

BEHANDELING VAN PANCREATITIS ACUTA

DOOR A. A. VAN PUYVELDE, CHIRURG TE ROTTERDAM

Uit de Chirurgische afd. van het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam

HOOFD: P. A. VOS, CHIRURG

Naar aanleiding van een kleine reeks patiënten met pancreatitis acuta, die toevalligerwijze kort na elkaar werden opgenomen in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, wilde ik enkele opmerkingen maken, mede naar aanleiding van de casuïstische mededelingen van collega LEESBERG 1). Bij de behandeling van deze patiënten wilden wij nagaan of penicilline op de gevreesde aandoening invloed heeft, terwijl wij tevens gebruik maakten van gegevens van PAXTON en PAYNE 2) en van BRÉHANT 3). Men is daarbij tot het inzicht gekomen, dat het zieke pancreas zoveel mogelijk dient gespaard te worden in de periode van ziek zijn en genezing. Men zal dus trachten zowel externe als interne secretie van het pancreas zo weinig mogelijk te prikkelen.

Wat externe secretie betreft, zal men dus moeten vermijden, dat voedingsstoffen in maag en duodenum komen, om reflectoire prikkeling van het pancreas te voorkomen. Bovendien kan men de hormonale invloed van het secretine uitschakelen door de vorming hiervan onmogelijk te maken. Dit kan men doen door de afscheiding van zoutzuur door de maagwand te verminderen, waardoor het prosecretine zijn activator mist. Dit bereikt men door de patiënt enkele keren daags sulfas atropini subcutaan toe te dienen en het desondanks nog afgescheiden maagsap weg te zuigen met de neussonde.

Wat interne secretie betreft, tracht men de prikkel tot insulinevorming als gevolg van de bij pancreatitis acuta zo veelvuldig voorkomende hyperglycaemie, weg te nemen of althans te verminderen door de patiënt op geregelde tijden een adaequate hoeveelheid insuline te geven.

Vochttoevoer en voeding hebben de eerste dagen plaats langs parenterale weg totdat er een merkbare verbetering in de algemene toestand is ingetreden.

Wij gaven alle patiënten ten minste een bloedtransfusie dadelijk na of tijdens de operatie. Daarna plasma en physiologische zoutoplossing. Met glycosen gingen wij aan zodra de hyperglycaemie spontaan begon te dalen. Wij gaven dan af en toe, afgewisseld met zoutoplossing, een liter glycosen 5 pCt. en tevens een aequivalente hoeveelheid insuline. Dit alles onder contrôle van het bloedsuikergehalte.

Al naar gelang vooral de algemene toestand en bloedsuiker- en diastasegehalte in de urine, begonnen wij de derde of vierde dag met toediening van vloeistof. In het begin vruchtensap en karnemelk,

1) *N. T. v. G.*, no. 22, 1948.

2) *Surg. Gyn. and Obst.*, no. 1, 1948

3) *Le chirurgien en présence de l'état diabétique.*

later kreeg de patiënt rijst, beschuit en daarna werd het dieet steeds meer uitgebreid. Het laatst van al kregen de patiënten weer vetten. Bij deze op de physiologie berustende maatregelen gaven wij alle patiënten een hoge dosis penicilline door intramusculaire inspuiting om de drie uur.

Over pathogenese en diagnostiek wil ik hier niets zeggen, temeer daar onlangs een uitgebreid overzicht hiervan gepubliceerd is van de hand van CAHEN 1).

Welke theorie betreffende de pathogenese men ook wil aannemen, ons leek het in alle behandelde gevallen noodzakelijk laparotomie te verrichten om de toestand van de galwegen te kunnen beoordelen. Daar het volgens experimenten van ARCHIBALD 2) gebleken is, dat galstuwning het ziektebeeld van pancreatitis acuta kan veroorzaken, vonden wij het nodig de ductus choledochus te openen en deze te controleren op zijn inhoud. Eventueel aanwezige stenen kunnen dan worden verwijderd en de sfincter ODDI opgerekt. De gal uit de ductus hepaticus wordt daarna tijdelijk door een dunne drain naar buiten geleid.

Volgens bovengenoemde principes hebben wij een viertal patiënten behandeld met zeer goed resultaat. In het kort volgen hier de ziektegeschiedenissen:

A., oud 49 jaar, werd 17 Januari 1948 in het gasthuis opgenomen, omdat ze sinds 3 dagen uitermate hevige pijn had in epigastrio. De pijn trok naar de rug. Patiënte is niet misselijk geweest, maar als ze wat probeert te eten, braakt zij onmiddellijk. Vandaag is de pijn nog toegenomen. Zij blijkt 2 jaar geleden ook eens pijn te hebben gehad boven in de buik, terwijl ze in aansluiting aan deze pijn, die toen slechts kort duurde, even icterisch is geweest.

Wij zien een stevig gebouwde vrouw, die de indruk maakt zeer ziek te zijn. De temperatuur is 39.4°. Het gelaat is licht icterisch. De tong is beslagen. Aan hart en longen zijn geen afwijkingen te vinden. De buik is opgezet. Défense musculaire over de gehele bovenbuik. Patiënte is zeer pijnlijk bij aanraken. Bij percussie horen wij een tympanitische toon. Auscultatie: geen darmgeruisen te horen.

Bloedonderzoek: leuc.: 32.000. Diff.: 18 staafk., 76 segmentk., 4 lymphoc. en 4 monoc. Toxische korreling. Bloedsuiker: 1.78 per duizend.

Urine-onderzoek: alb.: neg. red.: neg., Diastase: 2048 eenh. (WOHLGEMUTH). Wij besluiten tot operatie.

Na openen van de buikholte door een boogvormige incisie om de rechter ribbenboog, vinden wij een licht vergrote lever. De galblaas heeft een sterk oedemateuze wand en bevat stenen. Ook het lig. hepato-duodenale is oedemateus en groen gekleurd door door de galblaas en galwegen gediffundeerde gal. Er bevindt zich ook wat gal in de vrije buikholte. Omentum majus en minus, mesocolen zijn bezet met witte vlekjes: BALSER-vetnecrose. Het pancreas is vergroot en oedemateus. De ductus choledochus is uitgezet. Deze wordt geopend tussen teugels. De papilla VATERI is afgesloten door een massa kleine steentjes. Nadat deze verwijderd zijn is de papilla doorgankelijk. Een dunne drain wordt in de duct. hepaticus gelegd, de art. cystica wordt afgebonden en de galblaas verwijderd.

In het leverbed leggen wij een dikke drain en een gaastampon en sluiten de buikwand op de gebruikelijke wijze. Dadelijk na de operatie krijgt de zieke

1) *Acta chirurgica Belgica*, Supplément, 1948.

2) *Surg. Gyn. and Obst.*, no 6, 1929

een bloedtransfusie, waarna wij blijven infunderen met physiologische zoutoplossing. Om de 3 uur 25.000 eenheden penicilline.

De volgende dag is het bloedsuikergehalte 1.64 per duizend.

Wij infunderen 1½ l plasma en verder weer physiologische zoutoplossing.
3 Keer daags ½ mg sulfas atropini subcutaan.

19 Januari: Bloedsuiker 1.0 per duizend. Behalve plasma en zout geven wij nu 2 keer een halve liter glycosse 5 pCt. en insuline subcutaan.

20 Januari. De temperatuur begint te dalen. De algemene toestand is goed. Bloedsuiker 0.97 per duizend. Patiënte mag beginnen te drinken.

23 Januari: De tampon wordt verwijderd. De temperatuur is normaal.

27 Januari: Drain en hechtingen worden verwijderd. Het nuchtere bloedsuikergehalte is 1.24. Het dieet dat ondertussen is uitgebreid tot rijst en beschuit, wordt weer wat gevarieerder.

4 Februari. Nuchter bloedsuikergehalte is 0.86. Patiënte mag opstaan. Het diastasegehalte is normaal.

13 Februari ontslag.

Mej. B., oud 41 jaar, wordt 22 Maart 1948 opgenomen. Zij is 2 dagen geleden vrij plotseling ziek geworden, heeft enkele keren gebraakt en heeft pijn in epigastrio, maar vooral rechts naast de wervelkolom. Er is geen eetlust. Zij blijkt sinds een jaar af en toe vage pijn in de bovenbuik te hebben gehad. Sinds 6 weken zijn deze klachten ernstiger en frequenter geworden.

De temperatuur is 39°. Sclerae: subicterisch. Tong beslagen. Aan hart en longen geen bijzonderheden. Buik: défense musculaire over de rechter bovenbuik. Zeer pijnlijk bij druk. De onderbuik is soepel. Darmgeruisen zijn te horen.

Bloedonderzoek: leuc.: 12.200. Differentiaties: eos. 1, staafk. 6, segmentk. 80, lymphoc. 11 en monoc. 2. Bloedsuiker 1.94 promille.

Urineonderzoek: alb.: neg., red.: neg. Sediment: geen bijzonderheden.

Diastase: 4096 eenheden.

Operatieverslag:

Boogvormige incisie om de rechter ribbenboog. De galblaas is matig sterk gevuld. Er zijn enkele adhaesies met het omentum. De galblaas bevat stenen. D. choledochus is wijd. Het pancreas is opgenomen in een uitgebreid ontstekingsinfiltraat. Er zijn overal witte punten en vlekjes van vetnecrose te zien, maar vooral op het omentum majus. Na afbinden van de d. cysticus, wordt de wijde De d. choledochus geopend. In de papilla Vateri zit een steentje ingeklemd. Dit wordt verwijderd. De papilla wordt opgerekt. Een dunne drain wordt in de d. hepaticus gelegd. De galblaas wordt geëxstirpeerd na afbinding van de art. cystica. In het leverbed wordt een dikke drain gelegd. Naar het pancreas leggen wij een tampon. Sluiting van de buikwand in lagen.

Post-operatorioir krijgt patiënte een bloedtransfusie, daarna een halve liter plasma en verder physiologische zoutoplossing. 4 maal daags ¼ mg sulfas atropini en 200.000 eenh. penicilline, over 24 uur verdeeld.

24 Maart: Bloedsuiker 1.38 per duizend. Intraveneus krijgt patiënte nog steeds plasma en physiol. zoutoplossing.

25 Maart: Bloedsuiker 1.80. Begonnen wordt met glycosse 5 pCt. te infunderen. Patiënte voelt zich goed. Temperatuur daalt goed. Zij mag beginnen te drinken.

26 Maart: Bloedsuiker 1.08. Patiënte mag wat rijst gebruiken.

31 Maart: Hechtingen en drain worden verwijderd.

2 April: Nuchter bloedsuiker 1.1. Diastasegehalte van de urine 64 eenh. WOHLGEMUTH.

4 April: Patiënte mag opstaan. Ontslag op 14 April.

Mej. C., oud 18 jaar, wordt 4 Mei 1948 in de nacht opgenomen. Zij is 30 April ziek geworden met pijn boven in de buik. De pijn is geleidelijk erger geworden.

Zij heeft een keer gebraakt. Vandaag is de pijn in hevigheid toegenomen. Zij heeft nooit eerder klachten gehad.

Onderzoek: Temperatuur: 38.3°. Tong beslagen. Aan hart en longen geen afwijkingen. De buik is licht opgezet. Er is pijn bij zuchten. Défense musculair over rechter buikhelft. Zeer pijnlijk bij druk.

Urineonderzoek: alb.: neg., red.: neg. Diastase: 2¹². Vanwege het late uur wordt afgezien van verder onderzoek.

Operatieverslag:

Incisie om de rechter ribbenboog. De galblaas bevat veel kleine steentjes. De d. choledochus is uitgezet. De pancreaskop is verdikt. In de gehele omgeving is BALSER-vetnecrose te zien. Na afbinding van d. cysticus wordt de d. choledochus geopend. Uit de papilla VATERI wordt een steentje verwijderd. In de d. hepaticus wordt een dunne drain gelegd. De galblaas wordt op de gebruikelijke wijze geëxstirpeerd. Op de stomp van de d. cysticus wordt een dikke drain bevestigd. Sluiting van de buikwand volgens anatomische lagen.

Nabehandeling: terstond bloedtransfusie. Daarna weer physiologische zoutoplossing en plasma. Penicilline 200.000 E. per 24 uur en 3 keer daags sulf.atrop. 1/4 mg.

5 Mei: Bloedsuiker 1.28 per duizend.

8 Mei: Bloedsuiker 1.1. Glycose 5 pCt. intraveneus met insuline.

9 Mei: Patiënte mag karnemelk en vruchtensap hebben.

14 Mei: Hechtingen verwijderd. Toestand goed.

15 Mei: Plotseling krijgt patiënte weer hoge temperatuur en pijn in de linker schouder. Bloedsuiker 1.38. Diastase weer 2¹¹. Wij beschouwen dit als een recidief. Het dieet wordt teruggebracht tot alleen water drinken.

20 Mei: Patiënte is weer veel beter. Bloedbeeld: eos. 3, segmentk. 40, lymphoc. 50, en monoc. 7.

31 Mei: Nuchter bloedsuiker 0.92. Diastase: 128 eenh. Patiënte eet weer vrijwel gewoon, gebruikt alleen weinig vet, zij voelt zich goed. Penicilline gestaakt. Enkele dagen later wordt zij ontslagen.

Mej. D., oud 20 jaar, werd 24 Juni 1948 opgenomen met de diagnose: cholecystitis? gedekte perforatie? Zij was 3 weken geleden bevallen. 2 dagen geleden kreeg zij pijn boven in de buik en was misselijk. De pijn bleef hetzelfde tot vannacht. De toestand werd ondragelijk voor haar door verergering van de klachten. De urine zou donker gekleurd zijn.

Bij opneming is de temperatuur 38.6°. Patiënte maakt een zieke indruk, is niet icterisch. Aan hart en longen geen bijzonderheden. Er is een sterke défense over het rechter hypochondrium. De galblaasstreek is zeer pijnlijk bij palpatie.

Urine-onderzoek: alb.: spoor, red.: neg., sediment: geen bijzonderheden.

Diastase: 2¹¹.

Bloedsuiker: 1.20 per duizend.

Operatieverslag:

Incisie om de rechter ribbenboog. Er is wat galbevattend vrij vocht. Al dadelijk treffen witte punten op het peritoneum. Bij nader onderzoek blijkt de pancreaskop opgenomen te zijn in een uitgebreid infiltraat. Overal in de omgeving zien wij grote en kleine witte vlekken van vetnecrose. De galblaas zit vol stenen. De d. choledochus is uitgezet. Deze wordt tussen teugels geopend na afsluiting van de d. cysticus. Uit de d. choledochus worden verschillende stenen verwijderd. In de d. hepaticus wordt een drain gelegd. De galblaas wordt verwijderd na afbinden van de art. cystica. Het leverbed wordt gesloten. Op de cysticus stomp wordt een dikke drain bevestigd, waarna de buikwand wordt gesloten in lagen.

Na de operatie krijgt de patiënte weer 200.000 E. penicilline per dag en om de 6 uur 1/4 mg sulf. atropini. Intraveneus eerst plasma, later physiologische zoutsolutie.

25 Juni: Bloedsuiker 0.91. Wij geven nu af en toe een halve liter glyose 5 pCt. en tegelijk 10 E. insuline.

28 Juni: De temperatuur begint te dalen. Bloedsuiker is 0.94. Patiënte krijgt nu geen atropine meer, mag wat drinken en een beschuit eten.

De toestand verbetert geleidelijk. Het dieet wordt steeds wat uitgebreid.

4 Juli: Hechtingen verwijderd en tevens de drains. De wond is per primam genezen. Bloedsuiker is normaal zonder dat insuline wordt gegeven. Diastasegehalte in de urine is 64 eenheden.

16 Juli werd patiënte in goede gezondheid ontslagen.

Bij deze patiënten hebben wij dus succes gehad met de beschreven therapie. Een bezwaar is, dat uit deze reeks niet is uit te maken, of de physiologische maatregelen dan wel het penicilline aansprakelijk zijn voor de genezing.

SAMENVATTING

Beschrijving van de behandeling van pancreatitis acuta. Laparotomie werd verricht ter exploratie van de galwegen en tevens om de gal tijdelijk naar buiten af te voeren. Postoperatoir werd penicilline gegeven, terwijl een reeks van maatregelen werd genomen om prikkeling van het zieke orgaan zoveel mogelijk te vermijden. Dit laatste zowel wat betreft interne als externe secretie.

Tenslotte volgen de ziektegeschiedenissen van vier patiënten, die op deze wijze behandeld zijn.

Résumé

Description du traitement de la pancréatite aiguë. Il a été fait une laparotomie en but d'explorer les voies biliaires, ce qui donne en même temps l'occasion de diriger temporairement la bile vers l'extérieur. On a administré de la pénicilline après l'opération et pris une série de mesures permettant d'éviter autant que possible l'irritation de l'organe malade; ceci, en ce qui concerne la sécrétion interne tout aussi bien que la sécrétion externe. L'auteur donne ensuite l'histoire de la maladie de quatre malades qui furent ainsi traitées.

Zusammenfassung

Beschreibung der Behandlung der akuten Pankreatitis. Es wurde eine Laparotomie ausgeführt um die Gallengänge zu untersuchen und gleichzeitig die Galle vorübergehend nach aussen abzuleiten. Postoperativ wurde Penicillin gegeben und während dessen eine Anzahl von Massregeln getroffen um eine Reizung des kranken Organes so gut wie möglich zu verhüten; das letztere im Hinblick auf die innere und äussere Sekretion. Schliesslich folgen die Krankengeschichten von vier Patienten, die auf diese Weise behandelt wurden.

Summary

Description of the treatment of pancreatitis acuta. Laparotomy was carried out for exploring the gall passages and also for temporarily draining the gall. After the operation, penicillin was given, while a series of measures were taken for preventing as much as possible irritation of the diseased organ. The last in connection with internal as well as external secretion. Finally, the disease histories of four patients thus treated follow.

Augustus 1948