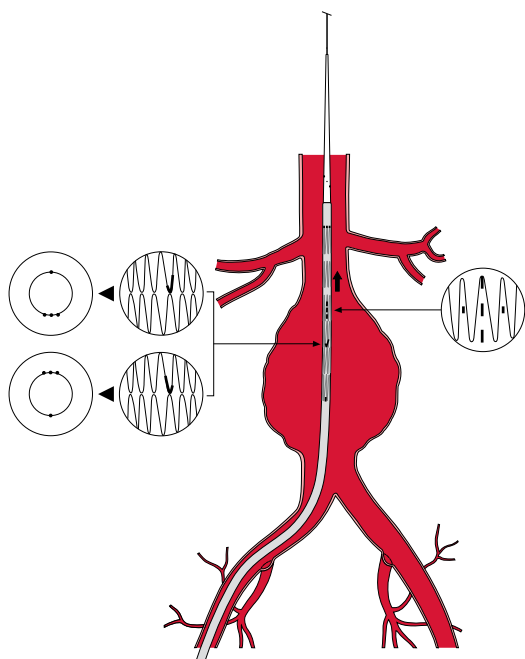


ÜBERBLICK ZUM ENTFALTEN*

1

PROXIMALEN PROTHESETEIL POSITIONIEREN



Vor dem Einführen des proximalen Prothesenteil-Einführsystems unter Fluoroskopie auf dem Bauch des Patienten positionieren, um die Orientierung und Positionierung zu erleichtern. In eine solche Position drehen, dass sich die anterioren Markierungen in der am weitesten anterior gelegenen Position (12 Uhr) befinden.

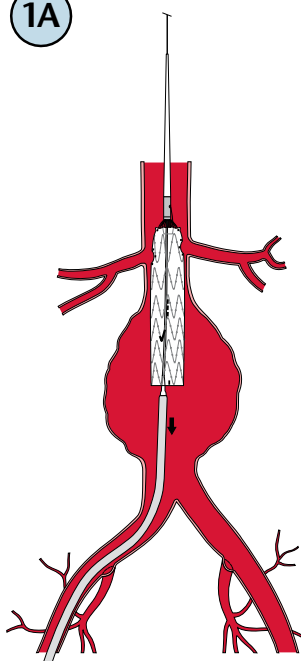
Das Einführsystem vorschieben, bis die röntgendichten Markierungen, die die Fenestrierung(en) und/oder Scallop(s) anzeigen, sich auf der Höhe der jeweiligen Arterien befinden. Überprüfen, ob sich das distale Prothesenende in einer zufrieden stellenden Position oberhalb der Aortengabelung befindet, und dass die anterioren und posterioren Markierungen die korrekte Orientierung der Prothese anzeigen.

Die Position des Führungsdrahtes in der Thoraxaorta überprüfen. Sicherstellen, dass sich die Fenestrierung(en) und/oder Scallop(s) auf der Höhe der betreffenden Arterien und die anterioren Markierungen in der am weitesten anterior gelegenen Position (12 Uhr) befinden.

HINWEIS: Die vertikalen anterioren Markierungen und die horizontalen posterioren Markierungen sollten bei korrekter Orientierung auf der fluoroskopischen Aufnahme ein Kreuz bilden.

HINWEIS: Die Fenestrierungs-/Scallop-Markierungen müssen sich in enger Apposition zu den jeweiligen Zweiggefäßen befinden.

1A



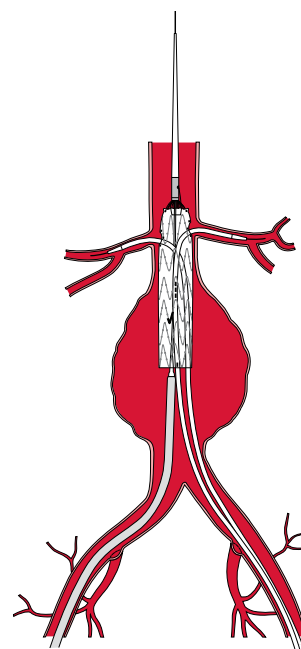
Den grauen Positionierer (Schaft des Einführsystems) beim Zurückziehen der Schleuse stabilisieren. Die ersten 2 gecoverten Stents durch Zurückziehen der Schleuse unter Beobachtung der Prothesenposition entfalten.

Eine Angiographie durchführen und falls erforderlich die Prothesenlage nachkorrigieren. Weiterhin die Schleuse zurückziehen und falls erforderlich die Lage nachkorrigieren.

Mit der Entfaltung fortfahren, bis die Prothese vollständig von der Schleuse befreit ist.

2

FENESTRIERUNGEN KANÜLIEREN



Wenn eine zufrieden stellende Prothesenposition erzielt wurde, den Angiographiekatheter und den Führungsdraht entfernen und gegen einen selektiven Führungsdraht/Katheter austauschen, der bis unterhalb der Ebene des proximalen Teils eingeführt wird. Den teilweise entfaltenen proximalen Prothesenteil kanülieren.

HINWEIS: Wenn eine kleine Fenestrierung benutzt wird, muss darauf geachtet werden, die Fenestrierung genau auf das entsprechende Gefäß auszurichten.

Den Führungskatheter unter Verwendung der kontralateralen Zugangsschleuse und des Führungsdrahts in jede kleine Fenestrierung und ihr entsprechendes Gefäß vorschieben.

3

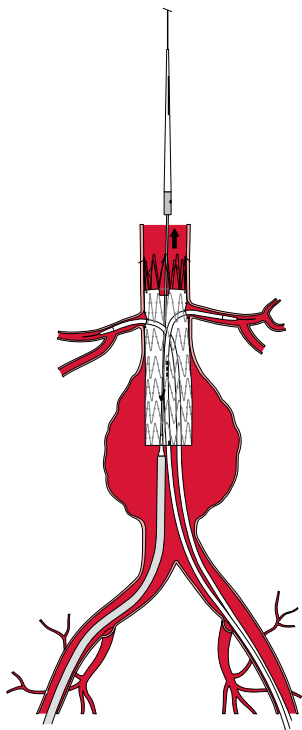
DURCHMESSER-REDUZIERUNGSFÄDEN FREIGEBEN UND OBERE KAPPE ENTPERREN

Die ordnungsgemäße Position des proximalen Teils überprüfen. Die Sicherheitssperre des goldenen Auslösedrahtmechanismus entfernen. Um den Auslösedraht herauszuziehen und zu entfernen, den goldenen Auslösedrahtmechanismus vom Griff schieben und dann durch seinen Schlitz über die innere Kanüle entfernen.

Die Sicherheitssperre des schwarzen Auslösedrahtmechanismus entfernen. Um den suprarenalen Stent von der oberen Kappe zu lösen, den Auslösedraht zurückziehen und entfernen, indem der schwarze Auslösedrahtmechanismus vom Griff geschoben und dann durch seinen Schlitz über die innere Kanüle entfernt wird.

4

DEN SUPRARENALEN STENT ENTFALTEN



Die Klemmschraube lösen. Die Position der Prothese durch Stabilisierung des grauen Positionierers der Einführschleuse steuern.

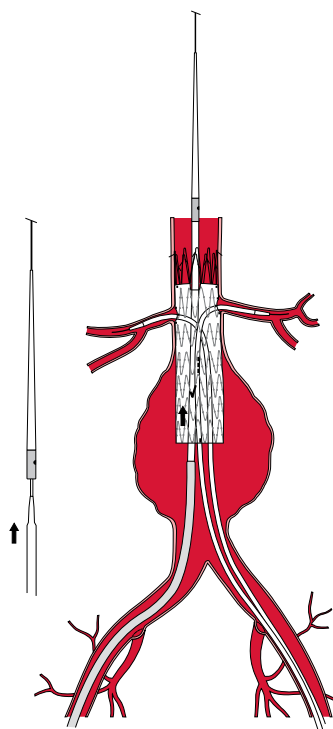
Den suprarenalen Stent durch Vorschieben der inneren Kanüle der oberen Kappe um jeweils 1 bis 2 mm entfalten, während die Position des proximalen Prothesenteils kontrolliert wird, bis der obere Stent vollständig entfaltet ist. Die Kanüle der oberen Kappe um weitere 1 bis

2 cm vorschieben und dann die Klemmschraube wieder anziehen, um einen Kontakt mit dem entfaltenen suprarenalen Stent zu vermeiden.

Die Sicherheitssperre des weißen Auslösedrahtmechanismus entfernen. Den Auslösedraht zurückziehen und entfernen, um das distale Ende der endovaskulären Prothese vom Einführsystem abzunehmen. Dazu wird der weiße Auslösedrahtmechanismus vom Griff geschoben und dann durch seinen Schlitz über die innere Kanüle der Prothese entfernt.

5

OBERE KAPPE ANDOCKEN



Die Klemmschraube lösen.

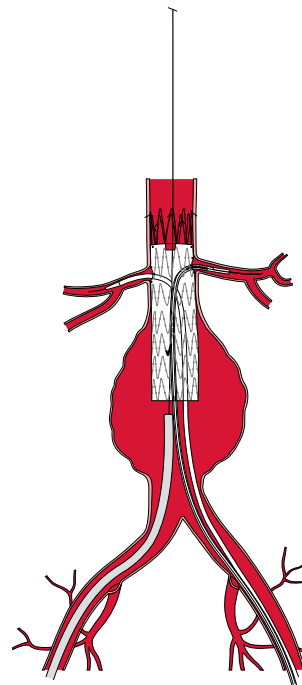
Die Schleuse und innere Kanüle so sichern, dass sie sich nicht bewegen können.

Den grauen Positionierer über die innere Kanüle vorschieben, bis er an die obere Kappe andockt.

Die Klemmschraube wieder anziehen, und die gesamte obere Kappe und den grauen Positionierer durch Ziehen an der inneren Kanüle durch die Prothese und durch die Schleuse hindurch zurückziehen. Schleuse und Führungsdraht an Ort und Stelle belassen.

6

FENESTRIERUNGSSTENT PLATZIEREN



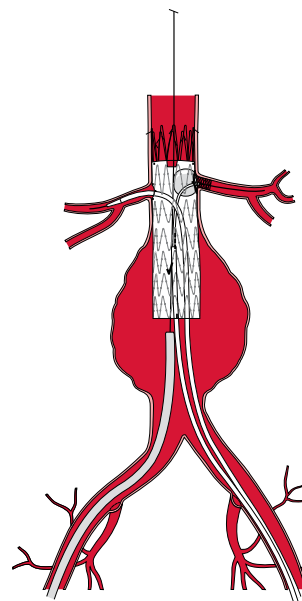
Zum Führungsdraht und Führungskatheter zurückkehren, die das kleine Fenster und das zugehörige Gefäß kanülieren.

Einen ballonexpandierenden Stent geeigneter Größe einführen und zum Ostium der Fenestrierung/des Gefäßes vorschieben.

In das Gefäß vorschieben, so dass etwa 5 mm des Stents in der Aorta verbleiben.

HINWEIS: Fluoroskopische Aufnahmen tangential zur Fenestrierung optimieren die Sichtbarkeit der Stentposition in Bezug zum Stent-Graft.

6A



Stent expandieren.

Den Ballon entfernen und durch einen überdimensionierten Angioplastieballon ersetzen.

Den Ballon vorschieben, bis sich die proximale Spitze an der Fenster-/ Gefäßöffnung befindet.

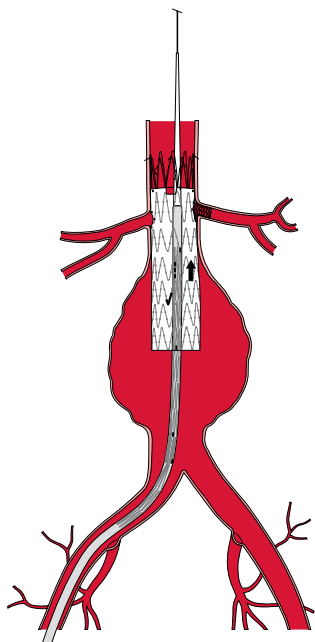
Den Ballon inflatieren, um den intraaortalen Abschnitt des Stents aufzuspreizen.

Den Angioplastieballon entfernen.

HINWEIS: Die vorangegangenen Schritte für jede weitere kleine Fenestrierung wiederholen.

7

DEN DISTALEN GEGABELTEN PROTHESENTEIL POSITIONIEREN



Vor dem Einführen des distalen gegabelten Prothesenteil-Einführsystems unter Fluoroskopie auf dem Bauch des Patienten positionieren, um die Orientierung des kontralateralen Ansatzes zu bestimmen. Die Position des Seitenarms des Hämostaseventils beachten.

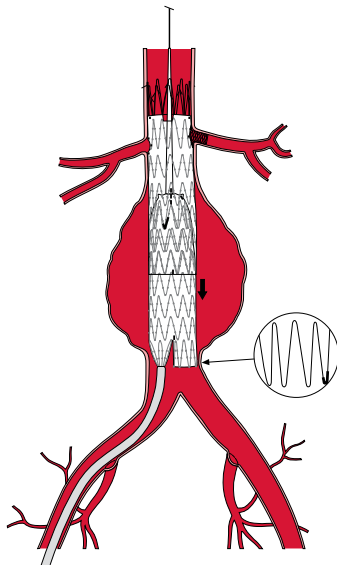
Das distale gegabelte Prothesenteil-Einführsystem über den Draht in die A. femoralis einführen und dabei den Seitenarmbezug beachten.

Das Einführsystem vorschieben, bis sich der kontralaterale Ansatz oberhalb und anterior des Ursprungs der kontralateralen A. iliaca befindet. Wenn die röntgendichte Markierung des kontralateralen Ansatzes nicht korrekt ausgerichtet ist, das gesamte System drehen, bis sie auf halbem Wege zwischen einer lateralen und einer anterioren Position auf der kontralateralen Seite zu liegen kommt.

Das Angiogramm wiederholen und wenn erforderlich den distalen gegabelten Prothesenteil erneut positionieren.

8

KONTRALATERALER ANSATZ DES DISTALEN GEGABELTEN PROTHESENTEILS ENTFALTEN



VORSICHT: Während des Einführens des distalen gegabelten Prothesenteils den proximalen Prothesenteil genau beobachten, um Positionsveränderungen zu vermeiden. Den grauen Positionierer (Schaft des Einführsystems) beim Zurückziehen der Schleuse stabilisieren. Die ersten 2 gecoverten Stents durch Zurückziehen der Schleuse unter Beobachtung der Prothesenposition entfalten. Mit dem Entfalten fortfahren, bis der kontralaterale Ansatz voll entfaltet ist.

9

KONTRALATERALEN FÜHRUNGSDRAHT IN DER A. ILIACA POSITIONIEREN

Katheter und Führungsdraht in den kontralateralen Ansatz und in den distalen gegabelten Prothesenteil hinein manipulieren. Um zu bestätigen, dass die Prothese kanuliert wurde, können fluoroskopische AP- und Schrägansichten hilfreich sein.

Den Angiographiekatheter in den Prothesenhauptteil vorschieben. Angiographie durchführen, um die korrekte Position innerhalb des distalen gegabelten Prothesenteils zu bestätigen. Den Katheter bis an den Punkt vorschieben, an dem das proximale Ende des distalen gegabelten Prothesenteils mit dem Einführsystem verbunden ist.

10

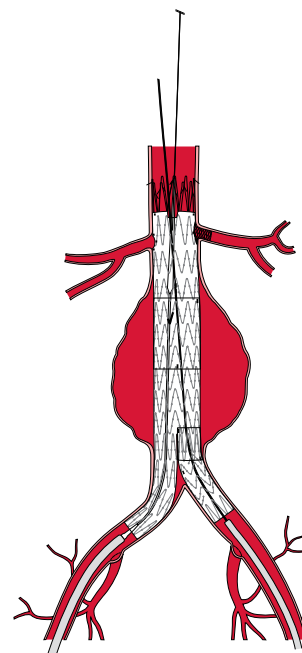
DISTALEN GEGABELTEN PROTHESENTEIL ENTFALTEN

Angiographie durchführen, um die ordnungsgemäße Position des iliakalen Schenkels bezüglich der A. iliaca interna (hypogastrica) zu überprüfen. Position bei Bedarf nachkorrigieren.

Schleuse zurückziehen, bis der iliakale Schenkel vollständig entfaltet ist. Die Sicherheitssperre des schwarzen Auslösedrahtmechanismus entfernen. Den schwarzen Auslösedrahtmechanismus zurückziehen und entfernen. Die Schleuse nicht weiter zurückziehen.

11

KONTRALATERALEN ILIAKALEN SCHENKEL POSITIONIEREN



Das Einführsystem für den kontralateralen iliakalen Schenkel in die Arterie einbringen. Langsam vorschieben, bis der iliakale Schenkel der Prothese mindestens einen ganzen Stent des iliakalen Schenkels (d.h. einen proximalen Stent des iliakalen Schenkels der Prothese) im kontralateralen Ansatz des Hauptteils überlappt.

Falls erforderlich die iliakale Schenkelprothese erneut positionieren, um sowohl eine innere Durchgängigkeit der A. iliaca als auch eine minimale Überlappung eines ganzen iliakalen Schenkelstents (d.h. proximaler Stent der iliakalen Schenkelprothese, maximale Überlappung 30 mm) innerhalb des Hauptkörpers der endovaskulären Prothese zu gewährleisten.

HINWEIS: Zur Bestimmung der maximalen Überlappung ist ein röntgendichtes Markierungsband 30 mm vom proximalen Ende des iliakalen Prothesenschenkels platziert.

Zum Entfalten den iliakalen Prothesenschenkel mit dem grauen Positionierer in Position halten und gleichzeitig die Schleuse zurückziehen. Sobald das distale Ende des iliakalen Prothesenschenkels freigegeben wird, die Schleuse nicht weiter zurückziehen.

Die Position der iliakalen Schenkelprothese überprüfen, die Klemmschraube lockern und die innere Kanüle zurückziehen, um den konisch zulaufenden Dilatator an den grauen Positionierer anzudocken. Die Klemmschraube festziehen und den grauen Positionierer mit gesicherter innerer Kanüle zurückziehen.

12

DISTALEN GEGABELTEN PROTHESENTEIL ENTFALTEN

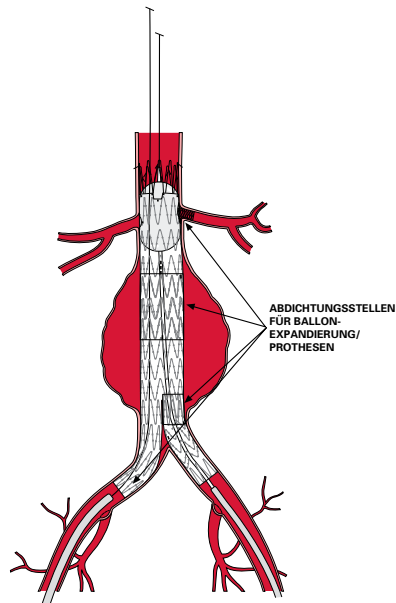
Die Sicherheitssperre des weißen Auslösedrahtmechanismus entfernen. Den weißen Auslösedrahtmechanismus zurückziehen und entfernen. Die Position der iliakalen Schenkelprothese überprüfen, die Klemmschraube lockern und die innere Kanüle zurückziehen, um den konisch zulaufenden Dilatator an den grauen Positionierer anzudocken. Die Klemmschraube festziehen und den grauen Positionierer mit gesicherter innerer Kanüle zurückziehen.

Die Schleuse und den Führungsdraht in Position belassen.

Das Captor®-Hämostaseventil auf der Einführschleuse schließen.

13

MODELLIERUNGSBALLON EINFÜHREN



Den Modellierungsballon über den Führungsdraht und durch das Hämostaseventil des distalen gegabelten Prothesenteil-Einführsystems vorschieben.

HINWEIS: Das Captor-Hämostaseventil sollte sich immer in der „Offen“-Stellung befinden, wenn die Lage des Modellierungsballons verändert wird.

Den Modellierungsballon mit verdünntem Kontrastmittel expandieren. Dabei proximal beginnen und in distaler Richtung arbeiten.

VORSICHT: Vor der Modellierung in der Nähe von Fenestrierungs-Stents bestätigen, dass der Aortenabschnitt des Stents aufgeweitet ist.

Den Modellierungsballon zur distalen Befestigungsstelle des ipsilateralen Ansatzes zurückziehen und expandieren.

VORSICHT: Den Ballon nicht außerhalb der Prothese in der A. iliaca inflatieren.

Den Modellierungsballon deflatieren und entfernen. Den Modellierungsballon auf den kontralateralen Führungsdraht und in das Einführsystem des kontralateralen iliakalen Schenkels überführen. Den Modellierungsballon bis zur Überlappung des kontralateralen Ansatzes vorschieben und aufweiten.

VORSICHT: Vor einer Umpositionierung ist sicherzustellen, dass der Ballon vollkommen deflatiert ist.

Den Modellierungsballon zur distalen Befestigungsstelle des kontralateralen iliakalen Schenkels im Gefäß zurückziehen und aufweiten.

Den Modellierungsballon deflatieren, entfernen und durch einen Angiographiekatheter zur Durchführung der Prüfangiogramme ersetzen.

Customer Service Centers

AORTIC INTERVENTION

CRITICAL CARE

ENDOSCOPY

INTERVENTIONAL RADIOLOGY

LEAD MANAGEMENT

PERIPHERAL INTERVENTION

SURGERY

UROLOGY

WOMEN'S HEALTH

EMEA: EDI - www.cookmedical.com/edi.do

Distributors: +353 61239240, ssc.distributors@cookmedical.com

Austria: +43 179567121, oe.orders@cookmedical.com

Belgium: +32 27001633, be.orders@cookmedical.com

Denmark: +45 38487607, da.orders@cookmedical.com

France: +33 171230269, fr.orders@cookmedical.com

Germany: +49 6950072804, de.orders@cookmedical.com

Hungary: +36 17779199, hu.orders@cookmedical.com

Ireland: +353 61239252, ie.orders@cookmedical.com

Italy: +39 0269682853, it.orders@cookmedical.com

Netherlands: +31 202013367, nl.orders@cookmedical.com

Norway: +47 23162968, no.orders@cookmedical.com

Poland: +48 223060159, pl.orders@cookmedical.com

Spain: +34 912702691, es.orders@cookmedical.com

Sweden: +46 858769468, se.orders@cookmedical.com

Switzerland - French: +41 448009609, fr.orders@cookmedical.com

Switzerland - Italian: +41 448009609, it.orders@cookmedical.com

Switzerland - German: +41 448009609, de.orders@cookmedical.com

United Kingdom: +44 2073654183, uk.orders@cookmedical.com

Americas: EDI - www.cookmedical.com/edi.do

Phone: +1 812.339.2235, 800.457.4500, Fax: 800.554.8335

E-mail: orders@cookmedical.com

Australia:

Phone: +61 738411188, 1800777222, Fax: +61 738411288, 1800077283

E-mail: cau.custserv@cookmedical.com

COOK MEDICAL

www.cookmedical.com