

## **PANCREATITĂ CRONICĂ FORMA ALGICĂ CU SINDROM NEUROASTENIC ȘI AFECȚIUNI ASOCIATE GASTRODUODENALE.**

**Violetta Ucrainațev<sup>1</sup>, Ion Țîbîrnă<sup>1</sup>, Loretta Eșanu<sup>2</sup>, Svetlana Postoronca<sup>2</sup>**

**1) Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,**

**Departamentul de Medicină Internă, Disciplina de medicină internă – semiologie**

**2) IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sf. Arhanghel Mihail”, Chișinău, Republica Moldova**

### **Rezumat**

Diagnosticul unei pancreatite cronice necesită o cunoaștere atât a semnelor clinice, cât și a manifestărilor paraclinice de laborator și instrumentale. Luând în considerație legătura strânsă anatomică și funcțională a pancreasului cu stomacul, duodenul, ficatul, căile biliare și controlul nervos al funcției endo- și exocrine (somato-cerebral și cerebro-somatic) atrage atenția pentru cercetare atât clinico-paraclinică minuțioasă, cât și psihosomatică. Deseori manifestările unei pancreatite cronice ascund o depresie mascată, alături însăși dereglările funcționale ale pancreasului conduc la schimbările psiho-emoționale, nevorbind de efectele asupra organelor adiacente.

**Cuvinte-cheie:** pancreatita, depresie, exocrin, organele adiacente.

**Summary. Chronic pancreatitis painful form with neurasthenic syndrome and associated gastroduodenal disorders.**

The diagnosis of chronic pancreatitis requires a knowledge of the clinical signs and paraclinical and instrumental manifestations. Taking into consideration the close anatomical and functional connection of the pancreas with the stomach, duodenum, liver, biliary ways and the nervous control of the endo - and exocrine function (somato-cerebral and cerebro-somatic) draws attention to research both the clinical-laboratory precision, as well as psychosomatic. Often the

clinic of the chronic pancreatitis hide a masked depression, sometimes the functional derangements of pancreas itself lead to changes in psycho-emotional sphere not to mention the impact on the adjacent organs.

**Key words:** pancreatitis, depression, exocrine, the adjacent organs.

**Резюме. Хронический панкреатит болевой формы с неврастеническим синдромом и сопутствующие гастродуоденальные поражения.**

Диагноз хронического панкреатита требует знания как клинических признаков, так и понимания лабораторных и инструментальных проявлений. Принимая во внимание тесную анатомическую и функциональную взаимосвязь поджелудочной железы с желудком, двенадцатиперстной кишкой, печенью, желчными протоками и регуляцию эндо – экзокринной функции нервной системой (психо-соматическая регуляция) обращается внимание на тщательное исследование, как клинико-параклинических, так и психосоматических аспектов. Часто клиника хронического панкреатита скрывает депрессию, а иногда функциональные расстройства поджелудочной железы приводят к изменениям в психо-эмоциональной сфере, не говоря уже о влиянии на соседние органы.

**Ключевые слова:** панкреатит, депрессия, экзокринная, соседние органы.

### Introducere

Pancreatita cronică (PC) este o patologie complexă, cu o incidență și prevalență în creștere, impactul social al căreia se manifestă prin afectarea calității vieții în mare parte a persoanelor tinere, cu pierderea capacității de muncă cu un cost substanțial al tratamentului. Actualmente, creșterea incidenței PC se datorează nu numai expunerii crescute la factorii de risc (consumul de alcool, tabagismul, stresul și al.), dar și metodelor de diagnostic performante. Frecvența pancreatitei cronice variază în populație de la 0,2% pînă la 0,6% la 100 000 de populație, se înregistrează 7–10 cazuri noi pe an de pancreatită cronică [1, 3, 6].

Pancreatitele cronice sunt, deseori, secundare bolilor organelor adiacente, fiind des asociate cu următoarele afecțiuni: litiaza biliară, angiocolite, colecistopatii, boala ulceroasă, hepatite, ciroze. Frecvența este greu de apreciat, datorită incertitudinii diagnosticului. Destul de frecvent PC este datorită cronicizării pancreatitelor catarale din cursul bolilor infecțioase (parotidita epidemică, hepatita epidemică, febra tifoidă, septicemii) [1, 2].

În apariția PC intervin și factorii exogeni (cel mai frecvent alcoolismul, tabagismul, surmenajul psihoemoțional, stresul), factorii toxici endogeni (uremie, factori alergici, alimentari), boli de nutriție (diabet, pelagra), carențe vitaminice, boli de collagen. După datele literaturii circa la 25% din adulții cu PC nu se cunoaște cauza - pancreatita idiopatică [1, 2, 8]. Etiologic pe primul plan, se situează doi factori: alcoolismul cronic (Republica Moldova, Franța, Italia, Elveția, USA) și malnutriția (denutriția proteică), prezentă în Asia și Africa. Pacienții cu PC cu afectarea pancreatică extensivă (cu scăderea funcției exocrine sub 10% din normal) prezintă steatoree și azotoree. La adulți, factorul alcoolic reprezintă cauza cea mai frecventă de insuficiență pancreatică exocrină manifestată clinic, în timp ce la copii, cauza cea mai frecventă este fibroza chistică [2, 3, 9, 11].

Funcția normală secretorie a pancreasului exocrin este în strânsă dependență cu funcția normală gastrică, duodenală și biliară și deseori pancreatopatiile sunt însoțite de bolile căilor biliare și ale ficatului, bolile gastroduodenale, stările septică și unele boli infecțioase (febra tifoidă, hepatita epidemică, parotidita epidemică).

PC se caracterizează prin leziuni cronice, inflamatorii și degenerative, cu evoluție spre scleroză și insuficiență pancreatică, provocată de reducerea sau de dispariția țesutului glandular. Anatomopatologic, prezența sclerozei multiple, nodulare, segmentare sau difuze, asociate cu calcificări, afectând sau modificând pancreasul exocrin și mai puțin pe cel endocrin, fiind drept rezultat insuficiența pancreatică exocrină (steatoree, azotoree) și endocrină, inițiind diabetul zaharat.

Din punct de vedere morfologic, pancreasul este alcătuit din două părți: pancreasul exocrin, constituit din acini în legătură cu canalele exterioare și pancreasul endocrin, alcătuit din insulele Langerhans, dispersate în țesutul glandular. Pancreasul exocrin secretă fermenți digestivi, în funcție de ingerarea alimentelor și influențată de cantitatea și componența acestora. Pe de o parte, secreția pancreatică este influențată pe cale sanguină de secreția duodenală, iar pe de alta, modificările cerebrale intervin în secreția pancreatică prin relațiile nervoase viscero-corticale și cortico-viscerale. Raporturile morfofuncționale ale canalului Wirsung cu coledocul au o deosebită importanță în patologia pancreatoduodenogastrală [1, 2, 3, 10].

Insuficiența pancreatică reprezintă un deficit al uneia sau al ambelor funcții secretorii ale pancreasului, fie funcția exocrină (secreția în intestin a enzimelor care asigură digestia proteinelor, lipidelor și glucidelor), fie funcția endocrină (secreția în sânge a hormonilor dintre care cel mai important este insulina). Insuficiența pancreatică exocrină este consecutivă fie distrugerii pancreasului (pancreatita, cancer

etc.), fie obstrucției canalului Wirsung, care vehiculează secrețiile externe spre duoden în cazul cancerului [11, 16].

Semnele clinice ale PC sunt: sindromul dispeptic pancreatic, caracterizat prin anorexie față de făinoase, grăsimi și carne, însoțit frecvent de greață și sialoree, diaree cu scaune abundente, păstoase sau lichide, galbene-albicioase, conținând picături de grăsime, iar în câmpul de vedere microscopic se văd fibre musculare cu nuclei intacti, cu striatiile păstrate și picături de grăsime neutră. Scăderea ponderală, scaunele anormale și alte semne sau simptome sugestive de malabsorbție sunt comune în PC. Semnele fizice la acești pacienți nu sunt, de regulă, impresionante, existând o discrepanță între severitatea durerii abdominale și sărăcia semnelor fizice (sensibilitate abdominală și o ușoară creștere a temperaturii corporale) [1, 2, 3, 6].

Pacienții cu PC recurentă pot prezenta simptome similare ca și cei cu pancreatita acută, dar durerea poate fi continuă, intermitentă sau poate lipsi. Cu toate că descrierea clasică este cea a unei dureri epigastrice cu iradiere în spate, caracteristicile durerii sunt frecvent atipice. Durerea poate fi maximă în cadranul superior stâng sau în cel drept sau poate fi difuză în tot abdomenul superior; poate fi localizată la nivelul toracelui anterior sau în flancuri. Caracteristic, durerea este persistentă, profundă și nu răspunde la antialgice. Durerea este frecvent amplificată de alcool și de mesele copioase (în special cu alimente bogate în grăsimi), des durerea poate fi atât de puternică încât să necesite administrarea frecventă a stupefiantelor. Se pot nota deseori simptome de hiperinsulinism, cu senzație de foame, stare de neliniște, tulburări neuropsihice, insomnie, tremurături, transpirații, chiar și convulsii. Alteori, survin fenomene de hipoinsulinism, cu hiperglicemie și glicozurie, care însoțesc tulburări ale funcției secretorii exocrine.

Meteorismul este des întâlnit în bolile pancreasului, datorită proceselor de fermentație sau de putrefacție exagerată. Compresiunea căilor excretorii pancreatice este deseori însoțită de compresii concomitente pe căile biliare (sindrom biliar), pe vena portă (sindrom portal), pe vena cavă inferioară (edeme ale membrelor pelviene) sau plexul solar (dureri extrem de violente, cu fenomene de colaps) [1, 9, 10, 16].

Din punct de vedere biologic, spre deosebire de pacienții cu pancreatita acută în PC recurentă, nivelurile serice ale amilazei și lipazei sunt, de regulă, normale. Creșterea bilirubinei și a fosfatazei alcaline pot indica o coleastăză secundară inflamației cronice din jurul canalului biliar comun. O bună parte din pacienți manifestă o toleranță scăzută la glucoză, iar unii dintre ei pot avea și o glicemie crescută a jeun [1, 9, 10].

Triada clasică - calcificare pancreatică, steatoree și diabet zaharat - sugerează diagnosticul de pancreatită cronică și insuficiență pancreatică exocrină, dar este întâlnită la mai puțin de o treime din pacienții cu pancreatită cronică. Aproximativ 40% din pacienții cu pancreatită au o malabsorbție a cobalaminei (vitamina B12), corectată prin administrarea orală de enzime pancreatice. De regulă, este prezentă o excreție marcată de grăsimi în masele fecale, care poate fi redusă prin administrarea orală de enzime pancreatice. Testul cu bentromida și testul excreției urinare de D-xiloză sunt utile la pacienții cu "steatoree pancreatică", testul cu bentromidă fiind anormal, iar cel cu D-xiloză normal. Un titru seric scăzut de tripsinogen este înalt sugestiv pentru insuficiența pancreatică exocrină. Caracteristica radiologică a pancreatitei cronice este prezența calcificărilor pancreatice difuze. Calcificările pancreatice difuze arată că au avut loc distrucții masive, inducând necesitatea unui test cu secretină, în timp ce alcoolul constituie de departe cauza cea mai frecventă de calcificare pancreatică, dar aceasta poate surveni și în malnutriția protein-calorică serică, pancreatită ereditară, pancreatită post-traumatică, hiperparatiroidism, neoplazii ale celulelor insulare și în pancreatita cronică idiopatică. Ecografia, tomografia computerizată (TC) sunt de mare ajutor în diagnosticul bolilor pancreatice. Pe lângă excluderea pseudochisturilor și a cancerului pancreatic, ecografia și TC pot evidenția calcificări sau canale dilatate, asociate pancreatitei cronice [1, 2, 3, 11, 16].

Conform datelor autorilor americani la 15-42% de pacienți, care se adresează la medici gastroenterologi prin examinări minuțioase clinice, paraclinice, endoscopice și tomografiei computerizate, nu se depistează cauze organice a patologiilor gastrointestinale [13]. Conform datelor OMS 45% de boli sunt legate de stres, dar 30-50% din toți pacienții, care se adresează la specialiști în medicină primară au necesitatea nu de terapie medicamentoasă, dar de psihoterapie. Deseori, este dificil de a diferenția o afecțiune psihosomatică de cea somatică, din cauza asemănării simptomelor cum sunt: durerea, sindromul dispeptic, cefaleea, insomnia, dereglările sistemelor gastrointestinal, cardiovascular, urogenital. Relativ puțină atenție se acordă cunoașterii caracteristicilor psihologice la pacienții cu pancreatită cronică. În practica medicală generală 2/3 din pacienții ce se adresează sistematic la medic au tulburări psihice: 23% - depresie, 22% - anxietate, 20% - somatizare [4,7]. Medicii interniști frecvent întâlnesc pacienți somatici concomitent cu simptomatologia psihică: de la forme nevrotiforme și afective minore până la psihoze grave și demență, incidența ajungând până la 24% [12]. Tulburările somatoforme frecvent sunt întâlnite în practica medi-

cală sub masca unei afecțiuni somatice cu simptome resimțite de către bolnavi ca suferințe, care din cauza gestionării greșite îi fac izolați, cu concedii de boală de durată, până la incapacitatea de muncă [5]. Accese de durere frecvente formează la pacienți o frică la alimentație, iar la unii pacienți durerile precedează dereglările dispeptice: grețuri, vome, xerostomie, balonare, garguiment intestinal, dereglările defecației cea ce treptat afectează calitatea vieții, facilitând pe parcurs dezvoltarea nervozității, asteniei, pierderii interesului față de activități cotidiene și necesității mai frecvente de tratament în secții de profil.

În practica medicală, în contextul medicinei psihosomatice prezintă interes depresiile mascate (alexitimică, ascunsă, subdepresie). Debutul și tabloul clinic al acestora la fel se manifestă predominant sub forma unei afecțiuni cronice gastrointestinale cu dereglări dispeptice predominant, însă mai târziu se instalează: hipotimie (anxietate, irascibilitate), aghidonie (pierderea interesului față de activități sociale), slăbiciune generală, insomnia, scăderea sau mai rar creșterea ponderală. Conform datelor cercetărilor epidemiologice 60-80% de bolnavi cu depresie mascată se adresează ani la rând la medicii interniști, gastroenterologi sau cardiologi, decăzând din vizorul medicilor psihiatri [13, 14, 15].

### Scopul cercetării

Studierea caracteristicilor psihologice la pacienții cu forma alergică de pancreatită cronică cu insuficiență exocrină. Determinarea schimbărilor clincomorfoendoscopice la pacienții cu forma alergică de pancreatită cronică cu insuficiență exocrină și sindrom neuroastenitic.

### Material și metode

Lotul de studiu a fost alcătuit din 22 pacienți cu forma alergică de pancreatită cronică cu insuficiență exocrină, internați în Spitalul Clinic Municipal „Sf. Arh. Mihail”, mun. Chișinău, cu vârstă între 18-45 ani, dintre care 12 persoane de gen feminin și 10 persoane de gen masculin. Pentru determinarea nivelului de depresie a fost utilizată scala Beck, iar pentru evaluarea anxietății scala Hamilton. Diagnosticul a fost confirmat clinic, dar și prin metodele paraclinice. Toți bolnavii au fost investigați după următoarea schemă: anamneza, evaluarea simptomelor clinice, examinarea hemogramei, coprogramei, ultrasonografia organelor abdominale, fibrogastroduodenoscopia (FGDS). Pentru a determina schimbările morfogastroduodenale s-a efectuat FGDS care a fost una dintre metodele de bază în cercetare.

### Rezultate și discuții

La pacienții cu forma alergică de pancreatită cronică cu insuficiență exocrină s-a constatat prezența reacțiilor depresive la 81,8% (18 pacienți) dintre care 61,1% de gen feminin (11 pacienți) și la 38,8% de gen masculin (7 pacienți), totodată la 18,2% (4 pacienți) din numărul total de pacienți simptome depresive au lipsit. S-a depistat că în pancreatită cronică toate reacțiile depresive au fost de grad ușor până la moderat: la 72,2% - reacții depresive ușoare și la 9,6% - reacții depresive moderate. Reacțiile depresive au fost în mare măsură de caracter anxios și erau însoțite de echivalente somatice.

FGDS efectuată la toți pacienții (100%) cu forma alergică de pancreatită cronică cu insuficiență exocrină prezența refluxului duodenogastroesofagian cu conținut de bilă în stomac s-a depistat la 63,6% (pacienți), la 22,7% (pacienți) gastrită eritematos-exudativă și la 13,6% (3 pacienți) congestie de mucoasă gastrică. De menționat că la pacienții cu pancreatită cronică cu insuficiență exocrină la care s-au constatat prezența reacțiilor depresive (81,8%) reflux duodenogastroesofagian a fost prezent la 72,2% (12 pacienți). La acești pacienți concomitent cu refluxul duodenogastroesofagian mai frecvent 50% (6 pacienți) s-a constatat bulbită erozivă și mai rar 33,3% (4 pacienți) gastrita eroziv-eritematosă. La 27,7% (5 pacienți) pacienții cu pancreatită cronică cu insuficiență exocrină cu prezența reacțiilor depresive s-a depistat gastrita eritematos-exudativă fără reflux duodenogastroesofagian.

### Concluzii

Prezența înaltă a reacțiilor depresive la pacienții tineri (18-45 ani) cu PC au aspecte atât psiho-emoționale, cât și somatice. Pentru diagnosticul precoce de PC are importanță utilizarea instrumentelor psihosomatice, care pot fi informative prin aprecierea statutului psihologic.

Modificările clincomorfoendoscopice la nivelul gastroduodenal la pacienții tineri cu forma alergică de PC cu sindrom neuroastenitic sunt de grad pronunțat. Pentru a evalua modificările morfofuncționale gastroduodenale și a completa adecvat programul de tratament al pacienților cu PC este necesar de a indica FGDS.

### Bibliografie

1. Babiuc C., Dumbrava V. T. *Pancreatita cronică*. Medicina internă, vol. II. Gastroenterologie, hepatologie, reumatologie, Chișinău, 2007.
2. Joseph Lascalzo, Dan L. Longo, Anthony S. Fouci. *Harrison*. Manual de Medicină, ediția a 18-a, p. 462-464, p. 467-469.
3. *Guidelines for the diagnosis and treatment of chron-*

- ic pancreatitis* (NANJING, 2005), Pancreas Study Group, Chinese Society of Gastr. Chin. J. Dig. Dis., 2005, vol. 6, p. 198-201.
4. Katon W., Von Korff M., Lin E. *A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers*. Gen Hosp Psychiatry, 1992, 14, p. 86-98.
  5. Morschitzky H., Hartil T. *Frica de boală: cum să o înțelegem și să o depășim*. Trad.: Doina Fischbah.-București, Editura Trei, 2015.
  6. Tîbîrnă I., Bugai R. *Pancreatita cronică. Actualitate. Etiologie și patogenie. Sisteme de clasificări. Diagnosticul de laborator și instrumental*. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale, 2008, 2(16), p. 66.
  7. Von Forff M., Ormel J., Katon W. *Disability and depression among high utilizers of health care: a longitudinal analysis*. Arch. Gen Psychiatry, 1992, 49, p. 91-99.
  8. Ивашкина В. Т., Лапиной Т. Д. *Гастроэнтерология. Национальное руководство*. Под ред. Ивашкина В. Т., Лапиной Т. Д., М. ГЕОТАР-Медиа, 2008.
  9. Ильченко А. А. *Ферментативный холецистит*. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2009, № 7, с. 70–73.
  10. Ильченко А. А. *Билиарный панкреатит*. РМЖ, 2012, № 15, с. 803–807.
  11. Косюра С. Д., Ильченко Л. Ю., Сторожаков Г. И. и др. *Хронический алкогольный панкреатит: вопросы диагностики и лечения*. Приложение к журналу Consilium medicum. Гастроэнтерология, 2012, № 2, с. 31–35.
  12. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда*. ВОЗ, 2001, с. 215.
  13. Мудрицкая Т. Н., Мальченко А. Н. *Соматоформные расстройства в практике гастроэнтеролога*. Крымский терапевтический журнал, 2004, №1, с. 62-65.
  14. Старшенбаум Г. В. *Психосоматика: руководство по диагностике и самопомощи*. Ростов н/Д: Феникс, 2014, с. 251.
  15. Старшенбаум Г. В. *Психосоматика и психотерапия*. Ростов н/Д: Феникс, 2014, с. 350.
  16. Трухан Д. И., Тарасова Л. В. *Коррекция внешне-секреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом билиарном панкреатите*. Фарматека, 2013, 6(259), с. 82–86.