

Caso Clinico

Guido Sanna

METIS RESEARCH DEPARTMENT ADVISOR

Presentazione clinica

- **Maschio di 44 anni, razza caucasica**
- **Non fuma, non assume alcool, non ha familiarità per dislipidemia e malattie delle vie biliari.**
- **Ipertensione arteriosa e gotta in trattamento con olmesartan 20mg/**
- **idroclozide 25mg ed allopurinolo 150 mg/die da almeno quattro anni con buon controllo della PA e della uricemia**
- **Il paziente viene alla nostra osservazione riferendo da diversi mesi dolore gravativo in epigastrio, irradiato posteriormente, persistente diarrea, 2-4 scariche al dì con feci pallide e lucide, calo ponderale ed anoressia, comparsi in modo progressivo nelle ultime quattro settimane**

Quesiti preliminari

- Quali esami richiedereste per indagare il quadro clinico?
- Usereste un test in office per orientare un test and treat?
- Richiedereste una consulenza specialistica?
- Consigliereste una terapia sintomatica?

DIAGNOSI

- **Le indagini di laboratorio effettuate al momento , hanno evidenziato i seguenti risultati (range di normalità tra parentesi):**
 - **emoglobina 6.8 mmol/l (7.5-10.6)**
 - **leucociti 23 x 10⁹/l (4-9)**
 - **creatinina 240 μmol/l (33-120)**
 - **amilasi 45 U/l (63-228)**
 - **lipasi 4 U/l (7-60)**
 - **proteina C reattiva 325 mg/l (<5)**
 - **calcio 1.7 mol/l (2.2-2.5)**
 - **pO₂ 51 mmHg (71-104)**
 - **Altri esami ematochimici risultavano nella norma.**
- **Un' ecografia addominale ha evidenziato una colecisti normale, alitiasica, mentre non è stato possibile esaminare il pancreas a causa di uno spiccato meteorismo intestinale**
- **La scansione TC con mezzo di contrasto ha rivelato la presenza di pancreas a struttura disomogenea per fibrosi diffusa con una atrofia estesa al 50% del volume ghiandolare.**

Insufficienza Pancreatica: Quali possibili cause?

- Chronic pancreatitis
- Primary pancreatic insufficiency
- Agenesis of the pancreas
- Congenital pancreatic hypoplasia
- Shwachman–Diamond syndrome
- Johanson–Blizzard syndrome
- Adult pancreatic lipomatosis or atrophy
- Isolated lipase or colipase deficiency
- Pancreatic resection
- Pancreatic cancer
- Secondary pancreatic insufficiency
- Mucosal small bowel disease: Decreased cholecystikin release
- Somastatinoma or exogenous somatostatin analog intake: Decreased pancreatic secretion
- Gastrinoma: Intraluminal destruction of enzymes
- Surgery and Billroth II anastomosis: Poor mixing or decreased hormone release, disturbance of innervations
- Periampullary tumors (pancreatic duct obstruction)

Possiamo utilizzare Test Specifici per l'Insufficienza Pancreatica Esocrina?

Test	In favour	Against
CFA	Gold standard	72 h stool collection; 100 g standard diet; no simultaneous PERT; not pancreas specific
Acid steatocrit	Linear correlation with CFA also in a single sample; Good as screening	High fat diet needed; 24-72 h stool collection is ideal
Fecal elastase 1	Single stool sample; PERT can be continued	Poor sensitivity in mild EPI, watery stools and small bowel disease
¹³ C-mixed triglyceride breath test	Simple; Also for mild forms of EPI and therapy assessment	Requires further validation
Fecal chymotrypsin	Good for compliance control; Single small stool sample	Sensitivity low for clinical practice (chymotrypsin is variably inactivated during intestinal transit); not for mild EPI; watery stools decrease enzyme activity; PERT must be discontinued
Secretin-enhanced magnetic resonance cholangiopancreatography	Morphological and semi-quantitative functional changes	Requires further validation
Nutritional status (magnesium < 2.05 mg/dL, ↓ prealbumin, ↓albumin, ↓retinol binding protein, ↓ferritin, ↓hemoglobin)	Simple	Requires further validation

CFA: Coefficient of fat absorption; PERT: Pancreatic enzyme supplementation therapy; EPI: Pancreatic exocrine insufficiency.

World J Gastroenterol 2013 November 28; 19(44): 7930-7946
 ISSN 1007-9327 (print) ISSN 2219-2840 (online)

Ulteriori Quesiti

- Quali altre cause potremo citare per l'IPE?
- Potrebbe essere utile una terapia ex-iuvantibus?
- Che ruolo hanno le comorbidità del paziente?
- Il MMG in che modo può intervenire nel percorso diagnostico-terapeutico?

Trattamento

- Abbiamo somministrato 40000 u/lipasi per ogni pasto al paziente
- Abbiamo sospeso la somministrazione di Idroclotiazide
- Abbiamo verificato la graduale riduzione e scomparsa della steatorrea e miglioramento dei sintomi
- Abbiamo confermato il danno pancreatico cronico da Diuretici Tiazidici

ALCUNI ESEMPI

Recurrent Pancreatitis After Treatment With Hydrochlorothiazide

Raymond J. Rion, MD

Case Report

Furosemide and pancreatitis

Importance of dose and latency period before reaction

Chia-Ter Chao MD Jia-Yu Chao MD

Pancreatic Atrophy — A New Late Toxic Effect of Sorafenib

JABFP Jan.–Feb. 1994 Vol. 7 No. 11

VOL 59: JANUARY • JANVIER 2013 | *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien*

N ENGL J MED 369;15 NEJM.ORG OCTOBER 10, 2013

Table 1. Drugs Associated with Pancreatitis.

Definite Association	Possible Association
Sulfonamides	L-Asparaginase
Thiazide diuretics	Chlorthalidone
Furosemide	Corticosteroids
Estrogens	Ethacrynic acid
Tetracycline	Phenformin
Pentamidine	Procainamide
Valproic acid	Nonsteroidal anti-inflammatory agents
Didanosine (DDI)	Nitrofurantoin
Mercaptopurine	Metronidazole
Azathioprine	

Farmaci associati a pancreatite

Acetaminophen	Isoniazid
Asparaginase	Lisinopril
Atorvastatin	Lovastatin
Calcium	Mercaptopurine
Captopril	Mesalazine
Chlorothiazide	Methyldopa
Chlorthalidone	Metronidazole
Cimetidine	Opioids
Cisplatin	Pentamidine
Clozapine	Phenformin
Colchicine	Procainamide
Corticosteroids	Propoxyphene
Cyclosporin	Quinapril
Cyproheptadine	Rifampicin
Diazoxide	Salicylates
Didanosine (ddI)	Simvastatin
Enalapril	Sulfasalazine
Estrogens	Sulindac
Ethacrynic acid	Tetracycline
Fosinopril	Valproic acid
Furosemide	Vinblastine
Gold	Vincristine
Hydrochlorothiazide	Zalcitabine (ddC)
Indomethacin	

CONCLUSIONI

- ❖ Molti farmaci possono causare un danno pancreatico o esacerbare una pancreatite in pazienti predisposti, anche a dosi terapeutiche somministrate cronicamente
- ❖ Una condizione predisponente è sicuramente l'ipertrigliceridemia, ma non necessariamente
- ❖ E' essenziale valutare la possibilità di una malattia cronica con danno pancreatico da farmaci come possibile causa di IPE
- ❖ Il MMG deve essere informato e consapevole del ruolo che possono avere alcuni farmaci nel causare il danno pancreatico cronico che potrebbe generare una IPE