

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ERCP

Πρόληψη και αντιμετώπιση της διάτρησης

Συνολικά, επιπλοκές κατά την ERCP μπορεί να συμβούν σε ποσοστό 4-15,9% των ασθενών, ενώ η θνητότητα από την ERCP κυμαίνεται από 0-1% (1-4). Σημειώνεται ότι στις διάφορες μελέτες παρατηρείται μεγάλη διακύμανση στα ποσοστά των επιπλοκών κυρίως εξαιτίας της ετερογένειας στο σχεδιασμό των μελετών αλλά και στον υπό μελέτη πληθυσμό.

Η συχνότερη εκ των επιπλοκών της ERCP είναι η παγκρεατίτιδα (5-10%) και ακολουθεί η αιμορραγία (1-2%). Η διάτρηση είναι η τρίτη σε συχνότητα επιπλοκή της ERCP αφού συμβαίνει σε λιγότερες από 1 % των περιπτώσεων (1,4)

Οι διατρήσεις κατά την ERCP μπορεί να είναι τεσσάρων ειδών:

- 1) Διάτρηση του οισοφάγου, στομάχου ή δωδεκαδακτύλου μακριά από το φύμα οι οποίες προκαλούνται από το ενδοσκόπιο. Αυτού του τύπου οι διατρήσεις είναι εξαιρετικά σπάνιες και συνήθως προϋποθέτουν υποκείμενη παθολογία όπως για παράδειγμα στένωση του αυλού, εκκόλψωμα ή Billroth II ανατομία (4,5). Οι διατρήσεις σε ασθενείς με Billroth II επεμβάσεις συνήθως συμβαίνουν είτε επί της αναστόμωσης είτε στην προσιούσα έλικα από την πλάγια πίεση που ασκείται από το ενδοσκόπιο.

Η υποψία της διάτρησης και η άμεση αναγνώριση αυτής προσδιορίζει συνήθως και την έκβαση αφού στις περιπτώσεις αυτές η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση είναι απαραίτητη.

2) Διατρήσεις στην περιοχή του φύματος οι οποίες είναι οι συνηθέστερες είναι αποτέλεσμα της σφιγκτηροτομής. Συνήθως είναι μικρές διατρήσεις στην περιοχή του φύματος που αναγνωρίζονται μετά από την ERCP όταν ο ασθενής παρουσιάσει επιγαστραλγία και λευκοκυττάρωση. Η θέση τους είναι οπισθοπεριτοναϊκή και γι αυτό μπορεί να μην υπάρχει σύσπαση της κοιλιάς, ούτε ελεύθερος αέρας υποδιαφραγματικά. Η υποψία τους απαιτεί τη διενέργεια αξονικής τομογραφίας στην οποία μπορεί να αναδειχθούν φυσαλίδες αέρα ή/και περιπαγρεατικές συλλογές. Η αξονική τομογραφία είναι σημαντική εξέταση για τη διαφορική διάγνωση στους ασθενείς αυτούς της παγκρεατίτιδας από τη διάτρηση. Επιπλέον καθοδηγεί την αντιμετώπιση των ασθενών. Αν υπάρχει μεγάλη ποσότητα αέρα ή ελεύθερου υγρού, η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση είναι πλέον ενδεδειγμένη. Άλλες ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης είναι η μη βελτίωση του ασθενούς με τη συντηρητική θεραπεία, ή η παραμονή απόφραξης των χοληφόρων. Η καθυστέρηση στη διάγνωση ή στη λήψη απόφασης για χειρουργική αντιμετώπιση συνοδεύεται από μεγάλη θνητότητα. Είναι σημαντικό οι ασθενείς με διάτρηση να παρακολουθούνται στενά από ομάδα έμπειρων ενδοσκόπων και χειρουργών (7).

Οι παράγοντες κινδύνου για πρόκληση διάτρησης κατά τη σφιγκτηροτομή είναι δύσκολο να καθορισθούν, εξαιτίας της σπανιότητας αυτών των διατρήσεων. Το πιθανότερο είναι ότι η διενέργεια σφιγκτηροτομής από μη έμπειρους ενδοσκόπους, η Billroth II ανατομία, η χρήση needle knife

σφιγκτηροτόμου και η ύπαρξη δυσκινησίας του σφιγκτήρα του Oddi συνδέονται με σχετικά αυξημένα ποσοστά διάτρησης λόγω αδυναμίας ελέγχου του μεγέθους της σφιγκτηροτομής (3,5,6).

- 3) Διατρήσεις που συμβαίνουν στα χοληφόρα από το οδηγό σύρμα ή τους καθετήρες καλάθια κατά τους χειρισμούς. Οι περισσότεροι ασθενείς με τέτοιες διατρήσεις αντιμετωπίζονται συντηρητικά και αναρρώνουν πλήρως με ενδοφλέβια αντιβιοτικά, νηστεία και ορισμένες φορές την τοποθέτηση ενδοπροσθήκης (3)
- 4) Τέλος διατρήσεις που προκαλούνται στο απέναντι τοίχωμα του δωδεκαδακτύλου από τις ενδοπροσθήκες. Αυτές είναι σπάνιες και συνήθως διαγιγνώσκονται σχετικά καθυστερημένα, και μπορεί να συνοδεύονται από σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα (8).

Γενικά η βαρύτητα της διάτρησης κατά την ERCP ταξινομείται ως ήπια όταν ο ασθενής αναρρώνει πλήρως εντός 3 ημερών με συντηρητική αγωγή, μέτρια όταν απαιτούνται 4-10 ημέρες συντηρητικής αγωγής και βαρεία όταν η νοσηλεία παρατείνεται πέραν των 10 ημερών ή απαιτείται χειρουργική ή διαδερμική παροχέτευση των συλλογών (1).

1. Freeman ML, Adverse outcomes of ERCP. Gastrointest Endosc 2002; 56(6), Suppl 1, S273-282

2. Loperfido S, Angelini G, Benedetti G, et al: Major early complications from diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. *Gastrointest Endosc* 48:1-10, 1998
3. Masci E, Toti G, Mariani A, et al: Complications of diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol* 96:417-423, 2001
4. Enns R, Eloubeidi MA, Mergener K et al . ERCP related perforations. Risk factors and management. *Endoscopy* 2002;34(4):293-298
5. Vandervoort J, Soetikno RM, Tham TC, et al: Risk factors for complications after performance of ERCP. *Gastrointest Endosc* 56:652-656, 2002
6. Christensen M, Matzen P, Schulze S, et al: Complications of ERCP: a prospective study. *Gastrointest Endosc* 60:721-731, 2004
7. Wu HM, Dixon E, May Get al. Management of perforation after endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP): a population-based review *HPB*, 2006; 8: 393_399
8. Storkson RH, Edwin B, Reierstsen O et al. Gut perforation caused by biliary endoprosthesis *Endoscopy* 2000;32(1):87-89