



SECONDA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI
*DIPARTIMENTO DI SCIENZE ANESTESIOLOGICHE,
CHIRURGICHE E DELL'EMERGENZA*

Servizio di Emergenze Chirurgiche

PRIMARIO: Prof. Andrea Masella

“LA PANCREATITE ACUTA”



EDEMATOSA

EMORRAGICA

NECROTICA

NECROTICO-EMORRAGICA

TRA I 40 E I 60 ANNI = 73% DEI CASI

SESSO MASCHILE 58%



PANCREATITE ACUTE PRIMITIVE



PRIMITIVE (15%) : *FATTORE ETIOLOGICO
SCONOSCIUTO*

PANCREATITI ACUTE SECONDARIE

S
E
C
O
N
D
A
R
I
E

(85%)

ALCOOLISMO acuto e cronico 20% (R: 5 – 40%)

LITIASI DELLA VIE BILIARI 45% (R: 5 – 65%)

TRAUMI CHIRURGICI

TRAUMI CHIUSI DELL'ADDOME

TURBE CANALIZZAZIONE WIRSUNG

MALATTIE GASTRO-DUODENALI

FARMACI

ENDOCRINOPATIE

VASCULOPATIE

MALATTIE INFETTIVE (*ANCHE VIRALI*) 0,5% → 4%

PARASSITOSI

CARENZE NUTRIZIONALI

PROCESSI AUTOIMMUNI



LA PANCREATITE ACUTA ALCOOLICA
E' SPESSO IL I° EPISODIO DI UNA
PANCREATITE CRONICA



TEORIA VASCOLARE



TEORIA NERVOSA

TEORIA ALLERGICA ED IMMUNOLOGICA

TEORIA METABOLICA

IPERPARATIROIDISMO

UREMIA - COMA DIABETICO

IPERLIPIDEMIA



LESIONI EXTRA - PANCREATICHE



PERITONEO

APPARATO DIGERENTE

VASI

LESIONI A DISTANZA

EVOLUZIONE DELLA LESIONE

M.O.F. (*Multi-Organ-Failure*)



SINTOMATOLOGIA



DOLORE

VOMITO

FEBBRE

ITTERO

ILEO PARALITICO

SHOCK

VERSAMENTO PLEURICO



ISPEZIONE

DECUBITO ANTALGICO

ADDOME CHE RESPIRA

DISTENSIONE ADDOMINALE

ALTERAZIONI CUTANEE (NECROSI LIPIDICA)

ASPETTO SOFFERENTE



PALPAZIONE



DOLORE EPIGASTRIO E IPOCONDRIO SIN.

MASSA EPIGASTRICA

RESISTENZA EPIGASTRICA

ASSENZA DI DIFESA

SEGNO DI MALLET-GUY

(DOLORE PALPAZIONE SOTTOCOSTALE SIN.)

SEGNO DI MAYO-ROBSON

(DOLORE REGIONE LOMBARE E ANGOLO COSTO-VERTEBRALE SIN.)



PERCUSSIONE



SEGNO DI GOBIET

*(TUMEFUZIONE DIFFUSA SUL DECORSO DEL
TRASVERSO)*

OTTUSITA' AI FIANCHI

OTTUSITA' IN REGIONE IPOGASTRICA



ASCOLTAZIONE



ASSENZA DI RUMORI PERISTALTICI



DIAGNOSI DI LABORATORIO



AMILASEMIA - AMILASURIA

LIPASEMIA

TRANSAMINASEMIA

AUMENTO ANTITROMBINA III

(COAGULOPATIE DA CONSUMO)

METAEMALBUMINEMIA

(SEGNO PROGNOSTICO NEGATIVO)

AZOTEMIA E CREATININEMIA

IPOCALCEMIA - IPOMAGNESEMIA

EMOCROMO + EMATOCRITO

BILIRUBINEMIA

DOSAGGIO LIPIDI *(PANCREATITI CON IPERLIPEMIA)*

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

- * DIRETTA ADDOME
- * ECOTOMOGRAFIA - T.A.C. con mezzo di contrasto
- * “C” DUODENALE (*DUODENOGRAMMA IPOTONICO*)
ASSOTTIGLIATA, MUCOSA APPIATTITA,
PAPILLA PROTRUENTE,
[SEGNO DEL “3” ROVESCIATO]
- * ARTERIOGRAFIA SELETTIVA (ESITI)
- * SCINTIGRAFIA (CON SELENIOMETIONINA NEGLI
STADI TARDIVI)



LAPAROSCOPIA

NOSTRA CASISTICA

75 casi di P.A.

3 (4%) casi di PAROTITE EPIDEMICA

51 (68%) → **Trattamento medico**

24 (32%) → **Trattamento chirurgico**

TRATTAMENTO MEDICO

INIBIZIONE SECREZIONE PANCREATICA

(OCTREOTIDE 0,2 mg x 2 x 8 gg)

SOMATOSTATINA 14; LANREOTIDE

NEUTRALIZZAZIONE ENZIMI PANCREATICI

(GABESATO MESILATO 900 mg x 3 x 8 gg)

SHOCK - DOLORE - INFEZIONI

DETTENSIONE (s.n.g.) - NTP - ANTI H2



TRATTAMENTO CHIRURGICO D'URGENZA



DOPO TERAPIA MEDICA SENZA MIGLIORAMENTO

DUBBIO DIAGNOSTICO

PRESENZA AFFEZIONE BILIARE

ELIMINAZIONE COMPLICANZE ACUTE

INTERESSAMENTO INTERA GHIANDOLA
(*PANCREASECTOMIA TOTALE; EXITUS 75%*)

TRATTAMENTO MEDICO (*EXITUS 95%*)

TRATTAMENTO CHIRURGICO DIFFERITO → COMPLICANZE

FISTOLE PANCREATICHE ESTERNE
(*IRRIGAZIONI ACIDO LATTICO*)

FISTOLE DIGESTIVE: ALTE, COLICHE,
COMPLESSE, PANCREATICO DIGESTIVE INTERNE

DRENAGGIO ASCESSI

NECROSI: DUODENALI, COLEDICICHE, SPLENICHE

PSEUDOCISTI

DRENAGGIO INERNO

DRENAGGIO ESTERNO (*MARSUPIALIZZAZIONE*)

Tipo di intervento	% sul tot. degli operati	N°pazienti
Drenaggio mult.	47,0%	39
Dren. / lavaggio	33,7%	28
Laparostomia	7,2%	6
Altro	12,0%	10
Necrosectomia	54,2%	45
Derivazione biliare	18,1%	15
Papillotomia chirurgica	1,2%	1
Digiunostomia	18,1%	15
Colecistectomia associata	44,6%	37

Studio multicentrico: ProInf AISP (Associazione Italiana Studio Pancreas)

TRATTAMENTO CHIRURGICO

.....*NOSTRA CASISTICA*

10 (41,6%) INTERVENTI IMMEDIATI

14 (58,4%) INTERVENTI DIFFERITI

3 (12,5%) → *Drenaggio e Drenaggio + Kehr*

10 (41,6%) interventi sulle vie biliari

11 (45,9%) interventi per cisti o pseudocisti