

Acute alvleesklierontsteking (pancreatitis)

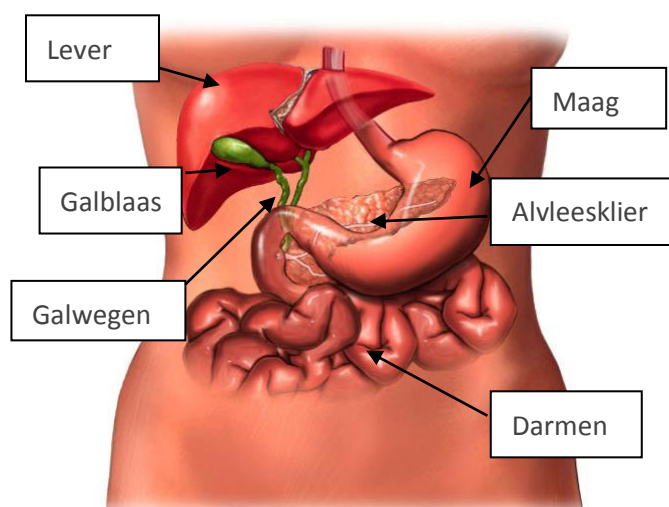
Inleiding

Deze folder geeft u informatie over de plots optredende ontsteking van de alvleesklier (acute pancreatitis) en de meest gebruikelijke behandelingsmogelijkheden. Het is goed u te realiseren dat voor u persoonlijk de situatie anders kan zijn dan beschreven.

Ligging en functie van de alvleesklier

De alvleesklier (het pancreas) is een orgaan dat dwars in de buik ligt. Het is ongeveer vijftien cm lang en één tot drie cm dik. De 'kop' van dit orgaan ligt in de binnenbocht van de twaalfvingerige darm. Het 'lichaam' en de 'staart' liggen voor de wervelkolom en de grote bloedvaten achter in de buik.

Aan de bovenkant ligt de alvleesklier tegen de maag, aan de onderkant tegen de dunne darm.



De alvleesklier is opgebouwd uit cellen die hormonen maken (onder andere insuline) en uit cellen die enzymen maken die het voedsel helpen verteren. De alvleesklierhormonen worden afgegeven in het bloed en zorgen ervoor dat het bloedsuikergehalte binnen normale waarden blijft. Als de insulineproductie te laag is, ontstaat suikerziekte (diabetes). De alvleesklierenzymen zijn van groot belang voor de spijsvertering. Ze komen via een afvoerbuis in de twaalfvingerige darm terecht. Wanneer er te weinig enzymen worden geproduceerd ontstaan er stoornissen in de vertering van suikers, vetten en eiwitten. Dit leidt tot vettige ontlasting (die moeilijk uit de WC is weg te spoelen).

Acute pancreatitis

In de alvleesklier kunnen zich ontstekingsreacties voordoen. Als dat snel en plotseling gebeurt spreekt men van een 'acute' pancreatitis. De ontsteking kan ook milder zijn en zich bij herhaling voordoen. We spreken dan van een 'chronische' pancreatitis, waar in deze folder niet verder op in zal worden gegaan (zie de folder 'Chronische alvleesklierontsteking').

De belangrijkste oorzaken van acute pancreatitis zijn:

- Overmatig alcoholgebruik.
- Galwegstenen.
- Een idiopatische vorm, dat wil zeggen dat er geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden.

Bij acute pancreatitis staan meestal klachten van hevige buikpijn en ziek zijn op de voorgrond. Ook rugpijn kan aanwezig zijn, de alvleesklier ligt immers achter in de buik. Het is een ernstige aandoening. De acute pancreatitis heeft in 85% van de gevallen een mild verloop en de sterftekans is daarbij laag (ongeveer 3%). Maar de aandoening kan ook een minder gunstig verloop hebben. Bij 15% van de gevallen ontstaat een ernstig ziektebeeld, waarbij vaak langdurige behandeling op een intensievecare afdeling nodig kan zijn. De sterftekans bij deze zeer ernstige vorm is hoog, variërend van 30% tot 70%.

Complicaties van een pancreatitis

De belangrijkste complicaties van een acute pancreatitis zijn:

- Afsterven van een deel van of de hele alvleesklier, soms met bloedingen.
- Infecties in en om de alvleesklier, meestal als gevolg van punt één: deze kunnen een ernstig ziekteverloop tot gevolg hebben met een verhoging van de sterftekans.
- Pancreas pseudocyste vorming: dat is een ophoping van ontstekingsvocht, waar na zes weken een kapsel omheen wordt gevormd. De pseudocyste kan blijven bestaan of in de loop van een aantal weken kleiner worden of verdwijnen. Ook kan in de pseudocyste infectie ontstaan of kan de pseudocystewand scheuren.
- Bloeding uit bloedvaten in en rondom de alvleesklier.

Diagnose en onderzoeken

Welke onderzoeken nodig zijn hangt af van de ernst en het verloop van de aandoening. Meestal kan de diagnose pancreatitis gesteld worden op grond van de klachten van de patiënt, het lichamelijk onderzoek, het laboratoriumonderzoek en een niet-ingrijpend beeldvormend onderzoek, zoals echo of CT-scan.

De gebruikelijke behandeling bij acute pancreatitis

Eerst wordt geprobeerd met een 'conservatief' beleid de ontsteking tot rust te laten komen. Dat gebeurt door geen drank en voedsel aan te bieden en alle maagsappen via een slang, die via de neus in de maag wordt gebracht, te laten aflopen. Via een infuus wordt vocht toegediend. Voeding wordt gegeven via een infuus of via een slangetje verderop in de darm. Soms worden er medicijnen gegeven. Zijn galwegstenen de vermoedelijke veroorzakers van de pancreatitis, dan kan in een vroeg stadium een ERCP met papillotomie worden verricht om eventueel aanwezige stenen te kunnen verwijderen. Bij een ERCP wordt een endoscoop (flexibele 'kijkbuis' of 'slang'), via de mond, slokdarm en maag, in de twaalfvingerige darm gebracht en wordt de afvoerbuis van de alvleesklier en de gal opgezocht.

Met behulp van een klein slangetje dat via de endoscoop in de afvoerbuis wordt gebracht, kan met een röntgencontrastmiddel de afvoerbuis zichtbaar worden gemaakt op een röntgenschermbild. Dit onderzoek wordt een Endoscopische Retrograde CholangioPancreaticografie (ERCP) genoemd. Tijdens deze endoscopie kan door middel van een 'papillotomie' de afvoermogelijkheid worden verbeterd; de afvoerbuis wordt dan een stukje ingeknipt. Kleine steentjes in gal- of alvleesklierafvoerwegen kunnen via de endoscoop worden verwijderd. Een ERCP is een invasief onderzoek, een 'ingrijpend' onderzoek, waarbij complicaties als bloeding, infectie en het weer heftiger worden van de pancreatitis kunnen optreden.

Wanneer het ziektebeeld niet met deze middelen in de hand te houden is, kan een operatie nodig zijn. Dat is dan een ernstige situatie bij een ernstig zieke patiënt die meestal op een intensive care verblijft. Soms kan nog geprobeerd worden een lokale ophoping van pus rond de alvleesklier met een door de huid gestoken slangetje af te laten lopen (radiologische drainage). Is toch een operatie nodig dan wordt daarbij het door de ontsteking vernietigde en afgestorven weefsel verwijderd. Onder deze omstandigheden zijn meestal meerdere operaties nodig in het beloop van de ziekte. De chirurgische behandeling kan ondersteund worden door antibiotica te geven en eventueel nog andere medicijnen.

De behandeling van pancreas pseudocysten

Pancreas pseudocysten moeten worden geopereerd wanneer ze groot blijven en na een aantal weken geen neiging vertonen om vanzelf te verdwijnen. De pseudocyste wordt bij een dergelijk operatie verbonden met de maag of de darm, zodat de inhoud van de cyste daarin kan afvloeien. Soms wordt ook wel eens een drain geplaatst in de holte.

Tot slot

Heeft u na het lezen van deze brochure nog vragen, neem dan contact op met de polikliniek van de chirurgen.

Telefoonnummers en adressen

Polikliniek Chirurgen

Locatie Deurne

T: 0493 – 32 89 21

Locatie Helmond

T: 0492 – 59 59 61

Locatie Helmond

Wesselmanlaan 25

5707 HA Helmond

T: 0492 – 59 55 55

Locatie Deurne

Dunantweg 16

5751 CB Deurne

T: 0493 – 32 88 88

Locatie Gemert

Julianastraat 2

5421 DB Gemert

T: 0492 – 59 55 55

