

Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



ERCP am Freitagnachmittag: PGW, DGW, SGW, EDG, RSG, TBS, NKF...?



**Prof. Dr. med. Rainer
Duchmann**

Bibliografie

Endo-Praxis 2022; 38: 53

DOI 10.1055/a-1737-9445

ISSN 0177-4077

© 2022. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Rainer Duchmann, Medizinische Klinik
Hospital zum heiligen Geist GmbH, Lange Straße 4–6
60311 Frankfurt/Main, Deutschland
duchmann.rainer@hohg.de

Es ist Freitagnachmittag, die letzte Untersuchung steht auf dem Programm. Eine junge Frau, sie hat vor einiger Zeit entbunden, wurde gestern wegen eines symptomatischen Gallensteinleidens aufgenommen. Eine Choledocholithiasis wurde sonografisch nachgewiesen, der Stein im Gallengang soll nun noch vor dem Wochenende entfernt werden.

Alle im Team sind gut gelaunt, das Wochenende steht vor der Tür. Die junge Frau ist ebenfalls gut gelaunt und wenig symptomatisch. Sie möchte so rasch wie möglich zu ihrem Baby zurückkehren können und freut sich über die rasche endoskopische Untersuchung. Über das bei ihr (junges Alter, weibliches Geschlecht) erhöhte Risiko einer post-ERC(P)-Pankreatitis (PEP) wurde sie informiert, die Prophylaxe mit 100 mg Diclofenac oder Indometacin supp. hat sie erhalten.

Die Untersuchung beginnt nach den abgestimmten Präferenzen des Teams mit Sphinkterotom oder Sondierungskatheter, aufgrund der besseren Evidenz hinsichtlich der Vermeidung einer PEP soll die Sondierung primär über Draht und nicht mit KM angestrebt werden. Rasch liegt das Gerät vor der unauffällig aussehenden Papille. Endlich mal kein großes peripapilläres Divertikel. Nun nur noch den Gallengang intubieren. Doch jetzt beginnen die Probleme. Der erste Kanülierungsversuch scheitert, auch der Zweite. Der Untersucher betrachtet nochmal genauer die Anatomie, repositioniert das Gerät, bespricht sich kurz mit der Assistenz. Auch unter der Durchleuchtung sieht alles eigentlich gut aus. Guten Mutes erfolgt der dritte, vierte und fünfte Kanülierungsversuch. Zuletzt geht der Draht in das Pankreasgangsystem. Aber die Kanülierung der Gallenwege bleibt erfolglos. Die Kriterien einer schwierigen Kanülierung sind laut ESGE mehr als 5 Kontakte mit der Papille, mehr als 5 Minuten, mehr als eine unabsichtliche Kanülierung oder KM-Darstellung des Pankreasgangs. Eines der Kriterien reicht für die Definition aus. Da ist man nun wohl angekommen. Ging rasch, und das Risiko für eine PEP steigt.

Ich weiß nicht, wie unser fiktives Team nun weiter verfahren ist, hier sind zahlreiche, auch individuelle und lokale Faktoren zu berücksichtigen. Aber es wird Zeit, sich die Optionen, zu denen es u.A. eine Leitlinie der ESGE aus 2016 und eine durchaus stattliche Anzahl von Expertenempfehlungen und Studien gibt, zu vergegenwärtigen, ohne sich durch die zahlreichen Abkürzungen verwirren zu lassen.

Sofern es zu einer unabsichtlichen Drahteinlage in das Pankreasgangsystem kommt (pancreatic guide wire = PGW), empfiehlt die Leitlinie der ESGE, diesen Draht zu belassen, um die Anatomie hiermit zu begründen und die Intubation des oberhalb, bei 11 Uhr liegenden DHC-Ostiums mit einem zweiten Draht (double guidewire = DGW) oder mit Katheter/Sphinkterotom und KM (single guidewire = SGW) zu erleichtern. Eine kürzlich publizierte Studie bestätigte, dass die rasche Nutzung eines im Pankreasgang einliegenden Drahtes (early double guidewire = EDG) zu einer rascheren Intubation des DHC führt als fortgesetzte Kanülierungsversuche des DHC mit nur einem Draht (repeated single guidewire = RSG), also unter Aufgabe des Pankreasdrahtes und je nach Bedarf nachfolgenden Methodenwechseln in 10-minütigen Intervallen (Laquiere A et al., Endoscopy 2022, 54: 120–127). Alternativ kann ein über den Draht eingelegter Pankreasstent (PS) helfen, den DHC zu intubieren oder es kann der Sphinkter über das drahtgesichert im Pankreasgang liegende Sphinkterotom auf 11 Uhr, also in Richtung des DHC-Ostiums, eingeschnitten werden (Transpancreatic biliary sphincterotomy = TPBS). In einer aktuellen Studie war die TPBS häufiger erfolgreich als die DGW Technik, bei vergleichbarer Häufigkeit einer PEP. Alle Patienten erhielten die übliche PEP Prophylaxe, eine abschliessende Stenteinlage in den Pankreasgang zur PEP-Prophylaxe erfolgte nach Maßgabe des Untersuchers (Kylänpää L et al., Endoscopy 2021; 53: 1011–1019). Ist der Zugang zum Pankreasgang nicht gegeben, muss der DHC durch Precut-Techniken eröffnet werden. Dies kann z. B. durch direktes, schrittweises Einschneiden des Papillendachs mit dem Nadelmesser (needle knife fistulotomy = NKF) oder durch vom oder zum Papillenostium geführte Schnitte (needle knife sphincterotomy = NKS) erfolgen.

Ich hoffe, Sie sind nicht vom Aküfi (Abkürzungsfimmel) erschlagen, weiter gut gelaunt und freuen sich darauf, Ihren Patienten auch bei der nächsten ERC(P) wieder individuell und erfolgreich zu helfen.

Ihr Rainer Duchmann

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.