

# Παρουσίαση περιστατικού

Κατσιμάρδου Αλεξάνδρα

Ειδικευόμενη Παθολογίας

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική

Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

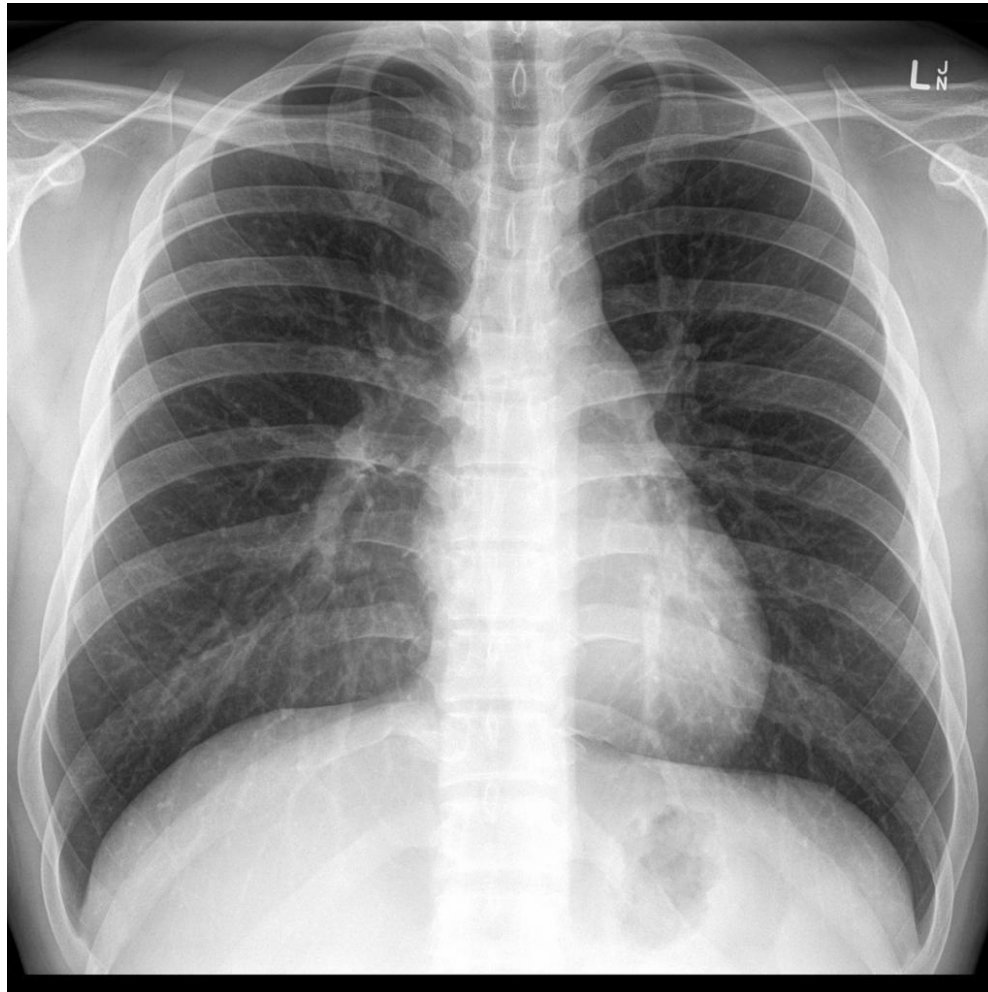
## Παρούσα νόσος

- Άνδρας, 32 ετών, κρατούμενος
- Από 12ώρου: επιγαστρικό άλγος με συνοδό έμετο και ρίγος μετά από κατανάλωση μέτριας ποσότητας αλκοόλ
- Ατομικό αναμνηστικό: Δυσλιπιδαιμία
- Φ/Α: ουδέν
- Περιοδική κατανάλωση αλκοόλ

## Κλινική εξέταση

- ΖΣ: ΑΠ 125/75, HR 70/min, θ: 37,4° C, SpO2 94%
- Γενική επισκόπηση: όψη πάσχοντος, θρέψη καλή
- Αναπνευστικό σύστημα: ομότιμο
- Καρδιαγγειακό σύστημα: S1-S2 ευκρινείς, ρυθμικοί, απουσία παθολογικών φυσημάτων, ECG: SR
- Πεπτικό σύστημα: ευαισθησία στην εν τω βάθει ψηλάφηση επιγαστρίου, σημείο Murphay (-), εντερικοί ήχοι παρόντες, απουσία ηπατοσπληνομεγαλίας
- Λεμφαδένες: αψηλάφητοι

# Ακτινογραφία Θώρακος



## Εργαστηριακός έλεγχος κατά την αρχική εκτίμηση

WBC: $18,7 \times 10^3/\mu\text{L}$	SGOT 26 U/L	ALP 81 U/L
NE% 85%	SGPT 58U/L	<b>Αμυλάση ορού 331 U/L</b>
LY% 11,6%	GLU 115 mg/dL	Ολική χολερυθρίνη 0,5
MO% 2,8%	Urea 18 mg/dL	Άμεση χολερυθρίνη 0,2
EO % 0,5%	Creat 0,76 mg/dL	INR 1,04
RBC $4,78 \times 10^6/\mu\text{L}$	CRP 154 mg/L	FIB 556 mg/dl
Hb 16,8g/dL	LDH 253U/L	Ειδ. βάρος ούρων: 1024
Ht 49%	CPK 138 U/L	pH ούρων: 5,5
MCV 88fL	K 4,3 mmol/L	Λεύκωμα ούρων: 30
MCH 31,9 pg	Na 127 mmol/L	Πυοσφαίρια: 0-1
MCHC 33,4 g/dL	Ca 9,1 mg/dL	Ερυθρά: 0-1
PLT 324.000/ $\mu\text{L}$	$\gamma$ -GT 28 U/L	<b>Αμυλάση ούρων: 1583</b>

## Αέρια αίματος

**pH 7,44**

Na 138 mmol/l

**pCO<sub>2</sub> 39 mmHg**

Ca 1,18 mmol/l

**pO<sub>2</sub> 114 mmHg**

Cl 106 mmol/l

**HCO<sub>3</sub> 26,3 mmol/l**

Glu 106 mg/dl

ABE 2,6 mmol/l

SO<sub>2</sub> 98,7%

Anion Gap 6,4 mmol/l

Ht 47,4%

Lac 9 mg/dl

K 3,6 mmol/l

mOsm 282 mmol/kg

Glu 106 mg/dl

# Οξεία παγκρεατίτιδα- Διάγνωση

Απαιτούνται 2 από τα ακόλουθα κριτήρια:

- Κοιλιακό άλγος εντοπισμένο στο επιγάστριο με αντανάκλαση στη ράχη
- Αύξηση τιμών αμυλάσης και λιπάσης ορού > 3πλάσιο
- CT ΑΚΚΟ με απεικονιστικά ευρήματα οξείας παγκρεατίτιδας

# Οξεία παγκρεατίτιδα- ταξινόμηση

**Table 3. Definitions of severity in acute pancreatitis: comparison of Atlanta and recent revision**

Atlanta criteria (1993)	Atlanta Revision (2013)
<b>Mild acute pancreatitis</b>	<b>Mild acute pancreatitis</b>
Absence of organ failure	Absence of organ failure
Absence of local complications	Absence of local complications
<b>Severe acute pancreatitis</b>	<b>Moderately severe acute pancreatitis</b>
1. Local complications <b>AND/OR</b>	1. Local complications <b>AND/OR</b>
2. Organ failure	2. Transient organ failure (<48h)
GI bleeding (>500cc/24hr)	<b>Severe acute pancreatitis</b>
Shock – SBP $\leq$ 90mm Hg	Persistent organ failure >48h <sup>a</sup>
PaO <sub>2</sub> $\leq$ 60%	
Creatinine $\geq$ 2mg/dl	
GI, gastrointestinal; SBP, systolic blood pressure.	
<sup>a</sup> Persistent organ failure is now defined by a Modified Marshal Score (6,8)	



# Modified Marshal score

Organ system	0	1	2	3	4
Respiratory (PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> )	>400	301-400	201-300	101-200	≤101
Renal* (serum creatinine, mmol/L)	≤134	134-169	170-310	311-439	>439
Renal* (serum creatinine, mg/dL)	<1.4	1.4-1.8	1.9-3.6	3.6-4.9	>4.9
Cardiovascular (systolic blood pressure, mm Hg) <sup>†</sup>	>90	<90 and fluid responsive	<90 and not fluid responsive	<90, pH<7.3	<90, pH<7.2

For nonventilated patients, the FiO<sub>2</sub> can be estimated from below:

Supplemental oxygen, L/min	FiO <sub>2</sub> (%)
Room air	21
2	25
4	30
6-8	40
9-10	50

**Table 3. BISAP score**

Clinical variables – 1 point allocated per variable
BUN >25mg/dL (1)
Impaired mental status (1)
SIRS (1) <b>2 or more of following:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Temp &lt;36 or &gt;38</li><li>• Pulse &gt;90</li><li>• Respiratory rate &gt;20 or Pao<sub>2</sub> &lt;32mm Hg</li><li>• WBC &lt;4k or &gt;12k or 10% bands</li></ul>
Age >60 (1)
Pleural effusion (1)
Possible scores and corresponding mortality (%)
0 : 0.2
1 : 0.6
2 : 2
3 : 5-8
4 : 13-19
5 : 22-27

In addition to formal scoring systems, patients should be followed closely for other markers of increased severity, including signs of hemodynamic instability or organ failure. Respiratory failure can occur through the development of large pleural effusions or acute respiratory distress syndrome. Rarely, hemorrhage into retroperitoneal tissues causes further hemodynamic compromise. Extra vigilance for these complications will result in more timely and aggressive management and improve patient outcomes.

## Οξεία παγκρεατίτιδα- BISAP score

**Table 4. Clinical findings associated with a severe course for initial risk assessment<sup>a</sup>**

*Patient characteristics*

Age >55 years (53,57)

Obesity (BMI >30 kg/m<sup>2</sup>) (68)

Altered mental status (69)

Comorbid disease (53)

*The systemic inflammatory response syndrome (SIRS) (6,53,54,70,71)*

Presence of >2 of the following criteria:

– pulse >90 beats/min

– respirations >20/min or PaCO<sub>2</sub> >32 mmHg

– temperature >38°C or <36°C

–WBC count >12,000 or <4,000 cells/mm<sup>3</sup> or >10% immature neutrophils (bands)

*Laboratory findings*

BUN >20 mg/dl (63)

Rising BUN (63)

HCT >44% (62)

Rising HCT (62)

Elevated creatinine (72)

*Radiology findings*

Pleural effusions (73)

Pulmonary infiltrates (53)

Multiple or extensive extrapancreatic collections (67)

BMI, body mass index; BUN, blood urea nitrogen; HCT, hematocrit; WBC, white blood cell.

<sup>a</sup>The presence of organ failure and/or pancreatic necrosis defines severe acute pancreatitis.

# Οξεία παγκρεατίτιδα- αξιολόγηση βαρύτητας

Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS; American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* 2013;**108**(9):1400-1415, 1416.

# Οξεία παγκρεατίτιδα- Αιτιολογία

## Συχνότερα

Χολολιθίαση  
Κατανάλωση οινοπνεύματος  
Υπερτριγλυκεριδαμία  
Μετά ERCP  
Τραύμα  
Μετεγχειρητική  
Φάρμακα  
αζαθειοπρίνη, 6-μερκαπτοπουρίνη,  
σουλφοναμίδες, οιστρογόνα,  
τετρακυκλίνη, βαλπροϊκό, 5-ASA

## Σπανιότερα

Αγγειακά αίτια: ισχαιμία, αγγειίτιδα  
Υπερασβεστιαμία  
Κληρονομική παγκρεατίτιδα  
Αυτοάνοση παγκρεατίτιδα  
Διαχωρισμένο πάγκρεας  
Λοιμώσεις  
Νοσήματα συνδετικού ιστού  
ΘΘΠ  
Κακοήθεια  
Κυστική ίνωση  
Νεφρική ανεπάρκεια



## Υπέρηχος άνω κοιλίας

Μεγάλη λιπώδης διήθηση ήπατος

Χολαγγεία κφ

Χοληδόχος κύστη χωρίς στοιχεία φλεγμονής

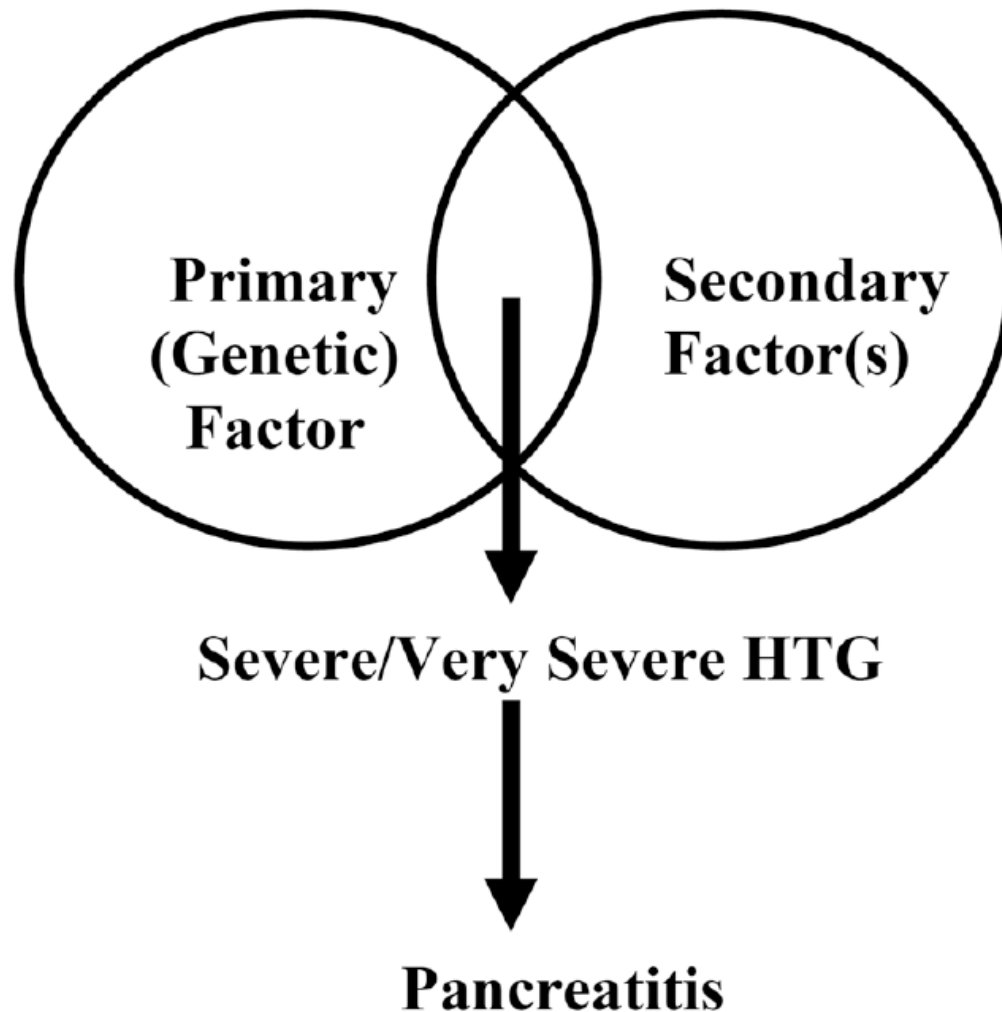
Απουσία συλλογής στον χώρο του Morison

Μη πλήρης έλεγχος παγκρέατος λόγω αεροπλήθειας

## Εργαστηριακός έλεγχος – 2<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας

<b>WBC: 17x10<sup>3</sup>/μL</b>	SGOT 29 U/L	ALP 58 U/L
<b>NE% 85%</b>	<b>SGPT 58U/L</b>	<b>Αμυλάση ορού 128 U/L</b>
<b>LY% 11,6%</b>	GLU 100 mg/dL	<b>Χοληστερόλη 348mg/dl</b>
MO% 2,8%	Urea 18 mg/dL	<b>Τριγλυκερίδια 1288mg/dl</b>
EO % 0,5%	Creat 0,76 mg/dL	HDL 33mg/dl
RBC 4,78x10 <sup>6</sup> /μL	<b>CRP 160 mg/L</b>	LDL -
Hb 14,1g/dL	LDH 253U/L	TSH 2,31
Ht 41,1%	<b>CPK 511 U/L</b>	FT4 1,12
MCV 88fL	K 3,8 mmol/L	Ca 19-9 13,1
MCH 31,9 pg	<b>Na 132 mmol/L</b>	
MCHC 33,4 g/dL	<b>Ca 8,1 mg/dL</b>	
PLT 292.000/μL	γ-GT 24 U/L	

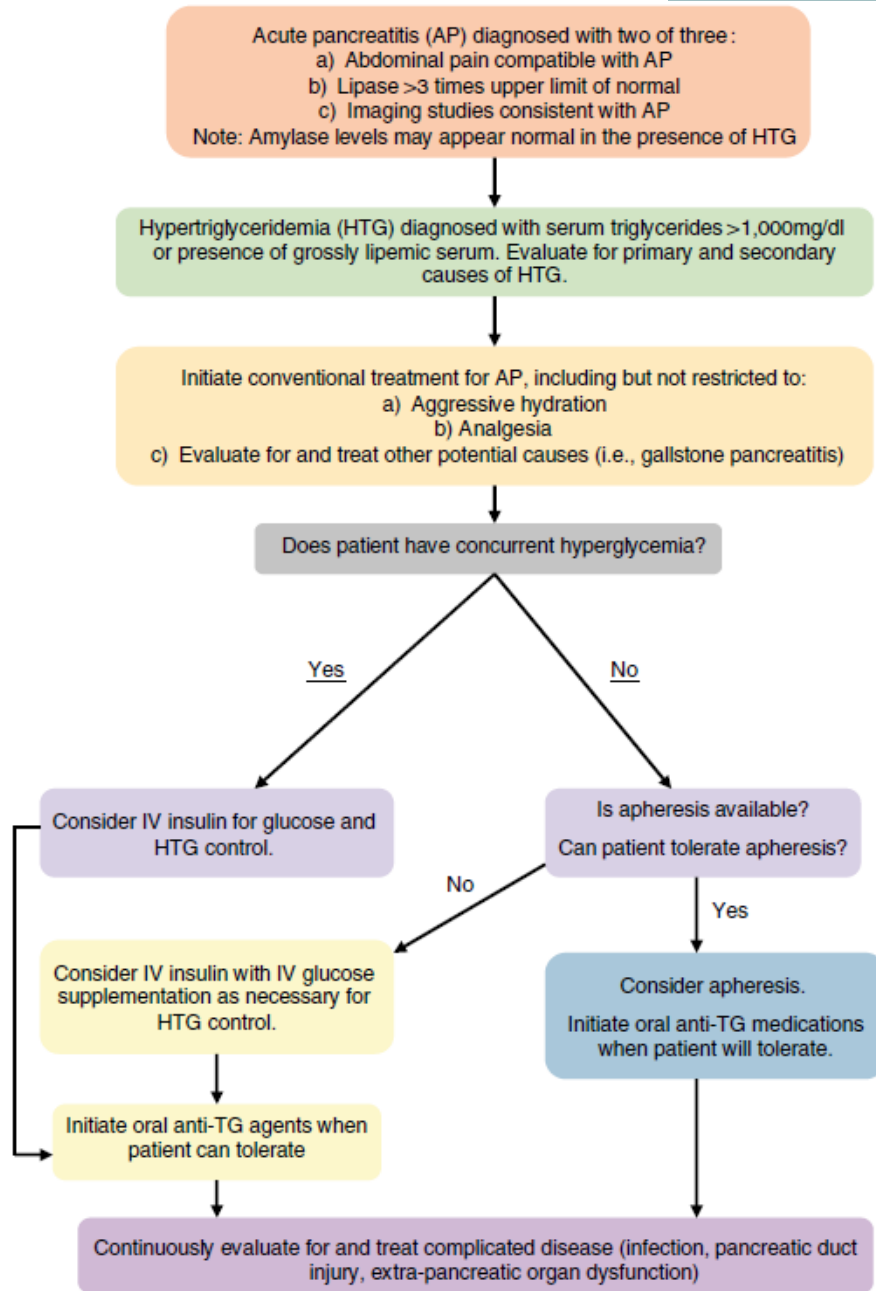
# Παγκρεατίτιδα λόγω υπερτριγλυκεριδαιμίας



# Παγκρεατίτιδα λόγω υπερτριγλυκεριδαιμίας

- Πρωτοπαθή αίτια
  - Χυλομικροναϊμία
  - Οικογενής υπερτριγλυκεριδαιμία
  - Οικογενής μικτή υπερλιπιδαιμία
  - Οικογενής δυσβηταλιποπρωτεϊναιμία
- Δευτεροπαθή αίτια
  - Μη ελεγχόμενος ΣΔ
  - Κύηση
  - Φάρμακα: προγεστερινοειδή, αναβολικά στεροειδή, κορτικοστεροειδή, θειαζιδικά διουρητικά, αντιρετροϊκά φάρμακα, ιντερφερόνη-α, οιστρογόνα-ταμοξιφαίνη, κυκλοσπορίνη-everolimus-tacrolimus
  - Αλκοόλ





Macmillan Publishers Ltd. Tsuang W, Navaneethan U, Ruiz L, et al. Hypertriglyceridemic pancreatitis: Presentation and management. Am J Gastroenterol 2009; 104:984.

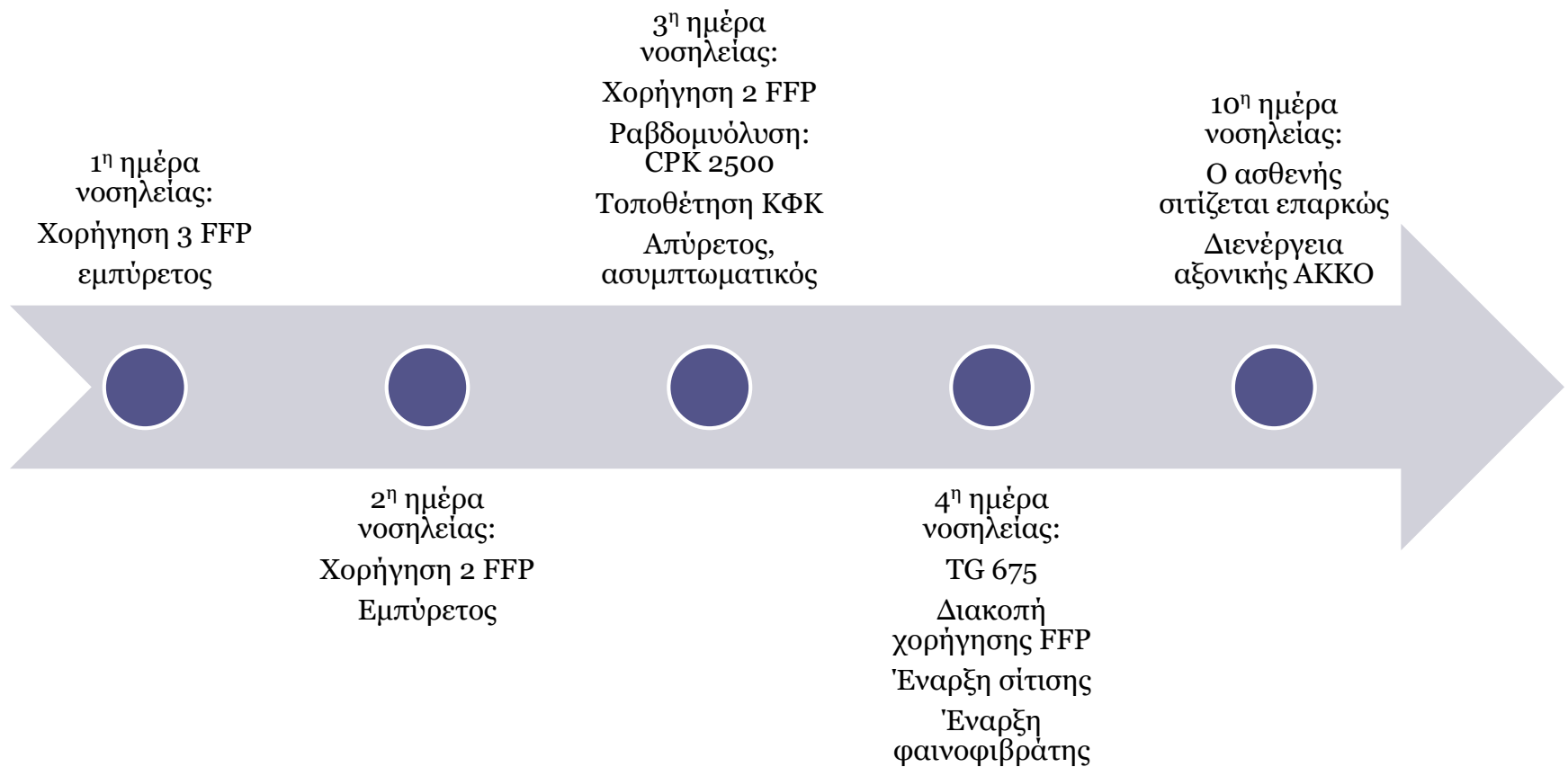
## Παγκρεατίτιδα λόγω υπερτριγλυκεριδαιμίας- αντιμετώπιση

- Ινσουλίνη: Αύξηση δραστηριότητας λιποπρωτεϊνικής λιπάσης
- Πλασμαφαίρεση:
  - Απομάκρυνση τριγλυκεριδίων από την κυκλοφορία
  - Με τη χορήγηση FFP παρέχεται στην κυκλοφορία λιποπρωτεϊνική λιπάση και απολιποπρωτεΐνη C-II

## Θεραπευτική αντιμετώπιση

- Ουδέν per os
- Ενυδάτωση
- Αναλγησία:
  - παρακεταμόλη, τραμαδόλη επί πόνου
- Χορηγήθηκαν FFP

# Πορεία νόσου





## CT ΑΚΚΟ

Ήπια αύξηση ορίων του ήπατος με έντονη λιπώδη διήθηση αυτού

Ρύπανση του λίπους και περιορισμένης έκτασης υγρικά στοιχεία στον ηπατοδωδεκαδακτυλικό σύνδεσμο και περιπαγκρεατικά

## Εργαστηριακός έλεγχος – πορεία

	1 <sup>η</sup>	2 <sup>η</sup>	3 <sup>η</sup>	4 <sup>η</sup>	5 <sup>η</sup>	6 <sup>η</sup>	8 <sup>η</sup>
WBC x10 <sup>3</sup> /μL	18,7	17	15,5	14,1	10,2	10,3	10,4
Ht %	49	41,1	35,9	36,4	36	37,6	37,5
Na mmol/l	127	135	136	138	136	141	139
K mmol/l	4,3	3,8	3,5	3,8	3,9	4,5	4,3
Ca mg/dl	9,1	8,1	8,8	8,5	9,6	9,6	9,8
Τριγλυκερίδια mg/dl	1288			675			438
CRP mg/l		154		272	177	72	25
Αμυλάση U/l	331	128	57	66	89	81	77
CPK U/l	138	270	2500	2100	1800	884	234

## Οδηγίες εξόδου

- Φαινοφιβράτη 145mg 1x1
- Άλιπος δίαιτα
- Σε ένα μήνα επαναληπτική αξονική ΑΚΚΟ – επανεκτίμηση με εργαστηριακό έλεγχο στα ΕΙ Γαστρεντερολογικής κλινικής

Ευχαριστώ