Akutní pankreatitida - projevy

Projevy

Základním projevem akutní pankreatitidy je **bolest břicha**, která se objevuje relativně rychle (většinou během minut až hodin). Bolest je lokalizována do mesogastria, spíše vlevo od pupku, šíří se pásovitě do stran a může vyzařovat do zad. U těžké pankreatitidy může být břišní bolest difuzní. Bolest břicha bývá provázena **nevolností** a **zvracením**, bývá přítomna alespoň krátkodobá porucha pasáže. Může se objevit i zvýšená teplota.

Závažnější průběh akutní pankreatitidy může být spojen s hypotenzí, tachykardií, tachypnoí, respirační insuficiencí a rozvojem šokového stavu.

Ikterus bývá přítomen v situaci, kdy dochází k obstrukci žlučovodu. Ta bývá přítomna relativně často, jde o zevní útlak žlučovodu edémem hlavy pankreatu.

Relativně vzácnými projevy jsou hematomy ve slabinách (Grey-Turnerovo znamení) a hematomy okolo pupku (Cullenovo znamení).

Průběh akutní pankreatitidy

Akutní pankreatitida může probíhat jako lehká (80%), nebo těžká (20%). V asi 90% je o průběhu rozhodnuto v prvních 24 hodinách a jen málokdy vzniká těžká pankreatitida z lehké. Základem lehké pankreatitidy je intersticiální edém. Podkladem těžké akutní pankreatitidy je **systémové orgánové selhávání** projevující se hypotenzí, respirační insuficiencí, renální insuficiencí a poruchami hemokoagulace, či **lokální komplikace** (nekróza, absces, pseudocysta, apod.).

Komplikace

Lokální infekce

Infekce může mít podobu infikované nekrózy, abscesu, či infikované pseudocysty.

Infikovaná nekróza je závažnou komplikací těžké pankreatitidy a je významnou příčinou mortality v pozdní fázi těžké akutní pankreatitidy. K infikaci nekrózy typicky dochází po 12 dnech trvání pankreatitidy a důvodem je zřejmě narušení funkční integrity střevní bariéry a bakteriální translokace. Mikrobiologické vyšetření prokázalo, že spektrum bakterií většinou odpovídá střevní mikroflóře. Pravděpodobnost infekce závisí na rozsahu pankreatické nekrózy. Ideálním markerem infikované nekrózy je CRP (nad 120-200 mg/l) a nově prokalcitonin. Letalita se pohybuje až okolo 20%.

Pankreatický absces může být lokalizován intra- i peripankreaticky. Bývá spíše polymikrobiální, má méně závažné klinické příznaky než infikovaná nekróza - spíše undulující horečky a břišní bolest. Terapie spočívá v podávání antibiotik a kauzálním endoskopickém, perkutánním, či chirurgickém řešení s cílem evakuace a drenáže. Letalita nepřesahuje 10%.

Pseudocysta

Pseudocysta se označuje jako cystoid a jde o kolekci pankreatického sekretu lokalizované intra-, či peripankreaticky, která je ohraničena neepitelizovanou stěnou. Pseudocysty mohou a nemusí komunikovat s pankreatickými vývody. Pseudocysty se projevují nejčastěji bolestí břicha, mohou se infikovat a mohou zakrvácet. Velké pseudocysty mohou způsobit obstrukci GIT, nebo biliární obstrukci. Bylo pozorováno, že pseudocysty menší než 4 cm v průměru se většinou samovolně resorbují. Terapeuticky řešeny by měly být pseudocysty symptomatické a komplikace pseudocyst.

Pseudocysty jsou relativně často řešeny perkutánní drenáží, která je však nevhodná u cyst komunikujících s pankreatickými vývody s přítomnou stenózou distálně od jejich komunikace. Endoskopicky mohou být pseudocysty drénovány vytvořením cystogastrostomie, či cystoduodenostomie, či pomocí transpapilární drenáže. Chirurgická terapie spočívá ve vnitřní nebo zevní drenáži a měla by být předcházena ERCP, které zhodnotí stav pankreatických vývodů.

Peripankreatické kolekce tekutiny

Jedná se o tekutinu v okolí pankreatu, která není ohraničena organizovanou tkání. Objevuje se až u 50% nemocných s akutní pankreatitidou, častěji u těžkých forem. Přítomnost peripankreatické tekutiny je jedním z kritérií tíže pankreatitidy na CT udávané dle Balthazara. Kolekce tekutiny se mohou infikovat, mohou způsobit útlak GIT a biliárního traktu a mohou akutně zakrvácet.

Krvácení

Krvácení je vzácná, ale velmi závažná komplikace. Vysokou letalitu má krvácení z a. splenica, a. gastroduodenalis a a. pancreaticoduodenalis. Je možné i krvácení do pseudocysty. Krvácení se většinou

manifestuje břišní bolestí a známkami hemoragického šoku. Základním vyšetřením je angiografie, zástava krvácení je možná selektivní embolizací po určení zdroje, nebo chirurgickým zákrokem.

Duodenální obstrukce

Obstrukce GIT může být způsobena edémem pankreatu, nebo lokální komplikací (absces, pseudocysta). Edém samovolně vymizí, ostatní komplikace je nutné endoskopicky, perkutánně, či chirurgicky řešit.

Trombóza vena portae

Vzniká u 1-3% akutních pankreatitid a jejím důsledkem je prehepatální **portální hypertenze**. Komplikovat se může krvácením do GIT, to je však poměrně vzácné.

Metabolické komplikace

Akutní pankreatitida může být doprovázena hyperglykémií (z důvodu hyperglukagonémie), která však většinou nevyžaduje aplikaci inzulinu. Poměrně často se vyskytuje hypokalcémie s poklesem celkového kalcia pod 2mmol/l, většinou však bývá asymptomatická.

Respirační insuficience

Vyskytuje se u těžké pankreatitidy a je určena poklesem arteriálního pO2 pod 4.7 kPa. Je důvodem pro podávání kyslíku a při neúčinnosti terapie pro intubaci a umělou plicní ventilaci. Nejtěžším projevem je rozvoj ARDS.

Renální insuficience

Udává se jako elevace kreatininu nad 177umol/l po rehydrataci. Poškození ledvin je kombinací SIRS, hypoperfúze a poškození kyslíkovými radikály.