RECENTI PROGRESSI IN MEDICINA
Vol. 98, N. 11, Novembre 2007
Pag. 600-601

PANCREATITE ACUTA
Una presa di posizione dell'American Gastroenterological Association

Recenti dati epidemiologici hanno indicato che l'incidenza annuale della pancreatine acuta (PA) è andata progressivamente aumentando, associandosi a significativa morbilità e notevole mortalità e comportando un crescente impegno di risorse economiche. Per questi motivi l'American Gastroenterological Association (AGA) ha ritenuto opportuno pubblicare una presa di posizione sulla diagnosi e sul trattamento della PA (**American Gastroenteological Association (AGA) Institute on "Management of Acute Pancreatitis": AGA Institute medical position statement on acute pancreatitis. Gastroenterology 2007; 132: 2019**).

L'AGA ricorda che, mentre molti pazienti guariscono da un episodio di PA, circa 1 paziente su 5 va incontro a una forma grave della malattia, che comporta tuttora una mortalità del 20%. L'AGA rileva che attualmente persistono differenze di opinione nei diversi centri dove sono assistiti questi pazienti nei riguardi del trattamento della PA, differenze che hanno dato luogo negli anni passati alla proposta di differenti linee guida da parte di diverse istituzioni scientifiche.

Le linee guida proposte dall'AGA si articolano in alcuni "consigli" ("recommendations").

1. *Diagnosi*

La diagnosi di pancreatine acuta deve essere posta entro 48 ore dall'ingresso del paziente in ospedale e deve fondarsi sugli aspetti clinici e sul livello dell'amilasi o della lipasi nel siero. L'aumento di questi due marcatori di oltre tre volte il limite superiore dei valori normali – in assenza di insufficienza renale – depone fortemente per la diagnosi di PA. L'aumento di amilasi o lipasi di meno di tre volte il valore massimo normale è scarsamente specifico per PA; in alcuni casi l'aumento della lipasi assume da solo valore specifico per PA.

La diagnosi di PA deve essere sospettata nei pazienti con insufficienza multiorgano di natura non spiegata oppure con sindrome da risposta infiammatoria sistemica.

La diagnosi di PA è confermata dalla tomografia computerizzata (TC) dell'addome eseguita con mezzo di contrasto endovena. Si sottolinea che una TC eseguita precocemente (entro 72 ore dal ricovero) può fare sottostimare l'entità della necrosi pancreatica.

2. *Valutazione della gravità*

La gravità della PA è definita dalla mortalità o dalla presenza di insufficienza di organo e/o dalle complicazioni locali, comprese le pseudocisti, i processi necrotici e l'ascesso del pancreas. Particolare rilevanza hanno, quali indici di gravità, l'insufficienza multiorgano sistemica oppure una progressiva insufficienza d'organo. La previsione di un aggravamento si basa sulla valutazione clinica o sull'uso di punteggi, come il metodo APACHE II ("Acute Physiology and Chronic Health Failure II").

La TC con mezzo di contrasto dovrebbe essere eseguita dopo 72 ore dall'inizio della malattia per valutare la presenza di un ascesso pancreatico nei pazienti con un alto punteggio APACHE II (≥8) o con insufficienza multiorgano sistemica nel corso delle iniziali 72 ore di malattia.

Le prove di laboratorio rappresentano un valido ausilio all'esame clinico, ai sistemi di punteggio e alla TC, e sono anche una utile guida per le ulteriori decisioni del medico. Un utile punto di riferimento per la valutazione della gravità è il valore ≥150 mg/L di proteina C-reattiva (PCR).

3. *Determinazione dell'etiologia*

L'AGA conferma che l'etiologia della PA può essere stabilita in almeno tre quarti dei pazienti. A questo fine l'anamnesi dovrebbe in primis essere diretta ai sintomi che depongono per litiasi biliare, etanolo, storia di ipertrigliceridemia, ipercalcemia, storia famigliare di malattia del pancreas, farmaci assunti o non assunti, trauma e presenza di concomitante malattia autoimmunitaria.

È necessario eseguire prelievi per amilasi, lipasi, trigliceridi, calcio, aminotransferasi, bilirubina e fosfatasi alcalina. Qualora non sia possibile misurare i trigliceridi al momento del ricovero, dovrebbe essere misurata la trigliceridemia a digiuno dopo la guarigione, quando il paziente ha ripreso una normale nutrizione.

L'AGA consiglia l'esecuzione di un'ecografia dell'addome al momento del ricovero, per identificare una colelitiasi o una coledocolitiasi. In caso di esito negativo di questi esami oppure se vi è il sospetto di una pancreatine da litiasi biliare, questo esame va ripetuto dopo la guarigione. Secondo l'AGA l'ecografia perendoscopica può essere eseguita come alternativa per un accurato approccio alla diagnosi di litiasi colecistica o coledocica.

La TC e l'ecografia dovrebbero essere eseguite in quei pazienti che presentano una PA di origine non spiegata e che sono a rischio di neoplasia pancreatica maligna, ciò specialmente nei soggetti di oltre 40 anni di età.

Di fronte a un unico episodio di PA non spiegata, in un soggetto di meno di 40 anni di età, l'AGA non consiglia di procedere a un'estesa e approfondita valutazione. Nei pazienti che presentano ricorrenti episodi pancreatitici acuti è consigliato eseguire un'ecografia e/o una colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP); quest'ultima indagine può facilitare una terapia perendoscopica, comprendente anche la sfinterectomia della papilla minor e il posizionamento di una sonda nel dotto pancreatico. In alcuni casi selezionati l'AGA consiglia l'esecuzione di prove genetiche.

4. *Trattamento*

L'AGA consiglia un trattamento iniziale di sostegno generale con abbondante somministrazione di liquidi e ossigeno e con la correzione delle alterazioni metaboliche ed elettrolitiche; inoltre è consigliato in tutti i casi il trattamento del dolore.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.87 Wed, 09 Sep 2026, 06:06:39

Nei pazienti che non hanno introdotto alimenti da più di 7 giorni è necessario un adeguato apporto nutrizionale, avvalendosi, se necessario, di alimentazione attraverso sondino naso-digiunale e somministrando varie formule elementari o semielementari. L'alimentazione parenterale totale va attuata nei soggetti che non tollerano la nutrizione entrale.

Pancreatite da litiasi biliare. L'AGA consiglia l'ERCP entro 24 ore dal ricovero nei pazienti con PA da litiasi biliare che presentano anche una colangite. Questo esame va eseguito precocemente nei soggetti nei quali vi è il fondato sospetto di un calcolo che persiste nel dotto biliare comune; in questa eventualità, all'esame radiologico non invasivo, il dotto comune è visibilmente dilatato e vi è ittero. L'AGA ritiene giustificata la sfinterectomia perendoscopica anche in assenza di coledocolitiasi in corso di ERCP, ma sottolinea che, al momento attuale, non sono disponibili dati che la consiglino. L'AGA ricorda, a questo proposito che l'ERCP e la sfinterectomia, da sole, possono consentire un adeguato trattamento nei pazienti che non possono essere inviati al chirurgo. Per tutti gli altri soggetti, con colecisti in situ, deve essere eseguita una colecistectomia, non oltre 2-4 settimane dopo la dimissione.

Trattamento della necrosi. L'AGA ritiene che un processo necrotico sterile non richieda, di solito, un trattamento. E' peraltro necessario riconoscere una necrosi pancreatica, valutandone l'evoluzione e la liquefazione con produzione di una raccolta "incistata", ma che non va confusa con una semplice pseudocisti pancreatica.

L'ecografia e la risonanza magnetica nucleare (RMN) sono utili per valutare la consistenza interna di queste raccolte necrotiche.

L'AGA afferma che, al momento attuale, non è definitivamente accertato se una profilassi antibiotica possa prevenire la trasformazione di una necrosi sterile in una necrosi infetta. Comunque, secondo l'AGA, una profilassi antibiotica dovrebbe essere ristretta ai pazienti con un processo necrotiche che occupi oltre il 30% del pancreas alla TC e va proseguita per non più di 14 giorni.

Lo sviluppo di una necrosi infetta deve essere sospettato in base alla persistenza dei sintomi e ai segni di infezione tipicamente dopo 7-10 giorni di malattia. In questi soggetti dovrebbe essere eseguita, sotto guida di TC, un'aspirazione con ago sottile, procedendo all'esame colturale e alla colorazione con il Gram dell'aspirato. Il trattamento antibiotico deve essere basato sul risultato di questi esami. L'AGA sottolinea che il trattamento di una necrosi pancreatica infetta dipende dall'acuzie della malattia, dalla risposta agli antibiotici, dalla consistenza e dalla presenza di materiale necrotico infetto.

Trattamento delle raccolte liquide e delle pseudocisti. La raccolta acuta di liquido interno al pancreas in corso di PA non richiede, secondo l'AGA, alcuna terapia in assenza di infezione o di ostruzione di un viscere cavo vicino. Le pseudocisti sintomatiche, mature e incapsulate, dovrebbero essere trattate o per via endoscopica o per via per cutanea o chirurgicamente, secondo le varie esperienze.

Ruolo della chirurgia nella PA. L'AGA ritiene che la chirurgia non abbia alcun ruolo nella PA "lieve" o "grave", con necrosi sterile. In caso di necrosi infetta la chirurgia può essere presa in considerazione in base alla consistenza del materiale necrotico e alla disponibilità di altre opzioni terapeutiche.

Prevenzione delle ricorrenze. I pazienti con PA alcolica debbono essere assistiti nei servizi specializzati. In quelli con PA biliare deve essere eseguita una colecistectomia e/o una sfinterectomia perendoscopica, in rapporto alle condizioni generali.

Prevenzione della pancreatite post-ERCP. L'AGA ritiene che l'ERCP deve essere evitata, qualora altre prove (TC, RMN, colangiopancreatografia, ecografia) possono fornire simili risultati diagnostici. L'accurato posizionamento delle sonde, specialmente nei pazienti ad alto rischio, ha grande rilevanza nel prevenire le complicanze dell'ERCP.

Francesco Bacone

«Il malato che fa del proprio medico un suo erede si espone ad un rischio assai grave»

Francesco Bacone: *Ornamenta Rationalia*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.87 Wed, 09 Sep 2026, 06:06:39