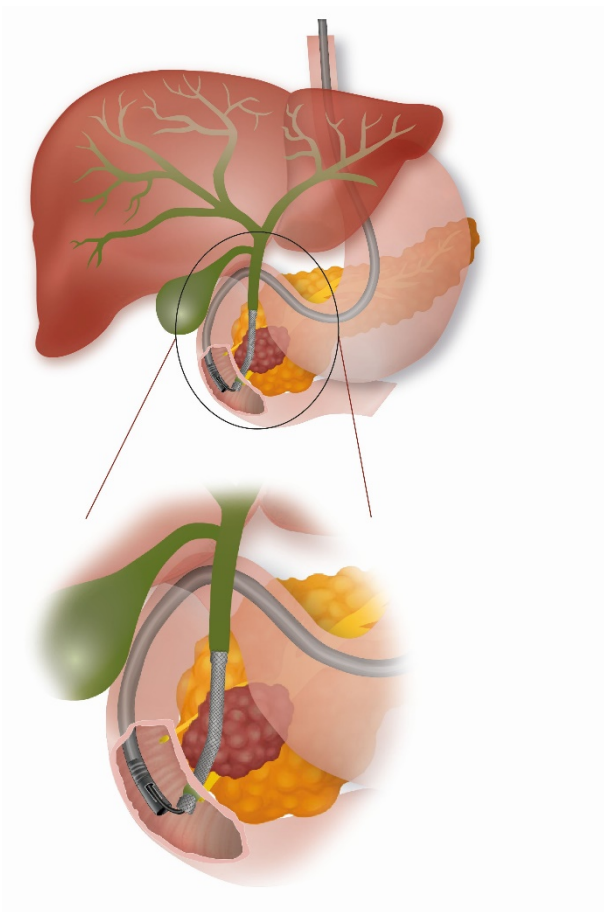
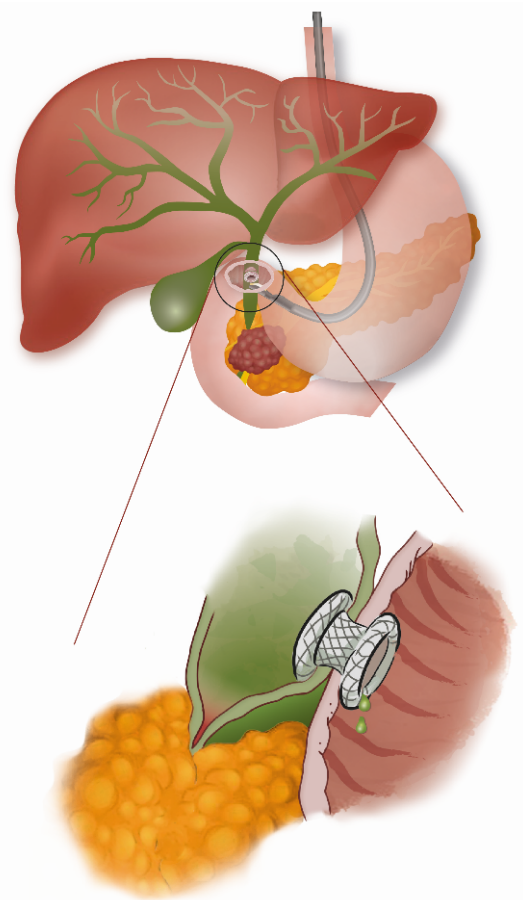


ERCP of EUS-geleide galwegdrainage

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.



Figuur 1. ERCP



Figuur 2. EUS-CDS

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**).

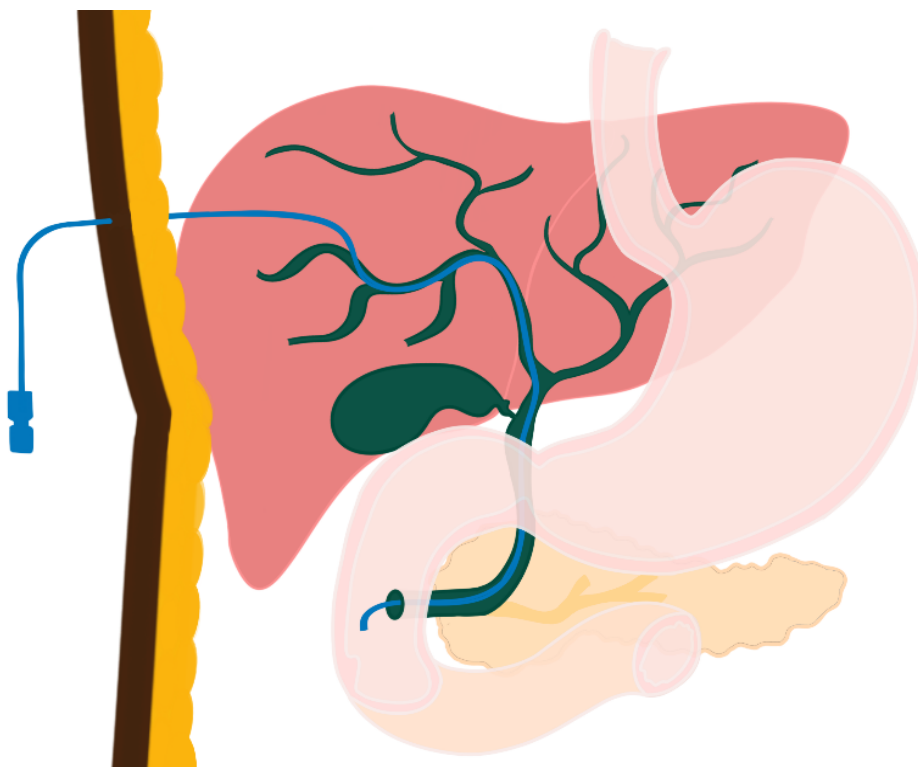
EUS-CDS is een nieuwe techniek die is ontwikkeld om de procedure makkelijker te maken. De endoscoop wordt minder diep in de dunne darm geplaatst waarna de galweg wordt opgezocht met een echo-apparaatje wat op de endoscoop zit. Vervolgens wordt er een gaatje gebrand in de wand van de dunne darm en de 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**).

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. In 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 worden geplaatst, dit noemen we een PTCD (**figuur 3**).



Figuur 3. PTCD

In Amsterdam UMC wordt er 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.

Risico op complicaties na ERCP

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

- Een alvleesklierontsteking (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 alvleesklierontsteking. 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.

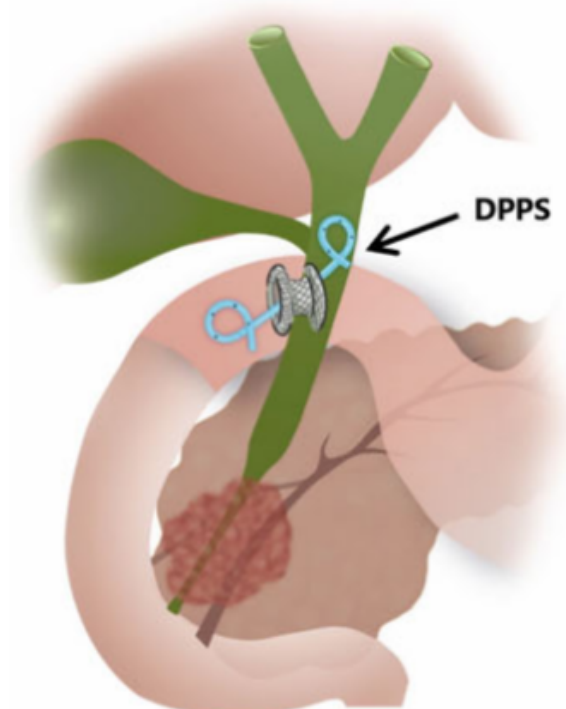
Tijdens de ingreep is er ook kans op een bloeding of een gaatje (perforatie) in de darm, deze kans is veel kleiner. Als dit gebeurt is altijd een ziekenhuisopname van enkele dagen tot weken nodig. Meestal is een behandeling met antibiotica voldoende en geneest de perforatie vanzelf. Soms is een spoedoperatie 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: <ul style="list-style-type: none">- Geen kans op alvleesklierontsteking.- Mogelijk minder risico op andere complicaties.	Mogelijke voordelen van ERCP: <ul style="list-style-type: none">- Uitgebreide ervaring met ERCP.- Mogelijk minder kans dat stent dicht gaat zitten.
Mogelijke nadelen van EUS-CDS: <ul style="list-style-type: none">- Mogelijk grotere kans dat stent dicht gaat zitten.- Minder ervaring met techniek, andere complicaties die nog onbekend zijn.	Mogelijke nadelen van ERCP: <ul style="list-style-type: none">- Risico op alvleesklierontsteking.- 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.