

COLANGIOPANCREATOLOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (ERCP)

CHE COS'È?

La colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP) è una procedura che utilizza un particolare endoscopio dedicato al raggiungimento del sistema bilio-pancreatico che viene poi visualizzato attraverso l'uso delle radiazioni ionizzanti e di un mezzo di contrasto.

L'ERCP ha solitamente finalità terapeutiche dopo che altri esami (ecografia, TAC, RMN) hanno permesso di raggiungere una diagnosi di patologia su vie biliari e pancreas. Attraverso questo esame è possibile rimuovere calcoli nei dotti biliari o nel dotto pancreatico, dilatare restringimenti di questi piccoli canalini ed eventualmente posizionare protesi di plastica o metalliche per mantenere il deflusso dei succhi biliari e pancreatici. Quando indicato, per una migliore comprensione della malattia, possono essere eseguiti piccoli prelievi di tessuto.



Talvolta non è possibile il drenaggio delle vie biliari con una ERCP, in particolare in presenza di patologia neoplastica che determina una stenosi delle vie biliari. Pertanto, può essere necessario il drenaggio mediante l'utilizzo del sistema Hot Axios (LAMS, lumen apposing metal stent), un dispositivo che consente di accedere, dallo stomaco o dal duodeno, al dotto biliare o alla colecisti attraverso un foro di comunicazione, e posizionare uno stent (protesi) metallico, in modo da consentire un drenaggio endoluminale della bile.

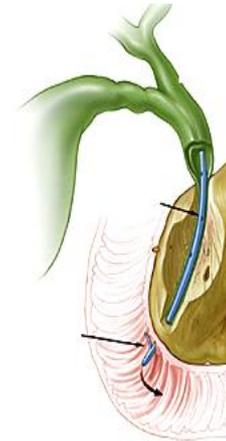
Quando la procedura non è tecnicamente possibile le alternative sono la chirurgia o un approccio radiologico (posizionamento di un drenaggio biliare). L'intervento chirurgico terapeutico e/o demolitivo è comunque gravato da una maggior invasività e da un maggior numero di complicanze. L'approccio radiologico seppur meno invasivo non permette di trattare tutti tipi di patologia, presenta delle complicanze e spesso necessita il posizionamento di un drenaggio biliare esterno dalla parete addominale.

COME SI SVOLGE?

La procedura viene eseguita in regime di ricovero e tutte le informazioni necessarie al medico (malattie pregresse e in atto, farmaci assunti, pregressi interventi chirurgici, eventuali allergie, portatore di pacemaker) verranno raccolte prima dell'esame. E' necessario il digiuno da almeno 12 ore e la rimozione di eventuali protesi dentarie. Alcuni farmaci (antiaggreganti, anticoagulanti) potrebbero essere sospesi qualche giorno prima dell'esame. Al termine della raccolta di queste informazioni, Le verrà chiesto di firmare un consenso informato dove Lei dichiarerà di aver compreso eventuali rischi/complicanze della procedura, eventuali alternative diagnostiche/terapeutiche al trattamento proposto, conseguenze rispetto alla mancata esecuzione dell'esame.

La preparazione all'esame viene effettuata da parte di un infermiere che inserirà un catetere venoso per la somministrazione di farmaci e liquidi. Previa acquisizione del Suo consenso, Le verrà praticata un Sedazione (vedi paragrafo specifico più avanti), per rendere più tollerabile da parte sua la procedura. I suoi segni vitali (pressione arteriosa, saturazione dell'ossigeno nel sangue, frequenza cardiaca) verranno monitorati prima, durante e dopo l'esame. Il monitoraggio non è

doloroso. Un supplemento di ossigeno verrà somministrato attraverso un piccolo tubicino posto a livello del naso. La presenza dello strumento all'interno delle prime vie digerenti non interferisce con la respirazione che potrà avvenire attraverso il naso o la bocca. La procedura ha una durata variabile dai 30 minuti alle due ore e dipende dalla complessità della procedura e dai trattamenti che il medico deciderà di mettere in atto durante l'esame.



LA SEDAZIONE

In rapporto al tipo di procedura endoscopica da eseguire e ai fattori di rischio propri del paziente, le procedure endoscopiche possono essere eseguite con diversi livelli di sedazione (lieve-moderata, profonda, anestesia generale) e, di conseguenza, diversi gradi di necessità assistenziale (gestione della sedazione a cura del medico endoscopista o dell'anestesista). La tipologia di sedazione praticata nel corso dell'indagine e le modalità di gestione della stessa verranno descritte e proposte dopo attenta valutazione delle Sue condizioni cliniche da parte del medico responsabile della procedura.



QUALI SONO LE POSSIBILI COMPLICANZE?

Le complicanze legate a questo esame si possono suddividere in due gruppi:

- **Cardiorespiratorie** (ipossiemia, bradicardia, apnea, sincope) solitamente legate alla sedazione e a patologie in atto (l'incidenza è del 5%, con una mortalità < 1‰). Il monitoraggio dei suoi parametri vitali prima, durante e dopo l'esame evitano nella maggior parte dei casi l'insorgere di complicanze. Nel caso della comparsa durante la procedura di eventi cardiorespiratori acuti verranno messe in atto tutte le misure efficaci al ripristino delle funzioni cardiorespiratorie.
- **Procedura-specifiche ERCP:**
 - **Pancreatite post-ERCP:** presenta un'incidenza fino al 5% dei casi. Nella maggior parte dei casi sono eventi di gravità lieve-moderata che si risolvono con terapie mediche/endoscopiche e prolungamento del ricovero. I casi di pancreatite grave sono gravati da una mortalità in circa l'3% dei casi. Per questa ridurre l'incidenza di questa complicanza il medico in alcuni casi potrà decidere di somministrarle farmaci di tipo FANS per via rettale (supposta).
 - **Sanquinamento:** fino al 2% dei casi. E' associata ad alcune manovre endoscopiche come la sfinterotomia che prevede il taglio della sfintere bilio-pancreatico per creare un accesso alle vie biliari e pancreatiche. La terapia è medica ed endoscopica.
 - **Infezione:** in circa l'1% dei casi.
 - **Perforazione:** presenta un'incidenza di circa 1% dei casi. La terapia è medica/endoscopica o chirurgica a seconda della gravità. La mortalità correlata alla perforazione è circa il 10%

- **Procedura-specifiche posizionamento LAMS:** l'apposizione di stent luminali gastrointestinali per via endoscopica è una procedura meno invasiva e con una percentuale ridotta di complicanze se confrontata alla chirurgia laparoscopica o laparotomica. Alcune complicanze possono tuttavia verificarsi, anche se raramente sono mortali. Le complicanze più frequentemente riportate sono: emorragia in sede di puntura (1-7%), perforazione del viscere in sede di stent (1-2%), pneumoperitoneo (1-11%), migrazione dello stent (1-6%), infezione dello stent (1-7%).

COSA ASPETTARSI DOPO L'ESAME

Dopo l'esame sarà tenuto in osservazione presso il nostro Servizio o il Reparto dove è ricoverato fino al recupero dalla sedazione e per rilevare l'eventuale comparsa di disturbi (dolore addominale, febbre, ittero, sanguinamento, ecc.). La maggior parte dei pazienti tollera bene l'esame e riferisce al momento del risveglio un senso di stanchezza e a volte di nausea transitori dovuti ai farmaci; potrà inoltre avvertire una sensazione di fastidio durante il passaggio dello strumento dalla gola e una sensazione di gonfiore all'addome dovuta all'insufflazione di aria nel corso dell'esame per distendere i visceri.

Al domicilio, in caso di comparsa di febbre, dolore addominale, sanguinamento si raccomanda al paziente di recarsi al Pronto Soccorso o di contattare la nostra U.O. ai numeri 059659250 o 059659258.

Consegnato al sig. /alla sig.ra _____ in data _____

Firma del paziente _____

Firma del medico _____

Bibliografia essenziale:

- *Complications of procedural sedation for gastrointestinal endoscopy.* www.uptodate.com (2010)
- *Patient information: upper endoscopy.* www.uptodate.com (2008)
- *ASGE guidelines. Complications of ERCP.* 2003
- *ESGE guidelines: Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforation.* *Endoscopy* 2014.
- *Rashmee P, Mel A, Papafragkakis C, et al. Endoscopic ultrasound-guided placement of AXIOS stent for drainage of pancreatic fluid collections.* *Ann Gastroenterol.* 2016 Apr-Jun; 29(2): 168–173.