



Ospedale Niguarda

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

La Colangio- Pancreatografia Retrograda Endoscopica (CPRE)

La Colangio-Pancreatografia Retrograda Endoscopica

La Colangio-Pancreatografia Retrograda Endoscopica (CPRE) è una procedura endoscopica e radiologica.

*La CPRE può essere utilizzata per la **diagnosi e la terapia** delle patologie delle vie biliari, del pancreas, e della papilla del Vater, una piccola sporgenza della mucosa del duodeno, dove sboccano i dotti biliari e pancreatici.*

La procedura viene eseguita in regime di ricovero.

Questo opuscolo descrive le indicazioni alla procedura, il suo svolgimento, le procedure terapeutiche ad essa connesse e le procedure alternative.

Sono inoltre illustrate le complicanze e le loro conseguenze.

Restiamo a vostra disposizione per qualsiasi chiarimento.

L'équipe di endoscopia digestiva e interventistica

Colloquio pre esame

E' indispensabile informare il medico circa i **farmaci assunti**, le eventuali **malattie concomitanti**, la presenza di **pace-maker** o di **altri impianti** che possono interferire con gli apparecchi elettromedicali.

E' importante elencare **tutte le allergie**. Nel caso di **allergia al latte** si provvederà ad uno **specifico allestimento** della sala di endoscopia e all'utilizzo di materiali particolari.

In caso di effettiva necessità la CPRE può essere eseguita anche in corso di gravidanza attuando apposite misure di protezione.

Preparazione

É necessario essere a digiuno a partire **dalle 12 ore precedenti l'esame**.

Nel caso si assumano farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti, in previsione dell'esame, **potrebbe rendersi necessaria la loro sospensione o sostituzione** previo consulto con lo specialista di riferimento. **In tutti i casi**, a seconda della storia anamnestica del paziente e del tipo di intervento previsto, l'**endoscopista potrebbe prescrivere i test ematici per la valutazione dell'assetto coagulativo**.

Procedura

- **Sedazione farmacologica**

Durante la CPRE vengono somministrati per via endovenosa farmaci sedativi antidolorifici e antispastici che rendono la procedura ben tollerata. Viene monitorata la frequenza cardiaca, la saturazione d'ossigeno del sangue e la pressione arteriosa. **Nel caso in cui si decida per una sedazione profonda**, il paziente verrà sottoposto a valutazione anestesiology (che, tranne casi particolari, verrà effettuata al momento stesso della CPRE) e dovrà firmare un consenso specifico proposto dal medico anestesista.

Eventuali protesi dentarie mobili dovranno essere rimosse prima dell'esame.

- **Fase diagnostica**

Il duodenoscopio è una particolare sonda flessibile dotata di una **sorgente luminosa e di una piccola telecamera** posta all'estremità che trasmette le immagini degli organi interni su un apposito monitor.

L'esame viene eseguito in regime di ricovero, con paziente prono, supino o sul fianco sinistro, a seconda della necessità.

Il duodenoscopio viene introdotto attraverso la bocca e fatto avanzare fino al duodeno, la prima porzione dell'intestino, all'altezza della papilla di Vater.

Oltre alle immagini raccolte dalla telecamera, per **perfezionare la fase diagnostica** ed orientare le successive procedure terapeutiche, viene **iniettato nei dotti biliari e pancreatici un mezzo di contrasto radiopaco** grazie a una cannula posta all'interno del duodenoscopio. Utilizzando i raggi X sarà possibile visualizzare su un monitor le immagini delle vie biliari.

- **Fase operativo-terapeutica**

A questa prima fase **segue** immediatamente **la fase operativo-terapeutica** che inizia quasi sempre con un taglio (sfinterotomia) che ha la funzione di ampliare l'orifizio della papilla di Vater e consentire le **manovre necessarie alla risoluzione delle patologie evidenziate**.

- **Sfinterotomia biliare o pancreatica**

La sfinterotomia consiste nel praticare un taglio del muscolo circolare (sfintere) che chiude, a livello della papilla di Vater, sia la via biliare che il dotto pancreatico per consentire l'estrazione dei calcoli al fine di poter operare nei dotti a monte della papilla di Vater. Vengono utilizzati cateteri muniti di filo metallico che, attraverso il passaggio di corrente, consentono il taglio e l'eventuale coagulazione.

- **Pre-cut**

In caso di difficoltà ad incannulare la papilla di Vater, sia per impedimenti anatomici che per patologie concomitanti, il medico può far ricorso ad una tecnica che prevede il taglio della papilla (con accessori endoscopici specifici) per facilitare l'accesso al dotto biliare. Questa tecnica è alquanto delicata ed è gravata da una maggiore incidenza di emorragie e perforazioni rispetto alla sfinterotomia standard.

- **Dilatazione della papilla di Vater**

In casi selezionati, per evitare la sfinterotomia o per ampliarne il calibro, è possibile utilizzare dei palloncini da dilatazione che, riempiti con aria o mezzo di contrasto, determinano un incremento del diametro dello sfintere.

• Litotrissia

Quando i calcoli **sono più grossi delle dimensioni della sfinterotomia**, è **necessario eseguire la loro frammentazione** (litotrissia) all'interno della via biliare. Ciò può avvenire con tecnica meccanica (litotrissia con cestello), elettro-idraulica o laser-pulsata (litotrissia ad onde). Una volta frammentato in piccoli pezzi, il calcolo viene rimosso nel corso della stessa procedura endoscopica.

• Posizionamento di protesi

Le protesi (o stent) utilizzate sono plastiche o metalliche. Si utilizzano generalmente **per dilatare i restringimenti patologici** (stenosi) che impediscono il flusso della bile o del succo pancreatico. La causa di queste stenosi può essere benigna, legata a patologie infiammatorie o cicatriziali postoperatorie, o maligna secondaria a malattie tumorali.

Nella **patologia benigna** l'uso di protesi ha lo scopo di indurre la **dilatazione permanente** della stenosi. In questi casi **vengono rimosse** una volta regredita la stenosi del dotto.

Nel caso delle **stenosi tumorali**, l'utilizzo di stent **può essere preoperatorio**, ad esempio per risolvere l'ittero che deriva dalla occlusione delle vie biliari da parte del tumore che deve essere rimosso.

In altri casi le protesi biliari vengono posizionate nelle stenosi tumorali di pazienti che **non possono essere operati** per **risolvere temporaneamente l'ittero ed alleviare il quadro clinico**.

Nel tempo **la protesi può occludersi o spostarsi** dando luogo alla comparsa di sintomi caratterizzati dalla recidiva dell'ittero, e dall' insorgenza di febbre spesso accompagnata da brividi scuotenti (colangite). In questi casi si dovrà **procedere ad una sostituzione** della protesi. **Raramente**, in caso di migrazione distale della protesi, può **verificarsi una perforazione intestinale**. In questi casi è necessario rimuovere la protesi e riparare la perforazione per via endoscopica o chirurgica.

In casi particolari, il posizionamento di protesi può essere preceduto da manovre di dilatazione della stenosi con dilatatori idropneumatici o semirigidi.

• Posizionamento di drenaggi naso-biliari e naso-pancreatici

In alcune situazioni particolari, l'endoscopista al termine della procedura, può avere la necessità di lasciare un sondino che viene fatto passare attraverso le narici per drenare bile o succo pancreatico, per detergere i dotti, o per ripetere esami contrastografici.

• **Papillectomia**

è una particolare tecnica resettiva che serve per asportare endoscopicamente i tumori che nascono dalla papilla di Vater. La procedura è molto delicata ed è gravata da complicanze fino al 20% dei pazienti operati.

• **Post-intervento**

Dopo la procedura il paziente viene monitorato fino al completo recupero post-sedazione ed inviato in reparto.

I **controlli clinici successivi verranno indicati** nella relazione di dimissione secondo le specifiche necessità del caso.

Nelle **prime 12 ore** dopo la procedura **possono comparire dolori addominali** generalmente di scarsa importanza clinica che dovranno comunque essere valutati dal personale medico. **Nei giorni successivi** la CPRE è utile che il paziente **controlli il colore delle feci** che, in caso di emorragia, potrebbero diventare scure e maleodoranti. In questo caso è **indispensabile consultare un medico** per valutare il problema.

Complicanze della CPRE e delle procedure aggiuntive

La CPRE è una procedura endoscopica complessa e, come tale, è gravata da **possibili complicanze**.

Queste sono **correlate a fattori di rischio** legati al tipo di procedura e al paziente (età, sesso, storia di precedenti pancreatiti, anomalie della coagulazione, malattie concomitanti, etc). La percentuale di complicanze, riportata in letteratura internazionale, è la seguente:

- pancreatite acuta 3,5% (range 1,6-15,7%)
- emorragia 1,3% (range 1,2-1,5%)
- perforazione 0,1-0,6%
- infezioni: colangite 1-2%, colecistite 0,2-0,5%

La mortalità connessa alla procedura è circa dello 0.2% dopo CPRE diagnostica e dello 0.4-0.5% nella CPRE terapeutica.

E' infine possibile la **contaminazione con germi multiresistenti**. Nella maggior parte dei casi la contaminazione **non ha alcun rilievo clinico** per il paziente e **tende a scomparire** nei mesi successivi alla procedura.

In caso di contaminazione (tampone rettale positivo per germi multiresistenti) sono necessarie misure di isolamento funzionale per prevenire la diffusione dell'infezione ad altri pazienti degenti. Raramente alla contaminazione può subentrare l'infezione sistemica (sepsi) la cui problematicità dipende proprio dalla limitata disponibilità di antibiotici

efficaci.

Al fine di garantire **una prestazione sicura e libera da rischio infettivo** i dispositivi medici riutilizzabili (endoscopi e accessori poli-uso) **sono puliti a fondo** (superfici esterne e canali interni) immediatamente dopo ogni procedura con detergenti proteolitici, per rimuovere ogni materiale organico potenzialmente contaminante. A seguire, il materiale considerato semicritico (come l'endoscopio) è sottoposto a un **ciclo di disinfezione** di alto livello in specifiche lava endoscopi. Al termine del ciclo di disinfezione gli endoscopi vengono asciugati e, se non utilizzati subito, sono riposti in appositi **armadi areati** che consentono lo stoccaggio verticale per proteggerli dalla polvere, da possibili fonti di contaminazione e dalle alte temperature. Gli **accessori riutilizzabili** (pinze, anse da polipectomia, ecc.), sono considerati strumenti critici e, dopo essere stati sottoposti ad accurato lavaggio, vengono sottoposti a un processo di sterilizzazione.

NOTA SUL MONOUSO: gli accessori monouso vengono smaltiti, dopo l'impiego, secondo la normativa di legge vigente. A tutela della sicurezza degli utenti **non è previsto il loro recupero e riutilizzo.**

Alternative alla CPRE

Le procedure terapeutiche alternative alla CPRE sono rappresentate dalla chirurgia e dalla radiologia interventistica (colangiografia percutanea trans-epatica). La scelta delle opzioni terapeutiche è fatta dallo specialista sulla base dei vantaggi e svantaggi (complicanze, percentuali di successo, risultati a distanza) che ogni singola procedura presenta in relazione alla patologia da trattare e allo stato di salute del paziente.

Per eventuali ulteriori informazioni fare riferimento al sito della Società Italiana di Endoscopia Digestiva: www.sied.it

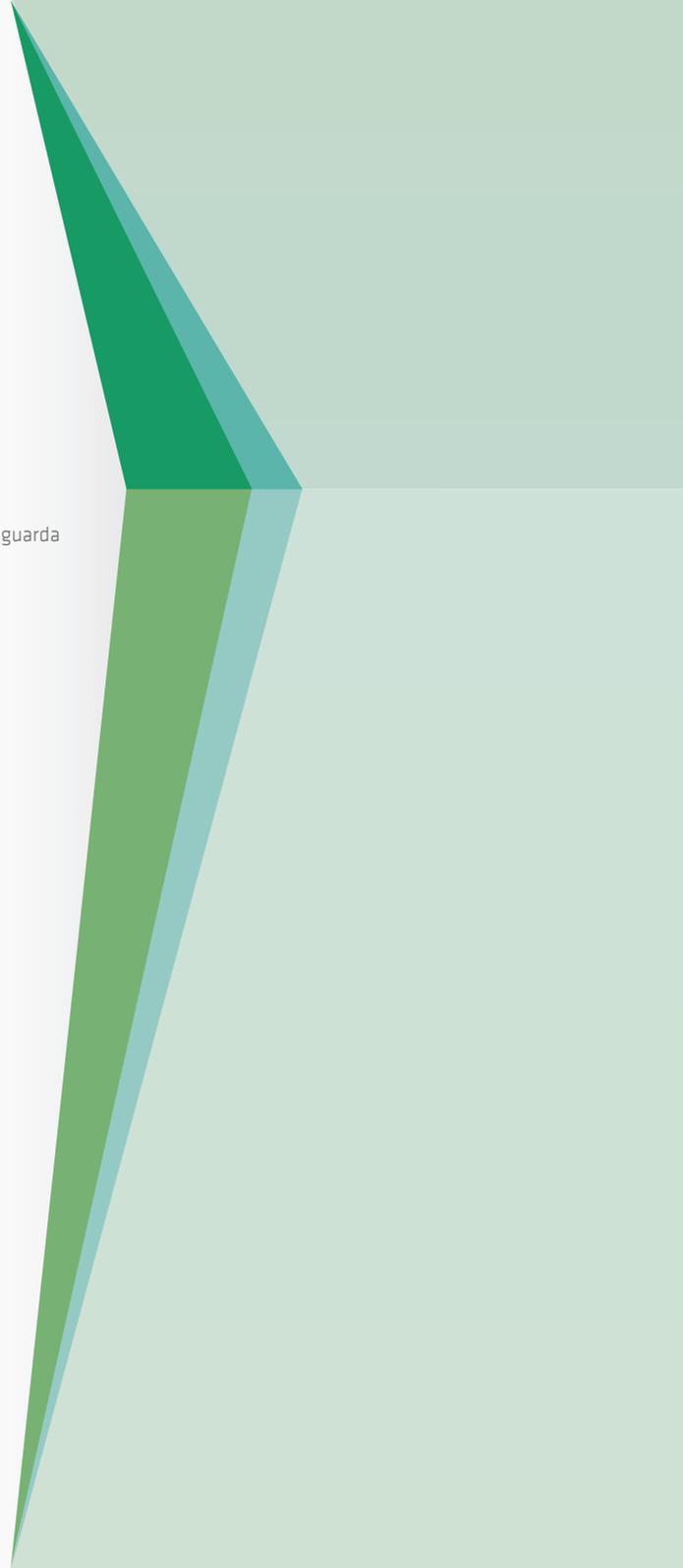
Contatti:

Endoscopia Digestiva e Interventistica

Direttore: Massimiliano Mutignani

Coordinatore infermieristico: Giulio Petrocelli

Servizio endoscopia: 02 6444.2770 / lun-ven: 8.00-15.30
endoscopiadigestiva@ospedaleniguarda.it



ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
P.zza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano
Tel. 02 6444.1 - Fax 02 6420901

www.ospedaleniguarda.it

Aggiornamento maggio 061 v0 2017
a cura di: Comunicazione
comunicazione@ospedaleniguarda.it