

Results: Routine early CT imaging and prophylactic antibiotics are not recommended. Initial management should focus on goal-directed fluid resuscitation with balanced crystalloids, effective analgesia and early oral or enteral nutrition. ERCP should be performed selectively, mainly in patients with concomitant cholangitis or confirmed choledocholithiasis. In necrotizing pancreatitis, a step-up approach with drainage and minimally invasive endoscopic necrosectomy is preferred over open surgery. **Conclusion:** Contemporary management of acute pancreatitis relies on early supportive care, selective use of invasive interventions and a multidisciplinary approach. Adherence to current guidelines reduces morbidity and improves patient outcomes. **Key words:** acute pancreatitis, necrotizing pancreatitis, ERCP, nutrition, infected necrosis, walled-off necrosis.

Úvod

Akutní pankreatitida představuje jedno z nejčastějších onemocnění gastrointestinálního traktu s celosvětovou incidencí 33–74 na 100 000 obyvatel (v České republice ~70/100 000), přičemž v posledních letech její výskyt dále narůstá. Přestože úmrtnost na AP v průběhu času klesá, celková populační úmrtnost zůstává vzhledem ke stoupající incidenci nezměněna. Nejčastější etiologií jsou biliární konkrementy a abúzus alkoholu (v České republice v poměru 3 : 2), přičemž výskyt je obdobný u obou pohlaví a incidence stoupá s věkem.

V 80 % případů má lehký průběh s minimální mortalitou, u zbývajících nemocných se rozvíjí středně těžká či těžká forma, kde mortalita dosahuje až 40 %.

Cílem tohoto sdělení je shrnout základní principy diagnostiky a léčby akutní pankreatitidy pro interní lékaře v souladu s aktuálními doporučeními. Text vychází především z mezinárodního konsenzu publikovaného v létě 2025 Americkou pankreatickou společností, Evropským pankreatologickým klubem, Indickým pankreatologickým klubem a Japonskou pankreatologickou společností (1), dále z doporučení American Gastroenterological Association (2) a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (3).

Etiologie

Nejčastější příčinou akutní pankreatitidy je obstrukce žlučových cest konkrementem (40–70 %) a abúzus alkoholu (25–35 %). Mezi další příčiny patří nežádoucí účinky léků (např. azathioprin), post-ERCP pankreatitida, obstrukce pankreatického vývodu, metabolické vlivy – zejména hypertriglyceridemie (> 11 mmol/l), hyperkalcemie (> 3 mmol/l) a hyperurikemie, dále karcinom pankreatu, genetické faktory (mutace v genech PRSS1 vedoucí k předčasné aktivaci trypsinogenu, SPINK1 či CFTR) a jiné.

Za idiopatickou pankreatitidu, která tvoří až 20 % všech případů, je považována taková forma akutní pankreatitidy, u níž se během hospitalizace nepodaří na základě anamnézy, abdominální ultrasonografie a laboratorního vyšetření (funkční jaterní testy, lipidogram a kalcemie) určit etiologii. U těchto nemocných je doporučeno zopakovat abdominální ultrasonografii; při negativním nálezu stran cholelitiázy je indikována endosonografie k vyloučení či průkazu choledocholitiázy. Pokud ani toto vyšetření etiologii neobjasní, následuje MR/MRCP. V případech, kdy příčina zůstává nejasná i po kompletním zobrazovacím vyšetření, by mělo být provedeno genetické testování, zvláště u pacientů s rekurentní akutní pankreatidou či pozitivní rodinnou anamnézou onemocnění pankreatu.

Diagnostika a klasifikace

Diagnostika akutní pankreatitidy se zakládá na splnění libovolných 2 ze 3 podmínek: elevace sérové amylázy a/nebo lipázy nad trojnásobek

normy, akutní bolest v nadbříšku a dále nález na zobrazovacích metodách, přičemž první 2 jsou pro diagnostiku nejčastější.

Dále vyšetřujeme sérové hladiny jaterních enzymů a bilirubinu, kalcemii a triglyceridemii.

Ze zobrazovacích metod je na prvním místě transabdominální ultrasonografie, která by měla být vstupně provedena u všech pacientů s AP k ozřejmění přítomnosti cholecystolitiázy nebo dilatace žlučových cest a tím potvrzení biliární etiologie. Kontrastní CT a MR vstupně rutinně neprovádíme, vyšetření jsou rezervována pro nejasné případy a při podezření na komplikace choroby.

Stanovení prognózy v časně fázi onemocnění zůstává obtížné, jelikož doposud nebyly nalezeny vhodné prediktivní markery. Samotné hodnoty pankreatických enzymů, tedy aktivity amylázy či lipázy, nemají v predikci dalšího vývoje choroby žádný význam.

Vyšší riziko těžkého průběhu je u pacientů starších 65 let, u nemocných s vyšší mírou komorbidit (Charlsonův index komorbidit ≥ 3), s vyšším indexem tělesné hmotnosti (BMI ≥ 25 kg/m²), s predominancí viscerálního tuku a u pacientů s hypertriglyceridemií.

K časnému posouzení rizika těžkého průběhu se doporučuje stanovení SIRS skóre při přijetí a následně po 48 hodinách hospitalizace. Perzistence pozitivního SIRS skóre, zejména v kombinaci s elevací CRP nad 150 mg/l, případně i zvýšenou hladinou IL-6 nad 50 pg/ml, je spojena se zvýšeným rizikem rozvoje středně těžké až těžké formy onemocnění.

Klasifikace akutní pankreatitidy podle revidované Atlantské klasifikace vychází z hodnocení lokálních a systémových komplikací a přítomnosti orgánového selhání. Lehká forma onemocnění probíhá bez lokálních či systémových komplikací a bez postižení funkce jiných orgánů. Těžká akutní pankreatitida je definována přítomností orgánového selhání přetrvávajícího déle než 48 hodin (viz tabulka 2). Středně těžká forma je charakterizována výskytem lokálních komplikací a/nebo systémových komplikací a/nebo orgánového selhání, které trvá méně než 48 hodin. Systémové komplikace představují zhoršení preexistujícího onemocnění (např. CHOPN, srdeční selhání...). Mezi základní lokální komplikace řadíme akutní peripankreatickou tekutino-

Tab. 1. SIRS

SIRS skóre – syndrom zánětlivé systémové odpovědi (systemic inflammatory response syndrome)
Je definován splněním alespoň dvou kritérií níže:
■ teplota > 38 °C nebo < 36 °C
■ tep > 90/minutu
■ dechová frekvence > 20/minutu nebo CO ₂ < 32 mm Hg
■ leukocyty > 12 *10 ⁹ /l nebo < 4 *10 ⁹ /l nebo >10 % nezralých forem