

LA PANCREATITE CRONICA

Autore: Gianpiero Manes

DIAGNOSI

Partendo dalla clinica e dal decorso clinico della pancreatite cronica è evidente che i problemi di diagnosi e di diagnosi differenziale siano diversi e più o meno complessi in relazione alla fase di malattia. Il tutto è reso più complesso dal fatto che **non è possibile ottenere routinariamente biopsie del pancreas** per cui la diagnosi istologica, così importante per alcune patologie croniche non è possibile per la pancreatite cronica.

Nelle fasi iniziali di malattia il dolore è il sintomo predominante in assenza di alterazioni funzionali e morfologiche di grosso rilievo. La diagnosi differenziale in questa fase si pone soprattutto con altre sindromi dolorose addominali, soprattutto funzionali. In questa fase sia i test funzionali che quelli di imaging non sono grossolanamente alterati, il che rende la soluzione di questo problema ardua e spesso raggiungibile solo attraverso un opportuno follow up del paziente che consenta il riconoscimento di successivi aspetti evolutivi della malattia.

Nelle fasi avanzate di malattia il quadro clinico è quello di un malassorbimento, e come tale va differenziato da altre possibili cause di malassorbimento. Tale compito è in genere reso facile dal fatto che in questa fase la morfologia del pancreas è notevolmente alterata per presenza di calcificazioni, pseudocisti, dilatazioni duttali, per cui una semplice radiografia dell'addome o una ecografia permetteranno di ottenere la diagnosi, mentre il problema principale da risolvere può essere la diagnosi differenziale con una neoplasia pancreaticata che frequentemente si sovrappone ad una pancreatite cronica. (Manes G, Kahl S, Glasbrenner B, et al. 2000)

Lo **studio morfologico del pancreas** ha lo scopo di rilevare le alterazioni indotte nella ghiandola dalla pancreatite cronica. Queste riguardano il volume e il profilo del pancreas, la struttura del suo parenchima, il profilo del wirsung e dei suoi rami collaterali secondari e terziari.

Le prime alterazioni rilevabili riguardano i rami secondari dell'albero pancreatico che possono apparire irregolari e mostrare dilatazioni circoscritte. Con il procedere della malattia tali alterazioni coinvolgono un numero sempre maggiore di rami e si estendono ad interessare il wirsung, le cui pareti possono apparire ispessite ed il cui decorso alterato da stenosi e dilatazioni, nonché dalla presenza di plugs e calcoli. A livello parenchimale le prime alterazioni riguardano l'omogeneità del parenchima che potrà mostrare spots di addensamento od un aspetto ad alveare per l'estendersi dei processi di fibrosi.

Nelle fasi avanzate la comparsa di cicatrici e di calcificazioni rende la disomogeneità del parenchima molto accentuata e facilmente rilevabile. Il volume pancreatico può apparire aumentato nelle fasi iniziali di malattia, talvolta anche per edema legato ad episodi di infiammazione acuta.

I processi di fibrosi possono associarsi ad aumenti di volume diffusi o focali dell'organo, tanto da poter essere confusi con neoplasie del pancreas. Nella fase finale di malattia la atrofia con la diminuzione di volume è un reperto frequente.

Classificazione di Cambridge dei rilievi ERCP, ecografici e TC della PC (26).

ERCPEcografia		o		TC
Pancreas normale: Normale visualizzazione della intera ghiandola senza alterazioni				
PC equivoca:	<	3	rami laterali	alterati

Uno dei seguenti rilievi:

- Dotto pancreatico principale 2-4 mm
- Volume pancreas aumentato < 2 volte
- Cavità < 10 mm
- Irregolarità del dotto principale
- Pancreatite acuta focale
- Eterogeneità del parenchima
-
- Aumentata ecogenicità della parete duttale
- Irregolarità del profilo della testa/corpo

PC lieve:

> 3 rami laterali alterati
Due o più dei segni suddetti

PC moderata: Anomalie come nella lieve
Non differenziata dalla lieve + alterazioni del dotto principale

PC grave
Come la moderata + uno o più dei seguenti segni

- Cavità > 10 mm
- Aumento di volume del pancreas > 2 volte
- Difetti di riempimento duttali
- Calcoli o calcificazioni
- Stenosi del dotto principale
- Irregolarità o dilatazioni gravi del dotto principale
- Coinvolgimento degli organi vicini (TC o eco)

Le diverse tecniche di imaging possono apprezzare i reperti suddetti con diversa accuratezza in relazione alle peculiarità della metodica (cfr Tabella). Vi è da dire che le alterazioni iniziali (modeste alterazioni dei rami secondari e disomogeneità minime a livello del parenchima) sono molto difficilmente riconoscibili anche con tecniche sofisticate. Alcune condizioni quali l'età avanzata, un pancreas grasso dovuto alla obesità possono dare reperti simili allo studio morfologico del pancreas, per cui la diagnosi morfologica di pancreatite cronica è del tutto poco sensibile e specifica in fase iniziale.

Tra le tecniche di imaging sicuramente l'ecografia, per la sua semplicità ed economicità è la prima ad essere utilizzata nel sospetto di pancreatite cronica e per il suo successivo follow up (□ **Bolondi L, Bassi S, Gaiani S, Barbara L. 1989**)

Essa consente di riconoscere alterazioni delle dimensioni, della forma e della ecostruttura del pancreas, queste ultimi in forma di multipli spots iperecogeni che tuttavia sono rilevabili anche negli obesi e negli anziani. Più specifiche sono le dilatazioni duttali, le pseudocisti e le calcificazioni che la ecografia riconosce agevolmente nelle fasi avanzate di malattia. Il dotto pancreatico principale può mostrare una parete ispessita all'inizio per l'aumento del tessuto fibrotico circostante, reperto questo ancora una volta poco specifico e sensibile. Nella fasi successive l'eco può rilevare un aumento ed irregolarità del calibro ed eventualmente la presenza al suo interno di calcoli. Al fine di aumentare la accuratezza diagnostica della ecografia è stato proposto di abbinarla a stimolazione con secretina, laddove la mancata dilatazione del wirsung dopo stimolo può essere considerata un segno di malattia. (□ **Bolondi L, Bassi S, Gaiani S, Santi V, Gullo L, Barbara L. 1989**)

L'**ecoendoscopia** permette rispetto alla ecografia una migliore visualizzazione del pancreas e dei quadri iniziali di pancreatite cronica, che si manifestano come foci di aumentata ecogenicità, ispessimento delle pareti dei dotti ed aspetto ad alveare del parenchima. Nonostante si tratti di rilievi dotati di scarsa specificità è probabile che l'ecoendoscopia sia da considerarsi la metodica di imaging più sensibile, forse paragonabile in questo alla ERCP. (□ **Kahl S, Glasbrenner B, Leodolter A, Pross M, Schulz HU, Malfertheiner P. 2002**)

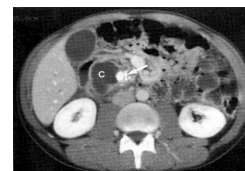
L'ecoendoscopia permette, inoltre, rispetto alle altre metodiche una più accurata diagnosi differenziale con il cancro, favorita in questo anche dalla possibilità di praticare agoaspirati ecoguidati.

Le stesse problematiche che si pongono per l'ecografia esistono per la TC (▣ **Freeny PC. 2002**)

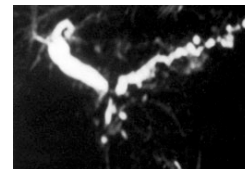
Le nuove apparecchiature multistrato permettono di avere eccellenti immagini del pancreas e del sistema duttale, nonché delle strutture, soprattutto vascolari e biliari, contigue. La semeiotica della TC nella pancreatite cronica è simile a quella ecografia, con alterazioni nella forma, nelle dimensioni e nella densità della ghiandola che sono precoci nella storia clinica della malattia, ma molto poco sensibili e specifiche.

In circa 2/3 dei casi di pancreatite cronica la TC può riconoscere una alterazione del calibro del dotto principali, mentre alterazioni a carico dei dotti secondari, molto più precoci non sono riconoscibili, se non dalla ERCP.

La TC mostra una elevata sensibilità e specificità nel riconoscere calcificazioni, anche piccole, pseudocisti e loro complicanze (emorragie, ascessi, aneurismi) (figura). Quindi analogamente a quanto riportato per l'ecografia l'accuratezza diagnostica della TC è molto variabile in relazione allo stadio di malattia. Esse è comunque fondamentale per riconoscere un cancro del pancreas su una pancreatite cronica ed è, comunque, indispensabile quando si debba pianificare un intervento chirurgico.



La **risonanza magnetica** è stata applicata anche nella diagnosi della pancreatite cronica. Le immagini che essa offre del sistema duttale pancreatico (stenosi, dilatazioni e difetti di riempimento) concordano nell'80-90% con quelle ottenute dalla ERCP (▣ **Freeny PC. 2002**) (figura).



L'esatto ruolo della metodica al confronto con la TC e l'ERCP è ancora da definire chiaramente ed allo stato attuale deve essere considerata solo una ulteriore metodica di imaging applicabile alla pancreatite cronica. Poiché le prime alterazioni in corso di pancreatite cronica si hanno a livello dei rami secondari del wirsung la ERCP, in grado di evidenziare tali anomalie, è considerata il gold standard diagnostico, con accuratezza superiore alle altre metodiche di imaging. (▣ **Axon ATR. 1989**)

La semeiotica ERCP della pancreatite cronica nelle sue diverse fasi è riportata nella precedente tabella. La ERCP consente di visualizzare il sistema duttale pancreatico in tutte le sue parti con le varie possibili anomalie che incorrono in corso di pancreatite cronica, stenosi, dilatazioni, calcoli, pseudocisti.

Inoltre può offrire informazioni aggiuntive sullo stato della papilla, dello stomaco e del duodeno e consente la raccolta di succo pancreatico e la manometria dell'oddi. È tuttavia una metodica invasiva e potenzialmente rischiosa per cui il suo uso deve essere accuratamente valutato anche alla luce della disponibilità di altre tecniche di imaging. Presenta inoltre alcuni limiti, come i possibili falsi positivi che si possono avere in presenza di anomalie duttali legate all'età e, anche per essa, la difficoltà a riconoscere un cancro sviluppatosi su una pancreatite cronica o a fare diagnosi differenziale tra cancro e pancreatite cronica focale.