

Infekterad nekrotiserande pankreatit kräver optimalt dränage



ROLAND ANDERSSON, professor, kirurgkliniken, Universitetssjukhuset i Lund
roland.andersson@med.lu.se

I en studie publicerad i British Journal of Surgery beskriver »the Dutch Acute Pancreatitis Study Group« den potentiella »dränerbarheten« vid infekterad nekrotiserande pankreatit [1]. Syftet var att hos patienter som sedan genomgick kirurgi för förmodad infekterad nekrotiserande pankreatit bedöma lokalisation, tillgänglighet och dränerbarhet av eventuella peripankreatiska vätskeansamlingar; preoperativa datortomografibilder låg till grund för bedömningen.

Utifrån resultaten planeras en vidare studie för att inom den holländska studiegruppen stratifiera mellan minimalinvasiv teknik/dränage och laparotomi hos patienter med infekterad nekrotiserande pankreatit.

Patientmaterialet bestod av 106 konsekutiva patienter som genomgick kirurgi för misstänkt infekterad nekrotiserande pankreatit mellan 2000 och 2003 vid 11 holländska sjukhus. Det retrospektivt studerade utfallet hos dessa 106 opererade patienter har tidigare publicerats i British Journal of Surgery [2], och där rapporteras en incidens av nekrosektomi på 8,6 procent med 34 procents associerad mortalitet.

En mindre grupp (18 patienter) genomgick minimalinvasivt ingrepp med öppen eller skopiassisterad retroperitoneal debridering, med något lägre mortalitet (men rimligen var dessa patienter selekterade).

Generellt var laparotomi med postoperativt kontinuerligt lavage den rådande kirurgiska strategin.

Preoperativa datortomografibilder för dessa 106 patienter studerades av fem oberoende radiologer. De skulle bedöma möjligheten att anlägga ett dränage mot en vätskeansamling där man kunde förmodas erhålla minst 50 ml aspirat direkt

och vilken väg dränaget skulle läggas (retroperitonealt vänster, retroperitonealt höger, transperitonealt, endoskopiskt-transgastriskt), eller om det inte var möjligt att anlägga dränage.

Radiologerna bedömde det möjligt att lägga dränage i 67 procent av fallen, och i 56 procent valdes ett retroperitonealt vänstersidigt tillvägagångssätt. Hos 54 procent av patienterna bedömdes det föreligga en dränerbar vätskekomponent.

Överensstämmelsen i bedömning mellan radiologerna var dålig.

Utifrån detta resultat drar författarna slutsatsen att de flesta peripankreatiska vätskeansamlingar vid infekterad nekrotiserande pankreatit är tillgängliga för ett minimalinvasivt ingrepp (dränage) [1].

Den allmänna inställningen till kirurgisk intervention vid akut pankreatit vad beträffar

nekrosektomi har blivit alltmer »konserverativ« och restriktiv, och nekrosektomi rekommenderas nu enbart vid infekterad nekrotiserande pankreatit, ofta associerad med organsvikt och sepsis, som inte svarar på konventionell behandling [3].

Denna konservativa regim vad beträffar pankreasinriktad kirurgi vid svår akut pankreatit har länge varit norm i Skandinavien. Den illustreras exempelvis av ett historiskt Lundamaterial för perioden 1994–2003, där 8 procent pankreasinriktade ingrepp gjordes vid svår akut pankreatit och sjukhusmortaliteten vid tillståndet var 9 procent [4].

I den allmänt alltmer minimalinvasiva kirurgiska inställning som råder har ett minimerande av det kirurgiska traumat börjat appliceras även vid nekrotiserande pankreatit och nekrosektomi. Redan 2001 beskrevs perkutan nekrosektomi med endoskopisk teknik från Glasgowgruppen [5]. Detta har på olika sätt kunnat reproduceras med såväl transabdominala/retroperitoneala som transgastriska tekniker.

Det minskande antal patienter som med denna moderna behandlingsstrategi selekteras för dränage/nekrosektomi kan

medföra ett potentiellt behov av en viss centralisering av verksamheten. Detta för att kunna uppnå någorlunda försvarbara volymer för att upprätthålla kompetens och möjliggöra vidare utveckling.

Kritiskt vid behandling av patienter med svår akut pankreatit eller infekterad nekrotiserande pankreatit är dock tajming av ingreppet och att då inte försitta möjligheterna att göra ett för patienten optimalt ingrepp.

Även om dränage av en vätskekomponent och begynnande abscessbildning vid infekterad nekrotiserande pankreatit kan ske, finns i flertalet fall den infekterade nekrotiska vävnaden kvar och kan fortsatt underhålla det allmäninflammatoriska och katabola tillståndet. Därmed sagt är adekvat elimination av infektionskällan måste göras – oavsett teknik.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Besselink MG, van Santvoort HC, Schaapherder AF, van Ramshorst B, van Goor H, Gooszen HG; Dutch Acute Pancreatitis Study Group. Feasibility of minimally invasive approaches in patients with infected necrotizing pancreatitis. *Br J Surg*. 2007;94:604-8.
2. Besselink MG, de Bruijn MT, Rutten JP, Boermeester MA, Hofker HS, Gooszen HG; Dutch Acute Pancreatitis Study Group. Surgical intervention in patients with necrotizing pancreatitis. *Br J Surg*. 2006;93:593-9.
3. Yousaf M, McCallion K, Diamond T. Management of severe acute pancreatitis. *Br J Surg*. 2003;90:407-20.
4. Andersson B, Olin H, Eckerwall G, Andersson R. Severe acute pancreatitis – outcome following a primarily non-surgical regime. *Pancreatol*. 2006;6:536-41.
5. Carter CR, McKay CJ, Imrie CW. Percutaneous necrosectomy and sinus tract endoscopy in the management of infected pancreatic necrosis: an initial experience. *Ann Surg*. 2000;232:175-80.

■ SAMMANFATTAT

Vätskeansamlingar kring pankreas vid infekterad nekrotiserande pankreatit är ofta tillgängliga för minimalinvasiv intervention/dränage.

Selektion av patienter är viktig så att kombinationen klinik och röntgenfynd utesluter suboptimalt ingrepp.