

PANCREATITA CRONICĂ (PC)

Diagnosticul PC este stabilit de medicul specialist gastroenterolog. Monitorizarea terapiei este făcută de medicul de familie, care apreciază evoluția. Lipsa de răspuns la tratament, sau apariția unor complicații impune referirea către specialist. Cazurile severe trebuie trimise către centrele regionale de referință (care beneficiază de ERCP, și ecoendoscopie)

DG pozitiv al PC(Tabelul I)

-Clinic

- pusee repetitive de pancreatită acută
- durere de tip pancreatic intermitentă sau continuă
- complicații asupra organelor din jur
- insuficiență pancreatică exocrină și/sau endocrină

-Imagistic – eco, CT, RMN, ERCP, ecoendoscopie (EUS)

Eco → de rutina

→ Dg ecografic (Tabelul II)

- anomalii ductale – calculi, stenoze, dilatații, ramuri secundare

vizibile

- anomalii parenchim – calcificații, pseudochiste

- CT- cea mai sensibilă pentru diagnosticul calcificărilor în lipsa tumorilor(Tabelul II)

- o Anomalii ductale- calcificări, dilatații, stenoze

- o Anomalii parenchim- calcificări, pseudochiste

- o Complicații-stenoza duoden, stenoza CBP, pseudoanevrisme, tromboze

- o Utilă în suspiciunea de neoplazie

- RMN

- o evidențiază modificările ductale, pseudochistele, comunicante sau nu cu ductul Wirsung

- o nu evidențiază calculii

- *EUS* → accesibilitate limitată

- → utilizat pentru cazuri de dubiu dg cu tumorile pancreatice cu posibilitatea realizării EUS-FNA

- o Modificări parenchimotoase și ductale (Tabelul III)

- 0-3 criterii: dg improbabil sau formă ușoară

- 4-5 criterii: dg incert (teste suplimentare utile) sau formă

moderată

- ≥6 criterii: dg cert (chiar în absența altor teste negative)

- *ERCP* →

- o Valoare diagnostic numai în cazurile dubitabile (Tabelul IV)

- Modificări ductale: calculi, stenoze, dilatații, ramuri secundare, pseudochiste comunicante
- Modificări parenchimotoase: calcificări
- Complicații: stenoze CBP

○ Valoare terapeutică

Histologic- din biopsii EUS sau chirurgicale: distrucția acinilor, dilatarea ductelor, fibroza, infiltrate inflamatorii._

DG pozitiv al insuficienței pancreatice cronice exocrine

Clinic – diaree, steatoree, scădere ponderală, discomfort abdominal, borborigme

- semne clinice ale malabsorbției de vitamine liposolubile A,D,E,K

Biologic- testul cu secretină – CCK (dificil, invaziv, accesibilitate limitată)

-elastaza 1 fecală (?)

- i. < 100 mcg/g fecale → insuficiența severă
- ii. >200 mcg/g fecale → normal
- iii. 100-200 mcg/g fecale → sugestiv pentru insuficiența pancreatică dacă există și alte criterii

-stimulare secretina la MRCP – pentru forme de PC ușoară

DG pozitiv al insuficienței pancreatice endocrine

Biologic- TTGO, glicemie

DG etiologic

- Alcoolică (70-80%), ereditară, autoimună, idiopatică (10-20%), obstructivă (tumori, cicatrici, pancreas divisum, disfuncție sfincter Oddi), cauze rare: hipercalcemie, hipertrigliceridemie, medicamente, insuficiența renală

Teste genetice- dozare mutații gena tripsinogenului cationic PRSS1 pentru pancreatita cronică ereditară

Indicații

- Episoade recurente de pancreatită acută fără etiologie
- Pancreatită cronică idiopatică
- Istoric familial de pancreatită la rudele de gradul I (părinți, copii) sau gradul II (unchi, mătuși, bunici);
- Episod neexplicat de pancreatită documentată, apărută în copilărie, care a necesitat spitalizare

Pancreatita autoimună

1.Imagistică tipică (pancreas mărit "sausage-like" și canal pancreatic îngustat difuz, neregulat) ± teste serologice (IgG4, factor reumatoid, anticorpi antilactoferrina, antianhidraza carbonică și antinucleari)

2.Histologie specifică- infiltrat inflamator limfoplasmocitic + fibroza interstițială cu atrofie acinară ± imunofenotipare cu IgG4- din biopsii EUS/chirurgicale

3.Regresia modificărilor de pancreatită cronică sub tratament cu steroizi

stadializare

- poate fi folosită clasificarea Cambridge (table II, I

TRATAMENT

1. **Tratamentul puseului acut**

- managementul pacienților cu puseu acut de PC este identic cu cel al pacienților cu PA de etiologie similară
- reintroducerea alimentației se corelează cu ameliorarea simptomelor (normalizarea enzimelor pancreatice serice nu este un criteriu relevant). Se începe cu alimente sarace în grăsimi.

2. **Tratamentul durerii**

- este necesară evaluarea cauzei
 - o puseu acut, boală cronică fără evidența de acutizare, prezența unei complicații, prezența unor afecțiuni concomitente (ulcer, litiaza biliară)

Tratament în trepte al durerii

1. măsuri generale – eliminarea injuriei (ex. Alcool și fumat), administrarea de mese mici
2. Analgezice- paracetamol, algocalmin, piafen, tramadol± antidepressiv
3. Tratament decompresiv canalar și al complicațiilor
4. Simpatotomia- eficiența redusă în pancreatita cronică
 - o Neuroliza plex celiac sau toracoscopică
5. Rezecție chirurgicală pancreatică- indicație- durere fără dilatare duct W , după eșuarea treptelor anterioare de tratament

3. **Tratamentul insuficienței pancreatice exocrine**

3.1 – *Enzimele pancreatice= pancreatina*

Indicație → scăderea ponderală asociată cu steatoarea
→ durerea cronică(?) (traiect de 8 săptămâni)

Doza – se adaptează la fiecare pacient

- se începe cu 25000 UI lipaza/masă → creșterea doza (190000 UI/zi)

capsule protejate enteric (?), microsferă (?), asociere antisecretorii (?)

3.2 *Terapia adjuvantă*

dieta – abținerea de la alcool + abținerea la tutun + mese reduse cantitativ

suplimentare vitaminică → vitamine liposolubile A,D,E,K (pot fi administrate inițial parenteral)

4. **Tratamentul insuficienței pancreatice endocrine**

- Diabetul secundar PC trebuie tratat similar oricărui diabet zaharat
- Atenție specială la faptul că în PC pacienții pot limita ingestia de alimente datorită durerii → crize hipoglicemice posibile

5. Tratamentul decompresiv canalar și al complicațiilor

Scop-In cazul lipsei de răspuns la tratamentul medical conservativ, tratamentul endoscopic trebuie avut în vedere de primă intenție, datorită repetabilității acestuia; în caz de eșec se realizează tratamentul chirurgical.

Cauze de eșec a tratamentului conservator medical:

- Dilatarea ductului Wirsung
- complicații: pseudochisturi, stenoza CBP, ruptura de Wirsung, disfuncția sfincterului Oddi, stenoza duodenală

5.1. Dilatarea ductului Wirsung

Protezarea stenozelor ductale pancreatice

- Indicație: stenoza simptomatică (durere, dilatare de Wirsung), mai ales stenozele proximale izolate
- Recomandare -proteze de plastic schimbate la 3 luni
- Persistența durerii la 1 an → indicație chirurgicală

Extracția calculilor de duct pancreatic

- Indicație: calculii obstructivi la pacienții simptomatici
- Papilotomie cu extracție de calculi
- Litotripsie extracorporeală inițială, urmată de extracție endoscopică- calculii impactați în ducte, cu diametrul mai mare decât cel al Wirsungului sau situați în amonte de o stenoză- metodă cu accesibilitate limitată
- Non-responderii → indicație chirurgicală: wirsungojejunomasoza latero-laterală

5.2. Tratamentul pseudochisturilor

- Indicație terapeutică
- 1. absolută → pseudochistul simptomatic (durere, vărsături), complicat (compresie, infecție, hemoragie), care crește peste 5 cm
- 2. relativă → Pseudochisturi asimptomatice:
 - peste 5 cm ,
 - cu dimensiuni constante peste 4 cm de peste 6 săptămâni,
 - cu complicații extrapancreatice la cei cu pancreatită cronică alcoolică
- Obligatoriu CT sau RMN anterior pentru
 - Excluderea neoplasmelor chistice pancreatice sau a leziunilor benigne cu potențial malign
 - Stabilirea comunicării cu ductul Wirsung

1. Pseudochisturi comunicante cu ductul Wirsung- protezare pancreatică endoscopică sau (în caz de indisponibilitate) chirurgical: chistojejunostomie pe ansa în Y à la Roux , chisto gastro – sau duodenostomie

2. Pseudochisturi necomunicante cu ductul Wirsung

Minim invaziv – eficacitate limitată la conținut necrotic important al pseudochistelor

-a. drenaj endoscopic transmural (chistogastrostoma sau chistoduodenostoma)

-endoscopic convențional- pseudochisturi compresive pe tubul digestiv, fără semne de hipertensiune portală

-ecoendoscopic-pseudochisturi la sub 1,5 cm de peretele tubului digestiv, chiar în prezența hipertensiunii portale

- b.drenaj percutan- pseudochistele uniloculare situate la nivelul cozii sau corpului pancreatic, fără posibilități endoscopice de drenaj sau cu risc la drenajul chirurgical

Tratamentul asociat de drenaj transpapilar- transmural poate fi realizat în cazuri justificate.

Chirurgical- în caz de conținut necrotic important al pseudochistelor sau conținut purulent vâscos sau eșec al tratamentului miniminvasiv

5.3.Stenoza caili biliare principale

Nici un tratament la dilatare CBP fără enzime de colestază crescute- monitorizare teste hepatice la 6 luni

Indicatie de tratament

1.Daca fosfataza alcalină > 2xN timp de 1 luna + s-a exclus o neoplazie(CT, EUS)

o Temporar (6 sapt- 3 luni) → protezare endoscopica a CBP – eficacitate la 1 an de la retragere de < 10%

o definitiv → interventie chirurgicala- coledocoduodenoanastomoza

2. Dacă sunt semne de angiocolită sau de progresiune a stenozei la examinările imagistice- intervenție chirurgicală

5.4. Disfunctia de sfincter Oddi- trebuie documentată manometric

-Sfincterotomie + protezare

5.5.Ruptura ductului pancreatic

- Protezare endoscopică

o menținută 6 saptamani (?)

- Rezeecție chirurgicală în caz de eșec terapeutic

5.6.Stenoza duodenală

Tratament chirurgical

6.Profilaxia recaderilor

Scop – prevenirea durerii

- ameliorarea maldigestiei induse de insuficiența pancreatică exocrină

- tratamentul etiologic al PC non-etanolice

Metode – abținerea la alcool și tutun

- administrarea de mese reduse cantitativ

- tratament specific al PC non-etanolice (dacă există)

Tabelul I . Clasificarea M-ANNHEIM a pancreatitei cronice :

Pancreatita cronică definită se bazează pe unul sau mai multe dintre următoarele criterii:

1. Calcificări pancreatice;
2. Dilatări ductale moderate sau severe (conform clasificării Cambridge);
3. Insuficiență exocrină moderată sau severă definită ca steatoree pancreatică redusă de suplimentarea de enzime pancreatice;
4. Histologie tipică dintr-un specimen tisular adecvat.

Pancreatita cronică probabilă se bazează pe unul sau mai multe dintre criteriile adiționale:

1. Modificări ductale ușoare (conform clasificării Cambridge);
2. Pseudochist recurent sau persistent;
3. teste de insuficiență pancreatică exocrină patologice (testul elastazei1, secretinei sau secretinei-pancreozimină);
4. Insuficiență endocrină (terstul de toleranță la glucoză anormal).

Pancreatita cronică borderline se definește ca istoric clinic tipic de pancreatită cronică, dar fără criterii adiționale de pancreatită cronică definită sau probabilă. Această formă se consideră primul episod de pancreatită acută cu sau fără

1. istoric familial de boală pancreatică (pancreatită acută sau cancer pancreatic) sau
2. factori de risc.

Tabelul II. Clasificarea Cambridge a morfologiei pancreatice evaluată prin US și CT

Normal- Duct pancreatic principal <2 mm, pancreas de dimensiuni și formă normale, parenchim omogen

Echivoc- Unul din modificările următoare:

- Duct pancreatic principal dilatat 2-4 mm
- Mărire ușoară a pancreasului (până la 2x față de normal)
- Parenchim heterogen
- Cavități mici < 10 mm
- Ducte neregulate
- Pancreatita acută focală
- Creșterea ecogenității pereților ductului pancreatic principal
- Neregularitatea conturului capului/corpului

Modificări ușoare-≥ 2 din modificările de mai sus

Modificări moderate – la fel ca la modificări ușoare

Modificări severe- La fel ca anterior , plus ≥ 1 modificare dintre următoarele:

- Cavități mari > 10 mm
- Mărirea pancreasului >2x față de normal
- Defecte de umplere intraductală sau calculi
- Obstrucție ductală, stenoze sau neregularități
- Invazia organelor vecine

Tabelul III. Criteriile EUS de pancreatită cronică:

Modificări ductale :

- 1.Mărimea Wirsungului > 3 mm
- 2.Canal pancreatic neregulat
- 3.Imagini hiperecogene intracanalare
- 4.Pereți canalari hiperecogeni
- 5.Dilatare ramuri secundare canalare

Modificări parenchimotoase:

- 1.Puncte hiperecogene mici 1-3 mm
Puncte hiperecogene mari
- 2.Linii hiperecogene
3. Cavități >5 mm transonice
- 4.Pseudolobularitate

Tabelul IV. CPRE în pancreatita cronică:

1. Pancreatograma normală.
2. Echivoc - mai puțin de 3 ramuri laterale anormale
- 3.Ușor - mai mult de 3 ramuri laterale anormale.
4. Moderat - Ramuri laterale + canal principal modificate
5. Severă - Oricare dintre modificările anterioare+unul sau mai multe dintre următoarele:
 - cavități >10 mm
 - defecte de umplere intraductală
 - calculi
 - stenoze
 - neregularități importante ale Wirsungului
 - interesare organe adiacente.

Când afectarea interesează < 1/3 din pancreas, modificările sunt considerate focale