

## EXPERIENȚA CLINICII NOASTRE ÎN PANCREATITA ACUTĂ

E. Bancu, L. Gyerkes, Z. Seps

Deși se pare că morbiditatea prin pancreatită acută este redusă, totuși în realitate numărul îmbolnăvirilor este în creștere, datorită importanței ce se acordă afecțiunii și mai ales prin tendința de a se eticheta ca pancreatită și acele suferințe pancreatice, care se încadrează în sindroame diverse (biliare, infecțioase etc.). Numărul restrins de cazuri (15) pe care clinica noastră le-a avut în ultimii 5 ani, nu reprezintă decât formele grave care au atras atenția de la început asupra pancreasului sau acelea care s-au confundat de cele mai multe ori cu alte afecțiuni acute abdominale impunând laparotomii exploratoare de urgență.

Lucrarea de față își propune să analizeze cele 15 cazuri tratate în clinica noastră între 1959—1963.

Diagnosticul de pancreatită acută a ridicat dificultăți deosebite. Din cele 15 cazuri tratate am intervenit în 11, iar dintre acestea nu au avut un diagnostic cert decât trei cazuri. La ceilalți 4 bolnavi tratați conservator a existat mereu dubiu asupra diagnosticului. Greutatea și nesiguranța diagnosticului se datora faptului că în majoritatea cazurilor semnele clinice nu atrăgeau atenția asupra pancreasului, iar examinările de laborator erau de multe ori neconcludente. Pentru precizarea diagnosticului ne-am bazat pe tabloul clinic, acordînd o atenție deosebită caracterelor durerii (localizare, iradiere, intensitate, rezistența la calmantele obișnuite).

Un alt fapt de care am ținut seamă a fost colapsul periferic. Distensia abdominală și împăstarea epigastrică ne făceau adesea să ne gîndim la ocluzie intestinală. Determinarea amilazemiei și amilazuriei nu s-a făcut de rutină în toate cazurile de abdomen acut, ci doar în cazurile cu diagnostic dificil. Am mers pe principiul că amilazuriilor ridicate (peste 256 U.V.) trebuie să li se acorde impor-

tanță, valorile mai mici putând fi date și de alte sindroame abdominale. Amilazemia ne-a fost de folos în fazele inițiale ale bolii, dar este mult mai inconstantă decât amilazuria. Literatura dă cazuri de amilazurii foarte ridicate (6—8000 U.W.). La cazurile noastre cea mai ridicată valoare a fost de 2000 U.W. Nu am practicat puncția abdominală pentru determinarea diastazelor din punctatul peritoneal.

Printre cele 15 cazuri tratate, unele au îmbrăcat evoluții deosebite.

Am observat pancreatită gravă la un tânăr de constituție athletică! M. Z. de 31 ani se internează în clinică la 9 I 1962 cu diagnosticul de perforație de stomac. Diagnosticul incert pusese și problema unei pancreatite acute. Ex. de laborator: leucocite 21.000. Urina: negativă, amilazemie 32 U. W., amilazurie 256 U. W. Se practică laparotomie de urgență. În peritoneu lichid sero-hemoragic. Pe mezouri și epiplon pete de steatonecroză. Pancreasul prezintă leziuni necrotice ale cozi; cu un hematom masiv la acest nivel. Aspirăm lichidul, evacuăm hematumul și meșăm regiunea. Tratament postoperator după schema de mai jos. Evoluție postoperatorie favorabilă. La 13 II bolnavul este reinternat pentru un sindrom febril dat de o pneumonie. Din partea abdomenului nu prezintă suferințe. În prezent starea sănătății sale este bună.

Am avut cazuri de pancreatită acută cu evoluție gravă de la început; apoi afecțiunea a evoluat ondulant, apărind reșute după perioade de remisie la tratament. Într-un astfel de caz am constatat agravarea progresivă a stării generale cu fiecare reșută.

H. I. de 36 ani ne vine de la clinica medicală I la data de 14 VI 1959 cu diagnosticul de coledocolitiază complicată. Boala a apărut în urmă cu 2 zile după o masă copioasă cu multe grăsimi și alcool. A fost cuprins brusc de dureri violente în hipocondrul dr., însoțite de vărsături. A doua zi durerile devin insuportabile și starea generală a bolnavului se înrăutățește, fapt ce l-a determinat să se interneze. Se intervine de urgență. La deschiderea cavității peritoneale s-a eliminat un lichid sangvinolent, Peritoneul edemațiat și congestionat. Intestine dilatate, marele epiplon edemațiat, coledocul și colecistul fiind libere. Pancreasul în întregime edemațiat, plin cu puncte hemoragice și pete de steatonecroză. Se infiltrează regiunea pancreasului cu novocaină și penicilină și se refac planurile. Postoperator febra se menține ridicată. În ziua a 8-a avem impresia unei reșute de pancreatită, bolnavul prezentând dureri violente epigastrice cu iradiere lombară. Fenomenele au cedat, ca apoi în ziua a 19-a din cauza alterării stării generale în urma unei noi reșute să se reintervină. Pe epiplonul mare erau pete de steatonecroză de diferite mărimi. Pancreasul puternic edemațiat; se incizează peritoneul posterior, drenăm și refacem planurile. Evoluție postoperatorie defavorabilă, bolnavul dcedind cu fenomene de toxemie gravă.

Printre cazurile noastre am consemnat și o pancreatită acută post-traumatică, care a avut o evoluție curioasă.

B. I. de 39 ani se prezintă la serviciul de urgență al clinicii în urma unui traumatism lombar (accident forestier), prezentind un hematom mare retroperitoneal. Este tratat conservator. Nu am fost siguri de cointeresarea pancreasului. Evoluția a fost bună sub tratament simptomatic. După 2 ani bolnavul revine și este internat în serviciul de interne unde i se pune diagnosticul de diabet zaharat. Era un diabet ce s-a dezvoltat după pancreatita inițială.

Am avut adesea greutăți în interpretarea fiziopatologică a afecțiunii. Cazurile în care suferințele căilor biliare erau evidente sau apăreau în cursul laparotomiilor, au fost mai ușor de interpretat. De fapt, la acești bolnavi tratamentul chirurgical ne-a dat cele mai mari satisfacții. Imposibilitatea de a interpreta fiziopatologic afecțiunea, ne-a făcut adesea să alegem scheme terapeutice care să se adreseze simptomelor majore ale bolii.

Clinica noastră consideră pancreatita acută ca o afecțiune medico-chirurgicală în care tratamentul de bază este conservator, dar care se aplică în serviciul de chirurgie. Această necesitate derivă în cele mai multe cazuri din nesiguranța dia-

gnosticului sau din evoluția defavorabilă a afecțiunii care la un moment dat poate pune problema laparotomiei. Sintem împotriva tratamentului chirurgical imediat în pancreatita acută, rezervînd acest fel de tratament după cum urmează:

1. — Cînd leziunea pancreatică coexistă cu o colecistopatie acută evidentă, sau cînd bolnavul are probe sigure în acest sens înaintea accidentului de pancreatită.

2. — Cînd pancreatita acută este însoțită de icter sau de subicter.

3. — În toate cazurile cînd diagnosticul este nesigur.

4. — În cazurile cînd sintem obligați să evacuăm o colecție purulentă, un sechestrul necrotic, sau mai tardiv, un pseudochist.

5. — În cazurile cînd la examinările făcute bolnavului neoperat în convalescență s-a diagnosticat o colecistopatie sau calculoza căii biliare principale.

În lipsa situațiilor amintite considerăm pancreatita acută de domeniul tratamentului conservator. Am folosit următoarea schemă terapeutică:

1. — Tratament igienico-dietetic: repaus la pat, aspirație gastrică fără alimentarea bolnavului în primele zile (3—7 zile).

2. — Calmarea durerii. În acest scop folosim blocajul paravertebral cu novocaină și perfuzii (30 cc. novocaină 1% la 500 ml glucoză 5%).

3. — Tratament antihistaminic. Am folosit romerganul 2×1 fiole pe zi, care are și efect calmant asupra bolnavului.

4. — Tratamentul colapsului îl facem cu perfuzii de seruri, plasmă și sînge, asociate cu vasopresoare.

5. — Ca tratament antisecretor folosim atropina în doze de 2 ori 1/2 sau 2 fiole pe zi.

6. — Tratament antiinfecțios: antibiotice. Cînd febra se menține trecem la antibiotice cu spectru larg.

7. — Corticoterapia: administrăm hidrocortizon în doze de 300 mgr în primele 3 zile, apoi scădem progresiv pînă la cantitatea de 50 mgr care constituie doza de întreținere pentru aproximativ 10 zile, continuînd apoi timp de 2 zile cu A.C.T.H. 25 mgr pe zi.

În ultimul timp am introdus în tratamentul pancreatitelor acute antiienzimele. Am folosit trasylolul în tratamentul a 4 cazuri (2 cu diagnostic de pancreatită necrotică și edematoasă — stabilite operator — și 2 diagnosticate clinic și tratate numai conservator). Folosim trasylolul în doze de 60—80.000 U. în 24 ore, în perfuzii intravenoase cu ser glucozat sau plasmă. Efectele terapeutice au fost în general similare cu datele literaturii. După cîteva ore de la administrarea trasylolului (3—6), senzația de teamă dispăre, durerile se atenuează, T.A. se stabilizează. Evoluția defavorabilă a unor forme de pancreatită, cu tot acest tratament, arată că pancreatita acută este „o boală gravă și antiienzimele nu par a fi arma terapeutică absolută” (Weiss).

Prognosticul pancreatitelor acute tratate de noi a fost în funcție de precocitatea diagnosticului și a tratamentului. Am avut cazuri grave de la început, în care viteza de succesiune a fenomenelor agresive intrapancreatice a fost așa de năfăre, încît tratamentul nu a putut întrerupe lanțul proceselor patologice (cazul 2).

În tratamentul chirurgical am urmărit fie extirparea unui colecist sau drenajul lui extern, fie drenajul căii biliare principale. Am evitat în general manevre asupra pancreasului cu delabrări de capsulă etc., am meșat un focar hemoragic, am evacuat un hematom sau sechestrul necrotic.

### Concluzii

Analizînd cele 15 cazuri tratate în clinica noastră putem conchide că pancreatita acută rămîne și mai departe o boală gravă, cu diagnostic și tratament dificil. Considerăm tratamentul cu antiienzime un progres real, pentru formele de îmbolnăvire în care leziunile glandei nu sînt de la început totale.

Sosit la redacție: 21 octombrie 1963.