

Dolore epigastrico acuto e pancreatite

La presentazione di dolore epigastrico acuto in una giovane donna porta alla diagnosi di pancreatite acuta, risolta con colecistectomia laparoscopica

Una donna di 44 anni si presenta in studio in urgenza per un forte dolore epigastrico che si è manifestato improvvisamente due ore prima. Si sente nauseata dal dolore e infatti ha vomitato due volte. Descrive un dolore molto forte e acuto che si irradia alla schiena e che si attenua leggermente in posizione seduta con il busto in avanti. In anamnesi nulla di particolare.

► **Visita.** PA 120/72 mmHg, 88/bpm. È molto dolente nell'epigastrio con lieve dolorabilità di rimbalzo.

Si invia la paziente al PS dell'ospedale locale, dove i colleghi organizzano un ricovero. Le prime indagini non lasciano dubbi: ecografia, MRCP ed ecografia endoscopica (EUS) non dimostrano alcun calcolo biliare. I titoli virali sono nella norma, ma i valori di amilasi sono 5000 u/L.

► Indagini e trattamento

Viene posta diagnosi di pancreatite acuta ed effettuata una TC dell'addome che mostra uno svuotamento gastrico ritardato. I sintomi migliorano con la somministrazione di domperidone. È stata eseguita una scansione dell'acido imminodiacetico epatobiliare (HIDA) con colecistochinina (CCK) che segnala una frazione di eiezione ridotta della cistifellea del 25%. La paziente viene quindi indirizzata a colecistectomia. L'intervento viene eseguito per via laparoscopica: da allora è asintomatica e non assume più domperidone.

Approfondimento

L'incidenza della pancreatite acuta (PA) varia tra 15 e 45 casi per 100.000 persone/anno in tutto il mondo ed è in crescita a causa dell'aumento dell'obesità. La

mortalità complessiva è compresa tra il 3% e il 5%, ma può raggiungere il 35% nelle forme necrotizzanti complicate.

In circa la metà dei casi la causa può essere riferita a calcoli biliari e circa un quarto dei casi è correlato all'abuso di alcol. Circa il 10% dei pazienti soffre di pancreatite idiopatica. Meno del 5% dei casi è causato da farmaci. Colangiopancreatografia retrograda endoscopica, ipertrigliceridemia, deficit di lipoproteina lipasi, ipercalcemia, alcune infezioni virali.

► Presentazione clinica

Il sintomo chiave della PA è il dolore addominale. È tipicamente epigastrico, trafittivo "come un colpo di spada", con un esordio rapidamente progressivo, a volte quasi brutale, forte e persistente nel tempo al suo apice. È aumentato dall'assunzione di cibo e calmato dal digiuno e dalla posizione a cane di fucile. Sono associati frequentemente vomito (50%) e ileo riflesso (30%). La classificazione di Atlanta è un quadro utile per valutare la gravità della pancreatite acuta.

Si distinguono tre gradi di severità:

- PA lieve, senza insufficienza d'organo, né complicanze locali o sistemiche. Di solito scompare durante la prima settimana;
- PA moderatamente severa è definita dalla presenza di un'insufficienza d'organo transitoria, di complicanze locali o di uno scompenso di comorbilità preesistente;
- PA severa è definita da un'insufficienza d'organo persistente da più di 48 ore.

► Indagini

Le caratteristiche cliniche del dolore addominale e del vomito, insieme all'aumento delle concentrazioni plasmatiche

degli enzimi pancreatici, sono i capisaldi della diagnosi.

Altri esami sono test di funzionalità epatica, lipidi e concentrazioni di calcio. Vengono spesso presi i titoli degli anticorpi virali (ad esempio, per la parotite e Coxsackie B4).

Le raccomandazioni sono di eseguire almeno due ecografie di buona qualità prima di poter escludere una diagnosi di calcoli biliari. È comune eseguire un'ecografia endoscopica e/o una colangiopancreatografia a RM se il primo esame ecografico è normale. L'ecografia endoscopica è accurata e più sicura dell'ERCP per il rilevamento dei calcoli del dotto biliare comune.

In questo caso è stata eseguita una scansione HIDA poiché si pensava che la causa biliare fosse più probabile. La colecistectomia è indicata nei pazienti sintomatici senza calcoli biliari che hanno una scansione HIDA a bassa frazione di eiezione.

► Gestione

Non esiste un trattamento farmacologico specifico per la gestione della PA. L'ERCP terapeutico urgente deve essere eseguito in pazienti con PA a eziologia sospetta o accertata di calcoli biliari che soddisfano i criteri per la pancreatite grave prevista o effettiva, o quando sono presenti colangite, ittero o un dotto biliare comune dilatato. I pazienti devono essere avvisati di astenersi dall'alcol, indipendentemente dalla causa alla base della pancreatite.

Fonti

• www.gponline.com

• Lorenzo D et al. EMC-AKOS

Trattato di Medicina 2022; 24: 1-8.