

Chronická pankreatitída a diabetes mellitus

MUDr. Alena Manduchová
Diabetologická ambulancia, Topoľčany

Úvod

Chronická pankreatitída je chronický zápal pankreasu s deštrukciou parenchýmu, fibrózou a v ďalšom priebehu aj postihnutím jeho exokrinnej a endokrinnej funkcie.



Výskyt

Pri chronickej pankreatitíde je prevalencia diabetu 40 – 70 %, pri akútnej pankreatitíde sa asi v 50 % objaví intolerancia glukózy a diabetes pretrváva u 1 – 5 %. Diabetes mellitus (DM) sa v dôsledku chronickej pankreatitídy vyskytuje u cca 7,2 % všetkých diabetikov, veľmi častá je však jeho nesprávna diagnostika a diabetes sa u pacientov označuje ako DM 2. typu.

Príčinou vzniku je najčastejšie alkoholizmus (asi 80 – 90 % prípadov), malnutícia, dedičnosť, u časti pacientov ide o idiopatickú chronickú pankreatitídu a zriedkavé etiologické faktory ako hyperlipoproteínémia, hyperparatyreóza, obštrukcia pankreatických vývodov, poškodenie liekmi alebo po traume. Najčastejšou formou chronickej pankreatitídy, ktorá vedie ku vzniku sekundárneho DM, je chronická kalcifikujúca pankreatitída s tvorbou pankreatolitov.

Symptómy ochorenia môžeme rozdeliť na včasné a neskoré. K včasným patrí silná, tupá, dlhotrvajúca bolesť v epigastriu s vyžarovaním do chrbta, často spojená s nauzeou a vracaním, úbytok hmotnosti, pacient odmieta jesť, bojí sa vzniku bolesti, k neskorým symptómom patrí exogénna insuficiencia pankreasu – malabsorpčný syndróm a endogénna insuficiencia – hyperglykémia.

Klinická charakteristika pankreatogénneho diabetu: väčšinou je DM mierneho stupňa, ketoacidóza je zriedkavá, no diabetes je labilný s tendenciou k hypoglykémiam pre nedostatok pankreatických kontraregulačných hormónov – glukagónu a somatostatínu, ako aj v dôsledku nepravideľnej absorpcie

nutrientov.

V diagnostike by mohli pomôcť tieto kritériá:

- patologický nález pankreasu pri zobrazovacích metódach,
- poškodená funkcia B-buniek pankreasu doplnená hladinou C-peptidu,
- vylúčenie DM 1. typu - negatívne autoprotilátky,
- prítomnosť exokrinnej pankreatickej insuficiencie,
- nízke koncentrácie vitamínov rozpustných v tukoch - A, D, E, K.

Odporúčania liečby DM pri chronickej pankreatitíde nie sú jednoznačné:

1. Metformín (pre perzistentnú hepatálnu produkciu glukózy a izolovanú hepatálnu inzulínovú rezistenciu, ktorá vzniká v dôsledku nedostatku PP). Inzulín pri katabolizme, chudnutí, zvýšenom HbA_{1c}.
2. Podľa štandardov diagnostiky a liečby DM (SDA, 2018):

- sulfonylurea,
- inzulín.

Kazuistika

Kazuistika opisuje 41-ročného pacienta s chronickou pankreatitídou. V roku 2019 dnes 41-ročného pacienta odoslal všeobecný lekár pre zvýšené hodnoty glykémii - z venózneho odberu mal glykémie nalačno 7,2 - 8,1 - 8,3 mmol/l za posledných 6 mesiacov.

RA: matka sa lieči na DM, nastavená na liečbu PAD

OA: pacient bol liečený pre chronickú kalcifikujúcu pankreatitídu, v 1/2018 bol operovaný pre pseudocystu pankreasu

LA: substitučná liečba tráviacich enzýmov (lipáza)

Pri prvom vyšetrení mal pacient glykémiu 7,7 mmol/l nalačno, hmotnosť 68 kg, BMI 21 kg/m², za posledné 3 až 4 mesiace schudol asi 6 kg a subjektívne pretrvávali tupé bolesti v oblasti epigastria. Bola začatá liečba diétou a režimovými opatreniami.

Pri kontrolnom vyšetrení o 4 mesiace sa pacient subjektívne cítil lepšie, bolesti ustúpili, pribral 3 kg, ale HbA_{1c} bol 8,3 % DCCT, glykémia nalačno 8,9 mmol/l, preto bol do liečby pridaný gliklazid 60 mg.

Pri ďalšej kontrole sa napriek liečbe sulfonylureou HbA_{1c} zvýšil na 9,0 % DCCT, následné vyšetrenie C-peptidu bolo mierne pod hranicou normy 0,23 nmol/l (norma 0,27 - 1,27 nmol/l) a protilátky anti-GAD boli negatívne.

Vzhľadom na to, že pankreatogénny diabetes je typický kolísaním glykémie, začali sme podávať iba malé dávky inzulínu - 8 j. glargínu 300 U/ml.

S aplikáciou inzulínu pacient nemal ťažkosti, pribral 2 kg, glykémie klesli (selfmonitoring: 8,1 - 7,9 - 6,9 - 9,7 - 9,2 - 8,9 mmol/l), HbA_{1c} klesol na 7,8 % DCCT. Aj keď sú pri pankreatogénnom diabete časté

hypoglykémie, pri uvedenej liečbe sa nevyskytli.

O ďalšie 3 mesiace po zvýšení dávky inzulínu glargín 300 U/ml na 10 j. poklesol HbA_{1c} na 7,1 % DCCT.

Záver

Pri liečbe glargínom 300 U/ml sme dosiahli zlepšenie kompenzácie, variabilita glykémií bola nízka, hypoglykémie sa nevyskytli napriek pankreatogénnemu diabetu, ktorý je označovaný za labilný typ.

Literatúra

1. *Forum diabetologicum. Supplementum 1. Interdisciplinárne štandardy diagnostiky a liečby diabetes mellitus, jeho komplikácií a najvýznamnejších sprievodných ochorení. Slovenská diabetologická spoločnosť. 2018*
2. *Mokáň M, Martinka E., Galajda P a kol. Diabetes mellitus a vybrané metabolické ochorenia. P+M Martin 2008*
3. *Dravecká I. Diabetes exokrinného pankreasu. Forum diabetologicum 2020;9:184-190*

Kazuistika je prípadom z reálnej klinickej praxe. Odpoveď na liečbu sa môže u konkrétneho pacienta líšiť.