

GASTROENTEROLOGIE

PARTICULARITĂȚILE AFECTĂRII SISTEMULUI DIGESTIV ÎN SCLERODERMIA SISTEMICĂ

Svetlana AGACHI, Liliana GROPPA,

Clinica medicală nr. 5 Reumatologie și Nefrologie,
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Particularities of gastrointestinal involvement in systemic sclerosis

Studying the presentation of gastrointestinal involvement in systemic sclerosis patients it was found to be frequent, diverse and complex. Patients with diffuse form frequently develop diarrhea, malabsorption syndrome and weight loss, but those with limited form – dysphagia, heartburn, constipation and anal sphincter incontinence.

Keywords: *gastrointestinal involvement, systemic sclerosis, heartburn.*

Резюме

Особенности поражения пищеварительного тракта при системной склеродермии

При исследовании поражения пищеварительного тракта при системной склеродермии было обнаружено, что оно является частым, разнообразным и комплексным. Больные с диффузной формой болезни чаще страдают диареей, синдромом мальабсорбции и снижением массы тела, тогда как пациенты с лимитированной формой – дисфагией, изжогой, запорами и недостаточностью анального сфинктера.

Ключевые слова: *пищеварительный тракт, системная склеродермия, изжога.*

Introducere

Sclerodermia sistemică (Scl) e o maladie generalizată a țesutului conjunctiv, caracterizată prin dezvoltarea manifestărilor patologice cutanate, ale aparatului locomotor, organelor interne (cordului, pulmonilor, rinichilor, tractului gastrointestinal), prin dereglări vasospastice difuze, cauzate de afectarea țesutului conjunctiv, cu predominarea fibrozei, și de alterarea vasculară de tipul microangiopatiei obliterante.

Afectarea sistemului digestiv în sclerodermia sistemică este frecventă (70-90% cazuri), diversă (se afectează practic sistemul în întregime) și persistentă, influențând calitatea vieții pacienților. Această afectare este considerată cea mai importantă, conform valorii sale de diagnostic, visceropatie în Scl și se divizează după frecvență în *formă cutanată difuză*

și *formă cutanată limitată*. Este afectat tractul în întregime, dar totuși mai frecvent esofagul și intestinul.

Pentru a preveni complicațiile acestor afectări, e necesară diagnosticarea lor cât mai timpurie, cu inițierea tratamentului adecvat.

Scopul studiului: cercetarea variantelor afectărilor sistemului digestiv la pacienții cu sclerodermie sistemică și dependența lor de forma clinică a bolii.

Material și metode

În studiu au fost incluși 105 pacienți cu sclerodermie sistemică, dintre care doar 6 au fost de sex masculin. Vârsta medie a subiecților a constituit 44,2 ani, durata medie a maladiei – 14,3 ani. Dintre ei 78 (74,3%) au prezentat SS forma limitată, iar 27 (25,7%) – forma difuză a bolii. Diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor ACR (American College of Rheumatism), propuse în anul 1980. Pacienții au fost urmăriți pe parcursul a 5 ani (2007-2012). Bolnavii au fost examinați clinic și paraclinic complex, inclusiv fibroesofagogastroduodenoscopia (FEGDS), cercetarea bariatată a esofagului și a colonului, însămănțarea maselor fecale.

Rezultate obținute

Frecvența afectării sistemului digestiv la pacienții examinați a alcătuit 84,8% (89 persoane).

Conform acuzelor, pacienții s-au repartizat astfel: uscăciune în gură – 31,5% (28 pacienți), microstomie – 23,6% (21), probleme dentare severe – 19,1% (17 pacienți), disfagie – 71,9% (64), pirozis – 53,9% (48), senzație de sațietate timpurie – 36% (32), grețuri – 16,9% (15 pacienți), balonare abdominală – 50,6% (45), dureri abdominale – 36% (32), diaree periodică – 25,8% (23), constipații – 46,1% (41), incontinența sfincterului anal – 4,5% (4), scădere ponderală importantă – 33,7% (30 pacienți).

Conform dereglărilor depistate la examenul imagistic: hipomotilitatea esofagului observată la cercetarea bariatată – 66,3% (59 pacienți), dilatarea esofagului diagnosticată la tomografia computerizată a cutiei toracice – 29,2% (26 pacienți), esofagită depistată la FEGDS – 15,7% (14), prezența ectaziilor vasculare antrale gastrice – 4,5% (4), hipomotilitatea intestinului gros observată la cercetarea bariatată – 32,6% (29 bolnavi), sindromul de malabsorbție – 3,4% (3), ciroză biliară primitivă – 1,1% (1 pacient).

Pe parcursul supravegherii au decedat 4 pacienți (4,5%), dintre care 1 (1,1%) din cauza malabsorbției severe.

Analizând dependența variantelor afectărilor digestive de forma clinică a bolii, am observat că în for-

ma difuză mai frecvent e prezentă diareea (77,8% versus 2,6%, $p < 0,01$), sindromul de malabsorbție (11,1% versus 0%, $p < 0,01$), pierderea ponderală (70,4% versus 14,1%, $p < 0,01$), iar în forma limitată – disfagia (66,7% versus 44,4%, $p < 0,05$), pirosisul (50% versus 33,3%, $p < 0,05$), constipația (49,7% versus 11,1%, $p < 0,01$), incontinența anală (5,1% versus 0%, $p < 0,05$).

Concluzii

1. Afectarea digestivă la pacienții cu sclerodermie sistemică este frecventă, diversă și complexă.
2. Pacienții cu forma difuză a bolii mai frecvent prezintă diaree, sindrom de malabsorbție și pierdere ponderală.
3. Pacienții cu forma limitată a maladiei suferă mai frecvent de disfagie, pirosis, constipații și incontinență anală.

Bibliografie

1. Hochberg M. *Rheumatology, fourth edition*. Mosby Elsevier, 2008, p. 1361-1423.
2. Ionescu R. *Esențialul în Reumatologie*. Ed. Amaltea, 2007, p. 382-396.
3. Forbes A., Marie A. *Gastrointestinal complications: the most frequent internal complications of systemic sclerosis*. In: *Rheumatology (Oxford)*, 2009; nr. 48 (suppl. 3), p. 36-39.
4. Kowal-Bielecka O., Landewe R., Avouac J. et al. *EULAR recommendations for the treatment of systemic sclerosis a report from the EULAR Scleroderma Trials and Research Group (EUSTAR)*. In: *Ann. Rheum. Dis.*, 2009; nr. 68, p. 620-628.
5. Zuber-Jerger I., Muller A., Kullmann F. et al. *Gastrointestinal manifestation of systemic sclerosis-thickening of the upper gastrointestinal wall detected by endoscopic ultrasound is a valid sign*. In: *Rheumatology*, 2010; nr. 49, p. 368-372.

Svetlana Agachi, dr. med, conferențiar universitar, Clinica medicală nr. 5 Reumatologie și Nefrologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Chișinău, str. Florilor 16/1, ap. 90
Tel.: 022205509; mob. 069334927
E-mail: svetaagachi@yahoo.com

SECONDARY OSTEOPENIA AT CHRONIC PANCREATITIS AND WAYS OF CORRECTION

L.S. BABINETS, I.V. SEMENOVA,
Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Summary

Secondary osteopenia at chronic pancreatitis and ways of correction

The expediency of taking Vitrum Calcium 600+D400 in the complex treatment of patients with chronic pancreatitis ac-

companied with osteodeficiency has been proved. Taking of the medication led to substantial reliable ($p < 0,05$) improvement of bone mineralization – mineral density has increased by $(0,279 \pm 0,020)$ g/cm² and by $(3,31 \pm 0,47)\%$, bone and mineral metabolism indexes (alkaline phosphatase, calcium and phosphorus) have optimized.

Keywords: *chronic pancreatitis, osteodeficiency, bone mineral density, mineral metabolism, Vitrum Calcium 600+D400.*

Резюме

Комплексное лечение больных хроническим панкреатитом с сопутствующим остеопеническим синдромом

Доказана целесообразность использования препарата Витрум Кальциум 600+D400 в комплексном лечении больных хроническим панкреатитом с сопутствующим остеопеническим синдромом, что привело к существенному достоверному ($p < 0,05$) улучшению состояния минерализации кости – приросту минеральной плотности на $(0,279 \pm 0,020)$ г/см² и на $(3,31 \pm 0,47)\%$, оптимизации показателей костно-минерального метаболизма – щелочной фосфатазы, кальция, фосфора.

Ключевые слова: *хронический панкреатит, остеопенический синдром, минеральная плотность костной ткани, минеральный обмен, Витрум Кальциум 600 + D400.*

Introduction

The problem of osteodeficiency (OD) on the background of chronic pancreatitis (CP) is one of the pressing in modern medicine. Delayed diagnosis of secondary osteoporosis (OP) caused by severe manifestation of the basic disease often leads to such complications as fractures [1, 2, 7].

Judging by recent publications it is obvious that the core reason of OD formation is violations of micronutrient homeostasis and metabolism of vitamin D, malabsorption and maldigestion syndromes. Thus, special attention should be paid to the fact that polynutrient insufficiency and trophologic disorders accompanied with CP cause OD and both osteoporosis and osteomalacia as the result of vitamin D deficiency [8, 9]. In addition, CP is often accompanied with hypoalbuminaemia which induces the inferiority of protein part of the musculoskeletal system of the patient [5].

The threat of irreversible changes in the musculoskeletal system in patients with CP determines the necessity to solve the question of finding a rational therapy and the development of preventive measures.

The main requirements for correction of OD with CPs are: complex treatment of the basic disease, careful selection of medications to inhibit OP considering the impact on its pathogenetic links with minimal negative effects and polypharmacy.