

Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002 - Parte Speciale

Nutrizione Artificiale nella pancreatite acuta

Dalla pubblicazione nel 1995 delle precedenti Linee Guida della Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (1), le indicazioni e le modalità di trattamento nutrizionale nella pancreatite acuta (PA) si sono meglio delineate (2).

Benchè in letteratura siano comparse molte rassegne sull'argomento (3-9), esse spesso non sono confrontabili come popolazioni e solo di rado sono multicentriche (10-14), così che ancora oggi si sente l'esigenza di studi più numerosi, multicentrici ed omogenei (7, 15).

L'indicazione alla nutrizione artificiale (NA) sussiste soltanto nei casi di pancreatite acuta grave o "severe acute pancreatitis" (1). la via di somministrazione enterale (NE) – specialmente se utilizzata precocemente – è attualmente preferita alla via parenterale (NP) (11, 12, 14, 15).

È indispensabile quindi per impostare adeguatamente il trattamento nutrizionale quantificare rapidamente la gravità dell'evento pancreatico, mediante il punteggio APACHE II e/o, a 48 h, mediante gli scores di Ranson o Imrie (16).

Pancreatite acuta lieve ("mild")

Questa forma rappresenta l'80% dei casi di PA. Non esiste indicazione alla NA, poichè il paziente riprenderà l'alimentazione orale nel giro di 4-7 giorni, eventualmente con supporto di enzimi pancreatici e di antiacidi (1-3, 6).

Pancreatite acuta grave ("severe")

Si verifica nel 20% dei casi, e il suo corrispettivo anatomopatologico è la necrosi parenchimale (2, 17). La criticità del quadro clinico è definito in base ad una valutazione APACHE II ≥ 8 . Gli scores specifici, Ranson ed Imrie (≥ 3) possono essere calcolati solo dopo 48 ore dalla insorgenza della sintomatologia (4, 18). La prognosi è peggiore in presenza di un'insufficienza d'organo. Livelli di proteina C reattiva > 150 mg/dL depongono per la presenza di necrosi (4). Per una classificazione prognostica accurata si rimanda alle definizioni di Atlanta (19).

Nelle prime fasi della PA grave è indicato sia il posi-

zionamento di un catetere venoso centrale (per la monitoraggio e per la terapia infusione) sia l'inserimento di un sondino nasodigunale (a scopo nutrizionale) e – in caso di vomito – di un secondo sondino nasogastrico (per decompressione), oppure di un unico sondino a doppio lume nasogastrodigunale.

La rilevazione dell'indice di massa corporea (Body Mass Index, BMI) in questa fase depone solitamente per valori normali; un BMI superiore a 30 (obesità) è un indice prognostico sfavorevole (4).

L'indagine ecografica urgente è sempre indicata nei casi di sospetta eziopatogenesi biliare, nei quali può essere indicata la sfinterotomia endoscopica (4, 5). Dopo le prime 72 ore, la tomografia assiale computerizzata con contrasto e.v. consentirà una valutazione prognostica secondo Balthazar (20).

Anche prima della definizione prognostica, i primi trattamenti devono essere orientati al riequilibrio del malato dal punto di vista idroelettrolitico e cardiorespiratorio (4-6). Nella PA grave una notevole quantità di fluidi può essere trattenuta nello spazio retroperitoneale ed intraperitoneale, provocando uno stato di ipoperfusione splancica, che è il primum movens dell'insufficienza intestinale. Per quanto non vi sia accordo sul momento ideale per l'inizio della NE "precoce", il suggerimento attualmente più valido è di infondere liquidi e nutrienti per via endovenosa e contemporaneamente somministrare crescenti quantità di nutrienti per via enterale (a livello digunale), in modo da raggiungere la quota calorica e azotata desiderata nel giro di circa 3-4 giorni. Vista l'impossibilità di raggiungere rapidamente il pieno regime con la sola NE, è consigliabile un'integrazione tra via parenterale e via enterale (2-5).

Inizialmente, una quota anche minima di NE può essere impiegata per saggiare la compliance del paziente (10-20 mL/h), riservandosi di incrementare progressivamente la velocità di infusione nei giorni seguenti. In caso di diarrea o intolleranza alla NE è sufficiente il più delle volte rallentare la velocità di infusione; talvolta invece occorre sospendere la NE, ricorrendo esclusivamente alla nutrizione parenterale totale (NPT) (2-6).

La NE deve essere infusa obbligatoriamente nel digiuno, per minimizzare la risposta secretiva pancreatico (21), e per ridurre il rischio di ab ingestis (3, 5, 9-14).

L'integrazione tra NP e NE consente anche di raggiungere rapidamente e con meno rischi l'obiettivo della NA, in termini di quantità di calorie e di azoto (9, 12): 25-35 Kcal non proteiche/kg/die e 1.2-1.5 g proteine/kg/die. Tali apporti possono variare secondo l'andamento clinico del paziente, il bilancio azotato, la necessità del ricorso alla chirurgia, la necessità di ventilazione meccanica e altri fattori (2, 4, 14).

Esiste divergenza di vedute sul tipo di miscela enterale da somministrare (1-4), anche se vi è un prevalente impiego di diete polimeriche rispetto alle diete elementari o semielementari.

Per quanto riguarda la composizione della NP, si suggerisce un rapporto carboidrati: lipidi pari a 60:40 oppure 70:30. Unica controindicazione all'uso di emulsioni lipidiche è il riscontro di iperlipemia (trigliceridemia > 400 mg/dL). L'uso di emulsioni di LCT/MCT potrebbe comportare alcuni vantaggi teorici (6).

Di solito la NA nei casi di PA grave deve protrarsi per settimane. Quantità e qualità dei nutrienti vanno adattati alla comparsa di eventuali complicazioni (insufficienze d'organo, sepsi), all'andamento clinico, e alla necessità di ricorso alla chirurgia. In quest'ultimo caso è sempre consigliabile confezionare una digiunostomia a scopo nutrizionale (22, 23).

La sospensione della NA avverrà in modo graduale, contestualmente al ripristino dell'alimentazione per os,

in seguito alla normalizzazione del quadro clinico, radiologico e degli esami di laboratorio.

Raccomandazioni pratiche

- 1) Valutare la gravità della PA, utilizzando lo score APACHE II e i criteri di Ranson oppure di Imrie (B).
- 2) Nella PA lieve, non vi è indicazione alla NA (A).
- 3) Nella PA grave, il riequilibrio idroelettrolitico e cardiorespiratorio ha la priorità sul trattamento del deficit nutrizionale (A); in questa fase acuta conviene disporre assolutamente di una via venosa centrale e poi anche di un sondino nasodigunale (C).
- 4) La quota calorica non deve superare le 25-30 Kcal non proteiche/kg/die, (30% come lipidi), arrivando a 35 Kcal in caso di sepsi (B). Se è presente ipertrigliceridemia > 400 mg/dl, non somministrare lipidi (A). Nella fase acuta della PA grave, ottenuto il riequilibrio emodinamico, è consigliata l'associazione tra NE + NP (C). La NE va iniziata presto (48-72 ore) e aumentata gradualmente, attraverso un sondino con estremità in digiuno (B).
- 5) In caso di intervento chirurgico, è opportuno posizionare una digiunostomia, per iniziare o proseguire la NE (B).

BIBLIOGRAFIA

1. Pancreatite acuta (Linee Guida). RINPE 1995; 13 S-2: 22-4.
2. ASPEN: Pancreatitis. Board of Directors 2002, 26, 1S: 68-70.
3. Meier R, Beglinger C, Layer P, Gullo L, Keim V, Laugier R, Friess H, Schweitzer M, McFie J. ESPEN Consensus Group: ESPEN guidelines on nutrition in acute pancreatitis. *Clinical Nutrition* 2002; 21 (2): 173-83.
4. Toouli J, Brooke-Smith M, Bassi C, Carr-Locke D, Telford J, Freeny P, Imrie C, Tandon R. Guidelines for the management of acute pancreatitis. *J Gastroent Hepatology* 2002; 17 S: S15-39.
5. Glazer G, Mann DV. United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis. *British Society of Gastroenterology. Gut* 1998; 42, S2: S1-13
6. Banks PA. Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterology* 1997; 92, 3: 377-86.
7. Lobo DN, Memon MA, Allison SP, Rowlands BJ. Evolution of nutritional support in acute pancreatitis. *Br J Surg* 2000; 87: 685-707.
8. De Jong CHC, Greve JWM, Soeters PB. Nutrition in patients with acute pancreatitis. *Curr Opin Crit Care* 2001; 7: 251-26.
9. Beger HG, Rau B, Mayer J, Pralle U. Natural course of acute pancreatitis. *World J Surg* 1997; 21: 130-5.
10. McClave SA, Greene LM, Snider HL, et al. Comparison of the safety of early enteral versus parenteral nutrition in mild acute pancreatitis. *JPEN* 1997; 21: 14-20.
11. Kalfarentzos F, Kehagias J, Mead N, Kokkinis K, Gogos CA. Enteral nutrition is superior to parenteral nutrition in severe acute pancreatitis: results of randomized prospective trial. *Br J Surg* 1997; 84: 1665-9.
12. Windsor ACJ, Kanwar S, Li AGK, et al. Compared with parenteral nutrition, enteral feeding attenuates the acute phase response and improves disease severity in acute pancreatitis. *Gut* 1998; 42: 431-5.
13. Powell JJ, Murchison JT, Fearon KCH, Ross JA, Siriwardena AK. Randomized controlled trial of the effect of early enteral nutrition on markers of the inflammatory response in predicted severe acute pancreatitis. *Br J Surg* 2000; 87: 1375-81.

14. Olah A, Pardavi G, Belagyi T, Issekutz A, Mohamed GE: Early nasojejunal feeding in acute pancreatitis is associated with a lower complication rate. *Nutrition* 2002; 18 (3) : 259-62.
15. Eckerwall G, Anderson R. Early enteral nutrition in severe acute pancreatitis. *Scand J Gastroenterol* 2001; 5449-57.
16. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference. Definition for sepsis and multiple organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Crit Care Med* 1992; 20: 864-74.
17. Bradley EL III: Necrotizing pancreatitis. *Br J Surg* 1999; 99: 147-8.
18. Larvin M. Assessment of clinical severity and prognosis. In Beger HG, Warshaw AL, Büchler MV Eds; *The Pancreas*. Blackwell, London 1998 : 489-99.
19. Bradley EL III. A clinically based classification system for acute pancreatitis. *Arch Surg* 1993; 128: 586-90.
20. Balthazar EJ, Freeny PC, van Sonnenberg E. Imaging and intervention in acute pancreatitis. *Radiology* 1994; 193: 297-306.
21. Zaloga GP, Roberts PR. Bedside placement of enteral feeding tubes in the intensive care unit. *Crit Care Med* 1998, 26: 987-8.
22. Kudsk KA, Campbell SM, O'Brien T, Fuller R. Postoperative jejunal feedings following complicated pancreatitis. *Nutrition in Clinical Practice* 1990; 5: 14-7.
23. Pupelis G, Astroms E, Jansone A, Sprucs R, Wehbi H. Randomised trial of safety and efficacy of postoperative enteral nutrition in patients with severe pancreatitis: preliminary report. *Eur J Surg* 2000; 166: 383-8.