

## Pancreatite acuta

E' una malattia infiammatoria acuta dovuta alla fuoriuscita dal sistema duttale di enzimi pancreatici attivati, caratterizzata da elevazione degli enzimi pancreatici nel siero e nelle urine che evolve con una distruzione più o meno diffusa della ghiandola.

### Eziologia

Distinguiamo varie cause:

- Meccaniche: calcolosi biliare (un calcolo proveniente dal coledoco può ostruire il dotto del Wirsung a livello dell'ampolla di Vater, oppure l'ostruzione della ampolla di Vater ad opera di un calcolo induce il reflusso di bile dal coledoco al dotto del Wirsung), interventi chirurgici sull'addome recenti, pancreas divisum (2 dotti escretori), cause iatrogene da ERCP
- Metaboliche: alcolismo, ipercalcemia, displipidemie familiare (in particolare ipertrigliceridemia)
- Vascolari: interventi sul distretto pancreatico-duodenale, malattie da ipoafflusso per arterosclerosi del distretto pancreatico-duodenale (pancreatite su base ischemica)
- Infettive: parotite
- Pancreatite idiomatiche

### Fisiopatologia

I fattori eziologici determinano lesioni delle cellule acinose con liberazione di tripsina con attivazione di:

- Callicreina responsabile dell'edema
- Elastasi responsabile delle lesioni vascolari
- Fosfolipasi responsabile di necrosi tissutale
- Lipasi responsabile di necrosi adiposa

In base alla gravità del quadro anatomico-clinico, le pancreatiti acute sono distinte in:

- Pancreatite acuta lieve: edema interstiziale (pancreatite interstiziale sierosa) con restitutum ad integrum, minima alterazione d'organo e assenza di complicanze e segni clinici tipici della forma severa;
- Pancreatite acuta severa: 25% dei casi, necrosi cellulare (forma necrotizzante) e lesioni emorragiche (forma emorragica) con formazione di una raccolta sterile che può successivamente infettarsi (forma suppurativa).

### Clinica

Dolore addominale atroce, a sbarra o a cintura, in sede epigastrica con irradiazione ad entrambi gli ipocondri e posteriormente in regione paravertebrale. Improvviso, continuo, associato a nausea e vomito. Altri sintomi sono ittero ostruttivo secondario alla compressione esercitata sul coledoco dalla testa del pancreas, ileo paralitico (come riflesso inibitorio della muscolatura intestinale per l'infiammazione), febbre, ipotensione cui può eventualmente far seguito shock e alterazioni del sensorio; segno di Gray-Turner con ecchimosi sui fianchi e segno di Cullen con ecchimosi periombelicali. Entrambi percolate necrotico emorragiche che si depositano in sede extrapancreatica, spesso in fase tardiva.

### Diagnosi di laboratorio

↑ isoamilasi pancreatici, ↑ amilasuria, ↑ transaminasi, ↑ LDH, ↑ lipasi, ↑ VES, leucocitosi neutrofila.

### *Diagnosi strumentale*

L'Rx diretta dell'addome evidenzia solo segni indiretti come presenza di dilatazione intestinale, livelli idroaerei espressione di ileo paralitico.

Ecografia addominale evidenzia aumento dell'organo ed eventuali pseudocisti presenti.

TC addome con mdc classifica secondo Balthazar cinque quadri di pancreatite acuta in base alla gravità, dal grado normale fino alla condizione di aria nel parenchima pancreatico.

### *Complicanze*

Le più frequenti sono: pseudocisti che è una raccolta di liquido sterile le cui pareti sono costituite da aderenze tissutali fibrose postinfiammatorie prive di epitelio proprio; l'ascesso pancreatico che è l'evoluzione suppurata della pseudocisti. Con minor frequenza tetania per stato ipocalcémico, diabete mellito e emorragie gastrointestinali.

Pseudocisti e ascesso sono complicanze tardive.

### *Terapia*

Medica: posizionamento sondino naso gastrico, ripristino equilibrio idroelettrolitico, copertura antibiotica, analgesici.

Chirurgica. L'intervento chirurgico precoce è discusso; la chirurgia tardiva si effettua in caso di pseudocisti, ascesso ed emorragie con laparotomia.

### **Pancreatite cronica**

Infiammazione cronica del pancreas con distruzione irreversibile del parenchima con riduzione della funzionalità pancreatico.

### *Eziologia*

Alcolismo cronico è la causa più frequente; malnutrizione cronica, ipercalcemia, stenosi della papilla di Vater,, anomalie congenite o acquisite del dotto di Wirsung, carcinoma pancreatico, fibrosi cistica.

### *Patogenesi*

Ostacolo al deflusso di secreto pancreatico imputabile all'aumento della viscosità del secreto stesso.

### *Anatomia patologica*

Atrofia cellule acinose e reazione fibrotica di tutto il sistema duttale.

### *Clinica*

Dolore addominale improvviso, con durata e frequenza variabile, calo ponderale, malassorbimento.

### *Complicanze*

Pseudocisti, ca. pancreatico, trombosi vena splenica.

### *Diagnosi*

Amilasemia e amilasuria di poco sopra la norma. Alterazione indici di funzionalità epatica. ERCP è il gold standard.

### *Terapia*

Non è di interesse chirurgico, a meno che non insorgano le complicanze.