

SOP EUS geleide CBD drainage

Adequate patiëntselectie

- Distale maligne obstructie van de ductus choledochus
- Gefaalde ERCP
- Minimale diameter ductus choledochus is 12 millimeter en bij eerste 10 patiënten is het advies om de procedure te uitvoeren mits de diameter van de CBD >16 millimeter is.
- Er moet meer dan 3 centimeter CBD vrij zijn onder de hilus, zodat er 2cm overgehouden wordt na stentplaatsing.
- Er mag geen sprake zijn van ascites
- Er mag geen sprake zijn van een totale duodenumobstructie
- Patiënten met resectabele tumor en harde indicatie galwegdrainage worden alleen door ervaren scopisten (>10 EUS-CDS) behandeld

Ervaring endoscopist

- >100 ERCP's/jaar
- Totaal >500 ERCP's verricht
- >10 EUS geleide pancreascyste drainages verricht

Eerste 10 patiënten worden onder directe supervisie van één van de experts verricht. Dit kan op twee manieren:

1. MDL-arts komt met patiënt naar ziekenhuis van expert
2. Supervisor komt naar locatie

Experts:

1. Prof. Frank Vleggaar, UMC Utrecht
2. Dr. Roy van Wanrooij, AmsterdamUMC
3. Dr. Akin Inderson, Leids Universitair Medisch Centrum
4. Dr. Erwin van Geenen, Radboudumc
5. Dr. Jan Werner Poley, MUMC+
6. Prof. Dr. Marco Bruno, ErasmusMC, Rotterdam

Procedure

1. De eerste 10 procedures worden uitgevoerd middels naald en draad techniek.
2. Bij alle procedures wordt een dubbele pigtail geplaatst om stent blokkade tegen te gaan.
3. Gedurende deze training worden er alleen choledochoduodenostomiën aangelegd en geen hepaticogastrostomiën.

Moeilijke casussen kunnen altijd voorgelegd worden aan het expertpanel door contact op te nemen met de coördinerende arts-onderzoeker Mike de Jong

- Mike.dejong@radboudumc.nl / 088-3207054

Vragen? Bel 088-3207054 of mail mike.dejong@radboudumc.nl

Stappenplan

1. Vanuit D1 wordt in de lange positie de CBD opgezocht, bepaal precies waar de obstructie zich bevindt.

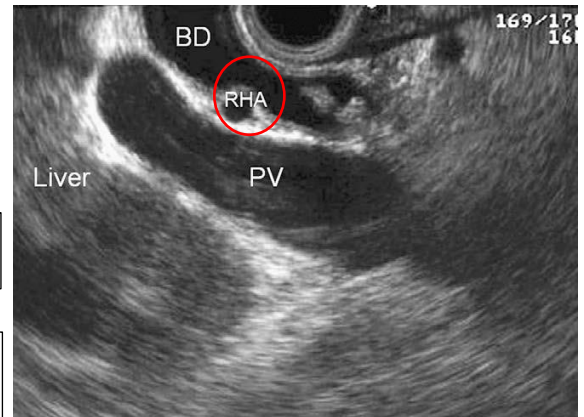
Identificeer en analyseer de volgende structuren

→ **Vena porta:** doorgankelijkheid / trombusvorming / collateraalvorming

→ **CBD met obstruerend moment:** aanwezigheid van stenen of sludge / wandverdikking / afstand hilus tot obstructie (min 2cm tot aanleg AXIOS)

→ **Ductus cysticus:** locatie splitsing van de CBD
Galblaas: aanwezigheid cholecystitis / aanwezigheid stenen of sludge

→ **Arteria hepatica dextra (RHA)**



2. Prik met een 19G EUS naald de CBD aan boven het proces en prik bij voorkeur in de richting van de hilus. **MAAK FOTO**

3. Aspireer → bij gallig aspiraats is locatie naald adequaat (CBD).

4. Maak een cholangiogram en identificeer of de hilus gevuld wordt met contrast.

5. Bepaal je positie t.o.v. de ductus cysticus

6. Voer een lange (4500 cm) 0,025 inch voerdraad op in de richting van de hilus. **MAAK FOTO met fluoroscopie**
Indien de 0,025 inch voerdraad niet aanwezig is, kunt u de 0,035 inch voerdraad overwegen.

7. Wissel de naald voor het HOT-AXIOS systeem, kies voor de 8x8mm.

8. Leg, op geleide van je video en EUS-beeld, de punt van de katheter tegen de duodenumwand richting CBD.

9. Brand op de AXIOS stand, Pure cut mode (100-150 Watt) door het duodenum en door de EUS-zijde van de CBD. Eerst branden en dan pas de stent naar binnen duwen om 'tenting' te voorkomen.

10. Stop met branden in de CBD, laat de tip min 10 seconde afkoelen en voer de AXIOS over de draad op, bij voorkeur richting de hilus.

11. Ontplooï nu de AXIOS stent (zoals in de training). Weet zeker dat je op het videobeeld de zwarte marker ziet van de proximale flange en check op EUS de ligging. Eventueel kun je het proximale gedeelte van de stent in de scoop ontplooien en met stap 1 van de stent langzaam het systeem laten ontplooien. **MAAK FOTO**

12. Er komt massaal gal in het duodenum, controleer de ligging van de proximale rand van de stent. Verwijder het AXIOS delivery systeem en laat de 0,025 inch voerdraad in de galwegen liggen (lange wissel).

13. Plaats een dubbele pigtail door het lumen van de AXIOS-stent (over de draad in situ). **MAAK FOTO van zowel de proximale flange als eindfoto fluoroscopie met pigtail.**

Einde procedure

De AXIOS-stent hoeft nooit preventief verwijderd te worden. Verwijdering geschiedt alleen in geval van recidiverende stentobstructies.