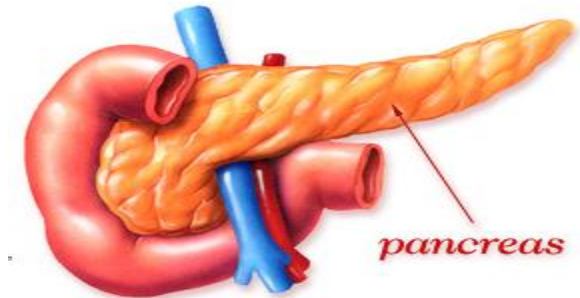
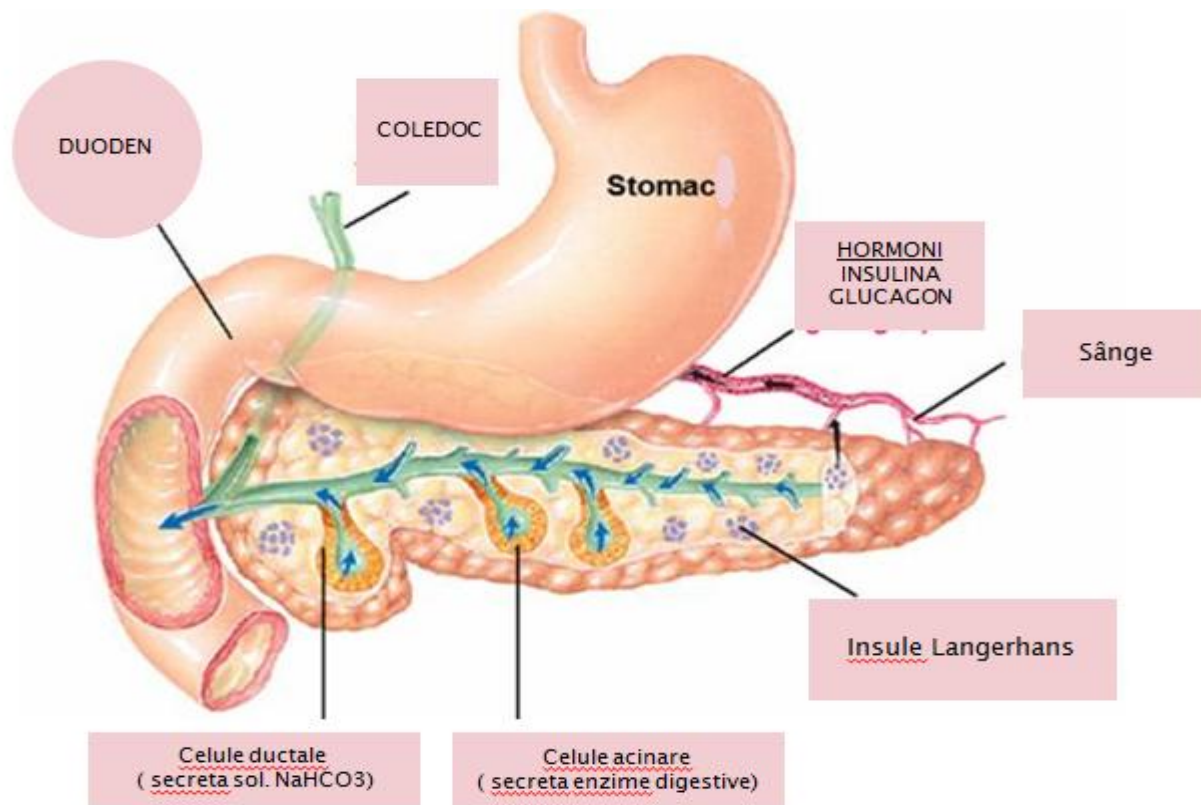


SEMIOLOGIA PANCREASULUI





SEMIOLOGIA PANCREASULUI


ANAMNEZĂ

SIMPTOMATOLOGIE

EXAMEN OBIECTIV

EXPLORĂRI PARACLINICE FUNCȚIONALE ȘI IMAGISTICE

PATOLOGIA PANCREASULUI :
PANCREATITA ACUTĂ
PANCREATITA CRONICĂ
CANCERUL DE PANCREAS



ANAMNEZĂ

- ▶ Tineri – mucoviscidoza (PC)
 - parotidita epidemică (PA)
- ▶ Femei – PA de origine biliară
- ▶ Bărbați – PA etanolică
- ▶ APP – litiaza biliară
 - hipertrigliceridemia
 - hiperparatiroidismul
 - interv. chir. recente (rezecții gastrice, splenectomie)
 - post ERCP
 - traumatisme abdominale recente (lovitura de ghidon)

ANAMNEZĂ

▶ CVM

- consum de grăsimi, abuz de alcool
- intoxicații cu Pb, Hg

SIMPTOMATOLOGIE

► SINDROM DISPEPTIC PANCREATIC

anorexie (față de pâine, grăsimi si carne)

greață, vărsături alimentare, bilioase,

diaree cu scaune abundente, păstoase sau lichide, galbene-albicioase, steatoree; cu resturi alimentare nedigerate

meteorism, flatulență, sughiț

SIMPTOMATOLOGIE

► DUREREA PANCREATICĂ

postprandială, după consum de grăsimi sau alcool

sediu: epigastriu și peri-ombilical

cu iradiere “în bară transversală” (spre hipocondrii și regiunile lombare) sau posterioară (spre coloana vertebrală dorsală și regiunea interscapulo-vertebrală)

intensitate :moderată (pancreatita cronică) sau foarte violentă: “marea dramă abdominală” (pancreatita acută)



EXAMEN OBIECTIV

► INSPECȚIE

- obezitate în PA, emaciere în PC
- icter obstructiv în PC și CP
- paloare în CP
- abdomen destins de volum, care participă superficial la mișcările respiratorii (în pancreatita acută),
- bombare în epigastru – pseudochist pancreatic, CP



semnul Gray-Turner
(echimoze periombilicale)

semnul Cullen
(echimoze la nivelul flancurilor)

EXAMEN OBIECTIV

▶ AUSCULTAȚIA

silențium abdominal (ileus paralytic)

▶ PERCUȚIA

meteorism abdominal

matitate deplasabilă pe flancuri (ascită)

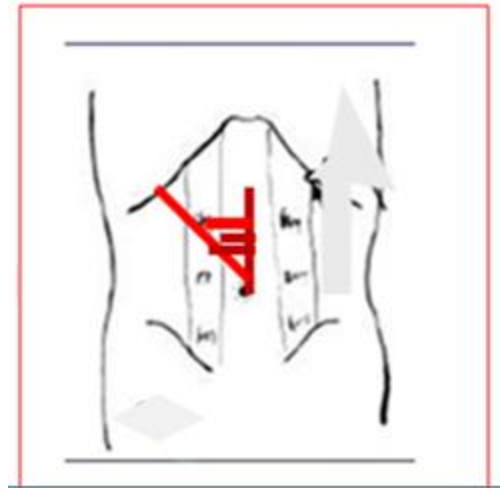
EXAMEN OBIECTIV

► PALPARE

Superficială - hiperestezie cutanată în epigastru, hipocondrul stâng și la baza hemitoracelui stâng, până la vertebrele T11-T12.

ușoară apărare musculară epigastrică (poate fi învinsă prin palpate profundă)

zona pancreatico-duodenală sensibilă,



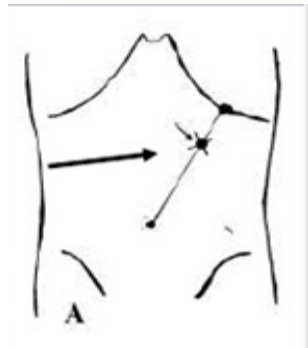
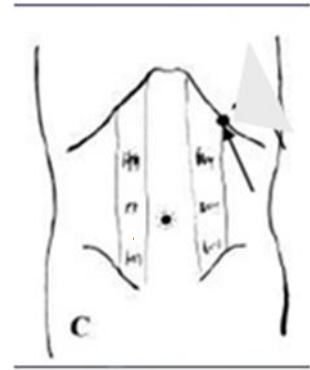
EXAMEN OBIECTIV

PALPARE

Profundă

manevra **Grott** bolnavul în decubit dorsal, cu gambele flectate și pumnii sub regiunea lombară. Se apasă la marginea externă a mușchiului drept abdominal stâng, sub rebordul costal stâng, împingând astfel pancreasul spre coloana vertebrală.

manevra **Mallet-Guy** bolnav în decubit lateral drept, cu coapsele semiflectate. Se pătrunde cu vârful degetelor la marginea externă a dreptului abdominal, la 3-4 cm sub rebordul costal stâng. Se comprimă astfel coada pancreasului.



EXPLORĂRI PARACLINICE FUNCȚIONALE

► Amilaza serică – semnificație numai în PA

Crește în 24 de ore de la debutul durerii ($3-4 \times VN$) și scade în 3-4 zile

amilazemia valori normale: $< 2000 \text{ UI}$; $< 16 \text{ UW}$ (**Wohlgemuth**)

Amilaza urinară

amilazuria /24 ore: valori normale: $< 8000 \text{ UI}$; $< 32 \text{ UW}$

► Lipaza

Specificitate și sensibilitate crescută,

Scade în 7-14 zile

► Tripsinogen urinar (test rapid)

► Elastaza pancreatică în materiile fecale (PC)

EXPLORĂRI PARACLINICE FUNCȚIONALE

► **proba de digestie a grăsimilor:**

- se administrează timp de 3 zile regim cu 100 g lipide zilnic
- se colectează materiile fecale și se determină conținutul lor în grăsimi (normal < 6 g/zi)

În insuficiența pancreatică exocrină: scaune abundente, de consistență moale, cu resturi alimentare nedigerate (lenterie), de culoare deschisă, cu picături de grăsime la suprafață și miros rânțed - steatoree (grăsimi fecale >6 g/zi)

EXPLORĂRI PARACLINICE FUNCȚIONALE

► **testul respirației (breath test):**

- după ingestia orală de acid gras (oleic) și de trioleină marcate cu C-14,
- se determină concentrația de CO₂ * în aerul expirat.

EXPLORĂRI PARACLINICE FUNCȚIONALE

► FUNCȚIA ENDOCRINĂ

- Dozare insulinemie, glucagon seric
- Glicemie a jeun

VN= 70–110mg%

$\geq 126\text{mg\%} = \text{DZ}$

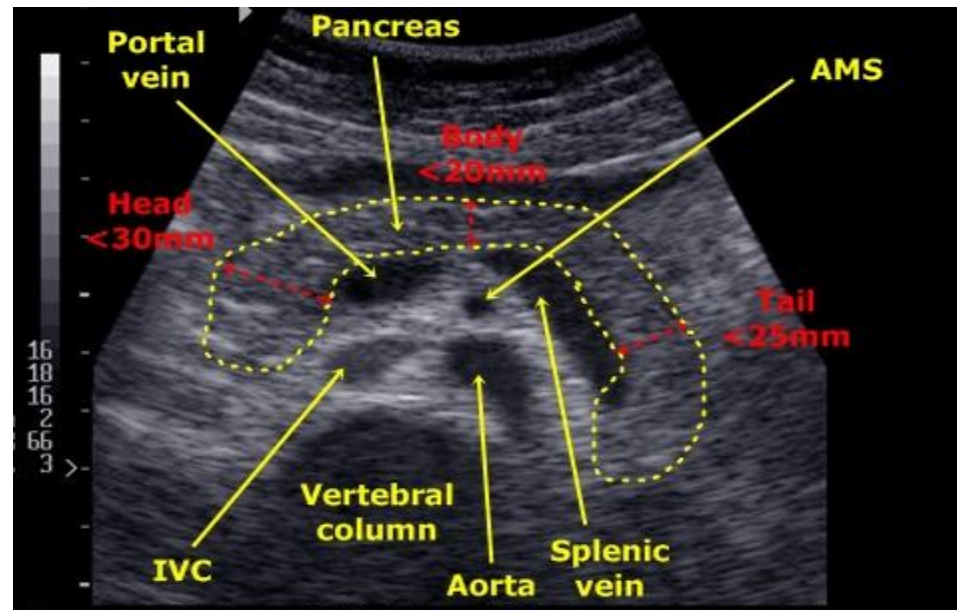
Efectuare TTGO 75 g glucoză pulvis po și se determină glicemia după 2 ore

- o Normală: $< 140 \text{ mg\%}$
- o Scăderea toleranței la glucoză : 140-200 mg%
- o Diabet zaharat: $\geq 200 \text{ mg\%}$

EXPLORĂRI IMAGISTICE

► ECOGRAFIA ABDOMINALĂ

- edem, necroza pancreatică
- colecții peripancreatice, pseudochiste pancreatice
- calcificări pancreatice
- tumori pancreatice
- evaluarea prezentei dilatarilor de cai biliare intrahepatice, a litiazei biliare





calcificări pancreatice



edem pancreatic



tumoră pancreatică

EXPLORĂRI IMAGISTICE

► RADIOGRAFIE ABDOMINALĂ PE GOL

- calcificări pancreatice
- ansa santinelă
- ileus dinamic
- semnul colonului amputat



Calcificări pancreatice

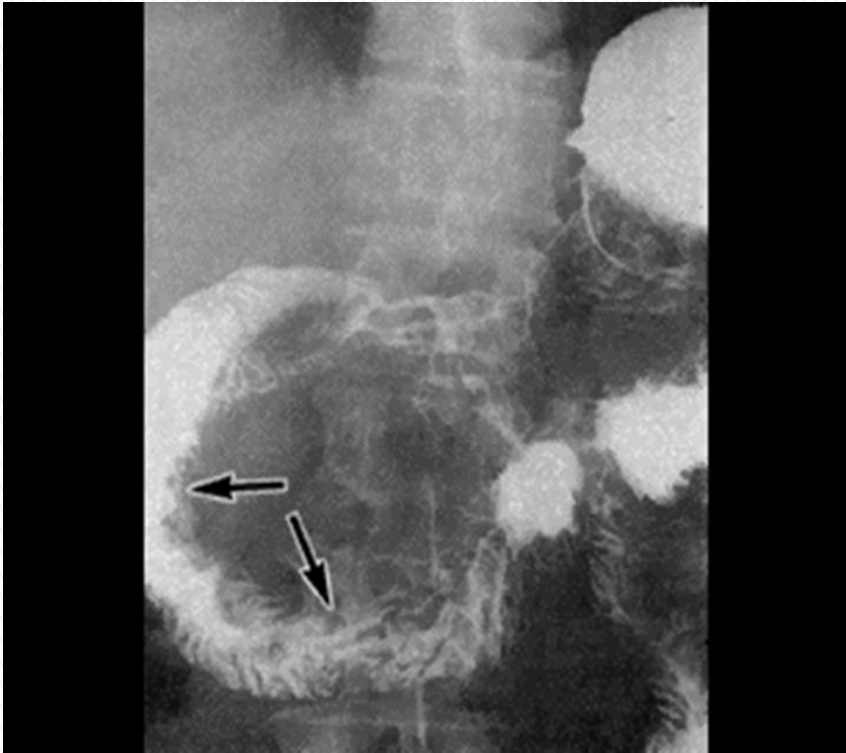


ansa santinelă



► semnul colonului amputat

EXPLORĂRI IMAGISTICE



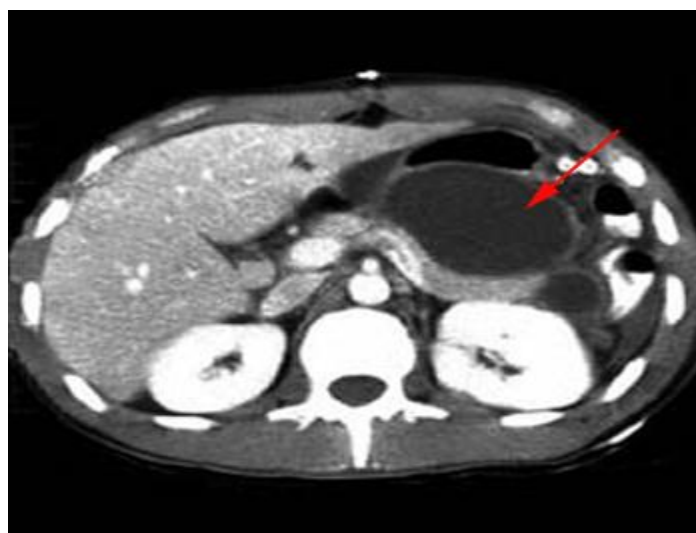
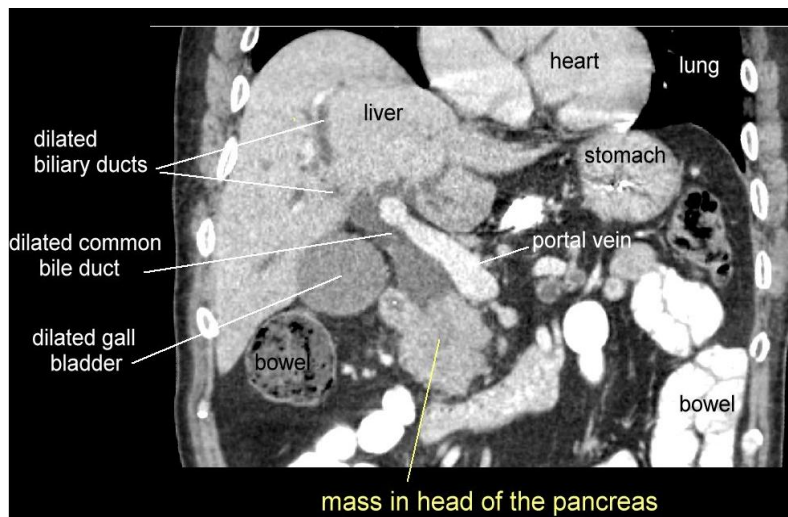
Ba pasaj

Lărgirea cadrului duodenal, în
neo de cap de pancreas

EXPLORĂRI IMAGISTICE

► Tomografia computerizata (CT) cu SDC

- reprezinta metoda cea mai utila in diagnosticul imagistic al pancreasului
- indicata in situatiile cand pancreasul nu este evaluabil ecografic sau in formele severe de PA-persistenta , cu semne de sepsa sau alterarea starii generale
- permite evidentierea ariilor de necroza, a pseudochistelor sau a tumorilor pancreatice , a colecțiilor lichidiene



EXPLORĂRI IMAGISTICE

► PANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICĂ RETROGRADĂ

- metoda de elecție pentru extracția calculilor coledocieni, pentru plasarea de stent pe CBP în caz de obstrucție intrinsecă sau extrinsecă

Indicații:

- pacienții cu litiaza coledociana, complicată cu PA,
- în cazul prezentei icterului obstructiv sau a angiolitei

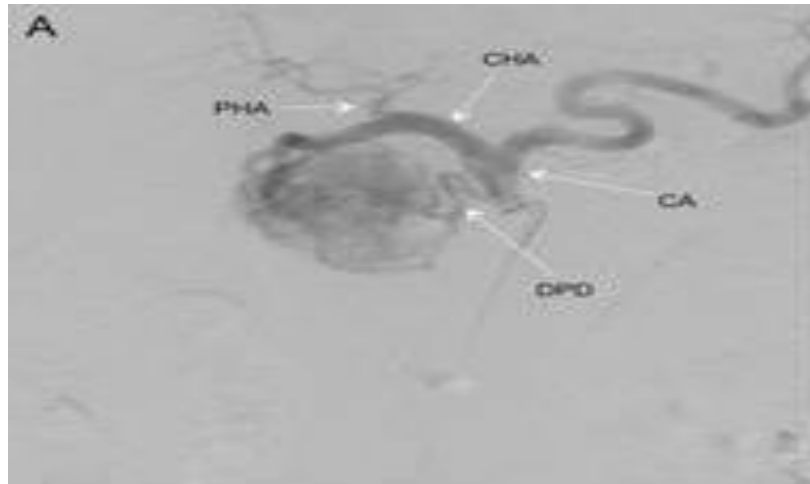
EXPLORĂRI IMAGISTICE

► ARTERIOGRAFIA SELECTIVĂ PANCREATICĂ

În PA – pseudoanevrisme

- hemoragie masivă în loja pancreatică

În neoplasmul pancreatic (hipervascularizația zonei neoplazice)



EXPLORĂRI IMAGISTICE

► REZONANȚA MAGNETICĂ NUCLEARĂ

- indicații asemănătoare CT
- se obține un contrast mai bun și se pot vizualiza leziunile foarte mici, milimetrice, structurile vasculare fine

PANCREATITA ACUTĂ

inflamație acută a pancreasului exocrin produs de activarea intrapancreatică a enzimelor care determină autodigestia glandei , determinând edem, necroză, hemoragie

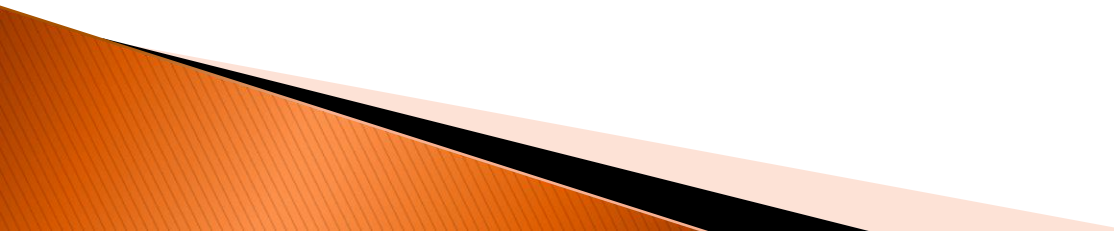
INCIDENȚĂ

3 / 100.000 < 15 ani

270 / 100.000 15 – 45 ani

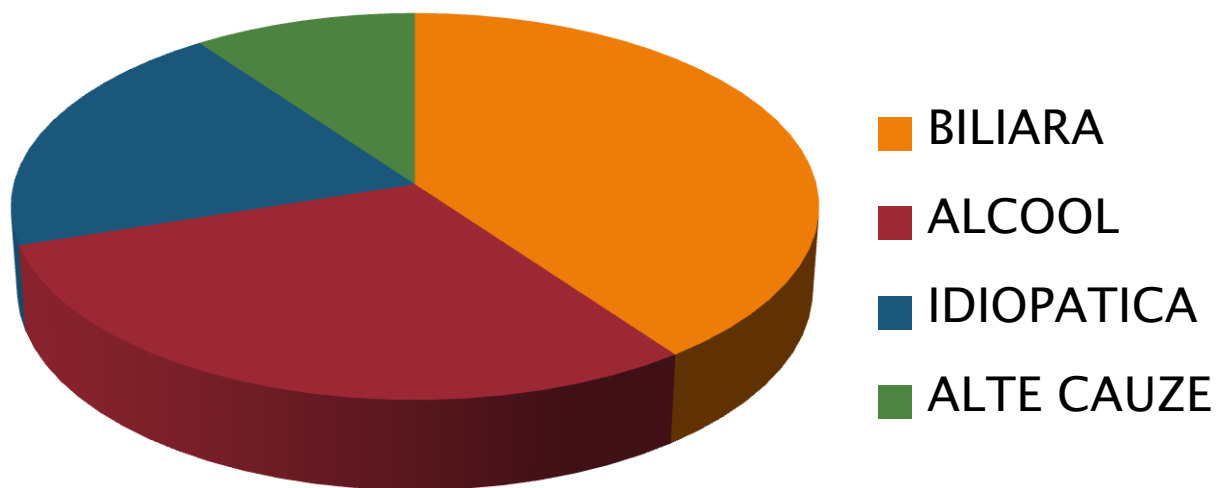
540 / 100.000 > 45 ani

F/B= 1/1



PANCREATITA ACUTĂ

▶ ETIOLOGIE



PANCREATITA ACUTĂ

► Alte cauze

- mecanice (obstr. CBP, tumori duodenale, ERCP)
- virus urlian, mononucleoza, v. Echo
- medicamente (corticoizi, tiazide, sulfonamide, estrogeni, citostatice)
- hipertrigliceridemii
- Hipercalcemii
- vasculare – aterom, LES, PAN

PANCREATITA ACUTĂ

► CLASIFICARE

EDEMATOS– INTERSTIȚIALĂ

Edem, inflamație

NECROTICO–HEMORAGICĂ se evidențiază necroza parenchimului glandular, cu hemoragii ale vaselor pancreatice și apariția citosteatonecrozei.

SUPURATIVĂ

flegmon peripancreatic / abces pancreatic

PSEUDOCISTICĂ

PANCREATITA ACUTĂ

▶ SIMPTOMATOLOGIE

▶ Durerea

- este brutală, de intensitate mare, violentă, uneori sincopală, continuă, rezistentă la antialgicele obișnuite, determină uneori poziții antalgice.
- poate fi declanșată de abuz alimentar (grăsimi, alcool), colică biliară
- intensă de la început, se prelungește și crește progresiv în intensitate.
- sediul durerii este în etajul abdominal superior în epigastru, iradiind în bară spre hipocondrul stâng, dorsal spre coloana vertebrală, anterior și superior în regiunea precordială și hemitoracele stâng, distal în fosa iliacă dreaptă sau hipocondrul drept.

PANCREATITA ACUTĂ

► Greața și vărsăturile

- însoțesc frecvent durerea.

-vărsăturile sunt precoce, persistente, abundente, inițial alimentare apoi bilioase, se opresc prin instalarea sondei de aspirație nazo – gastrică.

► Meteorism abdominal

► Ileus dinamic

PANCREATITA ACUTĂ

► HipoTA, șoc

bolnav confuz, agitat, transpirat, cu hipotensiune și tahicardie
temperatura corpului este normală sau ușor crescută, febra se accentuează în stadiile avansate ale bolii,

Detresă respiratorie

Diareea și hemoragia digestivă, oligoanuria sunt semne de gravitate

PANCREATITA ACUTĂ

► EXAMEN OBIECTIV

Inspecție

abdomen destins, participă superficial la mișcările respiratorii
echimoze ombilicale (*Cullen*) sau pe flancuri (*Gray-Turner*):
semn de agresiune enzimatică (apar după 5-7 zile)

Auscultație: silențium abdominal (ileus paralytic)

Percuție:

timpanism (meteorism)

posibil lichid de ascită (matitate declivă deplasabilă pe
flancuri, în decubit lateral)

PANCREATITA ACUTĂ

► EXAMEN OBIECTIV

Palpare:

hiperestezie cutanată în epigastru, hipocondrul stâng și la baza hemitoracelui stâng,

abdomen difuz dureros la palpare, dar cu sensibilitate maximă în epigastru
durere la nivelul unghiului costo vertebral stâng (semnul Mayo- Robson)

zona pancreatico-duodenală sensibilă,
manevrele *Grott* și *Mallet-Guy* pozitive

PANCREATITA ACUTĂ

► PARACLINIC

Dozarea amilazelor serice și urinare

Hiperamilazemia și hiperamilazuria în 90% din cazurile de pancreatită acută. Amilazemia crește în primele 24 de ore de la debut la valori de 3–4 ori peste valorile normale, revenind la normal în 5–7 zile. Amilazuria crește paralel cu amilazemia.

Lipaza

crește la valori de 20–30 ori față de normal.

Creșterile amilazelor și lipazei în lichidul peritoneal au o specificitate mai mare față de creșterea lor serică.

Tripsina – valori crescute –nu are sursă extrapancreatică,

Elastaza 1 are o sensibilitate mare în pancreatita acută,

PANCREATITA ACUTĂ

VSH ↑ , PCR ↑ , leucocitoza moderată ,

Hiperglicemia este pasageră se normalizează în câteva zile,
persistența ei semnifică necroză pancreatică

Calcemia este normală inițial dar poate să scadă după 3–4 zile , hipocalcemia persistentă fiind un factor de prognostic negativ

Ionograma sanguină și modificările echilibrului acido – bazic reflectă pierderile hidroelectrolitice și dereglările metabolice din pancreatita acută (hipopotasemie, hiponatremie, hipocloremie).

Sd. icteric moderat:

de tip colestatic : calcul sau edem al capului pancreatic.

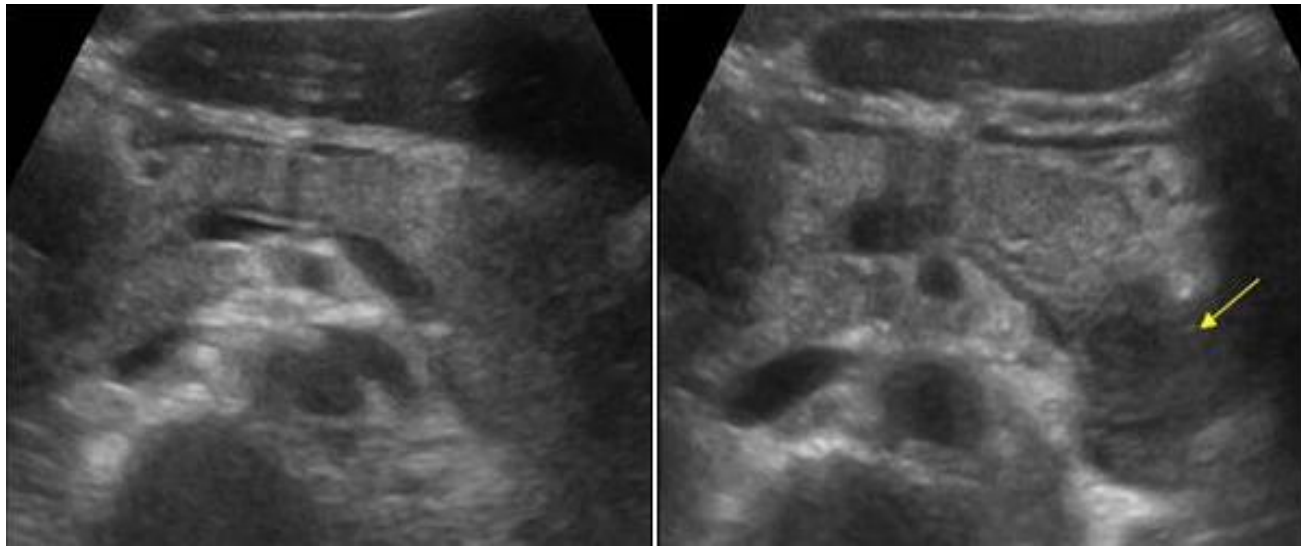
de tip hemolitic: prin rezorbția hematomului retroperitoneal

de tip hepatocelular: prin agresiune hepatocitară enzimatică

PANCREATITA ACUTĂ

► Ecografia abdominală

mărirea de volum a pancreasului cel mai frecvent difuz cu hipoecogenitatea parenchimului, dilatarea Wirsungului, zone cu ecogenitate crescută (focare hemoragice, necrotice), modificări ale zonei peripancreatice afectate de edem, infiltrate inflamatorii, hemoragii.



PANCREATITA ACUTĂ

- ▶ **Radiografia abdominală pe gol**

ileus duodenal, ansă intestinală destinsă în vecinătatea lojei pancreatice (ansa santinelă),

- ▶ **Radiografia toracică**

colecții pleurale, mai frecvent pe stânga, ridicarea diafragmului cu atelectazie, infiltrate pulmonare alveolare bilateral (edem pulmonar) în formele grave.

- ▶ **Tomografia computerizată**

acuratețe mare în evaluarea aspectului morfologic din pancreatita acută.

- ▶ **Angiografia selectivă**

pentru decelarea complicațiilor vasculare

PANCREATITA ACUTĂ

► COMPLICAȚII LOCALE

Sechestrul pancreatic -

delimitarea necrozelor glandulare și retroperitoneale în a doua săptămână de boală.

Pseudochistul pancreatic -

colecție intra - peripancreatică lipsită de perete propriu, ce comunică cu sistemul ductal și care conține suc pancreatic, detritusuri, sânge,

apar la câteva săptămâni sau luni de la debutul bolii.

se localizează cel mai frecvent la nivelul capului sau corpului pancreatic și se pot însoți de icter și dureri abdominale intense, iar în cazul unor formațiuni de dimensiuni crescute se pot palpa în epigastriu sub formă unor mase tumorale de consistență elastică.

Pot regresa spontan în circa 2 săptămâni sau pot evolua spre complicații - ruptură, hemoragie, abcedare.

Abcesul pancreatic

colecții purulente închistate situate intraglandular, peripancreatic, retroperitoneal, unice sau multiple, ce apar la aproximativ 2 săptămâni de la debutul pancreatitei la un pacient cu evoluție satisfăcătoare și se însoțesc de febră, leucocitoză și ileus dinamic

Fistulele pancreatice

rezultă prin deschiderea unui focar de necroză pancreatică sau peripancreatică într-un organ cavităar.

PANCREATITA ACUTĂ

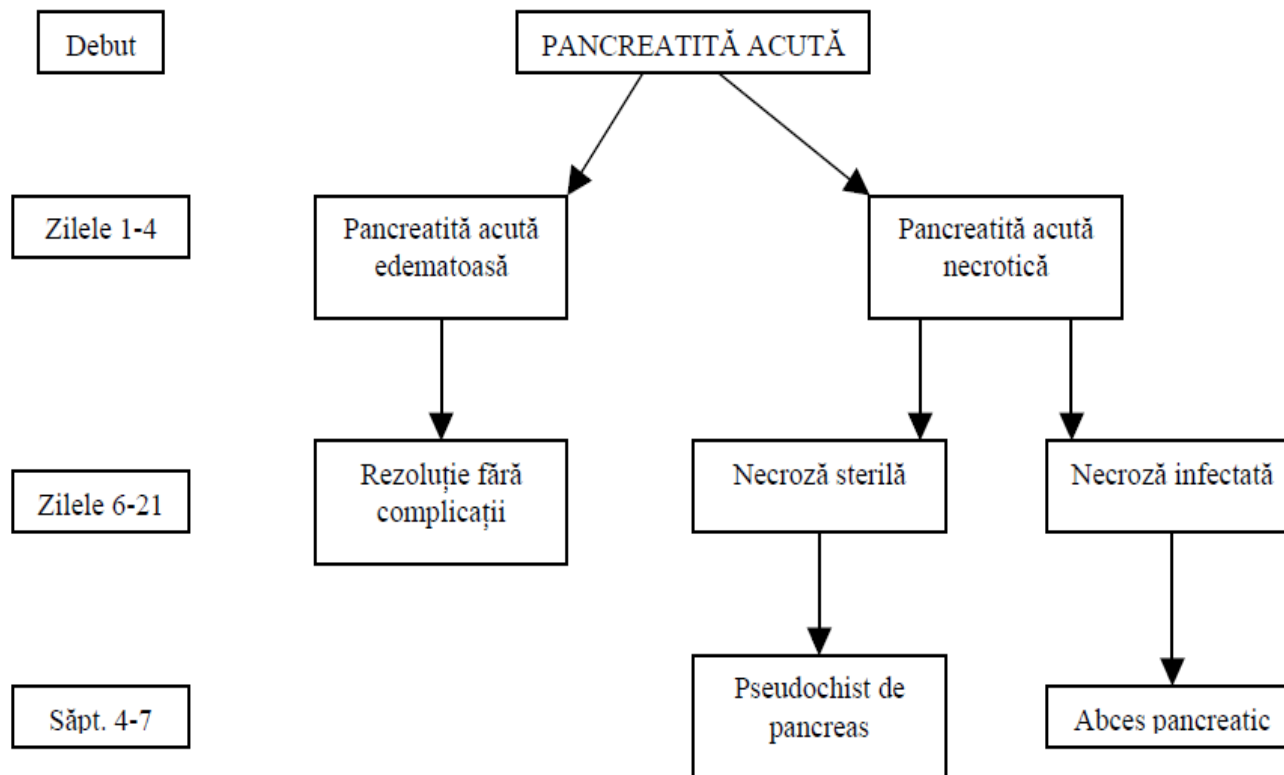


Fig. 1: Evoluția temporală a pancreatitei acute (Berger, 1997)

PANCREATITA ACUTĂ

► COMPLICAȚII SISTEMICE

Hemoragii

- intraabdominale, ce se localizează la nivelul lojei pancreatice
- hemoragii digestive recidivante, apar frecvent la debutul bolii.

Complicații digestive

necrozele și perforațiile digestive , pot interesa toate segmentele tubului digestiv, prin tulburări circulatorii, intestinul fiind cel mai frecvent afectat. ocluziile sunt înalte, localizate la nivelul duodenului, la nivelul unghiului duodeno –jejunal.

Complicații cardiovasculare

pericardită exudativă
tromboze arteriale
tromboză de venă portă.

PANCREATITA ACUTĂ

Complicații respiratorii

atelectazie pulmonară, cu hipoxemie,
pleurezie

Sindromul Detresei Respiratorii Acute.

Complicații neurologice

encefalopatia pancreatică ce se caracterizează prin dezorientare
temporospațială, confuzie, agitație psihomotorie.

Complicații renale

insuficiență renală acută funcțională, apărută secundar stării de șoc
insuficiență renală acută organică prin necroză tubulară.

Tratament

1.Terapia suportivă:

- reechilibrarea hidroelectrolitică corespunzătoare
- menținerea diurezei $> 0,5 \text{ ml/kgc}$
- suplimentarea cu oxigen (cu menținerea $\text{SaO}_2 > 95\%$)
- sondă nazogastrică numai în caz de vărsături incoercibile

2. Reducerea secreției pancreatice: prin repausul digestiv. Realimentarea pacienților este posibilă după 48 h de la încetarea durerii

- formele severe de PA: suportul nutrițional prin sondă enterală iar în caz de ileus paralytic - nutriția parenterală.

3. Ameliorarea durerii

4.Prevenirea apariției complicațiilor.

Nu există terapii specifice în PA de tip antiproteaze sau antisecretorii (octreotid).

Administrarea de antibiotic **NU** se face în scop profilactic.

Pancreatita acută biliară și tratamentul litiazei biliare:

Sfincterotomia endoscopică

Se indică efectuarea ERCP terapeutic de urgență:

- la pacienții la care se suspicionează etiologia **biliară** a PA, **formă severă**

- în caz de **angiocolită, icter, sau dilatări de căi biliare.**

ERCP se va efectua până în maxim **72 de ore de la debutul durerii.**

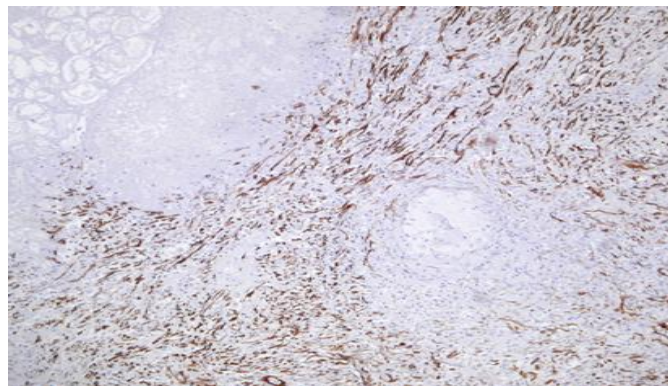
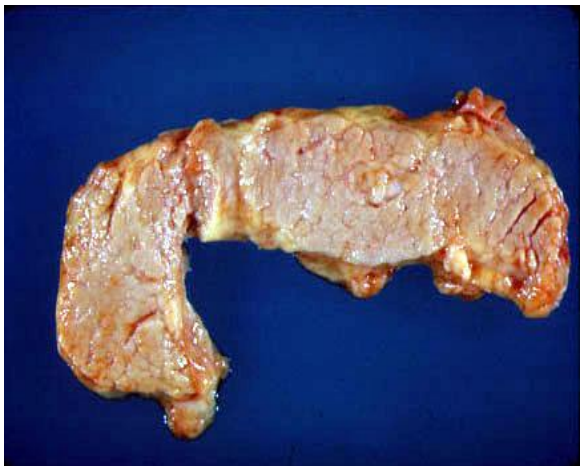
Indiferent de evidențierea sau nu la ERCP a calculilor în calea biliară principală la toți pacienții cu PA biliară formă severă se va efectua sfincterotomie endoscopică.

Pacienții cu angiocolită necesită sfincterotomie endoscopică sau drenaj biliar prin montarea de stent pentru asigurarea unui flux biliar corespunzător.

Colecistectomia se efectuează după stingerea procesului pancreatitic, în cursul aceleiași spitalizări a pacientului sau nu mai târziu de 3 săptămâni.

PANCREATITA CRONICĂ

- ▶ INFLAMAȚIE CRONICĂ A PANCREASULUI, CU NECROZĂ ȘI FIBROZĂ, CARE ARE CA REZULTAT DISTRUCȚIA PERMANENTĂ SI IREVERSIBILĂ A GLANDEI, CU INSUFICIENȚĂ PANCREATICĂ EXOCRINĂ SI ENDOCRINĂ.
- ▶ ESTE UN PROCES MORFOLOGIC IREVERSIBIL



Arii de necroză inconjurate de miofibroblaști

PANCREATITA CRONICĂ

► CLASIFICARE ETIOLOGICĂ

TOXICO-METABOLICĂ

Alcool (70–80%)

Fumat

Hiperlipidemie

Insuficiență renală cronică

RECURENTĂ ACUTĂ ȘI SEVERĂ

post PA severă/ PA recidivantă

afecțiuni vasculare ischemice

Afectare prin radiație

OBSTRUCTIVĂ

Pancreas divisum

Afectarea sfincterului Oddi

Obstrucție de Wirsung

GENETICĂ

AUTOIMUNĂ

IDIOPATICĂ

► **Forme clinice:**

PC cu durere (intermitentă sau continuă)

PC asimptomatică

► **Forme anatomopatologice:**

PC obstructivă – cu dilatare importantă de duct Wirsung

PC calcifiantă – predomină calcificările din parenchim

PC mixtă – cu calcificări și dilatări ductale

PANCREATITA CRONICĂ

► CLINIC

DURERE

- Caracter continuu, apăsător, de arsură profundă, cu intensificare episodică
- Localizată în epigastriu, hipocondrii, periombilical, cu iradiere în centură sau semicentură în spate, coloana vertebrală, unghiul costo-vertebral stâng, care se poate extinde în regiunea lombară bilateral
- Debut și accentuare postprandială, la 2–3 ore postalimentar, fiind ritmată de alimentație. Pe acest fond pot apărea colici pancreatice
- Nu este calmată de alcaline

SINDROM DISPEPTIC

Greață, vomă (care u calmează durerea)

Meteorism abdominal

Inapetență– sitofobie

Pirozis

Repulsie față de alimentele grase

PANCREATITA CRONICĂ

► CLINIC

DIAREEA PANCREATOGENĂ

- are un debut tardiv, cu scaune voluminoase, cu steatoree, creatoree

TULBURĂRI NEURO-PSIHICE

- depresie, anxietate

PANCREATITA CRONICĂ

▶ EXAMEN OBIECTIV

- ▶ Deficit ponderal
- ▶ Tegumente icterice – icter colestatic, verdin
- ▶ Edeme declive hipoproteice
- ▶ Atrofii musculare

Cavitatea bucală – limbă saburală, uscată, cu atrofia papilelor linguale, cheilită, stomatită

Abdomen– abdomen escavat, atrofia țesutului adipos în epigastru

– sensibilitate la palpare în epigastru sau zona pancreatico–duodenală

- manevre specifice: Grott și Mallet–Guy
- meteorism abdominal
- ascită (hipertensiune portală)

PANCREATITA CRONICĂ

PARACLINIC – FUNCȚIA ENDOCRINĂ

- insulina, glucagon, somatostatina
- glicemie, glicozurie, TTGO, Hb glicozilată

► PARACLINIC – FUNCȚIA EXOCRINĂ

- Breath-test
- proba de digestie a grăsimilor
- **Testul elastazei 1 fecale** — test funcțional pancreatic modern pune în evidență insuficiența pancreatică precocă — cel mai simplu de folosit în practică.

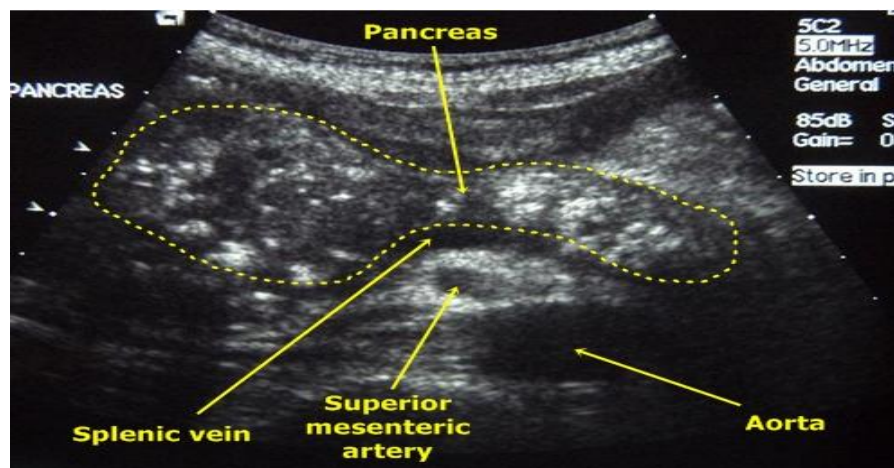
PANCREATITA CRONICĂ

- ▶ **Testul Lundth** — dozarea enzimelor pancreatice în suc pancreatic obținut prin tubaj duodenal (lipaza, tripsina și amilaza), după stimulare alimentară
- ▶ **Testul cu secretină** — stimularea secreției pancreatice cu secretină, sau secretină-ceruleină
 - la N ↑↑ volumul secretor și secreția de bicarbonat în PC, ambele sunt scăzute
- ▶ **Testul PABA** — administrarea unui polipeptid atașat la PABA (acid paraaminobenzoic). Sub influența chemotripsinei peptidul se desface de PABA, care se resoarbe și se elimină prin urină
scăderea eliminării PABA → semn indirect de suferință pancreatică
- ▶ **Testul pancreolauril** — substrat lipidic, marcat cu fluoresceină sub efectul esterazelor pancreatice, fluoresceina e desfăcută și se elimină urinar unde poate fi dozată

PANCREATITA CRONICĂ

► ECOGRAFIA ABDOMINALĂ

pancreas cu structură neomogenă, calcificări pancreatice, litiaza biliară

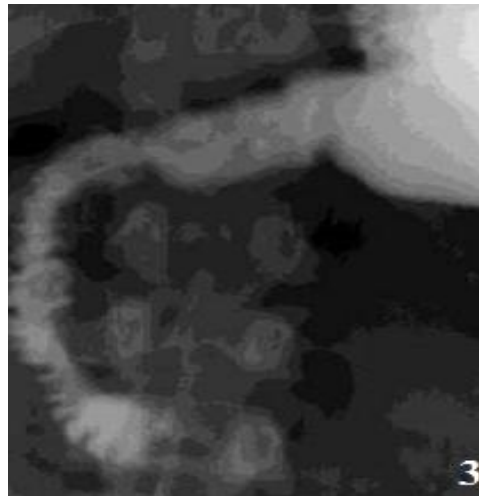


► RADIOGRAFIA ABDOMINALĂ SIMPLĂ

calcificări pancreatice

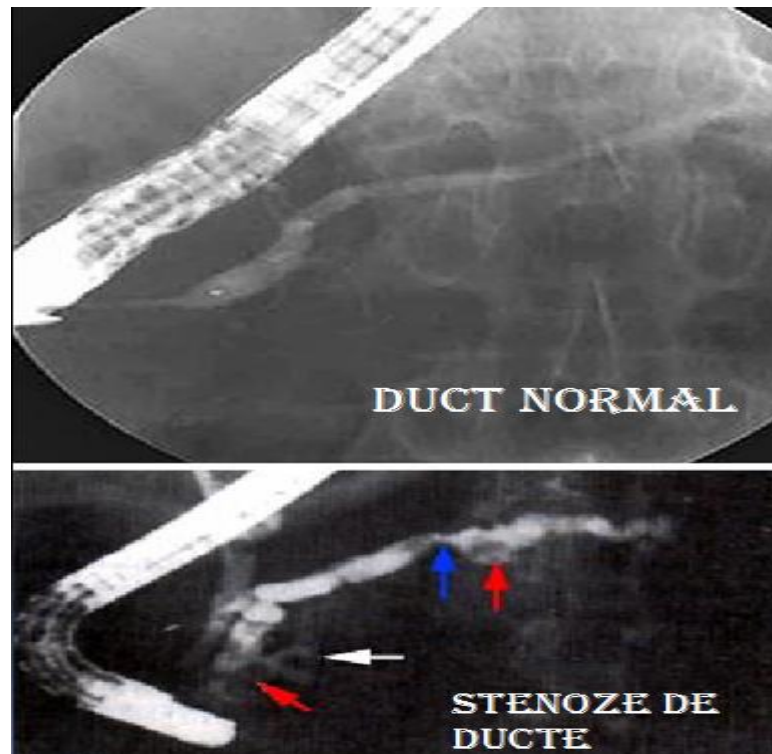
PANCREATITA CRONICĂ

- ▶ Examen baritat gastro-duodenal



PANCREATITA CRONICĂ

- Pancreatografia endoscopică retrogradă



PANCREATITA CRONICĂ

► ECOENDOSCOPIE (EUS) / cu subst. de contrast (CEEUS)

Evidențiază foarte bine modificările parenchimotoase și ductale
Utilă în suspiciune de neoplasm de pancreas

► CT

Metoda neinvazivă cea mai sensibilă pentru dg. calcificărilor pancreatice în absența tumorilor

De elecție pentru evaluarea complicațiilor sau în caz de suspiciune de neoplasm de pancreas

PANCREATITA CRONICĂ

► COMPLICAȚII

pseudochiste pancreatice:

apar după 3-4 săptămâni după un episod de pancreatită

se palpează ca niște formațiuni tumorale elastice

risc de infectare (abcese pancreatice) sau de hemoragii

Ascită (bogată în amilaze, nu foarte abundentă)

Icter colestatic– Ciroză biliară secundară

Tromboză de venă splenică sau portă – hipertensiune portală
(prin inflamația de vecinătate)

Malnutriție

Diabet zaharat

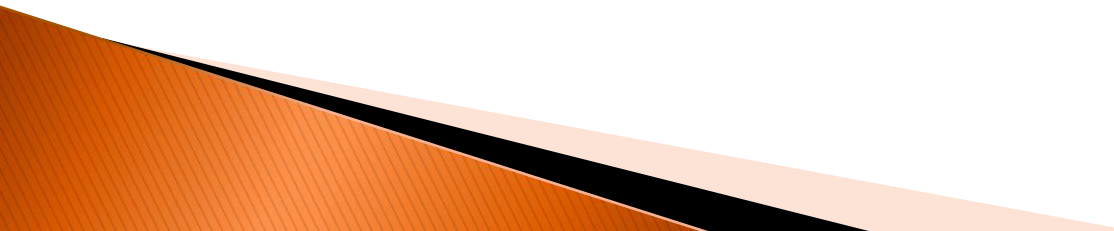
CANCERUL PANCREATIC

90% adenocarcinom ductal

70% cc de cap de pancreas, 20% cc de corp de pancreas, 10% cc de coadă de pancreas

80% pacienți > 60ani, din mediul urban

Factori de risc

- fumatul (↑ risc de 2,5 x)
 - abuz de alcool, cafea
 - pancreatita cronică
 - cancer de colon nepolipozic
 - litiaza biliară, diabet zaharat
 - carcinogeni industriali
- 

CANCERUL PANCREATIC

► SIMPTOMATOLOGIE

► DUREREA

- localizată mai frecvent epigastric sau în hipocondrul stâng, cu iradiere posterioară. Se ameliorează în clinostatism și în poziție de flexie, devine progresiv mai intensă, continuă și rezistentă la analgeticele uzuale.
- Cea mai intensă este în cc de corp de pancreas
- Precedată de icter în cc de cap de pancreas
- În cc de coadă de pancreas – localizată în hipocodru stâng, cu iradiere în umărul stg

► ICTER

apare la 50% din pacienți, datorită invaziei CBP. Este permanent, progresiv, acompaniat de prurit, nedureros .

CANCERUL PANCREATIC

SIMPTOMATOLOGIE

► scăderea ponderala

este impresionantă, datorată inapetenței, malabsorbției și în stadiile avansate prin obstrucție duodenală

► depresia

apare la 75% din pacienti

► diabetul zaharat

este prezent la 15% și în peste 50% din cazuri are debut recent

► pancreatita acută

apare la 15% din pacienți și uneori constituie semnul de debut al bolii

CANCERUL PANCREATIC

► MANIFESTĂRI PARANEOPLAZICE

- tromboflebite migratorii (semnul Trousseau)
- poliartrită

CANCERUL PANCREATIC

► OBIECTIV

- denutriție
- icter colestatic cu prurit
- adenopatii nedureroase
- tumoră epigastică palpabilă, ascită – în stadiile tardive
- hepatomegalie
- semnul Courvoisier– Terrier – la 50% din pacienții cu icter

CANCERUL PANCREATIC

EVALUĂRI PARACLINICE

▶ Ecografia abdominală

Poate evidenția tumora, dilatarea de CB, modif. de canal Wirsung, metastaze, tromboze de VCI, VP, splenică

▶ CT de elecție în dg. cc pancreatic. Nu decelează tumori < 2cm

▶ ERCP - de elecție pentru pacienții cu icter

▶ Ecografia endoscopică poate decela tumori < 1cm

▶ Angiografia selectivă – oferă date despre invazia vasculară, tromboza venei splenice

▶ Markerii tumorali

sunt substante secretate de tesuturile canceroase. Nu toate celulele canceroase secretă markeri tumorali, chiar daca este acelasi tip de cancer. Nu pun diagnosticul de cancer Au numai un rol orientativ

CA 19-9, CA 125, AFP, CEA

CC pancreatic poate fi suspiciionat când

Pacient > 50 ani, în următoarele situații

- Debut recent, inexplicabil cu dureri epigastrice sau toraco-lombare sugerând origine retroperitoneală, cu investigații paraclinice negative
- Icter obstructiv extrahepatic
- Scădere ponderală inexplicabilă > 10%
- pancreatită acută fără etiologie evidentă
- DZ cu debut recent, fără antecedente familiale, obezitate sau consum de steroizi

CANCERUL PANCREATIC

COMPLICAȚII

H.D.S

Colangita

Ciroza biliara

Invazia in stomac ,duoden ,intestin

Invazia vaselor abdominale

Invazia peritoneala

Manifestari ale metastazelor osoase
, hepatice, pulmonare, peritoneale,

CANCERUL PANCREATIC

EVOLUȚIE. PROGNOSTIC

Supravietuire medie 3–8 luni in lipsa rezeectiei .

Tumorile de corp si coada nu sunt rezecabile .

Supravietuire dupa 5 ani 1%

La cei rezecati supravietuire de 3 ori mai lunga