

THE INTERVIEW TO DOCTORS BY ABIS

*Special version*

# WALK ON

東京医科大学 消化器内科

系井 隆夫 教授

Takao Itoi

MTW Endoskopie Manufaktur  
ERCP-Katheter filiform





## **Professor Takao Itoi,**

Abteilung für Gastroenterologie, Medizinische Universität Tokio

Professor und Leiter/Direktor der Abteilung für Gastroenterologie der Medizinischen Universität Tokio. Spezialgebiete: Bauchspeicheldrüsenkrebs, Gallengangskrebs, Choledocholithiasis, Tumoren der Ampulla Vateri, postoperative Anastomosenstrikturen des Gallengangs und des Pankreasgangs.

### ***In diesem Jahr jährt sich die Markteinführung des MTW-Katheters zum 20. Mal. Wie hat sich die endoskopische Behandlung in dieser Zeit verändert?***

Auch heute, 20 Jahre später, ist der MTW-Katheter zweifellos ein Standardprodukt und ein ausgezeichnete Katheter. Die Gründe für seine langjährige Verwendung liegen auf der Hand: Das Konzept war gut durchdacht. Vor zwanzig Jahren herrschte in Japan die Stimmung, die in Europa und Amerika gängige drahtgeführte Kanülierung (WGC) einzuführen. Damals war die Kathetereinführung in etwa 70 bis 80 % der Fälle nach wie vor die gängige Methode. Ich glaube, dies spiegelt wider, dass es keinen Grund gab, nach Veränderungen zu suchen.

### ***Was war Ihr erster Eindruck vom MTW-Katheter, als er auf den Markt kam?***

Damals musste bei den gängigen Kathetertypen der Mandrin entfernt werden, was zahlreiche Unannehmlichkeiten mit sich brachte, beispielsweise die Unmöglichkeit, während der Angiographie einen Führungsdraht einzuführen. Als ich den damals noch relativ unbekannten MTW-Katheter ausprobierte, war ich von seiner hohen Raffinesse begeistert. Es war ein bahnbrechendes Gerät, das eine Angiographie mit eingesetztem Führungsdraht ermöglichte. Es war genau richtig biegsam, lag gut in der Hand und machte die Kathetermanipulation außergewöhnlich einfach. Es ist wohl der einzige Katheter, der eine „Pause“ während der Kathetermanipulation ermöglicht. Als ich MTW tatsächlich besuchte, war ich tief beeindruckt von dem Anblick der Handwerker, die jeden einzelnen Katheter von Hand fertigten. Besonders beeindruckt hat mich, wie sie die Spitze sorgfältig schleiften, ein Vorgang, der viel Zeit in Anspruch nimmt. Auch der Anblick der Handwerker, die Korbkatheter und Schlingen von Hand fertigten, weckte in mir Bewunderung für ihre Qualität und Leidenschaft und gab mir ein Gefühl der Sicherheit. Der neu eingeführte Ultra Taper-Katheter wurde speziell für 0,025-Zoll-Führungsdrähte entwickelt, um den Abstand zwischen Führungsdraht und Katheter zu minimieren.

### ***Können Sie uns Ihre Eindrücke von der Verwendung dieses Modells schildern?***

Im Vergleich zum aktuellen Produkt ist es schlanker, und ich habe keinen Zweifel, dass es sich in schwierigen Fällen als unschätzbar wertvoll erweisen wird. Zwar dauert die Angiographie mit dem Führungsdraht etwas länger als mit früheren Kathetern, doch der überwältigende Vorteil ist, dass an der Spitze fast kein Abstand mehr vorhanden ist. Mittlerweile sind mehrere Produkte mit ähnlichen Konzepten auf den Markt gekommen.

### ***Welche Position nimmt der MTW-Katheter Ihrer Meinung nach derzeit für Sie ein?***

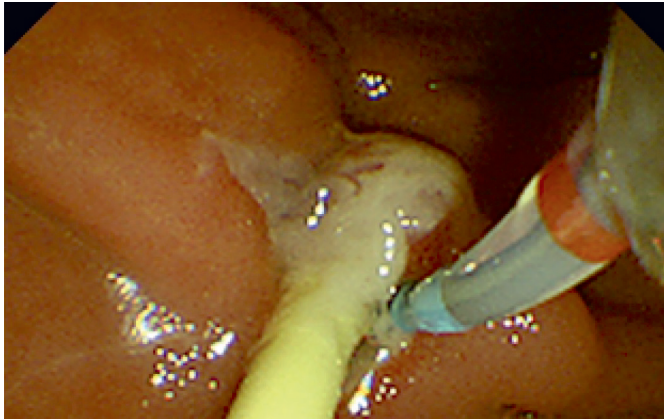
Zwar haben verschiedene Unternehmen vergleichbare Katheter auf den Markt gebracht, doch der MTW-Katheter verfügt über eine einzigartige „Reserve“, die ihn wohl zum einzigen Katheter macht, der wirklich auf die Kreativität des Anwenders reagiert. Was seine „Flexibilität“ angeht, bin ich der festen Überzeugung, dass es einen Unterschied gibt, der sich nicht in bloßen Zahlen ausdrücken lässt. Darüber hinaus sind Einwegprodukte zwar in bestimmten Fällen notwendig, doch angesichts der aktuellen Kosten und anderer Faktoren ist auch die Wiederverwendbarkeit weit verbreitet. Ich glaube, dass nicht alle Szenarien Einweglösungen erfordern.



Michael Kettler von MTW Endoskopie Manufaktur in der Medizinischen Universität Tokio bei Professor Takao Itoi

**Fall 1:**

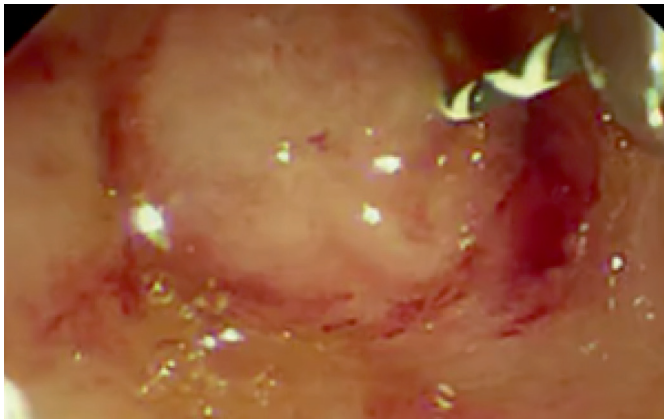
Ein Fall von Gallengangssteinen nach totaler Gastrektomie mit Roux-en-Y-Rekonstruktion bei Magenkrebs. Frühere Versuche zur transpapillären Steinentfernung mittels Dünnarm-Ballonendoskopie erwiesen sich als schwierig. Um eine antegrade Steinentfernung zu ermöglichen, wurde einen Monat zuvor eine endoskopisch ultraschallgesteuerte Hepatikojejunostomie (EUS-HJS) durchgeführt. Da sich diesmal auch eine Fistel gebildet hatte, wurde die antegrade Steinentfernung über den HJS-Weg durchgeführt.



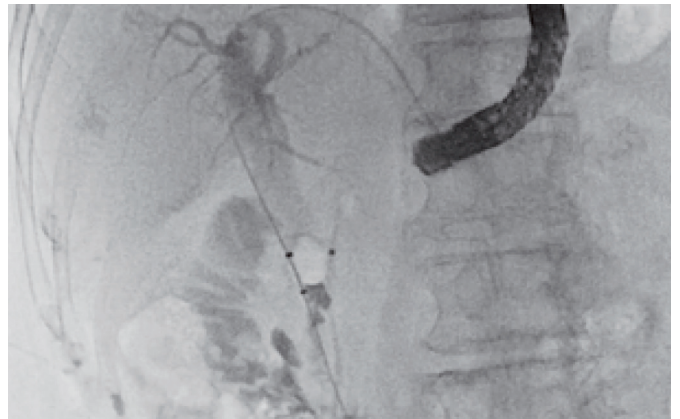
1 a



1 b



1 c



1 d

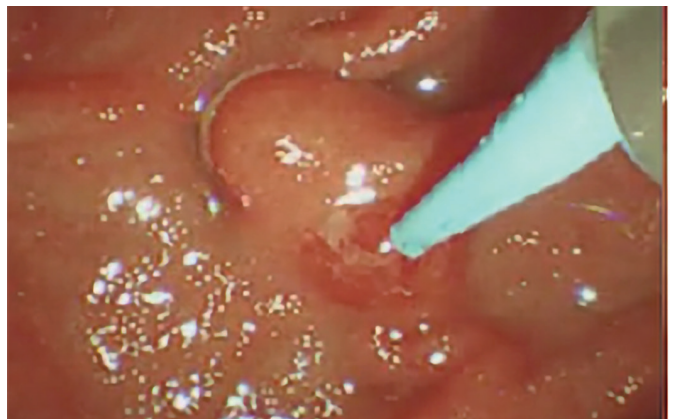
- 1 a: Ein 7-Fr-Kunststoffstent wird in den Fistelgang eingesetzt; ein ultra-konischer Katheter wird neben dem Stent eingeführt. Sein kleiner Durchmesser ermöglichte ein relativ reibungsloses Einführen.
- 1 b: Der Stein wurde durch Kontrastmittelbildgebung bestätigt.
- 1 c: Es wurde ein 0,025-Zoll-Führungsdraht (GW) verwendet, der sich reibungslos manövrieren ließ.
- 1 d: Der Stein wurde mit einem Steinentfernungsballon in den Darm geschoben.

**Fall 2:**

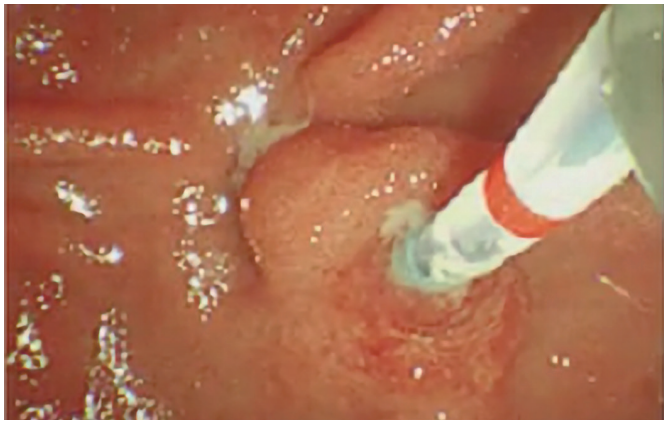
Notfall-ERCP bei akuter Cholangitis aufgrund von Gallengangssteinen. Die Papille war eine primäre Papille ohne vorherige endoskopische Papillotomie (EST) und wies anhaftende eitrig-gallige Masse auf. Die Notfalldrainage wurde mit einem ultra-konischen Katheter und einem 0,025-Zoll-Führungsdraht durchgeführt.



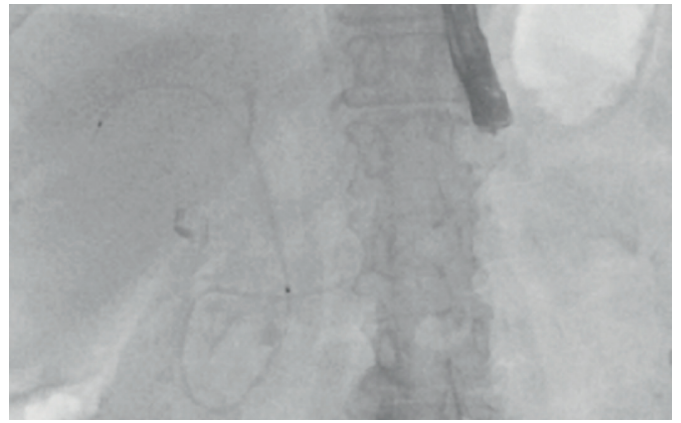
2 a



2 b



2 c



2 d

- 2 a: Eitrige Galle haftet an der Papille.
- 2 b: Versuch der Einfügung eines Gallengangkatheters unter Verwendung eines ultra-konischen Katheters.
- 2 c: Erfolgreiche Einfügung eines Gallengangkatheters unter Verwendung eines ultra-konischen Katheters und eines 0,025-Zoll-Führungsdrahtes.
- 2 d: Infizierte Galle wird abgesaugt. Aufgrund einer schweren Entzündung wurde ein endoskopischer transnasaler Gallengangdrainageschlauch gelegt.

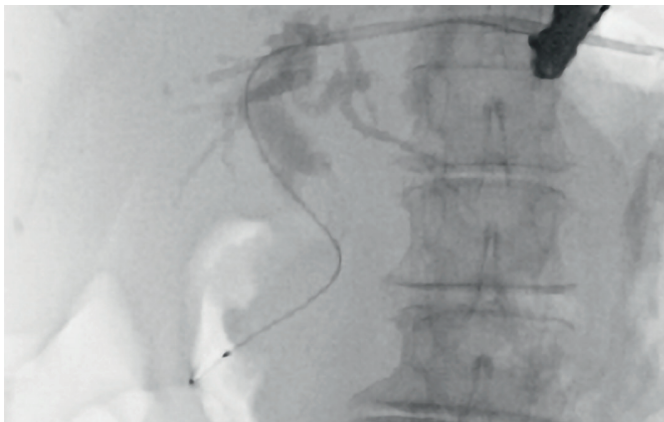
**Fall 3:** Ein Fall mit distaler Gallengangsstriktur und Duodenalstenose aufgrund eines Pankreas-Kopfkrebses. Aufgrund der Zwölffingerdarmstenose war ein Vorschieben des Duodenoskops nicht möglich, was die transpapilläre Stentplatzierung an der Gallengangsstriktur erschwerte. Daher wurde etwa einen Monat zuvor eine endoskopisch ultraschallgesteuerte Hepatogastrotomie (EUS-HGS) durchgeführt. Dieses Mal wurde ein Metallstent antegrad über den HGS-Weg vor die Striktur platziert.



3 a



3 b

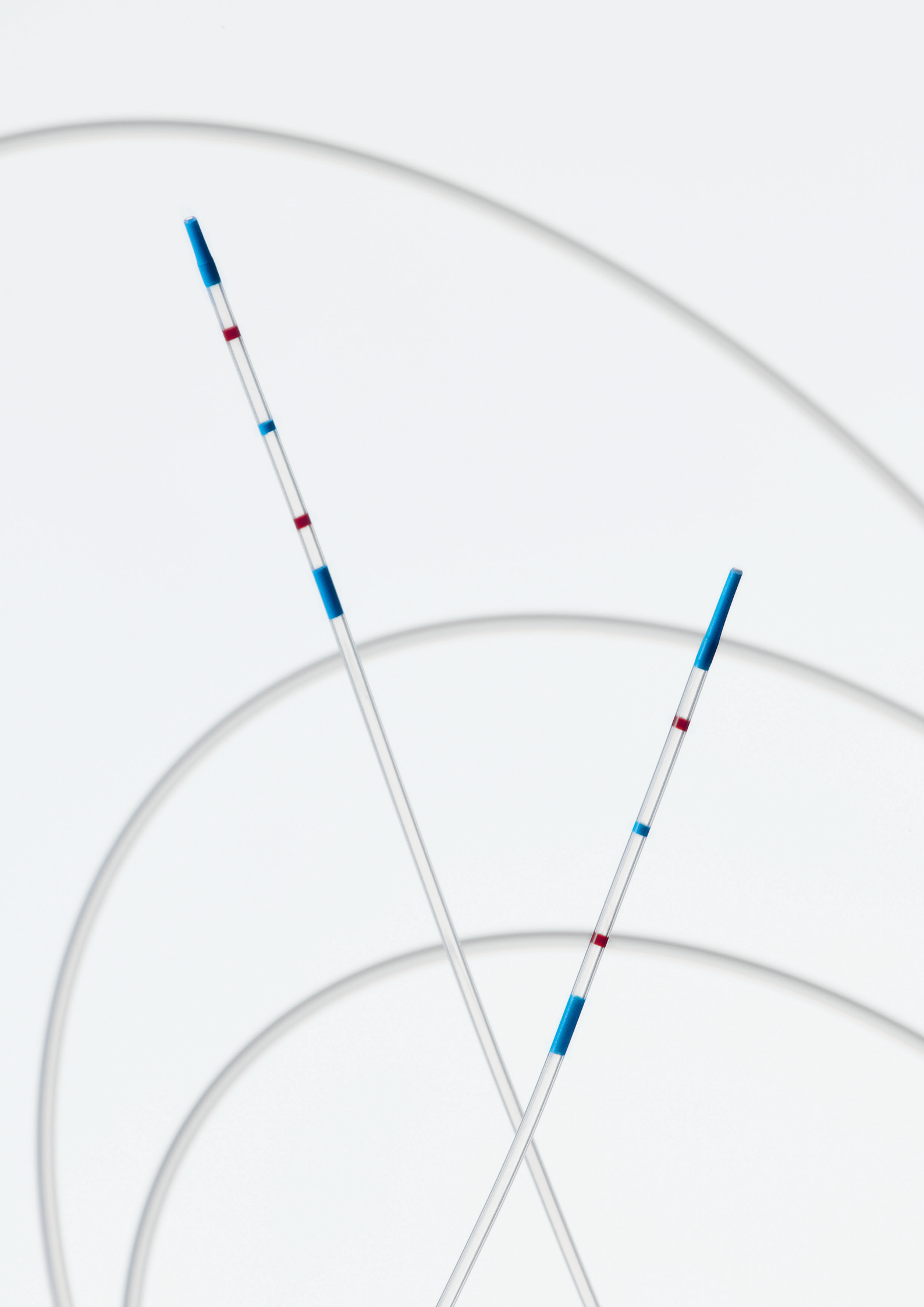


3 c



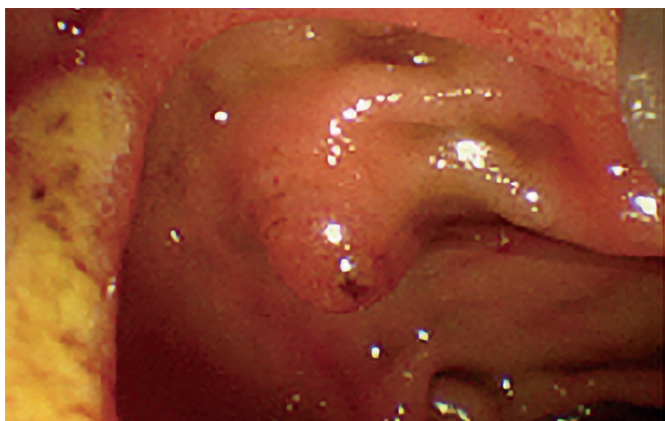
3 d

- 3 a: Ein 7-Fr-Kunststoffstent befindet sich im Fistelgang; ein ultra-konischer Katheter wird neben dem Stent eingeführt.
- 3 b: Aufgrund seines geringen Durchmessers verlief die Einführung relativ reibungslos.
- 3 c: Die Kontrastmitteluntersuchung bestätigte die tumorbedingte Verengung. Trotz der schweren Stenose konnte der Katheter problemlos eingeführt werden.
- 3 d: Ein Metallstent wurde antegrad innerhalb des verengten Segments platziert.

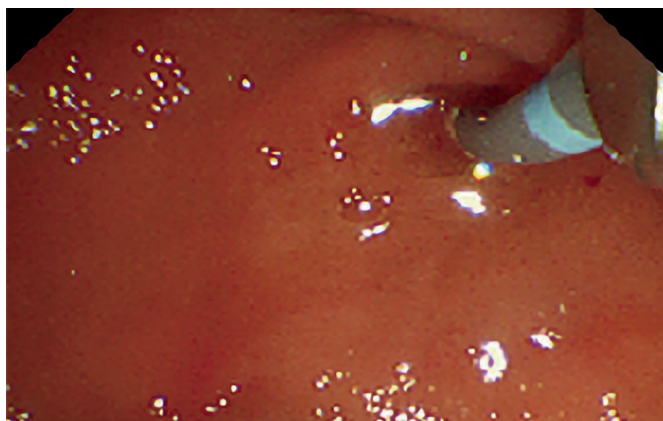


#### Fall 4:

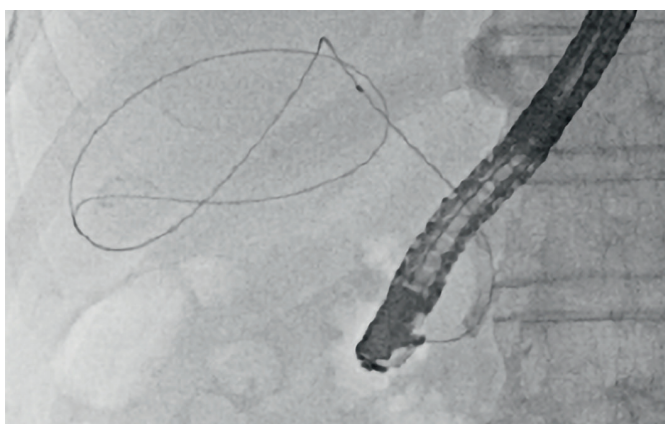
Bei einem Fall von akuter Cholezystitis aufgrund von Gallensteinen wurde eine endoskopische Notfalldrainage unter Verwendung eines ultra-konischen Katheters und eines hydrophilen 0,025-Zoll-Führungsdrahtes durchgeführt.



4 a



4 b



4 c



4 d

- 4 a: Ein 7-Fr-Kunststoffstent befindet sich im Fistelgang; ein ultra-konischer Katheter wird neben dem Stent eingeführt.  
4 b: Aufgrund seines geringen Durchmessers verlief die Einführung relativ reibungslos.  
4 c: Die Kontrastbildgebung bestätigt das tumorbedingte stenotische Segment. Trotz der starken Verengung verlief die Katheterführung reibungslos.  
4 d: Ein Metallstent wurde antegrad innerhalb des stenotischen Segments platziert.

#### Vorteile:

Er verfügt über eine ausreichende Steifigkeit und eine sauber verjüngte Spitze, wodurch er sich hervorragend für die Passage durch stenotische Bereiche eignet. Der Versatz zwischen der Spitze und dem 0,025-Zoll-Führungsdraht während der Passage war praktisch nicht wahrnehmbar. Darüber hinaus ist die Passage durch den Gallengang während der Gallenblasen-drainage relativ unkompliziert. Er ermöglicht eine präzisere Punktierung und Kanülierung an der initialen Papille.

#### Nachteile:

Die Handhabung mit dem 0,025-Zoll-Führungsdraht fühlt sich im Vergleich zu einem Standardkatheter (MTW: konischer Typ) etwas steifer an. Die Aspiration von Galle bei eingesetztem Führungsdraht nimmt Zeit in Anspruch, und auch die Kontrastmittelinjektion bei eingesetztem Führungsdraht dauert etwas länger.

Darüber hinaus wurde der Ultra Taper-Katheter für den japanischen Markt entwickelt und gründlich für die Kompatibilität mit 0,025-Zoll-Führungsdrähten optimiert, sodass er nicht mit 0,035-Zoll-Führungsdrähten verwendet werden kann. In Fällen, in denen ein Wechsel zu einem 0,035-Zoll-Führungsdraht erforderlich ist, ist Vorsicht geboten.

| Bestell-Nr.  | Artikel   | Katheterspitze                              | Durchmesser<br>mm | Länge<br>cm | Für Führungsdraht<br>inch | VE |
|--------------|-----------|---------------------------------------------|-------------------|-------------|---------------------------|----|
| 990120111 x5 | 990120111 | filiform / <b>innenliegender Metallring</b> | 2,3 > 1,5         | 215         | 0.025                     | 5  |