Akutní pankreatitida - klasifikace a diagnostika

Akutní pankreatitidu lze klasifikovat dle tíže průběhu na lehkou (80%) a na těžkou (20%). Je nutno brát v potaz, že o průběhu pankreatitidy je většinou rozhodnuto v prvních 24 hodinách jejího průběhu. Podstatou lehké pankreatitidy je intersticiální edém, podstatou těžké pankreatitidy je přítomnost orgánového selhání, nebo lokální komplikace (nekrózy, absces, pseudocysta, apod.).

Účelem klasifikace akutní pankreatitidy je rozlišení na lehkou, či těžkou, což vede k odlišnému dalšímu přístupu a terapii. V dnešní době je základem tzv. **Atlantská klasifikace tíže akutní pankreatitidy**. Dříve byly základem multifaktoiální klasifikační systémy jako je např. **Ransonovo skóre**, **Glasgowská kritéria**, nebo **APACHE II kritéria**.

Atlantská klasifikace podmiňuje těžkou akutní pankreatitidu přítomností systémových (kardiovaskulární, respirační, renální, koagulační, metabolické) nebo lokálních komplikací.

Systémové komplikace - sTK pod 90mm Hg, arter. pO2 pod 4.3 kPa, krea nad 177 umol/l po rehydrataci, hypoCa pod 1.87 mmol/l, krvácení do GIT nad 500ml/24hod, trombocyty pod 100/ul, fibrinogen pod 1g/l

Lokální komplikace- nekróza, absces, pseudocysta

U Ransonova skóre se 5 kritérií stanovuje při přijetí a 6 během 48 hodin. U biliární pankretitidy se parametry poněkud odlišují. Při pozitivitě 3 a více faktorů je pravděpodobná diagnóza těžké pankreatitidy.

Ransonovo skóre - při přijetí:

věk nad 55, **leukocytoza** nad 16,000/ul, **glykémie** nad 11 mmol/l, **LDH** nad 5.81 ukat/l a **AST** nad 4.17 ukat/l.

Ransonovo skóre - během 48 hodin:

pokles hematokritu nad 10%, **vzestup urey** nad 1 mmol/l, **nekorig. Ca** pod 2 mmol/l, **arteriální pO2** pod 4.3 kPa, **deficit bazí** pod 4 mmol/l a **retence tekutin** nad 6 litrů

Diagnostika akutní pankreatitidy

Základem diagnostiky je vždy anamnéza a fyzikální vyšetření pacienta. Kromě vlastní diagnózy je nutné určit i etiologii, je-li to možné. Nejčastější příčinou u žen je biliární pankreatitida, u mužů jde o alkoholickou pankreatitidu. Alkoholická pankreatitida nejčastěji přichází do 12-72 hodin po alkoholovém excesu. Při fyzikálním vyšetření je hlavním příznakem bolestivost břicha, spíše s maximem vlevo od pupku, vystřelující do zad, úlevová poloha na břiše, či boku s pokrčenými dolními končetinami. **Grey-Turnerovo** (hematomy v slabinách) a **Cullenovo znamení** (hematomy kolem pupku) jsou spíše vzácné a bývají přítomny u těžké pankreatitidy.

Ke zhodnocení celkového stavu je nutné změření TK, tepové frekvence, dechové frekvence a tělesné teploty.

Laboratorní vyšetření

Základem je vyšetření pankreatické amylázy a lipázy v séru. Celková amyláza může být zvýšena i u jiných onemocnění, nicméně **více než trojnásobné zvýšení amylázémie** bývá značně specifické právě pro akutní pankreatitidu.

Z dalších vyšetření vhodných pro určení tíže akutní pankreatitidy je vhodné vyšetření krevních plynů a renálních parametrů, hematokritu, hladiny vápníku, LDH, bilirubinu a jaterních enzymů. Elevace bilirubinu a výraznější elevace AST než ALT je typická pro biliární pankreatitidu. CRP je velmi důležitý protein akutní fáze, který se hodí pro odhad tíže pankreatitidy, za signifikantní lze považovat zvýšení nad 120mg/l (86% senzitivita nekrózy), novějším proteinem akutní fáze je prokalcitonin.

Zobrazovací metody

V akutní fázi je nejčastěji proveden nativní rentgen břicha (diferenciální diagnostika) bolesti břicha a ultrazvuk břicha, který má největší význam v průkazu biliární pankreatitidy (choledocholithiasa, dilatace choledochu). V pozdní fázi má ultrazvuk význam v diagnostice cystoidů a abscesů.

CT vyšetření je velmi důležité pro zhodnocení lokální anatomie včetně intersticiálního edému, nekróz (četnost, rozsah, lokalizace), kolekcí tekutin, abscesů a pseudocyst. CT by při podezření na těžkou pankreatitidu mělo být provedeno cca 72 hodin od začátku obtíží.

Na základě CT vyšetření jsou rozlišována **Balthazarova stádia** tíže akutní pankreatitidy (A-E).

A - Normální pankreas

B - Mírné intrapankreatické změny

C - Intrapankreatické + mírné peripankreatické změny

D - Intrapankreatické + výrazné peripankreatické změny

E - Výrazné intrapankreatické + eripankreatické změny včetně abscesu, nekrózy, či multilokulárních kolekcí peripankreatické tekutiny

ERCP

Hlavním přínosem ERCP v akutní fázi je biliární pankreatitida, kdy ERCP je základní terapeutickou modalitou při přetrvávání obstrukčních enzymů.

Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika akutní pankreatitidy je de facto dif. dg. abdominální bolesti lokalizované v oblasti epigastria a okolo pupku. Z akutních závažných stavů zahrnuje **perforaci trávicí trubice** (jícen, žaludeční vřed, duodenální vřed, jiné části střeva), **rupturu abdominální aorty**, **akutní infarkt myokardu** (spíše spodní stěny), **mezenteriální ischémii** a **mimoděložní těhotenství**. Z méně akutních stavů se může jednat o cholecystitidu, cholangitidu, vředovou chorobu gastroduodena, apendicitidu, divertikulitidu