

GASTROENTEROLOGIA
MODULO DI INFORMAZIONE

DRENAGGIO DELLA VIA BILIARE
(ERCP ed alternative)

Modulo di Informazione

La colangiografia retrograda per via endoscopica (ERCP) è un'indagine endoscopica che viene eseguita in una sala radiologica. Durante l'esame sarete distesi in posizione supina o laterale sinistra su un tavolo radiologico. Vi verrà posizionato in bocca un supporto di plastica per evitare danni ai denti e per permettere il passaggio dello strumento. Vi verranno somministrati farmaci narcotici endovena (sedazione profonda) per diminuire i disturbi dovuti all'esame.

Molti pazienti si addormentano durante l'esame o non ricordano alcuna sensazione (vedi il capitolo "La sedazione").

La ERCP viene eseguita con un tubo di plastica flessibile del calibro di un dito della vostra mano, introdotto attraverso la bocca che ci consente di:

- . visualizzare mediante una piccola telecamera applicata alla sua estremità dell'endoscopio il duodeno e lo sbocco della via biliare nell'intestino (papilla)
- . imboccare con un piccolo catetere, attraverso un canale operativo, la papilla, iniettare un mezzo di contrasto e visualizzare con i raggi l'albero biliare, il coledoco, la colecisti e il dotto pancreatico
- . diagnosticare le malattie del pancreas e delle vie biliari
- . eseguire attraverso il canale operativo delle manovre terapeutiche

La ERCP è un esame che viene abitualmente eseguito solo in regime di ricovero.

Prima della ERCP – in ospedale

Giunti in ospedale medici e infermieri vi forniranno tutte le informazioni necessarie; verrà raccolta la vostra storia clinica, con particolare riguardo ai farmaci e ad eventuali allergie, verrete visitati dal medico, eseguirete esami del sangue ed un ECG. Vi verranno poi riassunte le caratteristiche dell'indagine e della sedazione, i vantaggi, le alternative e le possibili complicanze; al termine di questo colloquio – nel corso del quale avete il diritto di richiedere tutti i chiarimenti che desiderate avere - vi verrà fatto firmare il consenso.

Dovrete essere a digiuno dalle 12 ore precedenti, per mantenere lo stomaco vuoto ed evitare il vomito durante l'esame.

Vi verrà somministrato un antibiotico endovena circa 30' prima della ERCP come profilassi di eventuali infezioni delle vie biliari.

La sedazione

La ERCP prevede l'insufflazione di aria per distendere le pareti dello stomaco e dell'intestino; questo può provocare dolore. Nel nostro centro viene abitualmente eseguita, prima di iniziare l'esame, una anestesia gestita dall'Anestesista, mediante somministrazione endovenosa di propofol, o in alternativa, quando l'Anestesista non è disponibile, una "sedazione cosciente" che consiste nell'iniezione endovenosa, di un farmaco sedativo –il midazolam- e di un antidolorifico maggiore – la petidina.

Queste due possibilità (anestesia o sedazione cosciente) rendono l'ERCP un esame ben tollerato dalla maggioranza dei pazienti.

Durante e dopo la ERCP

L'indagine vera e propria dura in media tra i 30' e i 60' minuti.

Per meglio controllare le vostre reazioni alla procedura ed ai farmaci, durante l'esame sarete sottoposti a monitoraggio continuo della frequenza cardiaca e della saturazione di ossigeno tramite un sensore posizionato su un dito. In caso di necessità vi verrà somministrato dell'ossigeno. Esistono inoltre farmaci antagonisti che, iniettati endovena, annullano in brevissimo tempo l'effetto sia del midazolam che della petidina.

È importante ricordare che l'endoscopio non interferisce con la respirazione e che se vi concentrate sulla respirazione sarete più rilassati durante la procedura.

Al termine dell'esame verrete riaccompagnati in barella al vostro reparto di degenza da apposito personale.

Dopo l'esame è frequente avere una sensazione di gonfiore addominale dovuto all'aria introdotta durante la procedura. Alcuni pazienti accusano sensazione di bruciore o dolore in gola.

Di regola potrete bere e mangiare alcune ore dopo la procedura.

Le manovre terapeutiche

Le manovre terapeutiche che si possono eseguire durante la ERCP sono la papillotomia (un piccolo taglio dello sbocco della via biliare), l'estrazione di eventuali calcoli del coledoco, la biopsia o la citologia del coledoco, la dilatazione di stenosi delle vie biliari, il posizionamento di protesi all'interno delle vie biliari. A volte è necessario lasciare in sede un sondino che dal coledoco esce dal naso (drenaggio naso-biliare) per poter controllare il coledoco dopo 24-48 ore senza dover ripetere la ERCP.

Più raramente le stesse manovre possono essere eseguite nel dotto pancreatico.

La disinfezione

Dopo ogni ERCP gli strumenti vengono trattati in apposite lavatrici; il rischio di contrarre infezioni in corso di endoscopia è praticamente inesistente. Gli accessori usati sono tutti monouso e vengono eliminati dopo l'esame.

Le complicanze

Pur essendo la ERCP una metodica generalmente sicura è possibile l'insorgenza di complicanze:

La pancreatite (infiammazione del pancreas) può insorgere nel 3-6 % dei pazienti che vengono sottoposti ad ERCP. Essa causa generalmente dolore addominale e nausea che si risolve dopo pochi giorni di osservazione in ospedale e viene trattata con il digiuno, l'infusione di liquidi endovena, antidolorifici ed a volte antibiotici. Solo raramente può evolvere in una condizione molto grave con pericolo di vita.

L'inalazione di liquidi nel polmone può causare improvvisa mancanza di respiro e richiedere l'aspirazione della trachea: può essere evitata rispettando il digiuno nelle 8 ore prima dell'esame.

La perforazione della parete del duodeno può essere causata dal taglio della papilla che viene eseguito per estrarre i calcoli o mettere una protesi; abitualmente provoca una raccolta di aria nella loggia retroperitoneale e guarisce da sola dopo pochi giorni. Molto raramente la lesione può causare una peritonite che richiede in genere un intervento chirurgico in urgenza.

La frequenza di questa complicanza secondo i dati della letteratura è dello 0.4-1.5%.

L'emorragia è un raro evento che può insorgere per il taglio della papilla. In letteratura l'evento interviene nel 2-5% dei casi e può richiedere la necessità di coagulare per via endoscopica la sede del sanguinamento e raramente necessita di trasfusioni. Può essere evitata segnalando correttamente i farmaci assunti prima nei giorni precedenti l'esame (alcuni farmaci come l'aspirina o i dicumarolici rallentano la coagulazione del sangue) ed eseguendo esami del sangue specifici per valutare difetti della coagulazione.

La colangite è l'infezione della via biliare causata dall'introduzione di germi con le manovre eseguite attraverso lo strumento endoscopico. Febbre e brivido compaiono alcune ore dopo l'esame. In letteratura è segnalata nell' 1.5% dei casi e guarisce in pochi giorni con una terapia antibiotica.

Reazioni ai farmaci; i sedativi che somministriamo prima dell'esame possono causare reazioni avverse (allergie, insufficienza respiratoria e confusione mentale). Tali reazioni sono immediatamente riconoscibili durante l'esame e trattate con farmaci antagonisti.

Segnalate sempre all'endoscopista se siete allergici o avete avuto in precedenza problemi con anestesie o sedativi.

La nostra esperienza

Nel nostro reparto di Gastroenterologia eseguiamo la ERCP dal 1990 (circa 200 ERCP/anno).

La percentuale di successo nella esecuzione dell'indagine è stata sempre superiore al 90%

La percentuale di complicanze è sovrapponibile a quella della letteratura scientifica

Pancreatite: 3%

Perforazione: 1%

Emorragia: 2%

Colangite: 1%

In caso di insuccesso

In presenza di un'ostruzione neoplastica della via biliare, l'ERCP potrebbe non essere in grado di ottenere il drenaggio dell'albero biliare fino nel 10-15% dei casi, anche in mani esperte. L'insuccesso può avvenire a causa dell'impossibilità di raggiungere la papilla per esempio per stenosi duodenale, o per mancato riconoscimento o non possibile incannulazione dell'orifizio papillare in un'ampolla sovrastata dalla patologia neoplastica.

In questi casi le alternative all'ERCP sono il **drenaggio biliare percutaneo o eco-endoscopico**. Nel primo caso si programma, in una seduta separata, l'accesso alla via biliare attraverso una puntura della parete addominale sotto guida ecografica. Grazie all'introduzione di accessori dedicati nelle vie biliari intra-epatiche si può procedere al posizionamento di una protesi biliare, di un drenaggio interno-esterno che permetta il drenaggio della bile o ancora è possibile far avanzare un filo guida in duodeno che potrà essere recuperato dall'endoscopista per effettuare una più tradizionale ERCP. Nel secondo caso, cioè nel drenaggio biliare eco-endoscopico guidato, si potrà procedere, contestualmente alla seduta di ERCP non riuscita o in seduta

successiva, al posizionamento di una protesi metallica dedicata tra lo stomaco o il duodeno ed il coledoco o la colecisti (quando non esclusa).

Sia il drenaggio biliare percutaneo che quello eco-endoscopico non sono scevri da insuccesso e possono essere associati a complicanze, che possono essere nel primo caso il sanguinamento, la colangite, la fuoriuscita di bile dall'albero biliare (che può dare formazione di bilomi o bileperitoneo), l'occlusione o la migrazione dello stent, la necessità di un re-intervento per lo spostamento del drenaggio, nel secondo caso un malposizionamento, migrazione o ostruzione dello stent, necessità di reintervento. Molto raramente una possibile complicanza può richiedere una gestione di tipo chirurgico