



MEETING ANNUALE AGUI

2019

APPROCCIO MEDICO VERSUS
APPROCCIO CHIRURGICO-STRUMENTALE

30 settembre - 1 ottobre 2016



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA



Santa Maria
della Misericordia
di Udine

Pancreatite acuta in gravidanza: case report

G Baccarini, G Filip, G Simoncini, L Driul

LA PATOLOGIA

La pancreatite in gravidanza è una condizione rara con un'incidenza compresa tra 1 su 1000 e 1 su 12000 gravidanze e può causare gravi morbilità sia per la madre e per il feto. I calcoli biliari rappresentano la principale causa di pancreatite acuta in gravidanza, essendo responsabili di circa il 65% dei casi. La gravidanza è un fattore di rischio per la formazione di calcoli biliari: gli aumentati livelli di estrogeni e progesterone inducono un aumento della secrezione di colesterolo in concomitanza con una riduzione di secrezione di bile acida, inoltre rallentano lo svuotamento della colecisti. Tutto ciò favorisce la formazione di una bile sovra satura di colesterolo, che conduce alla formazione di calcoli. Il principale fattore di rischio per la formazione di calcoli è il BMI pre-gravidico elevato. Nonostante questa predisposizione la pancreatite acuta da ostruzione ampollare meccanica da calcoli è una patologia rara durante la gestazione. In uno studio retrospettivo di coorte comprendente 16.000 parti, sono stati riportati solo 8 casi di pancreatite acuta; cinque hanno avuto come eziologia i calcoli biliari mentre nei restanti casi l'eziologia è stata idiopatica. Clinicamente si può manifestare con dolore epigastrico intenso, nausea, vomito, alterazione del sensorio, disturbi della ventilazione; dal punto di vista laboratoristico si possono riscontrare: aumento degli enzimi epatici, aumento di amilasi/lipasi, bilirubina totale elevata, incremento degli indici di flogosi. Il management iniziale consiste nella terapia di supporto in regime di ospedalizzazione, controllo del dolore, idratazione endovenosa e supporto nutrizionale (NPT). Le principali indagini strumentali comprendono l'ecografia transaddominale, efficace nell'identificare i calcoli nella colecisti, non altrettanto per lo studio della calcolosi del dotto biliare, e la risonanza magnetica. La diagnosi differenziale va posta tenendo conto di patologie correlate alla gravidanza (preeclampsia/sindrome HELLP, atrofia giallo-acuta del fegato, distacco di placenta, rottura d'utero, coriarnionite) e patologie non correlate allo stato gravidico (reflusso gastro-esofageo, ulcera peptica, epatiti, polmonite, pleurite, appendicite). Colangio-pancreatografia retrograda endoscopica (ERCP) ed eventuale colecistectomia sono indicate nelle pazienti in cui non vi sia un miglioramento del quadro clinico-laboratoristico con la sola terapia di supporto. I pazienti che hanno sviluppato pancreatite nel primo trimestre hanno secondo gli studi la più bassa percentuale di gravidanze a termine (circa 60%) e più elevati rischi di perdita fetale (20%) e parto pretermine (16%). Non sono state osservate malformazioni fetali. La maggior parte dei pazienti in stato di gravidanza con pancreatite acuta non ha complicazioni; la percentuale superiore degli esiti fetali avversi (perdita fetale e parto pretermine) si verificata stando ai dati in letteratura durante il primo trimestre. La pancreatite acuta complicata da CID si verificata più frequentemente nel terzo trimestre ed è associata con prognosi sfavorevole per la madre e il feto in molti casi. Non ci sono linee guida standardizzate riguardanti il tipo di parto da preferire (parto per via vaginale o taglio cesareo) per le donne con pancreatite acuta nel terzo trimestre per ridurre la mortalità materna, neonatale e morbilità, e il processo decisionale dipende dall'età gestazionale e la gravità della malattia. In caso di colecistite da calcoli biliari l'approccio chirurgico non è gravato da un maggior rischio di parto pretermine e un'eventuale colecistectomia laparoscopica non è associata ad un maggior rischio di morte fetale o di basso Apgar alla nascita. Secondo alcuni autori la chirurgia laparoscopica con colecistectomia sarebbe da preferire, sempre nei casi da colecistite da calcoli, alla terapia conservativa nel caso di pazienti nel primo e nel secondo trimestre di gestazione, in ragione del basso rischio di mortalità fetale associato alla chirurgia laparoscopica, all'elevato tasso di recidive (fino a 55%) ed alla necessità di interventi chirurgici urgenti (fino a 19.5%) in pazienti sottoposte inizialmente a terapia conservativa.

Bibliografia:

Hacker FM, Whalen PS, LEE VR, et al. Maternal and fetal outcomes of pancreatitis in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2015
Jelin EB, Smink DS, Vernon AH, Brooks DC. Management of biliary tract disease during pregnancy: a decision analysis. Surg Endosc 2008
Igbinsola O, Poddar S, Pitchumoni C. Pregnancy associated pancreatitis revisited. Clin Res Hepatol Gastroenterol 2013
Jouppila P, Mokka R, Larmi TK. Acute pancreatitis in pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1974; 139:879.
Roberts IM. Hyperlipidemic gestational pancreatitis. Gastroenterology 1993; 104:1560.
Tang SJ, Rodriguez-Frias E, Singh S, et al. Acute pancreatitis during pregnancy. Clin Gastroenterol Hepatol 2010; 8:85.
Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2016 Aug;15(4):434-8. Pancreatitis in pregnancy: etiology, diagnosis, treatment, and outcomes. Mali P1.

CASO CLINICO

Paziente primigravida alla 27° settimana + 4 giorni di gestazione senza in anamnesi fattori di rischio, ricoverata per pancreatite acuta. Gravidanza fino ad allora normodecorsa. Dal punto di vista clinico la paziente manifestava importante sintomatologia algica addominale, nausea, vomito, alterazioni del sensorio, turbe del ritmo cardiaco ed alterazioni dei livelli plasmatici di elettroliti.

Esami ematochimici all'ingresso :

Globuli Bianchi $14.40 \times 10^3/\mu\text{L}$, Emoglobina 9.0 g/dL , Piastrine $266 \times 10^3/\mu\text{L}$, Proteina C reattiva 14.44 mg/L , GGT 66 UI/L , GOT-AST 73 UI/L , GPT-ALT 84 , LDH 387 UI/L , Amilasi pancreatica 1811 UI/L , Lipasi 4485 UI/L Bilirubina totale 1.68 mg/dL , Bilirubina diretta 1.41 mg/dL , Albumina sierica 32.3 g/L.

Pronta valutazione chirurgica ed ecografica con iniziale avvio di terapia di supporto: nutrizione parenterale, terapia antalgica, supporto idro-elettrolitico e copertura antibiotica. Nonostante la rapidità con cui è stata avviata la terapia, si è assistito ad un rapido peggioramento del quadro clinico-laboratoristico, in seguito a valutazione multidisciplinare la paziente è stata sottoposta a colangio-pancreatografia retrograda endoscopica e sfinterotomia biliare, ottenendo immediato drenaggio di bile nerastra e fango biliare. Nelle prime ore post-operatorie la paziente ha sviluppato una progressiva desaturazione con concomitante bradicardia ed alterazioni del ritmo. Nell'ipotesi di embolia polmonare è stata eseguita angio-TAC che ha dimostrato un quadro di polmonite lobare destra. La paziente è stata supportata dal punto di vista ventilatorio ed è stata avviata una terapia antibiotica endovenosa empirica ad ampio spettro. Grazie a questi provvedimenti terapeutici, si è assistito ad un progressivo miglioramento sia dal punto di vista clinico, con risoluzione delle algie e del quadro respiratorio, sia dal punto di vista laboratoristico, con rientro entro i range di normalità di elettroliti, enzimi epatici e pancreatici ed indici di flogosi. Vi è conseguito un progressivo svezzamento dalla nutrizione parenterale totale con periodica valutazione chirurgica del quadro clinico. La paziente è stata dimessa alla 31° settimana di gestazione, il successivo follow-up è risultato nella norma. Attualmente la gravidanza è in evoluzione ed è seguita presso il nostro ambulatorio per le gravidanze a rischio.

