



**S.I.E.D.**  
Società Italiana  
Endoscopia Digestiva

## **SIED Commissione politica e affari generali**

Coordinatore: Bastianello Germanà

*Direttore UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva  
Ospedale San Martino Belluno ULSS 1 Dolomiti*

# **Linee di indirizzo per la costruzione di un percorso diagnostico terapeutico nelle urgenze-emergenze in endoscopia digestiva**

*A cura di Bastianello Germanà e della Commissione Politica e Affari generali  
Sottocommissione PDT, coordinatore Carmelo Luigiano  
Responsabile UOSD Endoscopia Digestiva, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*

Il percorso diagnostico terapeutico (PDT) rappresenta una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica.

I PDT, si devono basare sulla migliore evidenza scientifica disponibile, e definiscono chi, dove, come, quando va eseguita una determinata prestazione; rappresentano pertanto lo strumento per trasferire nella pratica clinica le raccomandazioni delle linee guida.

Le seguenti linee di indirizzo nascono con lo scopo di rappresentare uno strumento utile alla costruzione di un PDT nelle urgenze-emergenze in endoscopia digestiva, ma vanno adattate al singolo contesto lavorativo ed alle risorse disponibili, umane (personale medico e paramedico) organizzative e logistiche.

Pertanto, devono essere intese come il substrato per la costruzione del PDT utilizzabile in ogni singola realtà.

Un ringraziamento sentito a tutto il gruppo di lavoro che ha lavorato con passione e competenza al fine di realizzare questo progetto ben guidato dal coordinatore.

# PANCREATITE ACUTA BILIARE

**Data di pubblicazione** 23/07/2019

**Rev.** 0 del 23/07/2019

**Redatto a cura di**

**Alba PANARESE<sup>1</sup>, Giuseppe IABICHINO<sup>2</sup>, Carmelo LUIGIANO<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>. UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva IRCCS specializzato in Gastroenterologia  
"De bellis" Castellana Grotte

<sup>2</sup>. UOSD Endoscopia Digestiva ASTT Santi Paolo e Carlo, Milano

## SOMMARIO

SCOPO

APPLICABILITÀ

PERSONALE COINVOLTO

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

DESCRIZIONE

Introduzione

Fase operativa

- *Fase diagnostica*

- *Fase terapeutica*

FLOW CHART PANCREATITE ACUTA BILIARE

## ● SCOPO

Tale documento ha la finalità di:

- Ottimizzare l'outcome clinico nel setting della pancreatite acuta biliare
- Organizzare ed integrare l'attività delle diverse figure professionali coinvolte
- Ottimizzare i tempi e i costi

## ● APPLICABILITÀ

Le indicazioni di questo documento sono indirizzate alla gestione integrata del paziente con pancreatite acuta biliare sia esso un nuovo accesso al DEA/Pronto Soccorso sia esso un paziente già ricoverato presso le strutture ospedaliere.

## ● PERSONALE COINVOLTO

- Il clinico o il chirurgo di guardia presso qualsiasi reparto nel caso il paziente sia già degente presso la struttura ospedaliera o il clinico o il chirurgo di guardia presso il DEA/Pronto Soccorso (nel caso si tratti di un nuovo accesso) avrà il compito di avviare il percorso diagnostico-terapeutico.
- L'anestesista avrà il compito di valutare il paziente sia per quanto riguarda lo stato generale emodinamico (soprattutto nei pazienti in stato settico/presettico), con presenza o meno di insufficienza d'organo, sia per quanto riguarda la valutazione generale del rischio del paziente da sottoporre ad eventuale procedura endoscopica in anestesia.
- Il Radiologo sarà coinvolto nella fase diagnostica ed, eventualmente, anche nella fase terapeutica del percorso del paziente.
- L'Endoscopista, dopo l'inquadramento laboratoristico e radiologico e dopo la valutazione anestesiológica generale, concorderà con le altre figure professionali il timing dell'eventuale procedura endoscopica.
- Il Chirurgo sarà coinvolto nel processo diagnostico-terapeutico e, soprattutto, nella gestione del paziente dopo la risoluzione dell'evento acuto per il trattamento della patologia di base o di eventuali complicanze.

## ● DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

1. WILLIAMS E ET AL. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut. 2017 May;66(5):765-782
2. YOKOE M, TAKADA T, MAYUMI T ET AL. Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2015 Jun;22(6):405-32.
3. ARVANITAKIS M, DUMONCEAU JM, ALBERT J ET AL. Endoscopic management of acute necrotizing pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) evidence-based multidisciplinary guidelines. Endoscopy. 2018 May;50(5):524-546.
4. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. J Hepatol. 2016 Jul;65(1):146-181.

## ● DESCRIZIONE

### Introduzione

La pancreatite acuta biliare (PAB) è una infiammazione acuta pancreatica a genesi biliare. La diagnosi di pancreatite acuta secondo i criteri di Atlanta, viene diagnosticata quando coesistono 2 dei 3 seguenti

riscontri: dolore addominale suggestivo di pancreatite (insorgenza acuta, severo, spesso irradiato alla schiena), amilasi sieriche e/o lipasi almeno tre volte il valore normale, e imaging (TC o RMN) con caratteri specifici di pancreatite acuta.

La pancreatite acuta biliare, quindi, è un processo infiammatorio acuto del pancreas con coinvolgimento variabile dei tessuti peripancreatici e/o degli organi a distanza, causato dalla migrazione di uno o più calcoli dalla colecisti nel coledoco.

Il quadro clinico della pancreatite acuta biliare varia da forme lievi a forme gravi. La forma severa, che si manifesta nel 15-20% dei casi, si associa ad elevata morbilità e mortalità (fino al 30%).

Il trattamento della pancreatite acuta biliare deve essere necessariamente multidisciplinare e prevede la stabilizzazione emodinamica del paziente attraverso la fluido-terapia, un management intensivo, il supporto nutrizionale, la somministrazione di antibiotici e l'eventuale drenaggio della via biliare.

La persistenza della colestasi e la severità della colangite orientano sui tempi di trattamento endoscopico della PAB.

## Fase operativa

La fase diagnostica mira a confermare, in questo setting, l'eziologia biliare della pancreatite, ed è fondamentale per stratificare i pazienti e selezionare quelli con pancreatite acuta potenzialmente severa, per i quali deve essere attuata una terapia complessa, eventualmente inviandoli in un centro di riferimento. La nuova classificazione di Atlanta divide la pancreatite acuta in 3 gradi di severità: lieve, moderatamente severa e severa a seconda della presenza di insufficienza d'organo. L'insufficienza d'organo può essere definita dallo score di Marshall modificato (un punteggio  $\geq 2$  definisce la presenza di danno d'organo e se lo score è  $>1$  per i tre apparati considerati il danno è multiorgano), che consente di definire la severità del danno. La forma lieve è caratterizzata da assenza di insufficienza d'organo e di complicanze locali o sistemiche. La forma moderatamente severa è caratterizzata da presenza di insufficienza d'organo transitoria o complicanze sistemiche o locali in assenza di insufficienza di organo persistente. La forma severa è caratterizzata da insufficienza d'organo persistente ( $>48$  ore).

### Nel processo diagnostico rientrano:

**Anamnesi ed esame obiettivo:** dolore addominale ad insorgenza acuta, severo, irradiato al dorso e storia di patologia biliare (calcolosi biliare, precedenti procedure biliari, pregresse procedure endoscopiche bilio-pancreatiche).

**Esami bioumorali:** emocromo, lipasi, amilasi, PCR, bilirubina totale e frazionata, fosfatasi alcalina, gamma-GT, AST, ALT, trigliceridi, procalcitonina, PT, PTT, elettroforesi sieroproteica, albumina, azotemia, creatinina, glicemia, calcemia, sodiemia, potassiemia e emogasanalisi.

**Esami radiologici:** RX torace-addome, ecografia addominale, TC addome con e senza m.d.c. e risonanza magnetica e l'ecoendoscopia.

La radiografia del torace e dell'addome deve essere eseguita in qualsiasi forma di pancreatite acuta, per cercare alterazioni causate dalla pancreatite (il versamento pleurico, polmonite e sindrome respiratoria acuta da distress).

L'ecografia addominale rappresenta l'indagine di prima scelta considerando la minima invasività, l'ampia disponibilità ed il rapporto costo-efficacia. Essa è assai attendibile nella valutazione della litiasi colecistica e permette di evidenziare l'eventuale dilatazione delle vie biliare.

La TC addominale con e senza m.d.c., in aggiunta all'esame ecografico, contribuisce ad una miglior definizione della via biliare stessa e del suo contenuto. Inoltre, è utile nel predire severità e prognosi della pancreatite acuta. La TC non dovrebbe essere eseguita in fase iniziale, se non quando il quadro clinico non sia chiaro e si abbia un addome acuto, in quanto sottostimerebbe l'entità del coinvolgimento ghiandolare e la presenza di eventuali complicanze.

La risonanza magnetica e l'ecoendoscopia rappresentano delle indagini dotate di elevata sensibilità e specificità, ma possono non essere sempre disponibili, soprattutto nella fase di urgenza/emergenza.

## FASE TERAPEUTICA

La fase terapeutica endoscopica, in questo setting, consiste, sostanzialmente, nel drenaggio della via biliare, indicato nei pazienti con diagnosi di colangite acuta o nei pazienti con colestasi persistente, mentre, al di fuori di queste indicazioni, il drenaggio della via biliare non si associa al miglioramento degli outcomes clinici. Le evidenze attualmente disponibili, infatti, non ritengono l'esecuzione della colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP) utile nei pazienti con pancreatite acuta severa in assenza di ostruzione biliare, se non in elezione qualora la rivalutazione EUS/RMN documenti una calcolosi coledocica.

L'ERCP, con il drenaggio della via biliare, rappresenta l'approccio terapeutico di scelta e dovrebbe essere eseguita entro le 24 ore nei pazienti con colangite acuta ed entro le 72 ore nei pazienti con persistente ostruzione biliare. L'ERCP ha un'elevata percentuale di successo. Nei casi di fallimento dell'ERCP la procedura di II scelta, attualmente, è il drenaggio radiologico percutaneo.

## ● PANCREATITE ACUTA BILIARE

