



Sint-Maarten
algemeen ziekenhuis
emmaüs

ERCP

Endoscopie-eenheid

Beste mevrouw, mijnheer,

Je moet een onderzoek ondergaan van de galwegen of pancreaskanalen. Dergelijk onderzoek wordt in medische termen ERCP of endoscopische retrograde cholangiopancreaticografie genoemd.

Deze brochure is bedoeld om je te informeren over het verloop van dit medisch-technisch onderzoek. Mogen wij je vragen deze aandachtig te lezen.

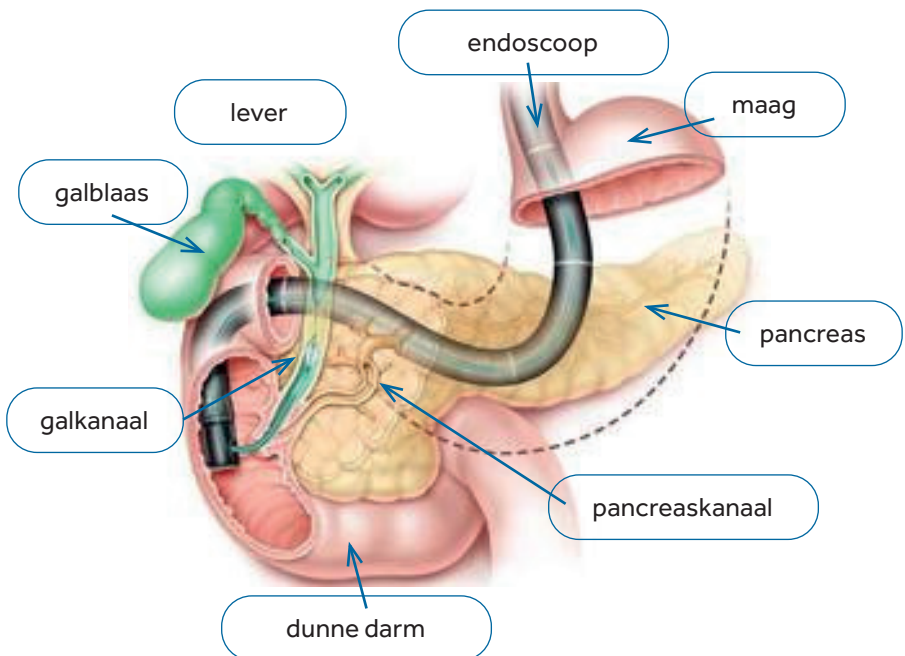
Het is tevens de bedoeling dat je toestemming verleent tot dit onderzoek, eenmaal je het verloop van de procedure en de mogelijke complicaties hebt begrepen. Uiteraard kan je met vragen terecht bij de verantwoordelijke arts en de verpleegkundigen.

Wat is een ERCP?

Het onderzoek gebeurt door middel van een endoscoop; dit is een soepele buis die we langsheen de mond, slokdarm en maag, tot in het begin van de dunne darm (duodenum) brengen. Via deze endoscoop, kan vervolgens in het galkanaal of pancreaskanaal gewerkt worden. Daarbij gebruiken we contraststof om röntgenfoto's van de galkanalen of het pancreaskanaal te maken.

Indien er op deze foto's de aanwezigheid van bijvoorbeeld een steen in het galkanaal wordt gezien, kunnen we deze ook verwijderen door middel van een ballon of een metalen netje. In vele gevallen moeten we hiervoor eerst de opening van het galkanaal vergroten. Dit doen we door de uitmonding van het galkanaal open te knippen met een elektrisch verwarmd metalen draadje. Deze techniek noemen we de sfincterotomie of papillotomie.

Er kunnen ook stents geplaatst worden (plastic of metalen) indien we een vernauwing op de kanalen zien, zodat er terug een normale afvloei van galvloeistof naar de dunne darm mogelijk wordt. In sommige gevallen dienen deze stents later terug verwijderd of vervangen te worden. Soms is het nodig om met een ballon een vernauwing of de papilopening op te rekken.



Zijn er alternatieven?

We kunnen ook foto's maken van het galkanaal en pancreaskanaal met een MRI-scanner (MRCP). Maar op deze manier kunnen we enkel foto's maken en kunnen we therapie uitvoeren. Een ERCP voeren we enkel uit, als we van mening zijn dat er een grote kans bestaat dat er ook een therapie dient te gebeuren.

De galkanalen en de pancreas kunnen ook met een operatie behandeld worden; doch dit is veel ingrijpender en risicovoller dan een ERCP.

Vooraf

Het is noodzakelijk dat de maag voor het onderzoek leeg is. Daarom mag je vanaf zes uur voordien niet eten, drinken en niet roken (veiligste is 24 uur niet te roken).

Het is belangrijk dat je jouw arts meldt als je 'bloedverdunners' gebruikt. Het kan zijn dat je deze, indien mogelijk, op voorhand moet stoppen.

'Bloedverdunners' zijn o.a.: Cardio-aspirine, ASA, Asaflow, Plavix, clopidogrel, Ticlid, Aggrenox, Marcoumar, Marevan, Sintrom, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Lixiana, Brillique, Effient, Fraxiparine, Innohep, Clexane, Fraxodi. **Bespreek het zeker ook met de verpleging en arts om misverstanden te voorkomen.** Bij gebruik van Marcoumar, Marevan of Sintrom moet bij opname eventueel nog bloed genomen worden voor controle van de stolling.

Informeer de verpleging en arts altijd indien je allergisch bent voor bepaalde medicatie, verdoving, etc. Vertel ook welke medicatie je inneemt (en vul de lijst in). Indien je diabetes (suikerziekte) hebt, vraag dan na hoe je jouw medicatie hiervoor moet gebruiken op de dag van het onderzoek als dit op voorhand niet al afgesproken is.

Vermeld het ook als je ernstige hart-, nier- of longziekten hebt.

Indien je borstvoeding geeft, moet je tot 24 uur na de verdoving afkolven en vooraf afgekolfde melk met de fles geven.

Hoe verloopt het onderzoek? Wat zal er gebeuren?

De ochtend van de dag van het onderzoek zal je nuchter worden opgenomen op de dienst gastro-enterologie (als je niet al gehospitaliseerd bent). Het onderzoek gaat door in de ERCP-zaal op de endoscopie-eenheid.

Voor het onderzoek doen we je een operatiehemd aan en vrouwen dienen ook hun beha uit te doen. Er wordt een infuus in een ader van je arm of hand geplaatst en je moet eventuele gebitsprothesen verwijderen en je bril afzetten. Vaak dienen we een suppo indometacine toe ter preventie van pancreatitis (zie verder). Nadien brengen we je naar het onderzoekslokaal.

Je wordt op een röntgentafel geïnstalleerd, meestal op de rug. We brengen een klein mondstuk aan tussen de tanden, om je en de endoscoop te beschermen.

De anesthesist brengt je in slaap waarna het onderzoek onder narcose en met kunstmatige beademing (intubatie) wordt uitgevoerd. Zo voel je zelf niets van de procedure en voorkomen we onverwachte bewegingen.

De duur van het onderzoek, hangt af van de moeilijkheidsgraad die vooraf niet altijd in te schatten is. Doorgaans varieert dit tussen de 60 en 120 minuten, inclusief het in slaap brengen en ontwaken.

Nazorg?

Na het onderzoek leggen we je terug in bed en brengen we je naar de uitslaapzaal van het operatiekwartier (recovery) waar je verder kan uitrusten van het onderzoek.

De verpleegkundige controleert regelmatig je pols, bloeddruk en temperatuur en vraagt of je pijnklachten ondervindt. Als je je onwel voelt, of pijn krijgt; dien je onmiddellijk de verpleegkundige te verwittigen. Soms nemen we een bloedstaal af om na te gaan of er geen risico is op ontsteking van de pancreas (pancreatitis). Wanneer je voldoende wakker bent, gaan we terug naar je kamer. Enkele uren na de procedure kan je drinken en nadien ook eten, mits toestemming van de arts. De arts komt nog eens langs om uitleg te geven over het verloop van het onderzoek.

Als er geen problemen optreden, mag je de volgende dag terug naar huis (mits er geen andere reden is om gehospitaliseerd te blijven). Omwille van de gekregen verdoving, mag u zelf geen voertuig besturen en dient u afgehaald te worden door een kennis.

Als je terug thuis last zou krijgen zoals pijn, koorts of zwarte stoelgang, dien je onmiddellijk terug het ziekenhuis te contacteren.

Wat zijn de mogelijke verwikkelingen?

Elke medische handeling, onderzoek of interventie kan leiden tot bepaalde complicaties, zelfs indien ze op deskundige wijze en met de nodige voorzichtigheid worden uitgevoerd. Uiteraard wordt zo zorgvuldig mogelijk gewerkt om de risico's zo laag mogelijk te houden.

- **Acute pancreatitis (risico 3 à 5 %)**
Het galkanaal en het pancreaskanaal monden tezamen uit in de dunne darm (via de papil van Vater). Daarom kan er ten gevolge van het werken in het galkanaal (en ook tijdens het werken in het pancreaskanaal) een ontsteking van de pancreas ontstaan. Dit kan de eerste uren na het onderzoek hevige buikpijn veroorzaken. Als dit gebeurt, moet je langer in het ziekenhuis verblijven en mag je tijdelijk niet eten of drinken tot de pijn beter is. Er worden pijnstillers en intraveneus vocht toegediend. In zeldzame gevallen is een opname op intensieve zorgen nodig en kan dit een levensbedreigend verloop kennen.
Om acute pancreatitis te voorkomen, dienen we vaak voor de procedure een suppo indometacine toe.
- **Bloeding (risico 1.3 %)**
Bij het openmaken van het galkanaal (sfincterotomie) kan een bloedvatje geraakt worden. Meestal betreft het een lichte bloeding die spontaan stopt. Zelden is er een zwaardere bloeding. Hierbij moeten we dan terug endoscopisch naar de insnede kijken om de bloeding te stoppen (door een lokale inspuiting, door plaatsen van een clip, tamponeren met een ballon, ...). Eventueel moeten we ook een bloedtransfusie toedienen.
Het is ook belangrijk, om te melden of je bloedstollingsstoornissen hebt. Tevens is het groot van belang, om aan je arts te melden of je bloedverdunnende medicatie inneemt en of je die vooraf dient te stoppen.

- **Dunnedarm perforatie. (risico 0.5%)**
Uitzonderlijk kan een kleine perforatie van de darmwand optreden, waarbij er lucht ontsnapt vanuit de darm naar de weefsels rond de galweg en pancreas. Dit veroorzaakt buikpijn, maar komt meestal spontaan in orde. Je moet wel langer in het ziekenhuis te blijven. Je mag tijdelijk niet eten of drinken en we dienen intraveneus vocht, antibiotica en pijnstillers toe.
- **Infectie van het galkanaal (cholangitis) (risico 1.4 %)**
Door te werken in het galkanaal kan er een bacteriële infectie ontstaan. Dit komt vooral voor indien er geen goede galafloop is. Wanneer hier twijfel over is, plaatsen we een (tijdelijke) stent. Indien er toch een infectie optreedt, uit zich dit in koorts. Het is nodig om langer in het ziekenhuis te blijven. We behandelen dit met intraveneuze antibiotica en vocht.
- **Andere:**
Zeldzamere complicaties betreffen aspiratiepneumonie (longontsteking door sappen die vanuit de maag in de luchtwegen terechtkomen); reactie op de slaapmedicatie, schade aan tanden of vastzittende gebitsprothesen...

Contact

Voor meer info of vragen tel. 015 89 10 10



AZ Sint-Maarten
Liersesteenweg 435
2800 Mechelen

tel. 015 89 10 10
azsintmaarten@emmaus.be
www.azsintmaarten.be

© **vzw Emmaüs - AZ Sint-Maarten**

Overname van deze tekst en/of illustraties voor commerciële doeleinden of voor gebruik in een publicatie is enkel mogelijk na toestemming van de directie van AZ Sint-Maarten.

In ieder ander geval moet de bron vermeld worden.

vzw Emmaüs - Edgard Tinellaan 1c - 2800 Mechelen
RPR Antwerpen-Mechelen - BE 0411.515.075

B0297 18-07-2023