Chronic pancreatitis

Haio: SWINNEN Jelle , KUL
Promotor: DELVAUX Nicolas , KUL
Praktijkopleider: MEERSMAN Agnes , VAN DEN BULCK Steve , VANDELOO Kara

Context: Adaptatie DUODECIM- richtlijn Chronische pancreatitis.

Onderzoeksvraag: Adaptatie van DUODECIM- richtlijn naar Belgische zorgcontext.

Methode: Een bestaande DUODECIM- richtlijn over CP werd vergeleken met een aantal internationale richtlijnen aan de hand van een aantal klinische vragen. Een literatuurzoektocht werd verricht teneinde de meest recente evidentie te identificeren. Nadien werd er besloten om de aanbeveling van DUODECIM aan te passen of over te nemen en werd de toepasbaarheid in Belgische zorgcontext nagegaan. De nieuwe aanbevelingen werd nadien voorgelegd aan een panel van experten en eindgebruikers ter beoordeling.

Resultaten: 1 Risicofactoren voor het ontwikkelen van CP zijn recidiverende, acute pancreatitis, alcohol, roken, galsteenziekte, stofwisselingsziekten, erfelijke of auto-immune oorzaken. 2 Patiënten met CP presenteren zich voornamelijk met pijn in de bovenbuik die uitstraalt naar de rug, mogelijk in combinatie met misselijkheid en braken, gewichtsverlies, geelzucht, steatorree. Diabetes mellitus of gestoorde glucosetolerantie kunnen voorkomen in een laattijdig stadium. 3 Diagnose van chronische pancreatitis is vaak moeilijk en vereist verdere investigatie en onderzoek in tweede lijn. Wanneer er geen urgente reden voor verwijzing is (zoals bijvoorbeeld opstoot acute pancreatitis of complicaties van chronische pancreatitis) kunnen volgende onderzoeken uitgevoerd worden in eerste lijn: 1) Overweeg volgende laboratoriumtesten ter exclusie van alternatieve diagnoses en ter detectie gevolgen CP: CRP, COFO, leverfunctietesten, calcium, triglyceriden, nuchtere glucose, lipase; 2) Overweeg volgende beeldvormingsmodaliteiten: CT of MRI: onderzoek voor eerstelijnsdiagnostiek bij vermoeden van chronische pancreatitis; Echo: voornamelijk behulpzaam voor uitsluiten van andere oorzaken; Echo-endoscopie: wanneer cross-sectioneel onderzoek inconclusief is; 3) Overweeg pancreasfunctietesten bij nieuwe diagnose van CP of bij onduidelijke gevallen. Pancreasfunctietesten zijn complementair voor diagnose van CP. 4 Er is onvoldoende evidentie dat pijntoename of pijnafname een goede indicator is voor een negatieve evolutie. 5 Een patiënt met een bevestigde diagnose van CP wordt best opgevolgd door gespecialiseerde tweedelijnszorg. Echter heeft de eerste lijn ook een rol in de follow-up van patiënten met chronische pancreatitis: 1) Voorzie algemene levensstijl maatregelen; 2) Voorzie adequate pijnstilling; 3) Follow- up van exocriene pancreasfunctie: voorzie minstens een jaarlijkse klinische en biochemische evaluatie, in samenspraak met de tweedelijnszorg, voor het opsporen van exocriene pancreasdysfunctie en malnutritie en behandel indien nodig. Overweeg een DXA-meting tweejaarlijks; 4) Overweeg jaarlijkse follow up ter detectie van pancreaskanker gezien verhoogd risico op ontwikkelen van pancreaskanker bij patiënten met erfelijke chronische pancreatitis; 5) Voorzie follow up ter detectie van diabetes door middel van halfjaarlijkse HbA1c- bepaling. 6 Tot op heden is er geen betrouwbare diagnostische, prognostische of therapeutische biomerker voor chronische pancreatitis.

Conclusie: CP is een complexe aandoening die een specialistische en gepersonaliseerde aanpak vereist die voornamelijk wordt voorzien in een secundair of tertiair centrum. In deze masterpaper stelden we een aantal aanbevelingen op voor eerstelijnsmedewerkers omdat het ons essentieel leek dat ook eerstelijnsmedewerkers zoals huisartsen op de hoogte zijn van de verschillende

aspecten van CP gezien de belangrijke impact op de gezondheid van patiënten.