

Acute recurrent pancreatitis may have an indication for surgical treatment?

Pancreatita acută recurentă poate avea indicație operatorie?

**Eduard Cristian Popa¹, Alexandra Popa¹, Mihai Ierima¹, Cristina Pîrvulescu¹,
Ruxandra Avram¹, Sorin Păun^{1,2}, Bogdan Gaspar^{1,2},
Ioan Tănase^{1,2}, Alexandru Laurențiu Chiotoroiu¹**

¹Spitalul Clinic de Urgență, București, România

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

ABSTRACT

Repeated episodes of acute pancreatitis can lead to chronic pancreatitis. Retrospective study that include the patients admitted to hospital with diagnosis of acute pancreatitis, with at least one episode of acute pancreatitis in medical history, in General Surgery Clinic of the Bucharest Emergency Clinical Hospital during January 2016 – December 2018.

From the total of 77 patients admitted to hospital with diagnosis of acute pancreatitis, with at least one episode of acute pancreatitis in medical history, from a ethiological point of view of the acute episode, dietary excess was found in 57% of cases, 30% being chronic consumers ethanol, 14% of patients were obese, 22% had diabetes (half of them with poor blood glucose control), 8% had severe complications during hospitalization, 5% requiring surgery. The mortality rate among patients with acute recurrent pancreatitis was 2.6%.

In the study group, recurrent episodes of pancreatitis were more frequent in males (74%), especially associated with obesity and alcohol consumption. The success rate of conservative treatment was 95%, even in the presence of episodes of acute pancreatitis and comorbidities.

Acute recurrent pancreatitis is a disease that affects decades of age 50-60 years. It mainly targets male patients in the context of obesity and alcohol consumption. Patients who had diabetes mellitus with poor control had a poor development. The main treatment remains conservative, with a positive response for 95%, of the patients included in the study.

Keywords: acute recurrent pancreatitis, chronic pancreatitis, non-surgical treatment

REZUMAT

Episoadele repetate al pancreatitei acute pot duce la instalarea pancreatitei cronice. Vă prezentăm un studiu retrospectiv ce a inclus pacienții internați cu diagnosticul de pancreatită acută, cu cel puțin un episod în antecedente, în Secția II Chirurgie, Spitalului Clinic de Urgență București, în perioada ianuarie 2016 – decembrie 2018. Din totalul de 77 de pacienți ce s-au internat cu diagnosticul de pancreatită acută cu cel puțin un episod în antecedente, din punct de vedere etiologic, recurența episodului acut la 57% dintre pacienți s-a datorat unui exces alimentar, 30% fiind consumatori cronici de etanol; 14% dintre pacienți fiind obezi, 22% având diabet zaharat (jumătate cu control slab al valorilor glicemiei). 8% au prezentat complicații severe pe perioada internării, 5% necesitând intervenție chirurgicală. Rata mortalității în rândul pacienților cu pancreatita acută recurentă a fost de 2,6%. În lotul studiat, episoadele recurente de pancreatită s-au întâlnit mai frecvent la persoanele de sex masculin (74%), în special asociate cu obezitatea și consumul de alcool. Rata de succes a tratamentului conservator a fost de 95%, chiar și în prezența episoadelor de pancreatită acută și a comorbidităților. Pancreatita acută recurentă afectează persoanele în decadele de vârstă 50-60 ani. Vizează în principal pacienții de sex masculin în contextul obezității și consumului de alcool. Pacienții care au asociat diabet zaharat cu control slab au necesitat mai multe zile de spitalizare. Principalul tratament rămâne de tip conservator, cu răs-puns pozitiv pentru 95% dintre pacienții incluși în studiu.

Cuvinte cheie: pancreatită acută recurentă, pancreatită cronică, tratament conservator

Corresponding author:

Dr. Alexandru Laurențiu Chiotoroiu

E-mail: chiotoroiu@yahoo.com

Article History:

Received: 12 November 2019

Accepted: 2 December 2019

INTRODUCERE

Discuțiile pe tema clasificării pancreatitei încep în 1963, la conferința de la Marsilia, în contextul trasării granițelor între pancreatită acută și cronică, considerate entități distincte la vremea aceea (8). Ulterior, în 1984, clasificările au fost revizuite și acceptate ca aceste forme clinice sunt în continuitate, cu o evoluție lentă în pancreatită cronică (1,2,3,8).

Termenul de pancreatită cronică este folosit în mod tradițional și descrie un sindrom de inflamație cronică a țesutului pancreatic, care este cel mai des observată la indivizii consumatori de etanol și fumători și mai rar la persoane predispuse genetic (9,10,11). Acest proces inflamator ireversibil, persistent, duce la cicatrizarea progresivă a țesutului pancreatic, cu durere, disfuncție a glandei pancreatice endocrine (ca efect principal al pierderii insulelor Langerhans), insuficiență pancreatică exocrină (deficiență de enzime digestive produse de pancreas, cu efect în timpul și eficiența digestivă) și creșterea riscului de cancer pancreatic, în special de adenocarcinom ductal (8).

Pancreatita acută recurentă este, așadar, diagnosticată retrospectiv prin definirea clinică a cel puțin celui de-al doilea episod de pancreatită acută (2).

Din punctul de vedere al tabloului clinic, pancreatita acută recurentă evidențiază ca simptom dominant durerea, evidențiată palpativ cu localizare în etajul abdominal superior, cu maximum de intensitate în epigastriu, deseori cu iradiere posterioară spre regiunea lombară, dar și iradiere bilateral spre hipocondrul stâng, respectiv hipocondrul drept („durere în bară”). Un semn clinic important este distensia abdominală moderată, tranzitul intestinal fiind deseori afectat prin acțiunea revărsatului enzimatic retroperitoneal și în rădăcina mezenterului (12). Deseori, pacienții diagnosticați cu pancreatită acută recurentă evidențiază scădere ponderală (80% dintre pacienți) și steatoză (49% dintre pacienți).

Pentru un diagnostic de certitudine, metodele cele mai folosite pentru pancreatita acută recurentă sunt analizele serologice, cu vizarea lipazei și amilazei serice, respectiv hemoleucograma. Din punct de vedere imagistic, cele mai vizate examene paraclinice sunt ecografia abdominală, ecoendoscopia și computerul tomograf (gold standard – prin sensibilitatea în stabilirea gradului de afectare pancreatică, necroză, colecții, fibroză etc.) (7,14,15).

MATERIAL ȘI METODĂ

Am realizat un studiu retrospectiv, ce a inclus pacienții internați cu diagnosticul de pancreatită

acută, cu cel puțin un episod în antecedente, în Secția II Chirurgie a Spitalului Clinic de Urgență București, pe o perioadă de 3 ani (ianuarie 2016 – decembrie 2018). În cadrul acestui studiu, au fost analizați în total 313 pacienți care au fost internați cu diagnosticul de pancreatită acută, pancreatită cronică de etiologie alcoolică și alte pancreatite cronice (metabolice, medicamentoase). Din acest total, au fost incluși în studiu în total 77 de pacienți ce au prezentat cel puțin un episod de pancreatită acută în antecedente înregistrați în clinica de chirurgie al spitalului nostru. Aceștia au fost supuși investigației tomografice și au fost incluși în studiu cei care au avut de 3 ori peste limita normală a enzimelor pancreatice și cei ce au avut simptomatologia specifică la prezentarea în camera de gardă.

Scopul lucrării a fost acela de a evidenția eficiența tratamentului conservator; au fost analizate variabilele în funcție de care s-a stabilit tipul de management terapeutic, la fel și numărul de cazuri care au necesitat tratament chirurgical.

Pentru prelucrarea statistică a datelor, s-au folosit programul Microsoft Excel și programul SPSS.

REZULTATE

Am analizat cantitativ cei 77 pacienți incluși în studiu, cu o prezență variabilă în funcție de an (figura 1) și de perioada anului. Astfel, cele mai multe cazuri au fost internate preponderent în ultima și în prima lună a anului.

Din punct de vedere demografic, criteriile pe care s-a pus accent au fost sexul și vârsta, ce evidențiază că pacienții afectați de pancreatită acută recurentă au fost preponderent bărbați (57 de pacienți), cu vârsta cuprinsă între 50 și 60 de ani (figura 2).

Pacienții înregistrați ca fiind consumatori cronici de alcool au fost în procent de 45% la bărbați și 10% la sexul feminin, la sexul feminin principala cauză fiind excesul alimentar (figura 3).

Față de episodul anterior, cel mai rapid interval de reinternare a fost de 3 luni, reinternare cauzată de excesul consumului de alcool, iar cel mai lung interval de reinternare a fost 3 ani, cauza fiind mixtă (durata maximă a studiului fiind de 3 ani).

Din totalul de pacienți, 57% revin din cauza unui exces alimentar, 35% erau înregistrați cu etilism cronic în antecedente, iar 14% au prezentat un indice de masă corporală mai mare de 30. 22% au avut diabet zaharat diagnosticat, iar jumătate cu control slab al valorilor glicemice (figura 4).

În medie, spitalizarea pacienților ce au fost incluși în studiu a fost de aproximativ 8-9 zile în medie, cu un maximum de 51 de zile de spitalizare.

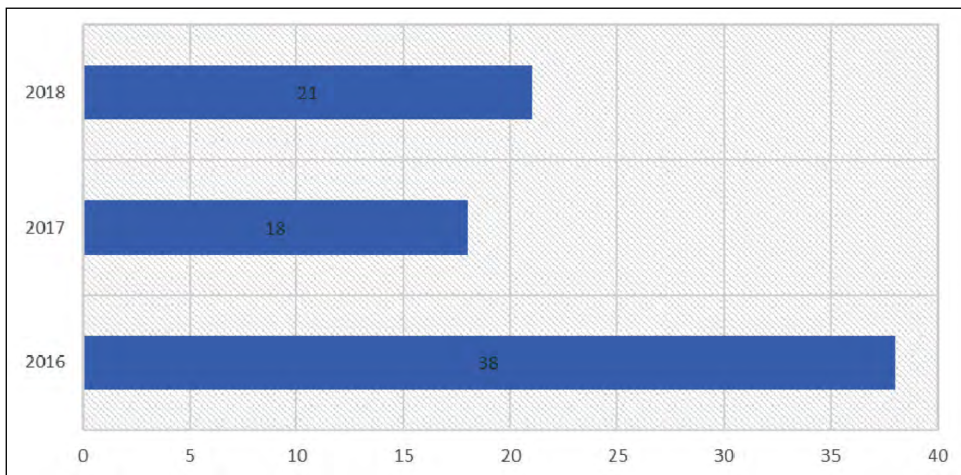


FIGURA 1. Numărul de pacienți internați pe fiecare an de studiu

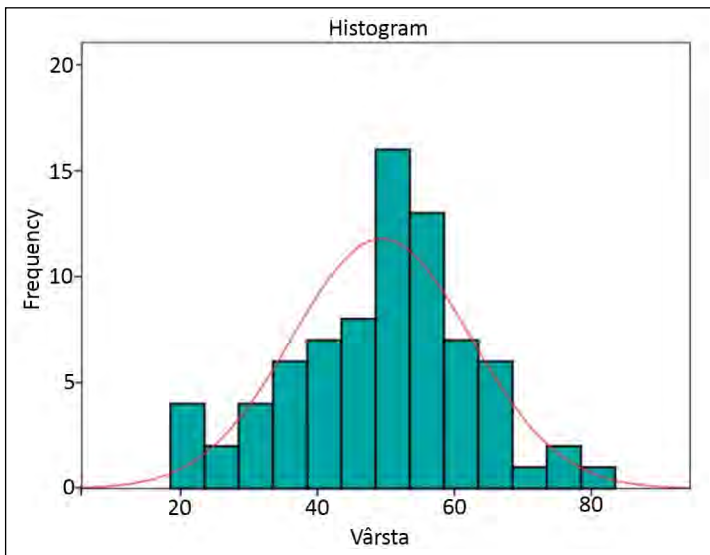


FIGURA 2. Distribuția pe vârstă a pacienților / Trend line

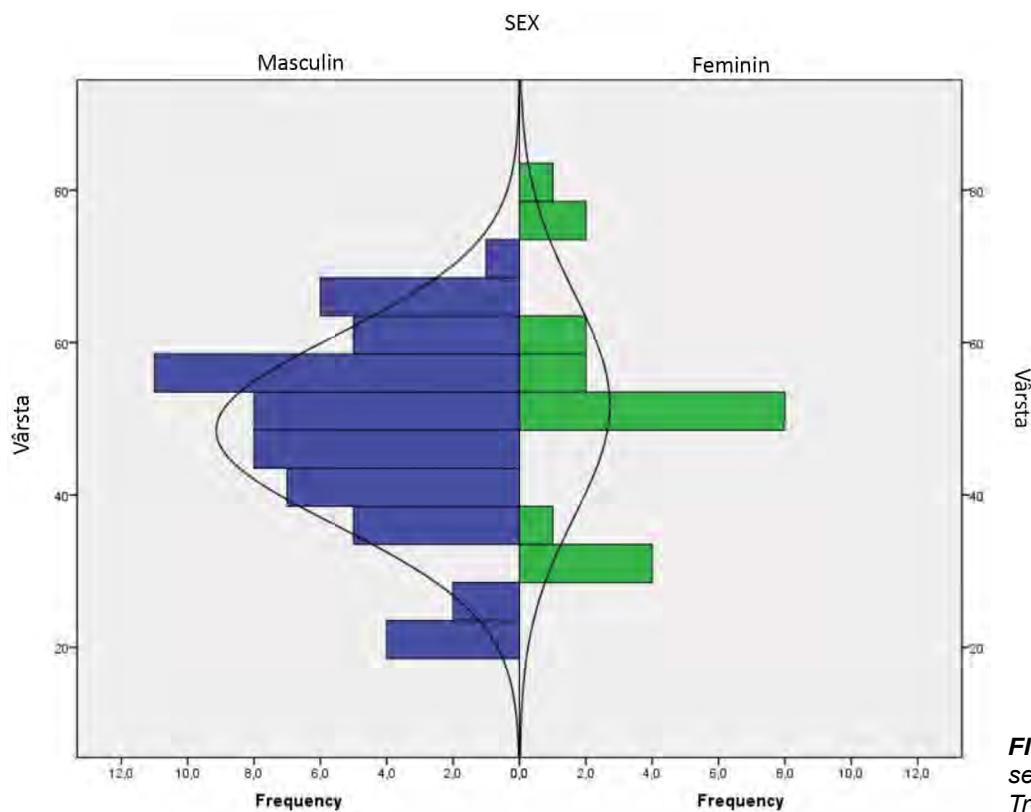


FIGURA 3. Distribuția pe sex și vârstă a pacienților / Trend line

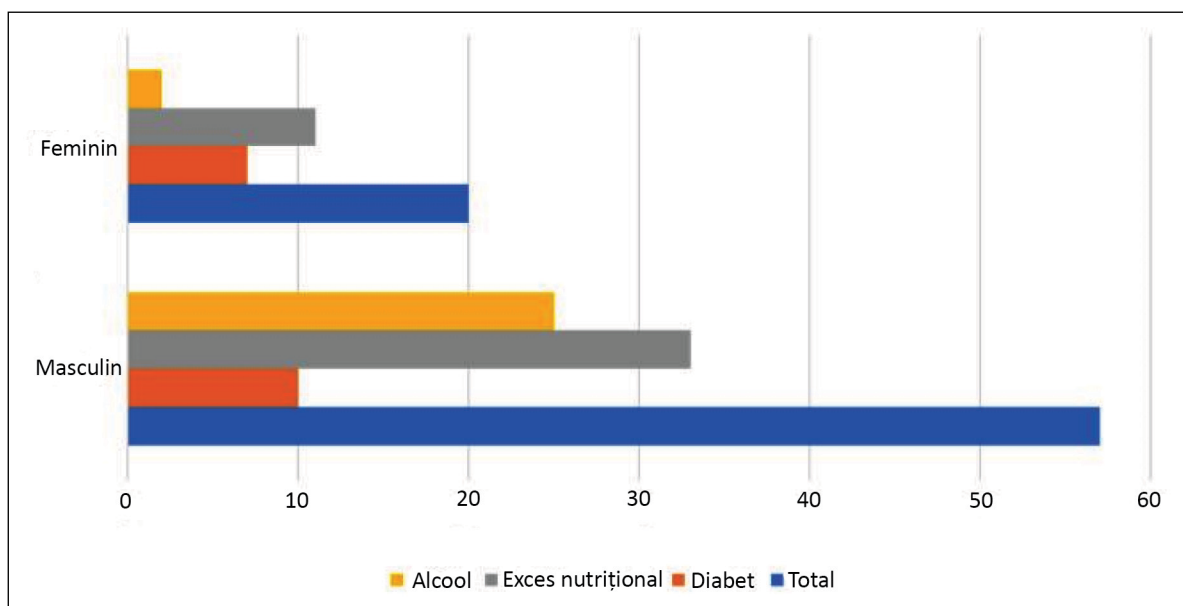


FIGURA 4. Reprezentare a cauzelor principale de prezentare în raport cu numărul de pacienți diagnosticați în antecedente cu pancreatită acută

S-a observat o scădere cu aproximativ 10% a numărului total de zile de spitalizare pentru a doua internare consecutivă cu diagnosticul de pancreatită acută. La pacienții cunoscuți cu etilism cronic, s-a observat că ultimul episod de pancreatită acută a fost cel mai scurt ca număr de zile de spitalizare.

Pacienții care au avut mai mult de 4 internări consecutive s-au prezentat în primele 12 ore la camera de gardă de la apariția simptomatologiei, ceea ce presupune o autoeducare a pacientului în ceea ce privește patologia de care suferă.

Din numărul total de pacienți, aproximativ 95% au avut o evoluție favorabilă la tratamentul conservator, restul de 5% au necesitat intervenție chirurgicală pentru drenajul abceselor peripancreatice. Mortalitatea indicată de acest studiu a fost de 2,6%, cazuri ce au suferit ambele tipuri de tratament, conservator și chirurgical.

DISCUȚII

Etiologia ce readuce pacientul la spital este reprezentată preponderent de excesul alimentar și consumul cronic de alcool, obiceiuri ce întăresc rezistența la tratament, prelungind remiterea simptomatologiei și crescând durata de spitalizare cu fiecare episod. Tot în acest context, simptomatologia principală este durerea în regiunea abdominală superioară, cu maximum de intensitate în epigastru.

Tratamentul conservator este de primă intenție, cu rezultate pozitive și zile de spitalizare minime, tratament ce constă, în cele mai multe cazuri, în administrarea de fluide intravenoase, antialgice, anti-

secretorii, antiinflamatorii și evitarea aportului alimentar în primele zile. Managementul terapeutic ce are la bază conduita conservatoare se concentrează pe tratamentul și prevenirea complicațiilor și simptomelor (4,9).

Studiile din ultimii ani demonstrează că pancreatita acută, pancreatita acută recurentă și pancreatita cronică sunt patologii în continuitate.

Indicația operatorie în cazul pancreatitei acute recurente rămâne o soluție în cazul necrozelor pancreatice și abceselor peripancreatice, cu o importanță deosebită pentru diagnosticarea acestor complicații cu ajutorul tomografiei computerizate (7).

Pancreatita acută recurentă încadrează pacienții cu această patologie în grupa de risc înalt, prin procentul mic, dar foarte important, de evoluție în pancreatită forme severe, forme care presupun tratament chirurgical de urgență.

Pancreatita acută recurentă rămâne o entitate clinică cu o morbiditate și mortalitate crescute prin riscul ridicat de complicații ce pot apărea în cazul neaplicării tratamentului adecvat și imediat (2).

CONCLUZII

Pancreatita acută recurentă afectează persoanele în decadele de vârstă 50-60 ani. Vizează în principal pacienții de sex masculin în contextul obezității și al consumului de alcool. Pacienții care au asociat diabet zaharat cu control slab au necesitat mai multe zile de spitalizare. Principalul tratament rămâne de tip conservator, cu răspuns pozitiv pentru 95% dintre pacienții incluși în studiu.

BIBLIOGRAFIE

1. Kleeff J, Whitcomb D, Shimosegawa T et al. Chronic pancreatitis. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 Sep 7;3:17060.
2. Kleeff J1,2, Whitcomb DC3, Shimosegawa T4, Esposito I5, Lerch MM6, Gress T7, Mayerle J8, Drewes AM9, Rebours V10, Akisik F11, Muñoz JED12, Neoptolemos JP13.
3. Testoni PA. Acute recurrent pancreatitis: Etiopathogenesis, diagnosis and treatment. *World J Gastroenterol* 2014; 20(45):16891-16901.
4. Singer MV, Gyr K, Sarles H. Revised classification of pancreatitis. Report of the second international symposium on the classification of pancreatitis in Marseille, France, March 28-30, 1984. *Gastroenterology*. 1985;89:683+685.
5. Rasmussen HH, Irtun O, Olesen SS, Drewes AM, Holst M. Nutrition in chronic pancreatitis. *World J Gastroenterol*. 2013;19(42):7267-7275.
6. Ihse I, Andersson R, Andrén-Sandberg A, Axelson J, Kobari M. Conservative treatment in acute pancreatitis. *Ann Ital Chir*. 1995 Mar-Apr;66(2):181-5.
7. Beger HG., Rau MB. Severe acute pancreatitis: Clinical course and management. *World J Gastroenterol*. 2007 Oct 14; 13(38): 5043-5051.
8. Tiffany Y. Chua, R. Matthew Walsh, Mark E. Baker, Tyler Stevens. Necrotizing pancreatitis: Diagnose, treat, consult. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2017 August;84(8):639-648.
9. Sarr MG. 2012 revision of the Atlanta classification of acute pancreatitis. *Pol Arch Med Wewn*. 2013;123(3):118-24.
10. Lew D, Afghani E, Pandol S. Chronic Pancreatitis: Current Status and Challenges for Prevention and Treatment. *Dig Dis Sci*. 2017 Jul; 62(7):1702-1712.
11. Barry K. Chronic Pancreatitis: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2018 Mar 15;97(6):385-393.
12. Navarro S. Chronic pancreatitis. Some important historical aspects. *Gastroenterol Hepatol*. 2018 Aug - Sep;41(7):474.e1-474.e8.
13. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS; American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology guideline: Management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2013 Sep;108(9):1400-15.
14. Porter KK, Cason DE, Morgan DE. Acute Pancreatitis: How Can MR Imaging Help. *Magn Reson Imaging Clin N Am*. 2018 Aug; 26(3):439-450.
15. Sze KC, Pirola RC, Apte MV, Wilson JS. Current options for the diagnosis of chronic pancreatitis. *Expert Rev Mol Diagn*. 2014 Mar; 14(2):199-215.