

ERCP of EUS-geleide galwegdrainage

U heeft last van geelzucht omdat een tumor de galgang afsluit. Er zijn twee endoscopische technieken die de geelzucht kunnen behandelen. Beide ingrepen worden uitgevoerd nadat u in slaap bent gebracht (diepe sedatie). U krijgt het onderzoek niet mee en wordt pas wakker als het onderzoek klaar is. Bij zowel ERCP als EUS wordt een endoscoop (zwarte slang met camera) via de mond in de dunne darm ingebracht.

Welke functie hebben de galwegen en alveesklier?

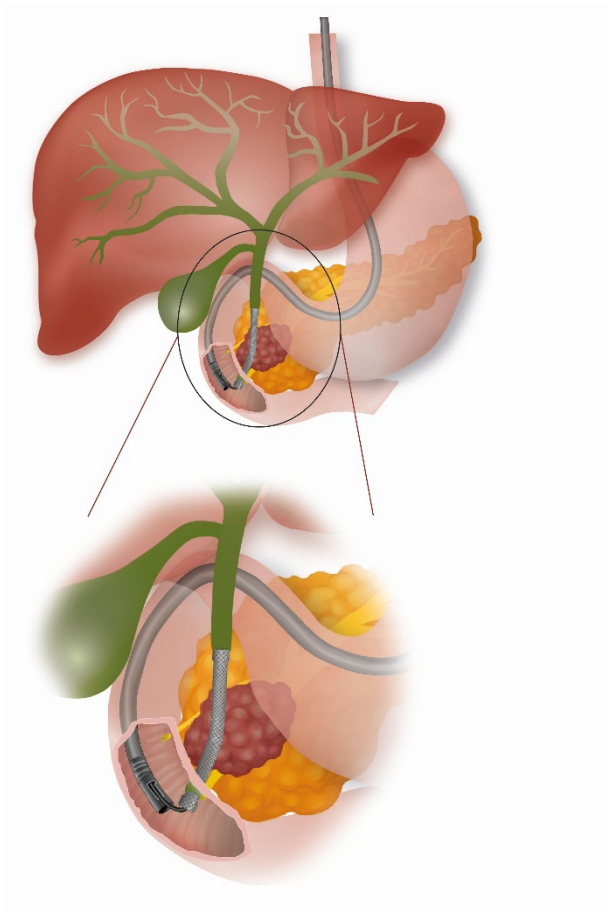
De galwegen en de alveesklier maken deel uit van het spijsverteringsstelsel. Gal wordt aangemaakt in de lever en vervolgens opgeslagen in de galblaas. Vanuit de galblaas stroomt de gal door de galwegen naar de dunne darm. In de dunne darm is de gal nodig voor de vertering van vetten.

De alveesklier produceert alveeskliersap en wordt afgescheiden naar de dunne darm. Het sap speelt een rol bij de vertering van koolhydraten, vetten en eiwitten.

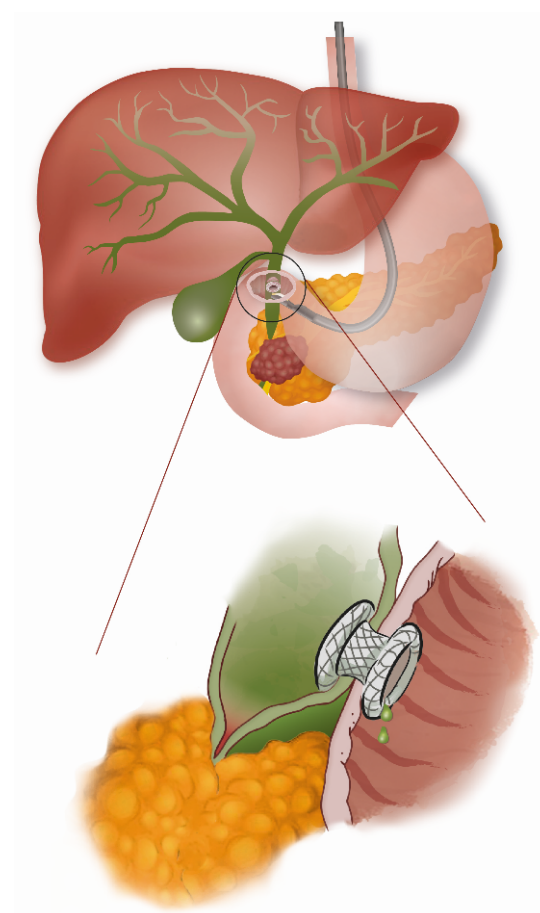
De twee onderzoeken

Bij een ERCP wordt de uitgang van de galweg opgezocht en wordt er een buisje geplaatst door de tumor om zo de vernauwing van de galweg te verwijderen (**figuur 1**).

EUS-CDS is een nieuwe techniek die is ontwikkeld om de procedure makkelijker te maken. De endoscoop wordt minder diep in de dunne darm geplaatst waarna de galweg wordt opgezocht met een echo-apparaatje wat op de endoscoop zit. Vervolgens wordt er een gaatje gebrand in de wand van de dunne darm en de galweg, waarna een stent kan worden geplaatst. Zodoende is er een nieuwe verbinding gemaakt tussen de galweg en de dunne darm waardoor de gal kan afvloeien (**figuur 2**).



Figuur 1. ERCP



Figuur 2. EUS-CDS

Succes van de ingreep

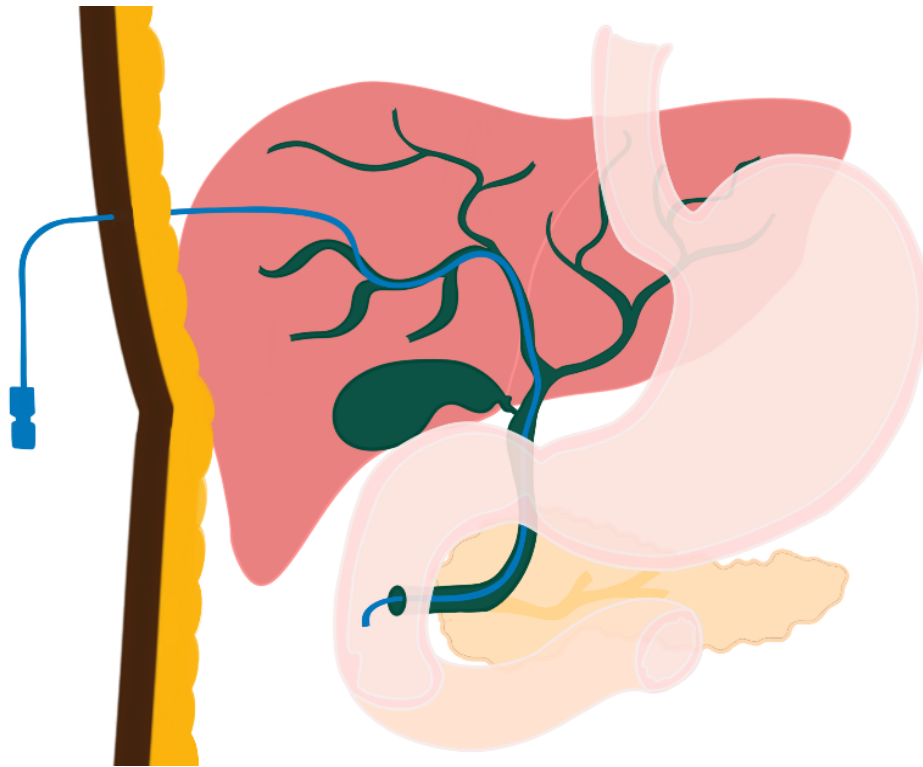
Bij 8 op de 10 patiënten lukt een ERCP met stentplaatsing tijdens de eerste ingreep.



Indien een ERCP niet lukt dan wordt er meestal na 3 tot 5 dagen een tweede ERCP uitgevoerd.

Bij 8 van de 10 patiënten slaagt deze 2e poging wel.

Indien dit weer niet lukt kan een EUS-geleide drainage worden verricht. Of er wordt een slangetje via de buikwand geplaatst, dit noemen we een PTCD (**figuur 3**).



Figuur 3. PTCD

In Amsterdam UMC wordt steeds vaker een EUS-geleide drainage uitgevoerd. EUS-geleide drainage lukt bij 9 op de 10 patiënten tijdens de eerste ingreep.



Indien EUS-geleide drainage niet lukt en ERCP nog niet is geprobeerd kan er alsnog een ERCP worden verricht of er kan een drain worden geplaatst via een PTCD.

Het nadeel van een PTCD is dat er tenminste tijdelijk gal via een drain (slang) vanuit de buikwand naar een zakje buiten het lichaam afloopt. Daarom wordt PTCD tegenwoordig zelden als eerste keus ingezet.

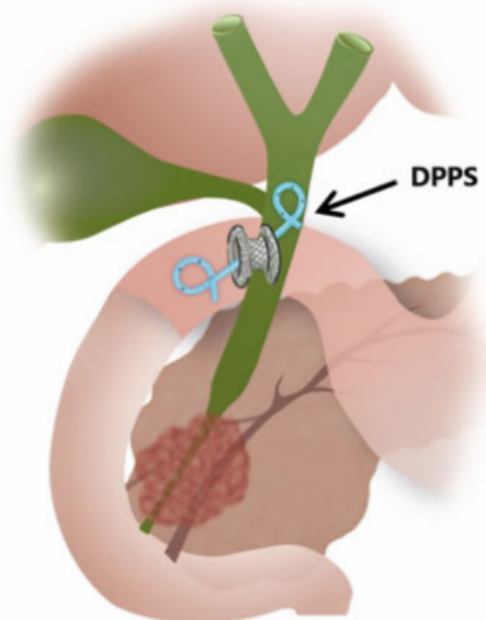
Tijdens de ingreep is er ook kans op een bloeding of een gaatje (perforatie) in de darm, deze kans is veel kleiner. Als dit gebeurt is altijd een ziekenhuisopname van enkele dagen tot weken nodig. Meestal is een behandeling met antibiotica voldoende en geneest de perforatie vanzelf. Soms is een spoedoperatie nodig. Na de ingreep is er kans op een galblaasontsteking, deze kans is niet groot, de behandeling van een galblaasontsteking bestaat uit antibiotica en het plaatsen van een drain (slang) in de galblaas.

Er bestaat de kans dat de stent op den duur verstopt raakt of verplaatst waardoor deze niet meer goed werkt. Deze verstopping geeft een verhoogd risico op een galwegontsteking. Meestal moet de stent vervangen worden, soms is behandeling met antibiotica voldoende.

Risico op complicaties na EUS-CDS

Omdat EUS-CDS uit de buurt blijft van de alveesklier is er geen risico op een alveesklierontsteking. Andere complicaties zoals bloeding en perforatie komen ongeveer net zo vaak voor als na ERCP. Een cholecystitis komt nauwelijks voor na EUS-CDS omdat de stent niet in de buurt komt van de uitvoergang van de galblaas.

Een galwegontsteking kwam vaker voor na EUS-CDS daarom wordt er een extra stent door de nieuwe gemaakte verbinding geplaatst, hierdoor komt dit waarschijnlijk niet vaker voor dan na een ERCP (**figuur 4**). Deze stent wordt geplaatst tijdens dezelfde ingreep. Bij patiënten bij wie de dunne darm dichtzit is er een groter risico dat de stent verstopt raakt met het risico op een galwegontsteking. Indien voorafgaand of tijdens de procedure blijkt dat de dunne darm dichtzit dan wordt er om deze reden geen EUS-CDS verricht en zal een ERCP en als dat niet lukt een PTCD worden verricht.



Figuur 4. EUS-CDS met extra stent

Overwegingen

Om een goede keuze te kunnen maken dient u samen met uw behandeld arts de voor- en nadelen van EUS-CDS en ERCP tegen elkaar af te wegen. Hieronder zetten we de mogelijke voor- en nadelen op een rijtje.

Mogelijke voordelen van EUS-CDS:

- Geen kans op alveesklierontsteking.
- Mogelijk minder risico op andere complicaties.

Mogelijke voordelen van ERCP:

- Uitgebreide ervaring met ERCP.
- Mogelijk minder kans dat stent dicht gaat zitten.

Mogelijke nadelen van EUS-CDS:

- Mogelijk grotere kans dat stent dicht gaat zitten.
- Minder ervaring met techniek, andere complicaties die nog onbekend zijn.

Mogelijke nadelen van ERCP:

- Risico op alveesklierontsteking.
- Mogelijk hoger risico op andere complicaties.

Wetenschappelijk onderzoek

Omdat EUS-CDS een relatief nieuwe techniek is die in andere centra in Nederland nog niet standaard wordt toegepast willen we graag gegevens verzamelen over de veiligheid en effectiviteit van de ingreep en dit vergelijken met de in Nederland momenteel standaard behandeling, namelijk ERCP. Om de zorg voor patiënten met alvleesklierkanker (hiermee worden dan alle tumoren (galweg, papil, dunne darm) bedoeld die in en nabij de alvleesklier liggen) te verbeteren wordt iedere patiënt gevraagd om deel te nemen aan het PACAP-project en de biobank HPB. Hierbij geeft u toestemming voor het gebruik van uw gegevens voor wetenschappelijk onderzoek.

Indien u deze toestemming nog niet heeft gegeven of u wilt uw toestemming intrekken meldt dit dan bij uw behandelend arts. Uw deelname aan wetenschappelijk onderzoek heeft geen invloed op (de keuze van) de behandeling.

Nuchterbeleid

Het onderzoek kan alleen worden uitgevoerd als uw slokdarm en maag leeg zijn.

- Onderzoek vóór 12 uur - u mag vanaf 24.00 uur 's nachts voor het onderzoek niet meer eten, maar wel tot 2 uur voor het onderzoek (rond 200 ml) heldere vloeistoffen drinken zoals water, helder vruchtensap, koffie en thee zonder melk met eventueel suiker.
- Onderzoek ná 12 uur - u mag 6 uur voor het onderzoek een licht ontbijt bestaand uit een kopje thee zonder melk met een beschuitje. Daarna mag u niets meer eten, maar wel tot 2 uur voor het onderzoek (rond 200 ml) heldere vloeistoffen drinken zoals water, heldere vruchtensap, koffie en thee zonder melk met eventueel suiker.

Sedatie

Tijdens de behandeling wordt u in diepe slaap gebracht. Het onderzoek kan alleen uitgevoerd worden als u begeleiding regelt. De begeleider kan in het ziekenhuis wachten of gebeld worden om u te komen halen. U leest hier meer over in de folder over sedatie met propofol.

U wordt vanwege deze diepe sedatie in de dagen voor dit onderzoek gebeld door de anesthesie. Tijdens deze telefonische afspraak wordt de status van uw gezondheid doorgenomen en de verwachtingen rondom de sedatie.

Gebruikt u medicijnen?

U moet deze gewoon met een slokje water innemen, behalve als uw arts het anders met u heeft afgesproken. Bent u diabetespatiënt? Vraag dan u arts hoe u het insulinegebruik kunt aanpassen.

Als u bloedverdunnende medicatie gebruikt, is het van groot belang dat uw arts op de hoogte is van het eventuele gebruik van deze middelen. Het gaat onder meer om Marcoumar® (Fenprocoumon), Sintrom® (Acenocoumarol), Ascal® (Carbasalaatcalcium), Plavix® (Clopidogrel), Pradaxa® (Dabigatran), of pijnstillers zoals o.a. Aspirine® en Ibuprofen®.

Wij verzoeken u 2 uur voor de tijd van het onderzoek 1000 mg paracetamol in te nemen. Dit mag u in tabletvorm met een beetje water innemen.

De ingreep

Gedurende het onderzoek wordt u begeleidt door de arts, endoscopie-verpleegkundigen en een anesthesie medewerker (SPS). Het onderzoek duurt gemiddeld een uur.

- Probeer voor de ERCP nog even naar het toilet te gaan.
- De verpleegkundige haalt u op en brengt u naar de herstelkamer.
- U wordt verzocht om knellende kleding zoals rits, broekriem, beha los te maken of uit te doen en om een blauwe beschermjas aan te doen.
- U krijgt een infuus in uw hand of elleboog en een polsbandje met uw gegevens. U krijgt profylactisch een Diclofenac® zetpil (als ontstekingsremmer) eventueel met antibiotica via een infuus toegediend. (Afhankelijk van de soort behandeling).
- In de onderzoekskamer wordt u door de arts, de verpleegkundige en de SPS-er ontvangen en wordt de procedure met u doorgenomen en uw gegevens gecontroleerd.
- De SPS-er gaat uw vitale functies bewaken (o.a. bloeddruk, hartfrequentie, zuurstofgehalte in uw bloed door een ‘knijpertje’ op u vinger).
- Loszittende gebitsdelen moet u uit doen.
- U gaat op de buik op de behandeltafel liggen en u krijgt een bijtring tussen de kaken om de endoscoop en uw gebit te beschermen.
- Vervolgens dient de anesthesiemedewerker de verdoving toe.
- De ERCP begint pas als u onder verdoving bent gebracht.
- Het is niet mogelijk dat uw begeleider aanwezig is bij het onderzoek.

Na het onderzoek

- De anesthesiemedewerker stopt de toediening van het verdovingsmiddel propofol waarna u snel wakker wordt.
- U wordt naar de herstelkamer gebracht en door de verpleging verzorgd.
- Uw bloeddruk, hartfrequentie en het zuurstofgehalte worden minimaal één uur geobserveerd.
- Als het nodig is krijgt u bij misselijkheid en/of pijn medicatie toegediend.
- Als u goed wakker bent en uw lichamelijke conditie in orde is wordt de infuusnaald verwijderd.
- De arts die het onderzoek heeft uitgevoerd komt nog langs voor een korte uitleg en eventuele afspraken te maken.
- Na overleg met de arts en de anesthesiemedewerker mag u met begeleiding de afdeling verlaten.

Risico op complicaties na ERCP

Bij iedere ingreep is er een kans op complicaties. De volgende complicaties komen voor na een ERCP:

- een alveesklierontsteking (pancreatitis): 10 - 20%
- een bloeding: 1%
- een galblaasontsteking: 0-5%
- een gaatje in de darm (perforatie): <1%
- een galwegontsteking (cholangitis): <1%

De meest voorkomende complicatie is een alveesklierontsteking. Deze complicatie komt voor bij 2 op de 10 patiënten die een ERCP met stentplaatsing ondergaat.



Een alvleesklierontsteking kan ontstaan door prikkeling van de alvleesklier tijdens de ingreep. Een alvleesklierontsteking geeft pijn boven in de buik. Bijkomende klachten kunnen zijn: misselijkheid, braken en koorts.

De behandeling van een alvleesklierontsteking is een ziekenhuisopname met pijnstilling en toedienen van vocht via het infuus. Een milde alvleesklierontsteking is na een paar dagen over. In enkele gevallen (2 op de 10) ontstaat er een ernstigere alvleesklierontsteking, dit duurt weken of maanden.

Thuis

Wanneer u na thuiskomst ernstige klachten krijgt, zoals heftige buikpijn, bloedverlies of koorts dient u contact op te nemen met

Endoscopie-afdeling, locatie VUmc:

- Maandag t/m vrijdag van 8.30 uur tot 16.30 uur: via 020 - 444 11 25
- Buiten kantooruren kunt u bellen naar telefoon 020 - 444 44 44 (telefooncentrale VUmc) en vragen u door te verbinden met de dienstdoende MDL-arts.

Neem bij ieder bezoek aan Amsterdam UMC mee:

- een legitimatiebewijs (paspoort, gemeentelijk identiteitsbewijs, rijbewijs)
- actueel medicatieoverzicht
- verzekeringsbewijs

Vragen?

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen? Neem dan contact op met de afdeling Endoscopie, locatie VUmc: 020 - 444 11 25