kawabe T, Shiratori Y, Omata M- Ulinastatin for pancreatitis after ERCP: a randomized, controlled trial. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2005; 3(4): 376-383.
12. Rabenstein T, Roggenbuck S, Framke B, Martus P, Fischer B, Nusko G, Muehldorfer S, Hochberger J, Ell C, Hahn EG, Schneider HT. Complications of endoscopic sphincterotomy: Can heparin prevent acute pancreatitis after ERCP? *Gastrointest Endoscopy.* 2002; 55(4): 476-483.