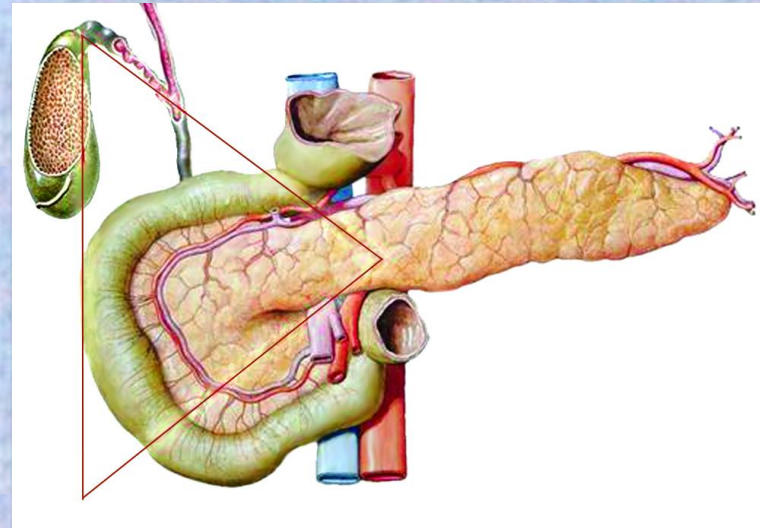


Παρουσίαση Περιστατικού



Ιωάννα Λινάρδου

Ειδικευόμενη Παθολογίας

Β' Προπ. Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ. - Γαστρεντερολογικό τμήμα

Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Απρίλιος 2019

Άντρας 69 ετών προσήλθε στις 06/03/2019

- Λόγω εμπυρέτου ως 37.5°C από 2ημέρου
- Αναφερόμενο αίσθημα παλμών
- Πρόσφατο ιστορικό νεκρωτικής παγκρεατίτιδας (νοσηλεία στο Γαστρεντερολογικό τμήμα από 21/12/2018 ως 25/01/2019)
- MRI άνω κοιλίας- MRCP (14/02/2019): Εκτεταμένες περιπαγκρεατικές νεκρωτικές-αιμορραγικές συλλογές

Κλινική εξέταση

- ΑΠ: **90/55** mmHg, σφύξεις: 86/min, SpO₂: 96%
χ.Ο₂, θ: **37.3**°C
- Αναπνευστικό: ήπια ελάττωση του Α.Ψ. ΑΡ
- Καρδιά: S1,S2 ευκρινείς, ρυθμικοί
- Κοιλιά: μαλακή, ευπίεστη, ήπια ευαισθησία κατά την ψηλάφηση, εντερικοί ήχοι παρόντες, ήπαρ, σπλήνας αψηλάφητα
- ΗΚΓ: S-R
- α/α θώρακα: ολιγάριθμα διηθητικά στοιχεία στις βάσεις των πνευμόνων

Ατομικό αναμνηστικό:

- ▶ Αρτηριακή υπέρταση
- ▶ χ/θεν Ca προστάτη προ δμηνου υπό χημειοπροφύλαξη
- ▶ Βουβωνοκήλη ΔΕ

Φαρμακευτική αγωγή κατ' οίκον:

- ▶ Καρβεδιλόλη 12.5mg P.O. S:1x1
- ▶ Μεδοξομικική ολμεσαρτάνη/ υδροχλωροθειαζίδη 20+12.5mg P.O. S:1x1
- ▶ Οξυβουτινίνη 5mg P.O. S:1x1
- ▶ Σιπροφλοξασίνη 500mg P.O. S:1x1

Εργαστηριακός έλεγχος

Γενική αίματος	
WBC	12200/μl
Ne	78.7%
Ly	10.6%
Ht	30.0 %
Hb	9.8 gr/dl
RBC	3.61/ μl
PLT	596000/ μl
MCV	82.9 fl
MCH	27.2 pg

Πηκτικός μηχανισμός	
PT	12.8 sec
APTT	31.9 sec
INR	1.10
ινωδογόνο	715.7

Γενική ούρων	
E.B.	1047
PH	5.0
Νιτρικά	αρνητικά
Προσφαίρια	4-5
ερυθρά	0-2

Εργαστηριακός έλεγχος

Βιοχημικό			
SGOT	24 U/L	Glu	87 mg/dl
SGPT	30 U/L	Cr.	1.49 mg/dl
Λεύκωμα gr%	6.2	Urea	77 mg/dl
Αλβουμίνη gr%	2.7	UA	10.1 mg/dl
Bil:	0.84/ 0.29 mg/dl	LDH	103 U/L
K	4.2 mmol/lt	CPK	20 U/L
Na	135 mmol/lt	γGT	31 U/L
CRP	194.60 mg/dl	αμυλάση	26 mg/dl

Φαρμακευτική αγωγή

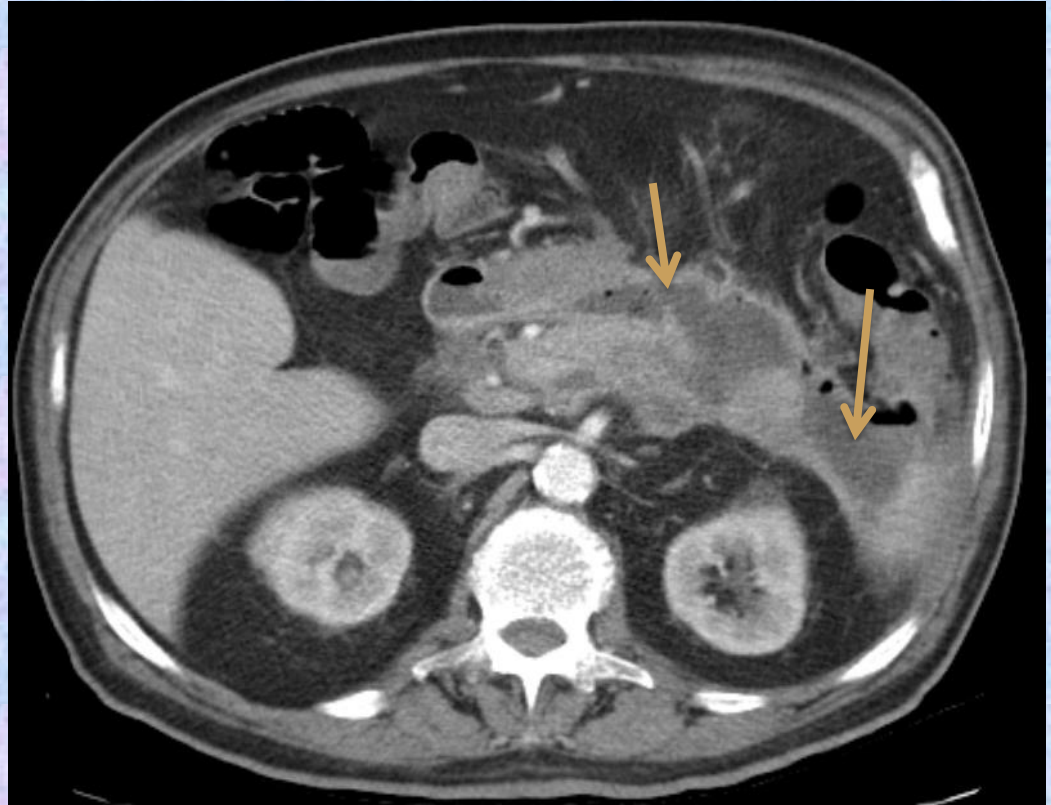
- Καρβεδιλόλη 12.5mg P.O. S:1x1
 - Οξυβουτινίνη 5mg P.O. S:1x1
 - Ενοξαπαρίνη 0.4 ml S.C. S:1x1
 - Ανθρώπινη λευκωματίνη 100ml I.V. S:1x1
 - Λεβοφλοξασίνη 750mg I.V. S:1x1
-
- N/S 0.9% 1000ml 1x2
 - R/L 1000ml 1x1

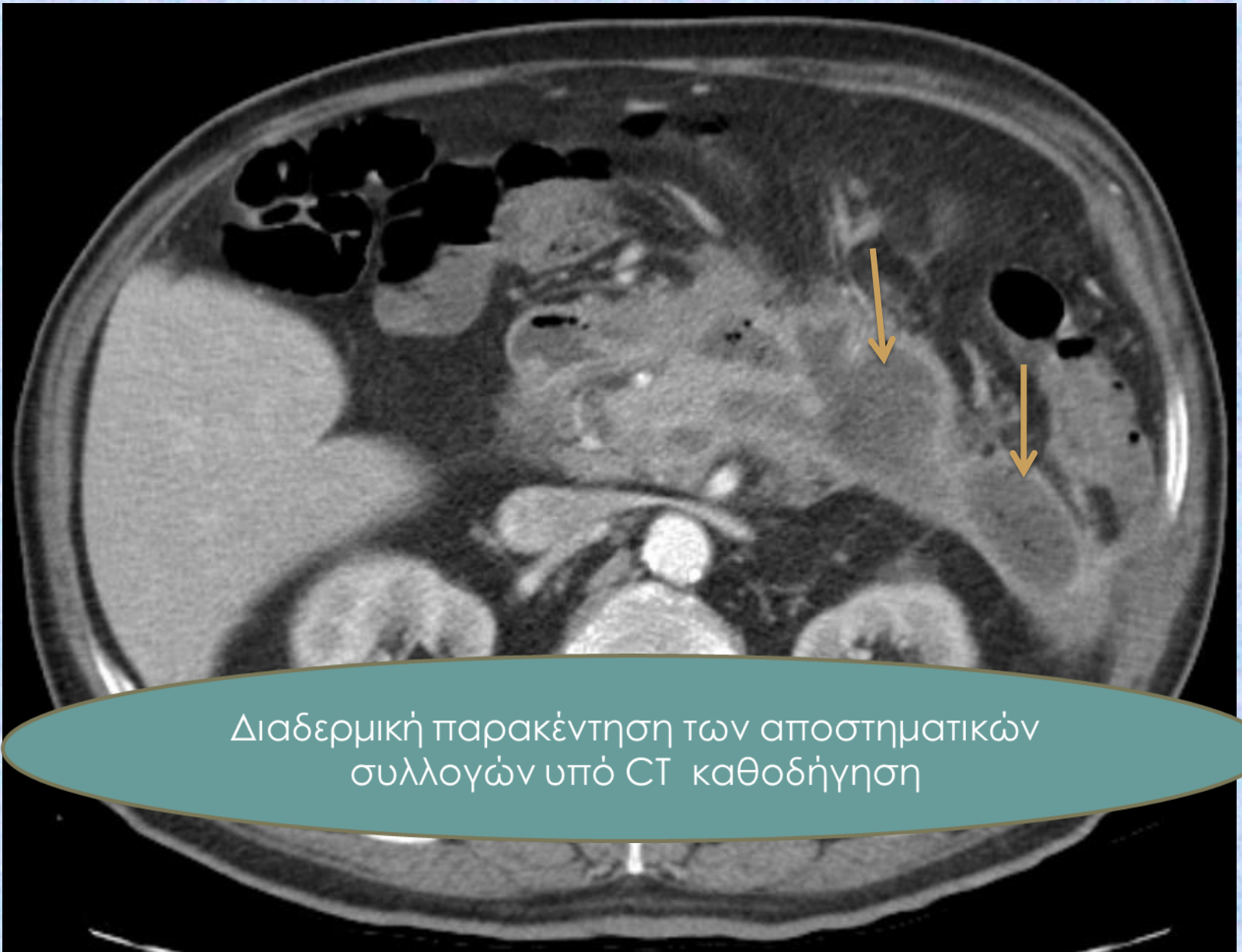
1^η ημέρα νοσηλείας

- Εμπύρετο ως 38.3° C
- Αιμοδυναμική αστάθεια (90/60 mmHg)
- Διούρηση: μόνο 600 ml το πρώτο 24ωρο
- Λήψη καλλιεργείων αίματος και ούρων
- Διενέργεια αξονικής τομογραφίας κοιλίας

Αξονική τομογραφία κοιλίας

- Μικρή υπεζωκοτική συλλογή AP
- Ατελεκτασίες στη βάση του AP πνεύμονα
- Κύστεις ηπατικού παρεγχύματος
- **Περιχαρακωμένες συλλογές πέριξ του παγκρέατος που επεκτείνονται παρά το κατιόν κόλο και στη μεσότητα κοιλιακής χώρας. Αδρά 4x13x16cm και 3x7x4cm που μάλλον έρχονται σε επικοινωνία μεταξύ τους**
- **Εικόνα φυσαλίδων αέρος στις περιχαρακωμένες συλλογές που αποδίδονται σε επιμόλυνση ψευδοκύστεων στα πλαίσια της προηγηθείσας παγκρεατίτιδας**





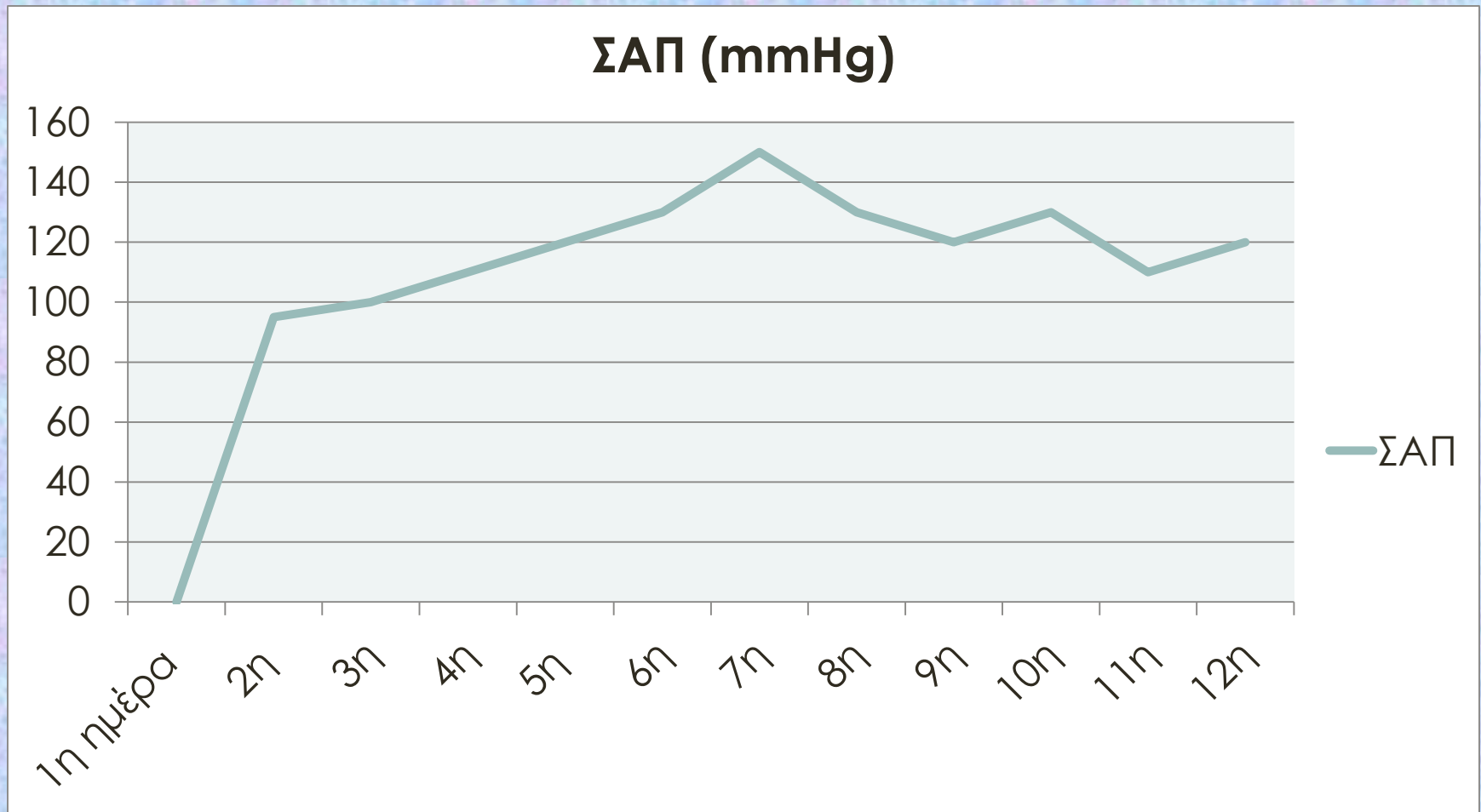
Διαδερμική παρακέντηση των αποστηματικών συλλογών υπό CT καθοδήγηση

Την 1^η ημέρα νοσηλείας

- Καλλιέργειες υγρού από την παροχέτευση
- Αλλαγή της αντιβιοτικής αγωγής
 - Διακοπή λεβοφλοξασίνης
 - Έναρξη **ιμιπενέμης** 1gr I.V. S:1x3

Escherichia coli και enterococcus faecalis
από την καλλιέργεια του πύθους υγρού
από την παροχέτευση

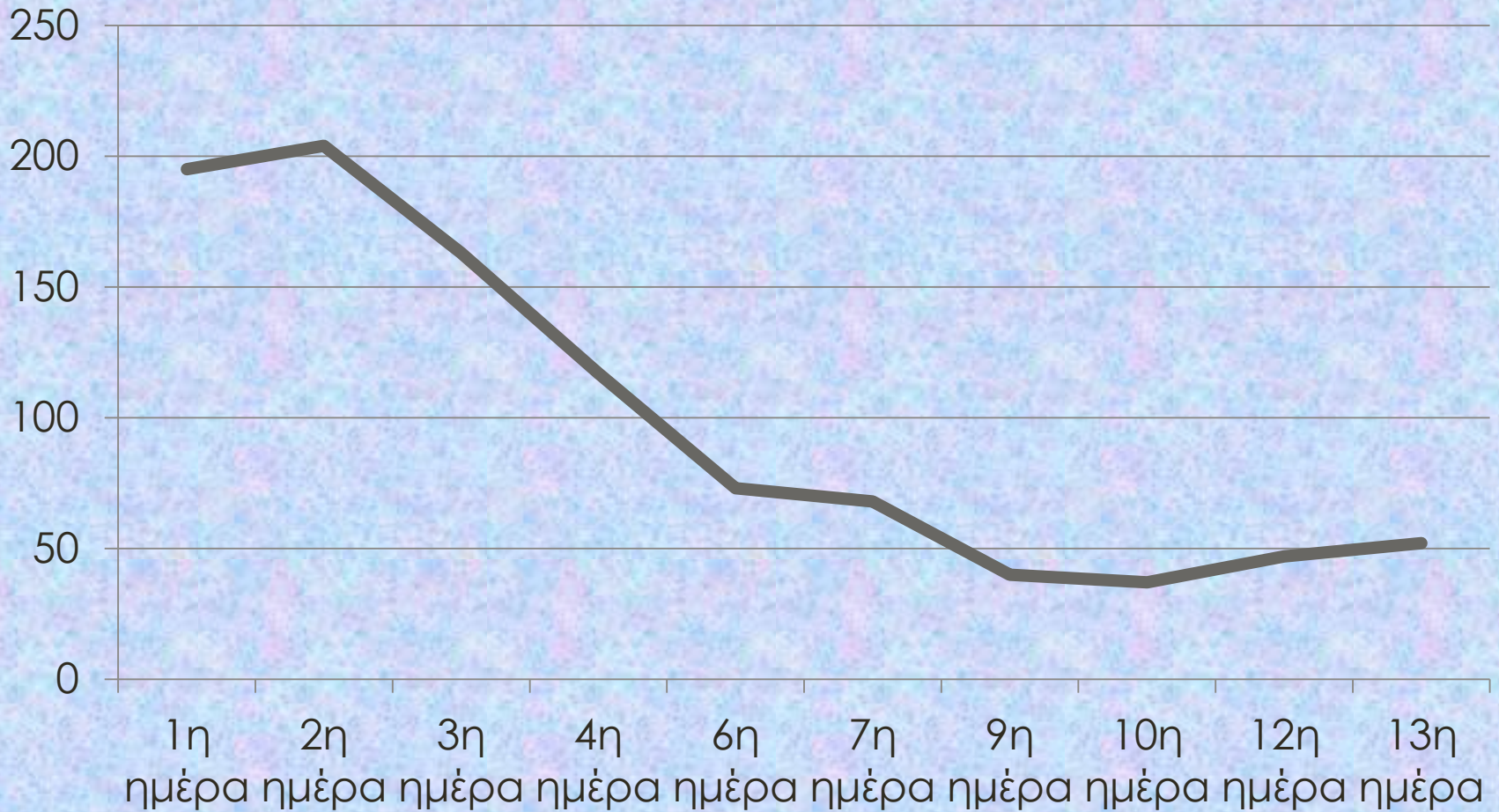
Διάγραμμα αρτηριακής πίεσης



Πορεία του ασθενή- εργαστηριακό προφίλ

	1 ^η ημέρα	2η ημέρα	6η ημέρα	9η ημέρα	10 ^η ημέρα	13 ^η ημέρα
WBC	12200	8000	11900	12700	13800	11800
Ne	78.7	80.1	84.2	81.6	86.4	78.6
Ht	30.0	25.8	24.9	30.4	30.1	33.2
Hb	9.8	8.5	8.3	9.8	9.8	10.9
PLT	596000	473000	651000	550000	494000	358000
SGOT	24	19	21	15	11	17
SGPT	30	17	11	8	5	5
αμυλάση	26			20	17	21
Cr.	1.49	1.38	1.04	1.05	1.00	1.12
ουρία	77	53	28	23	20	18
K	4.2	3.6	4.2	4.0	3.0	4.5
Na	135	132	133	138	135	136
CRP	194.60	203.7	73.3	39.8	37.1	52.4

Διάγραμμα CRP



Ο ασθενής κατά την 13^η ημέρα νοσηλείας του

- Εξέρχεται βελτιωμένος
 - Απύρετος
 - Αιμοδυναμικά και αερομετρικά σταθερός
 - Υπό αντιβιοτική αγωγή (σιπροφλοξασίνη)
 - Υπό παρακολούθηση στα Ε.Ι. της Β' Προπ. Χειρουργικής Κλινικής για την αφαίρεση της παροχέτευσης

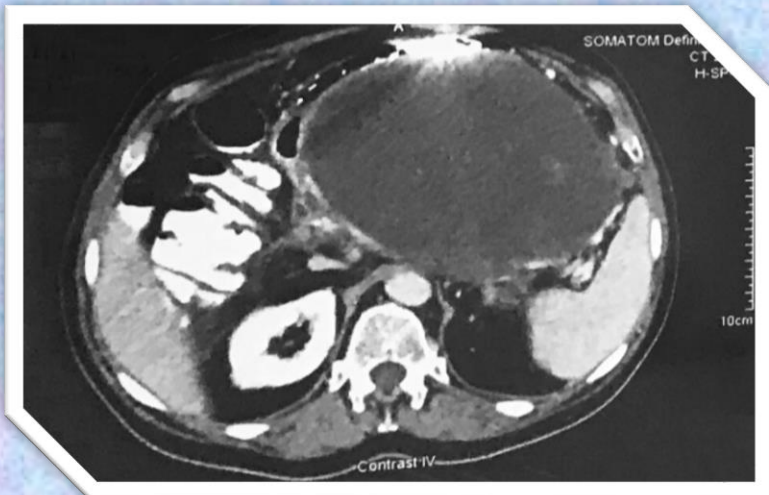
Επιπεπλεγμένες παγκρεατικές ψευδοκύστεις

Εισαγωγή

Οι παγκρεατικές ψευδοκύστες είναι καλά αφορισμένες συλλογές που περιβάλλονται από τοίχωμα κολλαγόνου και κοκκιώδους ιστού χωρίς επιθήλιο

Οι παγκρεατικές ψευδοκύστες δεν περιλαμβάνουν νεκρώσεις και σχηματίζονται μετά τις 4 εβδομάδες από το επεισόδιο οξείας παγκρεατίτιδας

Ο επιπολασμός κυμαίνεται μεταξύ 6-18% στην οξεία και 20-40% στην χρόνια παγκρεατίτιδα



Εισαγωγή

Η κλινική πορεία της ψευδοκύστης εξαρτάται από το μέγεθος της και τον χρόνο που παρήλθε από τη διάγνωση

Οι ψευδοκύστες μετά από επεισόδιο οξείας παγκρεατίτιδας δεν ξεπερνούν τα 4εκ. σε διάμετρο, υποστρέφουν αυτόματα και δεν χρειάζονται θεραπεία, εφόσον παραμένουν ασυμπτωματικές

Οι ψευδοκύστες της χρόνιας παγκρεατίτιδας εμφανίζουν χαμηλό ρυθμό υποστροφής (<10%)

Διάγνωση

Υπερηχοτομογράφημα

Αξονική τομογραφία (μέθοδος εκλογής)-ευαισθησία 100% & ειδικότητα 98%

Ενδοσκοπικό υπερηχοτομογράφημα

Η αναρρόφηση υγρού από την κύστη για κυτταρολογική εξέταση και έλεγχο καρκινικών δεικτών βοηθά στη διαφορική διάγνωση της ψευδοκύστης από κυστικά κακοήθη νεοπλάσματα

Ενδείξεις Θεραπείας

Γενικά, κάθε συμπτωματική παγκρεατική ψευδοκύστη που υφίσταται για > 6 εβδ. και δεν έχει υποστραφεί χρήζει θεραπείας

Συμπτώματα:

- απόφραξη (πίεση στομάχου, δωδεκαδακτύλου)
- χολόσταση-ίκτερος (πίεση επί του κοινού χοληδόχου πόρου)
- κοιλιάγχη (πίεση επί βασικών αγγείων)

Η λοίμωξη, η ενδοκυστική αιμορραγία και το παγκρεατικοϋπεζωκοτικό συρίγγιο επιβαρύνουν την κλινική πορεία

Σχετικές ενδείξεις θεραπείας

κάθε ασυμπτωματική παγκρεατική ψευδοκύστη με διάμετρο >4 εκ. που υφίσταται για > 6 εβδ. και δεν έχει υποστραφεί

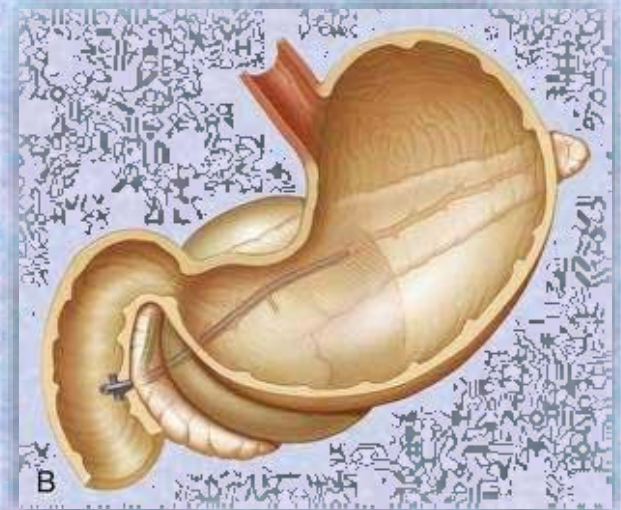
στη χρόνια παγκρεατίτιδα με ανωμαλίες ή λιθίαση του παγκρεατικού πόρου, όπου οι ψευδοκύστες δείχνουν χαμηλά ποσοστά υποστροφής

Θεραπεία

- Ο Hooke και συν. αναφέρουν ότι η θεραπεία των ψευδοκύστεων απαιτεί συνεργασία ειδικοτήτων
- Σύμφωνα με το ασιατικό consensus (2016) η θεραπεία περιλαμβάνει:
 - την αρχική προσέγγιση («παρακολουθώ και περιμένω»)
 - Την υποστηρικτική που περιλαμβάνει τη χορήγηση συστηματικών αντιβιοτικών, τη διασφάλιση της θρέψης του ασθενή και την υποστήριξη οργάνων και συστημάτων
 - την ενδοσκοπική παροχέτευση (εφόσον οι δύο προηγούμενες δεν βελτιώνουν τον ασθενή, για συμπτωματικές ή επιμολυσμένες κύστες)
 - την χειρουργική παροχέτευση (ανοικτή επέμβαση ή λαπαροσκοπική)-εφόσον η προηγούμενη προσέγγιση δεν είναι εφικτή ή επαρκής
- Η ακτινολογική (διαδερμική- υπό υπερηχοτομογράφο ή αξονικό) παροχέτευση για επείγουσες καταστάσεις που αφορούν συμπτωματικές οξείες συλλογές ή επιμολυσμένες κύστες

Ενδοσκοπική θεραπεία Ι

Για ψευδοκύστες που επικοινωνούν με τον μείζονα παγκρεατικό πόρο η καλύτερη προσέγγιση είναι η διαφυματική τοποθέτηση ενδοπρόθεσης και η εσωτερική παροχέτευση



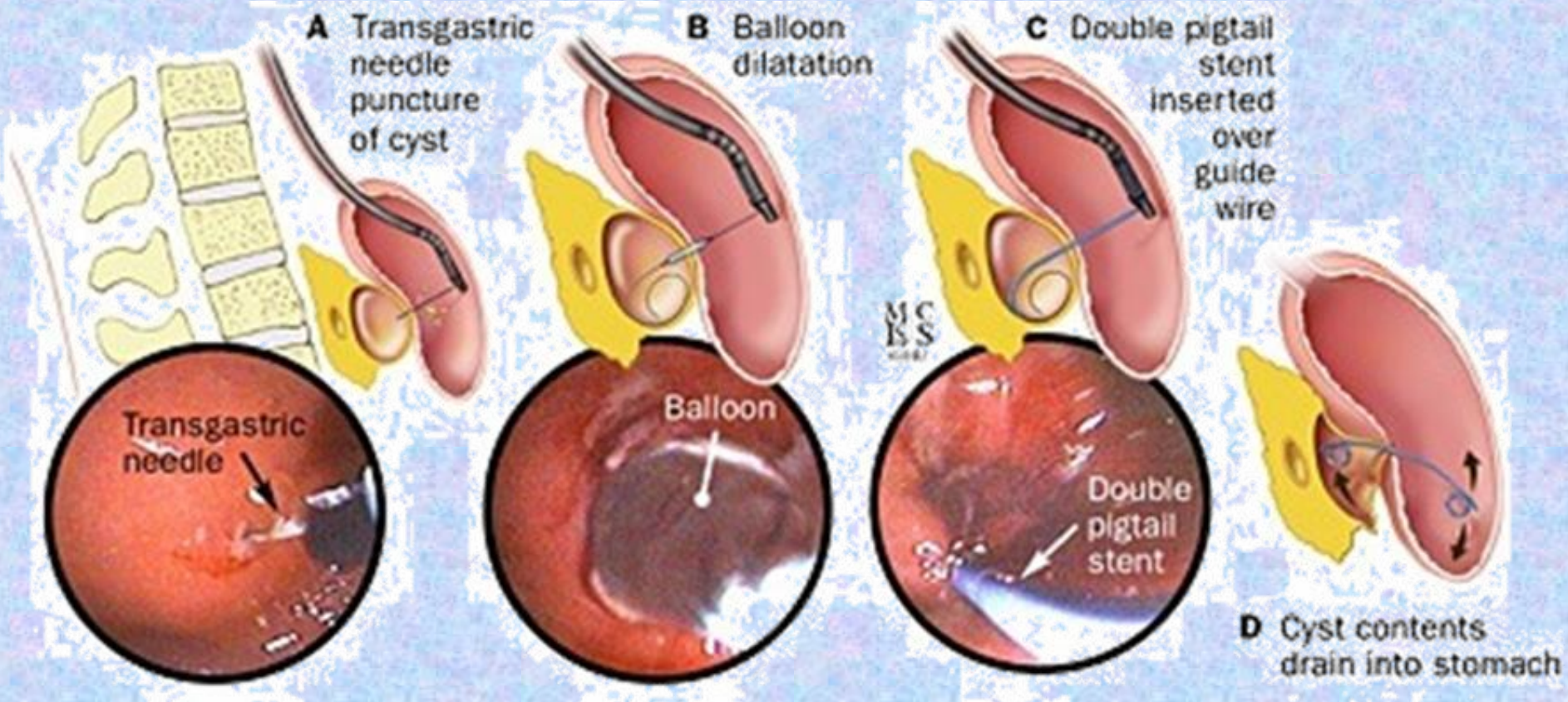
Ενδοσκοπική Θεραπεία ΙΙ

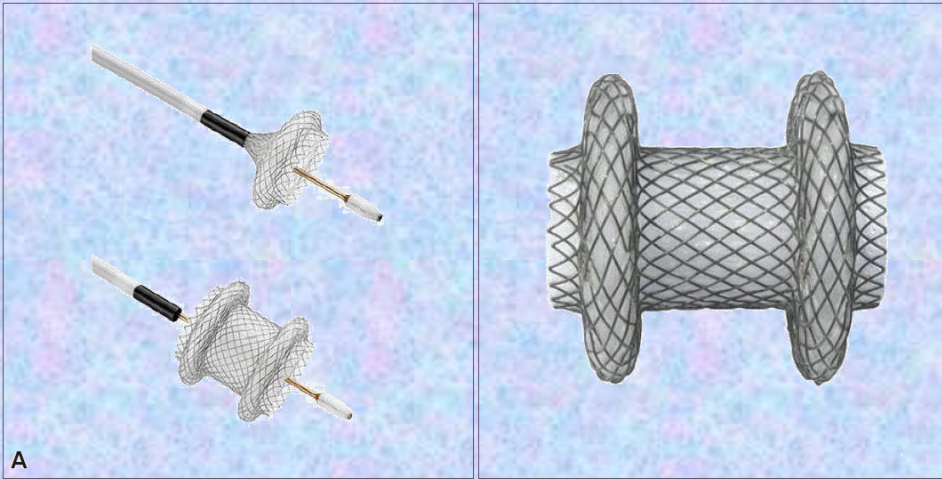
Ενδοσκοπική κυστογαστροστομία με ή χωρίς τη βοήθεια ενδοσκοπικού υπερηχοτομογραφήματος (EUS) και τοποθέτηση πλαστικών ενδοπροθέσεων (μικρότερη νοσηλεία, χαμηλότερο κόστος)

Ιδανικά, σε μονήρεις, μεγάλες (>5εκ.), ώριμες κύστεις που δεν επικοινωνούν με τον μείζονα παγκρεατικό πόρο

Μεταλλικές ενδοπροθέσεις (lumen-apposing metal stents-LAMS) που κάνουν αποτελεσματικότερη τη διαβλεννογονική επέμβαση

Ενδοσκοπική κυστογαστροστομία

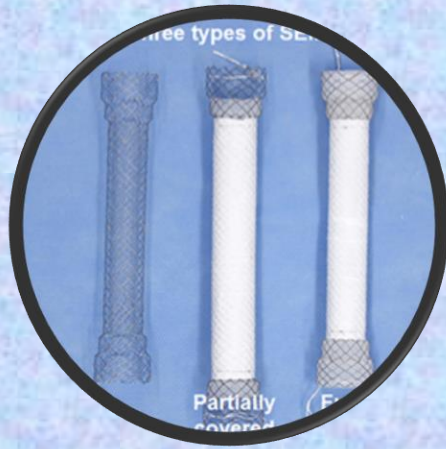




LAMS

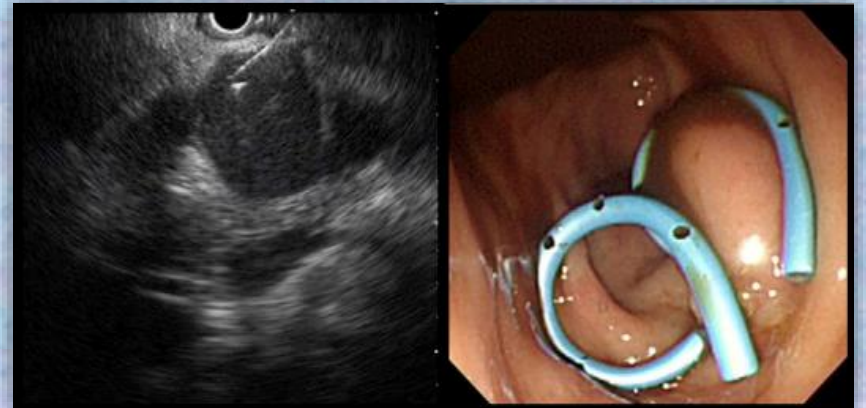


biomedfrontiers.org
pancreas.imedpub.com



SEMS

synapse.koreamed.org



scipedia.com

Χειρουργική θεραπεία

Η τελευταία λύση

Η πρώτη χειρουργική παροχέτευση περιγράφεται από τον Bozeman το 1882

Από τεχνικής άποψης, η ψευδοκύστη ανοίγεται και καθαρίζεται ενώ το τοίχωμα αναστομώνεται οπουδήποτε (στόμαχο, δωδεκαδάκτυλο, λεπτό έντερο)

Η επιτυχία της επέμβασης κυμαίνεται μεταξύ 90-100% ενώ η θνητότητα και νοσηρότητα στο 2.5% και 16%, αντίστοιχα

Η λαπαροσκοπική επέμβαση δεν είναι πάντα εφικτή, απαιτεί εξειδικευμένη ομάδα, έχει επιτυχία 90%, επιπλοκές 9% και θνητότητα 0%

Συμπεράσματα

- Η θεραπεία των παγκρεατικών ψευδοκύστεων απαιτεί συνεργασία ειδικοτήτων και αρχική επαρκή υποστήριξη
- Οι ενδοσκοπικές επεμβάσεις (με τοποθέτηση πολλαπλών ενδοπροθέσεων) σε σύγκριση με χειρουργικές και ακτινολογικές είναι περισσότερο επιτυχείς χωρίς να αυξάνουν τη θνητότητα και τη νοσηρότητα
- Σε ψευδοκύστες που επικοινωνούν με τον παγκρεατικό πόρο η τοποθέτηση ενδοπρόθεσης σε αυτόν οδηγεί σε λύση της κύστης
- Οι περισσότερες παγκρεατικές ψευδοκύστες πρέπει αρχικά να αντιμετωπίζονται ενδοσκοπικά και επί αποτυχίας να συζητούνται οι υπόλοιπες προσεγγίσεις



Ευχαριστώ πολύ!!