

La tecnica del rendez-vous nel trattamento palliativo degli itteri neoplastici: nostra esperienza



Ann. Ital. Chir., LXXV, 6, 2004

C. Sciumè, G. Geraci, F. Pisello, T. Facella,
F. Li Volsi, G. Modica

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico
"Paolo Giaccone"
Dipartimento di Chirurgia Generale, d'Urgenza
e dei Trapianti d'Organo
Sezione di Chirurgia Generale ad Indirizzo Toracico
Direttore: Prof. Giuseppe Modica

Introduzione

Negli ultimi 20 anni si sono registrati enormi progressi nel trattamento palliativo non chirurgico delle patologie bilio-pancreatiche, con l'affermazione di due tecniche: la colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP) e la colangiografia percutanea transepatica (PTC) [1-2]. La tecnica del rendez-vous (RV, dal francese: incontro) combina la tecnica endoscopica alla PTC [3-4]. Tale tecnica è utile quando non risulta possibile reperire o incannulare la papilla di Vater, soprattutto nei pazienti "not fit for surgery".

Il ricorso a tale tecnica ha permesso di incrementare il tasso di incannulazione e quindi di facilitare il trattamento di patologie del tratto bilio-pancreatico [5].

Riportiamo di seguito la nostra esperienza con la tecnica di RV in pazienti in cui è stato impossibile incannulare la VBP con tecnica classica.

Materiali e metodi

Nel periodo Gennaio 2000 - Dicembre 2003, presso il Servizio di Endoscopia Digestiva della Divisione di Chirurgia Generale ad Indirizzo Toracico del Policlinico Universitario di Palermo, sono state eseguite 618 ERCP

Abstract

"RENDEZ-VOUS" TECHNIQUE FOR PALLIATION OF NEOPLASTIC JAUNDICE: PERSONAL EXPERIENCE

Introduction: "Rendez-vous" technique (RV) assume contemporaneous percutaneous transhepatic choledochal drainage (PTCD) and endoscopic (ERCP) approach to make easier biliary cannulation when it fails for anatomic, neoplastic or iatrogenic causes, in subject unresectable at presentation ("not fit for surgery").

Materials and methods: Over a 3 years period 618 ERCP were performed in the Service of Digestive Endoscopy in Section of General and Thoracic Surgery, 59 of whom (9%) failed for non-visualization of ampulla of Vater (25%), intradiverticular ampulla (54%) or anatomic defects (21%). Were attempted 44 pre-cut: 14 failed (close biliary stricture), and we proceed to RV.

Results: 11/14 (79%) RV were successful (successful stent insertion was defined as passage of the stent across the stricture) and 3 failure (21%) occurred in close biliary malignant obstruction even to percutaneous transhepatic approach. Only in 28% were registered minor complications (2 post-procedure fever, 1 papillary bleeding post PTE, 1 case mild acute pancreatitis). No mortality procedure related was registered and was not necessary to recur to surgery.

Conclusions: RV is very useful in case of difficult cannulation of biliary tree and after failure of pre-cut. US-guided PTC is easy to perform, with low incidence of complications. Every well experienced team who works on bilio-pancreatic pathologies may recurs to this technique: even if not much utilized, RV can solves complex cases of biliary stricture.

Key words: Rendez-vous, ERCP, PTC.

Riassunto

Introduzione: La tecnica del "rendez-vous" (RV) prevede, in soggetti inoperabili ("not fit for surgery"), il contemporaneo approccio transepatico percutaneo (PTC) ed endoscopico (ERCP) per facilitare l'incannulazione della via biliare nei casi in cui questa fallisca per cause anatomiche, neoplastiche o iatrogene.

Materiali e metodi: In un periodo di 3 anni sono state eseguite presso il Servizio di Endoscopia Digestiva della Unità Operativa di Chirurgia Generale ad Indirizzo Toracico 618 ERCP, 59 delle quali (9%) sono fallite per impossibilità di visualizzare la papilla (25%), per papille intradiverticolari (54%) o per anomalie anatomiche (21%). Dei 44 pre-cut tentati, 14 sono falliti (stenosi neoplastica della VB), e si è quindi proceduto alla esecuzione della tecnica del RV.

Risultati: RV riusciti sono stati 11/14 (79%) e i tre fallimenti (21%) si sono registrati per stenosi della V13 invalicabili anche all'accesso trans-parieto-epatico. Si è proceduto a trattamento conservativo nel 100% dei casi, senza ricorso alla chirurgia, e solo nel 43% si sono registrate complicanze minori (2 casi di febbre post-procedura, 1 emorragia post PTE, 2 casi di febbre, 1 caso di pancreatite acuta moderata). Non si registrata mortalità correlata alla procedura combinata.

Conclusioni: La tecnica del RV è molto utile nei casi di difficoltosa incannulazione della VBP e dopo fallimento del pre-cut. La PTC ecoguidata risulta di agevole esecuzione e gravata da bassa incidenza di complicanze. Ogni équipe che si occupa di patologia bilio-pancreatica dovrebbe tenerla in considerazione come una ulteriore opzione terapeutica, poiché tale tecnica, seppur poco utilizzata, può risolvere casi complessi di stenosi biliari destinate altrimenti al fallimento.

Parole chiave: Rendez-vous, ERCP, PTC.

invalicabile della regione pilorica o duodenale (15 casi = 25%), papilla intradiverticolare (32 casi = 54%) o sovvertimento anatomico di altro tipo (12 casi = 21%). Nei 44 casi in cui non è stata incannulata la papilla al primo tentativo, è stata praticata la tecnica del pre-cut con ago diatermico (in 28 casi a mano libera ed in 16 previo posizionamento di endoprotesi nel dotto pancreatico principale di Wirsung). Tale tentativo di incannulamento è stato portato a termine in 30 pazienti (68.2%); nei restanti 14 pazienti, tutti affetti da stenosi neoplastiche sottoilari (5 neoplasie cefalopancratiche e 9 stenosi primitive medio-coledociche) è stata praticata, nella stessa sala radiologica dedicata alla ERCP [3-7], la tecnica del RV.

I tempi tecnici da noi adottati, dopo avere ottenuto il consenso informato, sono: sul paziente già sedato (petidina cloridrato 1 mg/kg ev. + midazolam 0.05-0.1 mg/kg e.v.) e sotto monitoraggio pulsossimetrico ECG, e capnografico, si procede, previa anestesia locale e sotto guida ecografica alla puntura con un ago sottile (ago Chiba da 18-22 gauge) del dotto epatico dilatato, preferibilmente di sinistra. Dal dotto così reperito, si esegue la colangiografia e si introduce, nel tentativo di superare la stenosi, un filo-guida idrofilico da 0.035", lungo almeno 350 cm (Boston Scientific Co., Boston, Mass.; Terumo Co., Tokyo, Japan; Wilson-Cook Medical Inc., Winston Salem, N.C.) [8]. Passato il filo guida transpapillare nella seconda porzione duodenale, lo si può catturare con pinza da biopsia o con cestello di Dormia. Sul filo guida, portato al di fuori del duodenoscopia, attraverso il canale biotico si fa scivolare il papillotomo e si eseguono così la colangiografia e la papillotomia. Ottenuto l'accesso alla via biliare, si può procedere con il trattamento programmato (vedi Fig. 1).

per ittero ostruttivo (diagnosi posta sulla base dell'aumento degli indici di colestasi associato alla dimostrazione radiologica della dilatazione del coledoco e/o delle vie biliari intraepatiche), con una percentuale di successo del 91% (59 insuccessi, pari al 9%) (vedi Tabella I).

Le cause di fallimento sono state: mancata visualizzazione o incannulamento della papilla di Vater per stenosi

Tab. I – NOSTRA CASISTICA GENNAIO 2000 - DICEMBRE 2003

618 ERCP - 59 insuccessi (mancata visualizzazione o incannulazione della papilla di Vater) 9%

Dei 59 insuccessi:

stenosi invalicabile della regione pilorica o duodenale	(15/59 = 25%)
papilla intra-peridiverticolare	(32/59 = 54%)
sovvertimento anatomico	(12/59 = 21%)

In 44 casi (32 papilla intra-peridiverticolare + 12 sovvertimento anatomico = 7.4%) si è tentata la tecnica del pre-cut:

sovvertimento anatomico	(12/44 = 28%)	} Pre-cut a mano libera
diverticoli duodenali	(16/44 = 36%)	
diverticoli duodenali	(16/44 = 36%)	

Pre-cut con protesi

Il successo dell'incannulazione si è registrato in:

18/28 (64%)	dei pre-cut a mano libera
12/16 (=75%)	dei pre-cut con protesi

In 14 casi si è tentata la tecnica del rendez-vous, con una percentuale di successo di 11/14 (= 79%)

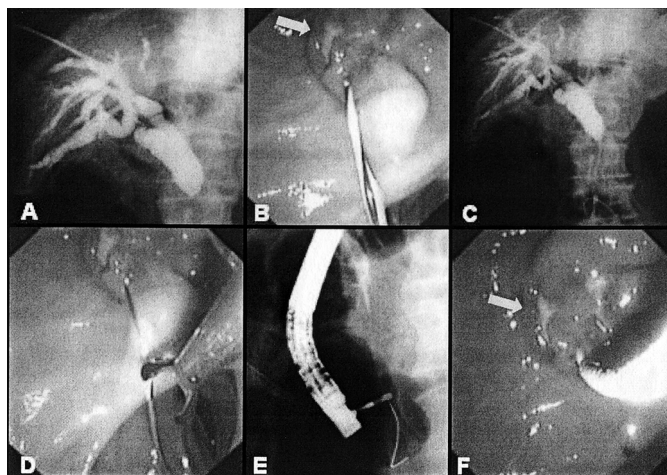


Fig. 1: A) PTC; B-C) passaggio del filo-guida per via transparietoepatica transpapillare; D-E) reperimento del filo-guida con pinza da biopsia; F) PTE. A carico della papilla di Vater si notano gli esiti dei pregressi tentativi di incannulazione e pre-cut (freccie).

Risultati

I pazienti nei quali è stata applicata la tecnica di RV sono stati 14 (8 donne e 6 uomini) con età media di 70 anni (range 53 - 81 anni); la manovra è stata portata a termine in 11 casi (79%).

Sono state posizionate 11 endoprotesi biliari in polietilene del diametro di 10 French, da 9 e 12 cm, tutte tipo Amsterdam (Huilbregtse Flap Endoprosthesis set; PBN Medicals, Denmark A/S).

I 3 fallimenti (21%) si sono registrati tutti per stenosi della via biliare invalicabile anche alla PTC, mantenendo in situ il drenaggio percutaneo allo scopo di detendere la VBP. Nella nostra casistica si sono registrate soltanto complicanze minori: 2 casi di febbre post-procedura (2/14 = 14%), un caso di emorragia post-sfinterotomia endoscopica (1/14 = 7%), trattata in modo conservativo con 2 emotrasfusioni di sangue omogruppo e quindi risoltasi spontaneamente, ed un caso di pancreatite acuta moderata (1/14 = 7%), trattata in modo conservativo con terapia medica.

Il monitoraggio del paziente è stato mantenuto per 48 ore con il drenaggio biliare esterno in situ e chiuso (in maniera ermetica, grazie agli accessori del catetere utilizzato), per valutare il corretto funzionamento della endoprotesi.

Dopo la 48^a ora, confortati dalla stabilità emodinamica e dal decremento degli indici di colestasi, si è proceduto a rimozione del drenaggio biliare esterno.

Discussione

La ERCP è una, procedura operatore-dipendente: nelle mani più esperte, si registra una percentuale di insuccessi variabile tra il 3 ed il 10% [9-1, 1]. Le più frequenti

cause di fallimento (inteso come mancata visualizzazione della papilla) sono i diverticoli iuxtapapillari, le varianti anatomiche (stenosi duodenali, papilla eccentrica) e quelle post-chirurgiche (gastrectomia sec. Billroth II); in altri casi, nonostante la papilla venga identificata (tumori papillari esofitici, stenosi papillari o del coledoco distale e calcoli impattati in papilla), ne è impossibile la incannulazione [12]. Se l'incannulazione non può essere raggiunta con tecnica standard, può essere tentato un pre-cut [13], che, anche se consente di incannulare la papilla di Vater nel 77-91% dei pazienti [11], richiede una notevole esperienza e comporta un aumento dell'incidenza delle complicanze, variabile dal 2.6 al 20% [14-15].

Di contro, l'approccio percutaneo transepatico alla via biliare è gravato da un più elevato tasso di morbidità (8-69%) [11], legato soprattutto alla dilatazione del dotto biliare da pungere: dati recenti hanno dimostrato che la probabilità di incannulare per via transepatica percutanea ecoguidata un dotto biliare dilatato con la metodica di Seldinger è del 100% dopo il quarto passaggio dell'ago, senza correlazione tra il numero di passaggi dell'ago e la frequenza delle complicanze [11] (vedi tabella II) contro una frequenza di incannulazione del 74% nel caso di vie biliari non dilatate [10].

La tecnica del RV prevede il contemporaneo approccio endoscopico (ERCP) e transepatico percutaneo (PTC) per facilitare l'incannulazione della via biliare [16-17], altrimenti inaccessibile: questa tecnica, più spesso utilizzata in pazienti affetti da coledocolitiasi difficile, risulta altrettanto efficiente in soggetti affetti da stenosi neoplastiche invalicabili della via biliare.

La puntura dell'albero biliare oggi è eseguita sempre più spesso sotto guida ecografia, per ridurre l'entità del trauma epatico e la puntura accidentale di vasi epatici. È preferibile l'accesso attraverso il lobo epatico sinistro (se le condizioni della stenosi lo consentono), rispetto all'accesso intercostale sia in termini di comfort da parte del paziente (posizione del paziente, minore dolore al passaggio del dilatatore) sia per maggiore sicurezza (minori escursioni respiratorie e minore rischio di dislocazione) [7].

Le maggiori difficoltà dell'approccio percutaneo sono rappresentate dalle angolazioni di dotti normali o da stenosi serrate, ovviabili con il ricorso a fili-guida a punta idrofila da 0.035" [7], routinariamente disponibili in commercio.

Guardando ai dati riportati in Letteratura (vedi Tabella II) e considerando che il tasso di complicanze da pre-cut, anche in mani esperte, è del 10% circa, con una percentuale media di successo (posizionamento di endoprotesi in soggetti affetti da stenosi neoplastica della VBP) dell'85% circa (range 50-95%), sovrapponibile alle percentuali di successo alla seconda ERCP se il pre-cut fallisce, e che la incidenza di complicanze e la percentuale di successo della PTC sono rispettivamente del 5-20% (emorragia, fistole artero-venose, shock settico, ascessi sottodiaframmatici, pancreatite acuta biliare ed effusioni pleuriche) e 90% circa [10-11, 14], sembra evidente che il ricorso

Tab. II – CARATTERISTICHE DELLE METODICHE DI ACCESSO ALLA VBP (modificato da [11])

<i>Variabile</i>	<i>Successo</i>	<i>Range</i>
Prima ERCP (papillotomia con papillotomo)	95%	90-97%
Pre-cut	85%	70-95%
Seconda ERCP (papillotomia con pre-cut)	90%	80-100%
PTC	97%	90-100%

<i>Variabile</i>	<i>Incidenza</i>	<i>Range</i>
Complicanze del pre-cut	10%	2-50%
Complicanze della ERCP	5%	0-20%
Complicanze della PTC	5%	0-20%
Complicanze del trattamento chirurgico	10%	2-20%

so ad una tecnica combinata ERCP-PTC possa ridurre la incidenza di complicanze e, eseguendo la metodica in un unico tempo e nel medesimo luogo, ridurre il discomfort ed i tempi di degenza del paziente, assicurandogli una buona qualità di vita residua.

È evidente che, data la disponibilità nella stessa sessione di tutta l'equipe, il posizionamento di protesi per via endoscopica è preferibile nei casi di lesioni basse (coledoco terminale, tumori periampollari), mentre l'approccio percutaneo isolato è più indicato per lesioni intraepatiche prossimali all'ilo epatico [18], specialmente in quei soggetti in cui il duodeno non può essere raggiunto per via endoscopica.

Conclusioni

La tecnica del RV, appare efficace nei casi di difficoltà incannulazione della VBP e dopo fallimento del pre-cut.

La PTC ecoguidata risulta abbastanza agevole e gravata da bassa incidenza di complicanze e, in caso di mancato passaggio del filo-guida in duodeno, rimane comunque il cate-tere da drenaggio biliare esterno. La tecnica del RV prevede la presenza contemporanea di personale esperto sia di ecografia interventistica che di endoscopia delle vie bilio-pancreatiche e l'esecuzione della procedura in unico tempo consente un minore discomfort da parte del paziente, una riduzione dei tempi di degenza e quindi una significativa riduzione dei costi di spesa sanitaria.

Semplici accorgimenti tecnici (accesso percutaneo ecoguidato, ricorso a cateteri transepatici a doppia via, fili guida idrofilici), così come il riequilibrio del paziente prima del RV, possono ridurre il rischi di complicanze della metodica.

Ogni equipe che si occupa di patologia bilio-pancreatica dovrebbe tenerla in considerazione come opzione terapeutica in casi selezionati, poiché tale tecnica, seppur poco utilizzata, può risolvere casi complessi di stenosi biliari destinate altrimenti al fallimento.

Bibliografia

- 1) Jeanne M., Laberge Y., James W.: *Tratamiento endoscópico y radiológico de la enfermedad biliar*. In: Sleisenger M.H., Fordtran J.S., editors: *Enfermedades Gastrointestinales*. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1994, p. 1959-1980.
- 2) Dawson S.L., Mueller P.R., Meyers W.C., Stokes K.R.: *Interventional radiology in the management of bile duct injuries*. Surg Clin North Am, 1994; 74:865-881.
- 3) Scapa E., Peer A., Witz E., Eshchar J.: "Rendez-vous" procedure (RVP) for obstructive jaundice. Surg Laparosc Endosc, 1994; 4:82-85.
- 4) Dowsett J.F., Vaira D., Hatfield A.R., Cairns S.R., Polydorou A., Frost R.: *Endoscopic biliary therapy using the combined percutaneous and endoscopic technique*. Gastroenterology, 1989; 96:1180-1186.
- 5) Passi R.B., Rankin R.N.: *The transhepatic approach to failed endoscopic sphincterotomy*. Gastrointest Endosc, 1986; 32:221-225.
- 6) Chespak L.W., Ring E.J., Shapiro H.A., Gordon R.L., Ostroff J.W.: *Multidisciplinary approach to complex endoscopic biliary intervention*. Radiology, 1989; 170:995-997.
- 7) Hayashi N., Sakai T., Kitagawa M., Kimoto T., Inagaki R., Ishii Y.: *US-guided left-sided biliary drainage: nine-year experience*. Radiology, 1997; 204:119-122.
- 8) Ananya D.A.S., Sivak Jr. M.V.: *Endoscopic palliation for inoperable pancreatic cancer*. Cancer Control, 2000; 7(5):452-457.
- 9) Assouline Y., Liguory C., Ink O., Fritsch J., Choury A.D., Lefebvre J.F.: *Endoscopic sphincterotomy for treatment of bile duct stones. New techniques and present results*. Gastroenterol Clin Biol, 1993; 17:251-258.
- 10) Calvo M.M., Bujanda L., Heras I., Cabriada J.L., Bernal A., Orive V., Miguez J.: *The rendezvous technique for the treatment of choledocholithiasis*. Gastrointest Endosc, 2001; 54(4):511-513.
- 11) Harewood G.C., Baron T.H., LeRoy A.J., Petersen B.T.: *Cost-effectiveness analysis of alternative strategies for palliation of distal biliary obstruction following failed cannulation attempt*. Am J Gastroenterol, 2002; 97:1701-1707.
- 12) Martin D.R.: *Combined percutaneous and endoscopic procedures for bile duct obstruction*. Gut, 1994; 35:1011-1012.
- 13) Freeman M.L., Nelson D.B., Sherman S., Haber G.B., Herman M.E., Dorsher P.J., et al.: *Complications of endoscopic biliary sphincterotomy*. N Eng J Med, 1996; 335:909-923.

- 14) Kozarek R.A.: *To cut is divine, to poke is sublime*. Am Journ Gastroenter, 2002; 97(7):1586-1587.
- 15) Shakoor T., Geenen J.E.: *Pre-cut papillotomy*. Gastrointest Endosc, 1992; 38:623-627.
- 16) Verstandig A.G., Goldin E., Sasson T., Weinberger G., Wengrower D., Fich A.: *Combined transhepatic and endoscopic procedures in the biliary system*. Postgrad Med J, 1993; 69:384-348.
- 17) Lameris J.S., Obertop H., Jeekel J.: *Biliary drainage by ultrasound-guided puncture of the left hepatic duct*. Clin Radiol, 1985; 36:269-274.
- 18) Mc Lean J.K., Burke D.R.: *Role of endoprosthesis in the management of malignant biliary obstruction*. Radiology, 1989; 170:961-967.

Autore corrispondente:

Prof. Carmelo SCIUMÈ
Via Eduardi Carapelle, 12
90129 – PALERMO
Tel.: 3280411556 – 3398537308
E-mail: carmesci@hotmail.com - girgera@tin.it
Fax: 0916554508

