

## PANKREATITI



Ardita Kafexholli

Doktor i Mjekësisë

Pankreatiti është një inflamacion i pankreasit i cili mund të jetë akut ose kronik. Pankreasi është një organ me funksion endokrin dhe ekzokrin me vendosje retroperitoneale (me përjashtim të bishtit) (1). Pankreatiti akut është një proces inflamator akut i shkaktuar nga aktivizimi dhe autodigjestionit i gjëndrës nga enzimet e prodhuara prej tij. Kjo sëmundje prek më shpesh moshat 30-50 vjeçare dhe takohet njëlloj në të dy gjinitë. Pankreatiti kronik është inflamacion kronik që vë nga episodet e përsëritura të inflamacionit të pankreasit që çon në sklerozë progresive të parenkimës së gjëndrës që rezultojnë në humbjen e funksionit ekzokrin dhe endokrin të pankreasit (2,3). Pankreatiti mund të manifestohet në simptoma të lehta, të menaxhueshme ose në komplikime të rënda, që kërcënojnë jetën (4).

## Diagnoza e pankreatitit

Diagnoza e pankreatitit zakonisht përfshin një kombinim të vlerësimit klinik, analizave të gjakut dhe hulumtimeve imazherike. Pacientët zakonisht paraqiten me dhimbje të forta abdominale që përhapet në shpinë, të vjella, në disa raste ethe dhe verdhëz. Testet e gjakut që tregojnë nivele të larta të enzimave pankreatike, amilazës dhe lipazës, janë tregues të pankreatitit. Modalitetet imazherike si ultratingulli, tomografia e kompjuterizuar (CT) dhe imazheria me rezonancë magnetike (MRI) mund të ndihmojnë në vizualizimin e gjendjes së pankreasit (3,5).

## Format e rënda të pankreatitit

Pankreatiti akut nekrotizues karakterizohet nga nekroza e parenkimës së pankreasit dhe e indit peripankreatik. Format e rënda të pankreatitit siç është nekroza pankreatike e cila paraqet zona nekroze fokale që mund të jenë të kufizuara ose difuze të shoqëruara me nekrozë peripankreatike të cilat bëhen të dukshme 5 ditë pas fillimit të sëmundjes (6).

Klasifikimi i Atlantës e klasifikon gjerësisht pankreatitin në dy kategori Tabela 1). Këto janë:

-Pankreatiti akut edematoz intersticial karakterizohet nga inflamacioni akut i parenkimës së pankreasit dhe indit rrethues peri-pankreatik.

-Pankreatiti akut nekrotizues karakterizohet nga nekroza e parenkimës së pankreasit dhe e indit peri-pankreatik (7-9).

## Tabela 1 Klasifikimi i Atlantës

## Materiali dhe Metodat

Për këtë studim, është bërë një rishikim gjithëpërfshirës i literaturës duke përdorur PubMed, një databazë të dhënash e njohur gjerësisht për shkencat biomjekësore dhe të jetës. Kërkimi u përshtat në mënyrë specifike për të mbledhur informacion mbi pankreatitin, komplikimet e tij dhe opsionet e trajtimit kirurgjik. Duke përdorur një kombinim të fjalëve kyçe përkatëse dhe titujve të lëndëve mjekësore (MeSH), synuam të rishikojmë një spektër të gjerë artikujsh shkencorë, rishikime dhe prova klinike në lidhje me këtë temë. Kjo qasje metodologjike siguroi një rishikim të literaturës ekzistuese mjekësore, duke ofruar një bazë të fortë rreth metodave aktuale të trajtimit kirurgjik të komplikimeve të pankreatitit.

## Rezultatet

## Pseudocista pankreatike

Pseudocista pankreatike është një grumbullim i lokalizuar i lëngjeve, i cili është i pasur me amilazë dhe enzima të tjera pankreatike, e cila nuk përmban material të ngurtë dhe është e rrethuar nga një mur i mirëpërcaktuar i indit fibroz që i mungon një shtresë epiteliale (10,11). Pavarësisht shkaqeve të ndryshme, pseudocistet janë relativisht të rralla, me incidencë prej 0.5-1.0 për 100,000 në vit (12). Pseudocista haset më shpesh tek pankreatiti akut dhe paraqet lezionin cistik më të shpeshtë të pankreasit, me 2/3 e të gjitha lezioneve cistike dhe edhe pse rrallë mund të çojnë në neoplazi malinje (13,14).

Fillimisht D'Egidio dhe Schein në 1991 klasifikuan pseudocistet sipas shkakut themelor (pankreatiti akut ose kronik), anatomisë e kanalit pankreatik dhe lidhjen midis cistës dhe kanalit pankreatik. Në vitin 2002, Nealon dhe Walsler prezantuan një sistem më të thjeshtë që fokusohet në anatominë e kanalit pankreatik, siç vërehet përmes ERCP (15,16).

Pan et al. propozuan një sistem klasifikimi të ri i cili kategorizon pseudocistet sipas vendosjes së tyre anatomike, simptomave klinike dhe

Tabela 1.

Nekroza pankreatike/peripankreatike	<4 Javë	>4 Javë
Jo	Mbledhje akute e lëngut peripankreatik	Pseudocistë pankreatike
Po	Mbledhje nekrotike akute	Nekrozë me mure

natyrës së lidhjes midis cistës dhe kanalit pankreatik (Tabela 1) (17).

Tabela 2 Kategorizimi i pseudocisteve pankreatike

#### Format e trajtimit

Kur bëhet selektimi i qasjes terapeutike dhe merren vendimet për menaxhimin e pseudocistës pankreatik, duhet të merren në konsideratë madhësia dhe vendndodhja e cistës, korrelacioni dhe zgjerimi i kanalit kryesor pankreatik, patologjia pankreatike dhe simptomat e pacientëve (18).

Drenimi perkutan rrallëherë rekomandohet për shkak të ndërlikohjes së tij me shkallë të lartë të morbiditetit dhe mortalitetit (19). Drenimi kryhet duke përdorur një kateter pigtail, me madhësi nga 7-12 Fr, i cilit futet në pseudocistë përmes telave udhëzues të vendosur nga futja e gjilpërës. Drenimi i drejtpërdrejtë i aspirimit perkutan është më pak efikas në krahasim me drenimin e vazhdueshëm perkutan (20,21).

Kjo teknikë duhet të ruhet kryesisht vetëm për pacientët me një pseudocist akut, ku anatomia normale e kanaleve është e dëshmuar përmes metodave imazherike, ose në rastet ku sëmundjet shoqëruese dhe gjendja e përgjithshme e pacientit nuk e lejojnë ndërhyrjen kirurgjike (22).

Trajtimi kirurgjik (Drenimi kirurgjik) për pseudocistën pankreatike përfshin drenimin e brendshëm në traktin gastrointestinal (stomak, duodenum, jejunum), drenimin e jashtëm dhe reseksionin. Drenimi kirurgjik (SD) është trajtimi fillestar i preferuar për pseudocistet simptomatike. Ai arrin një shkallë të përhershme të shërimit mes 91-97% në procedurat si cistogastrostomia dhe cistojejunostomia, me shkallë vdekshmërie midis 0-13% dhe shkallë të sëmundshmërisë 10-30% (23,24).

Drenazhi endoskopik (ED) është metoda e preferuar për trajtimin e pseudocisteve pankreatike për shkak të natyrës së tij minimalisht invazive (23,25). Përmes ED krijohet lidhja midis pseudocistës dhe një pjese të traktit gastrointestinal (lukth, duoden ose jejunum). Ekzistojnë dy teknika kryesore të ED: Drenimi transmural (TMD) dhe drenimi transpapilar (TPD)(26).

TPD përfshin zgjerimin e balonit dhe stentimin nën ERCP, duke mundësuar komunikimin midis pseudocistës dhe kanalit pankreatik ose nevojitet aftësia për të naviguar nëpër ngushticat e kanalit për të vendosur një stent plastik 5-7 Fr (27).

TMD, në anën tjetër, është e përshtatshme për pseudocistet afër murit të zorrëve

(<1cm). Kjo përfshin shpimin e pseudocistës dhe futjen e stenteve për drenim, me zgjerim të mundshëm me balon për të lehtësuar procesin (28,29).

Studimet e fundit që krahasojnë drenazhin kirurgjik (SD) me drenazhin endoskopik minimal invaziv (ED) për pseudocistet pankreatike kanë gjetur sukses të ngjashëm dhe shkallë të komplikimeve midis dy metodave. ED preferohet përgjithësisht, përveç rasteve kur rrethanat specifike, si p.sh. vendndodhja e një pseudokisti pranë shpretkës, e bëjnë SD opsionin më të sigurt (18,23,24).

Cistogastrostomia laparoskopike është paraqitur si një alternativë premtuese minimalisht invazive ndaj drenimit endoskopik (ED) për trajtimin e pseudokisteve pankreatike. Mund të kryhet duke përdorur qasje të përparme ose të pasme, në varësi të përvojës së kirurgut (30,31).

#### Pankreatiti nekrotizant

##### Trajtimi kirurgjik

Trajtimi invaziv nuk kërkohet për çdo rast të pankreatitit nekrotizues mirëpo është i rezervuar për raste të veçanta, të përcaktuara kryesisht nga simptomat klinike të pacientit. Infeksioni i indit nekrotik është arsyeja kryesore për marrjen në konsideratë të ndërhyrjeve invazive, që ndodhin në afërsisht 1/3 e individëve me pankreatit nekrotizues (32-34).

##### Drenimi i udhëhequr me ultrazë, stentet luminale dhe ato me bisht të dyfishtë

Drenimi me ultratingull endoskopik (EUS) i Nekrozës me mure (WON) kryhet duke përdorur sondat e EUS terapeutik me kanale të mëdha pune për të lokalizuar dhe qasur me saktësi koleksionin nekrotik. Vendi optimal i drenimit është zakonisht pika më e afërt me murin gastrointestinal, qoftë në lukth apo në duoden. Procedura zakonisht përfshin hyrjen në koleksion me një gjilpërë të imët (fine needle), futjen e një teli udhëzues, zgjerimin e traktit dhe vendosjen e stenteve për cistogastrostomi ose cistoduodenostomi (33,35).

Stentet metalike vetë-zgjeruese (SEMS) dhe stentet plastike me bisht të dyfishtë (double pigtail plastic stents-DPPS), janë përdorur tradicionalisht për kalibrin e tyre të madh dhe lehtësinë e aksesit, me SEMS që ofrojnë një mbyllje më të mirë dhe reduktojnë rreziqet e rrjedhjeve. Stentet metalike që aplikohen në lumen (LAMS) kanë përmirësuar më tej drenimin e udhëhequr nga EUS (35,36).

Për WON komplekse që mund të kërkojnë pika të shumta aksesi, Teknika Multiple

Transluminale Gateway (MTGT) mund të përdoret për të futur tretje dhe për të lehtësuar drenimin nekrotik përmes disa stenteve. Në raste të caktuara, mund të përdoret një qasje e kombinuar endoskopike dhe perkutane, veçanërisht kur lokacioni nekrotik nuk është i arritshëm në mënyrë endoskopike (37).

Rezultatet e hulumtimeve kanë treguar avantazhet klinike të përdorimit të stenteve metalike të aplikuara në lumen (LAMS) ndaj stenteve me bisht të dyfishtë (DPPS) për drenimin e Nekrozës së Murosur (WON) (9,38).

Procesi fillon me përdorimin e EUS për të udhëhequr vendosjen e stentit, duke lejuar krijimin e një kanali midis zgavrës nekrotike dhe traktit gastrointestinal. Me LAMS, koha procedurale është më e shkurtër në krahasim me DPPS (39).

Momentalisht, zgjidhja më e mirë e trajtimit të nekrozës së murosur të pankreatitit është stentimi metalik i lumenit (LAMS). Pas 3-4 javëve, stentimi metalik i lumenit duhet të zëvendësohet me stentë plastike me bisht të dyfishtë (double pigtail plastic stents-DPPS), sepse qëndrimi i tejzgjatur i tyre rrit rrezikun për gjakderdhje (40).

Nëse drenimi perkutan dështon, duhet të merret parasysh drenimi kirurgjik. Opsionet minimalisht invazive përfshijnë debridimin retroperitoneoskopik të asistuar me video (VARD) dhe nekrosektominë endoskopike. (41)

##### Nekrosektomia endoskopike

Nekrosektomia endoskopike duhet të rezervohet për ata pacientë me nekrozë të kufizuar, të cilët nuk i janë përgjigjur në mënyrë adekuate drenazhës transmuralë endoskopike duke përdorur stente metalike me hapje të madhe, vetë-zgjeruese / stente metalike që vendosin lumen vetëm ose stente plastike të kombinuara me shpërlarje (41)

Nekrosektomia endoskopike është një komponent thelbësor i menaxhimit të Nekrozës së Murosur (WON), e kryer përmes sondës terapeutike të EUS. Procedura përfshin lokalizimin e koleksionit nekrotik, qasjen me endoskop që shikon përpara (42). Praktika e zakonshme sugjeron kryerjen e nekrosektomisë kur drenimi fillestar nuk jep përmirësim adekuat klinik (43). Studimet kanë treguar se hapat më pak invazivë, si drenimi endoskopik, mund të jenë të mjaftueshëm për shumë pacientë. Nekrosektomia e vonuar, e planifikuar dhe e kryer pas përpjekjeve fillestare të drenazhit, është miratuar si efektive dhe e sigurt, duke rezultuar në përgjithësi në një

nevojë të reduktuar për procedura të shumta nekrosektomie (9,44).

Bang et al. treguan hapat për kryerjen e nekrosektomisë endoskopike. Së pari, debridimi kryhet duke përdorur instrumente si kapëse të veçanta. Pas kësaj, mbetjet nekrotike nxirren me ndihmën e pincës ose rretave të marrjes. Faza përfundimtare përfshin shpërlarjen me tretësirë fiziologjike dhe peroksid hidrogjeni për të pastruar zonën. Kjo qasje sistematike siguron heqjen e plotë të indit nekrotik dhe zvogëlon rrezikun e infeksionit, duke treguar rezultate më të mira në menaxhimin e Nekrozës (WON) (45).

Në rastet e nekrozës ekstensive, ndonjëherë përdoret një metodë drenimi me modalitet të dyfishtë, duke kombinuar metoda endoskopike dhe perkutane, duke lejuar debridimin edhe në vende të largëta nga trakti gastroduodenal (46).

Pavarësisht efektivitetit të saj, nekrosektomia endoskopike mbart një rrezik të konsiderueshëm të efekteve të padëshiruara, të tilla si gjakderdhja, fistula ose perforimi (47).

#### Nekrosektomia e hapur e pankreasit

Parimi themelor është ekspozimi i zonës nekrotike, zakonisht pas transeksionit të ligamentit gastro-kolik dhe duodeno-kolik, dhe diseksionit të topitur, pastaj debridimit të indit nekrotik.

Ndërsa zgavra nekrotike mund menaxhohet në mënyra të ndryshme:

1. Paketimi i hapur – zgavrat mbushen me gaza dhe bëhet planifikimi i përsëritjes së procedurës

pas 48h deri atëhere kur procesi i nekrotizimit ndalet.

2. Ri-laparotomi të e planifikuara: pas nekrosektomisë fillestare dhe lavazhit, pacienti planifikohet për ri-laparotomi.

3. Lavazhi i vazhdueshëm i mbyllur: dy ose më shumë tuba të mëdhenj Salem-Sump vendosen në zonën nekrotike dhe ligamentet rekonstruktohen për të krijuar një ndarje të kompartmentit, e përcjellur me shpërlarje të vazhdueshme me vëllim të lartë menjëherë para përfundimit të ndërhyrjes kirurgjike.

4. Paketimi i mbyllur: paketimi i zonës kombinohet me futjen e drenave Penrose dhe drenave përthithës të mbyllur.

Nekrosektomia e hapur pankreatike mund të jetë e zbatueshme tek rastet ku opsionet tjera më pak invazive kanë dështuar (40).

#### Përfundimi

Pankreatiti mbetet një gjendje komplekse dhe potencialisht e rëndë, që kërkon diagnozë të shpejtë dhe strategji të gjithanshme trajtimi. Përderisa trajtimet tradicionale fokusohen në menaxhimin e simptomave, terapitë e reja ofrojnë rrugë premtuese për ndërhyrje më të shpejta dhe efektive. Me përparimin e hulumtimeve, një kuptim më i thellë i mekanizmave që qëndrojnë në bazë të pankreatitit, do të çojë me shumë gjasa, në opsione më të rafinuara dhe të personalizuar të trajtimit, duke përmirësuar rezultatet për pacientët e prekur nga kjo sëmundje sfiduese.

#### Referencat:

1. Van Den Berg FF, Boermeester MA. Update on the management of acute pancreatitis. *Current Opinion in Critical Care*. 2023 Apr;29(2):145–51.

2. Strum WB, Boland CR. Advances in acute and chronic pancreatitis. *World J Gastroenterol*. 2023 Feb 21;29(7):1194–201.

3. Singh VK, Yadav D, Garg PK. Diagnosis and Management of Chronic Pancreatitis: A Review. *JAMA*. 2019 Dec 24;322(24):2422.

4. Onnekink AM, Boxhoorn L, Timmerhuis HC, Bac ST, Besselink MG, Boermeester MA, et al. Endoscopic Versus Surgical Step-Up Approach for Infected Necrotizing Pancreatitis (ExTENSION): Long-term Follow-up of a Randomized Trial. *Gastroenterology*. 2022 Sep;163(3):712–722.e14.

5. Mederos MA, Reber HA, Girgis MD. Acute Pancreatitis: A Review. *JAMA*. 2021 Jan 26;325(4):382.

6. Gapp J, Tariq A, Chandra S. Acute Pancreatitis. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cited 2024 Apr 1]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482468/>*

7. Law R, Baron TH. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts and necrosis. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 2015 Feb;9(2):167–75.

8. Foster BR, Jensen KK, Bakis G, Shaaban AM, Coakley FV. Revised Atlanta Classification for Acute Pancreatitis: A Pictorial Essay. *RadioGraphics*. 2016 May;36(3):675–87.

9. Troncone E, Amendola R, Gadaleta F, De Cristofaro E, Neri B, De Vico P, et al. Indications, Techniques and Future Perspectives of Walled-off Necrosis Management. *Diagnostics*. 2024 Feb 9;14(4):381.

10. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013 Jan;62(1):102–11.

11. Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst. *WJG*. 2009;15(1):38.

Tabela 2.

Tipi	Përshkrimi
I	<5 cm pa simptoma, komplikime dhe neoplazi
II	Dyshohet për neoplazi cistike
III	Pseudocistë e lokalizuar në proc.uncinatus të pankreasit
IIIa	Komunikimi me kanalin pankreatik (+)
IIIb	Komunikimi me kanalin pankreatik (-)
IV	Pseudocistë e vendosur në kokë, qafë ose në trup të pankreasit
IVa	Komunikimi me kanalin pankreatik (+)
IVb	Largësia e cistës me murin gastrointestinal është <1 cm
IVc	As IVa as IVb nuk zbatohen
V	Pseudocistë e vendosur në bishtin e pankreasit
Va	Prekja e v.splenica ose gjakderdhja nga trakti i sipërm gastrointestinal
Vb	Distanca nga cista në murin gastrointestinal është <1 cm, pa përfshirje të v.splenica ose gjakderdhje nga trakti i sipërm respirator