

Sessões Clínicas HFF 2013

Cirurgia B
Director – Dr. Vitor Nunes

Pancreatite Aguda Grave e Crítica - abordagem médico-cirúrgica -

Rita Tomás, Carina Vaz, António Gomes
Ricardo Rocha, Mónica Justino, Rui Marinho

04 de Julho de 2013



Pancreatite Aguda Grave e Crítica

BAIXA INCIDÊNCIA

ELEVADA MORTALIDADE

INTEGRAÇÃO

- ***ECD, UCI, TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS, INTERVENÇÃO, TERAPÊUTICA CIRÚRGICA***

MÚLTIPLAS CONTROVÉRSIAS

- ***INOVAÇÃO***
- ***PROGRESSIVAMENTE MAIS CONSERVADORES***

Pancreatite Aguda Grave e Crítica

DIAGNÓSTICO DE PANCREATITE

CLASSIFICAÇÃO E ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO (IMAGEM)

ANTIBIOTERAPIA, SUPORTE NUTRICIONAL

CIRURGIA: QUANDO E COMO

TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS

Critério clínico
Critério analítico
Critério imagiológico

Pancreatite Aguda



Petrov M. et. al. 2010



FO

CL + FO

Grave

PA Crítica

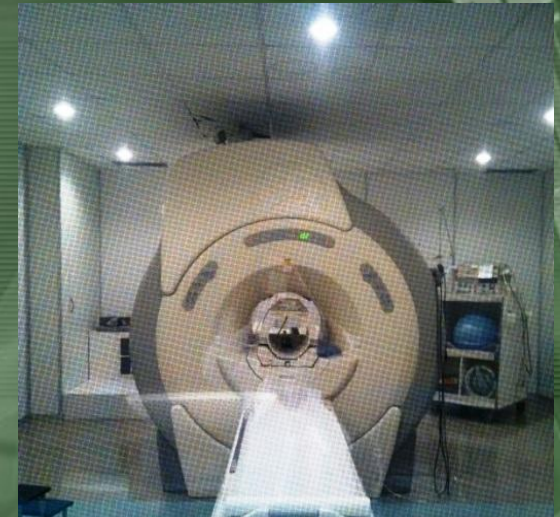
Petrov M. *et. al.* 2010

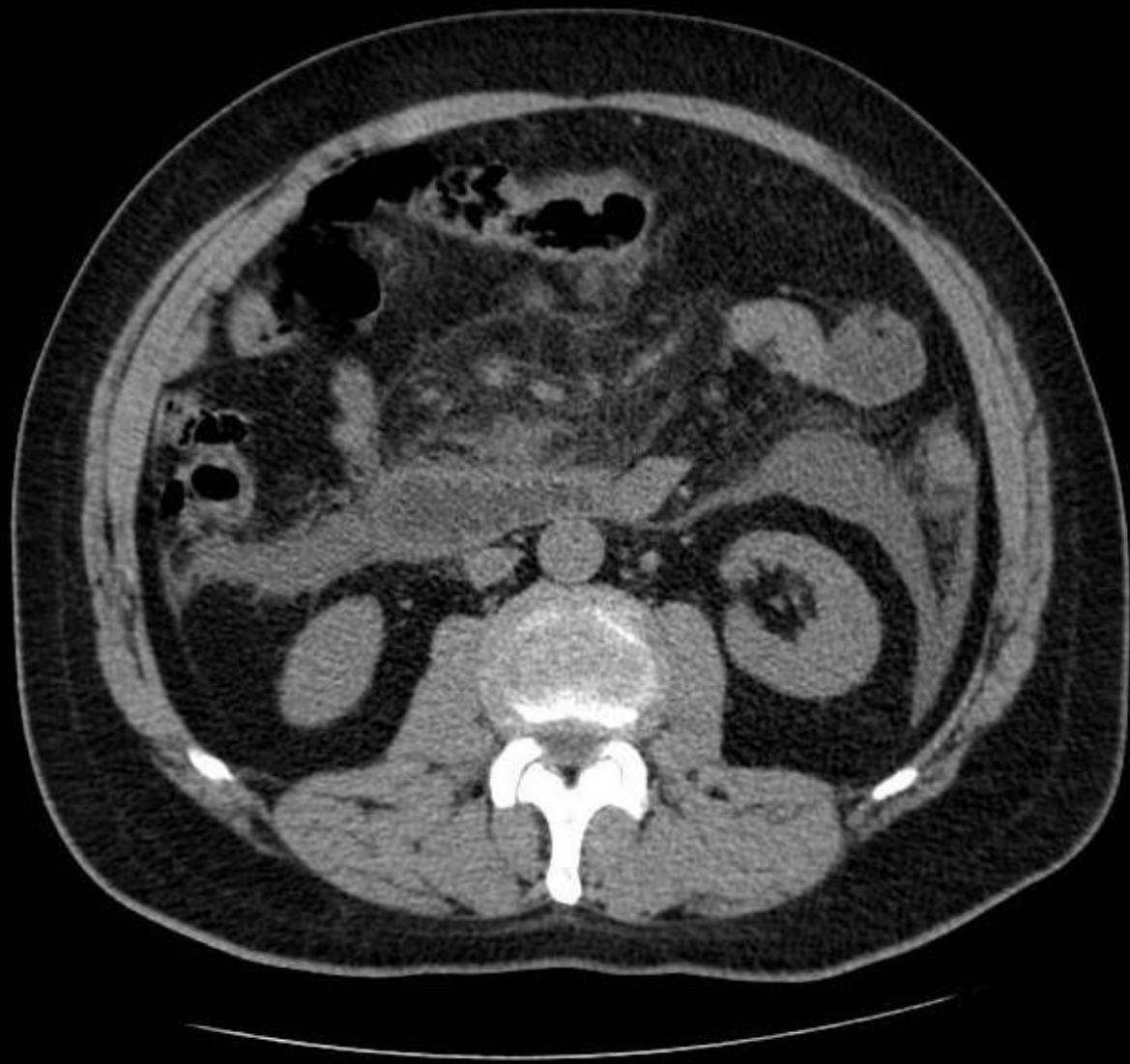
Pancreatite Aguda Grave e Critica

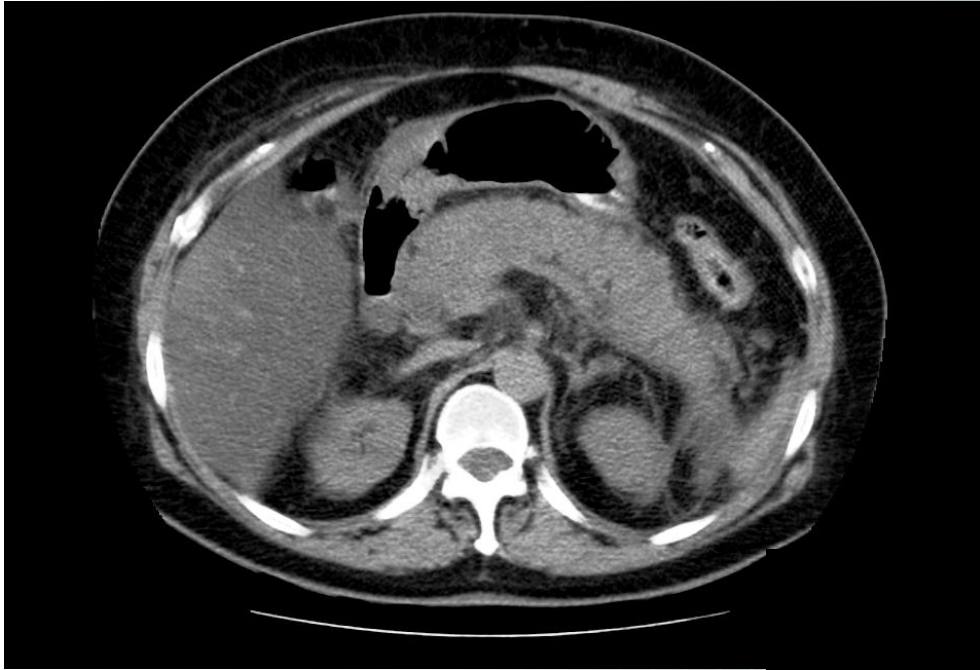
COMPLICAÇÕES LOCAIS

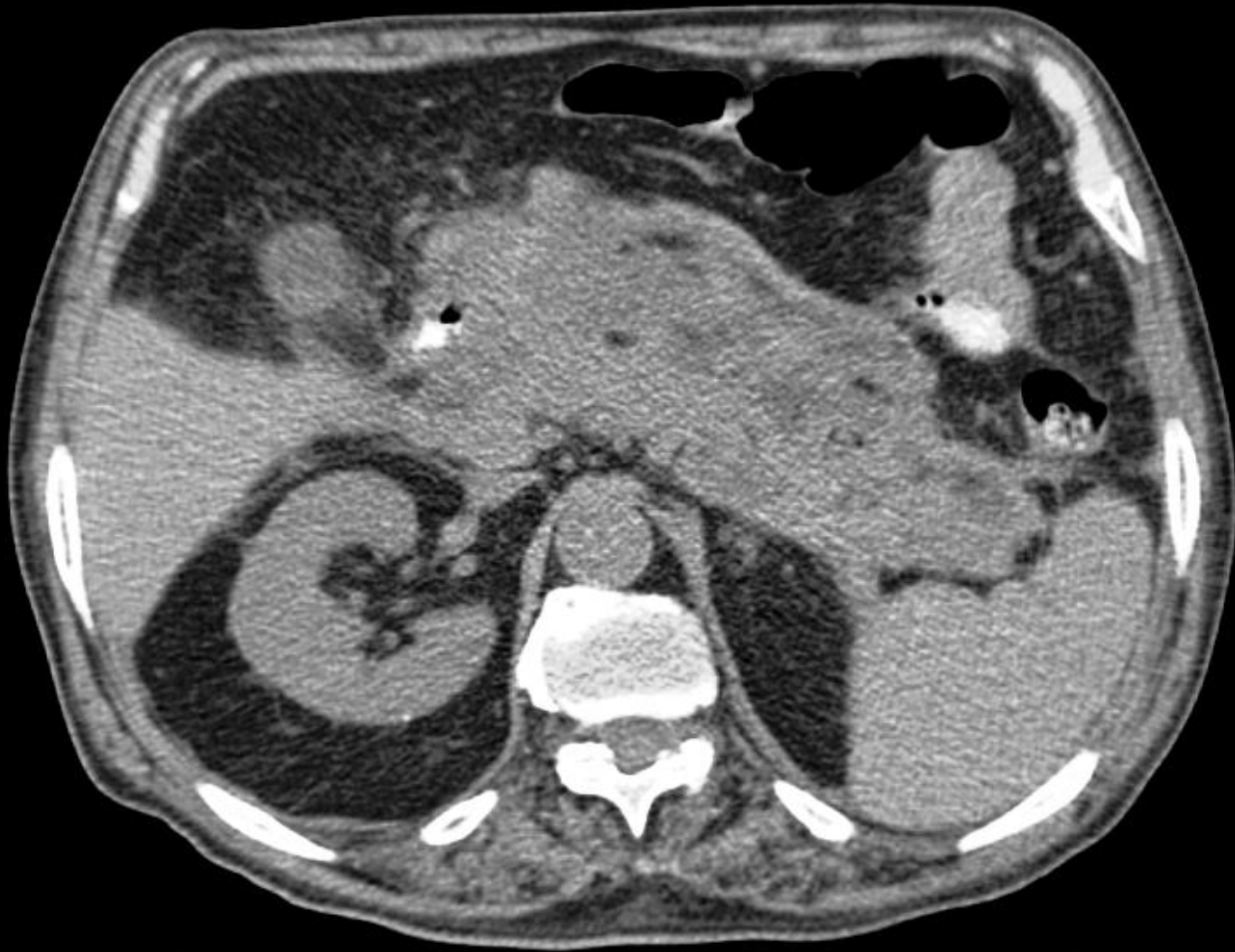
Classification of acute pancreatitis—2012:
revision of the Atlanta classification and definitions
by international consensus

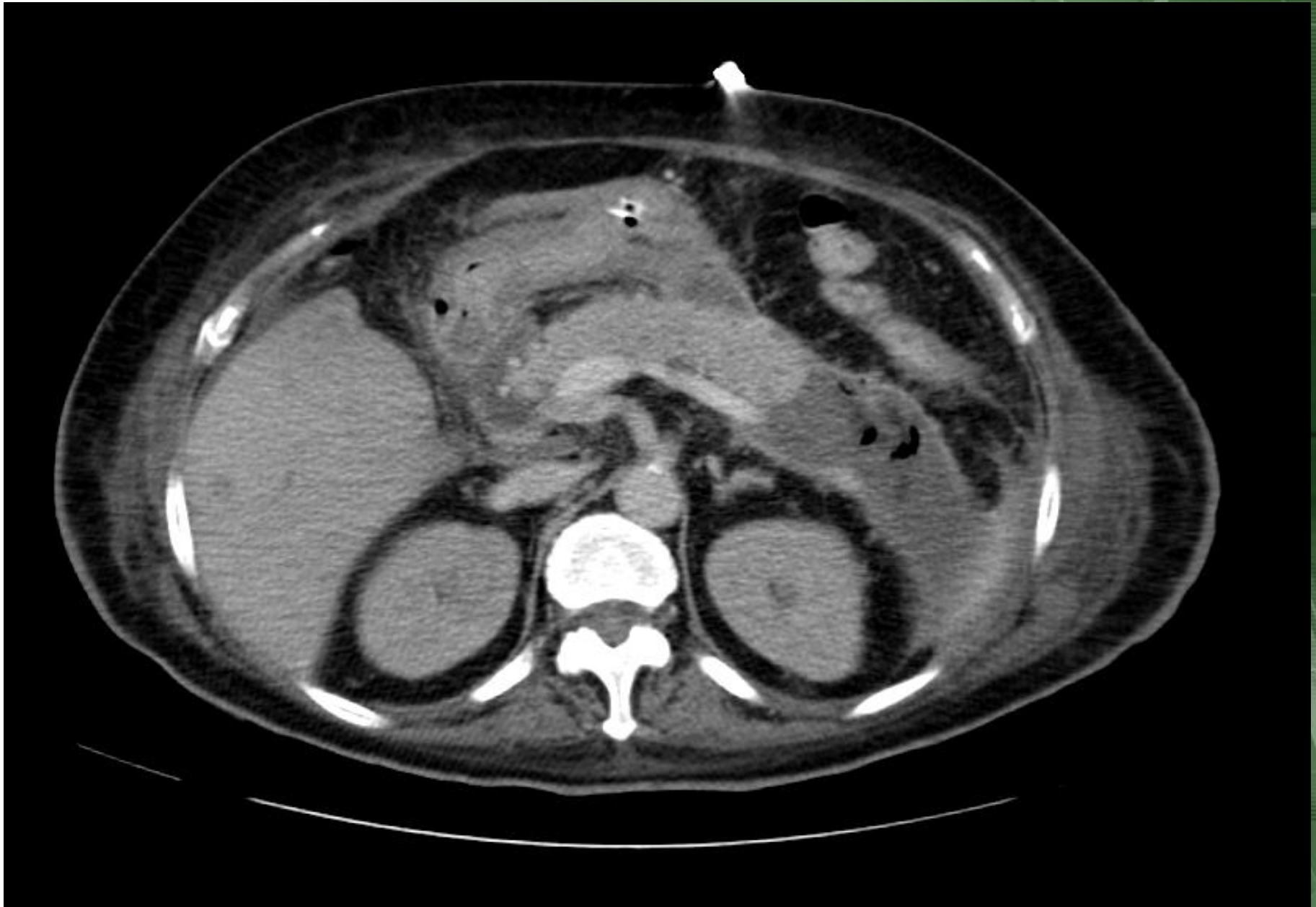
- **Colecções Líquidas Peripancreáticas Agudas**
- **Colecções Necróticas Agudas**













Pancreatite Aguda Grave e Critica

COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS

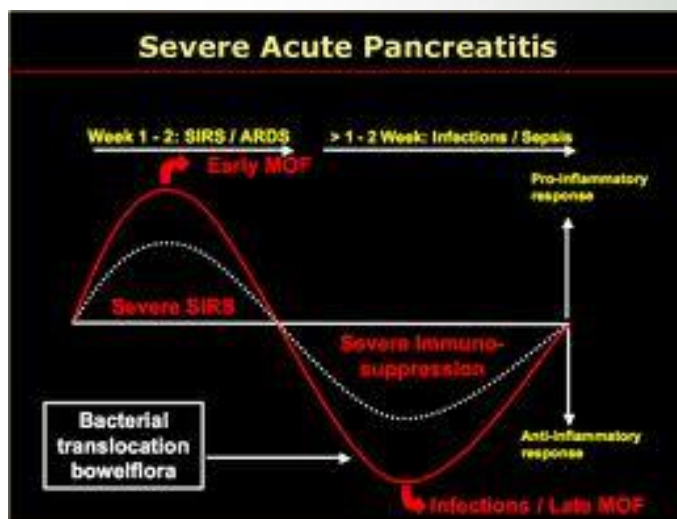


Table 1 Modified Marshall scoring system for organ dysfunction

Organ system	Score				
	0	1	2	3	4
Respiratory (PaO ₂ /FIO ₂)	>400	301-400	201-300	101-200	≤101
Renal ^a					
(serum creatinine, μmol/l)	≤134	134-169	170-310	311-439	>439
(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) ^b	>90	<90, fluid responsive	<90, not fluid responsive	<90, pH < 7.3	<90, pH < 7.2
For non-ventilated patients, the FIO ₂ can be estimated from below:					
Supplemental oxygen (l/min)	FIO ₂ (%)				
Room air	21				
2	26				
4	30				
6-8	40				
9-10	50				

Controvérsias e Inovação

- **Profilaxia antibiótica**
- **Suporte nutricional**
- **CPRE**
- **Terapêutica complicações locais**
 - **Drenagem percutânea**
 - **Terapêutica cirúrgica**
 - **Minimamente invasiva**

Profilaxia antibiótica?

Necrose pancreática > 30%

- **Cefalosporina 3G ou quinolona + metronidazol**
- **Meropenem**

10-14 dias



日本膵臓学会

JPS: Japan Pancreas Society



Suporte Nutricional

Severe
pancreatitis

Use continuous enteral nutrition in all patients who tolerate it.

C

Severe
necrotising
pancreatitis

Enteral nutrition is indicated if possible.
Enteral nutrition should be supplemented by parenteral nutrition if needed.
In severe acute pancreatitis with complications (fistulas, ascites, pseudocysts) tube feeding can be performed successfully.

A

C

Type of formula

Peptide-based formulae can be used safely.

A

Standard formulae can be tried if they are tolerated.

C

ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Pancreas[☆]

R. Meier^{a,*}, J. Ockenga^b, M. Pertkiewicz^c, A. Pap^d, N. Milinic^e, J. MacFie^f,
DGEM: ^{☆☆} C. Löser, V. Keim

CPRE urgente ?

- Ictericia obstrutiva/ colangite ✓
- PA severa ?
- HFF → dilatação da VBP, Coledocolitíase, colangite

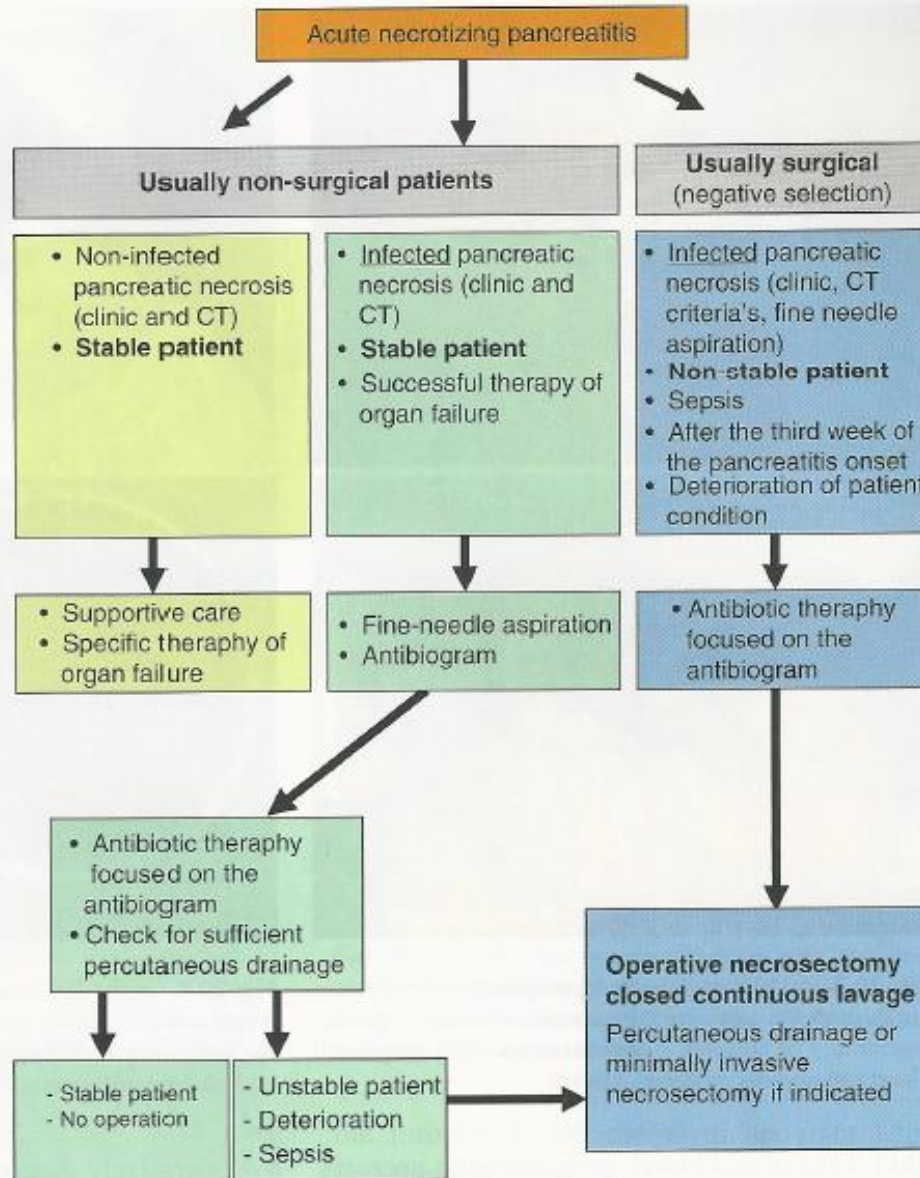


日本膵臓学会

JPS: Japan Pancreas Society



COMPLICAÇÕES LOCAIS - abordagem



Drenagem Percutânea



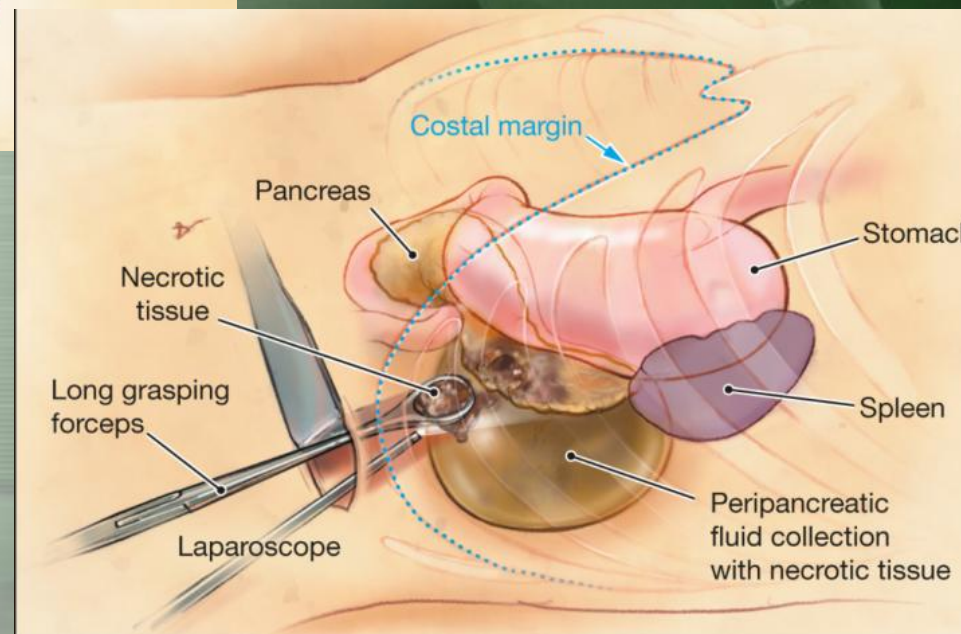
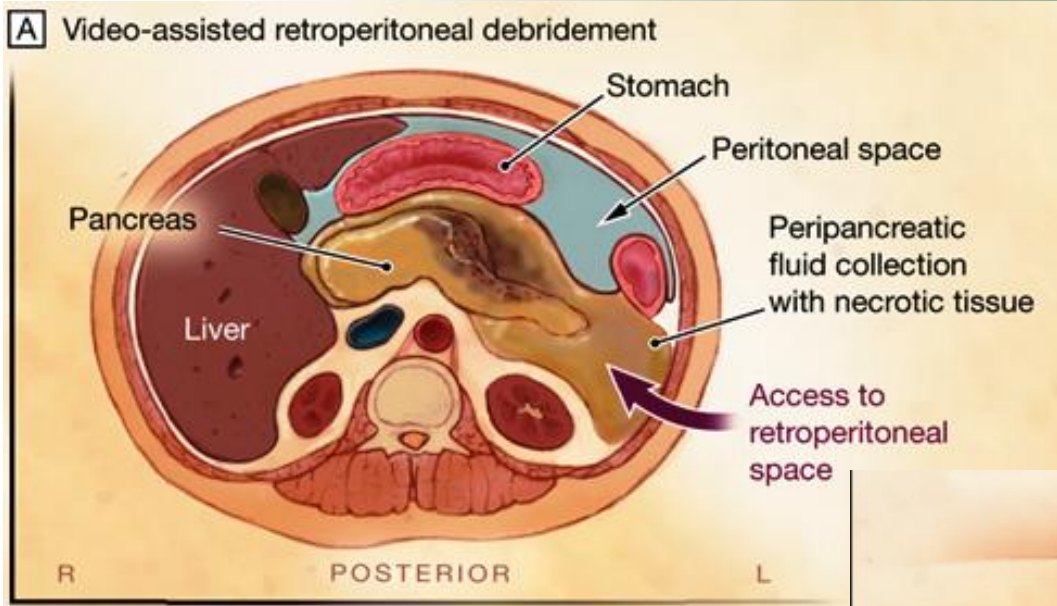
Drenagem Percutânea



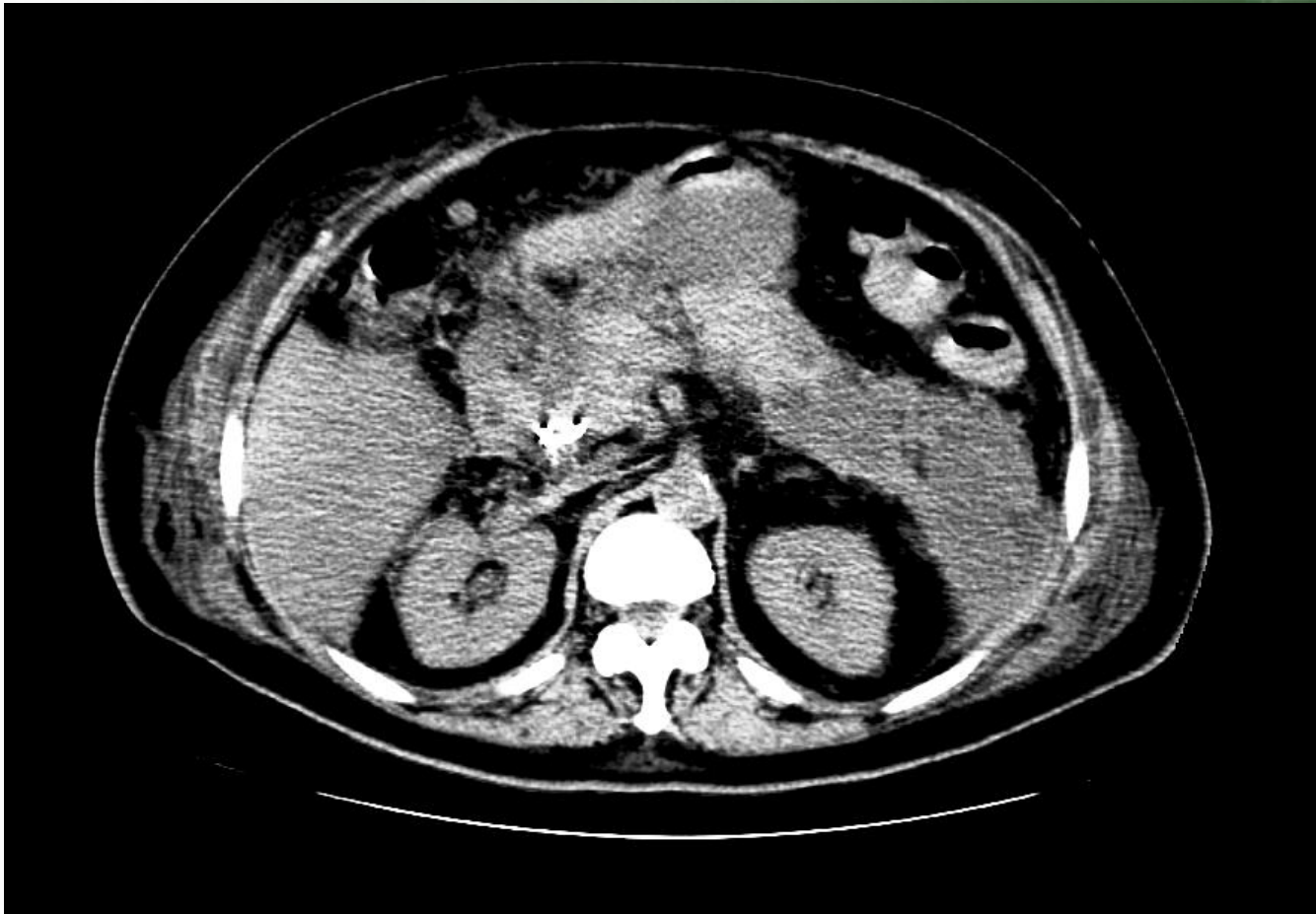
Necrosectomia Pancreática



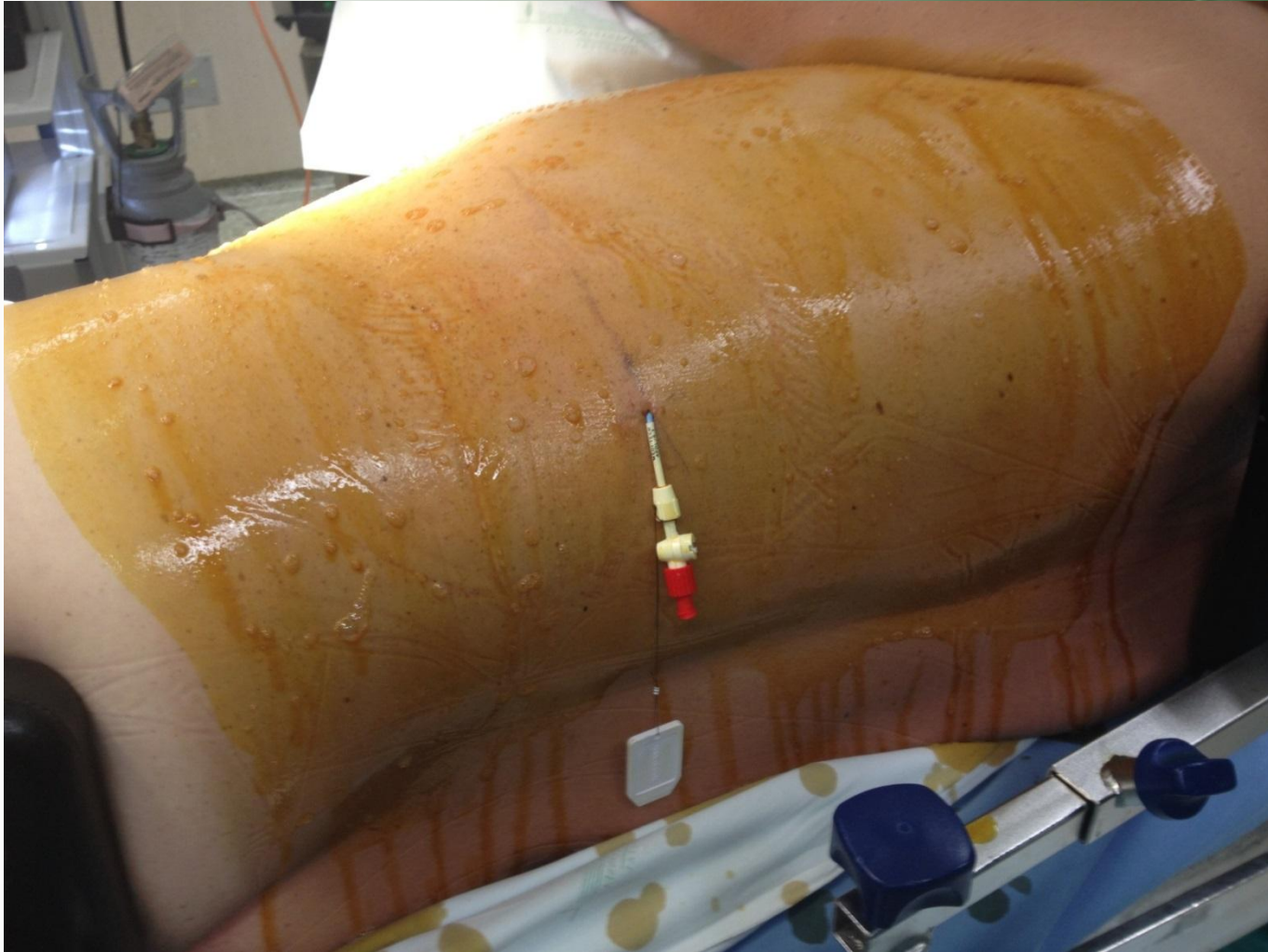
Necrosectomia Retroperitoneal Videoassistida



Necrosectomia Retroperitoneal Videoassistida



Necrosectomia Retroperitoneal Videoassistida



Necrosectomia Retroperitoneal Videoassistida



Necrosectomia Retroperitoneal Videoassistida



Necrosectomia Retroperitoneal Videoassistida



Necrosectomia Retroperitoneal Videoassistida



Necrosectomia Retroperitoneal Videoassistida



Necrosectomia Retroperitoneal Videoassistida

Benefícios

- **Integridade da cavidade peritoneal**
- **Menor disseminação infecciosa**
- **Alimentação oral precoce**
- **Mobilização precoce**

Riscos

- **Maior dificuldade técnica**
 - **Lesão de órgãos adjacentes**

Necrosectomia Retroperitoneal Videoassistida

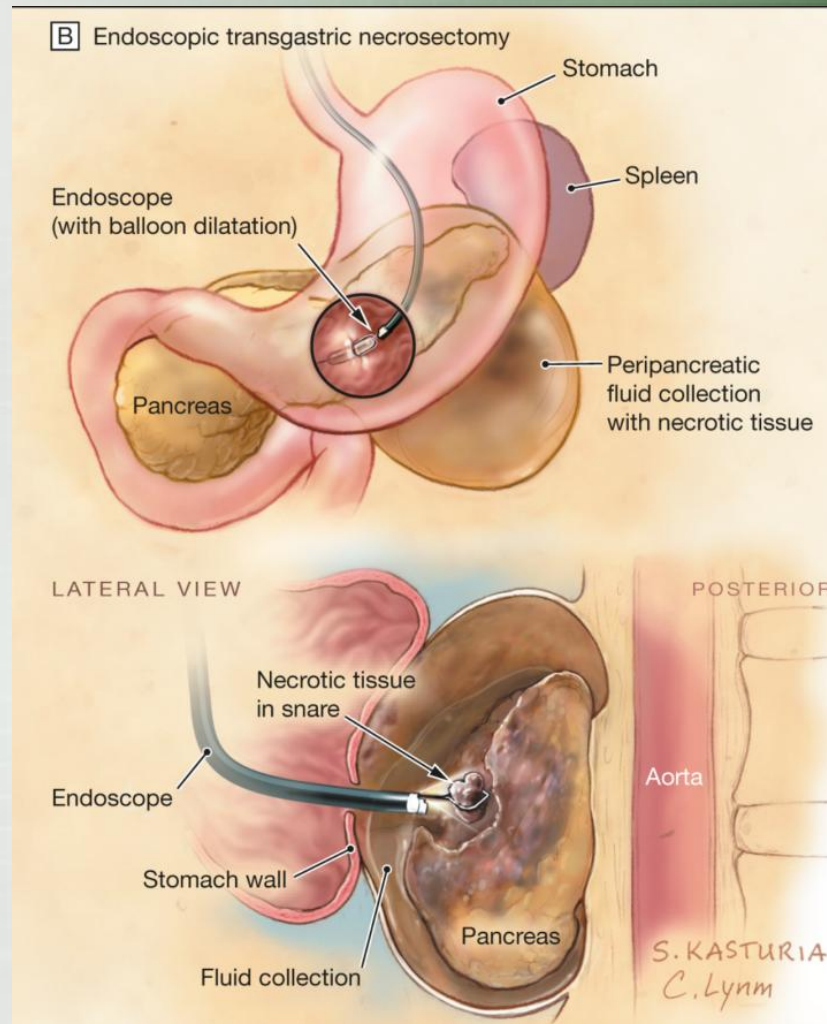
- 4 casos
- 1 complicação intra operatória (lesão cólica)*
- 1 caso de mortalidade (ICC e DHC)*

	Sexo	Idade	Etiologia	Indicação	N	<i>follow up</i>
A*	Masc	68	Alcoólica	Necrose infectada; sepsis	1	Mortalidade*
B	Masc	50	PAL		2	16 dias
C	Fem	72	PAL		1	115 dias
D	Fem	73	PAL		1	23 dias

Endoscopic Transgastric vs Surgical Necrosectomy for Infected Necrotizing Pancreatitis

A Randomized Trial

JAMA, March 14, 2012—Vol 307, No. 10
Corrected on March 13, 2012



Endoscopic Transgastric vs Surgical Necrosectomy for Infected Necrotizing Pancreatitis

A Randomized Trial

In this first randomized clinical trial involving patients with infected necrotizing pancreatitis, endoscopic transgastric necrosectomy reduced the proinflammatory response as well as the composite clinical end point, including new-onset multiple organ failure, compared with surgical necrosectomy. However, these early, promising results require confirmation from a larger clinical trial.

Pancreatite Aguda Grave e Crítica

Abordagem Médico-Cirúrgica

- Necrose infectada com sépsis → cirurgia
- Necrose estéril → terapêutica conservadora
- Cirurgia → preferencialmente após 3^a e 4^a semana
- Cirurgia → necrosectomia e não ressecção



Pancreatite Aguda Grave e Crítica

Abordagem Médico-Cirúrgica

- Controlo de complicações locais de uma doença sistémica com menor agressão cirúrgica.
- Terapêutica sistémica de suporte.
- Controlo de complicações locais e sistémicas numa tentativa de desviar o curso da doença.

Medicina Intensiva

Imagiologia / Radiologia de Intervenção

Cirurgia

Gastroenterologia

INTERDISCIPLINARIDADE FUNCIONAL

