Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Sette Laghi

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DEI SETTE LAGHI

Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Direttore: Sergio Segato

NOTE INFORMATIVE ALL'ESECUZIONE DI COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA PERENDOSCOPICA (ERCP)

Che cosa è ?

La colangio-pancreatografia retrograda per endoscopica (ERCP) è una procedura endoscopica e radiologica che viene utilizzata per la terapia e, molto più raramente, per la diagnosi di alcune patologie delle vie biliari, del pancreas e della papilla di Vater. Questa metodica consiste nell'introduzione di un particolare endoscopio attraverso la bocca e lungo la prima parte del canale alimentare, fino a raggiungere il duodeno, dove sboccano, unite in un unico canale (sfintere di Oddi) le vie biliari,provenienti dal fegato e il dotto pancreatico. Nel corso della procedura, l'endoscopista introduce un sottile tubicino ed inietta una sostanza opaca ai raggi X (mezzo di contrasto) che consente la visualizzazione per via radiologica dei dotti biliari e/o del pancreas.

Come si svolge ?

L'esame viene eseguito in regime di ricovero, con paziente prono, supino o sul fianco sinistro, a seconda della necessità e delle preferenze tecniche dell'operatore, introducendo attraverso la bocca una particolare sonda flessibile, il duodenoscopio, dotato di una sorgente luminosa e di una piccola telecamera posta all'estremità, ma in sede laterale, che invia le immagini ad un processore e quindi ad uno schermo. Il duodenoscopio, viene fatto avanzare fino alla prima porzione dell'intestino, il duodeno, dove è presente la papilla di Vater, una piccola sporgenza della mucosa con un orifizio nel quale sboccano i dotti principali biliare e quello pancreatico. La fase diagnostica prevede l'introduzione di una piccola cannula nel canale operatore del duodenoscopio e, quindi, nell'orifizio papillare in modo da poter iniettare un mezzo di contrasto radiopaco nei dotti biliari e pancreatici. Utilizzando raggi X sarà possibile visualizzare su di un monitor radiologico le immagini dei dotti riempiti dal mezzo di contrasto. A questa prima fase segue immediatamente la fase operativo-terapeutica. Poiché la ERCP prevede l'utilizzo di raggi X, tutte le donne in età fertile devono avere la certezza assoluta di non essere in gravidanza, onde evitare danni al feto. In corso di ERCP possono essere effettuate a seconda delle necessità:

• Biopsie per l'esame istologico (piccoli campioni di tessuto prelevati con una specifica pinza) o prelievi citologici (campioni cellulari acquisiti con un particolare spazzolino).

• Sfinterotomia biliare o pancreatica. La sfinterotomia è rappresentata dal taglio del muscolo circolare (sfintere) che chiude, a livello della papilla di Vater, sia la via biliare che il dotto pancreatico al fine di poter operare nei dotti a monte della papilla di Vater.

Pre-cut.In caso di difficoltà ad incannulare la papilla, sia per impedimenti anatomici che per patologie concomitanti, si può far ricorso ad una tecnica che prevede il taglio della papilla (con accessori endoscopici specifici) per facilitare l'accesso al dotto biliare. Questa tecnica è alquanto delicata ed è gravata una maggiore incidenza di emorragie e perforazioni rispetto alla sfinterotomia standard.

• Dilatazione della papilla di Vater. In casi selezionati, per evitare la sfinterotomia o per ampliarne il calibro, è possibile utilizzare dei palloncini da dilatazione che, riempiti con aria o mezzo di contrasto, determinano un incremento del diametro dello sfintere di Oddi.

• Estrazione di calcoli biliari. La presenza di calcoli nelle vie biliari rappresenta l'indicazione più frequente ad eseguire una ERCP. Dopo aver eseguito la sfinterotomia e/o la sola dilatazione della papilla si può procedere alla rimozione dei calcoli.

• Litotrissia. Quando i calcoli sono più grossi delle dimensioni della sfinterotomia, è necessario eseguire la loro frammentazione (litotrissia) all'interno della via biliare.

• Posizionamento di protesi. Le protesi (chiamate anche stent) utilizzate nelle patologie bilio-pancreatiche sono di due tipi, plastiche e metalliche. Le protesi si utilizzano generalmente per ricanalizzare i restringimenti patologici o stenosi dei dotti biliari e pancreatici che impediscono il flusso della bile o del succo pancreatico..

• Posizionamento di drenaggi naso-biliari e naso-pancreatici. In alcune situazioni particolari, l'endoscopista al termine della procedura, può avere la necessità di lasciare un sondino che viene fatto passare attraverso le narici per drenare bile od succo pancreatico, per detergere i dotti, o per ripetere esami contrastografici.

• Papillectomia. è una particolare tecnica resettiva che serve per asportare endoscopicamente i tumori che nascono dalla papilla di Vater. La procedura è molto delicata ed è gravata da complicanze fino al 20% dei pazienti operati.

Esistono possibili varianti nell'esecuzione
Data la particolarità della procedura operativa, non esistono possibilità di varianti nell'esecuzione.

Quali sono i benefici attesi e lo scopo della prestazione proposta?
L'ERCP consente una visione molto dettagliata delle vie biliari e del sistema duttale pancreatico, con una elevata accuratezza diagnostica. E' inoltre possibile ottenere biopsie o tessuto biliare e pancreatico mediante spazzolamento (brushing) per una diagnosi più precisa delle lesioni duttali individuate; la sensibilità dell'esame citologico resta comunque basso Nel corso della procedura è possibile effettuare interventi di endoscopia operativa sulla papilla di Vater, sulle vie biliari e sul pancreas.

Quali sono i rischi prevedibili legati alla NON esecuzione della prestazione proposta?
La non effettuazione della procedura potrebbe portare ad una diagnosi e ad una terapia non corretta dell'eventuale patologia in atto.

Quali sono i rischi prevedibili legati all'esecuzione della procedura e le possibili complicanze:
La ERCP è una procedura endoscopica complessa e, come tale, è gravata da possibili complicanze. Queste sono correlate a fattori di rischio legati al tipo di proceura o al paziente (età, sesso, storia di precedenti pancreatiti, anomalie della coagulazione, malattie concomitanti, etc).
Nel 5-15% dei casi la procedura può non riuscire per situazioni anatomiche che non consentono all'endoscopio di raggiungere il duodeno o di incannulare e visualizzare i dotti biliari e/o pancreatici.
La complicanza più frequente è la pancreatite acuta, che può insorgere per effetto dell'intervento sullo sbocco comune delle vie biliari e pancreatiche; essa si verifica nel 3.5% (range 1.6-15.7%) dei casi e non può essere prevista e solo parzialmente prevenuta–. In alcuni tipi di pazienti (giovani, con vie biliari non dilatate, o con storia di pregresse pancreatiti) il rischio di pancreatite può arrivare al 10-12%. In rari casi (meno dell'1%) la pancreatite può avere un decorso severo e può richiedere un intervento chirurgico. Al fine di ridurre l'incidenza di pancreatite le potrà essere somministrata Indometacina per via trans-rettale ed infusi liquidi endovena. Altre complicanze meno frequenti (con un'incidenza globale inferiore al 2%) sono: l'infezione delle vie biliari o delle raccolte cistiche, il sanguinamento conseguente alla papillo-sfinterotomia, e la perforazione del duodeno o dei dotti. L'infezione ed il sanguinamento sono trattati generalmente per via medica o endoscopica; la perforazione può richiedere in qualche caso un intervento chirurgico.
La sedazione può essere gravata da rare complicanze quali isolati casi di broncospasmo, reazioni allergiche, problemi cardio-respiratori (come alterazione della pressione arteriosa, frequenza e ritmo cardiaco), depressione respiratoria, apnea, arresto respiratorio e/o cardiaco
Tutti questi rischi verranno valutati e confrontati con i benefici che si attendono dalla procedura, e comunque sono generalmente inferiori, quando si effettui l'ERCP a scopo terapeutico, ai rischi dell'intervento chirurgico alternativo.

Esistono possibilità alternative?
Le procedure diagnostiche alternative alla CPRE che in genere la precedono in quanto non invasive o meno invasive sono, rispettivamente, la colangio-RMN e l'ecoendoscopia. L'alternativa alla ERCP operativa è l'intervento chirurgico o l'approccio percutaneo radiologico quando possibile..

Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:
Se assume aspirina, farmaci anti-aggreganti piastrinici, anti-coagulanti ed anti-infiammatori non steroidei (FANS), lo segnali al medico curante; le verranno date indicazioni sulla terapia da seguire prima dell'esame e istruzioni sulla ripresa della terapia dopo la procedura

Possibili problemi di recupero:
Per la sua sicurezza nelle 24 ore dopo la procedura dovrà restare ricoverato in ospedale e normalmente l'alimentazione può essere ripresa il giorno successivo all'ERCP. Le eventuali problematiche di recupero legate alla sedazione profonda Le saranno esposte dall'anestesista. Nelle 2-6 ore successive alla procedura è possibile avere una dolenzia o dolore addominale, determinate dalla presenza di aria insufflata all'interno dell'apparato digerente durante la procedura o da una fugace reazione pancreatica. La persistenza di dolore addominale a 8-24 ore di distanza dalla procedura fa porre il sospetto clinico di pancreatite acuta. Se è stato posizionato un sondino di drenaggio naso-biliare o naso-pancreatico, questo verrà rimosso dopo 24-48 ore se non vi sono complicanze.
Dopo 24 ore potrà svolgere qualunque tipo di attività solo se si sente bene.

Data_____ Firma_____