

6. PR/EG directe plaatsing

De manier waarop de ballonkatheter wordt geplaatst hangt af van het soort katheter: de volgende beschrijving is zo algemeen mogelijk gehouden. Hier volgt een korte beschrijving van de directe plaatsing van een MIC Gastrostomiekatheter via de PR/EG introductieset. De katheter kan endoscopisch worden geplaatst door een MDL-arts of op de afdeling Radiologie door een radioloog.

Deze methode is niet alleen geschikt voor volwassenen, maar ook voor kinderen. Zij hoeven slechts één keer onder narcose, wat een groot voordeel is.

Vorbereiding

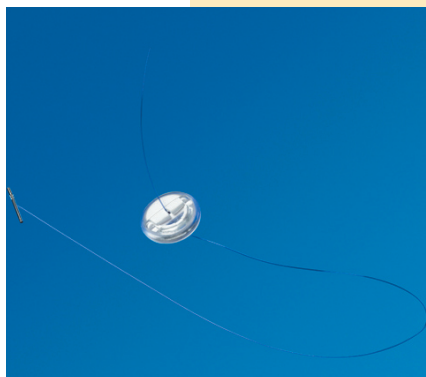
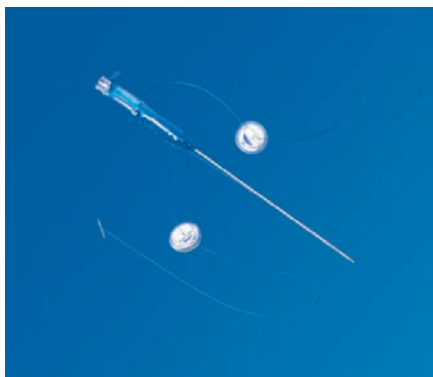
De avond van tevoren kan er een contrastmiddel worden toegediend. Ook is het soms nodig om vlak voor de ingreep een klysma toe te dienen.

Tijdens de ingreep

Tijdens de ingreep ligt de patiënt op zijn of haar rug. Er wordt verdoving toegediend en een middel om de peristaltiek van de maag (het samentrekkingen van de maagwand) te verminderen. Afhankelijk van de gekozen methode kan er een CT-scan of echo worden gemaakt om de juiste inbrengplaats van de katheter te bepalen.

De maag wordt voortdurend met lucht gevuld, zodat de maagwand tegen de voorste buikwand wordt gedrukt. De arts kiest vervolgens de plaats waar de katheter zal worden ingebracht. Hier wordt een huidmarkering op de buik gemaakt. Rond deze plaats worden nog drie stipjes gezet, in driehoeksvorm, op gelijke afstand van de middelste markering. De huid wordt op de punctieplaatsen verdoofd.

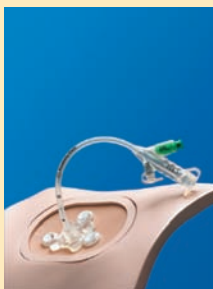
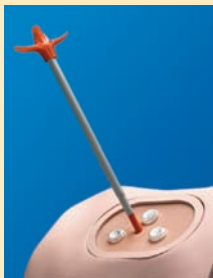
Eerst worden er drie naaldjes, die zijn voorzien van fixatiedisks met resorbeerbare hechtdraad, door de buikwand heen geprikt. Door de hechtdraden aan te trekken, wordt de maagwand tegen de voorste buik-



wand aangehecht. Op de buik zijn nu drie ronde fixatiedisks zichtbaar, in driehoeksverband, met daaraan een kort stukje hecht draad.

De plaats waar de gastromiekatheter wordt ingebracht, wordt plaatselijk verdoofd. Afhankelijk van de gekozen methode (radiologisch of endoscopisch) zal er contrastmiddel worden geïnjecteerd om maagplooien zichtbaar te maken en de juiste positie van de katheter te bepalen. De MDL-arts kan de procedure met een dunne endoscoop volgen.

De maag wordt vanaf de buitenkant aangeprikt met een speciale holle naald, waardoor een voerdraad wordt ingebracht. Daarna wordt een kleine incisie gemaakt in de huid. Op de plaats waar de sonde zal worden ingebracht, wordt wat glijmiddel aangebracht. Met een dilatator, een instrument waarmee openingen kunnen worden opgerekt en verwijdt, wordt een stomakanaal gemaakt. De dilatator bestaat uit verschillende hulzen, waardoor de diameter steeds groter wordt. Door de drukken en te draaien met de dilatator in het stomakanaal krijgt de opening in de buikwand uiteindelijk de gewenste diameter.



De dilator is hol van binnen: er kan een katheter door de dilator worden ingebracht. De dilator vormt nu een huls rond de katheter: zodra de ballon van de katheter in de maag zit en is gevuld met water, kan de dilatatorhuls worden gesplitst en worden verwijderd.

Na de ingreep

Inspecteer de stoma en de fixatiedisks dagelijks en let op tekenen van infectie, roodheid, irritatie, oedeem, zwelling, gevoeligheid, warmte, uitslag, enzovoort. Let ook op tekenen van pijn, druk en ongemak.

De huid rond het stomakanaal en de fixatiedisks moet worden verzorgd met warm water, eventueel aangevuld met een milde zeep. Maak cirkelvormige bewegingen, van de sonde en de fixatiedisks naar buiten toe, gevolgd door grondig afspoelen en goed drogen.

De hechtdraden zijn resorbeerbaar en lossen dus vanzelf op. De fixatiedisks hoeven dus niet te worden verwijderd en zullen vanzelf loslaten. De interne T-stukjes, aan de maagzijde, worden via het maag-darmkanaal afgevoerd.