

Grzegorz Margas

Przychodzi pacjent do lekarza z...

...PRZEWLEKŁYM ZAPALENIEM TRZUSTKI

Definicja i klasyfikacja

Przewlekłe zapalenie trzustki (PZT) to przewlekły proces zapalny, charakteryzujący się włóknieniem i zanikiem tkanki gruczołowej, z postępującym nieodwracalnym uszkodzeniem trzustki, prowadzący do niewydolności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej tego narządu. Klasyfikację PZT przedstawiono w tabeli 11.2.20.1.

Epidemiologia

Zachorowalność w Polsce wynosi 5–10/100 tys. ze szczytem między 35. a 45. rokiem życia. Chorobowość szacuje się na 30–57/100 tys. Ponad 70% zachorowań dotyczy mężczyzn.

Patogeneza

Etiologia PZT jest wieloczynnikowa, a patogeneza nie do końca wyjaśniona. Najważniejszym czynnikiem ryzyka jest alkohol. Istotny wpływ mają także predyspozycje genetyczne, dieta i czynniki środowiskowe, ponieważ ponad 90% alkoholików nigdy nie

zachoruje na PZT. Czynniki etiologiczne są pogrupowane w skalę TIGAR-O (tab. 11.2.20.2).

Czynniki uszkodzające powodują pierwszy epizod „zwiastującego” ostrego zapalenia trzustki. Powtarzające się epizody martwiczego zapalenia prowadzą do aktywacji produkujących kolagen komórek gwiaździstych. Trzustka może powrócić do stanu prawidłowego w razie ustąpienia czynników uszkodzających. W przypadku ich dalszego działania postępuje proces włóknienia i zanik pęcherzyków wydzielniczych.

Obraz kliniczny

Ból brzucha, zlokalizowany w nad- i śródbrzuszu, o charakterze opasującym, promieniujący do pleców lub okolic podżebrowych występuje u ponad 90% chorych. Może mieć różne nasilenie, początkowo występuje napadowo po alkoholu lub posiłkach bogatotłuszczowych. W miarę postępu choroby prowokować go może spożywanie nawet zwykłych posiłków, co prowadzi do świadomego ogranicza-

Tabela 11.2.20.1. Klasyfikacja kliniczna przewlekłego zapalenia trzustki (System Manchester) – konieczna obecność zmian w badaniach obrazowych (ECPW, MRI, TK)

Postać	Ból brzucha	Czynność trzustki	Narządy
łagodna	wymagający okresowego zażywania leków przeciwbólowych	zachowana czynność wewnątrz- i zewnątrzwydzielnicza	brak powikłań ze strony narządów położonych w sąsiedztwie
umiarkowana	wymagający regularnego zażywania leków przeciwbólowych	zaburzenie czynności wewnątrz- i zewnątrzwydzielniczej	
zaawansowana	może, lecz nie musi występować	objawy niewydolności wewnątrz- i zewnątrzwydzielniczej: <ul style="list-style-type: none"> • cukrzyca • biegunki tłuszczowe 	powikłania ze strony narządów położonych w sąsiedztwie <ul style="list-style-type: none"> • zwężenie przewodu żółciowego wspólnego • nadciśnienie wrotne • zwężenie dwunastnicy

Tabela 11.2.20.2. Klasyfikacja etiologii przewlekłego zapalenia trzustki – skala TIGAR-O

T	toksyczno-metaboliczne (65–80%)	alkohol palenie tytoniu hiperkalcemia hiperlipidemia przewlekła niewydolność nerek
I	idiopatyczne (15–30%)	wczesny początek późny początek tropikalne
G	genetyczne (< 1%)	mutacje genu <i>CFTR</i> (mukowiscydoza) i inne
A	autoimmunologiczne (3–5%)	
R	nawracające (<i>recurrent</i>)	przebyte ciężkie, martwicze zapalenie trzustki nawracające zapalenie trzustki
O	zaporowe (<i>obstructive</i>) (3–5%)	trzustka dwudzielna niedrożność przewodu trzustkowego

nia posiłków i zmniejszenia masy ciała. Z czasem ból staje się stały, prowadząc do stopniowego uzależnienia się chorego od narkotycznych leków przeciwbólowych. Bólowi mogą towarzyszyć nudności i wymioty.

Po zniszczeniu ponad 90% pęcherzyków trzustkowych pojawia się niewydolność zewnątrzwydzielnicza. Powstaje ona wskutek niedoboru lipaz w soku trzustkowym, a jej objawem jest biegunka tłuszczowa. Zaburzone może być trawienie białek, co prowadzi do utraty azotu z kałem.

Niewydolność wewnątrzwydzielnicza trzustki pojawia się później. Jej objawem jest nietolerancja glukozy lub jawna cukrzyca.

Innym objawem PZT może być żółtaczka mechaniczna spowodowana zwężeniem przewodu żółciowego wspólnego przez obrzęk lub torbiel w obrębie głowy trzustki.

Podstawą rozpoznania są zazwyczaj wyniki badań obrazowych. Badania RTG i USG jamy brzusznej w zaawansowanych stadiach umożliwiają uwidocznienie zwapnień, guzów, torbieli i innych zmian w obrębie gruczołu. We wczesnych stadiach bardziej przydatna jest endosonografia (EUS), w czasie której można wykonać biopsję. Inne metody diagnostyczne to: TK, endoskopowa pankreatografia wsteczna (ECPW) i cholangiopankreatografia metodą rezonansu magnetycznego (MRCP), które pozwalają na ocenę stopnia zaawansowania choroby. W przypadkach niejednoznacznych oznacza się aktywność elastazy w kale lub wykonuje badania czynnościowe trzustki (np. test sekretynowo-cholecystokininowy). W razie podejrzenia etiologii autoimmunologicznej należy oznaczyć γ -globuliny i autoprzeciwciała. Aktywność lipazy i amylazy w surowicy często jest prawidłowa lub nieznacznie zwiększona, dla-

tego jej oznaczenie nie decyduje o rozpoznaniu choroby.

Diagnostyka różnicowa

W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić przede wszystkim:

- raka trzustki,
- chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy,
- kamicę pęcherzyka żółciowego i nerkową,
- choroby jelit.

Postępowanie lecznicze

Podstawą leczenia jest usunięcie czynnika przyczynowego, co w praktyce oznacza bezwzględne zaprzestanie picia alkoholu i palenia tytoniu. Stosuje się dietę wysokokaloryczną (2500–3000 kcal/dobę), wysokobiałkową i ubogobłonnikową, rozłożoną na 5–6 posiłków dziennie. Suplementacji wymagają witaminy rozpuszczalne w tłuszczach (A, D, E, K), z grupy B i kwas foliowy. Wystąpienie biegunki tłuszczowej może wymagać ograniczenia podaży tłuszczów do 60–80 g/dobę. Brak skuteczności leczenia dietetycznego (utrzymujące się objawy dyspeptyczne, utrata masy ciała, biegunka tłuszczowa, wydalanie tłuszczu powyżej 15 g na dobę) jest wskazaniem do substytucyjnego leczenia enzymatycznego. Zalecana dawka wynosi 25 000–40 000 (maks. 80 000) jednostek lipazy w formie mikrokapsułek, podawanej w czasie lub po każdym posiłku.

Utrzymujące się bóle wymagają stosowania leków przeciwbólowych. Początkowo stosuje się niesteroidowe leki przeciwzapalne i paracetamol, w razie konieczności tramadol uzupełniony o leki przeciwdepresyjne oraz gabapentynę lub pregabalinę. Morfinę i inne silne opioidy powinno się stosować wyłącznie w przypadkach opornych na inne formy

terapii. Brak skuteczności leczenia zachowawczego jest wskazaniem do endoskopowego udrożnienia przewodu trzustkowego lub leczenia operacyjnego. W przypadku wystąpienia cukrzycy należy rozpocząć jej leczenie za pomocą odpowiedniej diety i leczenia farmakologicznego. Zaostrzenia choroby wymagają postępowania jak w ostrym zapaleniu trzustki.

Prognoza

Około 50% chorych umiera w ciągu 20 lat od wystąpienia pierwszych objawów. Lepsze rokowanie mają chorzy, którzy zaprzestali picia alkoholu i palenia tytoniu.

Najpoważniejszym powikłaniem PZT jest rak trzustki, który rozwija się u 4% chorych w ciągu 20 lat od rozpoznania.

Piśmiennictwo

1. Braganza J.M., Lee S.H., McCloy R.F., McMahon M.J. Chronic pancreatitis. Lancet 2011; 377: 1184-1197.
2. Podstawy chirurgii. Szmidt J., Kużdżał J. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2014.
3. Zalecenia diagnostyczne i terapeutyczne w przewlekłym zapaleniu trzustki. Rekomendacje Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego w dziedzinie Gastroenterologii i Polskiego Klubu Trzustkowego. Prz Gastrologiczny 2011; 6: 339-352.

Przedruk z „Medycyna rodzinna. Podręcznik dla lekarzy i studentów”, Termedia, Poznań 2015

5 JUBILEUSZOWY OGÓLNOPOLSKI KONGRES STARZENIA SIĘ

**PACJENT 65+ W CODZIENNEJ
PRAKTYCE LEKARSKIEJ**

SOPOT, 12–13 maja 2017 r.

TERMIN:
12–13 maja 2017 r.

MIEJSCE:
Centrum Konferencyjne – Sopot
ul. Powstańców Warszawy 10

KIEROWNIK NAUKOWY:
prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

ORGANIZATOR:
Wydawnictwo Termedia

PATRONAT MERYTORYCZNY I NADZÓR NAUKOWY:
Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

UCZESTNICY KONFERENCJI OTRZYMAJĄ PUNKTY EDUKACYJNE

BIURO
ORGANIZACYJNE:

Wydawnictwo Termedia
ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań



tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl