

Acute pancreatitis – The surgical challenge

דר' אורי קפלן
פרופ' דורון קופלמן
כירורגית ב' "העמק"

הכינוס ה-28 של איגוד הכירורגים
בישראל

ים המלח, יוני 2012

תאור מקרה ראשון

- בן 73 ברקע: HTN, **החלפת מפרקי הברכיים**,

- פנה למיון עקב כאבים קשים קבועים בבטן עליונה, מלווים בהקאה ללא חום.

- בקבלה:

WBC- **18820**, Glu – 137, AST-144, LDH – **577** , ALK.
PHOS. – 145, BIL. 1.56/1.02, AMY – 5300, LIPASE –
13200

ARF - (Cr-1.56)

- סמ"ח – 117/70 , דופק – 85 , חום – 37.2

- בדיקת עק"ג בקבלה – אבנים בכיס מרה.

שאלות לקהל :

(שאלה מספר 1)

1) האם הייתם מתחילים טיפול אנטיביוטי בשלב זה ?

1. כן

2. לא

Age – 73 WBC- 18820, Glu – 137, AST-144, LDH – 577 ,
ALK. PHOS. – 145, BIL. 1.56/1.02, AMY – 5300, LIPASE –
13200 , ARF(Cr-1.56)

117/70 , דופק – 85 , חום – 37.2



שאלה לקהל –

(שאלה מספר 2)

2) האם יש מקום לטיפול אנטיביוטי מונע
בדלקת חריפה של הלב?

1. כן

2. לא

- הוחל בטיפול שמרני עם אנטיביוטיקה עקב רנסון 3 (zinacef and flagyl).
- בוצע CT בטן לאחר 3 ימים 
- בהמשך אשפוזו הופיע חום עד 39 מעלות . מעבדה בגדר הנורמה למעט – WBC-25000
- בוצע CT בטן חוזר 

שאלה לקהל: (שאלה מספר 3)

מה היית עושה במצב זה –

1. טיפול שמרני?

2. ניקוז דרכי מרה?

3. ניקור אבחנתי מונחה הדמייה ?

4. ניתוח ?

הוחלט על ניקוז מלעורי של כיס המרה
בהמשך אשפוזו החום ירד והחולה שוחרר לביתו.

לכאורה החלים מדלקת הלב.

כ-6 שבועות לאחר האשפוז בוצע שיקוף דרך הנקז
הביליארי שפורש כתקין. אחרי השיקוף החולה
פיתח חום ובמיון אובחנה דלקת בדרכי השתן.

- אשפוז במחלקה אורולוגית.
- טופל באנטיביוטיקה תוך ורידית, למשך 9 ימים.
- במהלך האשפוז מתלונן על כאבים בבטן תחתונה
- מעבדה בגדר הנורמה .
- עקב המשך חום סיסטמי ותרבית שתן עקרה בוצע CT בטן.



שאלה לקהל: (שאלה מספר 4)

מה היית עושה במצב זה –

1. טיפול שמרני?
2. ניקור אבחנתי מונחה הדמייה ?
3. ניתוח?

חולה ממשיך להיות עם חום עד 39 מעלות. וכאבים בבטן תחתונה.

יציב המודינמית ונשימתית.

מעבדה – בגדר הנורמה למעט WBC-14000

CT בטן – מספר אזורי נמק בלב

- הטיפול האנטיביוטי מוחלף ל:
AMIKACIN +TAZOCIN
- חום נמשך עד 38.8 מעלות, יציב המודינמית
ונשימתית. ממעט באוכל
- מעבדה בגדר הנורמה.
- תרביות דם ושתן שליליות.
- תרבית מכולציסטוסטום – *E. coli* and
pseudomonas.

• במסגרת בירור מקור החום (ברכיים, בטן, LY):

– מיפוי גליום – שלילי !!!

– אקו TTE – תקין

בהמשך האשפוז החום נמשך, ממעט באכילה, החל להתלונן על כאבי בטן. מצבו הכללי של החולה מדרדר.

מעבדה בגדר הנורמה

בוצע CT בטן נוסף, 21 יום לאחר הבדיקה הקודמת.



שאלה לקהל: (שאלה מספר 5)

מה היית עושה במצב זה –

1. טיפול שמרני?
2. ניקור אבחנתי מונחה הדמייה ?
3. ניתוח ?

בוצע ניקור אבחנתי של קולקציות
רטרופריטוניאליות, פריפנקריאטיות.
- נתקבלה מוגלה
החולה הוסיף להתדרדר,
נכנס לכשל רב מערכתי ונפטר.

תאור מקרה שני

- בן 70 ברקע HTN , DM , פנה למיון עקב כאבים ברום הבטן בצורת חגורה מלווים בהקאות, ללא חום.
- בקבלה: WBC-9000, Gl-450, AST-278, LDH-438, ALK. PHOS-162, BIL.-8.6/5.6, AMY-2800. Cr-1.58(1.0)
- US בקבלה – כיס מרה עם אבנים ללא סימני דלקת. דרכי מרה חוץ ותוך כבדיות מורחבות. לבלב לא הודגם.

- החולה אושפז והוחל בטיפול שמרני



- למחרת CT בטן.

- בהמשך אשפוזו, הופיע חום 39 וירידה בלחצי דם. תפקודי כבד בהחמרה (בילירובין עד 11), תפקודי כליות ללא שיפור (למרות מתן נוזלים)

שאלה לקהל: (שאלה מספר 6)


מה היית עושה בשלב זה ?

1. ממשיך טיפול שמרני?

2. ERCP?

3. מבצע ניקוז מלעורי של דרכי מרה?

- עקב בעיות טכניות שמנעו ביצוע ERCP, בוצע ניקוז דרכי מרה ע"י PTC .
- הוחל טיפול באנטיביוטיקה תוך-ורידית
- הועבר ליחידה לטיפול נמרץ.
- החמרה במצב נשימתי – פיתח ARDS, החמרה בדלקת בלב – ללא אזורי נמק.
- הוחל טיפול ב- ERTAPENEM ובהמשך נוסף FLUCONAZOLE עקב צמיחת פטריה מנקז בדרכי מרה.
- מקבל כלכלה אנטרלית דרך Jejunal Feeding Tube

- לאחר 20 יום בוצע CT לביקורת 
- החולה יציב המודינמית, מעט מתנשם, מעבדה – תפקודי כליות ובד תקינים. נקז PTC פתוח.

שאלה לקהל: (שאלה מספר 7)

מה היית עושה במצב זה –

1. טיפול שמרני?
2. ניקור אבחנתי מונחה הדמייה?
3. ניתוח?

- נבחר – המשך טיפול שמרני.

אחרי מספר ימים :

- החולה החל לסבול מקוצר נשימה. בטן תפוחה.
- פיק חום בודד עד 38.5 מעלות
- לחץ תוך בטני 15mmHg (IAP Grade I)
- בדיקת CT בטן חוזרת – לאחר 30 יום



שאלה לקהל: (שאלה מספר 8)

מה היית עושה במצב זה –

1. טיפול שמרני?
2. ניקור אבחנתי מונחה הדמייה ?
3. ניתוח ?

- החולה נוקר, הופקה מוגלה, נותח, בוצעה התרייה נרחבת של נמק מזוהם של רב רקמת הלב, ושל שומן רטרופריטוניאלי רב. הושארו נקזים. הבטן נסגרה ראשונית.

- מהלך החלמה ארוך ללא ארועים חריגים, במשך כ-3 שבועות. החולה השתחרר לביתו לחזר לתפקד.

עכשיו דיון...

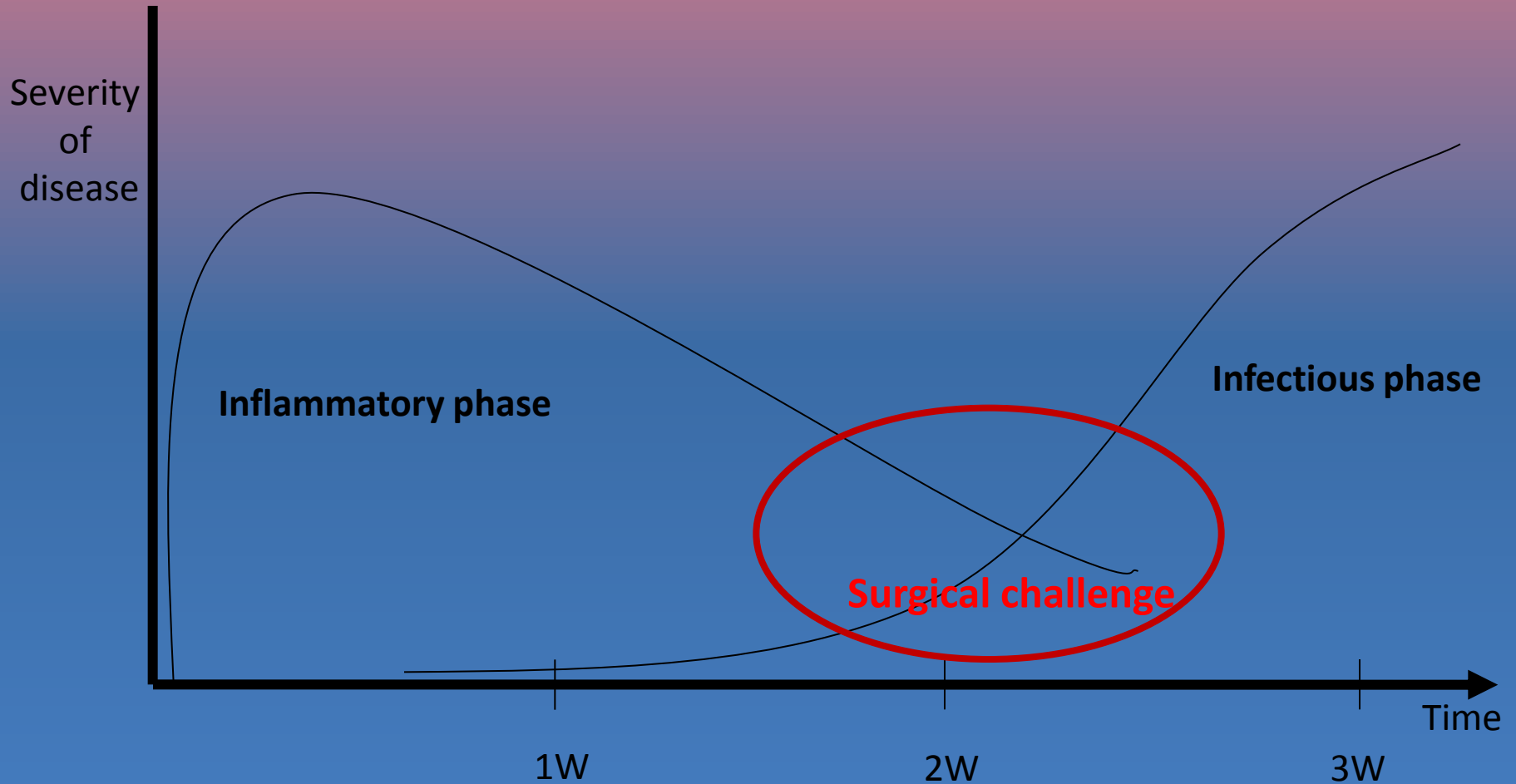
נושא עיקרי לדיון:

מהו מוקד האתגר הכירורגי?

או

זיהוי העיתוי הראוי להתערבות כירורגית

Acute pancreatitis – course of the disease



השאלות לחברי הפנל

1) מהי לדעתך ההוראה /ות להתערבות כירורגית במקרים של דלקת לבלב חריפה

2) מהי ההוראה לטיפול אנטיביוטי מונע ?

3) מהי ההוראה לניקוז דרכי המרה / ERCP?