
EARLY ERCP FOR SHORTER HOSPITALIZATION IN ACUTE BILIARY PANCREATITIS -CASE REPORT

Aleksandra Toneva Nikolova

Clinical Hospital Shtip, Republic of North Macedonia, aleksandra.toneva@ugd.edu.mk

Aleksandra Jordanova

Clinical Hospital Shtip, Republic of North Macedonia, aleksandrajordanova@hotmail.com

Sasho Mihailov

Clinical Hospital Shtip, Republic of North Macedonia, vlavot@hotmail.com

Abstract: Acute pancreatitis is a common disease that should always be considered when it comes to upper abdominal pain. The incidence in the United States varies from 4.9 to 35 cases per 100,000 population. The most common causes are choledocholithiasis, dyslipidemia and alcohol. Rapid diagnosis and treatment is required due to the large number of complications it causes, as well as the possibility of a fatal outcome. Material and methods: 80-year-old female patient, comes to the emergency department because of vomiting, jaundice. From the laboratory analyses, it was seen that there are elevated markers of inflammation, elevated cholestatic parameters (bilirubin, the direct fraction, gamma glutamyl transaminase and alkaline phosphatase) as well as elevated values of pancreatic enzymes (amylase and lipase). From the performed ultrasound examination of the abdomen, cholelithiasis was seen, with a dilated common bile duct, as well as a thickened wall of the gallbladder. In order to quickly remove the cause, an endoscopic retrograde cholangiopancreatography was performed, during which a 15mm calculus was extracted. Apart from the therapeutic ERCP, the patient received conservative therapy with saline solution, antibiotics and analgesics. There was a decrease in the markers of inflammation, cholestasis and pancreatic enzymes. The quick extraction of calculus from the common bile duct allowed the hospitalization time to be shortened.

Keywords : biliary pancreatitis, abdominal ultrasonography, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

ЕНДОСКОПСКА РЕТРОГРАДНА ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЈА КАКО ТЕРАПЕВТСКА МЕТОДА ЗА ПОКРАТКА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА КАЈ АКУТЕН БИЛИЈАРЕН ПАНКРЕАТИТ - ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ

Александра Тонева Николова

Клиничка Болница Штип, Република С. Македонија, aleksandra.toneva@ugd.edu.mk

Александра Јорданова

Клиничка Болница Штип, Република С. Македонија, aleksandrajordanova@hotmail.com

Сашо Михаилов

Клиничка Болница Штип, Република С. Македонија, vlavot@hotmail.com

Апстракт: Акутниот панкреатитис е често заболување на кое секогаш треба да се помисли кога станува збор за горноабдоминална болка. Инциденцата во САД варира од 4,9 до 35 случаи на 100 000 жители. Како најчести причинители се холедохолитијазата, дислипидемијата и алкохолот. Потребна е брза дијагноза и третман поради големиот број на компликации кои ги дава, како и можноста за фатален исход. Материјал и методи : Пациентка на 80годишна возраст, консултира поради повраќање, пожолтување. Од направените лабораториски анализи, се виде дека има покачени маркери на инфламација, покачени холестатски параметри (билирубин и тоа директната фракција, гама глутамил трансaminaза и алкална фосфатаза) како и покачени вредности на панкреатичните ензими (амилаза и липаза). Од реализираниот ултразвучен преглед на абдомен се виде холелитијата, со дилатиран холедох, како и задебелен сид на жолчната кеса. Со цел брзо отстранување на причината се пристапи кон ендоскопска ретроградна холангиопанкреатографија, при која беше екстрахиран калкул од 15мм. Освен терапевтската ЕРЦП, пациентката доби и конзервативна терапија со кристалоидни раствори, антибиотици и аналгетици. Настапи пад на маркерите за воспаление, холестаза и панкреатичните ензими. Брзата екстракција на калкул од холедохусот овозможи скратување на времето на хоспитализација.

Клучни зборови: билијарен панкреатит, ултрасонографија на абдомен, ендоскопска ретроградна холангиопанкреатографија.

1. ВОВЕД

Акутен панкреатит е инфламација на истоимениот ретроперитонеален орган, која води до повреда, со или без деструкција на панкреатичните ацинуси. Станува збор за животозагрозувачка состојба, која може да доведе до многу компликации, а во одредени случаи и до смртен исход.

Како етиолошки причини поради кои се јавува оваа состојба се споменуваат: алкохолизам, холелитијаза, хиперлипидемија, траума, а може да биде и идиопатски. Сепак најчеста причина за истиот е холелитијазата. Симптоматологијата вклучува абдоминална или епигастрична болка, гадење, повраќање, тахикардија, покачена телесна температура и жолтица.

Дијагнозата се поставува врз основа на лабораториски анализи и imaging методи, како ултрасонографија, компјутерска томографија на абдомен со контрастни средства и ендоскопска ретроградна холангиопанкреатографија, која покрај дијагностичка може да има и тераписка намена.

Лабораториските анализи се карактеризираат со покачени вредности на инфламаторни маркери (леукоцитоза, покачен Ц реактивен протеин), потоа покачени вредности на панкреасните ензими (амилаза и липаза) и покачени вредности на маркерите на холестаза (директен билирубин, GGT, алкална фосфатаза). Со помош на imaging методите се гледа присуството на опструкција на ductus choledohus .

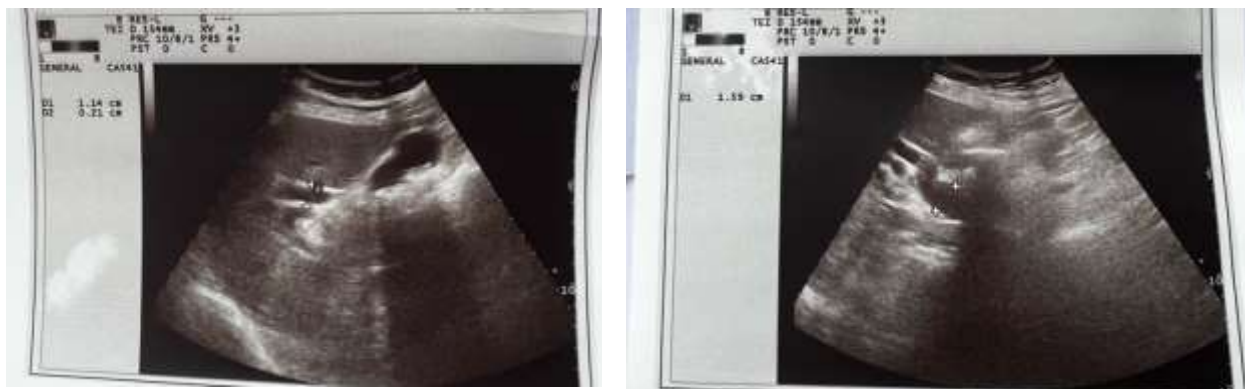
2. МАТЕРАИЈАЛИ И МЕТОДИ: ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ

Пациентка на 80 години, упатена на преглед во Ургентен центар поради болка во абдомен, пратена со повраќање на жолтеникава содржина во неколку наврати и пожелтување, 2-3 дена пред прием. Од минати заболувања, податок за кардиомиопатија, за која пациентката зема редовна хронична терапија.

На направените лабораториски анализи се бележи леукоцитоза со вредности на Le 22,2, покачени трансаминази AST 246 ALT 279 и хипербилирубинемија со вредности на тотален билирубин 61, и директен билирубин 54,05. Исто така биохемиските анализи покажаа значително покачени вредности на амилаза 1879 и липаза 7914 GGT 1318 и алкална фосфатаза 351, при што поставена е дијагноза за акутен панкреатит, а пациентката беше хоспитализирана на оддел.

Во тек на хоспитализацијата направени се дополнителни дијагностички процедури, со цел откривање на етиологијата на акутниот панкреатит. Ехотомографијата на абдомен покажа жолчно кесе со нормална големина, со хиперехоген и на места двојно контуриран сид, исполнето со бројна ситна калкулоза вклопена во густа жолчна тиња.

Се следи дилатација на интрахепаталното билијарно стебло, повеќе за десен лобус и дилатиран дуктус холедохус проксимално до 11мм, а максимално до 15мм, кој предпанкреатично инковидно се стеснува.



Во самиот дуктус забележан е присутен хиперехоген супстрат со големина од 4-5 мм. Панкреас со хиперехоген паренхим, хомоген, јасно се издвојува од околината, со дискретен перипанкреатичен едем и АП размеер на телото до 2см.

Поставена е на терапија со кристалоидни раствори, двојна антибиотска терапија, аналгетска терапија и хигиено – диететски режим.

Поради оклузивната природа на панкреатитот пристапено е кон терапевтска ендоскопска ретроградна холангиопанкреатографија (ERCP). При истата со дуоденоскоп се влезе до папила, која е уредно поставена.



Направена е канулација со папилотом и по администрираниот контраст виден е дилатиран холедох со дијаметар од 15мм и присутен интралуминален дефект со големина од 15мм.



Направена е широка папилотомија со балон дилататор и екстрахиран е калкул со големина од 15мм.



По спроведениот терапевски режим, кај пациентката е забележано клиничко подобрување и лабораториски пад на вредностите на леукоцитите Le 4,2, амилаза 108, липаза 697.

По осум дневно болничко лекување, пациентката е испишана во значително подобрена општа состојба, со препорака за хигиено-диететски режим на исхрана и терапија со блокатор на протонска пумпа и хепатопротектив.

3. ДИСКУСИЈА

Акутниот панкреатит е живозагрозувачка состојба, која бара брза евалуација е отпочнување на лекување. Компликациите кои можат да се јават се формирање на псеудоцисти, некроза, акутна бубрежна инсуфициенција, SIRS па се до смрт. Потребно е да се утврди точната етиологија за целно лекување. Доколку станува збор за билијарен панкреатит екстракцијата на калкулите со ендоскопска ретроградна холангиопанкреатографија е терапевтска метода во случај на постоење на опструкција. Тоа може да се дијагностицира преку лабораторски параметри – покачени маркери за холестаза, како и со методите на визуелизација – ултразвук, компјутеризирана томографија или магнетна резонанца. Според препораките на Американскиот колеџ за Гастроентерологија кај пациенти со билијарен панкреатит – ЕРЦП како терапевтска метода е препорачлива во првите 24 ч. Кај панкреатит поради друга етиологија (алкохол, хипелипидемија) тоа не е метода за третман. Освен третманот со ендоскопската ретроградна холангиопанкреатографија, т.е. екстракцијата на калкулите – потребно е следење на општите препораки за третман на панкреатит од била каква етиологија – а тоа се: нулта диета, интравенска рехидратација, аналгетска терапија (аналгетици од групата на опијати се контраиндицирани кај билијарни панкреатити, бидејќи го зголемуваат тонусот на Oddi-евиот сфинктер). Антибиотиците се индицирани кај тешки форми на панкреатит или постоење на други придружни инфекции.

4.ЗАКЛУЧОК

Кај сите пациенти со претходно постоечка историја за калкули на жолчното кесе, се препорачува холецистектомија, како мерка за превенција на панкреатит од опструктивна природа. Исто така секоја горно-абдоминална болка пратена со повраќање, пожелтување, покачена температура потребно е да се евалуира лабораториски и со imaging методи за утврдување на причината за постоење на истата. Акутниот билијарен панкреатит е состојба која бара брза дијагноза и комбиниран третман – ERCP и конзервативен за да се спречат понатамошни компликации, а воедно и да се намали бројот на денови на хоспитализација.

РЕФЕРЕНЦИ

- Baron, T. H., DiMaio, C. J., Wang, A. Y., & Morgan, K. A. (2020). American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: Management of Pancreatic Necrosis. *Gastroenterology*, 158(1), 67–75.e1. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.07.064>
- Bezmarević, M., van Dijk, S. M., Voermans, R. P., van Santvoort, H. C., & Besselink, M. G. (2019). Management of (Peri)Pancreatic Collections in Acute Pancreatitis. *Visceral medicine*, 35(2), 91–96. <https://doi.org/10.1159/000499631>
- Bouwense, S. A., Besselink, M. G., van Brunschot, S., Bakker, O. J., van Santvoort, H. C., Schepers, N. J., Boermeester, M. A., Bollen, T. L., Bosscha, K., Brink, M. A., Bruno, M. J., Consten, E. C., Dejong, C. H., van Duijvendijk, P., van Eijck, C. H., Gerritsen, J. J., van Goor, H., Heisterkamp, J., de Hingh, I. H., Kruyt, P. M., ... Dutch Pancreatitis Study Group (2012). Pancreatitis of biliary origin, optimal timing of cholecystectomy (PONCHO trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13, 225. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-225>
- Buonocore, M. R., Germani, U., Castellani, D., Petrogiannopoulos, L., Pallio, S., Piciucchi, M., Sbrozzi-Vanni, A., Zullo, A., & Manta, R. (2021). Timing of endoscopic therapy for acute bilio-pancreatic diseases: a practical overview. *Annals of gastroenterology*, 34(2), 125–129. <https://doi.org/10.20524/aog.2021.0580>
- da Costa, D. W., Schepers, N. J., Bouwense, S. A., Hollemans, R. A., van Santvoort, H. C., Bollen, T. L., Consten, E. C., van Goor, H., Hofker, S., Gooszen, H. G., Boerma, D., Besselink, M. G., & Dutch Pancreatitis Study Group (2019). Predicting a 'difficult cholecystectomy' after mild gallstone pancreatitis. *HPB : the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*, 21(7), 827–833. <https://doi.org/10.1016/j.hpb.2018.10.015>
- Gardner, T. B., Vege, S. S., Pearson, R. K., & Chari, S. T. (2008). Fluid resuscitation in acute pancreatitis. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 6(10), 1070–1076. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2008.05.005>

- Kayhan, S., Selcan Akyol, B., Ergul, M., & Baysan, C. (2021). The effect of type of fluid on disease severity in acute pancreatitis treatment. *European review for medical and pharmacological sciences*, 25(23), 7460–7467. https://doi.org/10.26355/eurrev_202112_27443
- Riquelme, F., Marinkovic, B., Salazar, M., Martínez, W., Catan, F., Uribe-Echevarría, S., Puelma, F., Muñoz, J., Canals, A., Astudillo, C., & Uribe, M. (2020). Early laparoscopic cholecystectomy reduces hospital stay in mild gallstone pancreatitis. A randomized controlled trial. *HPB : the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*, 22(1), 26–33. <https://doi.org/10.1016/j.hpb.2019.05.013>
- Schepers, N. J., Bakker, O. J., Besselink, M. G., Bollen, T. L., Dijkgraaf, M. G., van Eijck, C. H., Fockens, P., van Geenen, E. J., van Grinsven, J., Hallensleben, N. D., Hansen, B. E., van Santvoort, H. C., Timmer, R., Anten, M. P., Bolwerk, C. J., van Delft, F., van Dullemen, H. M., Erkelens, G. W., van Hooft, J. E., Laheij, R., ... Dutch Pancreatitis Study Group (2016). Early biliary decompression versus conservative treatment in acute biliary pancreatitis (APEC trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 5. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1132-0>
- Symeonidis, D., Bompou, E., Samara, A. A., Kissa, L., & Tepetes, K. (2022). An Unusual Cause of Biliary Peritonitis on the Background of Acute Pancreatitis: A Case Report. *Surgery journal (New York, N.Y.)*, 8(3), e227–e231. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1756284>