

Concluzii

Pacienții cu scor CRB-65/CURB-65 mic (0-1) pot avea alte condiții clinice asociate, care să pericliteze succesul tratamentului și să dicteze necesitatea de internare.

Raționamentul clinic trebuie să primeze în luarea deciziei de spitalizare a unui pacient cu pneumonie din grupul cu risc scăzut; scorurile pot avea doar rol secundar.

Bibliografie

1. Lim W.S., Van der Eerden M.M., Laing R. et al. *Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study*. In: Thorax, 2003, nr. 58, p. 377-382.
2. Lim W.S., Baudouin S.V., George R.C. et al. *British Thoracic Society Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults - update 2009*. In: Thorax, 2009, nr. 64, p. iii1-55.
3. Botnaru V., Rusu D. *Pneumonia comunitară la adult. Protocolul Clinic Național*. 2008, update 2012, 2014, p. 44.
4. Welte T., Marre R., Suttrop N. *Competence network "community acquired pneumonia" (CAPNETZ). A first interim report in German*. In: Internist (Berl), 2004, nr. 45, p. 393e401.
5. Hoffken G., Kern W. et al. *S3-guideline on ambulant acquired pneumonia and deep airway infections in German*. In: Pneumologie, 2005, nr. 59, p. 612e64.
6. Bartlett J.G., Dowell S.F., Mandell L.A. et al. *Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults*. In: Clin. Infect. Dis., 2000, nr. 31, p. 347-82.
7. Mandell L.A., Wunderink R.G., Anzueto A. et al. *Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults*. In: Clin. Infect. Dis., 2007, nr. 44, p. s27-72.
8. Mandell L.A., Grossman R.F. et al. *Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based update by Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society*. In: Clin. Infect. Dis., 2000, nr. 31, p. 383-421.
9. Menéndez R., Torres A., Zalacain R. *Guidelines for the treatment of Community-acquired Pneumonia: predictors of adherence and outcome*. In: Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2005, nr. 172(6), p. 757-62.
10. Niederman M.S., Anzueto A. et al. *Guidelines for management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity antimicrobial therapy, and prevention*. In: Amer. J. Respir. Crit. Care Med., 2001, nr. 163, p. 1730-1754.
11. Choudhury G., Chalmers J.D., Mandal P. *Physician judgement is a crucial adjunct to pneumonia severity scores in low-risk patients*. In: Eur. Respir. J., 2011, nr. 38(3), p. 643-648.
12. Cilloniz C., Ewig S., Polverino E. *Community-acquired pneumonia in outpatients: aetiology and outcomes*. In: Eur. Respir. J., 2012, nr. 40, p. 931-938.
13. Aujesky D., Whittle J. et al. *Reasons why emergency department providers do not rely on the pneumonia severity index to determine the initial site of treatment*

for patients with pneumonia. In: Clin. Infect. Dis., 2009, nr. 49, p. e100-e108.

14. Chalmers J.D., Akram A.R., Hill A.T. *Increasing outpatient treatment of mild community-acquired pneumonia: systematic review and meta-analysis*. In: Eur. Respir. J., 2011, nr. 37, p. 858-864.
15. Arnold F.W., Ramirez J.A., McDonald L.C. *Hospitalization for community-acquired pneumonia: the Pneumonia Severity Index vs clinical judgement*. In: Chest, 2003, nr. 124, p. 121-124.

Victoria Brocovschi,

tel.: +373 22 205507,

e-mail: victoria.brocovschi@usmf.md

CZU 616.379-008.64:616.37-002-036.12

DIABETUL ZAHARAT TIP 3C LA PACIENȚII CU PANCREATITĂ CRONICĂ, FORMA LATENTĂ

Rodica BUGAI, Ion ȚÎBÎRNĂ,
Departamentul Medicină Internă,
USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Type 3c diabetes mellitus in the patients with chronic pancreatitis latent form

According to the American Diabetes Association, type 3c diabetes mellitus (DM), is considered DM due to pancreatic diseases (chronic pancreatitis, trauma/pancreatectomy, neoplasia, cystic fibrosis, hemochromatosis, fibro-calculus pancreatopathy, other pancreatic pathologies). Studies show that this severe pathology is often underestimated or misdiagnosed, despite the fact that it has a high prevalence, evolutionary and treatment features. Endocrine function disorders was confirmed in 65,79% of the patients with latent chronic pancreatitis in the present study, which warns of the strict monitoring of all patients with chronic pancreatitis for early and accurate diagnosis of type 3c DM.

Introducere

Pancreatita cronică (PC) este o afecțiune inflamatorie-destructivă a pancreasului de diversă genă, cu evoluție cronică progresivă în faze, caracterizată prin schimbări morfologice ireversibile ale țesutului pancreatic, cu sindrom dolo specific și insuficiență exocrină și/sau endocrină [1].

Diabet zaharat (DZ) tip 3c, conform Asociației Americane a Diabetului [2], este considerat DZ apărut în rezultatul afecțiunilor pancreatice (pancreatită cronică, traumă/pancreatectomie, neoplazie, fibroză chistică, hemocromatoză, pancreatopatie fibrocalculoasă, alte patologii ale pancreasului). Orice proces care afectează difuz pancreasul poate provoca diabet. Studiile demonstrează că această patologie severă este deseori subestimată sau diagnosticată incorect, în pofida faptului că are o prevalență înaltă și particularități de evoluție și tratament.

Dacă DZ tipurile I și II este bine cunoscut, elucdat pe larg în literatura de specialitate și nu prezintă dificultăți în diagnostic, în DZ tip 3c mulți pacienți nu sunt diagnosticați la timp și corect, din motiv că nu este suspectată patologia pancreatică, îndeosebi la bolnavii cu formă latentă a bolii. Diagnosticul de DZ tip 3c este deseori omis în activitatea practică și nu există o discuție largă referitor la acest tip de DZ.

Conform datelor din literatură, DZ tip 3c prevalența printre pacienții cu PC, variază de la 0,5% (America de Nord) la 20% (Asia de Sud), în populația vestică fiind de 5-10% [3]. Studiile din ultimii ani relevă o prevalență mai mare a DZ 3c din motiv că s-a accentuat atenția asupra acestei patologii și au devenit mai performante metodele de diagnostic al patologiilor pancreatice.

Un studiu efectuat în Germania pe 1868 de pacienți a diagnosticat DZ tip 3c la 9,2% din toți bolnavii cu DZ; la 78% din pacienții cu DZ tip 3c a fost identificată PC și numai jumătate din cazurile de DZ tip 3c au fost clasificate corect din punct de vedere al diagnosticului, restul fiind clasificate ca DZ tip II [4].

Evoluția acestei patologii este complicată de prezența adițională a maldigestiei și malnutriției, ca manifestare a insuficienței exocrine, care conduc, în final, la modificări metabolice severe. În PC, ca rezultat al inflamației, are loc distrucția celulelor insulare β secretoare de insulină, a celulelor α secretoare de glucagon și a celulelor polipeptidice pancreatice, secretoare de polipeptide pancreatice; diminuarea secreției de insulină de către celulele insulare β , ca rezultat al maldigestiei nutrimentelor, fapt ce determină evoluția specifică a acestui tip de DZ [5].

Dereglarea metabolismului glucidic în DZ tip 3c variază de la forme ușoare până la forme severe, cu episoade de hipoglicemie; nivelul instabil al glicemiei fiind determinat de lipsa răspunsului glucagonic la hipoglicemie, malabsorbția carbo-hidraților și/sau alimentația insuficientă a pacienților, determinată de prezența durerii sau vomei; abuzul cronic de alcool, fapt ce determină un control dificil al DZ tip 3c.

Material și metode

În studiu au fost incluși 38 de pacienți cu PC latentă, ce se caracterizează printr-o evoluție cu sindrom doloar practic absent sau slab manifestat, insuficiență exocrină și/sau endocrină. Modificările clinico-paraclinice, specifice PC, au fost identificate în conformitate cu recomandările Societății Europene de Gastroenterologie, Asociației Internaționale de Pancreatologie și Protocolului Clinic Național [1].

Funcția endocrină a pancreasului a fost apreciată conform criteriilor OMS, prin determinarea

glicemiei *a jeun* și testul oral de toleranță la glucoză (TOTG). Normoglicemie *a jeun* sau *bazală* este considerat nivelul glucozei în plasma sangvină $< 6,1$ mmol/l; glicemie bazală modificată – la o glicemie bazală în plasmă de la $> 6,1$ la $< 6,9$ mmol/l. Diagnosticul preventiv de DZ poate fi stabilit la un nivel al glicemiei bazale $\geq 7,0$ mmol/l, dar necesită confirmare prin determinarea repetată a nivelului de glicemie. Efectuarea TOTG se indică peste 2 ore după încărcarea cu glucoză: toleranță normală – la o glicemie plasmatică $< 7,8$ mmol/l, scăderea toleranței la glucoză-la o glicemie plasmatică de la $\geq 7,8$ mmol/l până la 11,1 mmol/l. Un diagnostic prezumptiv de DZ poate fi stabilit la o glicemie plasmatică $\geq 11,1$ mmol/l, dar necesită confirmare prin investigații ulterioare.

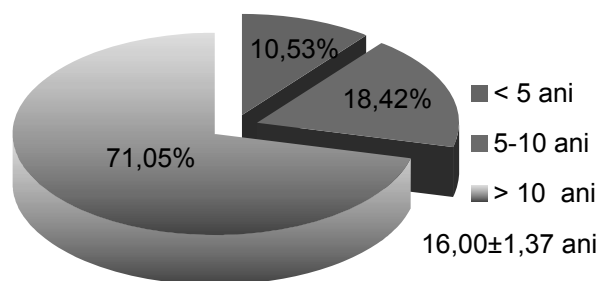
Simptome clasice ale hiperglicemiei sunt considerate: poliuria, polidipsia, pierderea ponderală. TOTG este indicat în cazul în care glicemia bazală este în normă, dar sunt prezenți factori de risc, sau glicemia bazală este mai mare decât norma, dar sub 7 mmol/l.

Analiza statistică s-a realizat cu ajutorul aplicației EPIINFO, versiunea 6.0, program al Centrului de control și prevenție a bolii din Atlanta (CDC – Center of Disease Control and Prevention) și OMS, adaptat prelucrărilor de statistică medicală.

Vârsta medie a pacienților la momentul cercetării a fost de $49,71 \pm 1,21$ ani (19-59 ani); 21 (55,26%) – cu vârsta 45-54 ani, 10 (26,32%) – de 55-59 ani, 5 (13,16%) – de 35-44 ani, 2 (5,26%) – de 25-34 ani; raportul bărbați/femei: 20 (52,63%) /18 (47,37%). Vârsta medie de debut al bolii a fost de $33,71 \pm 1,44$, mai frecvent la 35-44 ani (44,74%), $p < 0,05$.

Având o evoluție slab manifestată, PC latentă este diagnosticată tardiv. Vârsta medie de diagnosticare a bolii a fost de $39,05 \pm 1,25$ ani, cel mai frecvent în perioada de vârstă de 35-44 ani (47,37%); < 18 ani – 5,3%, 18-24 ani – 7,9%, 25-34 ani – 31,6%, 45-54 ani – 10,5%.

Durata bolii la pacienții cu PCL



Durata patologiei pancreatice a fost de $16,00 \pm 1,37$ ani, mai mulți pacienți au remarcat o durată a bolii > 10 ani – 27 (71,05%); 5-10 ani – 7

(18,42%), <5 ani – 4 (10,53%). Perioada de timp de la apariția primelor semne clinice până la diagnosticarea PC a fost în medie de 5,34±0,90 ani. Valoarea medie a durerii, conform scalei VAS, a fost de 26,34±1,88 mm.

Manifestări ale sindromului endocrin s-au atestat la 26 (68,42%) pacienți, fiind apreciată sub formă de disconfort la 16 (42,11%), săcăitoare – la 22 (57,89%) bolnavi. Sindromul endocrin s-a manifestat clinic prin episoade hipoglicemice la 11 pacienți (28,95%); episoade hiperglicemice – la 21 (55,26%); polidipsie – la 21 (55,26%); poliurie – la 9 (23,68%); polifagie – la 18 (47,37%) persoane.

Dereglarea funcției endocrine la pacienții cu pancreatită cronică latentă

Indicele evaluat		Pacienți, n. (%)
Dereglarea funcției endocrine		25 (65,79)
Scăderea toleranței la glucoză		1 (2,63)
DZ tip II, IN		4 (10,53)
DZ tip II, INN, ADO		17 (44,76)
DZ tip II, INN, fără ADO		3 (7,89)
DZ, grad de severitate:	ușor	8 (21,05)
	mediu	16 (42,11)
	grav	0
DZ, nivel de compensare:	compensat	6 (15,79)
	subcompensat	4 (10,53)
	decompensat	14 (36,84)

Scăderea toleranței la glucoză s-a înregistrat la 1 (2,63%) pacient; DZ tip II IN – la 4 (10,53%); DZ tip II INN tratat cu antidiabetice orale (ADO) – la 17 (44,76%); DZ tip II INN, fără ADO – la 3 (7,89%) pacienți cu PCL.

Conform gradului de severitate al DZ, mai frecvent a fost atestat gradul mediu – la 16 (42,11%) pacienți; gradul ușor – la 8 (21,05%). Referitor la nivelul de compensare a DZ, s-a atestat predominant nivelul decompensat – la 14 (36,84%); nivelul compensat – la 6 (15,79%), nivelul subcompensat – la 4 (10,53%) pacienți. DZ tip II, stabilit la pacienții din studiu, ar trebui clasificat ca DZ tip 3c. La toți bolnavii studiați s-au atestat date de insuficiență exocrină.

Examenul clinic-paraclinic a confirmat la pacienții cu PC și afectarea sistemului nervos: slăbiciune generală, astenie, fatigabilitate, polineuropatie la toți bolnavii cu PC latentă. Nivelul glicemiei a jeun a fost <6,1 mmol/l la 18 (47,37%) pacienți, 6,1-6,9 mmol/l – la 4 (10,53%), ≥7,0 mmol/l – la 16 (42,11%) pacienți. Valoarea medie a glicemiei a jeun a fost de 7,30±0,53 mmol/l. TOTG a fost efectuat la 5 persoane, valoarea medie a glicemiei la 2 ore după încărcarea cu glucoză

a fost de 6,76 mmol/l (de la 6,01 la 7,90); la 1 pacient s-a constatat scăderea toleranței la glucoză (7,90 mmol/l), iar la 4 nivelul glicemiei la 2 ore a fost <7,80 mmol/l. La 8 (21,04%) diabetici, în analiza generală de urină s-a confirmat glucozuria.

Discuții

În situația în care PC este cauză a circa 80% din toate cazurile de DZ tip 3c, iar prevalența DZ tip 3c este de aproximativ 5-10% din toate cazurile de DZ, rezultă că prevalența PC în populație este subestimată. Acest fapt impune necesitatea studierii PC ca patologie multifactorială, cu utilizarea metodelor performante de diagnosticare oportună la etapele inițiale ale bolii, inclusiv a insuficienței exocrine și endocrine (DZ tip 3c).

Studiile efectuate (Rebous N. et al., 2009; Howes N. et al., 2004) au confirmat că instalarea timpurie a PC calcificante, durata îndelungată a bolii, pancreatoma parțială sunt factori de risc pentru DZ tip 3c, iar prevalența crește odată cu creșterea duratei bolii.

Concluzii

1. Dereglarea funcției endocrine s-a atestat la 65,79% din pacienții cu PC latentă, exprimată preponderent prin DZ tip II, tratat cu antidiabetice orale (44,76%), grad mediu de severitate (42,11%), decompensat (36,84%), care poate a fi clasificat ca DZ tip 3c.

2. DZ tip 3c, diagnosticat la pacienții cu PC, este o patologie severă, cu o prevalență înaltă, patogeneză complexă, cu particularități specifice de evoluție și de tratament.

3. Este necesară monitorizarea riguroasă a tuturor pacienților cu PC, în vederea diagnosticării timpurii și corecte a DZ tip 3c.

Bibliografie

1. Dumbrava V.-T. ș.a. *Protocol clinic național-58. Pancreatita cronică la adult*. Chișinău, 2009, 68 p.
2. American Diabetes Association. *Diagnosis and classification of diabetes mellitus*. In: *Diabetes Care*, 2011; nr. 34, suppl 1, p. S62-S69.
3. Cui Y., Andersen D. K. *Pancreatogenic diabetes: special considerations for management*. In: *Pancreatology*. 2011; nr. 11, p. 279-294.
4. Ewald N., Kaufmann C., Raspe A., Kloer H.U., Bretzel R.G., Hardt P.D. *Prevalence of diabetes mellitus secondary to pancreatic diseases (type 3c)*. In: *Diabetes Metab. Res. Rev.*, 2012; nr. 28, p. 338-342.
5. Ebert R., Creutzfeldt W. *Reversal of impaired GIP and insulin secretion in patients with pancreatogenic steatorrhea following enzyme substitution*. In: *Diabetologia*, 1980; nr. 19, p. 198-204.