

Derivazione chirurgica del dotto di Wirsung nella pancreatite cronica

B. Aussilhou, R. Cherif, S. Dokmak, A. Sauvanet

La pancreatite cronica è una malattia infiammatoria cronica del pancreas caratterizzata da dolore, fibrosi del parenchima e insufficienza pancreatica. Il dolore cronico o acuto ripetuto resistente al trattamento medico e/o endoscopico massimale è l'indicazione principale della derivazione chirurgica wirsungodigiunale su ansa a Y. La derivazione è preferita alle resezioni pancreatiche, che possono essere tecnicamente difficili e indurre o aggravare un'insufficienza pancreatica. Le tecniche di derivazione del dotto di Wirsung (derivazione wirsungodigiunale semplice e intervento di Frey, di Beger o di Izbicki) permettono di decomprimere il dotto di Wirsung risparmiando completamente la funzionalità pancreatica. Oltre al suo effetto analgesico, che è ben stabilito, la decompressione del dotto di Wirsung potrebbe rallentare la progressione dell'insufficienza pancreatica. Tranne che per l'intervento di Izbicki, tutte le derivazioni richiedono la presenza di una dilatazione del dotto pancreatico. Possono essere associate delle derivazioni biliari, digestive o di pseudocisti. Queste derivazioni sono, talvolta, tecnicamente difficili in certi malati per via dell'ipertensione portale segmentaria indotta dalla trombosi splenica o dall'ipertensione dell'asse mesentericoportale. Un approccio laparoscopico è possibile in caso di derivazione wirsungodigiunale semplice. La mortalità della derivazione wirsungodigiunale è quasi nulla e la morbilità è debole; la principale morbilità è polmonare, legata al consumo di tabacco. I risultati in termini di dolore sono buoni nell'80% dei casi o più a seconda della tecnica utilizzata, ma è possibile una recidiva dolorosa probabilmente a causa dei meccanismi ancora non perfettamente noti del dolore nella pancreatite cronica.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Pancreatite cronica; Chirurgia; Anastomosi wirsungodigiunale; Intervento di Frey

Struttura dell'articolo

■ Definizione della pancreatite cronica calcificante	1
■ Cause di pancreatite cronica calcificante	2
■ Fisiopatologia del dolore	2
■ Indicazioni al trattamento chirurgico	2
Trattamento del dolore	2
Trattamento di una stenosi biliare associata o che si verifica nel follow-up di una derivazione wirsungodigiunale	2
Trattamento della stenosi duodenale	3
Trattamento di una pseudocisti associata	3
■ Tecniche chirurgiche	3
Derivazione wirsungodigiunale laterolaterale su ansa a Y (intervento di Partington-Rochelle).	3
Intervento di Frey	6
Intervento di Beger	8
Intervento di Izbicki	9
Stenosi biliare associata	9
Altre azioni correlate	10
Via d'accesso laparoscopico	11
Chirurgia pancreatica per pancreatite cronica calcificante e cavernoma	12

■ Complicanze immediate	12
■ Risultati sul dolore e sulla funzione del pancreas	12
■ Conclusioni	13

■ Definizione della pancreatite cronica calcificante

La pancreatite cronica calcificante (PCC) è una malattia infiammatoria cronica caratterizzata da dolori (epigastrici a barra con irradiazione trafiggente, a crisi, scatenati dall'alimentazione e associati o meno a un fondo doloroso permanente) la cui fisiopatologia è complessa e causa un'insufficienza pancreatica. Istologicamente, le lesioni della PCC comprendono fibrosi del parenchima pancreatico, lesioni duttali come la stenosi fibrosa spesso con dilatazione a monte e presenza di concrezioni proteiche (*plugs*) all'interno dei canali che calcificano con il tempo e che partecipano, poi, anche all'ostruzione duttale. Il dolore dovuto alla PCC riduce gli apporti alimentari, altera la qualità della vita e contribuisce alla desocializzazione dei pazienti.

■ Cause di pancreatite cronica calcificante

In Francia, la causa più frequente di pancreatite cronica è l'alcolismo cronico. Il 60-70% dei pazienti colpiti da pancreatite cronica ha una storia di consumo eccessivo di alcol (150-175 g/die) per una durata media di 6-12 anni [1]. Il rischio di sviluppare una PCC inizia a partire da lievi consumi quotidiani di alcol, a condizione che questo consumo sia regolare e prolungato (30-35 anni). Le altre cause, molto più rare, sono: l'iperparatiroidismo (qualunque sia la causa), le forme autoimmuni e le forme ereditarie con, il più delle volte, una mutazione documentata (mutazione del gene codificante il tripsinogeno cationico e, più raramente, mutazione del gene *CFTR* o del gene *SPINK1*) [2, 3]. Tuttavia, nel 10-20% dei casi non è stata ritrovata alcuna causa.

■ Fisiopatologia del dolore

Il dolore della PCC è presente nell'85% dei pazienti [4]. Il dolore della PCC è multifattoriale e non ancora completamente spiegato. L'infiammazione cronica e l'ipertensione sono considerati come i meccanismi predominanti. L'infiammazione cronica del pancreas, avviata dalla tossicità diretta dell'alcol nella PCC alcolica o dalle anomalie metaboliche nelle altre eziologie, induce una necrosi progressiva della ghiandola e, poi, una fibrosi che conduce a delle stenosi con retrodilatazione dei dotti pancreatici. L'ostruzione duttale è legata anche alla presenza di *plugs* proteici o di calcoli. Questa ipertensione duttale è associata a un'ipertensione parenchimale, essa stessa fonte di dolori per stimolazione delle terminazioni nervose e/o dei meccanismi ischemici. I meccanismi associati sono:

- la secrezione, durante l'infiammazione cronica, di elementi che agiscono direttamente sui nocicettori pancreatici;
- le lesioni fibrotiche definitive dei nervi peripancreatici;
- la modifica della soglia nocicettiva a seguito della persistenza del dolore e dei trattamenti antidolorifici a lungo termine [5].

Nel quadro di secrezione di sostanze nocicettive, la testa del pancreas agirebbe come un "pacemaker" del dolore.

La molteplicità dei fattori responsabili del dolore spiega un tasso di fallimento che può raggiungere il 30% dopo la derivazione del dotto di Wirsung, dal momento che questo intervento si occupa, in teoria, solo di uno di questi fattori, cioè l'ipertensione duttale e parenchimatosa.

■ Indicazioni al trattamento chirurgico

Tattamento del dolore

L'indicazione al trattamento è il dolore cronico e/o acuto che corrisponderebbe a dei picchi acuti di pancreatite o all'infiammazione peripancreatica residua. Il trattamento di prima linea della PCC dolorosa è medico, insieme al riposo del pancreas attraverso una nutrizione enterale continua. Bisogna associare la sospensione dell'intossicazione alcolica, del consumo di tabacco (dal momento che è ormai dimostrato che il consumo di tabacco favorisce la persistenza dei dolori) e di analgesici di livelli adatti all'intensità dei dolori. Le gravi ricadute vengono, di solito, trattate con una nutrizione enterale continua di almeno sei settimane, eventualmente a domicilio, con analgesici di livello 2 o 3.

Un trattamento endoscopico con posizionamento per via transpapillare di una protesi nel dotto pancreatico principale, eventualmente preceduto da sedute di litotripsia extracorporea o ad esse associato, è spesso preso in considerazione, ma non può essere proposto a tutti i malati [6, 7]. Le migliori indicazioni del trattamento endoscopico sono le ostruzioni corte del dotto di Wirsung cefalico, nella sua porzione prossimale (cefalica), associate

a un inghiainamento moderato dei canali pancreatici. Al contrario, le stenosi distali o multiple, associate a calcificazioni diffuse, possono già predire l'impossibilità o l'inefficacia del trattamento endoscopico. L'indicazione operatoria è posta dopo il fallimento del trattamento medico o endoscopico per più mesi. In totale, il 40-75% circa dei pazienti richiede un trattamento chirurgico dopo il trattamento endoscopico [8-10].

Mentre il trattamento endoscopico tratta solo una causa del dolore (la distensione duttale), il trattamento chirurgico può avere due finalità: la derivazione del dotto ma anche la resezione parziale (intervento di Frey o di Beger) o totale con duodeno-pancreatectomia cefalica [DPC] della testa del pancreas, cosa che ha il vantaggio di agire sia sull'infiammazione peripancreatica che su un eventuale effetto "pacemaker" prodotto dalla testa del pancreas. Il trattamento chirurgico è superiore al trattamento endoscopico, come è stato dimostrato da due studi randomizzati. Nello studio di Cahen et al. [10], che comprendeva 39 pazienti, la scomparsa dei dolori era ottenuta nell'80% dei pazienti dopo derivazione wirsungodigiunale, contro il 38% dei pazienti dopo il trattamento endoscopico, con un successo di più di 5 anni; in più, la metà dei pazienti trattati endoscopicamente è stata finalmente operata. Nello studio di Dite et al., che aveva incluso 72 pazienti, il tasso di completa scomparsa del dolore a cinque anni era del 15% dopo il trattamento endoscopico contro il 34% in caso di trattamento chirurgico [11].

I risultati della chirurgia sono correlati alla durata di evoluzione preoperatoria della malattia. Perciò, più è prolungata la durata del dolore prima della chirurgia, meno benefico è l'effetto del trattamento. Inoltre, il trattamento chirurgico conservativo potrebbe prevenire o ritardare l'insorgenza dello sviluppo dell'insufficienza pancreatica [5, 12]. Due recenti serie monocentriche [13, 14] hanno dimostrato che un intervento "precoce", per esempio non preceduto da un tentativo di trattamento endoscopico, era associato a un aumento significativo della probabilità di scomparsa completa del dolore; un intervento precoce era anche associato a una migliore funzione pancreatica a distanza [13-15]. Questi argomenti sono, pertanto, a favore di un intervento chirurgico antidolorifico "precoce" in corso di PCC e contraddicono la teoria del "burn-out", che descrive un'estinzione spontanea dei dolori con il tempo, ma al prezzo di una diminuzione della qualità della vita e, spesso, di un diabete definitivo [5, 9].

Trattamento di una stenosi biliare associata o che si verifica nel follow-up di una derivazione wirsungodigiunale

Una derivazione biliare e/o gastrica è associata a una derivazione del dotto di Wirsung nel 25-66% dei casi [16, 17]. La derivazione biliare associata è indicata in caso di colestasi prolungata (fosfatasi alcaline superiori di due volte rispetto al limite superiore normale per più di tre mesi, al di fuori dei picchi acuti e con malato astinente) o di picchi persistenti (una volta eliminata la diagnosi di adenocarcinoma), poiché una stenosi biliare persistente può portare alla costituzione di una cirrosi biliare secondaria.

Di solito, queste stenosi biliari beneficiano di un trattamento chirurgico poiché, se i risultati precoci del trattamento endoscopico sono eccellenti, quelli a lungo termine sono peggiori. Il trattamento endoscopico viene, in generale, prolungato con cambio delle protesi in più mesi [16, 17]. Oltre un anno di trattamento endoscopico, la probabilità di successo è molto bassa e la chirurgia è, talora, più difficile a causa della comparsa di germi resistenti agli antibiotici nella bile e dell'aggravamento dei fenomeni infiammatori locali [18]. Dopo il fallimento di un trattamento endoscopico ottimale della durata di almeno sei mesi (corrispondenti, di regola, a due cambiamenti di protesi plastica), è indicata una derivazione biliare. Quest'ultima è associata alla derivazione wirsungodigiunale oppure è isolata, realizzata secondariamente dopo la derivazione del canale pancreatico.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287301>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287301>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)