

Noves estratègies en el tractament de la pancreatitis aguda necrotizant

Guerrero R, Romaguera A, Serra S, Llaquet H, Estremiana F, Bejarano N, Corcuera A, García Monforte N, García Borobia F, Navarro S.

- Un 5-15% dels pacients amb pancreatitis aguda presentarà necrosi



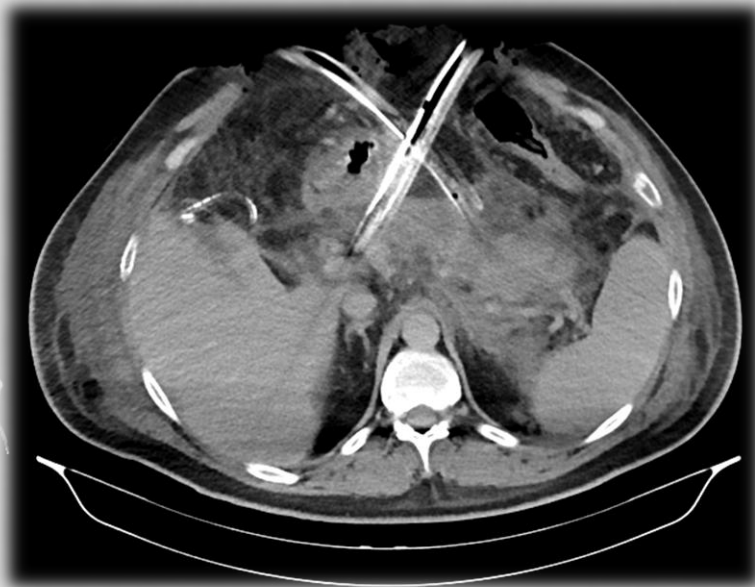
Fallo orgànic persistent (FOP) en ½ dels pacients;
mortalitat del 15 %.

- En necrosi infectada, FOP en 2/3 dels pacients; mortalitat del 30%

Martin L Freeman et al. Pancreas 2012; 41: 1176-1194
Peter A Banks et al. Gut 2013; 62:102-111

MANEIG TRADICIONAL DE LA NECROSI INFECTADA:

Desbridament quirúrgic + drenatges i rentats peritoneals (múltiples sessions quirúrgiques)



Beger HG. Surg Clin North Am. 1989 Jun;69(3):529-49.
Beger HG. Hepatogastroenterology. 1991 Apr;38(2):129-33.

La cirurgia oberta suposa:

- Estrés perioperatori
- Complicacions (34-95%) (fístules externes, diabetes, insuficiència pancreàtica exocrina, eventracions, etc.)
- Mortalitat (11-39%)

Guru Trikudanathan et al. Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol. 7(5), 463-475 (2013)
Hjalmar C. Van Santvoor et al. N Engl J Med 2010; 362: 1491-502 (Dutch PANTER trial)

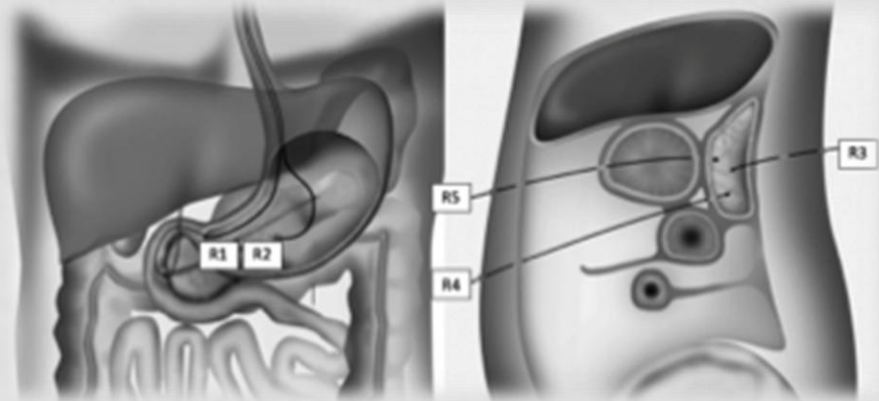
Nous enfocem en el maneig de les pancreatitis:

-Canvis en la terminologia de les PA greus

- Definició de gravetat
- Definició de complicacions locals:
 - Agudes: col·leccions líquides agudes, col·leccions necròtiques.
 - >4 setmanes: pseudoquist, walled off necrosis (WON).

- Incorporació de tècniques mínimament invasives

-“Step-up approach”



Pancreatology. 2011;11:406Y413.

Martin L Freeman et al. Pancreas 2012; 41: 1176-1194

Hjalmar C. Van Santvoor et al. N Engl J Med 2010; 362: 1491-502 (Dutch PANTER trial)



MALALTIA DINÀMICA

“STEP-UP APPROACH”

- ✓ Antibiòtics
- ✓ Drenatges endoscòpics i percutanis
- ✓ Tècniques mínimament invasives: VARD
- ✓ Diferir els tractaments més agressius

Hjalmar C. Van Santvoor et al. N Engl J Med 2010; 362: 1491-502 (Dutch PANTER trial)

OBJETIU

Valorar la nostra experiència en l'aplicació de les noves estratègies en el tractament de la PAN.

MATERIAL I MÈTODE

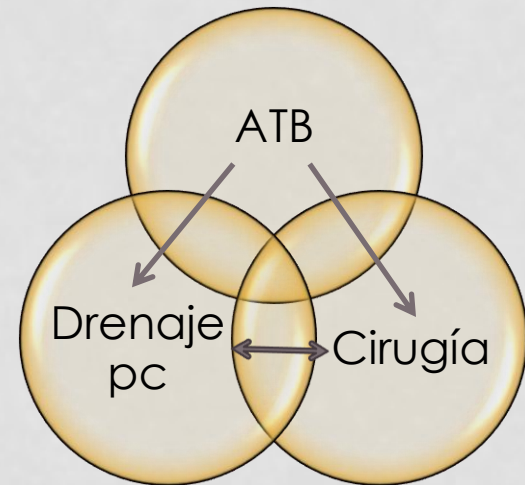
- Revisió retrospectiva de totes les PAN (necrosi pancreàtica o peripancreàtica) entre 2009 i 2012.
- Seguiment de recomanacions internacionals:
 - No profilaxi antibiòtica.
 - TC abdominal si: dubte diagnòstic, fallo d'òrgans, febre o sospita clínica de gravetat.
 - Necrosi infectada (NPI): confirmació per cultiu microbiològic (per PAAF o cirurgia) o presència de gas en TC.

- Variables analitzades:

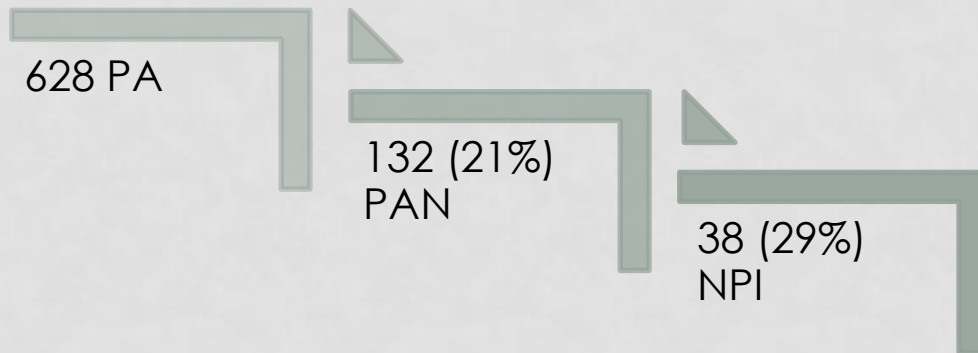
- ✓ Antibiòtics administrats
- ✓ Gèrmens aïllats
- ✓ Necessitat d'ingrés a UCI
- ✓ Estada hospitalària
- ✓ Mortalitat

-Estratègia terapèutica (NPI):

- ✓ Antibiòtics
- ✓ Antibiòtics + drenatge percutani
- ✓ Antibiòtics + drenatge percutani + cirurgia (VARD)
- ✓ Cirurgia oberta + Antibiòtics



RESULTATS:



| | PAN | |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|
| | NO INFECTADA | INFECTADA |
| N | 94 (71%) | 38 (29%) |
| Ingrés a UCI (pacients) | 11 (12%) | 20 (53%) |
| Nutrició parenteral (pacients) | 20 (21%) | 24 (63%) |
| Estada hospitalària (mitjana) | 17d | 58d |
| Mortalitat | 8 (9%) | 4 (11%) |

RESULTATS: ESTRATÈGIA TERAPÈUTICA A LA NPI

| | |
|---------------------------------------|-----------------|
| N | 38 |
| ANTIBIÒTIC | 8 (21%) |
| ANTIBIÒTIC + DRENATGE | 8 (21%) |
| ANTIBIÒTIC+ DRENATGE +CIRURGIA | 2 (5%) |
| ANTIBIÒTIC + CIRURGIA | 20 (53%) |

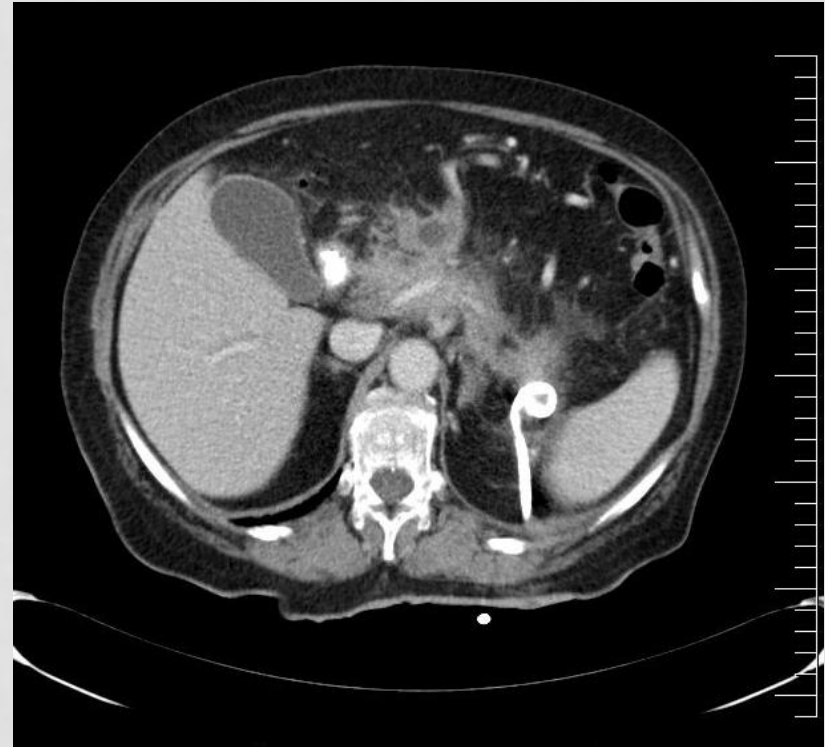
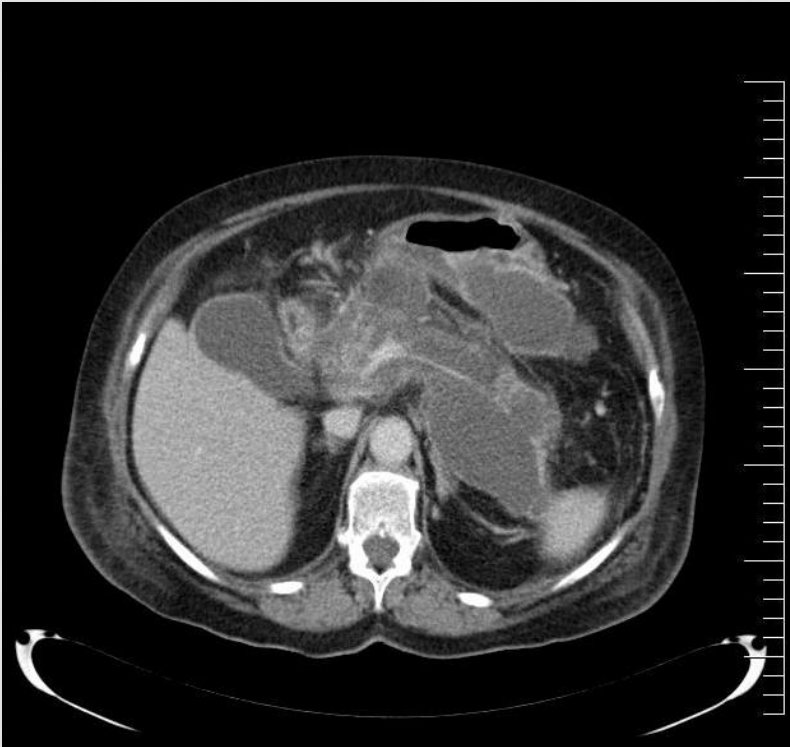
✓ GÈRMENS AILLATS A LA NPI:

| | | |
|---------------------|----------------------------|------|
| CGP N=17 | Staphylococcus aureus | 5 |
| | Staphylococcus epidermidis | 4 |
| | | 1(*) |
| | Enterococcus faecalis | 4(*) |
| | Streptococcus sp | 3 |
| BGN N=18 | Escherichia Coli | 5 |
| | Klebsiella sp | 5 |
| | Enterobacter sp | 4 |
| | Pseudomona sp | 3(*) |
| | Citrobacter sp | 1 |
| Hongos | Candida Albicans | 1 |
| (*) Polimicrobianes | | |

✓ **ANTIBIÒTICS:**

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| AMIKACINA | 5 | 2,8 |
| AMOXICIL ·LINA-CLAVU | 17 | 9,4 |
| AMPICIL ·LINA | 2 | 1,1 |
| CEFEPIME | 2 | 1,1 |
| CEFTAZIDIMA | 1 | ,6 |
| CEFTRIAXONA | 13 | 7,2 |
| CIPROFLOXACI | 22 | 12,2 |
| CLINDAMICINA | 1 | ,6 |
| CLOXACIL ·LINA | 2 | 1,1 |
| ERTAPENEM | 6 | 3,3 |
| GENTAMICINA | 1 | ,6 |
| LEVOFLOXACI | 3 | 1,7 |
| LINEZOLID | 3 | 1,7 |
| MEROPENEM | 47 | 26,0 |
| METRONIDAZOL | 17 | 9,4 |
| PIPER-TAZO | 22 | 12,2 |
| TIGECICLINA | 1 | ,6 |
| TOBRAMICINA | 1 | ,6 |
| VANCOMICINA | 15 | 8,3 |
| Total | 181 | 100,0 |

✓ DRENATGE PERCUTANI:



| | |
|--------------------------------|----------|
| N (NPI) | 38 |
| ANTIBIÒTIC | 8 (21%) |
| ANTIBIÒTIC + DRENATGE | 8 (21%) |
| ANTIBIÒTIC+ DRENATGE +CIRURGIA | 2 (5%) |
| ANTIBIÒTIC + CIRURGIA | 20 (53%) |

Ruta preferida, la retroperitoneal.

Guru Trikudanathan et al. Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol. 7(5), 463-475 (2013)

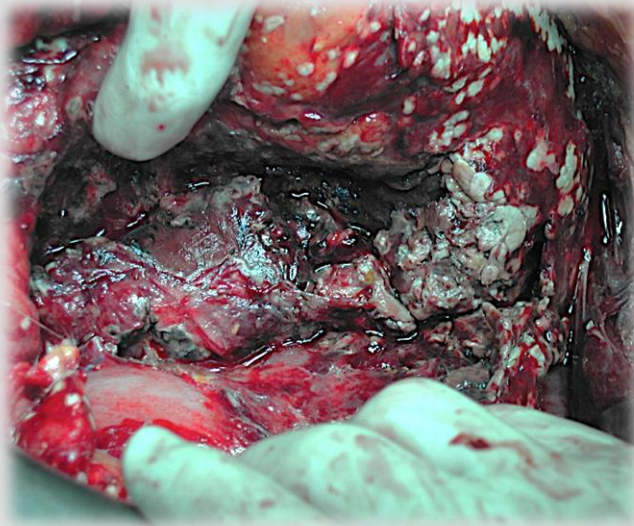
✓ DRENATGE ENDOSCÒPIC
TRANSGÀSTRIC:



Disminueix el % de complicacions respecte a la necrosectomia oberta

Guru Trikudanathan et al. Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol. 7(5), 463-475 (2013) PENGUIN trial

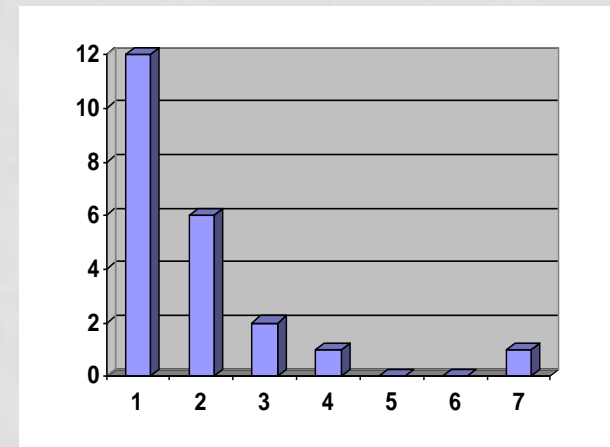
✓ CIRURGIA:



| | |
|--------------------------------|----------|
| N (NPI) | 38 |
| ANTIBIÒTIC | 8 (21%) |
| ANTIBIÒTIC + DRENATGE | 8 (21%) |
| ANTIBIÒTIC+ DRENATGE +CIRURGIA | 2 (5%) |
| ANTIBIÒTIC + CIRURGIA | 20 (53%) |

-Necrosectomia per via oberta en 20 pacients i per via retroperitoneal en 2.

-Deu pacients van requerir més d'un procediment.



VARD (Video Assisted Retroperitoneal Debridement)



Audrius Sileikis et al. WideoChir Inne Tech Malo Inwazyine 2013 March; 8(1):29-35
Audrius Sileikis et al. Medicina (Kaunas) 2010; 46(3):176-9
Carter CR et al. Ann Surg 2000; 232: 175-80
Olaf J. Bakker et al. JAMA 2012; 307 (10): 1053-1061

CONCLUSIONS

- El “dogma” de que la NPI ha de ser operada sempre hauria de ser abandonat.
- Tractament “a la carta” segons situació clínica del pacient
- En el nostre entorn l'aplicació d'aquesta l'estratègia presenta una mortalitat acceptable (11%).
- Un 42% dels nostres pacients no ha precisat cirurgia.
- Discutir casos en comitè multidisciplinar: UCI, digestòlegs, cirurgians, radiòlegs.



Gràcies