

COMPLICANZE DI UNA ERCP:

sanguinamento post ERCP:

- ripetere l'esame endoscopico (EGDS) → l'emorragia è sotto forma di stillicidio o di intensa "perdita" arteriosa,
- se fallimento → angiografia del tripode celiaco + embolizzazione selettiva del ramo sanguinante,
- ultima istanza: intervento chirurgico → kocherizzazione del duodeno, duodenotomia longitudinale della seconda con accesso alla papilla di Vater. Suturare il gemizio, stando attenti a non stenosare → nel caso praticare una sfinteroplastica chirurgica.

Perforazione post ERCP:

complicanza più seria della CPRE e dell'endoscopia **mortalità fino ad 1/5 dei pazienti.**

La maggior parte del retroperitoneo nella zona periampollare solo 1/10 delle perforazioni è intra-peritoneale ed è causato dall'endoscopio

FDR per endoscopia digestiva:

- una SE troppo generosa,
- un trattamento terapeutico,
- l'iniezione intramurale di mezzo di contrasto,
- ripetuti esami CPRE
- pazienti con gastrectomia sec. Billroth II.

(TECNICA PRE-CUT: SEZIONE DELLA PORZIONE INTRADUODENALE COLEDOCICA SENZA PREVENTIVO INCANNULAMENTO DELLE VIE BILIARI-----DA UTILIZZARSI IN CASO DI INCANNULAMENTO DIFFICOLTOSO, TALVOLTA USATA COME PRIMA LINEA IN MANI "ESPERTE" → FATTORE DI RISCHIO PER PERFORAZIONE E PANCREATITE)

Diagnosi:

- dolore addominale irradiato al dorso durante\subito dopo ERCP + Rx addome con aria nel retroperitoneo
 - GOLD STANDARD → TC
 - far iniettare dall'endoscopista, del mezzo di contrasto che così, mostrerà la perdita
- ESCLUDERE UNA PANCREATITE**

I pazienti con spandimento di mezzo di contrasto, aria intra-peritoneale (che denota una perforazione intra-peritoneale), peritonite e/o sepsi devono essere trattati chirurgicamente.

Trattamento conservativo:

- sondino naso-gastrico
- antibiotici ad ampio spettro

il miglioramento dovrebbe avvenire entro 12-24 ore.

LA CHIRURGIA:

- 1) "kocherizzare" il duodeno
 - 2a) raffia semplice
 - 3b) riparazione con lembo omentale
- lasciare sempre un drenaggio in sede

- paziente in condizioni stabili e la riparazione è adeguata (perforazioni ad uno stadio precoce) → STOP
- **paziente in condizioni instabili e/o riparazione non adeguata → intervento di esclusione del piloro.** (gastrotomia quindi si chiude il piloro dall'interno con punti di sutura riassorbibili e si confeziona una gastro-digiunostomia e posizionare un sondino naso-digiunale per nutrire il paziente)
- **Se la via biliare è ostruita decomprimere → colecistectomia, clearance del coledoco, tubo di KEHR**

COMPLICANZE DI UNA COLONSCOPIA:

complicanze: perforazione ed emorragia

EMORRAGIA:

- procedura diagnostica → (fino allo 0,3% per le perforazioni e lo 0,2% per l'emorragia)
- procedura terapeutica, per di più dopo polipectomia (0,4% per le perforazioni e 2,3% per l'emorragia).

Emorragia:

precoce → subito dopo l'esame endoscopico

tardiva – da un'ulcera insorta in sede di polipectomia o biopsia.

Raramente: lesione splenica per manipolazione della flessura splenica con emorragia intra-addominale.

1 stabilizzazione del paziente e correzione di una eventuale coagulopatia,

2 nuovo esame endoscopico per tentare di trattare l'emorragia.

3 immediata esplorazione dell'addome.

Tenete sempre l'endoscopista in sala operatoria per eseguire una colonscopia intra-operatoria

Se dopo il punto 1 il sanguinamento è terminato → VIGILE ATTESA

una colonscopia intra-operatoria minimizza la perdita di sangue ed evita una inutile resezione intestinale. A volte basta eseguire una colotomia ed ottenere l'emostasi, quindi richiudere la colotomia.

Se la causa è incontrollabile colectomia adeguata

PERFORAZIONE:

Dovete sospettare una perforazione in tutti i pazienti con malessere o dolore addominale che sono stati sottoposti recentemente ad una colonscopia

FDR:

- precedente intervento chirurgico,
 - diverticolite,
 - pre-esistenti aderenze,
 - intestino insufficientemente
-
- le perforazioni dopo una colonscopia terapeutica sono piccole → **trattamento non chirurgico.**
 - le perforazioni da colonscopia diagnostica determinano lacerazioni di dimensioni considerevoli della parete colica → **trattamento chirurgico tempestivo.**

Esami: Diretta addome e TC

- 1) assenza di pneumoperitoneo\ la perdita del mezzo di contrasto alla TC è minima o assente
- 2) segni di perforazione

1) Trattamento non chirurgico → poco sintomatici, senza febbre, con esame dell'addome negativo (ad es. assenza di segni di peritonite), possono essere trattati non chirurgicamente

- digiuno assoluto

- antibiotici ad ampio spettro (come per una diverticolite acuta –

2) chirurgia (laparotomia esplorativa)

Il ruolo della laparoscopia nella diagnosi e nel trattamento delle perforazioni coliche non è stato ancora definito