

Chronická pankreatitida – standard

Petr Dítě

pracoviště...

CHARAKTERISTIKA NEMOCI

Chronická pankreatitida je progresivní zánětlivý proces, kdy pankreatická tkáň je postupně nahrazena vazivem. Důsledkem je exokrinní nedostatečnost, v terminálních stádiích nedostatečnost endokrinní.

Incidence nemoci (nové dg/100.000 osob/rok) je uváděna od 1,6 ve Švýcarsku až po 23,0 ve Finsku. V České republice incidence z r. 1999 činí 7,9.

Hlavním etiologickým faktorem je alkohol (75–90 % onemocnění). V české studii z r. 1999 alkoholická etiologie je prokázána u 69,9 % nemocných, u mužů dokonce v 75,5 %, po konzumaci delší než 5 let a denním příjmu vyšším než 75,0 g alkoholu. U žen je rizikovým pravidelné vypití 40 g alkoholu denně po dobu 5 let.

Dalšími etiologickými faktory jsou dyslipidémie, hyperparathyreóza, stavy po akutní pankreatidě, metabolická onemocnění (např. urémie), některé infekce, obstrukce pankreatického vývodného systému (chronická obstruktivní pankreatitida) např. při stenóze Vaterovy papily, periampulární divertikl, vrozené anomálie (pancreas divisum). Přibližně 15–20% onemocnění tvoří idiopatická forma nemoci. Hereditární chronická pankreatitida patří mezi významné prekancerózy.

Současné dělení chronické pankreatitidy dle morfologických kritérií:

- Chronická pankreatitida primárně zánětlivá
- Chronická pankreatitida se segmentární nebo difúzní fibrózou
- Chronická kalcifikující pankreatitida
- Obstruktivní chronická pankreatitida
- Idiopatická chronická pankreatitida

Novější etiologická klasifikace označena jako TIGAR-O; dělí dle příčiny chronickou pankreatitidu na:

T – toxická

I – idiopatická

G – geneticky podmíněná

A – autoimunitní

R – recidivující

O – obstruktivní

85–90 % chronických pankreatitid se projevuje bolestí (algická forma). Bolest patří, společně s hubnutím, nauseou, zvracením, subikterem nebo ikterem, diabetem mellitem a průjmovitými stolicemi, mezi hlavní příznaky nemoci.

Mezi příznaky méně charakteristické počítáme ascites (s vysokým obsahem amyláz), krvácení (důsledek portální hypertenze), střevní dysmotilitu, duodenální obstrukci.

Pankreatická bolest je stálá, intenzita často vázána časově na stravu. Trvání bolesti je většinou dlouhodobé (i několika-týdenní). Její maximum bývá v odpoledních a večerních hodinách. Lokalizace bolesti je s maximem kolem pupku.

Významné je hubnutí, jednak pro vztah strava ⇒ bolest, další příčinou je nedostatečná sekrece pankreatických enzymů. Nausea je častěji u alkoholické formy nemoci. Ikterus je vyvolán fibrózními změnami a stenózou intrapancreatické části žlučového. Odlišení od ikteru při maligní infiltraci hlavy pankreatu je velmi obtížné. Portální hypertenze (tzv. levostranná) provází pokročilá stadia nemoci, pankreatický ascites nacházíme především u pseudocystických formací, nebo u porušené integrity pankreatického vývodu.

DIAGNOSTIKA, DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTICKÝ POSTUP:

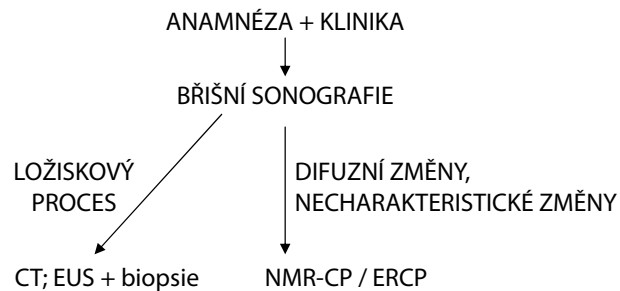
Diagnostika chronické pankreatitidy je založena na průkazu morfologických změn pankreatického vývodného systému. Jako zlatý standard je označena endoskopická retrográdní cholangio-pankreatografie (ERCP), hodnotící změny pankreatického vývodu a tzv. sekundárních větví. Diagnostická ERCP, patřící mezi metody invazivní, začíná být nahrazována neinvazivní nukleární magnetickou resonancí-cholangiopankreatografií (NMR-CP). ERCP je však nezastupitelnou, jestliže předpokládáme provedení terapeutického výkonu.

Neinvazivní břišní ultrazvukové vyšetření hodnotí především změny šíře pankreatického vývodu (nad 3,0 mm patologický) nebo změny textury parenchymu. Počítačová tomografie (spirální CT) umožní dobrou vizualizaci celé žlázy, dobré rozlišení zánět – nádor a zobrazení pankreatického vývodu. Obě metody umožňují cílené punkce cystoidů.

Endosonografie (EUS) pankreatu si své místo hledá, je přínosem v rozlišení mezi nádorem a zánětem. Biopsie pankreatu tenkou jehlou v průběhu EUS patří již mezi standardní přístupy. Angiografie jako metoda je prakticky opuštěna. RTG snímek břišní dutiny zobrazí přítomnost parenchymových kalcifikací, nic víc.

Testy, posuzující exokrinní funkci žlázy, jsou diagnostiku nepostačující, ale mohou podat informace o kapacitě exo-

Diagnostické schéma



krinní sekrece a ovlivnit tak strategii léčby. Jednoduchý je test stanovení elastázy – 1 ve stolici, ale přesnější je invazivní test se stimulací žlázy sekretinem a odběrem duodenálního sekretu. Vyšetření stavu endokrinní funkce je stejné jako při diagnostice diabetu.

LÉČEBNÝ POSTUP:

1. Dietoterapie s absolutním zákazem alkoholu, s omezením živočišných tuků, suplementací vitamíny a mikroelementy. Jíst častěji, v menším objemu, event. nutriční sipping, enterální výživa při neúspěchu výživy per os nebo u těžké malabsorpcie.
2. Manifestní steatorhea, ztráta více než 15/gr tuků stolicí/den, progresivní hubnutí, průkaz exokrinní insuficience (pozitivní test s elastázou – 1 ve stolici) jsou jednoznačnou indikací k suplementaci pankreatickými enzymy. Preference preparátů s granulami nebo mikropelletami (velikost 1,0–2,0 mm), krytých acidoresistentním obalem je jednoznačná. Enzymy podáváme vždy během jídla, tzv. řízené uvolňování enzymů z kapslí je podmínkou efektivní léčby steatorhey. Efekt terapie posuzujeme dle změn frekvence stolic a změn hmotnosti.

V terapii bolesti je diskutován efekt kompaktních tablet s vysokým obsahem proteáz, jinak je používána celá škála analgetik. Opiáty by měly být však používány jen výjimečně. V terapii bolesti, při neúspěchu konzervativní terapie, je možno využít drenážní výkony endoskopické, nebo resekční a drenážní chirurgické výkony. Terapie chronické pankreatitidy je (s výjimkou autoimunitní a obstrukční pankreatitidy) terapií symptomovou, nikoliv kauzální. U autoimunitní formy je zásadní medikací léčba kortikoidy.

Lázeňská léčba je indikována u osob s manifestní pankreatickou insuficiencí a u osob po chirurgických nebo endoskopických výkonech na pankreatu.

POSUDKOVÁ HLEDISKA:

Iniciální stádia nemoci vyžadují nutnost dodržování pravidelného dietního režimu s abusem alkoholu, práce bez nočních směn, fyzicky nenáročná. Pokročilá stádia a stavy po resekčních výkonech žlázy vyžadují změnu pracovního zařazení od částečného invalidního důchodu až po plnou invalidizaci.

DALŠÍ DOPORUČENÍ:

Chronická pankreatitida je rizikovým faktorem vzniku pankreatického karcinomu. Pravidelná dispenzarizace osob s chronickou pankreatitidou gastroenterology (včetně osob po chirurgickém řešení nemoci) je nutná.

Chronická pankreatitida hereditární je prekancerózou.

LITERATURA:

1. Dítě: Chronická pankreatitida. Scientia Medica 1994
2. Dervenis, C. G.: Advances in Pancreatic Disease. Thieme Verlag, 1996
3. P. G. Lankisch, E.P. Di Magno: Pancreatic Disease. Springer Verlag, 1998.
4. P. Dítě a kol.: Chronická pankreatitida. Galen Praha, 2001
5. W. Johnson, C. Imrie: Pancreatic Disease. Springer Verlag 1991