

# Traumi del pancreas e del duodeno. Principi di gestione e tecniche chirurgiche

E. Girard, J. Abba, C. Letoublon, C. Arvieux

*La frequente gravità dei traumi del pancreas deriva da un'abituale scarsità di correlazione tra il danno e l'espressione clinica e dalla loro relativa rarità. Il ritardo diagnostico può essere responsabile di complicanze gravi, il cui trattamento può essere difficile. La più grave è la pancreatite acuta post-traumatica, che è associata a un alto rischio di morte tardiva. Le decisioni dipendono dalle circostanze di questa diagnosi. In un ferito emodinamicamente instabile, è essenziale una laparotomia damage control o abbreviata, volta a fermare l'emorragia attraverso i mezzi più rapidi e, se la duodenopancreatectomia sembra inevitabile, bisogna pensare alla possibilità di rinviare il ripristino delle continuità di uno o due giorni. Al contrario, se l'emodinamica è controllata a ventre aperto, bisogna riconoscere la lesione, il suo sito e la sua gravità, che dipende dall'esistenza di una rottura del dotto di Wirsung (o dotto pancreatico) o di un'eventuale lesione duodenale associata. Le contusioni pancreatiche senza rottura canalare richiedono, il più delle volte, un drenaggio a contatto. In caso di lesione corporea o caudale con rottura del dotto di Wirsung, è proposta la resezione della coda del pancreas, poiché il suo follow-up è semplice. In caso di lesione pancreatica destra con dotto di Wirsung rotto, si propone, il più delle volte, un drenaggio ampio, poiché la duodenopancreatectomia in urgenza è un intervento pesante dai cattivi risultati, il posizionamento di una protesi attraverso cateterizzazione retrograda endoscopica può essere deciso nel postoperatorio e la gestione di una fistola pancreatica pura è spesso semplice. A stomaco chiuso, occorre fare appello alla tomografia a emissione di positroni, alla risonanza magnetica del Wirsung oppure alla colangiopancreatografia retrograda endoscopica, per ricercare la rottura canalare. Se il dotto di Wirsung è intatto, il monitoraggio è clinicobiologico e radiologico (TC). Se il dotto di Wirsung è rotto, si può discutere il posizionamento di una protesi per via endoscopica. In caso di insuccesso, la decisione può essere difficile: se l'opzione non operatoria può essere un successo, possono insorgere complicanze difficili da trattare, mentre la resezione sinistra, più mutilante all'inizio, può evitarle, se attuata precocemente.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

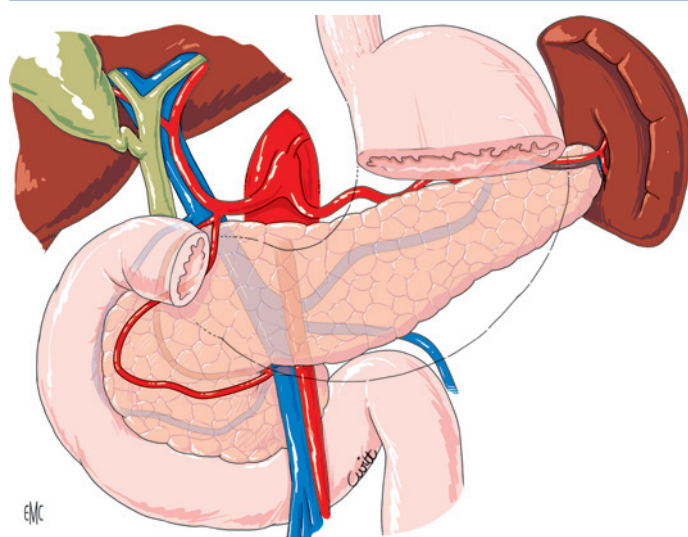
**Parole chiave:** Trauma del pancreas; Duodeno; Dotto di Wirsung; Laparotomia damage control; Splenopancreatectomia; Duodenopancreatectomia cefalica; Pseudocisti pancreatica; Colangiopancreatografia retrograda endoscopica; Pancreatografia tramite risonanza magnetica

## Struttura dell'articolo

■ <b>Introduzione</b>	1	■ <b>Tecniche e decisioni terapeutiche</b>	4
■ <b>Generalità</b>	2	Diagnosi e trattamento a ventre aperto	4
Incidenza	2	Diagnosi e trattamento a ventre chiuso	11
Eziologia e meccanismo	2	Diagnosi e trattamento "ritardati" allo stadio delle complicanze	15
Lesioni associate	2	■ <b>Conclusioni</b>	16
Mortalità. Morbilità	2		
■ <b>Classificazioni</b>	2		
Sede e tipo di lesioni	2		
Punteggi di gravità specifici	3		
Punteggi generali di gravità	3		

## ■ Introduzione

I traumi del pancreas (TP) sono rari, ma possono essere mortali. Situato in profondità nell'addome, quest'organo retroperitoneale è nascosto dagli organi vicini (Fig. 1). Le lesioni duodenali devono



**Figura 1.** Rapporti anatomici del pancreas.

essere considerate nella stessa circostanza perché sono spesso e volentieri associate a quelle del pancreas cefalico e possono, da sole, determinare la gravità del trauma. Il pancreas è, infatti, incassato in un intreccio vascolare e digestivo e il suo danneggiamento da parte di lesioni aperte o chiuse può avere, per questa ragione, un'espressione variabile; emorragia, rottura duodenale, rottura biliare o contusione pancreatica pura. È, quindi, a causa di questa complessità anatomica, dei rapporti intimi con gli organi vicini e anche del rischio comunque originale che presenta quest'organo di evolvere verso la pancreatite acuta che i metodi terapeutici sono molto numerosi e le indicazioni sono spesso delicate da porre.

Nel corso degli ultimi decenni, il trattamento dei traumi chiusi dell'addome è stato ampiamente modificato dai progressi realizzati nel campo della diagnostica per immagini, che hanno aiutato lo sviluppo del trattamento non operatorio (TNO) delle lesioni prima di tutto emorragiche, come anche delle rotture spleniche o dei traumi del fegato. Se il TNO dei TP è diventato possibile, è grazie, in primo luogo, alla possibilità di ricerca attraverso la tomografia computerizzata (TC) o la risonanza magnetica (RM) della rottura del dotto di Wirsung e, in secondo luogo, in una proporzione più limitata, agli interventi terapeutici come la wirsungografia retrograda endoscopica con l'uso di stent nel trattamento di queste interruzioni [1, 2]. Ma la decisione di laparotomia e quella di resezione pancreatica mantengono un posto importante nell'arsenale terapeutico di queste lesioni.

## ■ Generalità

### Incidenza

I TP sono rari e corrispondono al 3-5% dei traumi addominali chiusi nell'adulto [3-5] e a meno dell'1% dei ricoveri in traumatologia nel bambino [6, 7]. Per i traumi addominali penetranti, l'incidenza del TP è del 2% per le ferite da arma bianca [8] e del 6% per le ferite da arma da fuoco [9, 10]. Nelle diverse serie esiste una forte predominanza maschile, con feriti giovani: l'80% dei traumatizzati ha meno di 40 anni [9, 10]. Dati recenti provenienti dalla letteratura mostrano una crescente incidenza dei TP secondari all'aumento della cinetica degli incidenti stradali e all'aumento della violenza civile con armi sempre più pericolose [11, 12].

### Eziologia e meccanismo

In Europa, i TP sono soprattutto chiusi e si verificano in particolare durante gli incidenti stradali [13], mentre, in America meridionale e in Sudafrica, i TP comportano una percentuale ben più importante di ferite molto più grandi, da arma da fuoco nella

maggioranza dei casi [10, 12]. Ne risulta una differenza significativa nel tipo e nella gravità del danno pancreatico [12, 14] nelle diverse serie pubblicate.

La natura e le conseguenze del danno pancreatico, in caso di traumi aperti, dipendono dal tipo, dall'energia cinetica e dalla frammentazione dell'agente penetrante.

I meccanismi preferenziali dei traumi chiusi sono la decelerazione violenta in un automobilista dotato di cintura di sicurezza o lo shock epigastrico del conducente senza cintura sul volante [12, 14]. È descritta la frattura del corpo del pancreas tranciato sulla colonna vertebrale posteriore, con un danno a sinistra dei vasi mesenterici [5]. Questa è una lesione frequente nei bambini (soprattutto la caduta dalla bicicletta con un impatto epigastrico del manubrio) [7] o nei feriti con un addome ipotensivo (shock da sorpresa, paziente alcolico, donna magra).

## Lesioni associate

A causa della violenza del trauma necessario per provocare una lesione al pancreas e della vicinanza del pancreas con numerose strutture importanti, i TP sono raramente isolati [5, 8, 15]. L'incidenza delle lesioni associate è compresa tra il 50% e il 90%, con una media di 3,5 organi colpiti dall'infortunio [10, 15, 16]. Queste lesioni associate sono in gran parte responsabili della morbilità e della mortalità dei TP. Gli organi più frequentemente colpiti sono il fegato (42%), lo stomaco (40%), i grossi vasi (35%), gli organi toracici (31%), l'intestino tenue e il colon (29%), il sistema nervoso centrale e lo scheletro (25%) e il duodeno (18%) [10-12, 17]. Dopo un trauma chiuso, gli organi danneggiati più comunemente associati al TP sono il fegato, la milza e il duodeno [5]. Dopo un trauma penetrante, gli organi danneggiati più comunemente associati sono lo stomaco, il fegato, il colon, la milza, i reni e i grossi vasi sanguigni [10], con il coinvolgimento di almeno un grosso vaso retroperitoneale in un terzo dei casi [14, 17].

Nei bambini, al contrario, le lesioni pancreatiche isolate sono più frequenti a causa dei meccanismi responsabili (sport vari e manubrio della bicicletta) [18].

## Mortalità. Morbilità

La mortalità generale varia dal 5% al 30% a seconda delle serie (Tabella 1), sapendo che i due terzi dei decessi sono prematuri (< 48 h) e sono dovuti a lesioni emorragiche associate [7-9, 19-26]. Il danno pancreatico stesso è responsabile della morte solo nel 5-10% dei casi, il più delle volte in maniera ritardata, per le lesioni passate inosservate durante la valutazione iniziale. Se la diagnosi viene fatta in ritardo, in un tempo di 4-8 giorni, la mortalità può superare il 50% [13, 20, 21, 27]. Ciò sottolinea l'importanza fondamentale di una diagnosi precoce della contusione pancreatica in tutti i traumatizzati addominali.

La morbilità dei TP è direttamente correlata al danno del dotto di Wirsung. In pratica, il tasso di gravi complicanze è quasi nullo per una semplice contusione pancreatica, ma, quando il dotto pancreatico è leso, la morbilità può superare il 50% nei sopravvissuti iniziali (Tabella 2). Le fistole pancreatiche, come gli ascessi profondi, si verificano nel 10-25% dei casi tra i sopravvissuti iniziali; le pancreatiti acute post-traumatiche e le pseudocisti pancreatiche (PCP) sono meno frequenti (circa il 10% dei sopravvissuti) [25]. Anche emorragie secondarie, stenosi biliari o metastasi settiche possono verificarsi più raramente.

## ■ Classificazioni

### Sede e tipo di lesioni

Nei traumi chiusi, il meccanismo più comune è la compressione della ghiandola contro i corpi vertebrali. Questa realizza una semplice contusione, un ematoma, una lacerazione parziale o, ancora, una frattura completa del pancreas. Questa lesione è situata nella testa, nel corpo o nella coda a seconda del vettore dell'onda d'urto [17].

Quando il danno pancreatico è isolato, le lesioni sono approssimativamente distribuite in maniera equivalente sulla testa, sul

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8725542>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8725542>

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