

## LA PANCREATITE CRONICA

Autore: Gianpiero Manes

### ▣ CASI CLINICI

#### I° CASO CLINICO

Un maschio di 35 anni, muratore, giunge in Pronto Soccorso con un intenso dolore addominale, associato a vomito e nausea. Il dolore, insorto da alcune ore, riguarda soprattutto i quadranti addominali alti, ma si irradia a tutto l'addome ed al dorso. All'esame obiettivo il paziente presenta un addome disteso, notevolmente dolente, ma non resistente. All'anamnesi riferisce di non aver mai sofferto di nulla di significativo se non saltuari dolori addominali e di bere circa 1.5 litri di vino al giorno e alcuni bicchieri di superalcolici al fine settimana. Pratica un esame radiografico diretto dell'addome ed un torace che mostrano alcuni livelli idroaerei in centro addome ed un modesto versamento pleurico a sinistra.

Gli esami di laboratorio evidenziano una lieve leucocitosi neutrofila (11300/mmc leucociti con 80% di neutrofili), una rilevante iperamilasemia (2540 U/dl, vn 100 U/dl) ed una proteina C-reattiva di 35 mg/dl. Gli altri indici ematochimici, ed in particolare gli indici di colestasi, risultano nella norma. Nel sospetto di una pancreatite acuta biliare vengono effettuati una ecografia ed una TC addome con mezzo di contrasto che evidenziano un aumento di volume del pancreas per edema diffuso, una inibizione del grasso peripancreatico ed una modesta falda di ascite.

Si pone diagnosi di pancreatite acuta edematosa a genesi alcolica e si comincia alimentazione parenterale totale e gabbesato mesilato. Entro 6 ore scompare il dolore addominale e cominciano a discendere le amilasi che si normalizzano entro 24 ore.

Dopo 48 ore di malattia il paziente, ormai asintomatico e canalizzato da circa 24 ore, ricomincia ad alimentarsi. In quinta giornata il paziente viene dimesso col consiglio di sospendere l'uso di alcolici. Dopo circa un anno il paziente viene nuovamente ricoverato per un nuovo episodio di pancreatite edematosa.

In tale occasione dichiara di aver ridotto, ma non sospeso il consumo quotidiano di vino, mentre continua ad assumere, con gli amici, superalcolici al fine settimana.

Il presente episodio di dolore addominale, più intenso di quelli di cui ha saltuariamente sofferto nell'ultimo anno, è infatti insorto dopo un consumo di alcol particolarmente abbondante in occasione di un festeggiamento. Ancora una volta il paziente viene sottoposto a TC, che mostra una pancreatite edematosa, e ad una terapia farmacologica con pronta risoluzione dei sintomi.

Dopo circa 5 anni il paziente si presenta in ambulatorio. Riferisce che dall'ultimo ricovero i dolori sono diventati più frequenti, pur non assumendo mai quel carattere di intensità che aveva condotto ai due ricoveri precedenti.

Nell'ultimo anno il dolore ha assunto caratteri nuovi, essendo diventato sordo, ma pressoché continuo, associandosi spesso ad inappetenza.

Il consumo di alcol inoltre, anche per problemi familiari insorti, è nuovamente aumentato. L'esame obiettivo del paziente risulta normale, se si eccettua una modesta epatomegalia ed una lieve dolenzia in epigastrio.

Si rileva però una perdita di circa 7 kg di peso corporeo dall'ultimo controllo (5 anni prima). Vengono effettuati in day hospital tutta una serie di indagini che danno come esito: transaminasi x 1.5 vn (AST >ALT), GGT x 2 vn, ALP, emocromo, amilasemia, lipasemia, PCR e QPE normali. Le elastasi fecali sono lievemente diminuite mentre i grassi fecali sono 8.5 g.

Un esame ecografico dell'addome evidenzia, oltre un fegato aumentato di volume e steatosico,

un pancreas di volume aumentato, soprattutto alla testa, a profilo ed ecostruttura irregolari per presenza di numerosi spots di iperecogenicità, alcuni con cono d'ombra, e numerose piccole formazioni cistiche. Una TC con mezzo di contrasto conferma il reperto ecografico, indicando, inoltre, una modesta dilatazione del dotto principale e permettendo di escludere la natura eteroplastica della tumefazione della testa pancreaticata. Si pone dunque diagnosi di pancreatite cronica alcolica, con iniziale riduzione della funzione pancreaticata (ma non insufficienza pancreaticata). La stadiazione morfologica e funzionale (TC, ecografia e elastasi fecale) permette di definire la malattia come moderata. Si invita nuovamente il paziente a sospendere l'uso di alcolici indirizzandolo verso una associazione di sostegno per alcolisti. Gli si propone inoltre una terapia con enzimi pancreatici alla dose di 25000 unità di lipasi per pasto, sotto forma di micogranuli gastroresistenti, consigliando inoltre in caso di dolore particolarmente intenso e persistente una terapia con paracetamolo.

Al controllo successivo, circa 6 mesi dopo il paziente riferisce di non aver più consumato alcol, di aver guadagnato circa 5 kg e di sentirsi sostanzialmente meglio, soprattutto per quanto concerne il dolore, che si è ripresentato solo saltuariamente e solo una volta con i caratteri di intensità tali da richiedere l'assunzione di analgesici. Dopo due anni la stadiazione sia morfologica che funzionale della malattia (ecografia, TC ed elastasi fecale) hanno dato reperti sostanzialmente sovrapponibili a quelli di due anni prima.

Il caso descritto è quello di una tipica PC alcolica, caratterizzata da una fase iniziale di dolore, spesso con i caratteri della pancreatite acuta ed una successiva in cui il dolore modifica i propri caratteri e cominciano a comparire i segni morfologici e funzionali di malattia cronica.

Il trattamento del dolore con estratti pancreatici è in tal caso, considerata la funzione pancreaticata abbastanza conservata, una opzione valida e comunque da tentare anche al fine di ridurre il consumo di analgesici nell'attesa che si abbia il "burning out" funzionale della ghiandola.

Interessante nel caso clinico anche il fatto che la diagnosi di pancreatite cronica all'inizio non sia stata posta, per la normalità delle indagini praticate, ma sia diventata evidente ai successivi controlli del paziente.

---

## II° CASO CLINICO

Un paziente maschio, impiegato di 58 anni, si ricovera in pronto soccorso per comparsa di ittero, in assenza di sintomatologia dolorosa. Il paziente riferisce di non soffrire di altre patologie di rilievo se non di un diabete mellito diagnosticato circa 3 anni prima e trattato con antidiabetici orali.

Riferisce inoltre che 6 mesi prima, in occasione di indagini di laboratorio di routine, gli era stato riscontrato un aumento modesto dei valori della GGT e della ALT a cui il medico curante non aveva data importanza. Da circa 6 mesi il paziente presenta calo ponderale (5 kg in tale periodo) e frequente emissione di feci semiformate e giallastre. Ha sempre consumato alcolici in modesta quantità, circa 1 bicchiere di vino al giorno, e fuma circa 5 sigarette al giorno.

Le indagini di laboratorio praticate in Pronto Soccorso evidenziano un incremento della bilirubina di tipo misto (8 mg/dl di totale), aumento delle GGT e ALP x circa 3 volte il valore normale e delle transaminasi (ALT>AST) di circa 4 volte. Una ecografia addominale mostra una chiara dilatazione delle vie biliari intraepatiche ed extraepatiche sino al tratto intrapancreatico del coledoco, che invece risulta non apprezzabile.

La testa del pancreas mostra un notevole aumento di volume con alcune calcificazioni lungo tutto il pancreas. Al fine di confermare il sospetto di pancreatite cronica e di escludere una patologia neoplastica del pancreas viene effettuata prima una TC con mezzo di contrasto, che dà un reperto sostanzialmente paragonabile a quello della necografia, e quindi una ERCP. La ERCP evidenzia un wirsung notevolmente irregolare con alternanza di tratti dilatati ad altri stenotici ed alcuni difetti di riempimento all'interno riferibili a calcoli. La via biliare mostra una stenosi filiforme del tratto distale che viene trattata con il posizionamento di una protesi plastica.

A seguito della ERCP il paziente presenta una rapida discesa degli indici di colestasi ed un miglioramento della diarrea. Un dosaggio dei grassi fecali praticato circa 15 giorni dopo dimostra un valore di 22 g. Il paziente viene sottoposto a terapia sostitutiva con enzimi pancreatici (microgranuli gastroprotetti) alla dose di 25000 U per posto e dopo 3 mesi viene richiamato per la sostituzione della protesi.

Considerate le sue buone condizioni cliniche e la impossibilità a risolvere definitivamente la stenosi del coledoco per via endoscopica si decide di praticare una derivazione bilio-digestiva chirurgica. Tutte le indagini praticate al fine di definire la eziologia della malattia (morfologiche, e genetiche) hanno dato esito negativo.

Il caso clinico si riferisce ad una PC idiopatica ad esordio tardivo, caratterizzata dalla assenza di dolore ma dalla presenza di diabete, malassorbimento e complicanze legate alla tumefazione della testa pancreatica. Il trattamento è in tal caso sostitutivo per quanto riguarda la funzione esocrina ed endocrina del pancreas e chirurgico per quanto riguarda la colestasi.

Il trattamento dell'ittero può essere inizialmente endoscopico, ma l'endoscopia non consente un trattamento duraturo della stenosi, vista la necessità di sostituire periodicamente le protesi. In tal caso va dunque presa in considerazione una alternativa chirurgica di tipo conservativo (solo derivativa).

---

[http://www.gastronet.it/scientifico/approfondimento/pancreatite\\_cronica/](http://www.gastronet.it/scientifico/approfondimento/pancreatite_cronica/)

Supported by  JANSSEN-CILAG<sup>SpA</sup>