

Επιπλοκές στην ERCP «Ορισμοί-συχνότητα»

Φίλιππος Γεωργόπουλος
Επιμελητής Γαστρεντερολόγος
Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων»

Η ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP) αποτελεί την πιο περίπλοκη παρεμβατική εξέταση που εκτελείται από τους γαστρεντερολόγους. Ξεκίνησε ως διαγνωστική εξέταση και σύντομα εξελήχθηκε σε απολύτως επεμβατική θεραπευτική μέθοδο για την αντιμετώπιση παθήσεων του παγκρέατος και των χοληφόρων υποκαθιστώντας σε μεγάλο βαθμό μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις. Όπως όλες οι επεμβατικές ιατρικές πράξεις μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές που μπορεί να παρατείνουν την νοσηλεία του ασθενή για 1-2 ημέρες ή και να έχουν καταστροφικά αποτελέσματα επιφέροντας μόνιμη αναπηρία ή ακόμη και τον θάνατο.

Η ERCP σχετίζεται με την πρόκληση ίδιων επιπλοκών όπως οποιαδήποτε άλλη ενδοσκοπική πράξη του γαστρεντερικού συστήματος (ΓΕΣ) περιλαμβάνοντας ανεπιθύμητες αντιδράσεις από τα χορηγούμενα ενδοφλέβια φάρμακα ή καρδιοαναπνευστικές επιπλοκές. Σε αυτή την παρουσίαση δεν θα αναφερθούμε σε αυτές αλλά θα περιοριστούμε στις αμιγώς σχετιζόμενες με την ERCP επιπλοκές που είναι οι ακόλουθες: 1) Παγκρεατίτιδα, 2) Αιμορραγία, 3) Χολαγγειίτιδα και άλλες σηπτικές επιπλοκές, 4) Διάτρηση και 5) Διάφορες. Οι ορισμοί και η κατάταξη της βαρύτητας συνοψίστηκαν σε σχετική ομοφωνία με τίτλο Consensus Grading System for the major complications of ERCP and endoscopic sphincterotomy to 2006.

Οξεία Παγκρεατίτιδα

Αυξημένη αμυλάση ορού συμβαίνει στο 75% των ασθενών μετά ERCP. Παρά ταύτα μόνο 3-10% των ασθενών έχουν κλινικά οξεία παγκρεατίτιδα που ορίζεται ως συνδυασμός κοιλιακού άλγους και υπερ-αμυλασαιμίας/λιπασαιμίας τουλάχιστον σε τιμή τριπλάσια του φυσιολογικού που απαιτεί νοσηλεία. Τιμές αμυλάσης μέχρι 600 IU/L χωρίς εμφάνιση πόνου ή άλλα σημεία παγκρεατίτιδας μπορούν να εμφανιστούν μετά ERCP χωρίς να αποτελούν παγκρεατίτιδα. Τα κλινικά συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται εντός 24 ωρών.

Η βαρύτητα της παγκρεατίτιδας τουλάχιστον στην ήπια και μέτρια μορφή της καθορίζεται διαφορετικά απ' ό,τι στην οξεία λιθιασική παγκρεατίτιδα. Η *ήπια* παγκρεατίτιδα περιλαμβάνει τον πόνο που εμφανίζεται 24 ώρες μετά την εξέταση, με αύξηση της αμυλάσης ορού αίματος τουλάχιστον τρεις φορές την ανώτατη φυσιολογική τιμή που απαιτεί νοσηλεία για 2-3 ημέρες. Η *μέτρια* παγκρεατίτιδα περιλαμβάνει τον πόνο, την υπεραμυλασαιμία και την παράταση της νοσηλείας για 4-10 ημέρες. Η *σοβαρή* παγκρεατίτιδα περιλαμβάνει τον πόνο, την υπεραμυλασαιμία, την παράταση της νοσηλείας άνω των 10 ημερών ή την ύπαρξη επιπλοκής όπως τον σχηματισμό ψευδοκύστης, αιμορραγικής παγκρεατίτιδας ή φλέγμονα που απαιτούν θεραπευτικούς χειρισμούς.

Δύο μεγάλες μελέτες έχουν δείξει ότι η παγκρεατίτιδα ευθύνεται για τις μισές επιπλοκές που σχετίζονται με την ERCP και την ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή. Η συνολική επίπτωση της παγκρεατίτιδας είναι 4.7% και 5.4% με την σοβαρή να περιορίζεται σε 0.4% και 0.6%.

Αιμορραγία

Η διαγνωστική ERCP έχει πρακτικά μηδαμινή πιθανότητα αιμορραγίας και συνεπώς αυτή σχετίζεται με την διενέργεια σφιγκτηροτομής. Κάποιου βαθμού αιμορραγία που περιγράφεται στην ενδοσκοπική έκθεση και κυμαίνεται από ήπια τριχοειδική έως σοβαρή αναφέρεται μετά από σφιγκτηροτομή σε ποσοστό από 10-30% χωρίς όμως να ορίζεται ως επιπλοκή μια που δεν επηρεάζει κλινικά τον ασθενή. Τα κριτήρια ομοφωνίας ορίζουν μόνο την κλινική και όχι ενδοσκοπικά σοβαρή αιμορραγία που προκαλεί μέλαινα ή αιματέμεση με ή χωρίς πτώση της αιμοσφαιρίνης ή που απαιτεί την επανενδοσκόπηση ή την μετάγγιση του ασθενή.

Η *ήπια* αιμορραγία αναφέρεται στην ύπαρξη κλινικών συμπτωμάτων και πτώση της αιμοσφαιρίνης μέχρι 3 γραμμάρια. Η *μέτρια* αιμορραγία απαιτεί μετάγγιση μέχρι τέσσερις μονάδες αίματος χωρίς αγγειογραφική ή χειρουργική επέμβαση. Η *σοβαρή* αιμορραγία απαιτεί μετάγγιση πέντε μονάδων αίματος ή αγγειογραφική ή χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της.

Συνήθως στους μισούς ασθενείς συμβαίνει και αναγνωρίζεται αμέσως αν και έχει παρατηρηθεί κλινικά συμπτωματική αιμορραγία έως και 10 ημέρες μετά την σφιγκτηροτομή. Οι πιο σύγχρονες μελέτες περιγράφουν την επίπτωση της αιμορραγίας μετά σφιγκτηροτομή στο 2% με πολύ λίγες περιπτώσεις (λιγότερο από 1 στους 1000 ασθενείς) να απαιτούν χειρουργική ή αγγειογραφική παρέμβαση, με θνησιμότητα στο 0.1%.

Διάτρηση

Τρεις τύποι διάτρησης περιγράφονται: α) **οπισθοπεριτοναϊκή δωδεκαδακτυλική**: είναι η πιο συχνή και οφείλεται σε επέκταση της σφιγκτηροτομής πέραν της ενδοτοιχωματικής μοίρας του χοληδόχου πόρου, β) **διάτρηση των χοληφόρων πόρων**: οφείλεται σε διαστολή στενώσεων των χοληφόρων κυρίως σε κακοήθειες ή ανεπιθύμητο καθετηριασμό της πυλαίας με είσοδο οδηγού σύρματος εντός αυτής και γ) **ελεύθερη περιτοναϊκή διάτρηση του δωδεκαδάκτυλου ή της νήστιδας** λόγω αλλαγής της ανατομίας (Billroth II γαστρεκτομή, πεπτική στένωση στο δωδεκαδάκτυλο). Σπάνια έχει περιγραφεί διάτρηση περιφυματικού εκκολπώματος, διάτρηση οισοφάγου, στομάχου ή πνευμοπεριτόναιο χωρίς διάτρηση.

Η κλινικά σημαντική επίπτωση της διάτρησης κυμαίνεται από 0.5-5.2% των σφιγκτηροτομών. Σε ένα ποσοστό 30% μπορεί να ανευρεθεί ελεύθερος αέρας οπισθοπεριτοναϊκά χωρίς καμία κλινική συμπτωματολογία ή ανάγκη θεραπευτικής παρέμβασης.

Η βαρύτητας της κατατάσσεται σε *ήπια* όταν παρατηρείται μικρή ποσότητα διαρροής του σκιαγραφικού και απαιτείται νοσηλεία μέχρι τρεις ημέρες, μέτρια σε οποιαδήποτε σαφή διαρροή που αντιμετωπίζεται συντηρητικά από 4-10 ημέρες και *σοβαρή* όταν απαιτείται νοσηλεία άνω των 10 ημερών ή θεραπευτική παρέμβαση χειρουργικά ή παρεμβατικά υπό αξονικό τομογράφο.

Χολαγγειίτιδα και σηπτικές επιπλοκές

Δυνητικές σηπτικές επιπλοκές περιλαμβάνουν: ανιούσα χολαγγειίτιδα, οξεία χολοκυστίτιδα, επιμολυσμένη παγκρεατική ψευδοκύστη, ηπατικό απόστημα, περιτονίτιδα με βακτηριακή λοίμωξη συνεπεία διάτρησης κοίλου σπλάχνου και σπανιότερα βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα.

Η ανιούσα χολαγγειίτιδα συμβαίνει μεταξύ 24 και 72 ωρών μετά την ERCP και συνήθως συμβαίνει λόγω ανεπαρκούς παροχέτευσης ενός ήδη επιμολυσμένου βακτηριακού δένδρου, όπως για παράδειγμα σε κακοήθειες των πυλών του ήπατος και ανεπαρκή παροχέτευση των με ενδοπροθέσεις. Κατατάσσεται σε *ήπια* όταν παρατηρείται πυρετός άνω των 38° C για 24 με 48 ώρες, *μέτρια* όταν απαιτεί νοσηλεία άνω των τριών ημερών ή ενδοσκοπική ή διαδερμική παροχέτευση και *σοβαρή* όταν συμβαίνει σηπτική καταπληξία ή απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση.

Η οξεία χολοκυστίτιδα παρατηρείται σε ποσοστό μικρότερο του 0.5% των ασθενών και σχετίζεται με την χορήγηση μη στείρου σκιαγραφικού υγρού σε μια ατελώς καθαιρώμενη χοληδόχο κύστη που συνήθως περιέχει χολόλιθους.

Η παγκρεατική σηπτική επιπλοκή είναι εξαιρετικά σπάνια και συνήθως συμβαίνει όταν μια ψευδοκύστη επιμολυνθεί με σκιαγραφικό υγρό κατά την διάρκεια καθετηριασμού του παγκρεατικού πόρου.

Διάφορες (Ενσφήνωση καθετήρα τύπου καλάθι)

Η ενσφήνωση του καθετήρα τύπου καλάθι για την αφαίρεση λίθων από τον χοληδόχο πόρο παλαιότερα ήταν μια σημαντική επιπλοκή που μπορεί να οδηγούσε τον ασθενή στο χειρουργείο. Συνήθως συνέβαινε λόγω ατελούς σφιγκτηροτομής, μεγάλου λίθου, στένωσης στο περιφερικό (ενδοπαγκρεατικό τμήμα του χοληδόχου πόρου) ή συνδυασμού των ανωτέρω. Σήμερα είναι πιο σπάνια και αντιμετωπίσιμη με την χρήση των μηχανικών λιθοτροπών αλλά και την χρήση των συσκευών επείγουσας μηχανικής λιθοτριψίας.

Τέλος θα πρέπει να αναφερθούν και οι απώτερες επιπλοκές που σχετίζονται με την ERCP και ειδικά με την διενέργεια σφιγκτηροτομής και τοποθέτησης ενδοπροθέσεων που είναι ο επανασηματισμός χοληδοχολίθων, επαναστένωσης του σφιγκτήρα του Oddi, χολοκυστίτιδα και στενώσεις των χοληφόρων.

Οι επιπλοκές πάντα θα υπάρχουν όσο καλά και εάν είναι προετοιμασμένος ο θεραπευτής ιατρός. Θα πρέπει όμως να θυμόμαστε ότι η πρώιμη διάγνωση τους και η κατάλληλη αντιμετώπιση τους αποτελούν τον καθοριστικότερο παράγοντα αίσιας έκβασης του ασθενή. Οι ασθενείς που έχουν την μικρότερη ένδειξη είναι οι πιο πιθανοί για ανάπτυξη επιπλοκής και η αποφυγή εκτέλεσης ERCP σε οριακές ενδείξεις είναι ο καλύτερος τρόπος αποφυγής σημαντικών επιπλοκών.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

1. Freeman ML. Adverse outcomes of endoscopic retrograde cholangiopancreatography: avoidance and management. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 2003;13:775-798
2. Chapman RW. Complications of ERCP. *BSG Guidelines in Gastroenterology*, November 2006