

= APROBAT =

  
Diana MANEA  
Director IMSP Institutul de Medicină Urgentă



## Protocolul clinic a locului de munca Pancreatita cronica la adult

### 1. Criterii de spitalizare a pacientilor cu PC :

- În cazul tabloului clinic atipic al bolii pentru diagnostic diferențial
- PC cu progresarea rapidă a bolii, la care sunt suspectate sau stabilite complicații
- PC și sindrom algic refracter la tratament pentru corijarea tratamentului și hotărârea problemei tratamentului endoscopic, chirurgical (ERSP)

**Notă: Pacienții cu acutizare pronunțată a PC se recomandă de internat primele zile în secția de terapie intensivă și reanimare pentru monitorizare**

### 2. Formularea diagnosticului:

Exemple de formulare a diagnosticului clinic.

Pancreatita cronică la adult

- Fazabolii: acutizare și remisiune
- Stadializarea bolii: puseu acut, faza de remisiune (completa, incompleta)
- Complicații: fără complicații sau cu complicații

### Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

Pancreatită cronică cu recidive frecvente, de genезă etilică, faza de acutizare, cu insuficiența funcției exocrine a pancreasului și insuficiența funcției endocrine a pancreasului: diabet zaharat tip 3c (pancreatogen)

### Codul bolii (CIM-10)

K86	Alte boli ale pancreasului
K86.0	Pancreatită cronică indusă de alcool
K86.1	Alte pancreatite cronice
K86.2	Chistul pancreasului
K86.3	Pseudochistul pancreasului
K86.8	Alte boli specificate ale pancreasului

### Metodele de diagnostic :

Analiza generala de sange	completa
Analiza biochimica a singelui	Urea, creatinina, proteina totala, albumina, ALT, AST,LDH , Bilirubina totala si fractiile ei, GGTP, Fosfataza alcalina, amilaza serica, lipaza serica,glucoza ,panou lipidic (Trigliceride, colesterol total, LDL-colesterol, HDLcolesterol), ionograma: K, Na, Mg, Ca
Coagulograma:	Protrombina după Quick, timp de protrombină, INR, fibrinogen
Analiza generala de urina	Adaugator Amilaza urinei
Probele reumatice	FR, Proteina C reactiva
USG organe interne	Vizualizarea parenchimului pancreas, starea ductala, coledoc, CBIH, v.biliara, parenchim ficat, splina, rinichi, SCB
Radiografia abdominala panoramica	Pentru elevarea calcificărilor pancreatice ca semn patognomonic înpancreatita cronică
Una dintre examinările cu imagistică transversală: • Imagistica prin tomografie computerizată de înaltă calitate, folosind tehnologia multidetector și un protocol pancreatic SAU • IRM-MRCP	Pentru diagnosticul primar al PC, când alte metode disponibile nu prezintă date suficiente pentru stabilirea diagnosticului, pentru evaluarea în dinamică, excluderea complicațiilor.
Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă (CPGER)	La necesitate /coledocolitiiza, stenoza papilei Vater/

### Diagnostic diferential in PC

Colecistita acuta
Colica biliara
Pancreatita acuta
Sindromul colonului iritabil
Dureri abdominale functionale
Boala ulcerului peptic
Cancer pancreatic
Postherpetica
Gastropareza
Obstrucție intestinală, ischemie sau infarct
Anevrism de aorta abdominală
Radiculopatie toracica
Infarct miocardic

## Momente cheie în diagnosticul diferențial al PC

- Evaluarea inițială ar trebui să includă un istoric detaliat pentru a evalua prezența durerii abdominale asociate cu pancreatita cronică la momentul inițial, caracterul durerii, severitatea și impactul asupra calității vieții acestora.
- Pacienții cu PC stabilită pot dezvolta dureri abdominale agravate din multe alte motive (ulcer peptic, carcinom pancreatic suprapus, intestin narcotic, gastropareză, pseudochist pancreatic, obstrucție duodenală sau biliară).
- Este dificil diagnosticul diferențiat cu tumorile pancreatice. Anamneza, contextul clinic și explorările dirijate (nivelul CA19-9, schimbările respective la USG, la angiografia selectivă, la TC și la biopsia prin laparoscopie) elucidează diagnosticul.
- Diabetul zaharat asociat PC trebuie diferențiat de diabetul zaharat primar.
- Malabsorbția care complică PC trebuie diferențiată de malabsorbția ca sindrom al altor maladii: enteropatia glutenică; boala Crohn, enterita cronică, hiperplazia limfoidă nodoasă a intestinului subțire, boala Whipple, limfoame etc.
- Nu este exclusă prezența concomitentă a diferitor patologii.

## Tratamentul în PC

<b>Metode generale</b>	<b>Regim</b>	În puseu acut, inițial – de salon.  După reducere a durerii – regimul general.  Recomandări: de  Exclus fumatul și, evident, alcoolul.
	<b>Dieta</b>	În cazul puseului acut sever, care se echivalează cu pancreatita acută, primele zile: masa 0 (foame), cu aspirarea conținutului gastric prin sonda nazogastrală,  apă minerală – pînă la cuparea sau reducerea intensității durerii. Lărgirea treptată a dietei – alimentație frecventă, fracționată, cu reducerea grăsimilor animaliere; dieta ce corespunde mesei 5p după Pevzner; în insuficiența funcției endocrine a pancreasului – masa 5p/9.



Metode terapeutice	Denumire a preparatului	Posologie
Soluții proteice	Soluție de albumină	10% – 100 ml/24 de ore, i.v., perfuzie
	Plasmă	250 – 50 ml/24h, i.v., transfuzie
Soluții de electroliți	Soluție de Clorură de sodiu	0,9%, pînă la 1000 ml/24 de ore, i.v., perfuzie
Soluții coloidale	Dextran 40	400 ml/24 de ore, i.v., perfuzie
Soluție de Glucoză	Soluție de Glucoză	5–10%, 500 ml/24 de ore, i.v., perfuzie
Pentru cuparea sindromului dolo abdominal		
Enzime pancreatice, cu conținut înalt de proteaze, care nu conțin bilă și extracte ale mucoasei gastrice; în formă tabletată	Pancreatină în formă tabletată	Doze adecvate (150 mg, 300 mg și mai mult) de 4-5 ori între mese
M-Colinolitice și/sau	Platifilină	Sol. 0,2%, 1–2 ml, subcutanat , per os, 3–5 mg x 2–3 ori/zi
Spasmolitice miotrope	Papaverină sau	Sol. 2%, subcutanat, i.m., 1–2 ml x 2-3 ori/24 de ore; i.v., încet, cîte 1 ml, dizolvat prealabil cu 10-20 ml 0,9% soluție de Clorură de sodiu
	Drotaverină 40 mg-2 ml, i.m., s.c., i.v. lent sau	40 mg-2 ml, i.m., s.c., i.v. lent sau 40–80 mg (1–2 tablete) per os x 2–3 ori/zi
	Mebeverină	200 mg, per os x 2 ori/zi (dimineața și seara)
Alte preparate cu efect spasmolitic, administrate în dischineziile sfincterului Oddi	Aminofilină	2,4% – 10 ml, 1 x 2 ori/zi în bolus, lent, i.v.
Analgezice neopioide	Metamizol (Analgina)	25 – 50 %, 1–2 ml x 2–3 ori/zi, i.m. sau i.v.
Antiinflamatoare nesteroidiene	Paracetamol	500 mg, 1 x 3 ori/zi, per os, cu o oră pînă la masă sau per rectum.
Neuroleptanalgezia	Fentanil, concomitent cu	0,005% – 1–2 ml, 1–2 ori/zi +
	Droperidol	0,25% – 1–2 ml, 1–2 ori/zi

<b>Analgezice opioide (cu excepția Morfinei). Utilizarea morfinei este contraindicată din cauza dezvoltării spasmului sfincterului Oddi.</b>	Tramadol	50–100 mg; soluție injectabilă, 1–2 ml, i.m., i.v., subcutanat; capsule sau supozitoare. La in eficacitatea unei doze peste 30–60 min de repetat; la dureri puternice doza de 100 mg x 4 ori/24 de ore, maxim – 800 mg/24 de ore
<b>Antidepresante</b>	Amitriptilină	75-150 mg/24 de ore
Pentru cuparea sindromului dolo abdominal: micșorarea secreției gastrice și pancreatice și a presiunii intrapancreatice (intra canalare)		
<b>Inhibitorii pompei de protoni SAU</b>	Pantoprazol	40 mg x 1 dată/zi, per os
	Lansoprazol	30 mg x 2 ori/zi, per os
	Omeprazol	20 mg x 2 ori/zi, per os
<b>Antagoniștii H2- receptorilor histaminici</b>	Famotidină	20–40 mg x 2 ori/zi, i.v., bolus, lent 20 mg x 2 ori/zi sau 40 mg x 1 dată/zi, per os
<b>Analogii sintetici ai somatostatinei</b>	Analogii sintetici ai somatostatinei	50–100 mcg, subcutanat, de 1- de 3 ori/zi
<b>Antiacide</b>	Hidroxid de Aluminiu și Hidroxid de Magneziu	suspensie buvabilă, plicuri, 15 ml x 3 ori/zi
Remediile pentru ameliorarea motoricii tractului digestiv		
<b>Prokinetice</b>	Metoclopramidă	Sol. 0,5% – 10 mg/2 ml, i.v., lent, i.m., x 3 ori/zi; 10 mg x 3 ori/zi, per os
Pentru corecția insuficienței vitaminice		
<b>Vitamine, polivitamine, cuantioxidanți</b>	Tocoferol (Vit. E)	100 mg x 2 ori/zi, per os
	Meco-Bcomplex	2ml, i/m

#### Biografia :

1. Protocol clinic național Pancreatita cronică la adult (ediția III) PCN -58, 2022

2. Protocol clinic național Pancreatita cronică la adult , 2010