

Undersøgelse og behandling for akut bugspytkirtelbetændelse

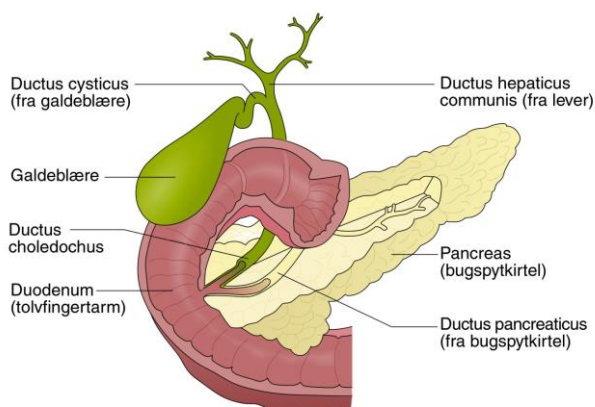
Akut betændelse i bugspytkirtlen er en kemisk betændelse, som ofte breder sig til det omkringliggende væv. Behandlingen er ernæring, væskebehandling, smertestillende medicin og eventuelt anden organunderstøttende behandling, herunder antibiotika.

I visse tilfælde kan det være nødvendigt med egentlig kirurgisk behandling eller anlæggelse af dræn, der ofte vil foregå ved hjælp af kikkertundersøgelse (endoskopi) eller vejledt af ultralydsskanning

Sygdomsforløbet er uforudsigeligt. Det er svingende og omskifteligt – time for time – dag for dag. De fleste tilfælde med bugspytkirtelbetændelser forløber mildt, men tilstanden kan i svære tilfælde være dødelig.

Akut betændelse i bugspytkirtlen

Bugspytkirtlen (pancreas) ligger i øvre del af bughulen - bagtil mod ryggen. Bugspytkirtlen producerer enzymer, der udskilles i tarmen via bugspytkirtelgangen, der løber ud sammen med galdegangen i tolvfingertarmen. Enzymerne er vigtige for fordøjelsen af føden i tarmen. Bugspytkirtlen danner desuden hormonet insulin, som styrer sukkeromsætningen i blodet og kroppen.



Akut betændelse opstår, fordi fordøjelsesenzymmer lækker ud af cellerne. Disse enzymer nedbryder selve bugspytkirtlen og vævet omkring den. Omfanget af

betændelsen varierer fra let hævelse til vævsdød, blødning fra ødelagte blodårer og opløsning af vævet. Hele eller dele af bugspytkirtlen kan være ramt. Sygdommen er relativt hyppig. Der optræder mindst 2-3000 nye tilfælde om året, især hos patienter med galdesten eller alkoholoverforbrug. Forekomsten af bugspytkirtelbetændelse er stigende. Det skyldes dels, at man er blevet bedre til at stille diagnosen og dels en højere forekomst af risikofaktorer, fx alkoholforbrug.

Galdesten og galdevejssygdom er den hyppigste årsag til akut betændelse i bugspytkirtelen. Alkohol er den næsthypigste årsag.

Andre og mere sjældne årsager er fx stofskiftesygdomme, visse typer medicin, kikkertundersøgelse af galdevejene (ERCP), ulykker, infektion og arv.

Symptomer på bugspytkirtelbetændelse

Bugspytkirtelbetændelse er kendetegnet ved, at man har smerter i den øvre dele af maven. Smerterne opstår som regel pludseligt. De er kraftige og konstante, forværres ofte ved gang eller sideleje. Smerterne bedres typisk, når man sidder op eller bøjer sig fremover.

Smerterne øger gerne i intensitet over nogle timer, før de når et niveau, som kan vare i flere dage.

Smerterne kan stråle ud til ryggen, brystet, flankerne eller nedre del af maven. De ledsagende symptomer kan være kvalme, opkastninger og let feber. Ofte udløses smerterne af et stort måltid, eller hvis man drikker alkohol.

SÅDAN FOREGÅR UNDERSØGELSERNE

Du skal igennem en række undersøgelser, for at vi kan fastslå, om du lider af bugspytkirtelbetændelse.

Blodprøver

For at stille diagnosen skal vi bestemme mængden af amylase i blodet. Amylase er et fordøjelsesenzym,

der produceres i bugspytkirtlen. Er amylasen kraftigt forhøjet, er diagnosen sikker. Derudover tager vi blodprøver for at bestemme blandt andet lever- og nyrefunktionen samt betændelsens sværhedsgrad.

Ultralyd

Vi kan foretage en ultralydsskanning af den øvre del af maven for at se, om der er galdesten. Ved påvisning af eller mistanke om galdesten er yderligere undersøgelser ofte nødvendige. Kikkertundersøgelse af galdegangen (ERC) kan komme på tale, hvis vi ønsker at fjerne en fastsiddende galdesten og/eller behandle gulsot.

MRCP-skanning

En anden mulighed er magnetisk skanning (MRCP), som typisk foretages i milde tilfælde, hvor der kun er mistanke om galdesten.

CT-skanning

CT-skanning er en avanceret røntgenundersøgelse, som er nødvendig for at vurdere vævshenfald i bugspytkirtlen. Undersøgelsen bruges kun i de svære tilfælde.

Hvis vi kan se på CT-skanningen, at der er opstået vævshenfald, foretager vi ofte en ultralydsskanning, hvor vi eventuelt tager en prøve af vævshenfaldet, så vi kan fastslå, om der findes bakterier i vævet.

SÅDAN FOREGÅR BEHANDLINGEN

De fleste tilfælde af akut bugspyttbetændelse klinger af efter 1-5 døgn. Men sygdommen er også svingende og uforudsigelig i sit forløb og kan i alvorlige tilfælde kræve behandling på intensiv afdeling. Den primære behandling er væskebehandling, ernæring, smertestillende medicin, iltbehandling samt overvågning, så vi tidligt kan imødegå eventuelle komplikationer.

Overvågningen omfatter: Daglige blodprøver, vejning, væske- og vandladningsregistrering, måling af puls, blodtryk, respiration og temperatur.

Kost og ernæring

En vigtig del af behandlingen er, at du kan opretholde en god ernæringstilstand. Derfor er det vigtigt, at du

spiser en ernæringsrig kost og supplerer med protein-drikke.

Hvis du har generende kvalme og/eller opkastning, kan det være nødvendigt, at vi anlægger en tynd sonde til aflastning af mavesækken.

Det kan ligeledes blive nødvendigt, at du får anlagt en sonde til flydende kost, hvis du ikke selv kan spise normal mad.

Væskebehandling

Du må drikke alt det, du kan. Du får også tilført væske i en blodåre. Der er tale om store mængder for at sikre kredsløbet. Derfor kan du også opleve væskeophobning. Det betyder, at dine hænder og fødder hæver, og at du kan opleve et øget maveomfang. Dette vil aftage i takt med, at din tilstand bedres.

Medicin

Fra 1. dag får du smertestillende behandling med tablet eller injektion af morfin, når du har behov for det. Hvis vi finder infektioner med bakterier, skal du have antibiotika. Det gives ikke forebyggende.

Undersøgelser og indgreb

Der kan opstå dannelse af væskefyldte hulrum (pseudocyster) og bylddannelser (abscesser). Det kan vi behandle ved at anlægge dræn gennem bugvæggen eller fra mavesækken til cysten/abscessen i bugspytkirtlen. På denne måde drænes det væskefyldte hulrum ud i tarmen. I nogle tilfælde kan det også være nødvendigt efterfølgende at skylle på drænet eller sonden i nogle dage.

Det kan også være nødvendigt at udføre en ERCP (kikkertundersøgelse) eller operation for at fjerne galdesten, der blokerer afløbet fra den dybe galdegang.

MULIGE KOMPLIKATIONER

Hos ca. 85 % forløber sygdommen som et relativt mildt forløb. Men sygdomsforløbet er vanskelig at forudsige og kan spænde fra en mild til en livstruende tilstand, ligesom tilbagefald af sygdommen ikke er sjældent.



Ved alvorlig akut betændelse i bugspytkirtlen vil svigt i mange organer kunne føre til, at patienten ikke overlever. Omkring 15 % udvikler en sådan livstruende tilstand, men dødeligheden er i dag lavere end tidligere.

EFTER UDSKRIVELSEN

Hvis alkohol er en medvirkende årsag til anfaldet, er det meget væsentligt, at du helt undgår alkohol fremover. Det gælder resten af livet. Hvis det er vanskeligt at efterleve, skal du kontakte din egen læge, som selv kan behandle dig eller henvise dig til alkoholambulatoriet, som specielt tager sig af patienter med alkoholmisbrug.

Hvis årsagen til dit anfald er galdesten, bør galdestenene og galdeblæren fjernes. Det kan ske under indlæggelsen eller senere, når du er kommet dig efter bugspytkirtelbetændelsen. Du bør også holde dig fra alkohol som minimum det første år.

KONTAKT OG MERE VIDEN

Har du spørgsmål til behandlingen, er du velkommen til at kontakte os.



Kontakt

Mave- og Tarmkirurgisk Sengeafsnit A1

Tlf. 97 66 11 33

Vi træffes bedst 9.00 – 14.00