

Strategia diagnostico-terapeutica nelle complicanze perforative post-colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP)



Ann. Ital. Chir., 2007; 78: 193-194

Luca Fattori, Luca Nespoli, Antonella Ardito, Alessandro Germini, Angelo Nespoli

Ospedale "S. Gerardo dei Tintori", Divisione di Chirurgia 3^a, Monza

Duodenal perforation post-ERCP: Diagnostically and therapeutic management

OBJECTIVE: *Author's experience with periduodenal perforation after ERCP and there systematic approach is presented.*

METHODS: *A retrospective study of 6 instances of duodenal perforation related to endoscopic retrograde cholangiopancreatography. The study follows these parameters: type of perforations, clinical presentation, diagnostic methods, time to diagnosis, methods of management, surgical procedures, length of stay, mortality and morbidity.*

RESULTS: *Traditionally duodenal perforation after ERCP has been managed surgically; however in last decade management has been shifted to a more selective approach, but some authors promotes non surgical routine management : the reported death rate of medical treatment is high as 50%.*

In our experience an aggressive diagnostically and therapeutically management may reduce mortality.

The decision to manage patients without surgery is a dynamic one and should undergo frequent reevaluation whenever the clinical circumstances demonstrate even the slightest untoward development.

CONCLUSION: *A selective management scheme and an aggressive but selective surgical approach may influence overall mortality.*

KEY WORDS: Duodenal perforation, ERCP, Sphinterectomy.

Introduzione

L'incidenza di complicanze maggiori dovute ad ERCP raggiunge circa il 10% e le perforazioni duodenali, periduodenali e biliari occorrono in circa l'1% di tali procedure. Queste ultime complicanze sono correlate ad un'elevata morbilità e ad una mortalità del 16-18%¹ con un prolungamento della degenza media. Il trattamento di queste ultime complicanze, pur essendo state proposte delle linee guida comportamentali sulla possibile scelta di una strategia chirurgica o conservativa, non è tuttora ben codificato in letteratura².

Le perforazioni da ERCP sono state suddivise in quattro classi³, in ordine decrescente di gravità, correlate al meccanismo traumatico, alla localizzazione anatomica, alla severità del danno e alla strategia terapeutica.

Materiali e metodi

Sono state valutate 6 complicanze consecutive perforative post-ERCP giunte alla nostra osservazione da Marzo

2004 a Maggio 2005. Le variabili analizzate sono state: tipo di perforazione, metodologie e tempistiche delle diagnostiche utilizzate, presentazione clinica dei pazienti (pz), tipo di trattamento attuato, morbilità, mortalità e durata della degenza.

Nel nostro studio abbiamo analizzato 2/6 pz con perforazione di tipo I, 2/6 pz con perforazione di tipo II, 2/6 pz con perforazione di tipo IV.

Risultati

In nessuno dei pz esaminati è stata confermata la diagnosi di complicanza perforativa con esame contrastografico durante la stessa ERCP a differenza di quanto riportato in letteratura³⁻⁵; nel 50% di pazienti è stato posto un dubbio perforativo dagli endoscopisti alla fine della procedura. La comparsa di segni perforativi è stata documentata in 5/6 pz con TAC addome eseguita entro 12 ore dall'evento perforativo ed entro le 24 h in 1/6 pz in quanto proveniente da altra struttura.

La strategia terapeutica, successiva all'evento perforativo, è stata accuratamente valutata sulla base dell'evoluzione clinica correlata al tipo, all'entità della perforazione e sulla base dell'evoluzione delle immagini diagnostiche tramite TAC addome.

2 Pz con perforazione di tipo I sono stati sottoposti a trattamento chirurgico entro le 48 ore. Nel primo caso

Pervenuto in Redazione Giugno 2006. Accettato per la pubblicazione Dicembre 2006.

Per la corrispondenza: Dr.ssa Antonella Ardito, Ospedale "S. Gerardo dei Tintori", Divisione di Chirurgia 3a, Via Pergolesi, 33, Monza - Milano. (e-mail: antonellaardito@triscali.it).

il pz è stata sottoposto a posizionamento di drenaggio duodenale esterno, posizionamento di drenaggio di Kher nella via biliare principale, esclusione del duodeno con stapler riassorbibile e digiunostomia nutrizionale; il decorso clinico è stato però complicato da numerosi ricoveri in terapia intensiva e da numerosi reinterventi (n° 3) esitati in DCP. Il secondo pz sottoposto a duodenocefalopancreasectomia non ha necessitato di successivi interventi chirurgici. 2 Pz con perforazione di tipo IV sono stati sottoposti a trattamento conservativo con successo. Il trattamento conservativo è consistito nel posizionamento di SNG, idratazione e somministrazione di terapia antibiotica ad ampio spettro. 2 Pz con perforazione di tipo II, dopo essere stati sottoposti inizialmente a trattamento conservativo, in seguito alla comparsa di un quadro settico, hanno necessitato di una terapia chirurgica aggressiva per il controllo della fonte d'infezione. Nonostante, nei pz. sottoposti a trattamento chirurgico, vi sia stata morbilità elevata e necessità di numerosi e prolungati ricoveri in terapia intensiva, la mortalità complessiva dei pz. esaminati è pari allo 0%. Il range di degenza è stato variabile da 6 giorni a 13 mesi.

Discussione e Commento:

In accordo con la letteratura l'analisi dei nostri dati conferma che, un atteggiamento diagnostico aggressivo fondato sulla valutazione clinica e sugli esami di imaging, permette una corretta stratificazione dei pz. verso un immediato trattamento chirurgico o verso un trattamento conservativo. Sebbene alcuni autori raccomandino come di scelta il trattamento conservativo riferendo una mortalità di circa il 50%⁶, il trattamento chirurgico, quando indicato dall'evoluzione clinica e dalla stadiazione strumentale, può ridurre efficacemente la mortalità pur gravato da elevata morbilità. Tutti i pz studiati hanno manifestato dolore addominale diffuso e ingravescente nelle ore successive all'evento perforativo senza necessariamente presentare un quadro di peritonite. La presenza di dolore addominale importante deve sempre porre il sospetto verso un possibile evento perforativo e indirizzare il paziente ad un'indagine diagnostica mirata: l'esecuzione di TAC addome con mezzo di contrasto per os ed ev entro le 12 ore dall'evento perforativo permette di valutare la presenza di pneumoretro o pneumoperitoneo, la presenza eventuale di uno stravasato del contrasto, la presenza o meno di raccolte liquide intra o retroperitoneali. Nelle perforazioni di tipo I dove è indubbio l'atteggiamento chirurgico immediato, le variabili principali sono il timing dell'intervento e la strategia chirurgica utilizzata. Nelle perforazioni di tipo II, III e IV la scelta tra un trattamento conservativo e un trattamento chirurgico deve essere oculata: l'attenta valutazione dell'evoluzione clinica con eventuale comparsa di un quadro settico di comprovata natura addominale è essenziale per un adeguato timing operatorio.

Conclusioni

Lo stretto monitoraggio clinico e diagnostico e le conseguenti scelte terapeutiche possono condizionare la morbilità e la mortalità delle complicanze perforative post-ERCP.

Riassunto

L'incidenza di complicanze maggiori dovute ad ERCP raggiunge circa il 10% e le perforazioni duodenali occorrono in circa l'1% di tali procedure con una mortalità del 16-18%. Il trattamento di queste complicanze non è tuttora ben codificato in letteratura. Lo scopo del lavoro è stato di valutare se lo stretto monitoraggio clinico e diagnostico e le conseguenti scelte terapeutiche potessero condizionare la morbilità e la mortalità di queste complicanze. Abbiamo condotto uno studio retrospettivo riguardante 6 complicanze perforative giunte alla nostra osservazione tra marzo 2004 e maggio 2005. Le variabili analizzate sono state: tipo di perforazione, metodologie e tempistiche delle diagnostiche utilizzate, presentazione clinica dei pazienti (pz), tipo di trattamento attuato, morbilità, mortalità e durata della degenza. L'attenzione all'evoluzione clinica con il sospetto di perforazione e la successiva Tac Addome hanno evidenziato la comparsa di segni perforativi retro e intraperitoneali. La strategia terapeutica, successiva all'evento perforativo, è stata accuratamente valutata sulla base dell'evoluzione clinica correlata al tipo, all'entità della perforazione e sulla base dell'evoluzione delle immagini diagnostiche tramite Tac addome. Nonostante, nei pz. sottoposti a trattamento chirurgico, vi sia stata morbilità elevata e necessità di numerosi e prolungati ricoveri in terapia intensiva, la mortalità complessiva dei pz. esaminati è pari allo 0%. In conclusione lo stretto monitoraggio clinico e diagnostico e le conseguenti scelte terapeutiche possono condizionare la morbilità e la mortalità delle complicanze perforative post-ERCP.

Bibliografia

- 1) Cotton PB, Lehman G, Vennes J et al: *Endoscopic sphincterectomy complications and their management: an attempt at consensus*. *Gastrointest Endoscopy* 1991; 37:383-93.
- 2) Chung RS, Sivak MV, Ferguson DR: *Surgical decision in the management of duodenal perforation complicating endoscopic sphincterectomy*. *Am J Surg* 1993; 165:700-03.
- 3) Stapfer M, Selby R, Stain C, Katkhouda N, Parekh D, Jabbour N and Garry D: *Management of duodenal perforation after Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography and sphincterectomy*. *Ann Surg* 2000; 2:191-98.
- 4) Howard T, Tan T, Lehman G, Sherman S, Madura J, Fogel E et al: *Surgery*, 1999; 126:658-65.
- 5) Dunham F, Bourgeois N, Gelin M et al: *Retroperitoneal perforations following endoscopic sphincterectomy: clinical course and management*. *Endoscopy*, 1982; 14:92-96.
- 6) Elder JB: *Surgical treatment of perforated duodenal ulcer*. *Postgrad Med J*, 1988; 64:54-59.