



# Protocol clinic standardizat pentru medicii de familie

## PANCREATITA CRONICĂ LA ADULT

**Pancreatita cronică (PC):** afecție inflamatoare-distructivă a pancreasului de geneză diferită, cu evoluție cronică progresivă în faze, caracterizată prin schimbări morfologice irreversibile ale ţesutului pancreatic, cu diferit grad de dereglații ale funcțiilor pancreaticice, exocrină și endocrină, durere specifică și/sau semne de insuficiență pancreatică.

### Codul bolii (CIM 10):

K86.0 Pancreatita cronică alcoolică

K86.1 Alte forme ale pancreatitei cronice: forma infectioasă; forma persistentă; forma recidivantă K86.2 Chistul pancreatic

K86.3 Pseudochisturile pancreatiche

### Clasificarea clinică a PC (după Timmerman, 2002)

#### I. Formele etiopatogenice

- PC primară
- PC secundară

#### II. Formele clinice

- Cu sindrom algic (recidivant sau continuu)
- Pseudotumorală: cu colestană subhepatică; cu hipertensiune portală subhepatică; cu ocluzie duodenală cronică, parțială, secundară
- Latentă (fără durere, dar cu insuficiență exocrină și/sau endocrină a pancreasului)
- Mixtă

#### III. Stadiile (faza):

- Faza de acutizare
- Faza de remisiune (incompletă, completă)

#### IV. Severitatea

- În funcție de severitatea modificărilor morfologice (conform clasificării Marsel-Cambridj, 1996): ușoară, medie, severă
- În funcție de severitatea evoluției: ușoară, medie, severă

#### V. Formele morfologice:

- PC calcificantă
- PC obstructivă
- PC infiltrativ-fibroasă (inflamatoare)
- PC indurativă (fibrosclerotică)

#### VI. Particularitățile funcționale

- **In funcție de varianta patogenetic-funcțională:**
  - Hiperfermentemică (faza I)
  - Hipofерmentemică (faza II)

#### ● In funcție de gradul dereglaților funcționale ale pancreasului:

- ✓ Cu dereglația funcției exocrine a pancreasului:
  - grad de reducere a funcției exocrine: ușor, moderat, sever
  - tip de dereglație a funcției exocrine: hipersecretor, hiposecretor, obstructiv, ductular
- ✓ Cu dereglația funcției endocrine a pancreasului:
  - hiperinsulinism
  - hipofuncție a aparatului insular: diabet zaharat pancreatogen (latent, clinic manifest)

### Conduita pacientului

Tabloul clinic al PC depinde de stadiul bolii. Este necesară precizarea activă a acuzelor cu evidențierea sindroamelor clinice:

- **Durerea cronică abdominală specifică** este semnul cardinal în diagnosticarea acestei boli, poate fi unicul simptom al PC.
- **Sindromul endocrin** are evoluție stadală: inițial, posibil, hiperinsulinism, apoi – insuficiență pancreatică endocrină (scăderea rezervelor de insulină): scăderea toleranței la glucoză și diabetul zaharat manifest. Dereglația toleranței la glucide precede steatoreea și creatoreea.
- **Sindromul insuficienței exocrine a pancreasului** apare odată cu progresia PC și duce la dereglațarea digestiei și a absorbției în intestinul subțire: sindroamele maldigestiei și malabsorbției.
- **Sindromul dispeptic** se manifestă prin disconfort abdominal, micșorarea sau lipsa apetitului, repulsie la alimente grase, eructații cu aer și alimente întrebuințate, hipersalivare, grețuri, vomă, care nu aduce ușurare, meteorism, flatulență excesivă, dereglația scaunului (predomină diareea pancreatică episodică sau altereză diareea cu constipația).
- **Sindromul alergic** este prezent în 30–35% din cazuri, se manifestă prin alergie alimentară, medicamentoasă etc.

### Clasificarea M-ANNHEIM a PC conform factorilor multipli de risc

#### M. Pancreatite cu factori multipli de risc:

##### A. Consum de alcool

- Consum excesiv (>80 g/zi)
- Consum crescut (20 - 80 g/zi)
- Consum moderat (<20 g/zi)

##### N. Consum de nicotină (la fumători de nicotină: doza consumului de nicotină în pachete / an)

##### N. Factori nutriționali (alimentație; cu multe grăsimi și proteine hiperlipidemie)

##### H. Factori ereditari (pancreatită ereditară, familială, idiopatică instalată precoce sau tardiv – după Whitcomb; tropicală, mutații posibile în genele CFTR, PRSS1, SPINK1)

#### E. Factori ai ductului pancreatic eferent

(panreas divisum, pancreas anular, anomalii congenitale, obstrucții sau cicatrize posttraumatice ale ductului pancreatic, disfuncții ale sfincterului Oddi)

#### I. Factori imunologici

(pancreatite autoimune, sindrom Sjogren, maladie cronice intestinale, colangită primară sclerozantă, ciroză biliară primară)

#### M. Factori mici, rar atestați și metabolici

(hipercalcemie, hiperparatiroidism, patologie renală cronică, consum de droguri, toxine)

### Metodele de examinare

Investigațiile și procedurile diagnostice necesare sunt descrise în compartimentul „SUPRAVEGHEREA PACIENȚILOR CU PC DE CĂTRE MEDICUL DE FAMILIE”

### Diagnosticul diferențial

- Ulcerul cronic gastric, acutizare
- Ulcerul cronic duodenal, acutizare
- Litiază biliară
- Bolile inflamatorii ale intestinului

- Stenozele jejunale
- Sindromul ischemic abdominal
- Bolile metabolice
- Tumorile pancreaticice etc.

### Indicațiile pentru spitalizare

- Fazele de acutizare moderată sau severă
- Diagnosticul de PC primar stabilit
- Tabloul clinic atipic al bolii

- Progresia rapidă a bolii
- Complicațiile suspectate sau stabilite
- Sindromul algic refractor la tratament

## TRATAMENTUL DURERII

### În forma ușoară

- Refuzul total de la consumul de alcool și controlul dietologic
- Sunt eficiente remedii anticolinergice
- Fermentii pancreatici exogeni cu conținut înalt de proteaze, care nu conțin bilă și extracte ale mucoasei gastrice, în formă tabletată
- Somatostatina și analogii ei
- Antagoniștii H2-receptorilor histaminici și inhibitorii pompei de protoni
- Antioxidanți, așa ca vitaminele A, C, E, Seleniu și Metionina pot să înlătărească diminuarea durerii la pacienții cu PC de etiologie alcoolică.

În cazurile severe - pot fi utilizate suplimentar analgezicele centrale și opioide.

## TRATAMENTUL INSUFICIENȚEI EXOCRINE PANCREATICE

- Polifermenți în doze mari, de electiune - în formă de capsule, care conțin minimicrosfere sau minicomprimate de pancreatină, cu d < 2 mm, acoperite cu membrană enterosolubilă, cu activitate înaltă a lipazelor.
- Pentru menținerea activității fermentilor pancreatici cea mai admisibilă valoare a pH trebuie să fie mai mare de 6 (la pH mai mic de 4 lipaza își pierde activitatea).
- Administrarea concomitantă a inhibitorilor pompei de protoni sau a antagoniștilor H2-receptorilor histaminici poate mări acțiunea fermentilor pancreatici, de asemenea, poate reduce durerea.
- În cazul diareii, ca urmare a insuficienței exocrine pancreatică - de indicat fermenti pancreatici exogeni și alimentație curativă
- Limitarea consumului de grăsimi (<50-70 g) - 20-40% din calorile nictemerele, în steatoree - trigliceride cu lanț mediu
- Sporirea consumului de proteine

## TRATAMENTUL INSUFICIENȚEI ENDOCRINE PANCREATICE

- Principiile de tratament al diabetului zaharat, ca complicație a PC, sunt aceleași, cunoscute pentru diabetul zaharat.

**Notă:** Tratamentul parenteral ambulatoriu se efectuează în condiții de staționar de zi.

În pancreatita cronică autoimună este eficientă **corticoterapie**.

### Supravegherea pacienților de către medicul de familie

Intervențiile și procedurile diagnostice			
Obligatoriu	Frecvența	Recomandabil	Frecvența
Control la medicul de familie	2 ori/an	Lipaza serică	2 ori/an
Hemoleucograma, trombocitele	2 ori/an	Alfa-amilaza urinei	O dată/an
Alfa-amilaza serică	2 ori/an	Bilirubina directă, indirectă	O dată/an
Glicemia	2 ori/an	ALT, AST, fosfataza alcalină	O dată/an
Coprograma	O dată/an	Proteina totală, albuminele	O dată/an
USG organelor abdominale și retroperitoneale	O dată/an	Testul de toleranță la glucoză	O dată/an
Electrocardiograma	O dată/an	Markerii viralii: AgHBs, anti-HBcor sumar, anti-VHC	O dată/an
Analiza generală a urinei	O dată/an	Ureia, creatinina	O dată/an
Evidență la gastroenterolog	1-2 ori/an	FEGDS	O dată/an
		Microradiografia cutiei toracice	O dată/an
		Consultări altor specialiști	Conform indicațiilor

### Complicațiile

#### Complicațiile timpurii

- Icterul mecanic
- Hipertensiunea portală (forma subhepatică – tromboză și/sau compresiune a venei portale sau a venei lienale)
- Hemoragiile prin dilatare varicoasă de geneză nonhepatică a venelor esofagiene și gastrice
- Hemoragiile intestinale
- Ematotul subcapsular și ruptura splinei
- Ruperea chistului pancreatic

- Obturarea sistemului de drenaj pancreatic, cu formarea chisturilor retențioase și pseudochisturilor
- Ruperea chisturilor retențioase și formarea pseudochisturilor
- Complicațiile bacteriene
- Formarea fistulelor, pseudoanevrismelor arterelor adiacente pancreasului
- Complicațiile sistemică

#### Complicațiile tardive

- Steatoreea și alte semne ale maldigestiei și malabsorbției
- Diabetul zaharat
- Stenoza duodenală
- Fenomenele de compresiune și stenoza altor organe
- Serozitele enzimatică

- Necrozele osoase aseptice
- Osteomalacia
- Encefalopatia
- Complicațiile infecțioase
- Anemia

### Abrevierile folosite în document

AgHBs	antigen superficial (s) al virusului hepatic B
ALT	alaninaminotransferază
anti-HBcor	anticorpi către antigenul HBcor
anti-VHC	anticorpi către virusul hepatic C
anti-VHD	anticorpi către virusul hepatic D
AST	aspartataminotransferază
CFTR	proteină reglatoare transmembranică a fibrozei chistice ( <i>cystic fibrosis transmembrane conductance regulator</i> )
CIM	clasificare internațională a maladiilor (Codul bolii)
FEGDS	fibroesofagogastroduodenoscopia
PC	pancreatită cronică
PRSS1	tripsinogen cationoactiv ( <i>protease, serine, 1; cationic trypsinogen gene</i> )
SPINK1 (numit și PSTI)	inhibitor intracelular intrapancreatic al tripsinei, care blochează tripsina activată
USG	ultrasonografie

