

**SCUOLA REGIONALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA
GENERALE, CORSO 2010/2013.**

“PATOLOGIA DEL PANCREAS”

**LA TERAPIA MEDICA
NELLA PANCREATITE**

Elisabetta Ascari

Fabio Bassi

Medicina III – Gastroenterologia

Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

OBIETTIVI

- **Ridurre la infiammazione**
- **Prevenire la infezione della zona necrotica**
- **Curare la infezione della zona necrotica**
- **Trattamento del dolore**
- **Terapia di supporto**

PANCREATITE ACUTA

- **Forme lievi: 70 – 80%, spontanea risoluzione, non necessitano di terapie “importanti”**
- **Forme gravi: 20 – 30%, complicazioni locali e sistemiche. Gestione multidisciplinare**

TERAPIA DI SUPPORTO

- **Reidratazione**
- **Ossigenoterapia, C-PAP, intubazione OT, ventilazione assistita**
- **Terapia cardiologica**
- **Controllo complicanze metaboliche**
- **Nutrizione**

TERAPIA ANTALGICA

- **Necessaria in tutti i casi sintomatici**
- **Utilizzabili:**
 - **FANS**
 - **Tramadolo**
 - **Meperidina**
 - **Oppiacei**

INIBIZIONE DELLA SECREZIONE GASTRICA

- **Protezione gastrica (per ulcera da stress)**
- **Riduce la secrezione pancreatica**
- **Utilizzabili:**
 - **PPI**
 - **Ranitidina**

ANTIPROTEASICI

- **Aprotinina abbandonato**
- **Gabesato mesilato (FOY): proposto solo da LG italiane e giapponesi**
- **Da riservare alle forme severe**
- **Inizio precoce (entro 24 – 48 ore)**
- **Durata almeno sette giorni**
- **Dosaggio 900 – 1500 mg/die ev**

GABESATO MESILATO

- **Inibisce gli enzimi pancreatici (tripsina, callicreina, plasmina, trombina ecc)**
- **Effetto miorilassante sullo sfintere di Oddi**
- **Azione positiva sul microcircolo pancreatico**
- **Riduzione delle citochine pro-infiammatorie**

GABESATO MESILATO

- **Metanalisi con risultati contrastanti**
- **Studi spesso poco confrontabili**
- **Non tutti gli studi sono pubblicati “in extenso”**
- **Non esiste un farmaco di confronto**
- **Necessità di definire subito se una PA è “severa”**

SOMATOSTATINA ED OCTREOTIDE

- **Non esiste un consenso nelle LG**
- **In generale non considerati utili**
- **Potrebbero provocare contrazione a livello dello sfintere di Oddi (dannosa per la PA biliare)**
- **Utili per pseudocisti sintomatiche in attesa dell'intervento**

ANTIBIOTICI

- **Profilassi antibiotica: discussa**
- **Terapia antibiotica in caso di infezione del tessuto pancreatico in necrosi: accettata universalmente**

PROFILASSI

- **I dati sono anche in questo caso contrastanti**
- **Prodotti molti studi e molte (troppe?) metanalisi**

METANALISI COCHRANE

- **La profilassi riduce la mortalità ma non la percentuale di infezioni della necrosi (vantaggio non significativo)**
- **Non riduce la necessità di intervento**
- **Non presenta un rischio aggiuntivo di infezioni micotiche**

METANALISI COCHRANE

- **La profilassi deve essere iniziata al più presto possibile e proseguita per una o due settimane**
- **Farmaci di scelta: imipenem o meropenem che sono superiori a chinolonici \pm metronidazolo**

ALTRI FARMACI

- **Atropina: controindicata**
- **Lexipafant: pochi studi. Non dimostrata con sicurezza la utilità**

Heinrich et al Ann Surg 2006

- **Probiotici: risultati confortanti nella pancreatite sperimentale sull'animale non confermati sull'uomo (incremento della mortalità)**

Besselink et al Lancet 2008

Limitations of Experimental Models for the Treatment of Acute Pancreatitis



CONCLUSIONI

- **Nutrizione enterale precoce**
- **Profilassi antibiotica**
- **ERCP precoce**
- **Intervento chirurgico o drenaggio precoce**
- **Il timing è fondamentale**

L'ENIGMA DELLA PANCREATITE CRONICA

- **Spesso non identificata la eziologia**
- **Diagnosi non agevole**
- **Assenza di una terapia standard**
- **Anche in questo caso non esiste un consenso definito**

ALCOOL

- **Non è stato chiaramente definito il ruolo dell'astinenza dall'alcool**
- **La prosecuzione dell'alcool (e del fumo!) incrementa la mortalità**
- **L'astensione pare ridurre il dolore nella maggior parte degli studi**

OBIETTIVI

- **Controllo del dolore: legato a infiammazione perineurale, distensione o ostruzione dei dotti pancreatici**
- **Miglioramento del malassorbimento: controllo della diarrea e della steatorrea, arresto del calo ponderale**

ANALGESICI

- **Utilizzati nella grande maggioranza dei pazienti**
- **Iniziare con FANS o paracetamolo**
- **Eventuale utilizzo di tramadolo**
- **Ricorrere ad oppiacei solo in caso di assoluta necessità per il rischio di dipendenza**
- **Antidepressivi utili**

ENZIMI PANCREATICI

- **Utili per il malassorbimento e per il controllo del dolore**
- **Inibiscono il feed-back CCK – secrezione pancreatica**
- **Nella PC la CCK – releasing peptide non è più denaturata dalla tripsina**
- **Questo effetto è ottenuto solo con enzimi non “enteric coated”**

ENZIMI PANCREATICI

- **Enzimi “non coated”**: due trials efficaci nel controllo del dolore
- **Enzimi “coated”**: quattro trials non efficaci
- **Necessaria associazione con PPI o H2 antagonisti per enzimi “non coated”**
- **Proseguire la cura solo se vi è risultato**

ENZIMI PANCREATICI

- **Efficacia sul malassorbimento variabile**
- **30.000 U di lipasi ogni pasto**
- **Valutare steatorrea, peso corporeo, consistenza delle feci**
- **Problemi: scarsa compliance, mancata soppressione acida, pasti eccessivi**

BLOCCO DEL PLESSO CELIACO

- **Da utilizzare nei casi non responsivi alla terapia standard**
- **Preferibile iniezione di steroide rispetto all'alcool**
- **Applicabile con guida in eco-endoscopia**
- **Problemi nei pazienti trattati con oppiacei**

ALTRI FARMACI

- **Octreotide: utile in alcuni casi refrattari ad altre terapie**
- **Antiossidanti: selenio, beta-carotene, vit. C ed E, metionina. Risultati contrastanti**
- **Loxiglumide: antagonista del recettore della CCK. Risultati preliminari**