

V tokratnem suplementu Gastroenterologa so predstavljeni povzetki prispevkov 71. redne strokovne spomladanske konference Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo (SZGH). Strokovni program kongresa je bil pripravljen že lansko pomlad, vendar smo ga zaradi izbruha pandemije morali predstaviti najprej na jesen 2020 in kasneje na 28. maj 2021. Zaradi dolgotrajne epidemiološke situacije smo bili prvič v dolgoletni zgodovini združenja primorani kongres organizirati preko spleta. Zavedamo se, da spletni kongres ne more nadomestiti srečanja v živo, kjer lahko svoje izkušnje delimo s kolegi še dolgo po zaključenih predavanjih in uradno predvidenih razpravah. Zato še posebej pozdravljamo odločitev uredništva, ki je sledilo pobudi predsedstva SZGH, da prispele članke objavi v redni številki, njihove povzetke pa v suplementu revije Gastroenterolog. Prispevki so izredno kakovostni in vsebujejo pomembne informacije, ki so v pomoč pri vsakodnevnem delu z bolniki.

Vodilna tema 71. strokovne spomladanske konference SZGH je vnetje trebušne slinavke. Akutni (AP) in kronični pankreatitis (KP) predstavljata zelo pomemben javno zdravstveni problem. Nedvomno sodita med tiste bolezni prebavil, zaradi katerih je v bolnišnično obravnavo sprejetih največ bolnikov. Obravnava takšnih bolnikov je velikokrat zahtevna, polna pasti in pomemben je multidisciplinaren pristop. Gastroenterologi in radiologi imajo ključno vlogo v diagnostiki, kakor tudi terapiji te izredno nepredvidljive bolezni, ki lahko poteka zelo različno. Kirurgi smo v zadnjih desetletjih pomembno spremenili strategijo zdravljenja. Od »zdaj in takoj« smo prešli h »kasneje in če sploh«. Na žalost smo še ne tako dolgo nazaj prehitro operirane bolnike z zapleti AP videli samo še na obdukcijah. Kirurške posege lahko opravimo s tradicionalnimi, odprtimi ali minimalno invazivnimi posegi. Te metode se ne primerjajo z drugimi načini zdravljenja, temveč jih dopolnjujejo. Specialisti intenzivne medicine so ključni pri zdravljenju težke oblike akutnega pankreatitisa. Odloženo kirurško zdravljenje, izboljšana intenzivna terapija ter napredek v

intervencijski drenaži, so pomembno izboljšali izide zdravljenja.

Na kongresu sodelujejo slovenski zdravniki z različnih področij medicine, ki se ukvarjajo z diagnostiko in zdravljenjem vnetja trebušne slinavke, kar srečanju veča težo in vpliv.

V tokratnem suplementu je objavljenih osemnajst povzetkov s področja gastroenterologije, radiologije, intenzivne terapije in kirurgije. Predstavljene so že preizkušene metode in nekatere novosti. Novosti v zdravljenju se pojavljajo neprestano, a le nekatere prestanejo preizkus časa. Vendar s preizkušenimi novostmi se veljavni standardi postopoma spreminjajo.

Predavanja in prispevki so razdeljeni v štiri sklope. V prvem in drugem sta obravnavana AP in KP. V tretjem sklopu mlajši kolegi, specializanti predstavljajo zanimive klinične primere. V četrtem sklopu so predstavitev na temo kronične vnetne črevesne bolezni (KVČB).

Markota je predstavil obravnavo bolnikov s težko potekajočim akutnim pankreatitisom. Kljub napredku medicine, je težka oblika AP še vedno bolezen z visoko umrljivostjo in potrebo po dolgotrajnem zdravljenju v enoti za intenzivno terapijo. Težek potek bolezni je posledica nastanka več-organske odpovedi.

Popovič je opisal napredek zdravljenja pankreatitisa in prehod od invazivnih kirurških posegov k manj invazivnim metodam. Nazorno je predstavil vlogo minimalno invazivnih posegov intervencijske radiologije pri zdravljenju bolnikov z zapleti pankreatitisa, kot so perkutana drenaža tekočinskih kolekcij, perkutana psevdocisto-gastro drenaža in znotraj žilna embolizacija pri krvavitvah.

Ivanecz s sodelavci je prikazal sodobno kirurško zdravljenje AP. Strategija odložene kirurške intervencije je bila že več let nazaj implementirana v algoritme zdravljenja AP. Kirurška intervencija, če sploh, naj bo

praviloma izvedena v pozni fazi po začetku bolezni, ko pankreatična nekroza postane zamejena. Rezultati analize iz UKC Maribor zrcalijo dejstvo, da gre za eno najpogostejših gastrointestinalnih bolezni, ki zahtevajo urgentno hospitalizacijo. V petletnem obdobju je bilo v UKC Maribor opravljenih 931 sprejemov zaradi AP. 223 bolnikov je bilo zdravljenih na kirurškem oddelku. 18 % teh bolnikov je razvilo hud potek AP, od tega jih je 65 % potrebovalo invazivno terapijo, ki je vključevala tako perkutano drenažo, kot tudi operativno zdravljenje. Mortalitet pri teh bolnikih je znašala 15 %, kar je primerljivo s podatki iz literature, kjer je opisana smrtnost od 15 do 35 %.

Petrič s sodelavci je predstavil stopenjski, minimalno invazivni pristop kirurškega zdravljenja AP. Video asistirana retroperitonealna nekrozektomija (VARD) je učinkovita in varna metoda kirurške odstranitve odmrlega tkiva trebušne slinavke. Povezana je z nižjo stopnjo obolevnosti in umrljivosti v primerjavi z odprto metodo. VARD je potrebno kombinirati z drugimi minimalno invazivnimi metodami zdravljenja in je kot tak del multidisciplinarnega pristopa k zdravljenju bolnika z akutnim nekrozantnim pankreatitisom.

Stefanović s sodelavci je opisal najpogostejše napake pri obravnavi pacientov z AP. Nepravilno tekočinsko zdravljenje, odlašanje z endoskopskimi metodami pri holangitisu, odlašanje s holecistektomijo pri biliarnem pankreatitisu, prezgodnje invazivno zdravljenje akutnega nekrotizirajočega pankreatitisa, uporaba profilaktičnih antibiotikov, prepozno uvajanje enteralnega hranjenja in predčasna uporaba računalniške tomografije so predstavljene kot najpogostejše napake pri obravnavi.

Rotovnik Kozjek je poudarila pomen hudega katabolnega presnovnega odziva pri težki obliki AP. Prehranska podpora pri bolniku z AP pomeni presnovno podporo in modulacijo katabolizma. Prehranska terapija pa je namenjena zdravljenju motenj prehranjenosti, predvsem podhranjenosti, ki so pri hudi obliki pankreatitisa pogoste in prispevajo k hujši obolevnosti ter slabšemu izhodu zdravljenja.

Bojan Tepeš je predstavil KP, ta je posledica ponavljajočih se napadov vnetja trebušne slinavke, ki privede do napredujočega in nepopravljivega propada žleznega parenhima in fibroze. Za polno razvito klinično sliko bolezni je značilna kronična bolečina, izguba ekso- in endokrine funkcije žleze, malabsorpcija, sladkorno bolezen tip III c, povečanje tveganja za nastanek raka trebušne slinavke, slabša kvaliteta življenja in skrajšanje življenjske dobe. Glavni vzroki nastanka KP so po TIGARO klasifikacija povzročiteljev naslednji: T (toksični), I (idiopatski), G (genetski), A (avtoimunski), R (rekurentni AP) in O (obstruktivni). Zdravljenje temelji na nadomeščanju encimov trebušne slinavke, zdravljenju sladkorne bolezni in terapiji bolečine. Zdravljenje bolečine je sestavljeno iz zdravljenja z zdravili, endoskopskega zdravljenja in kot zadnjo možnost kirurškega zdravljenja.

Brecelj je opisal kronične bolezni trebušne slinavke v otroški dobi, ki so sicer redke. Bolezen se pokaže z znaki eksokrine insuficience ali z vnetjem trebušne slinavke, ki lahko vodi tako v eksokrino kakor tudi v endokrino insuficienco.

Rudolf Bombek je prikazala morfološko diagnostiko KP. V napreduvalih stadijih bolezni je postavitve diagnoze s slikovno diagnostiko običajno enostavna, medtem ko odkrivanje zgodnjih oblik bolezni ostaja diagnostičen izziv. Slikovne metode, kot so rentgen, ultrazvok računalniška tomografija in magnetna resonanca, nam podajo informacijo o morfoloških spremembah parenhima trebušne slinavke. Magnetna resonanca z uporabo sekretina daje informacijo tudi o funkcionalnih spremembah.

Urlep je predstavil cilje endoskopskega zdravljenja bolnikov s KP, ki so odpraviti bolečino s sprostitvijo glavnega voda trebušne slinavke in zdravljenje zapletov. Zapleti KP so: psevdociste trebušne slinavke in zožitve žolčevoda. Opisal je zunajtelesno drobljenje kamnov zagozdenih v glavnem vodu trebušne slinavke in endoskopske metode zdravljenja zapore glavnega voda zaradi zožitve s vstavljanjem plastične opornice. Psevdociste zdravimo z drenažo s pomočjo plastičnih opornic, ki jih vstavimo preko stene pre-

bavne cevi pod kontrolo endoskopskega ultrazvoka. Zožitve skupnega žolčevoda širimo z istočasno vstavitvijo več plastičnih opornic ali z vstavitvijo oplasčene kovinske opornice. Po enem letu neuspešne endoskopske terapije je potrebno razmisliti o kirurški terapiji.

Trotovšek s sodelavci je opisal principe kirurškega zdravljenja KP. Medtem ko lahko nezadostno delovanje žleze učinkovito zdravimo farmakološko, ostaja neobvladljiva bolečina ena izmed glavnih indikacij za invazivno endoskopsko ali kirurško zdravljenje. Ali je dovolj endoskopsko zdravljenje? Kdaj v poteku bolezni bolniku ponuditi kirurško zdravljenje? Prispevek povzema razpoložljive dokaze o ključnih vidikih kirurškega zdravljenja KP ter času in načinu invazivnega ukrepanja.

Članek, ki ga je o pankreatogenem diabetesu napisal Krajnc s sodelavci smo objavili v celoti. Bolniki s pankreatogeno sladkorno boleznijo so pogosto napačno diagnosticirani in razvrščeni. Značilna je multihormonska motnja, ki vodi v hiperglikemijo, povečano inzulinsko rezistenco in nagnjenost h hipoglikemijam. V primerjavi z drugimi oblikami sladkorne bolezni je težje vodljiv, urejenost glikemije je slabša, potreba po uvedbi inzulinskega zdravljenja pa večja. Pomembna je pravilna in hitra identifikacija bolnikov.

Ocepek s sodelavko je opozorila na razvoj osteopatije pri KP. Pri veliki večini bolnikov so ugotovili različne stopnje pomanjkanja vitamina D in moteno presnovo kosti, kar privede do zlomov. Pravočasno zdravljenje z encimi trebušne slinavke, nadomeščanje vitaminov, prehranski ukrepi ter redno presejanje osteopatije so pomemben del celostnega zdravljenja bolnikov s KP.

Katja Tepeš je opisala klinični primer bolnice s KP. Težave so trajale vrsto let, po več akutnih vnetjih je bil ugotovljen KP s pankreatolitiazno in endokrino ter eksokrino insuficienco pankreasa.

Ilijevec je predstavil klinični primer in dilemo med kroničnim vnetjem ali tumorjem trebušne slinavke. Kronično vnetno dogajanje in žlezni karcinom trebušne slinavke sta si tako klinično kakor tudi slikovno

zelo podobna. Dokončno ju včasih lahko razloči le histopatološki pregled.

Hanžel je prikazal klinični primer moškega srednjih let s KP, obojestranskimi pljučnimi infiltrati in hemoptizo. Zaradi pankreato-plevralne fistule je bolnik nenadoma obilno zakrvavel, potrebna je bila urgentna operacija.

Plahuta s sodelavci je s kliničnim primerom poudarila pomen pravočasne prepoznavne etiologije AP pri njegovem zdravljenju. Pri bolniku se je hkrati prepletalo več dejavnikov tveganja: hipertrigliceridemija, škodljivo uživanje alkohola in žolčni kamni.

V zadnjem sklopu predavanj sta Katja Tepeš in David Drobne predstavila uveljavljen register bolnikov s KVČB v Evropi. V številnih državah se že uporablja za raziskave in v vsakodnevni klinični praksi. V Sloveniji smo z vnosom podatkov pričeli konec leta 2020. Gre za novost, prispevek je objavljen v celoti.

V imenu predsedstva SZGH in uredništva se zahvaljujem vsem avtorjem, sodelavcem in vsem, ki ste s svojim delom in objavo oglasov omogočili izid tega suplementa v reviji Gastroenterolog.

Želimo vam prijetno branje in naj vam bodo prispevki s področja obravnave bolnikov z vnetji trebušne slinavke v pomoč pri vsakodnevnem delu. Izberite najboljšo odločitev pri diagnostiki in zdravljenju te nepredvidljive bolezni.

Gostujoči urednik: doc. dr. Arpad Ivanecz