

EN 16	Zenith® Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation with the H&L-B One-Shot™ Introduction System Instructions for Use
CS 21	Endovaskulární graft Zenith® Branch s iliakální bifurkací se zaváděcím systémem H&L-B One-Shot™ Návod k použití
DA 26	Zenith® Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation med H&L-B One-Shot™ indføringssystem Brugsanvisning
DE 31	Endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith® Branch mit dem Einführsystem H&L-B One-Shot™ Gebrauchsanweisung
EL 37	Ενδοαγγειακό μόσχευμα-διχασμός λαγονίου αρτηρίας Zenith® Branch με το σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot™ Οδηγίες χρήσης
ES 43	Bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith® Branch con el sistema de introducción H&L-B One-Shot™ Instrucciones de uso
FI 48	H&L-B One-Shot™ -sisäänvientijärjestelmällä varustettu Zenith® Branch -endovaskulaarinen iliakaalinen bifurkaatiografti Käyttöohjeet
FR 53	Bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith® Branch à système d'introduction H&L-B One-Shot™ Mode d'emploi
IT 58	Biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith® Branch con sistema di introduzione H&L-B One-Shot™ Istruzioni per l'uso
NL 63	Zenith® Branch endovasculair implantaat-iliacale bifurcatie met het H&L-B One-Shot™ introductiesysteem Gebruiksaanwijzing
PL 68	Rozwidlony biodrowy stent-graft wewnętrzznacyniowy Zenith® Branch z systemem wprowadzającym H&L-B One-Shot™ Instrukcja użycia
PT 73	Prótese endovascular Zenith® Branch com bifurcação iliaca e o sistema de introdução H&L-B One-Shot™ Instruções de utilização
SK 78	Endovaskulárny štep Zenith® Branch s iliackým rozdvojením so zavádzacím systémom H&L-B One-Shot™ Návod na použitie
SV 83	Zenith® Branch endovaskulärt iliabifurkationsgraft med H&L-B One-Shot™ införingssystem Bruksanvisning



ENGLISH

TABLE OF CONTENTS

Illustrations	11-15
1 DEVICE DESCRIPTION	16
1.1 Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation	16
1.2 Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation Delivery System	16
1.3 Additional Components	16
2 INDICATIONS FOR USE	16
3 CONTRAINDICATIONS	16
4 WARNINGS AND PRECAUTIONS	16
4.1 General	16
4.2 Patient Selection, Treatment and Follow-Up	16
4.3 Implant Procedure	16
Molding Balloon Use	16
4.4 MRI Safety and Compatibility	17
5 POTENTIAL ADVERSE EVENTS	17
6 PATIENT SELECTION AND TREATMENT	17
6.1 Individualization of Treatment	17
7 PATIENT COUNSELING INFORMATION	17
8 HOW SUPPLIED	17
9 CLINICAL USE INFORMATION	18
9.1 Physician Training	18
9.2 Inspection Prior to Use	18
9.3 Materials Required	18
9.4 Materials Recommended	18
9.5 Device Diameter Sizing Guidelines	18
10 DIRECTIONS FOR USE	18
General Use Information	18
General Deployment Information	18
Pre-Implant Determinants	18
Patient Preparation	18
10.1 Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation Preparation/Flush	18
10.2 Vascular Access and Angiography	18
10.3 Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation Placement	19
10.4 Through-and-Through Wire Guide Placement	19
10.5 Proximal Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation Deployment	19
10.6 Up-and-Over Sheath Placement	19
10.7 Cannulation of Internal Iliac Artery	19
10.8 Balloon-Expandable Covered Peripheral Bridging Stent Placement	19
10.9 Distal Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation Deployment	19
10.10 Balloon-Expandable Covered Peripheral Stent Deployment	19
10.11 Zenith AAA Graft and Iliac Leg Graft Deployment	19
10.12 Molding Balloon Insertion	20
10.13 Final Angiogram	20
11 IMAGING GUIDELINES AND POST-OPERATIVE FOLLOW-UP	20

ČESKY

OBSAH

Ilustrace	11-15
1 POPIS ZAŘÍZENÍ	21
1.1 Endovaskulární graft Zenith Branch s iliakální bifurkací	21
1.2 Aplikací systém endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací	21
1.3 Další komponenty	21
2 URČENÉ POUŽITÍ	21
3 KONTRAINDIKACE	21
4 VAROVÁNÍ A UPOZORNĚNÍ	21
4.1 Obecně	21
4.2 Výběr, léčba a následné kontroly pacienta	21
4.3 Postup implantace	21
Použití tvarovacího balónku	22
4.4 Bezpečnost a kompatibilita vyšetření MRI	22
5 POTENCIÁLNÍ NEŽÁDOUCÍ PŘÍHODY	22
6 VÝBĚR A LÉČBA PACIENTA	22
6.1 Individualizace léčby	22
7 PORADENSTVÍ PRO PACIENTY	22
8 STAV PŘI DODÁNÍ	22
9 INFORMACE O KLINICKÉM POUŽITÍ	23
9.1 Skolení lékařů	23
9.2 Kontrola před použitím	23
9.3 Požadovaný materiál	23
9.4 Doporučený materiál	23
9.5 Pokyny k určení průměru zařízení	23
10 POKYNY K POUŽITÍ	23
Obecné informace o použití	23
Obecné informace o aplikaci	23
Rozhodující činitele před implantací	23
Příprava pacienta	23
10.1 Příprava a propláchnutí endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací	23
10.2 Cévní přístup a angiografie	24
10.3 Umístění endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací	24
10.4 Umístění vodícího drátu „through-and-through“	24
10.5 Rozvinutí proximální části endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací	24
10.6 Umístění sheathu „up-and-over“	24
10.7 Kanylace vnitřní kyčelní tepny	24
10.8 Umístění balónkem expandovatelného krytého periferního stentu	24
10.9 Rozvinutí distální části endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací	24
10.10 Rozvinutí periferního balónkem expandovatelného krytého stentu	24
10.11 Rozvinutí graftu Zenith AAA a iliakálního ramene graftu	25
10.12 Zavedení tvarovacího balónku	25
10.13 Závěrečný angiogram	25
11 POKYNY PRO SNÍMKOVÁNÍ A POOPERACNÍ KONTROLU	25

DANSK**INDHOLDSFORTEGNELSE**

Illustrationer	11-15
1 PRODUKTBESKRIVELSE	26
1.1 Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation	26
1.2 Fremføringsystem for Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation	26
1.3 Yderligere komponenter	26
2 INDIKATIONER	26
3 KONTRAINDIKATIONER	26
4 ADVARSLER OG FORHOLDSREGLER	26
4.1 Generelle	26
4.2 Patientudvælgelse, behandling og opfølgning	26
4.3 Implantationsprocedure	26
Brug af formningsballon	27
4.4 Sikkerhed og kompatibilitet ved MR-scanning	27
5 MULIGE UØNSKEDE HÆNDELSER	27
6 PATIENTUDVÆLGELSE OG BEHANDLING	27
6.1 Individualisering af behandling	27
7 PATIENTRÅDGIVNINGSPERSONALE	27
8 LEVERING	27
9 INFORMATION OM KLINISK ANVENDELSE	28
9.1 Lægeuddannelse	28
9.2 Inspektion inden brug	28
9.3 Nødvendige materialer	28
9.4 Anbefalede materialer	28
9.5 Retningslinjer for størrelsesbestemmelse af produktdiameter	28
10 VEJLEDNING	28
Generel information om anvendelse	28
Generel anlæggelsesinformation	28
Afgørende faktorer for implantation	28
Klargøring af patienten	28
10.1 Klargøring/gennemskylning af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation	28
10.2 Vaskulær adgang og angiografi	29
10.3 Anlæggelse af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation	29
10.4 Anlæggelse af gennemgående kateterleder	29
10.5 Anlæggelse af proksimal Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation	29
10.6 Anlæggelse af op-og-over sheath	29
10.7 Kanylering af a. iliaca interna	29
10.8 Placering af en ballon-ekspanderbar, dækket perifer brodannende stent	29
10.9 Anlæggelse af distal Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation	29
10.10 Anlæggelse af ballon-ekspanderbar, dækket perifer stent	29
10.11 Anlæggelse af Zenith AAA protese og iliaca-benprotese	30
10.12 Indføring af formningsballon	30
10.13 Slutangiogram	30
11 RETNINGSLINJER FOR BILLEDDIAGNOSTIK OG POSTOPERATIV OPFØLGNING	30

DEUTSCH**INHALTSVERZEICHNIS**

Abbildungen	11-15
1 PRODUKTBESCHREIBUNG	31
1.1 Endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch	31
1.2 Platzierungssystem für die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch	31
1.3 Zusätzliche Komponenten	31
2 INDIKATIONEN	31
3 KONTRAINDIKATIONEN	31
4 WARNHINWEISE UND VORSICHTSMASSNAHMEN	31
4.1 Allgemeines	31
4.2 Auswahl, Behandlung und Nachsorge der Patienten	31
4.3 Implantationsverfahren	31
Verwendung des Modellierungsballons	32
4.4 Sicherheit und Kompatibilität mit MRT	32
5 MÖGLICHE UNERWÜNSCHTE EREIGNISSE	32
6 AUSWAHL UND BEHANDLUNG DER PATIENTEN	32
6.1 Individuelle Gestaltung der Behandlung	32
7 INFORMATIONEN ZUR AUFLÄRUNG DES PATIENTEN	32
8 LIEFERFORM	32
9 INFORMATIONEN ZUM KLINISCHEN EINSATZ	33
9.1 Ärzteschulung	33
9.2 Überprüfung vor dem Gebrauch	33
9.3 Erforderliche Materialien	33
9.4 Empfohlene Materialien	33
9.5 Richtlinien zur Bestimmung des Prothesendurchmessers	33
10 GEBRAUCHSANWEISUNG	34
Allgemeine Informationen zum Gebrauch	34
Allgemeine Informationen zur Platzierung	34
Die Präimplantationsphase bestimmende Faktoren	34
Vorbereitung des Patienten	34
10.1 Vorbereitung/Durchspülen der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch	34
10.2 Gefäßzugang und Angiographie	34
10.3 Platzierung der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch	34
10.4 Platzierung des durchgehenden Führungsdrahts	34
10.5 Entfaltung der proximalen endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch	34
10.6 Platzierung der „Up-and-Over“-Schleuse	34
10.7 Kanülierung der A. iliaca interna	35
10.8 Platzierung des ballonexpandierbaren gecoverten peripheren Stents	35
10.9 Entfaltung der distalen endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch	35
10.10 Entfaltung des ballonexpandierbaren gecoverten peripheren Stents	35
10.11 Entfaltung der Zenith AAA-Prothese und des iliakalen Prothesenchenkels	35
10.12 Einführen des Modellierungsballons	35
10.13 Abschließendes Angiogramm	35
11 BILDGEBUNGSRICHTLINIEN UND NACHOPERATIVE VERSORGUNG	36

ΕΛΛΗΝΙΚΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Απεικονίσεις	11-15
1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ	37
1.1 Ενδαγγειακό μοσχεύμα-διχασμός λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch	37
1.2 Σύστημα τοποθέτησης ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch	37
1.3 Πρόσθετα εξαρτήματα	37
2 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΡΗΣΗΣ	37
3 ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	37
4 ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ	37
4.1 Γενικές	37
4.2 Επιλογή, θεραπεία και παρακολούθηση ασθενούς	37
4.3 Διαδικασία εμφύτευσης	37
Χρήση μπαλονιού διαμόρφωσης	38
4.4 Ασφάλεια και συμβατότητα με μαγνητική τομογραφία (MRI)	38
5 ΔΥΝΗΤΙΚΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	38
6 ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	38
6.1 Εξοστίκευση της θεραπείας	38
7 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	38
8 ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	39
9 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΗ	39
9.1 Εκπαίδευση ιατρού	39
9.2 Επιβέλωση πριν από τη χρήση	39
9.3 Απαιτούμενα υλικά	39
9.4 Συνιστώμενα υλικά	39
9.5 Κατευθυντήριες οδηγίες προσδιορισμού μεγέθους διαμέτρου συσκευής	39
10 ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ	40
Γενικές πληροφορίες χρήσης	40
Γενικές πληροφορίες εκπτώξης	40
Προσδιοριστικοί παράγοντες προ της εμφύτευσης	40
Προετοιμασία ασθενούς	40
10.1 Παρασκευή/έκπλυση ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch	40
10.2 Αγγειακή προσέλαση και αγγειογραφία	40
10.3 Τοποθέτηση ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch	40
10.4 Τοποθέτηση συρμάτινου οδηγού πλήρους διέλευσης	40
10.5 Εκπτώξη εγγύς ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch	41
10.6 Τοποθέτηση επάνω και επί θηκαρίου	41
10.7 Καθετηριασμός της έσω λαγόνιας αρτηρίας	41
10.8 Τοποθέτηση επεκτεινόμενης με μπαλόνι, καλυμμένης περιφερειακής ενδοπρόσθεσης γεφύρωσης	41
10.9 Εκπτώξη περιφερικού ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch	41
10.10 Έκπτυξη επεκτεινόμενης με μπαλόνι, καλυμμένης περιφερειακής ενδοπρόσθεσης	41
10.11 Έκπτυξη μοσχεύματος AAA Zenith και μοσχεύματος λαγόνιου σκέλους	41
10.12 Εισαγωγή μπαλονιού διαμόρφωσης	42
10.13 Τελικό αγγειόγραμμα	42
11 ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ	42

ESPAÑOL

ÍNDICE

Ilustraciones	11-15
1 DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO	43
1.1 Bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch	43
1.2 Sistema de implantación de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch	43
1.3 Componentes adicionales	43
2 INDICACIONES	43
3 CONTRAINDICACIONES	43
4 ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES	43
4.1 Generales	43
4.2 Selección, tratamiento y seguimiento de los pacientes	43
4.3 Procedimiento de implantación	43
Uso del balón moldeador	44
4.4 Seguridad y compatibilidad con MRI	44
5 REACCIONES ADVERSAS POSIBLES	44
6 SELECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES	44
6.1 Individualización del tratamiento	44
7 INFORMACIÓN PARA EL ASESORAMIENTO DE LOS PACIENTES	44
8 PRESENTACIÓN	44
9 INFORMACIÓN SOBRE EL USO CLÍNICO	45
9.1 Formación de médicos	45
9.2 Inspección previa al uso	45
9.3 Material necesario	45
9.4 Material recomendado	45
9.5 Pautas para la selección del diámetro de los dispositivos	45
10 MODO DE EMPLEO	46
Información general sobre el uso	46
Información general sobre el despliegue	46
Factores determinantes previos a la implantación	46
Preparación del paciente	46
10.1 Preparación y lavado de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch	46
10.2 Acceso vascular y angiografía	46
10.3 Colocación de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch	46
10.4 Colocación de la guía «a través y a través»	46
10.5 Despliegue de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch proximal	46
10.6 Colocación de la vaina «arriba y por encima»	46
10.7 Canulación de la arteria iliaca interna	47
10.8 Colocación del stent de conexión periférico cubierto expandible con balón	47
10.9 Despliegue de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch distal	47
10.10 Despliegue del stent periférico cubierto expandible con balón	47
10.11 Despliegue de la endoprótesis vascular para AAA y la rama iliaca Zenith	47
10.12 Introducción del balón moldeador	47
10.13 Angiografía final	47
11 PAUTAS PARA LOS ESTUDIOS DE IMAGEN Y SEGUIMIENTO POSOPERATORIO	47

SUOMI

SISÄLLYSLUETTELO

Kuvat.....	11-15
1 LAITTEEN KUVAS.	48
1.1 Zenith Branch -endovaskulaarinen iliaakainen bifurkaatiografti.....	48
1.2 Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiograftin sisäänvientijärjestelmä.....	48
1.3 Lisäosat.....	48
2 KÄYTTÖTARKOITUS	48
3 VASTA-AIHEET	48
4 VAROITUKSET JA VAROTOIMENPITEET	48
4.1 Yleistä.....	48
4.2 Potilaan valinta, hoito ja seuranta.....	48
4.3 Implantaatiomenetelmä.....	48
Muovauspallon käyttö.....	49
4.4 Magneettikuvauksen (MRI) turvallisuus ja yhteensopivuus.....	49
5 MAHDOLLISET HAITTAVAIKUTUKSET	49
6 POTILAAN VALINTA JA HOITO	49
6.1 Potilaskohtainen hoito.....	49
7 POTILAAN NEUVONTATIEDOT	49
8 PAKKAUSTYYPPI JA PAKKAUSKOOT	49
9 KLIINISET KÄYTTÖTIEDOT	50
9.1 Lääkärin käyttökoulutus.....	50
9.2 Tarkastus ennen käyttöä.....	50
9.3 Tarvittavat materiaalit.....	50
9.4 Suositeltavat materiaalit.....	50
9.5 Laitteen läpimitan valintaohjeet.....	50
10 KÄYTTÖOHJEET	50
Yleisiä käyttöohjeita.....	50
Yleiset asennusohjeet.....	51
Preimplantaation määräävät tekijät.....	51
Potilaan valmistelu.....	51
10.1 Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiograftin valmistelu/huuhdeltu.....	51
10.2 Sisäänvienti verisuonistoon ja angiografia.....	51
10.3 Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiograftin asetus.....	51
10.4 Kahdesti läpimenevän johtimen asetus.....	51
10.5 Proksimaalisen Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiograftin asennus.....	51
10.6 Ylimenoholkin asetus.....	51
10.7 Sisemmän lonkkavaltimon kanylointi.....	51
10.8 Paliolaajennettavan, peitetyn perifeerisen stentin asetus.....	51
10.9 Distaalisen Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiograftin asennus.....	52
10.10 Paliolaajennettavan, peitetyn perifeerisen stentin asennus.....	52
10.11 Zenith AAA -graftin ja iliaakaalisen haaran graftin asennus.....	52
10.12 Muovauspallon sisäänvienti.....	52
10.13 Lopullinen angiogrammi.....	52
11 KUVANTAMISOHJEET JA POSTOPERATIIVINEN SEURANTA	52

FRANÇAIS

TABLE DES MATIÈRES

Illustrations.....	11-15
1 DESCRIPTION DU DISPOSITIF	53
1.1 Bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch.....	53
1.2 Système de largage de bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch.....	53
1.3 Autres composants.....	53
2 UTILISATION	53
3 CONTRE-INDICATIONS	53
4 AVERTISSEMENTS ET MISES EN GARDE	53
4.1 Généralités.....	53
4.2 Sélection, traitement et suivi des patients.....	53
4.3 Méthode d'implantation.....	53
Utilisation du ballonnet de modelage.....	54
4.4 Sécurité d'emploi et compatibilité IRM.....	54
5 ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES POSSIBLES	54
6 SÉLECTION ET TRAITEMENT DES PATIENTS	54
6.1 Individualisation du traitement.....	54
7 CONSEILS AUX PATIENTS	54
8 PRÉSENTATION	54
9 UTILISATION CLINIQUE	55
9.1 Formation clinique.....	55
9.2 Inspection avant l'utilisation.....	55
9.3 Matériel requis.....	55
9.4 Matériel recommandé.....	55
9.5 Directives de mesures relatives au diamètre des dispositifs.....	55
10 DIRECTIVES D'UTILISATION	56
Informations générales sur l'utilisation.....	56
Informations générales sur le déploiement.....	56
Facteurs déterminants avant l'implantation.....	56
Préparation du patient.....	56
10.1 Préparation et rinçage de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch.....	56
10.2 Accès vasculaire et angiographie.....	56
10.3 Mise en place de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch.....	56
10.4 Mise en place du guide de bout en bout.....	56
10.5 Déploiement de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire proximale Zenith Branch.....	56
10.6 Mise en place de la gaine de protection.....	56
10.7 Canulation de l'artère iliaque interne.....	57
10.8 Mise en place de l'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable.....	57
10.9 Déploiement de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire distale Zenith Branch.....	57
10.10 Déploiement de l'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable.....	57
10.11 Déploiement de l'endoprothèse Zenith AAA et de la branche iliaque.....	57
10.12 Insertion du ballonnet de modelage.....	57
10.13 Angiographie finale.....	57
11 DIRECTIVES D'IMAGERIE ET SUIVI POST-OPÉATOIRE	57

ITALIANO**INDICE**

Illustrazioni	11-15
1 DESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO	58
1.1 Biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch	58
1.2 Sistema di inserimento per biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch	58
1.3 Componenti supplementari	58
2 USO PREVISTO	58
3 CONTROINDICAZIONI	58
4 AVVERTENZE E PRECAUZIONI	58
4.1 Generali	58
4.2 Selezione, trattamento e follow-up del paziente	58
4.3 Procedura di impianto	58
Uso del palloncino dilatatore	59
4.4 Sicurezza e compatibilità in ambito MRI	59
5 POSSIBILI EVENTI NEGATIVI	59
6 SELEZIONE E TRATTAMENTO DEI PAZIENTI	59
6.1 Requisiti per il trattamento	59
7 INFORMAZIONI DA FORNIRE AL PAZIENTE	59
8 CONFEZIONAMENTO	59
9 INFORMAZIONI PER USO CLINICO	60
9.1 Programma di formazione per il medico	60
9.2 Esame prima dell'uso	60
9.3 Materiali necessari	60
9.4 Materiali consigliati	60
9.5 Linee guida per la determinazione del diametro idoneo del dispositivo	60
10 ISTRUZIONI PER L'USO	61
Informazioni generali sull'impiego	61
Informazioni generali sull'impianto	61
Fattori da considerare in sede preliminare	61
Preparazione del paziente	61
10.1 Preparazione e lavaggio della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch	61
10.2 Accesso al sistema vascolare e angiografia	61
10.3 Posizionamento della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch	61
10.4 Posizionamento della guida passante	61
10.5 Rilascio della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch prossimale	61
10.6 Posizionamento con guaina "up and over"	61
10.7 Incannulamento dell'arteria iliaca interna	62
10.8 Posizionamento dello stent periferico per bridging ricoperto dilatabile mediante palloncino	62
10.9 Rilascio della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch distale	62
10.10 Rilascio dello stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino	62
10.11 Rilascio della protesi per AAA Zenith e dell'endoprotesi per branca iliaca	62
10.12 Inserimento del palloncino dilatatore	62
10.13 Angiogramma conclusivo	62
11 LINEE GUIDA PER LE TECNICHE DI IMAGING E IL FOLLOW-UP POSTOPERATORIO	62

NEDERLANDS**INHOUD**

Afbeeldingen	11-15
1 BESCHRIJVING VAN HET HULPMIDDEL	63
1.1 Zenith Branch endovasculair implantaat-iliacale bifurcatie	63
1.2 Afleversysteem voor het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie	63
1.3 Bijkomende componenten	63
2 BEOOGD GEBRUIK	63
3 CONTRA-INDICATIES	63
4 WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGSMAATREGELEN	63
4.1 Algemeen	63
4.2 Selectie, behandeling en controle van de patiënt	63
4.3 De implantatieprocedure	63
Gebruik van de modelleerballon	64
4.4 MRI-veiligheid en -compatibiliteit	64
5 MOGELIJKE ONGEWENSTE VOORVALLEN	64
6 SELECTIE EN BEHANDELING VAN DE PATIËNT	64
6.1 Individualisering van de behandeling	64
7 INFORMATIE OVER BEGELEIDING VAN DE PATIËNT	64
8 WIJZE VAN LEVERING	64
9 INFORMATIE OVER HET KLINISCHE GEBRUIK	65
9.1 Opleiding van de arts	65
9.2 Inspectie voorafgaand aan gebruik	65
9.3 Benodigde materialen	65
9.4 Aanbevolen materialen	65
9.5 Richtlijnen voor het bepalen van de diameter van het hulpmiddel	65
10 GEBRUIKSAANWIJZING	66
Algemene gebruiksinformatie	66
Algemene informatie over ontplooiing	66
Bepalende factoren vóór de implantatie	66
De patiënt voorbereiden	66
10.1 Klaarmaken/spoelen van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie	66
10.2 Vasculaire introductie en angiografie	66
10.3 Plaatsing van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie	66
10.4 Plaatsing van een door-en-door voerdraad	66
10.5 Ontplooiing van het proximale deel van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie	66
10.6 Plaatsing van op-en-over sheath	66
10.7 Canulatie van de a. iliaca interna	67
10.8 Plaatsing van de met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent	67
10.9 Ontplooiing van het distale deel van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie	67
10.10 Ontplooiing van een met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent	67
10.11 Ontplooiën van de Zenith AAA prothese en iliacale pootprothese	67
10.12 Introductie van de modelleerballon	67
10.13 Afrondend angiogram	67
11 RICHTLIJNEN VOOR BEELDVORMEND ONDERZOEK EN POSTOPERATIEVE CONTROLE	67

POLSKI

SPIS TREŚCI

Ilustracje.....	11-15
1 OPIS URZĄDZENIA.....	68
1.1 Rozwidlony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyniowy Zenith Branch	68
1.2 System podawania rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch	68
1.3 Elementy dodatkowe.....	68
2 WSKAZANIA DO STOSOWANIA	68
3 PRZECIWWSKAZANIA	68
4 OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI	68
4.1 Ogólne	68
4.2 Wybór pacjentów, leczenie i kontrola po zabiegu	68
4.3 Procedura wszczepiania	68
Użycie balonu kształtującego.....	69
4.4 Bezpieczeństwo i zgodność ze środowiskiem RM	69
5 POTENCJALNE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE	69
6 DOBÓR I LECZENIE PACJENTÓW	69
6.1 Indywidualizacja leczenia.....	69
7 INFORMACJE DLA PACJENTA	69
8 POSTAĆ W CHWILI DOSTARCZENIA	69
9 INFORMACJE DOTYCZĄCE ZASTOSOWANIA KLINICZNEGO	70
9.1 Szkolenie lekarza.....	70
9.2 Kontrola przed użyciem	70
9.3 Wymagane materiały.....	70
9.4 Materiały zalecane	70
9.5 Wskazówki dotyczące doboru średnicy urządzenia.....	70
10 WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE STOSOWANIA	71
Ogólne informacje o stosowaniu.....	71
Ogólne informacje o rozprężaniu.....	71
Przedimplantacyjne czynniki determinujące	71
Przygotowanie pacjenta	71
10.1 Przygotowanie/przepłukiwanie rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch	71
10.2 Dostęp naczyniowy i angiografia	71
10.3 Umieszczanie rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch	71
10.4 Umieszczanie przewodnika „przez-i-przez”.....	71
10.5 Rozprężanie proksymalnego rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch	71
10.6 Umieszczanie koszyki „w górę-i-po”	71
10.7 Kaniulacja tętnicy biodrowej wewnętrznej.....	72
10.8 Umieszczanie powlekanego obwodowego stentu rozprężanego balonem	72
10.9 Rozprężanie dystalnego rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch	72
10.10 Rozprężanie powlekanego stentu obwodowego rozprężanego balonem	72
10.11 Rozprężanie stent-graftu Zenith AAA i stent-graftu odnogi biodrowej	72
10.12 Wprowadzenie balonu kształtującego	72
10.13 Angiogram końcowy.....	72
11 WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE OBRAZOWANIA I KONTROLA PO ZABIEGU.....	72

PORTUGUÊS

ÍNDICE

Ilustrações.....	11-15
1 DESCRIÇÃO DO DISPOSITIVO.....	73
1.1 Prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca	73
1.2 Sistema de colocação da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca	73
1.3 Componentes auxiliares.....	73
2 UTILIZAÇÃO PREVISTA	73
3 CONTRA-INDICAÇÕES.....	73
4 ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES	73
4.1 Geral.....	73
4.2 Seleção, tratamento e seguimento dos doentes.....	73
4.3 Procedimento de implantação	73
Utilização do balão de moldagem	74
4.4 Segurança e compatibilidade com RMN	74
5 POTENCIAIS EFEITOS ADVERSOS	74
6 SELECÇÃO E TRATAMENTO DE DOENTES	74
6.1 Individualização do tratamento.....	74
7 INFORMAÇÃO DE ACONSELHAMENTO AOS DOENTES	74
8 APRESENTAÇÃO	74
9 INFORMAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO CLÍNICA.....	75
9.1 Formação de médicos.....	75
9.2 Inspeção antes da utilização.....	75
9.3 Materiais necessários.....	75
9.4 Materiais recomendados	75
9.5 Orientações para escolha do diâmetro do dispositivo	75
10 INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO	76
Informação geral sobre a utilização.....	76
Informação geral sobre a expansão.....	76
Fatores determinantes antes da implantação	76
Preparação do doente.....	76
10.1 Preparação/irrigação da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca	76
10.2 Acesso vascular e angiografia	76
10.3 Colocação da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca	76
10.4 Colocação do fio guia entre acessos	76
10.5 Expansão da parte proximal da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca	76
10.6 Colocação da bainha “sobre e para cima”	76
10.7 Canulação da artéria ilíaca interna.....	77
10.8 Colocação do stent periférico coberto expansível com balão.....	77
10.9 Expansão da parte distal da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca.....	77
10.10 Expansão do stent periférico coberto expansível com balão	77
10.11 Expansão da prótese Zenith AAA e da extremidade ilíaca.....	77
10.12 Inserção do balão de moldagem	77
10.13 Angiograma final	77
11 ORIENTAÇÕES RELATIVAS À IMAGIOLOGIA E AO SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO	77

SLOVENČINA

OBSAH

Ilustrácie.....	11-15
1 OPIS NÁSTROJA	78
1.1 Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozvojením	78
1.2 Aplikčný systém endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozvojením.....	78
1.3 Ďalšie komponenty	78
2 URČENÉ POUŽITIE	78
3 KONTRAINDIKÁCIE	78
4 VAROVANIA A BEZPEČNOSTNÉ OPATRENIA	78
4.1 Všeobecné	78
4.2 Výber pacientov, liečba a kontrolné vyšetrenia	78
4.3 Implančný zákrok	78
Použitie tvarovacieho balónika	79
4.4 Bezpečnosť a kompatibilita pre MRI	79
5 POTENCIÁLNE NEŽIADUCE UDALOSTI	79
6 VYBER PACIENTOV A LIEČBA	79
6.1 Individuálna úprava liečby.....	79
7 PORADENSKÉ INFORMÁCIE PRE PACIENTOV.....	79
8 DODÁVKA NÁSTROJA	79
9 INFORMÁCIE O KLINICKOM POUŽITÍ	80
9.1 Školenie lekárov.....	80
9.2 Kontrola pred použitím.....	80
9.3 Potrebné materiály.....	80
9.4 Odporúčané materiály	80
9.5 Smernice pre určovanie veľkosti priemeru nástroja.....	80
10 NÁVOD NA POUŽITIE	80
Všeobecné informácie o použití	80
Všeobecné informácie o rozvinutí	80
Rozhodujúce faktory pred implantáciou	80
Príprava pacienta	80
10.1 Príprava/premytie endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozvojením.....	81
10.2 Vaskulárny prístup a angiografia.....	81
10.3 Umiestnenie endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozvojením.....	81
10.4 Umiestnenie navlečeného vodiaceho drôtu.....	81
10.5 Proximálne rozvinutie endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozvojením.....	81
10.6 Umiestnenie puzdra up-and-over	81
10.7 Kanyliácia vnútornej iliackej artérie	81
10.8 Umiestnenie balónikom rozťahnutelného krytého periférneho premostovacieho stentu.....	81
10.9 Distálne rozvinutie endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozvojením.....	81
10.10 Rozvinutie balónikom rozťahnutelného krytého periférneho stentu.....	81
10.11 Rozvinutie štepu Zenith AAA a iliackej nohy štepu.....	82
10.12 Vsúvanie tvarovacieho balónika.....	82
10.13 Konečný angiogram	82
11 SMERNICE PRE SNÍMKOVANIE A POOPERACNÉ KONTROLNÉ VYŠETRENIA	82

SVENSKA

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Illustrationer.....	11-15
1 PRODUKTBESKRIVNING.....	83
1.1 Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft.....	83
1.2 Införingssystem för Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft.....	83
1.3 Ytterligare komponenter	83
2 AVSEDD ANVÄNDNING	83
3 KONTRAINDIKATIONER	83
4 VARNINGAR OCH FÖRSIKTIGHETSÅTGÄRDER.....	83
4.1 Allmänt	83
4.2 Patienturval, behandling och uppföljning.....	83
4.3 Implanteringsförfarande	83
Användning av formningsballong	84
4.4 MRT-säkerhet och -kompatibilitet	84
5 EVENTUELLA BIVERKNINGAR.....	84
6 PATIENTURVAL OCH BEHANDLING.....	84
6.1 Individanpassning av behandlingen	84
7 PATIENTRÄDGIVNING.....	84
8 LEVERANSFORM.....	84
9 INFORMATION OM KLINISK ANVÄNDNING	85
9.1 Läkarens utbildning	85
9.2 Besiktning före användning	85
9.3 Material som behövs	85
9.4 Rekommenderat material	85
9.5 Riktlinjer för dimensionering av anordningens diameter	85
10 BRUKSANVISNING	85
Allmän information	85
Allmän insättningsinformation	85
Avgöranden före implantation	85
Förberedelse av patienten.....	85
10.1 Förberedelse/spolning av Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft	85
10.2 Kärilåtkomst och angiografi.....	86
10.3 Placering av Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft	86
10.4 Placering av dubbelt genomplacerad ledare.....	86
10.5 Proximal insättning av Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft	86
10.6 Placering av upp-och-över-hylsa	86
10.7 Kanylering av inre höftartären	86
10.8 Placering av ballongexpanderbar täckt perifer stent	86
10.9 Distal insättning av Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft	86
10.10 Insättning av ballongexpanderbar perifer stent.....	86
10.11 Insättning av Zenith AAA transplantat och ilialiskt graftben.....	87
10.12 Införande av formningsballong	87
10.13 Slutligt angiogram	87
11 RIKTLINJER FÖR BILDFRAMSTÄLLNING OCH POSTOPERATIV UPPFÖLJNING.....	87

—

—

—

—

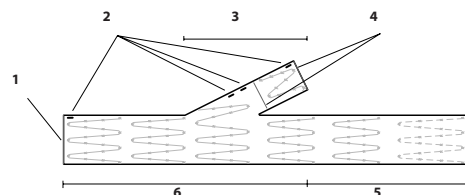


Figure 1

1. Nitinol Ring
2. Gold Markers
3. Sidebranch Segment
4. Nitinol Rings
5. External Iliac Segment
6. Common Iliac Segment

1. Nitinolový kroužek
2. Zlaté značky
3. Segment boční větve
4. Nitinolové kroužky
5. Vnější iliakální segment
6. Společný iliakální segment

1. Nitinolring
2. Guldmarkører
3. Sidegrenssegment
4. Nitinolringe
5. Iliaca externis-segment
6. Iliaca communis-segment

1. Nitinolring
2. Goldmarkierungen
3. Seitenast-Segment
4. Nitinolringe
5. A.-iliaca-externa-Segment
6. A.-iliaca-communis-Segment

1. Δακτύλιος από Nitinol
2. Χρυσοί δείκτες
3. Τμήμα του πλευρικού κλάδου
4. Δακτύλιοι από Nitinol
5. Τμήμα της έξω λαγονίου αρτηρίας
6. Τμήμα της κοινής λαγονίου αρτηρίας

1. Anillo de nitinol
2. Marcadores de oro
3. Segmento de la rama lateral
4. Anillos de nitinol
5. Segmento iliaco externo
6. Segmento iliaco primitivo

1. Nitinolirengas
2. Kultaiset merkit
3. Sivuhaarasegmentti
4. Nitinolirenkaat
5. Ulompi iliakaalinen segmentti
6. Yhteinen iliakaalinen segmentti

1. Bague en nitinol
2. Marqueurs en or
3. Segment de branche latérale
4. Bagues en nitinol
5. Segment iliaque externe
6. Segment iliaque commun

1. Anello in nitinolo
2. Marker d'oro
3. Segmento per ramo laterale
4. Anelli in nitinolo
5. Segmento per arteria iliaca esterna
6. Segmento per arteria iliaca comune

1. Nitinolring
2. Gouden markeringen
3. Zijtaksegment
4. Nitinolringen
5. A. iliaca externa-segment
6. A. iliaca communis-segment

1. Pierścień nitynowy
2. Złote znaczniki
3. Odcinek odgałęzienia bocznego
4. Pierścienie nitynowe
5. Odcinek biodrowy zewnętrzny
6. Odcinek biodrowy wspólny

1. Anel de nitinol
2. Marcadores de ouro
3. Segmento da ramificação lateral
4. Anéis de nitinol
5. Segmento iliaco externo
6. Segmento iliaco comum

1. Nitinolový krúžok
2. Zlaté markery
3. Segment vedľajšej vetvy
4. Nitinolové krúžky
5. Vonkajší iliačný segment
6. Spoločný iliačný segment

1. Nitinolring
2. Guldmarkeringar
3. Sidogrenssegment
4. Nitinolringar
5. Segment för extern höftartär
6. Segment för den gemensamma höftartären

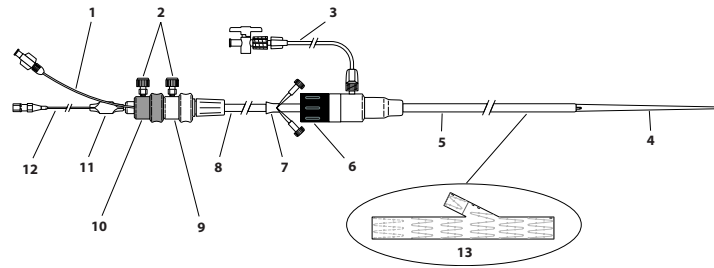


Figure 2

1. Catheter
2. Safety Locks
3. Connecting Tube
4. Dilator Tip
5. Sheath
6. Captor® Hemostatic Valve
7. Peel-Away® Sheath
8. Grey Positioner
9. White Trigger-Wire Release Mechanism
10. Black Trigger-Wire Release Mechanism
11. Pin Vise
12. Inner Cannula
13. Iliac Bifurcated Sidebranch Graft

1. Katetr
2. Pojistky
3. Spojovací hadička
4. Hrot dilatátoru
5. Sheath
6. Hemostatický ventil Captor®
7. Sheath Peel-Away®
8. Sedy polohovač
9. Bílá spoušť uvolňovacího drátu
10. Černá spoušť uvolňovacího drátu
11. Svěrka
12. Vnitřní kanyla
13. Iliakální bifurkovaný graft – Boční větve

1. Kateter
2. Sikkerhedslås
3. Tilslutningsslange
4. Dilatatorspids
5. Sheath
6. Captor® hæmostatisk ventil
7. Peel-Away® sheath
8. Grå positioneringsanordning
9. Hvid udløsningemechanisme for udløser-wire
10. Sort udløsningemechanisme for udløser-wire
11. Skruestik
12. Indre kanyle
13. Iliaca bifurkeret sidegrensprotese

1. Katheter
2. Sicherheitverriegelung
3. Verbindungsschlauch
4. Dilatatorspitze
5. Schleuse
6. Hämostaseventil Captor®
7. Peel-Away®-Schleuse
8. Grauer Positionierer
9. Weißer Auslösedrahtmechanismus
10. Schwarzer Auslösedrahtmechanismus
11. Klemmschraube
12. Innere Kanüle
13. Iliakale Bifurkationsprothese mit Seitenast

1. Καθετήρας
2. Ασφάλειες
3. Σωλήνας σύνδεσης
4. Άκρο διαστολέα
5. Θηκάρι
6. Αιμοστατική βαλβίδα Captor®
7. Θηκάρι Peel-Away®
8. Γκρι διάταξη τοποθέτησης
9. Λευκός μηχανισμός απελευθέρωσης σύρματος ενεργοποίησης
10. Μαύρος μηχανισμός απελευθέρωσης σύρματος ενεργοποίησης
11. Μέγνητη ακίδα
12. Εσωτερική κάνουλα
13. Λαγόνιο μόσχευμα διχαλωτού πλευρικού κλάδου

1. Cathéter
2. Seguros
3. Tubo conector
4. Punta del dilatador
5. Vaina
6. Válvula hemostática Captor®
7. Vaina Peel-Away®
8. Posicionador gris
9. Mecanismo de liberación blanco del alambre disparador
10. Mecanismo de liberación negro del alambre disparador
11. Manguito
12. Cánula interior
13. Endoprótesis vascular de rama lateral iliaca bifurcada

1. Katetri
2. Turvalukot
3. Liitinletku
4. Lajentimen kärki
5. Holkki
6. Captor®-hemostaasiventtiili
7. Peel-Away®-holkki
8. Harmaa asetin
9. Valkoinen laukaisulangan laukaisumekanismit
10. Musta laukaisulangan laukaisumekanismit
11. Neulapuristin
12. Sisäkanyyli
13. Iliakalinen kaksiahaarainen sivuhaaragrafti

1. Cathéter
2. Verrous de sécurité
3. Tube de connexion
4. Extrémité du dilateur
5. Gaine
6. Valve hémostatique Captor®
7. Gaine Peel-Away®
8. Positionneur gris
9. Mécanisme de largage blanc du guide de déclenchement
10. Mécanisme de largage noir du guide de déclenchement
11. Vis à broche
12. Canule interne
13. Branche latérale iliaque bifurquée

1. Catetere
2. Blocchi di sicurezza
3. Cannula di collegamento
4. Punta del dilatatore
5. Guaina
6. Valvola emostatica Captor®
7. Guaina Peel-Away®
8. Posizionatore grigio
9. Meccanismo di rilascio bianco a filo di sicurezza
10. Meccanismo di rilascio nero a filo di sicurezza
11. Morsetto
12. Cannula interna
13. Protesi iliaca biforcata con ramo laterale

1. Katheter
2. Veiligheidsvergrendelingen
3. Verbindingslang
4. Dilatortip
5. Sheath
6. Captor® hemostatische klep
7. Peel-Away® sheath
8. Grijs pusher
9. Wit ontkoppelmecanisme voor trigger wire
10. Zwart ontkoppelmecanisme voor trigger wire
11. Borgschroef
12. Binnenste canule
13. Bifurcatie-implantaat voor iliacale zijtak

1. Cewnik
2. Blokady
3. Rurka łącząca
4. Końcówka rozszerzadła
5. Koszulka
6. Zastawka hemostatyczna Captor®
7. Koszulka Peel-Away®
8. Szary pozycjoner
9. Biały mechanizm uwalniający drut zwalniający
10. Czarny mechanizm uwalniający drut zwalniający
11. Imadło sztyftowe
12. Kaniula wewnętrzna
13. Biodrowy rozwidlony stent-graft z odgałęzieniem bocznym

1. Cateter
2. Dispositivos de segurança
3. Tubo de ligação
4. Ponta dilatadora
5. Bainha
6. Válvula hemostática Captor®
7. Bainha Peel-Away®
8. Posicionador cinzento
9. Mecanismo de libertação branco com fio de comando
10. Mecanismo de libertação preto com fio de comando
11. Pino de fixação
12. Cánula interna
13. Prótese com bifurcação iliaca ramificada

1. Katéter
2. Bezpečnostné poistky
3. Pripájacia hadička
4. Špička dilatátora
5. Puzdro
6. Hemostatický ventil Captor®
7. Puzdro Peel-Away®
8. Sivé polohovadlo
9. Biely uvoľňovací mechanizmus so spúšťacím drôtom
10. Čierny uvoľňovací mechanizmus so spúšťacím drôtom
11. Kolík svorky
12. Vnútrošná kanyla
13. Štep s vedľajšou vetvou s iliackým rozvojením

1. Kateter
2. Säkerhetslås
3. Kopplingslang
4. Dilatatorspets
5. Hylsa
6. Captor® hemostasventil
7. Peel-Away®-hylsa
8. Grå lägeställare
9. Vit utlösningstråds utlösningmekanism
10. Svart utlösningstråds utlösningmekanism
11. Skruvstycke
12. Inre kanyl
13. Iliacabifurkationsgraft för sidogren

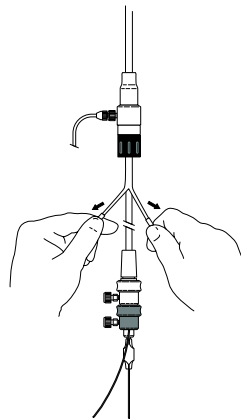


Figure 3

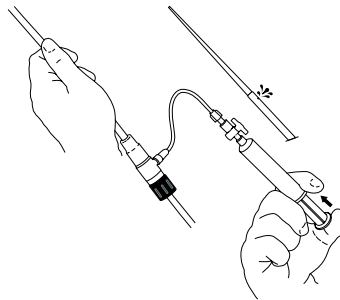


Figure 4

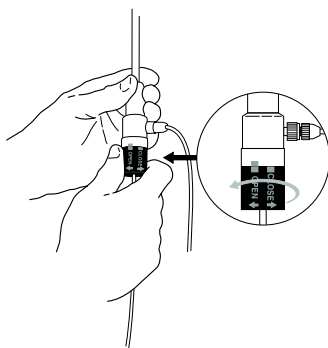


Figure 5

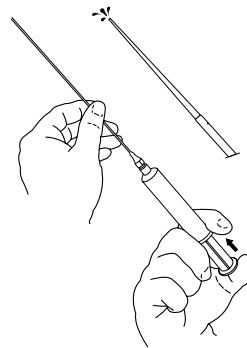


Figure 6

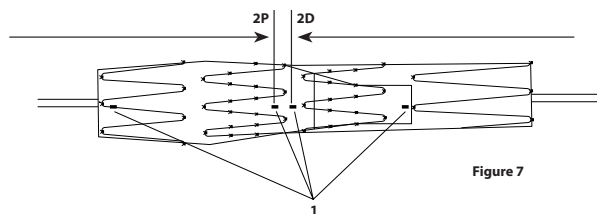


Figure 7

- 1. Gold Markers
- 1. Zlaté značky
- 1. Guldmarkører
- 1. Goldmarkierungen
- 1. Χρυσοί δείκτες

- 1. Marcadores de oro
- 1. Kultaiset merkit
- 1. Marqueurs en or
- 1. Marker d'oro
- 1. Gouden markeringen

- 1. Złote znaczniki
- 1. Marcadores de ouro
- 1. Zlaté markery
- 1. Guldmarkeringar

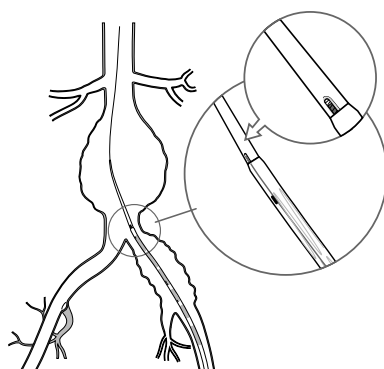


Figure 8

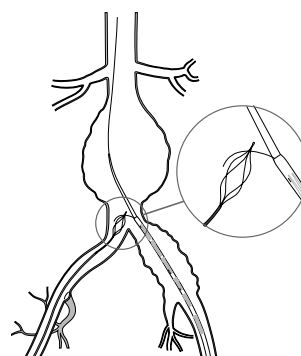


Figure 9

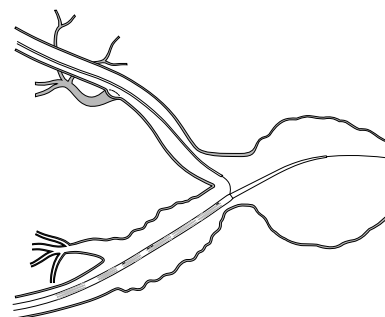


Figure 10

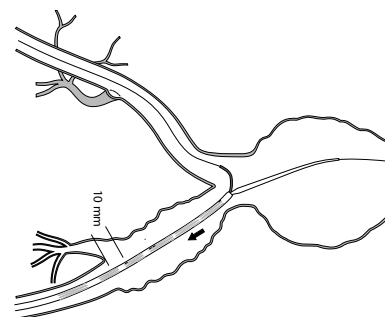


Figure 11

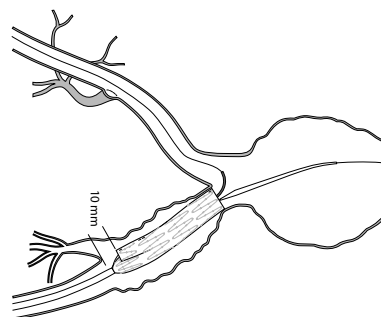


Figure 12

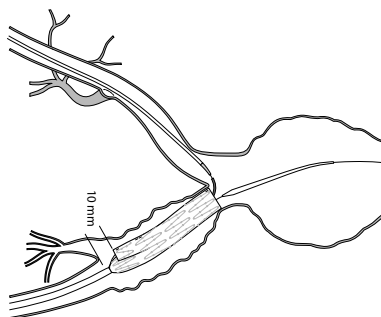


Figure 13

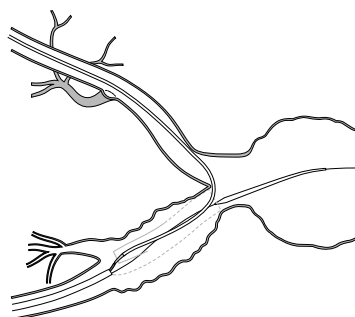


Figure 14

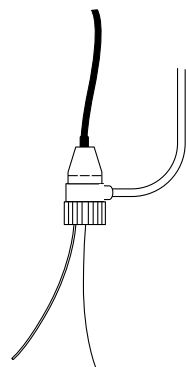


Figure 15

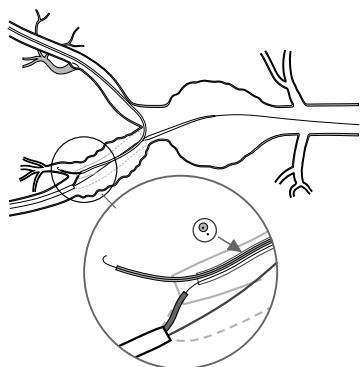


Figure 16

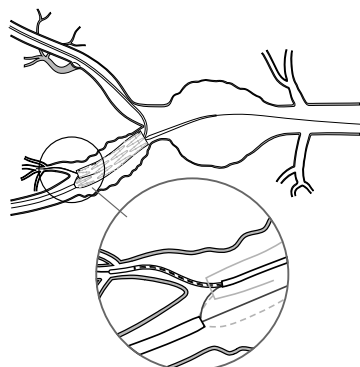


Figure 17

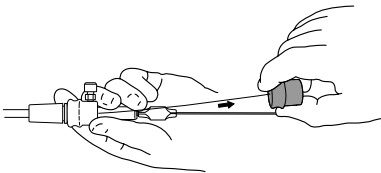


Figure 19

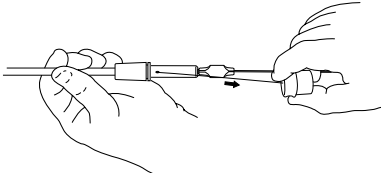


Figure 21

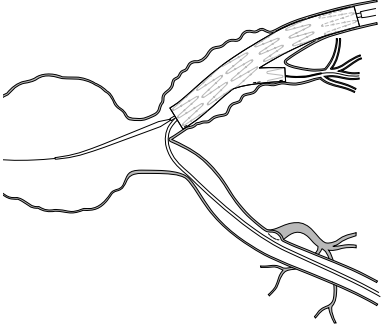


Figure 18

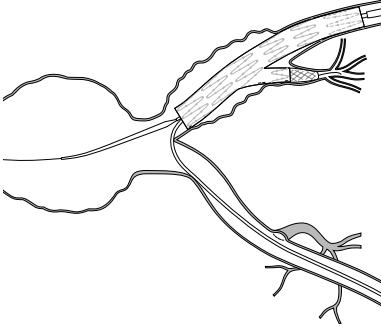


Figure 20

ENGLISH

ZENITH® BRANCH ENDOVASCULAR GRAFT-ILIAC BIFURCATION WITH THE H&L-B ONE-SHOT™ INTRODUCTION SYSTEM

Read all instructions carefully. Failure to properly follow the instructions, warnings, and precautions may lead to serious consequences or injury to the patient.

For information on other Zenith components, please refer to the appropriate Instructions for Use.

1 DEVICE DESCRIPTION

1.1 Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation

The Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation is a bifurcated branch vessel graft with openings to connect the common iliac, sidebranch, and external iliac segments. (Figure 1)

The graft is constructed of full-thickness woven polyester fabric sewn to self-expanding stainless steel and nitinol Cook Z®-stents with braided polyester and monofilament polypropylene suture. The graft is fully stented to provide stability and the expansile force necessary to open the lumen of the graft during deployment. Nitinol rings positioned at the proximal end of the graft and within the sidebranch help maintain lumen patency during access. Additionally, the Cook Z-stents provide the necessary seal of the graft to the vessel wall.

To facilitate fluoroscopic visualization of the stent graft, four radiopaque gold markers are positioned along the internal iliac side of the proximal portion of the graft to indicate the position of the sidebranch segment.

Additional components such as Zenith Iliac Leg grafts (e.g., TFLE, ZSLE, ZISL) and balloon-expandable covered peripheral stents are required. Each individual device has its own separate delivery system. Please refer to the relevant Instructions for Use.

1.2 Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation Delivery System

The Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation is shipped pre-loaded onto the H&L-B One-Shot Introduction System. (Figure 2) It has a sequential deployment method with built-in features to provide continuous control of the endovascular graft throughout the deployment procedure.

The proximal end of the graft is attached to the delivery system by two nitinol trigger wires. The distal end of the graft is also attached to the delivery system and held by an independent stainless steel trigger-wire. The H&L-B One-Shot Introduction System enables precise positioning and allows readjustment of the final graft position before full deployment. The delivery system uses a 20 French (6.7 mm I.D.) H&L-B One-Shot Introduction System that includes both a pre-loaded catheter, used to facilitate cannulation of the side branch, and wire guide, used to ensure that the lumen of the catheter is preserved during loading and shipping. All systems are compatible with a 0.035 inch (0.89 mm) wire guide. For added hemostasis, the Captor Hemostatic Valve can be opened or closed for the introduction and/or the removal of ancillary devices into and out of the sheath.

The Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation delivery system features a Flexor® introducer sheath which resists kinking and is hydrophilically coated. Both features are intended to enhance trackability in the iliac arteries and abdominal aorta. In addition, the pre-loaded catheter is curved in order to enhance the positioning capability of the wire guide during the snaring process.

1.3 Additional Components

Additional components (iliac leg graft, balloon-expandable covered peripheral stent) are also required.

Zenith Iliac Leg grafts are available (e.g., TFLE, ZSLE, ZISL) and are constructed from the same materials used in the construction of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation. For all of the Zenith iliac leg grafts and delivery systems, refer to the respective Instructions for Use for deployment instructions. The common iliac section of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation, positioned in the common iliac artery, will be connected to the short (contralateral) limb of a Zenith bifurcated graft (e.g., Zenith AAA Endovascular Graft) by a standard iliac leg of suitable length and with a distal diameter of 16 mm (e.g., TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX).

A balloon-expandable covered peripheral stent will be deployed within the sidebranch segment and will extend into the internal iliac artery. Refer to the Instructions for Use of this device for deployment instructions.

2 INDICATIONS FOR USE

The Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation with the H&L-B One-Shot Introduction System is indicated for the endovascular treatment of patients with an aortoiliac or iliac aneurysm, an insufficient distal sealing site within the common iliac artery, and having morphology suitable for endovascular repair, including:

- Adequate iliac/femoral access compatible with a 20 French (7.7 mm O.D.) introduction system,
- Non-aneurysmal external iliac artery fixation segment distal to the aneurysm:
 - With a length of at least 20 mm,
 - With a diameter measured outer wall to outer wall of no greater than 11 mm and no less than 8 mm.
- Non-aneurysmal internal iliac artery segment distal to the aneurysm:
 - With a length of at least 10 mm (with 20-30 mm being preferred)
 - With a diameter acceptable for proper sealing.

3 CONTRAINDICATIONS

There are no known contraindications for these devices.

4 WARNINGS AND PRECAUTIONS

4.1 General

- Read all instructions carefully. Failure to properly follow the instructions, warnings and precautions may lead to serious consequences or injury to the patient.
- The Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation with the H&L-B One-Shot Introduction System should only be used by physicians and teams trained in vascular interventional techniques and in the use of this device.
- Lack of non-contrast CT imaging may result in failure to appreciate iliac or aortic calcification, which may preclude access or reliable device fixation and seal.
- Pre-procedure imaging reconstruction thickness > 3 mm may result in sub-optimal device sizing, or in failure to appreciate focal stenoses from CT.
- The long-term performance of endovascular grafts has not yet been established. All patients should be advised that endovascular treatment requires life-long, regular follow-up to assess their health and the performance of their endovascular graft. Patients with specific clinical findings (e.g., endoleaks, enlarging aneurysms or changes in the structure or position of the endovascular graft) should receive enhanced follow-up. Specific follow-up guidelines are described in **Section 11, Imaging Guidelines and Post-Operative Follow-Up**.

- After endovascular graft placement, patients should be regularly monitored for perigraft flow, aneurysm growth or changes in the structure or position of the endovascular graft.
- At a minimum, annual imaging is required, including:
 - 1) abdominal radiographs to examine device integrity (separation between components or stent fracture) and 2) contrast and non-contrast CT to examine aneurysm changes, perigraft flow, patency, tortuosity and progressive disease.
- If renal complications or other factors preclude the use of image contrast media, abdominal radiographs and duplex ultrasound may provide similar information.
- The Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation with the H&L-B One-Shot Introduction System is not recommended in patients unable to undergo, or who will not be compliant with the necessary preoperative and post-operative imaging and implantation studies as described in **Section 11, Imaging Guidelines and Post-Operative Follow-Up**.
- Intervention or conversion to standard open surgical repair following initial endovascular repair should be considered for patients experiencing enlarging aneurysms, unacceptable decrease in fixation length (vessel and component overlap) and/or endoleak. An increase in aneurysm size and/or persistent endoleak may lead to aneurysm rupture.
- Patients experiencing reduced blood flow through the graft limb and/or leaks may be required to undergo secondary interventions or surgical procedures.
- Always have a vascular surgery team available during implantation or reintervention procedures in the event that conversion to open surgical repair is necessary.
- Endovascular stent grafting is a surgical procedure, and blood loss from various causes may occur, infrequently requiring intervention (including transfusion) to prevent adverse outcomes. It is important to monitor blood loss from the haemostatic valve throughout the procedure, but is specifically relevant during and after manipulation of the grey positioner. After the grey positioner has been removed, if blood loss is excessive, consider placing an uninflated moulding balloon or an introduction system dilator within the valve, restricting flow.

4.2 Patient Selection, Treatment and Follow-Up

- Access vessel diameter (measured inner wall to inner wall) and morphology (minimal tortuosity, occlusive disease, and/or calcification) should be compatible with vascular access techniques and delivery systems of the profile of a 20 French (7.7 mm O.D.) vascular introducer sheath. Vessels that are significantly calcified, occlusive, tortuous, or thrombus lined may preclude placement of the endovascular graft and/or may increase the risk of embolization.
- Key anatomic elements that may affect successful exclusion of the aneurysm include tortuosity of any or all of the vessels involved, undersized or oversized iliac arteries, circumferential thrombus, aneurysm of the internal and/or external iliac artery and/or calcification of the arterial implantation sites. Irregular calcification and/or plaque may compromise the fixation and sealing of the implantation sites and the ability to advance the introducer systems.
- The Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation with the H&L-B One-Shot Introduction System is not recommended in patients who cannot tolerate contrast agents necessary for intra-operative and post-operative follow-up imaging.
- The Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation with the H&L-B One-Shot Introduction System is not recommended in patients exceeding weight and/or size limits, which compromise or prevent the necessary imaging requirements.
- The Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation with the H&L-B One-Shot Introduction System is not recommended in patients with known sensitivities or allergies to stainless steel, polyester, nitinol (nickel, titanium), solder (tin, silver), polypropylene or gold.
- Patients with a systemic infection may be at increased risk of endovascular graft infection.
- Inability to maintain patency of at least one internal iliac artery may increase the risk of pelvic/bowel ischemia.

4.3 Implant Procedure

- Systemic anticoagulation should be used during the implantation procedure based on hospital and physician preferred protocol. If heparin is contraindicated, an alternative anticoagulation should be considered.
- Minimize handling of the constrained endoprosthesis during preparation and insertion to decrease the risk of endoprosthesis contamination and infection.
- To activate the hydrophilic coating on the outside of the Flexor introducer sheath, the surface must be wiped with 4x4 gauze pads soaked in saline solution. Always keep the sheath hydrated for optimal performance.
- Maintain wire guide position during delivery system insertion.
- Do not bend or kink the delivery system. Doing so may cause damage to the delivery system and the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation.
- Fluoroscopy should be used during introduction and deployment to confirm proper operation of the delivery system components, proper placement of the graft, and desired procedural outcome.
- The use of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation with the H&L-B One-Shot Introduction System requires administration of intravascular contrast. Patients with pre-existing renal insufficiency may have an increased risk of renal failure post-operatively. Care should be taken to limit the amount of contrast media used during the procedure.
- To avoid any twist in the endovascular graft, during any rotation of the delivery system, be careful to rotate all of the components of the system together (from outer sheath to inner cannula).
- Inaccurate placement and/or incomplete sealing of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation within the vessel or with additional components may result in increased risk of endoleak, migration or inadvertent occlusion of internal iliac artery.
- Inadequate fixation of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation may result in increased risk of migration. Incorrect deployment or migration of the endoprosthesis may require surgical intervention.
- Do not continue advancing any portion of the delivery system if resistance is felt during advancement of the wire guide or delivery system. Stop and assess the cause of resistance. Vessel or catheter damage may occur. Exercise particular care in areas of stenosis, intravascular thrombosis or in calcified or tortuous vessels.
- Take care during manipulation of catheters, wires and sheaths within an aneurysm. Significant disturbances may dislodge fragments of thrombus which can cause distal embolization.
- The balloon-expandable covered peripheral stent must be of adequate diameter to seal with both the sidebranch segment and the internal iliac artery, and of sufficient length to overlap 10-14 mm with the sidebranch segment and 10 mm (with 20-30 mm being preferred) with the distal fixation site in the internal iliac artery.
- Care should be taken not to damage any previously placed graft or disturb its position in the event reinstrumentation of the graft is necessary.

Molding Balloon Use

- Confirm complete deflation of balloon prior to repositioning.
- Do not inflate the balloon in vessel outside of graft.
- For added hemostasis, the Captor Hemostatic Valve can be opened or closed to accommodate the insertion and subsequent withdrawal of a molding balloon.

4.4 MRI Safety and Compatibility

Non-clinical testing has demonstrated that the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation used with a balloon expandable covered stent is MR Conditional according to ASTM F2503. A patient with this device may be safely scanned after placement under the following conditions.

- Static magnetic field of 3.0 tesla or 1.5 tesla only
- Maximum magnetic field spatial gradient of 720 gauss/cm (7.2 T/m) or less
- Maximum MR system reported, whole-body-averaged specific absorption rate (SAR) of ≤ 2.0 W/kg (Normal Operating Mode)

Under the scan conditions provided above, the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation used with a balloon expandable covered stent is not expected to result in a temperature rise of more than 2.4°C after 15 minutes of continuous scanning.

The image artifact extends approximately 122 mm from the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation used with a balloon expandable covered stent as found during non-clinical testing when imaged with a gradient echo pulse sequence and a 3.0 Tesla MRI system. The image artifact obscures the device lumen.

NOTE: For the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation, the clinical benefit of an MRI scan should be balanced with the potential risk of the procedure.

5 POTENTIAL ADVERSE EVENTS

Adverse events that may occur and/or require intervention include, but are not limited to:

- Amputation
- Anesthetic complications and subsequent attendant problems (e.g., aspiration)
- Aneurysm enlargement
- Aneurysm rupture and death
- Aortic damage, including perforation, dissection, bleeding, rupture and death
- Arterial or venous thrombosis and/or pseudoaneurysm
- Arteriovenous fistula
- Bleeding, hematoma or coagulopathy
- Bowel complications (e.g., ileus, transient ischemia, infarction, necrosis)
- Cardiac complications and subsequent attendant problems (e.g., arrhythmia, myocardial infarction, congestive heart failure, hypotension, hypertension)
- Claudication (e.g. buttock, lower limb)
- Death
- Edema
- Embolization (micro and macro) with transient or permanent ischemia or infarction
- Endoleak
- Endoprostheses: improper component placement; incomplete component deployment; component migration; suture break; occlusion; infection; stent fracture; graft material wear; dilatation; erosion; puncture; perigraft flow and corrosion
- Fever and localized inflammation
- Genitourinary complications and subsequent attendant problems (e.g., ischemia, erosion, fistula, incontinence, hematuria, infection)
- Graft or native vessel occlusion
- Hepatic failure
- Impotence
- Infection of the aneurysm, device or access site, including abscess formation, transient fever and pain
- Lymphatic complications and subsequent attendant problems (e.g., lymph fistula)
- Neurologic local or systemic complications and subsequent attendant problems (e.g., stroke, transient ischemic attack, paraplegia, paraparesis, paralysis)
- Pulmonary/respiratory complications and subsequent attendant problems (e.g., pneumonia, respiratory failure prolonged intubation)
- Renal complications and subsequent attendant problems (e.g., artery occlusion, contrast toxicity, insufficiency, failure)
- Surgical conversion to open repair
- Vascular access site complications, including infection, pain, hematoma, pseudoaneurysm, arteriovenous fistula
- Vessel damage
- Wound complications and subsequent attendant problems (e.g., dehiscence, infection)
- Vascular spasm or vascular trauma (e.g., iliofemoral vessel dissection, bleeding, rupture, death)

6 PATIENT SELECTION AND TREATMENT

(See section 4, Warnings and Precautions)

6.1 Individualization of Treatment

Cook recommends that the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation component diameters be selected as described in Table 8.1.

The Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation and delivery systems are available in the following lengths and diameters:

Table 8.1 Branch Grafts-Iliac Bifurcation							
Reorder Number ¹	Proximal Diameter	Distal Diameter	Sidebranch Diameter ²	Introduction Sheath French Size	Introduction Sheath (I.D. / O.D.)	Iliac Segment Length Common	Total Graft Length
ZBIS-10-45-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6.7 mm / 7.7 mm)	45 mm	86 mm
ZBIS-10-61-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6.7 mm / 7.7 mm)	61 mm	102 mm
ZBIS-10-45-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6.7 mm / 7.7 mm)	45 mm	103 mm
ZBIS-10-61-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6.7 mm / 7.7 mm)	61 mm	119 mm
ZBIS-12-45-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6.7 mm / 7.7 mm)	45 mm	86 mm
ZBIS-12-61-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6.7 mm / 7.7 mm)	61 mm	102 mm
ZBIS-12-45-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6.7 mm / 7.7 mm)	45 mm	103 mm
ZBIS-12-61-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6.7 mm / 7.7 mm)	61 mm	119 mm

¹ZBIS-XX-YY-ZZ is the Iliac Bifurcation graft where XX is distal diameter, YY is the Common Iliac Segment Length (length from the proximal graft edge to the tip of the sidebranch), and ZZ is the External Iliac Segment Length (length from the tip of the sidebranch to distal edge of the graft).

²Sidebranch contains a 6 mm diameter nitinol z-stent, but should be expanded to 8 mm during balloon-expandable covered peripheral stent deployment.

The Zenith iliac legs and delivery systems for use with the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation are available in the following lengths and diameters:

Table 8.2 Iliac Legs			
Reorder Number ¹	Iliac Leg Diameter	Introduction Sheath French Size	Iliac Leg Working Length ²
TFLE-16-YY	16 mm	14 Fr	(4.7 mm / 5.4 mm)
ZSLE-16-YY-ZT	16 mm	14 Fr	(4.7 mm / 5.4 mm)
ZISL-16-YY	16 mm	12 Fr	(4.0 mm / 4.7 mm)

¹Example: TFLE-XX-YY is the iliac leg where XX is the diameter and YY is the iliac leg working length.

²Overall leg length = working length + 22 mm docking stent (for TFLE and ZSLE) and 29.1 mm docking stents (for ZISL).

The length of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation is generally chosen to extend from the proximal portion of the common iliac artery to the external iliac artery. All lengths and diameters of the devices necessary to complete the procedure should be available to the physician, especially when pre-operative case planning measurements (treatment diameters/lengths) are not certain. This approach allows for greater intraoperative flexibility to achieve optimal procedural outcomes. The potential risks previously described in **Section 5, Potential Adverse Events** should be carefully considered for each patient before use of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation. Additional considerations for patient selection include but are not limited to:

- Patient's age and life expectancy.
- Co-morbidities (e.g., cardiac, pulmonary or renal insufficiency prior to surgery, morbid obesity).
- Patient's suitability for open surgical repair.
- Patient's anatomical suitability for endovascular repair.
- The risk of aneurysm rupture compared to the risk of treatment with the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation.
- Ability to tolerate general, regional or local anesthesia.
- Iliofemoral access vessel size and morphology (minimal thrombus, calcification and/or tortuosity) should be compatible with vascular access techniques and accessories of the delivery with vascular access techniques and accessories of the delivery profile of a 12 French (4.7 mm O.D.) to 20 French (7.7 mm O.D.) vascular introducer sheath.
- Non-aneurysmal external iliac artery fixation segment distal to the aneurysm:
 - With a length of at least 20 mm,
 - With a diameter measured outer wall to outer wall of no greater than 11 mm and no less than 8 mm.
- Non-aneurysmal internal iliac artery segment distal to the aneurysm:
 - With a length of at least 10 mm (with 20-30 mm being preferred)
 - With a diameter acceptable for proper sealing.
- Freedom from significant femoral/iliac artery occlusive disease that would impede flow through the endovascular graft.

The final treatment decision is at the discretion of the physician and patient.

7 PATIENT COUNSELING INFORMATION

The physician and patient (and/or family members) should review the risks and benefits when discussing this endovascular device and procedure including:

- Risks and differences between endovascular repair and surgical repair.
- Potential advantages of traditional open surgical repair.
- Potential advantages of endovascular repair.
- Potential advantages of alternative endovascular procedures.
- The possibility that subsequent interventional or open surgical repair of the aneurysm may be required after initial endovascular repair.

In addition to the risks and benefits of an endovascular repair, the physician should assess the patient's commitment and compliance to post-operative follow-up as necessary. Listed below are additional topics to discuss with the patient as to expectations after an endovascular repair:

- The long-term performance of endovascular grafts has not yet been established. All patients should be advised that endovascular treatment requires life-long, regular follow-up to assess their health and the performance of their endovascular graft. Patients with specific clinical findings (e.g., endoleaks, enlarging aneurysms, or changes in the structure or position of the endovascular graft) should receive enhanced follow-up. Specific follow-up guidelines are described in **Section 11, Imaging Guidelines and Post-Operative Follow-up**.

8 HOW SUPPLIED

The Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation is supplied sterile (100% ethylene oxide) and pre-loaded in peel-open packages.

This device is intended for single patient use only. Do not reuse, reprocess or resterilize any part of this device. Reuse, reprocessing, or resterilization may compromise the structural integrity of the device and/or lead to device failure, which in turn, may result in patient injury, illness or death. Reuse, reprocessing, or resterilization may also create a risk of contamination of the device and/or cause patient infection or cross-infection, including, but not limited to, the transmission of infectious disease(s) from one patient to another. Contamination of the device may lead to injury, illness or death of the patient. Inspect the device and packaging to verify that no damage has occurred as a result of shipping. Do not use this device if damage has occurred or if the sterilization barrier has been damaged or broken. If damage has occurred, do not use the product and return to Cook.

Prior to use, verify correct devices (quantity and size) have been supplied for the patient by matching the device to the order prescribed by the physician for that particular patient. Do not use after the expiration date printed on the label. Store in a cool dry place.

The Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation is loaded into a 20 Fr Flexorintroducer sheath. The sheath's surface is treated with a hydrophilic coating that, when activated, enhances trackability. To activate the hydrophilic coating, the surface must be wiped with 4x4 gauze pads soaked in saline solution.

9 CLINICAL USE INFORMATION

9.1 Physician Training

CAUTION: Always have a vascular surgery team available during implantation or reintervention procedures in the event that conversion to open surgical repair is necessary.

CAUTION: The Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation with the H&L-B One-Shot Introduction System should only be used by physicians and teams trained in vascular interventional techniques, general Zenith training, and training in the use of this device. The recommended skill/knowledge requirements for physicians using the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation with the H&L-B One-Shot Introduction System are outlined below:

Patient Selection:

- Knowledge of the natural history of abdominal aortic aneurysms (AAA) and co-morbidities associated with AAA repair.
- Knowledge of radiographic image interpretation, device selection and sizing.

A multi-disciplinary team that has combined procedural experience with:

- Femoral cutdown, arteriotomy and repair
- Percutaneous access and closure techniques
- Non-selective and selective wire guide and catheter techniques
- Fluoroscopic and angiographic image interpretation
- Embolization
- Angioplasty
- Endovascular stent placement
- Snare techniques
- Appropriate use of radiographic contrast material
- Techniques to minimize radiation exposure
- Expertise in necessary patient follow-up modalities

9.2 Inspection Prior to Use

Inspect the device and packaging to verify that no damage has occurred as a result of shipping. Do not use this device if damage has occurred or if the sterilization barrier has been damaged or broken. If damage has occurred, do not use the product and return to COOK. Prior to use, verify correct devices (quantity and size) have been supplied for the patient by matching the device to the order prescribed by the physician for that particular patient.

9.3 Materials Required

(Not included in iliac bifurcated system)

- Zenith Iliac Leg graft (e.g. TFLE-16-(37,54,71,88), ZSLE-16-(39,56,74,90)-ZT, ZISL-16-(42,59,77,93))
- Zenith bifurcated graft (e.g. Zenith AAA Endovascular Graft)
- Zenith AAA Ancillary Kit
- Fluoroscope with digital angiography capabilities (C-arm or fixed unit)
- Contrast media

9.5.1 Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation Diameter Sizing Guide* (External Iliac Segment)

Intended External Iliac Vessel Diameter ^{1,2}	Branch External Iliac Leg Diameter ³	Introduction Sheath French Size (I.D. / O.D.)
8 mm	10 mm	20 Fr (6.7 mm / 7.7 mm)
9 mm	10 mm	20 Fr (6.7 mm / 7.7 mm)
10 mm	12 mm	20 Fr (6.7 mm / 7.7 mm)
11 mm	12 mm	20 Fr (6.7 mm / 7.7 mm)

¹Maximum diameter along the distal fixation site.

²Round measured iliac diameter to nearest mm.

³Additional considerations may affect choice of diameter.

*All dimensions are nominal.

The diameter of the iliac leg graft (e.g. TFLE, ZSLE, ZISL) used to connect a Zenith AAA graft to the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation will be 16 mm.

The balloon-expandable covered peripheral stent must expand to 8 mm in the sidebranch of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation, but should be sized to the internal iliac artery according to the manufacturer's instructions.

10 DIRECTIONS FOR USE

Prior to use of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation with the H&L-B One-Shot Introduction System, review this Suggested Instructions for Use booklet. The following instructions embody a basic guideline for device placement. Variations in the following procedures may be necessary. These instructions are intended to help guide the physician and do not take the place of physician judgment.

General Use Information

Standard techniques for placement of arterial access sheaths, guiding catheters, angiographic catheters and wire guides should be employed during use of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation with the H&L-B One-Shot Introduction System. The Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation with the H&L-B One-Shot Introduction System is compatible with 0.035 inch (0.89 mm) diameter wire guides.

General Deployment Information

The Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation is designed to be placed via the common femoral artery on the side of the common iliac artery aneurysm to be treated. A Zenith AAA graft will be introduced on the side opposite the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation.

The suggested order of placement of the multiple components will be:

1. Deployment of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation, including placement of the balloon-expandable covered peripheral stent (through the iliac artery) into the internal iliac artery.
2. Deployment of the Zenith AAA graft (introduced through the opposite iliac artery).
3. Deployment of a Zenith Iliac Leg graft (e.g. TFLE, ZSLE, ZISL) via the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation access site into the contralateral limb (i.e. short) of the abdominal graft, connecting the lumen of the abdominal graft to the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation.
4. Deployment of a Zenith Iliac Leg graft (e.g. TFLE, ZSLE, ZISL) into the ipsilateral limb (i.e. long) of the Zenith AAA graft (if necessary).

Pre-Implant Determinants

Verify from pre-implant planning that the correct device has been selected. Determinants include:

1. Femoral artery selection for introduction of the delivery system, (i.e., define relevant iliac artery).
2. Angulation of iliac arteries.
3. Diameters of relevant distal iliac vessel(s).
4. Distance from the aortic bifurcation to the hypogastric (internal iliac) artery and attachment site(s).
5. Consider the degree of vascular calcification.

- Syringe
- Heparinized saline solution
- Balloon-expandable covered peripheral stent
- Balloons of appropriate sizes

9.4 Materials Recommended

(Not included in iliac bifurcated system)

The following products are recommended.

Wire Guides

- 0.035 inch (0.89 mm) extra stiff wire guide, 260 cm; for example:
 - Cook Lunderquist Extra Stiff Wire Guides (LES)
 - Cook Amplatz Ultra Stiff Wire Guides (AUS2)
- 0.035 inch (0.89 mm) standard wire guide; for example:
 - Cook 0.035 inch (0.89 mm) wire guides
- 0.018 inch (0.46 mm) hydrophilic wire guide
- 0.035 inch (0.89 mm) hydrophilic wire guide, 260 cm; for example:
 - Cook Nimble™ Wire Guides
- 0.035 inch (0.89 mm) exchange wire guide, 260 cm; for example:
 - Cook Roadrunner® PC Wire Guide
 - Cook Amplatz Extra Stiff Wire Guide (AES)
 - Cook Rosen Wire Guide

Molding balloons

- Cook CODA® Balloon Catheter (32 mm)

Introducer sets (7Fr [2.3 mm I.D.], 8Fr [2.7 mm I.D.], 10Fr [3.3 mm I.D.] and 12Fr [4.0 mm I.D.])

- Cook Check-Flo® Introducer Sets
- Cook Flexor Check-Flo Introducers
- Cook Flexor Check-Flo Introducers – Raabe Modification
- Cook Extra Large Check-Flo Introducer Sets
- Cook Flexor Balkin Up & Over® Contralateral Introducers
- Cook Flexor Guiding Sheaths

Catheters

- Sizing catheter; for example:
 - Cook Aorous® Centimeter Sizing Catheters
- Angiographic radiopaque tip catheters; for example:
 - Cook Beacon® Tip Angiographic Catheters
 - Cook Royal Flush® Catheters with Beacon Tip

Entry needles

- Cook single wall entry needles

Snare

- Dotter Intravascular Retriever Set

9.5 Device Diameter Sizing Guidelines

The choice of diameter should be determined from the outer wall to outer wall vessel diameter and not the lumen diameter. Undersizing or oversizing may result in incomplete sealing or compromised flow.

Patient Preparation

1. Refer to institutional protocols relating to anesthesia, anticoagulation and monitoring of vital signs.
2. Position patient on imaging table allowing fluoroscopic visualization from the aortic arch to the femoral bifurcations.
3. Expose common femoral arteries as necessary using standard surgical technique.
4. Establish adequate proximal and distal vascular control of femoral vessels, as necessary.

10.1 Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation Preparation/Flush

1. Remove black-hubbed shipping stylet (from the inner cannula), cannula protector tube (from the inner cannula) and dilator tip protector (from the dilator tip). Remove Peel-Away sheath from back of the hemostatic valve. **(Figure 3)** Push the introduction sheath forward on the dilator tip until the curved catheter is no longer exposed. Elevate distal tip of system and flush through the stopcock on the hemostatic valve until fluid emerges from the sideport near the tip of the introduction sheath. **(Figure 4)** Continue to inject a full 20 cc of flushing solution through the device. Discontinue injection and close stopcock on connecting tube.

NOTE: Graft flushing solution of heparinized saline is always used.

NOTE: Ensure the Captor Hemostatic Valve on the Flexor introducer sheath is turned to the open position. **(Figure 5)**

2. Attach syringe with heparinized saline to the hub on the inner cannula. Flush until fluid exits the distal dilator tip. **(Figure 6)**

NOTE: When flushing system, elevate distal end of system to facilitate removal of air.

3. Remove the pre-loaded wire guide from the delivery system.
4. Attach syringe with heparinized saline to the pre-loaded catheter Luer fitting. Flush until fluid exits the distal catheter tip.
5. Insert a suitable hydrophilic nitinol core wire guide, 0.018 inch (0.46 mm) or 0.035 inch (0.89 mm) compatible and 260 cm in length, into the pre-loaded catheter.
6. Soak 4x4 gauze pads in saline solution and use to wipe Flexor introducer sheath to activate the hydrophilic coating. Hydrate both sheath and dilator tip liberally.

10.2 Vascular Access and Angiography

1. Puncture the selected common femoral artery(s) using standard technique with an 18 or 19UT gauge arterial needle. Upon vessel entry, insert:
 - Wire guides – standard 0.035 inch (0.89 mm) diameter, 145 cm long, J tip or Bentson Wire Guide
 - Appropriate size sheaths (e.g., 5 French (1.7 mm I.D.) and 8 French (2.7 mm I.D.))
 - Flush catheter (often radiopaque sizing catheters – e.g., centimeter sizing catheter or straight flush catheter)

NOTE: Use an 8 French (2.7 mm I.D.) sheath advanced into the lower abdominal aorta on the contralateral side.

2. Perform angiography to determine the position of the aortic bifurcation and internal iliac artery on the side of Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation implantation.

10.3 Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation Placement

1. Ensure the delivery system has been flushed with heparinized saline and that all air is removed from the system.
2. Give systemic heparin and check flushing solutions. Flush after each catheter and/or wire guide exchange.

NOTE: Monitor the patient's coagulation status throughout the procedure.

3. On side of Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation implantation, replace J wire with a stiff wire guide (AUS or LES) 0.035 inch (0.89 mm), 260 cm long and advance through catheter and up into the upper thoracic aorta. Remove the flush catheter and sheath. Maintain wire guide position.

NOTE: The location and orientation of the internal iliac artery origin as well as the aortic bifurcation should be identified from pre-operative or intraoperative imaging prior to device insertion.

4. Before insertion, check orientation of the sidebranch segment using fluoroscopy to ensure its position is appropriately aligned to the anatomy.

NOTE: The device will be completely covered by the outer sheath at this stage, but this image with the sheath withdrawn demonstrates the four gold radiopaque markers which are aligned with the most lateral aspect of the side branch, and the groove that accommodates the in dwelling catheter. (Figure 7)

NOTE: The second marker from the distal end (2D) is the "Aiming" marker for the most proximal location of the proximal end of the covered stent that extends the side branch into the internal iliac artery. The second marker from the proximal end (2P) is the "Aiming" marker for the most distal location of the distal end of the leg extension that will connect the iliac side branch to the bifurcated stent graft that will be deployed above the aortic bifurcation.

NOTE: Orientation can be confirmed by visual inspection since the groove in the tapered dilator tip (where the pre-loaded wire guide emerges from the system) is aligned with the sidebranch.

5. Insert Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation delivery system over the wire guide, into the iliac artery until the tip of the in dwelling catheter, sitting in the groove in the dilator tip beneath the outer sheath, is just above the aortic bifurcation and in rotational alignment with the opposite common iliac artery origin. (Figure 8)

CAUTION: Maintain wire guide position during delivery system insertion.

CAUTION: To avoid any twist in the endovascular graft, during any rotation of the delivery system, be careful to rotate all of the components of the system together (from outer sheath to inner cannula).

NOTE: Slight advancement of the hydrophilic wire guide through the tip of the catheter may aid in visualization of the catheter tip position.

10.4 Through-and-Through Wire Guide Placement

1. Advance the hydrophilic wire guide and catheter into the aorta. Position the wire guide for snaring by advancing it through the tip of the curved catheter as required.
2. Advance a suitable snare through the access sheath in the opposite iliac artery, snare the tip of the hydrophilic wire guide, and pull it through to form a through-and-through wire guide. (Figure 9)

CAUTION: During this manoeuvre, the hydrophilic through-and-through wire guide should be advanced so that some slack is maintained at the aortic bifurcation.

10.5 Proximal Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation Deployment

1. Advance the 8 French (2.7 mm I.D.) sheath in the opposite limb until it is above the level of the aortic bifurcation, and perform angiography through it to determine the location of the internal iliac artery on the side of the device implantation. (Figure 10)
2. Ensure the graft system is oriented such that the distal end of the sidebranch (as indicated by the most distal radiopaque marker) is positioned 10 mm above the origin of the internal iliac artery with rotational orientation such as to allow easy access into the internal iliac artery. If the radiopaque markers are not in the appropriate position, rotate the entire system until the markers are in line with the internal iliac artery orifice and/or advance or withdraw the system as necessary. (Figure 11)

CAUTION: To avoid any twist in the endovascular graft, during any rotation of the delivery system, be careful to rotate all of the components of the system together (from outer sheath to inner cannula).

3. When the position of the device is satisfactory, stabilize the grey positioner (the shaft of the delivery system) while withdrawing the outer introduction sheath. Deploy the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation until the distal end of the side branch is exposed. (Figure 12)
4. Stop withdrawing sheath.

WARNING: Do not withdraw the sheath any further, or the external iliac component will expand and prevent further positional changes.

10.6 Up-and-Over Sheath Placement

1. Withdraw the opposite iliac access sheath leaving the hydrophilic nitinol core through-and-through wire guide in place.
2. Advance a suitably sized up-and-over sheath over the hydrophilic nitinol core through-and-through wire guide until the tip of the sheath's dilator tip comes in contact with the tip of the pre-loaded catheter. (Figure 13)

NOTE: It may be necessary to apply gentle traction on both ends of the wire guide to aid in advancement.

CAUTION: If the pre-loaded catheter is not advanced over the aortic bifurcation use extra care during wire manipulation to avoid damage to the vasculature.

3. Clamp the hydrophilic through-and-through wire guide at both ends (where it emerges from the pre-loaded catheter and the up-and-over sheath).
4. Continue to advance the sheath over the secured wire guide while applying gentle, intermittent tension on the pre-loaded catheter so that the sheath and catheter will advance over the bifurcation, into the proximal opening of the device, and out through the sidebranch. (Figure 14)

NOTE: Dependent upon the length of the dilator tip of this sheath, it may be necessary to advance the sheath over its dilator tip, to ensure sheath placement within the sidebranch.

5. Remove the dilator of the up-and-over sheath.

10.7 Cannulation of Internal Iliac Artery

1. Puncture the hemostatic valve of the up-and-over sheath as far to one side as possible and insert a suitable wire guide and catheter combination. (Figure 15)
2. Advance the wire guide and catheter through the up-and-over sheath into the internal iliac artery. (Figure 16)
3. Replace the wire guide in the internal iliac artery with a support wire guide (e.g., Rosen or AES wire guide). Ensure that the wire guide placement is stabilized in the internal iliac artery.

10.8 Balloon-Expandable Covered Peripheral Bridging Stent Placement

1. Remove the catheter from within the up-and-over sheath, leaving the sheath and wire guides in place, and advance the pre-mounted balloon-expandable covered peripheral stent of suitable size over the support wire guide until it enters the internal iliac artery. (Figure 17)

NOTE: Pre-loading the pre-mounted balloon-expandable covered peripheral stent into an additional sheath may be desirable to provide protection as the stent is advanced through the up-and-over sheath and into the internal iliac artery. Suitable sheath/wire guides/stent combinations must be selected such that the inner sheath can pass through the up-and-over sheath in a co-axial manner while allowing the through-and-through wire to remain in place.

2. Check angiography as required to determine that the position of the balloon-expandable covered peripheral stent is satisfactory with respect to the sidebranch overlap and the intended internal iliac artery fixation site.

NOTE: When deployed, the balloon-expandable covered peripheral stent should overlap the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation sidebranch by 10-14 mm.

NOTE: Angiography should be possible through the up-and-over sheath during this stage of the procedure or through the catheter in the common iliac artery.

3. Withdraw the hydrophilic nitinol core through-and-through wire guide and the pre-loaded catheter.
4. Adjust the position of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation, if necessary, so that the distal opening of the sidebranch is in a suitable location in relationship to the origin of the internal iliac artery.

10.9 Distal Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation Deployment

1. Withdraw the introducer sheath of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation until the external iliac component is fully deployed. (Figure 18)
2. Remove the safety lock from the black trigger-wire release mechanism. Under fluoroscopy withdraw and remove the trigger-wire by sliding the black trigger-wire release mechanism off the handle and then remove via its slot over the inner cannula. (Figure 19)

NOTE: The distal stent is still secured by the trigger-wire.

10.10 Balloon-Expandable Covered Peripheral Stent Deployment

1. Withdraw the up-and-over sheath to a suitable position to allow deployment of the balloon-expandable covered peripheral stent.
2. Deploy the balloon-expandable covered peripheral stent and perform additional ballooning as required. (Figure 20)

NOTE: The balloon-expandable covered peripheral stent should be expanded to at least 8 mm in the sidebranch of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation, and expanded to the appropriate size to achieve seal in the internal iliac artery.

NOTE: The balloon-expandable covered peripheral stent should overlap the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation sidebranch by a minimum of 10 mm, and a maximum of no further than the second marker on the distal end of the side branch, with a distal fixation site within the internal iliac artery of at least 10 mm (preferably 20-30 mm).

NOTE: Do not yet remove the balloon from the sidebranch segment of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation.

3. Remove the safety lock from the white trigger-wire release mechanism. Under fluoroscopy withdraw and remove the trigger-wire by sliding the white trigger-wire release mechanism off the handle and then remove via its slot over the inner cannula. (Figure 21)
4. Re-inflate the balloon in the sidebranch segment to stabilize the device and withdraw the introducer system through the graft into the introducer sheath.

CAUTION: Care should be taken to avoid displacing or damaging the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation when removing the introducer system or when advancing other components through it.

NOTE: Ensure that the wire guide remains in a satisfactory position to cannulate the Zenith AAA graft.

5. Deflate and remove the balloon.
6. Withdraw the up-and-over wire guide and sheath into the opposite common iliac artery.

10.11 Zenith AAA Graft and Iliac Leg Graft Deployment

1. Introduce a catheter, and stiff wire guide (AUS or LES) standard 0.035 inch (0.89 mm), 260 cm long through the iliac artery access in the side opposite the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation.
2. Remove the existing sheaths and catheters, and introduce and deploy the main body of the Zenith bifurcated Graft according to standard Zenith protocol (see relevant Zenith Graft Instructions for Use).
3. Cannulate the short (contralateral) limb of the Zenith bifurcated graft through the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation.
4. Deploy an iliac leg graft (e.g., TFL-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX) of suitable length through the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation such that the recommended overlap is achieved as shown below.

Recommended Overlap of Zenith Iliac Leg Graft connecting the Contralateral Limb of Zenith bifurcated Graft to the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation

Overlap into the contralateral limb of the Zenith bifurcated graft	Minimum 1 ¼ stents
	Maximum 1 ¾ stents
Overlap into the body of the Zenith Branch Endovascular Graft	Minimum 1 ½ stents
	Maximum of no further than the second marker on the proximal end of the device

5. Continue deployment of the Zenith bifurcated graft as outlined in the relevant Instructions for Use.

10.12 Molding Balloon Insertion

NOTE: Prior to molding balloon use, carefully remove any accessory devices.

1. For the Zenith bifurcated Graft use molding balloon as outlined in the relevant Instructions for Use.
2. For the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation prepare the molding balloon as follows:
 - Flush wire lumen with heparinized saline
 - Remove all air from balloon
3. In preparation of the insertion of the molding balloon, open the Captor Hemostatic Valve by turning counter-clockwise.
4. Advance the molding balloon over the stiff wire guide and through the Captor Hemostatic Valve of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation introduction system to the overlap between the common iliac segment of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation and the Zenith® Iliac Leg grafts (e.g., TFLE, ZSLE, ZISL) and expand.

CAUTION: Confirm complete deflation of balloon prior to repositioning.

CAUTION: Captor Hemostatic Valve must be open prior to repositioning of molding balloon.

NOTE: When ballooning in the vicinity of the bifurcation of the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation, ensure that the balloon does not cross the bifurcation.

11 IMAGING GUIDELINES AND POST-OPERATIVE FOLLOW-UP

Please refer to **Table 11** for imaging and post-operative follow-up requirements.

Table 11 Imaging Schedule

	Pre-op	Intra-op	Post-Procedure	30 Day	6 Month	12 Month	24 Month
CT	X		X ¹	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹
KUB (Supine radiograph, Kidneys, Ureters, and Bladder)			X	X	X	X	X
Angiography	X	X					

¹Duplex ultrasound may be used for those patients experiencing renal failure or who are otherwise unable to undergo contrast enhanced CT scan.

NOTE: Do not balloon in the vicinity of the sidebranch to avoid disruption of the balloon expandable stent.

5. Withdraw the molding balloon to the Zenith Branch Endovascular Graft-Iliac Bifurcation distal fixation site and expand.

CAUTION: Do not inflate balloon in vessel outside of graft.

6. Remove molding balloon and replace it with an angiographic catheter to perform completion angiograms.
7. Remove or replace all stiff wire guides to allow iliac arteries to resume their natural position.

10.13 Final Angiogram

1. Position angiographic catheter just above the level of the aortic bifurcation. Perform angiographs to verify that the common iliac artery and corresponding internal iliac artery are patent and that there are no endoleaks.
2. Confirm there are no endoleaks or kinks. Remove the sheaths, wires and catheters.

NOTE: If endoleaks or other problems are observed and require intervention, consider use of additional Zenith AAA Ancillary Components.

3. Repair vessels and close in standard surgical fashion.

ČESKY

ENDOVASKULÁRNÍ GRAFT ZENITH® BRANCH S ILIAKÁLNÍ BIFURKACÍ SE ZAVÁDĚCÍM SYSTÉMEM H&L-B ONE-SHOT™

Pečlivě si přečtěte všechny pokyny. Pokud nebudete postupovat přesně podle pokynů, varování a upozornění, může to mít vážné následky nebo může dojít k poranění pacienta.

Informace o dalších komponentách systému Zenith najdete v příslušném návodu k použití.

1 POPIS ZAŘÍZENÍ

1.1 Endovaskulární graft Zenith Branch s iliaální bifurkací

Endovaskulární graft Zenith Branch s iliaální bifurkací je rozvětvený s otvory pro propojení segmentů společné kyčelní tepny, postranní větve a vnitřní kyčelní tepny. (Obr. 1)

Graft je vyroben z plnostěnné polyesterové tkaniny přísité k samoexpandujícím stentům z nerezové oceli a nitinolu Cook-Z® za použití splétané polyesterové a jednovláknové polypropylenové nití. Graft je plně vyztužen stentem, aby získal stabilitu a expanzi sílu nezbytnou k otevření lumenu graftu při jeho rozvinutí. Nitinolové kroužky umístěné na proximálním konci a v boční větvi pomáhají udržet průchodnost lumenu během přístupu. Navíc stenty Cook-Z zabezpečují nezbytné přichycení a přilehnutí graftu ke stěně cévy.

K usnadnění skiaskopické vizualizace stentgraftu jsou podél vnitřní strany iliaálního segmentu proximální části graftu umístěny čtyři zlaté rentgenkontrastní značky, které indikují polohu boční větve.

Jsou vyžadovány další součásti, např. iliaální ramena Zenith (např. TFLE, ZSLE, ZISL) a balónek expandovatelné kryté periferní stenty. Každé zařízení má svůj vlastní aplikační systém. Viz příslušný návod k použití.

1.2 Aplikační systém endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliaální bifurkací

Endovaskulární graft Zenith Branch s iliaální bifurkací se dodává předinstalovaný v zaváděcím systému H&L-B One-Shot. (Obr. 2) Zavádí se postupnou metodou a má integrované funkce k provádění nepřetržité kontroly endovaskulárního graftu během celého procesu rozvinutí.

Proximální konec graftu je připojen k zaváděcímu systému dvěma uvolňovacími dráty z nitinolu. Distální konec graftu je také připojen k aplikačnímu systému a je přidržován pomocí samostatného uvolňovacího drátu z nerezové oceli. Zaváděcí systém H&L-B One-Shot umožňuje přesné umístění a konečnou úpravu polohy graftu před jeho úplným rozvinutím. Součástí aplikačního systému je zaváděcí systém H&L-B One-Shot 20 Fr (vnitřní průměr 6,7 mm), který obsahuje předinstalovaný katetr používaný k usnadnění kanylace boční větve a vodící drát, jenž slouží k ochraně lumenu katetru během zavádění a transportu. Všechny systémy jsou kompatibilní s vodícím drátem o velikosti 0,035 inch (0,89 mm). Krvácení lze omezovat utahováním a uvolňováním hemostatického ventilu Captor při zavádění a vytahování pomocných zařízení do sheathu a z něj.

Aplikační systém endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliaální bifurkací obsahuje zaváděcí sheath Flexor®, který je odolný proti zasmyčkování a má hydrofilní povlak. Obě tyto vlastnosti slouží k zlepšení možnosti manévrování v kyčelních tepnách a v břišní aortě. Předinstalovaný katetr je navíc zakřiven, aby se zlepšila manévrovací schopnost vodícího drátu při zachycování.

1.3 Další komponenty

Je zapotřebí také dalších komponent (jako je iliaální rameno grafu a balónek expandovatelný krytý periferní stent).

K dispozici jsou iliaální ramena graftu (např. TFLE, ZSLE, ZISL), která jsou vyrobená ze stejných materiálů, jaké se používají pro výrobu endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliaální bifurkací. U všech iliaálních ramen graftů Zenith a aplikačních systémů si přečtěte příslušný návod k použití, kde naleznete pokyny k rozvinutí. Společná část endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliaální bifurkací určená, umístěná ve společné kyčelní tepně, bude připojena ke krátké (kontralaterální) větvi bifurkovaného graftu Zenith (např. endovaskulární Zenith AAA) prostřednictvím standardního iliaálního ramene vhodné délky s distálním průměrem 16 mm (např. TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX).

Balónek expandovatelný krytý periferní stent bude rozvinut v segmentu boční větve a bude zasahovat do vnitřní kyčelní tepny. Pokyny k rozvinutí najdete v návodu k použití těchto zařízení.

2 URČENÉ POUŽITÍ

Endovaskulární graft Zenith Branch s iliaální bifurkací se zaváděcím systémem H&L-B One-Shot je indikován pro endovaskulární léčbu pacientů s aortiliaálními nebo iliaálními aneuryzmaty, s nedostatečným místem ve společné kyčelní tepně pro distální utěsnění aneuryzmatu a s morfologickou stavbou vhodnou pro endovaskulární reparaci, mezi něž patří:

- adekvátní iliaální nebo femorální přístup, kompatibilní se zaváděcím systémem o rozměru 20 Fr (vnější průměr 7,7 mm);
- segmenty externí kyčelní tepny bez aneuryzmatu (fixační místa) distálně k aneuryzmatu:
 - o délce nejméně 20 mm;
 - s průměrem při měření od vnější stěny k vnější stěně v rozsahu od max. 11 mm do min. 8 mm;
- segment interní kyčelní tepny bez aneuryzmatu distálně k aneuryzmatu:
 - o délce nejméně 10 mm (nejlépe 20-30 mm);
 - s průměrem vhodným pro správné přilehnutí graftu.

3 KONTRAINDIKACE

Nejsou známy žádné kontraindikace použití těchto zařízení.

4 VAROVÁNÍ A UPOZORNĚNÍ

4.1 Obecně

- Pečlivě si přečtěte všechny pokyny. Pokud nebudete postupovat přesně podle pokynů, varování a upozornění, může to mít vážné následky nebo může dojít k poranění pacienta.
- Endovaskulární graft Zenith Branch s iliaální bifurkací se zaváděcím systémem H&L-B One-Shot smí používat výhradně lékaři a chirurgické týmy s odpovídající kvalifikací pro vaskulární intervenční výkony a pro použití tohoto zařízení.
- Pokud není k dispozici nekontrastní CT vyšetření, může dojít k nesprávnému vyhodnocení kalcifikace v iliaální nebo aortální oblasti, která může znemožnit přístup nebo spolehlivou fixaci a utěsnění zařízení.
- Rekonstrukční tloušťka vrstvy před procedurou > 3 mm může mít za následek suboptimální volbu velikosti zařízení nebo neschopnost vyhodnotit fokální stenózy z CT.
- Funkčnost endovaskulárních graftů z dlouhodobého hlediska nebyla zatím zjištěna. Všichni pacienti mají být poučeni, že endovaskulární léčba vyžaduje celoživotní pravidelná kontrolní vyšetření ke zjištění jejich zdravotního stavu a funkčnosti jejich endovaskulárního. Pacienti se

specifickými klinickými nálezy (např. endoleaky, zvětšujícími se aneuryzmaty nebo se změnami struktury nebo polohy endovaskulárního) se musí podrobit důkladnějším kontrolním vyšetřením. Konkrétní pokyny ke kontrolním vyšetřením jsou uvedeny v kapitole 11 Pokyny pro snímkování a pooperační kontrolu.

- Po implantaci endovaskulárního graftu je nutné u pacientů pravidelně kontrolovat prosakování kolem, zvětšování aneuryzmatu a změny struktury nebo polohy endovaskulárního.
- Je nutné provádět snímkování nejméně jednou ročně, mimo jiné: 1) radiogram břicha ke kontrole integrity implantátu (zda se neodděly jeho komponenty nebo zda nepraskl stent) a 2) CT s kontrastní látkou a bez ní k vyšetření změn aneuryzmatu, prosakování kolem graftu, průchodnosti, tortuozity a vývoje onemocnění.
- Pokud není možné použít kontrastní látku vzhledem k renálním komplikacím nebo jiným faktorům, mohou podobné informace poskytnout radiogramy břicha a duplexní ultrasonografie.
- Endovaskulární graft Zenith Branch s iliaální bifurkací se zaváděcím systémem H&L-B One-Shot není doporučeno používat u pacientů, kteří nejsou schopni podstoupit nezbytné předoperační a pooperační snímkování a implantační studie nebo kteří je nebudou dodržovat; viz popis v kapitole 11 Pokyny pro snímkování a pooperační kontrolu.
- Možnost provedení intervence nebo přechodu na standardní otevřený chirurgický zákrok po primární endovaskulární operaci je třeba zvážit u pacientů, u nichž se vyskytne zvětšující se aneuryzma, neakceptovatelné zkrácení délky fixace (překrytí cévy a komponenty) a/nebo endoleak. Zvětšení aneuryzmatu a/nebo přetrvávající endoleak mohou být příčinou prasknutí aneuryzmatu.
- U pacientů s nižším průtokem krve větvi graftu a/nebo s netěsnostmi může být nezbytné provedení sekundární intervence nebo chirurgického zákroku.
- Během implantace nebo reintervence musí být v pohotovosti tým cévní chirurgie pro případ nutnosti přechodu na otevřený chirurgický zákrok.
- Zavedení endovaskulárního stentgraftu je chirurgický zákrok, při kterém může z různých důvodů dojít ke ztrátě krve, což v nepříliš častých případech vyžaduje intervenci (včetně transfuze) k zamezení nežádoucích následků. Při zákroku je důležité monitorovat, nedochází ke ztrátě krve přes hemostatický ventil. Toto je obzvláště relevantní při manipulaci se šedým polohovačem a po ní. Pokud po vyjmutí šedého polohovače dochází k nadměrné ztrátě krve, zvažte možnost zavedení nenaplněného tvarovacího balónku nebo dilatátoru zaváděcího systému do ventilu, což omezí průtok.

4.2 Výběr, léčba a následné kontroly pacienta

- Průměr přístupové cévy (měřený od vnitřní stěny k vnitřní stěně) a její morfologie (minimální tortuozita, okluzeční onemocnění a/nebo kalcifikace) musí vyhovovat kritériím pro použití metod cévního přístupu a aplikačních systémů profilu cévního zaváděcího sheathu o velikosti 20 Fr (vnější průměr 7,7 mm). Cévy se závažným stupněm kalcifikace, okludované, zkroucené nebo pokryté tromby mohou znemožnit umístění endovaskulárního graftu a/nebo mohou zvyšovat riziko embolizace.
- Mezi klíčové anatomické znaky, které mohou mít vliv na úspěšné ošetření aneuryzmatu, patří tortuozita některé ze zasažených cév, příliš malé nebo příliš velké rozměry kyčelních tepen, cirkumferenční trombus, aneuryzma vnitřní a/nebo vnější kyčelní tepny a/nebo kalcifikace tepny v místě implantace. Nepravidelná kalcifikace a/nebo pláty mohou ohrozit fixaci a přilehnutí protězy v místech implantace a také znemožnit posouvání zaváděcích systémů.
- Endovaskulární graft Zenith Branch s iliaální bifurkací se zaváděcím systémem H&L-B One-Shot se nedoporučuje používat u pacientů, kteří nesnášejí kontrastní látky nezbytné pro zobrazovací techniky při operaci a při následných kontrolách.
- Endovaskulární graft Zenith Branch s iliaální bifurkací se zaváděcím systémem H&L-B One-Shot se nedoporučuje používat u pacientů, jejichž hmotnost nebo rozměry překračují stanovené limity nezbytné pro realizaci nebo dostatečnou kvalitu zobrazovacích technik.
- Endovaskulární graft Zenith Branch s iliaální bifurkací se zaváděcím systémem H&L-B One-Shot se nedoporučuje používat u pacientů se známou přecitlivělostí nebo alergií na nerezovou ocel, polyester, nitinol (nikl, titan), pájecí materiály (cín, stříbro), polypropylen nebo zlato.
- U pacientů s celkovou infekcí může být zvýšené riziko infekce endovaskulárního graftu.
- Neschopnost zachovat průchodnost nejméně jedné vnitřní kyčelní tepny může zvýšit riziko ischémie pánve nebo stěva.

4.3 Postup implantace

- V průběhu implantace je třeba používat celkovou antikoagulační léčbu podle protokolů nemocnice a podle volby lékaře. Je-li kontraindikován heparin, je nutno zvážit použití jiného antikoagulačního přípravku.
- Během přípravy a zavádění omezte manipulaci se složenou endoprotézou, aby se snížilo riziko kontaminace a infekce endoprotězy.
- K aktivaci hydrofilního povlaku na vnějším povrchu zaváděcího sheathu Flexor je třeba povrch otírat gázovými polštářky 10 x 10 cm navlhčenými fyziologickým roztokem. Sheath udržujte v hydratovaném stavu, abyste dosáhli jeho optimální funkce.
- Při vkládání aplikačního systému udržujte polohu vodícího drátu.
- Aplikační systém neohýbejte ani nezasmýkujte. Může by dojít k poškození zaváděcího systému a endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliaální bifurkací.
- Při zavádění a rozvinutí se musí k potvrzení správné funkce komponent aplikačního systému, správného umístění graftu a požadovaného výsledku zákroku používat skiaskopie.
- Použití endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliaální bifurkací se zaváděcím systémem H&L-B One-Shot vyžaduje nitrožilní podání kontrastní látky. U pacientů s existující renální nedostatečností může hrozit zvýšené riziko pooperačního selhání ledvin. Při výkonu je třeba použít co nejmenší množství kontrastní látky.
- Pro vyloučení zkroucení endovaskulárního graftu při rotaci aplikačního systému otáčejte všemi komponentami systému najednou (od vnějšího sheathu po vnitřní kanylu).
- Nepřesné umístění a/nebo neúplné utěsnění endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliaální bifurkací v cévě nebo vůči jiným komponentám může vést ke zvýšenému riziku vzniku endoleaku, migrace nebo nechtěné okluze vnitřní kyčelní tepny.
- Neadekvátní fixace endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliaální bifurkací může mít za následek zvýšené riziko migrace. Nesprávné rozvinutí endoprotězy nebo její migrace může vyžadovat chirurgický zásah.
- Pokud při posouvání vodícího drátu nebo aplikačního systému ucítíte odpor, nikdy nepokračujte v zasouvání jakékoli části aplikačního systému. Zastavte zákrok a zjistěte příčinu odporu. Může dojít k poškození katetru nebo poranění cévy. Zvlášť opatrně postupujte v oblastech se stenózami a s intravaskulárními tromby a v kalcifikovaných a zkroucených cévách.
- Při manipulaci s katetrem, dráty a sheathy uvnitř aneuryzmatu postupujte opatrně. Značná mechanická manipulace může uvolnit fragmenty trombu, které mohou způsobit embolizaci v distálních částech těla.
- Balónek expandovatelný krytý periferní stent musí mít vhodný průměr, aby těsně přiléhá k segmentu boční větve i k vnitřní kyčelní tepně, a dostatečnou délku, aby přesahoval 10-14 mm do segmentu boční větve a 10 mm (nej lépe 20-30 mm) do místa distální fixace ve vnitřní kyčelní tepně.
- Pokud je nezbytná repozice graftu, je třeba postupovat tak, aby nedošlo k poškození žádného dříve uloženého graftu ani ke změně jeho polohy.

Použití tvarovacího balónku

- Před repozicí zkontrolujte, zda je balónek zcela vyprázdněn.
- Balónek nenapluje v cévě, pokud není uvnitř graftu.
- Krvácení lze dále eliminovat utahováním a uvolňováním hemostatického ventilu Captor tak, aby se přizpůsobil zavádění a následnému vytahování tvarovacího balónku.

4.4 Bezpečnost a kompatibilita vyšetření MRI

Neklinické testy prokázaly, že endovaskulární graft Zenith Branch s iliakální bifurkací ve spojitosti s krytým stentem s expandovatelným balonkem je poměrně MRI v souladu s ASTM F2503. Pacient s tímto zařízením může být bezpečně snímán za předpokladu, že budou splněny následující podmínky.

- Statické magnetické pole pouze o síle 3,0 tesla nebo 1,5 tesla.
- Maximální prostorový gradient magnetického pole 720 gauss/cm (7,2 t/m) nebo méně.
- Maximální hodnota měrného absorbovaného výkonu přepočteného na celé tělo (SAR) ≤ 2,0 W/kg (v normálním provozním režimu) oznámená MRI systémem.

Za splnění shora uvedených podmínek snímání se nepředpokládá, že endovaskulární graft Zenith Branch s iliakální bifurkací použité ve spojitosti s krytým stentem s expandovatelným balonkem povede ke zvýšení teploty o více než 2,4 °C po 15 minutách nepřetržitého snímání.

Artefakt obrazu zasahuje přibližně 122 mm od endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací použitého ve spojitosti s krytým stentem s expandovatelným balonkem, což bylo prokázáno při neklinickém testování při snímání pulzní sekvencí gradientního echa na systému MRI 3,0 tesla. Artefakt obrazu zakrývá lumen prostředku.

POZNÁMKA: U endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací je nutno klinicky přínos snímání MRI porovnat s potenciálním rizikem souvisejícím s provedením tohoto vyšetření.

5 POTENCIÁLNÍ NEŽÁDOUCÍ PŘÍHODY

Mezi nežádoucí příhody, ke kterým může dojít a které mohou vyžadovat intervenci, mimo jiné patří:

- Amputace
- Arteriovenózní píštěl
- Edém
- Embolizace (mikro a makro) s transienční nebo trvalou ischémií nebo infarktem
- Endoleak
- Endoprotéza: nesprávné umístění komponent, neúplné rozvinutí komponent, migrace komponent, prasknutí stěh, okluze, infekce, prasknutí stentu, opotřebení materiálu, dilatace, eroze, propichnutí, praskování kolem a koroze
- Horečka a lokalizovaný zánet
- Impotence
- Infekce v místě aneurysmatu, implantátu nebo místa vstupu, včetně abscesu, transienční horečky a bolesti
- Klaudivace (např. v hýždí nebo v noze)
- Komplikace močopohlavního ústrojí s následnými doprovodnými potížemi (např. ischémie, eroze, píštěl, inkontinence, hematurie, infekce)
- Komplikace související s anestézií a následné doprovodné problémy (například aspirace)
- Komplikace v lymfatickém systému a následné doprovodné problémy (například lymfatická píštěl)
- Komplikace v místě cévního vstupu včetně infekce, bolesti, hematomu, pseudoaneurysmatu a arteriovenózní píštěle
- Komplikace v oblasti ledvin s následnými doprovodnými potížemi (např. okluze artérie, toxicita kontrastní látkou, renální nedostatečnost nebo selhání)
- Komplikace v oblasti plic a dýchacích cest s následnými doprovodnými potížemi (např. pneumonie, selhání respiračního systému, proloupaná intubace)
- Komplikace v ráně a následné doprovodné problémy (například dehiscence, infekce)
- Krvácení, hematom nebo koagulopatie
- Lokální nebo celkové neurologické komplikace s následnými doprovodnými potížemi (např. mrtvice, transienční ischemická ataka, paraplegie, paraparéza, paralýza)
- Okluze graftu nebo nativní cévy
- Poranění cévy
- Poškození aorty včetně perforace, disekce, krvácení, ruptury a smrti
- Prasknutí aneurysmatu a smrt
- Přechod na otevřený chirurgický zákrok
- Selhání jater
- Smrt
- Spasmus nebo trauma cévy (např. disekce iliofemorální cévy, krvácení, ruptura, smrt)
- Srdeční komplikace s následnými doprovodnými potížemi (např. arytmie, infarkt myokardu, městnavé srdeční selhání, hypotenze, hypertenze)
- Střevní komplikace (například ileus, transienční ischémie, infarkt, nekroza)
- Trombóza tepny nebo žíly a/nebo pseudoaneurysma
- Zvětšení aneurysmatu

6 VÝBĚR A LÉČBA PACIENTA

(Viz kapitola 4 Varování a upozornění)

6.1 Individualizace léčby

Společnost Cook doporučuje provést výběr průměrů komponent endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací podle tabulky 8.1. Délka endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací se obecně volí tak, aby dosahovala od proximální části společné kyčelní tepny k vnější kyčelní tepně. Lékař má mít k dispozici všechny délky a

průměry součástí nezbytných k provedení výkonu, zejména pokud ještě nejsou k dispozici výsledky předoperačních měření (hodnoty průměrů a délek). Tento přístup zaručuje větší operační flexibilitu k dosažení optimálních výsledků zákroku. U každého pacienta je nutno před použitím endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací pečlivě posoudit potenciální rizika a přínosy popsané v kapitole 5 Potenciální nežádoucí příhody. K dalším aspektům pro posouzení vhodnosti pacienta mimo jiné patří:

- Pacientův věk a očekávaná doba života.
- Doprovodná onemocnění (např. srdeční, plicní nebo renální nedostatečnost před operací, morbidní obezita).
- Vhodnost pacienta pro otevřený chirurgický zákrok.
- Vhodnost anatomických poměrů pacienta pro endovaskulární reparaci.
- Riziko prasknutí aneurysmatu v porovnání s riziky vyplývajícími z léčby za endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací.
- Schopnost tolerovat celkovou, svodovou nebo lokální anestezii.
- Velikost a morfologie iliofemorální přístupové cévy (minimální trombus, kalcifikace a/nebo tortuozita) musí být kompatibilní s metodami cévního přístupu a s příslušstvím cévního zavaděcího sheathu se zavaděcím profilem 12 Fr (vnější průměr 4,7 mm) až 20 Fr (vnější průměr 7,7 mm).
- Segmenty vnější kyčelní tepny bez aneurysmatu (fixační místa) distálně k aneurysmatu:
 - o délce nejméně 20 mm;
 - s průměrem při měření od vnější stěny k vnější stěně v rozsahu od max. 11 mm do min. 8 mm.
- Segment vnitřní kyčelní tepny bez aneurysmatu distálně k aneurysmatu:
 - o délce nejméně 10 mm (nej lépe 20-30 mm);
 - s průměrem vhodným pro správné přilehnutí.
- Nepřítomnost závažných forem okluzivních onemocnění femorální/kyčelní tepny, které by omezily průtok endovaskulárním grafem.

Konečné rozhodnutí o léčbě závisí na lékaři a pacientovi.

7 PORADENSTVÍ PRO PACIENTY

Při diskusi o tomto endovaskulárním zařízení a příslušném zákroku musí lékař a pacient (popřípadě také rodinní příslušníci) zvážit rizika a přínosy, zejména:

- Rizika a rozdíly mezi endovaskulární operací a otevřeným chirurgickým zákrokem.
- Potenciální výhody tradičního otevřeného chirurgického zákroku.
- Potenciální výhody endovaskulární reparace.
- Potenciální výhody alternativních endovaskulárních operací.
- Možnost, že po primární endovaskulární reparaci může být nutné provést na aneurysmatu další intervenci nebo standardní chirurgický zákrok.

Vedle posouzení rizik a přínosů endovaskulární reparace musí lékař zhodnotit pacientův postoj k následným kontrolám a k dodržování potřebné pooperační péče. Níže jsou uvedena další témata, která je vhodné prodiskutovat s pacientem a která se týkají jeho očekávání, co se týče výsledků endovaskulární reparace:

- Funkčnost endovaskulárních graftů z dlouhodobého hlediska nebyla zatím zjištěna. Všichni pacienti mají být poučeni, že endovaskulární léčba vyžaduje celoživotní pravidelné kontrolní vyšetření ke zjištění jejich zdravotního stavu a funkčnosti endovaskulárního graftu. Pacienti se specifickými klinickými nálezy (např. endoleaky, zvětšujícími se aneurysmaty nebo se změnami struktury nebo polohy endovaskulárního graftu) se musí podrobit důkladnějším kontrolním vyšetřením. Konkrétní pokyny ke kontrolním vyšetřením jsou uvedeny v kapitole 11 Pokyny pro snímání a pooperační kontrolu.

8 STAV PŘI DODÁNÍ

Endovaskulární graft Zenith Branch s iliakální bifurkací se dodává sterilní (sterilizovan 100% ethylenoxidem) a předinstalovaný v odtrhovcích obalech.

Toto zařízení je určeno k použití pouze u jednoho pacienta. Žádnou část tohoto zařízení nepoužívejte opakovaně, nepracovávajíte opakovaně ani neresterilizujete. Opakované použití, zpracování nebo resterilizace může ohrozit strukturální integritu zařízení a/nebo vést k jeho selhání, což může následně způsobit zranění, onemocnění nebo smrt pacienta. Při opakovaném použití, zpracování nebo resterilizaci může také vzniknout riziko kontaminace zařízení a/nebo infekce či křížové infekce pacienta, mimo jiné také včetně rizika přenosu infekčních onemocnění z jednoho pacienta na druhého. Kontaminace zařízení může vést k onemocnění, poranění nebo smrti pacienta. Před použitím prohlédněte zařízení i jeho obal a zkontrolujte, zda při transportu nedošlo k jejich poškození. Nepoužívejte toto zařízení, pokud je poškozeno nebo pokud je poškozena nebo zničena sterilní bariéra. Došlo-li k poškození, výrobek nepoužívejte a vraťte jej společnosti Cook.

Před použitím zkontrolujte, zda bylo dodáno správné zařízení (množství a velikost) pro daného pacienta, a to srovnáním dodaného zařízení s předpisem lékaře pro konkrétního pacienta. Nepoužívejte po uplynutí data expirace vytištěného na štítku. Skládejte v suchu a chladu.

Endovaskulární graft Zenith Branch s iliakální bifurkací se vkládá do zavaděcího sheathu Flexor o velikosti 20 Fr. Povrch sheathu je ošetřen hydrofilním povlakem, který po hydratování zvyšuje jeho schopnost manévrování. K aktivaci hydrofilního povlaku je třeba otřít povrch gázovým polštářkem 10 x 10 cm, navlhčeným fyziologickým roztokem.

Tabulka 8.1 Grafty Branch – iliakální bifurkace

Objednací číslo ¹	Proximální průměr	Distální průměr	Průměr boční větve ²	Zavaděcí sheath		Délka iliakálního segmentu		Celková délka graftu
				Velikost French	(vnitřní průměr / vnější průměr)	Společná	Externí	
ZBIS-10-45-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm
ZBIS-10-61-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm
ZBIS-10-45-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm
ZBIS-10-61-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm
ZBIS-12-45-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm
ZBIS-12-61-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm
ZBIS-12-45-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm
ZBIS-12-61-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm

¹ZBIS-XX-YY-ZZ je graft – iliakální bifurkace, kde XX je distální průměr, YY je délka společného kyčelního segmentu (délka od proximálního okraje graftu ke hrotu boční větve) a ZZ je délka vnějšího kyčelního segmentu (délka od hrotu boční větve k distálnímu okraji graftu).

²Boční větev obsahuje stent typu Z z nitinolu o průměru 6 mm, který lze během rozvíjení balonkem expandovatelného krytého periferního stentu expandovat na 8 mm.

Iliakální ramena Zenith a aplikační systémy pro použití s iliakální bifurkací endovaskulárního graftu Zenith Branch jsou k dispozici v následujících délkách a průměrech:

Objednací číslo ¹	Průměr iliakálního ramena	Tabulka 8.2 Iliakální ramena		Pracovní délka iliakálního ramena ²
		Velikost French	Zaváděcí sheath (vnitřní průměr / vnější průměr)	
TFLE-16-YY	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	37, 54, 71, 88 mm
ZSLE-16-YY-ZT	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	39, 56, 74, 90 mm
ZISL-16-YY	16 mm	12 Fr	(4,0 mm / 4,7 mm)	42, 59, 77, 93 mm

¹Příklad: TFLE-XX-YY je iliakální rameno o průměru XX a pracovní délce YY.

²Celková délka ramena = pracovní délka + 22 mm aretační stent (u TFLE a ZSLE) a 29,1 mm aretační stenty (u ZISL).

9 INFORMACE O KLINICKÉM POUŽITÍ

9.1 Školení lékařů

POZOR: Během implantace nebo reintervence musí být v pohotovosti tým cévní chirurgie pro případ nutnosti přechodu na otevřený chirurgický zákrok.

POZOR: Endovaskulární graft Zenith Branch s iliakální bifurkací se zaváděcím systémem H&L-B One-Shot smí používat výhradně lékaři a chirurgické týmy s odpovídající kvalifikací pro vaskulární intervenční výkony, s všeobecným školením pro výrobky Zenith a se zaškolením v použití tohoto zařízení. Doporučené znalosti a zkušenosti lékařů používajících endovaskulární graft Zenith Branch s iliakální bifurkací se zaváděcím systémem H&L-B One-Shot jsou uvedeny níže:

Výběr pacientů:

- Znalosti vzniku a vývoje aneurysmatu abdominální aorty (AAA) a doprovodných onemocnění souvisejících s reparací AAA.
- Znalost interpretace radiologických snímků, výběru a volby velikosti zařízení.

Multidisciplinární tým musí mít následující souhrnné zkušenosti v chirurgických zákrocích

- Femorální přístup, arteriotomie a reparační
- Techniky perkutánního přístupu a uzavření
- Ovládání neselektivních a selektivních vodících drátů a katetrů
- Interpretace skiaskopických a angiografických snímků
- Embolizace
- Angioplastika
- Umístění endovaskulárního stentu
- Metody odstraňování cizího tělesa z cév
- Správné použití radiografické kontrastní látky
- Metody omezení expozice záření
- Zkušenost s variantami potřebné následné péče o pacienta

9.2 Kontrola před použitím

Před použitím prohlédněte zařízení i jeho obal a zkontrolujte, zda při přepravě nedošlo k jejich poškození. Nepoužívejte zařízení, pokud je poškozené nebo pokud je poškozena nebo zničena sterilní bariéra. Došlo-li k poškození, výrobek nepoužívejte a vraťte jej společnosti COOK. Před použitím zkontrolujte, zda bylo dodáno správné zařízení (množství a velikost) pro daného pacienta, a to srovnáním dodaného zařízení s předpisem lékaře pro konkrétního pacienta.

9.3 Požadovaný materiál

(Není součástí balení systému iliakální bifurkace)

- Iliakální rameno graftu Zenith (např. TFLE-16-(37,54,71,88), ZSLE-16-(39,56,74,90)-ZT, ZISL-16-(42,59,77,93))
- Bifurkovaný graft Zenith (např. endovaskulární graft Zenith AAA)
- Pomocná souprava Zenith AAA
- Skiaskop s funkcemi pro digitální angiografii (rameno C nebo pevná jednotka)
- Kontrastní látka

Tabulka 9.5.1 Návod k výběru průměru endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací* (segment vnější kyčelní tepny)				
Průměr cílové vnější kyčelní cévy ^{1,2}	Průměr bočního externího iliakálního ramene ³	Zaváděcí sheath		
		Velikost French	(vnitřní průměr / vnější průměr)	
8 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	
9 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	
10 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	
11 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	

¹Maximální průměr podél místa distální fixace.

²Změřený průměr kyčelní tepny zaokrouhlete na nejbližší mm.

³Volbu průměru mohou ovlivňovat také další aspekty.

*Všechny rozměry jsou jmenovité.

Průměr iliakálního ramene graftu (např. TFLE, ZSLE, ZISL) použitého pro připojení graftu Zenith AAA k endovaskulárnímu graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací bude 16 mm.

Balónkem expandovatelný krytý periferní stent se musí v boční větvi endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací rozvinout na 8 mm, ale jeho velikost se musí zvolit podle velikosti vnitřní kyčelní tepny podle pokynů výrobce.

10 POKYNY K POUŽITÍ

Před použitím iliakální bifurkace endovaskulárního graftu Zenith Branch se zaváděcím systémem H&L-B One-Shot si přečtěte tuto příručku. Doporučený návod k použití. Následující instrukce obsahují základní návod k umístění zařízení. Je možné, že v praxi bude nutno popsaný postup upravit. Tyto instrukce mají lékaři sloužit jako vodítko a nemají nahrazovat jeho úsudek.

Obecné informace o použití

Při použití endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací se zaváděcím systémem H&L-B One-Shot se uplatňují standardní metody zavádění sheathů pro arteriální přístup, vodících katetrů, angiografických katetrů a vodících drátů. Endovaskulární graft Zenith Branch s iliakální bifurkací se zaváděcím systémem H&L-B One-Shot je kompatibilní s vodícími dráty o průměru 0,035 inch (0,89 mm).

Obecné informace o aplikaci

Endovaskulární graft Zenith Branch s iliakální bifurkací je určen k zavádění přes společnou femorální tepnu na té straně společné kyčelní tepny, kde se nachází léčené aneurysma. Graft Zenith AAA se zavádí na straně protilehlé ke straně, na které se zavádí endovaskulární graft Zenith Branch s iliakální bifurkací.

Doporučené pořadí zavádění více komponent:

1. Rozvinutí endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací včetně umístění balónkem expandovatelného krytého periferního stentu (přes kyčelní tepnu) do vnitřní kyčelní tepny.
2. Rozvinutí graftu Zenith AAA (zavedeného přes protilehlou kyčelní tepnu).
3. Rozvinutí iliakálního ramene graftu (např. TFLE, ZSLE, ZISL) přes přístupové místo endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální

- Strikačka
- Heparinizovaný fyziologický roztok
- Balónkem expandovatelný krytý periferní stent
- Balónky potřebné velikosti

9.4 Doporučený materiál

(Není součástí balení systému iliakální bifurkace)

Doporučují se následující produkty.

Vodící dráty

- Extra tuhý vodící drát 0,035 inch (0,89 mm) o délce 260 cm; například:
 - Ultra tuhé vodící dráty Cook Lunderquist (LES)
 - Ultra tuhé vodící dráty Cook Amplatz (AUS2)
- Standardní vodící drát 0,035 inch (0,89 mm); například:
 - Vodící dráty Cook 0,035 inch (0,89 mm)
- Hydrofilní vodící drát 0,018 inch (0,46 mm)
- Hydrofilní vodící drát 0,035 inch (0,89 mm) o délce 260 cm; například:
 - Vodící dráty Cook Nimble™
- Výměnný vodící drát 0,035 inch (0,89 mm) o délce 260 cm; například:
 - Vodící drát Cook Roadrunner® PC
 - Extra tuhý vodící drát Cook Amplatz (AES)
 - Vodící drát Cook Rosen

Tvarovací balónky

- Balónkový katetr Cook CODA® (32 mm)

Zaváděcí soupravy – 7 Fr (vnitřní průměr 2,3 mm), 8 Fr (vnitřní průměr 2,7 mm), 10 Fr (vnitřní průměr 3,3 mm) a 12 Fr (vnitřní průměr 4,0 mm)

- Zaváděcí sady Cook Check-Flo®
- Zaváděče Cook Flexor Check-Flo
- Zaváděče Cook Flexor Check-Flo v modifikaci Raabe
- Extra velké zaváděcí sady Cook Check-Flo
- Kontralaterální zaváděče Cook Flexor Balkin Up & Over®
- Vodící sheathy Cook Flexor

Katetry

- Měřicí katetr, například:
 - Centimetrové měřicí katetry Cook Auros®
- Angiografické katetry s rentgenkontrastním hrotem, například:
 - Angiografické katetry Cook s hrotem Beacon®
 - Katetry Cook Royal Flush® s hrotem Beacon

Přístupové jehly

- Jehly Cook pro punkci jedné stěny cévy

Očko

- Intravaskulární vyhledávací souprava Dotter

9.5 Pokyny k určení průměru zařízení

Průměr je třeba měřit od vnější stěny k vnější stěně cévy, nikoli jako průměr lumenu. Volba příliš velké nebo naopak příliš malé velikosti může vést k netěsnostem nebo k omezení průtoku.

- bifurkací do kontralaterální větve (tj. krátké) abdominálního pro spojení lumenu abdominálního s endovaskulárním grafted Zenith Branch s iliakální bifurkací.
- 4. Rozvinutí iliakálního ramene graftu Zenith (např. TFLE, ZSLE, ZISL) do ipsilaterální (tj. dlouhé) větve graftu Zenith AAA (podle potřeby).

Rozhodující činitele před implantací

Podle předoperačního plánu zkontrolujte, zda bylo vybráno správné zařízení. Mezi rozhodující činitele patří:

1. Volba femorální arterie k zavedení zaváděcího systému (tj. určení příslušné kyčelní tepny).
2. Angulace kyčelních tepen.
3. Průměry příslušných distálních kyčelních cév.
4. Vzdálenost od bifurkace aorty k hypogastrickému (vnitřním kyčelním) tepnám nebo k místu jejich odstupu.
5. Posudte stupeň kalcifikace cévy.

Příprava pacienta

1. Při anestézii, antikoagulaci a monitorování vitálních funkcí postupujte podle protokolů zdravotnického zařízení.
2. Položte pacienta na snímkovací stůl umožňující skiaskopickou vizualizaci od aortálního oblouku po femorální bifurkaci.
3. Standardní chirurgickou technikou obnažte podle potřeby společné femorální tepny.
4. Podle potřeby zaveďte adekvátní proximální a distální kontrolu femorálních cév.

10.1 Příprava a propláchnutí endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací

1. Odstraňte z hrotu ochranný transportní stylet s černým ústím (z vnitřní kanyly) a sejměte ochrannou trubičku kanyly (z vnitřní kanyly) a chránič

hrotu dilatátoru (z hrotu dilatátoru). Ze zadní strany hemostatického ventilu odstraňte odlepací sheath Peel-Away. **(Obr. 3)** Zatlačte zavaděcí sheath dopředu na hrot dilatátoru, až je zakřívený katetr zcela zakryt. Zvedněte distální hrot systému a proplachujte systém přes uzavírací kohout na hemostatickém ventilu, až začne kapalina vytékat z bočního portu v blízkosti hrotu zavaděcího sheathu. **(Obr. 4)** Pokračujte v nástřiku celé dávky 20 mL proplachovacího roztoku do zařízení. Nástřik ukončete a zavřete uzavírací kohout na zápojně hadičky.

POZNÁMKA: K proplachování graftu se vždy používá heparinizovaný fyziologický roztok.

POZNÁMKA: Zkontrolujte, zda je hemostatický ventil Captor na zavaděčím sheathu Flexor v otevřené poloze. **(Obr. 5)**

2. K ústí vnitřní kanyly připojte stříkačku s heparinizovaným fyziologickým roztokem. Proplachujte tak dlouho, až začne roztok vytékat z distálního hrotu dilatátoru. **(Obr. 6)**

POZNÁMKA: Při proplachování systému zvedněte distální konec systému, aby se usnadnilo odstranění vzduchu.

3. Ze zavaděcího systému odstraňte předinstalovaný vodič drát.
4. Na spojku Luer předinstalovaného katetru připojte stříkačku s heparinizovaným fyziologickým roztokem. Proplachujte tak dlouho, až začne roztok vytékat z distálního hrotu katetru.
5. Do předinstalovaného katetru zasuňte vhodný hydrofilní vodič drát s nitinolovým jádrem, který je kompatibilní s průměrem 0,018 inch (0,46 mm) nebo 0,035 inch (0,89 mm) a jehož délka je 260 cm.
6. Navlhčete pákové polštářky 10 x 10 cm fyziologickým roztokem a oťete jimi zavaděcí sheath Flexor, aby se aktivoval hydrofilní povlak. Hojně hydratujte sheath i dilatátor.

10.2 Cévní přístup a angiografie

1. Standardní metodou napíchnete zvolenou společnou femorální tepnu za použití arteriální jehly 18 gauge nebo ultratenké arteriální jehly 19 gauge. Po vytvoření přístupu do cévy zaveďte:
 - Vodič dráty – standardní o průměru 0,035 inch (0,89 mm) a délce 145 cm, s hrotem J nebo vodič drát Bentonson.
 - Sheathy vhodné velikosti (např. 5 Fr [vnitřní průměr 1,7 mm] a 8 Fr [vnitřní průměr 2,7 mm]).
 - Proplachovací katetr (obvykle rentgenkontrastní měřicí katetr, např. katetr s centimetrovými značkami nebo přímý proplachovací katetr).

POZNÁMKA: Použijte sheath 8 Fr (vnitřní průměr 2,7 mm) posunutý do dolní břišní aorty na kontralaterální straně.

2. Angiograficky zjistěte polohu odstupe vnitřní kyčelní tepny od aorty na té straně, kde se bude implantovat endovaskulární graft Zenith Branch s iliakální bifurkací.

10.3 Umístění endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací

1. Zajistěte propláchnutí aplikačního systému heparinizovaným fyziologickým roztokem a odstranění veškerého vzduchu ze systému.
2. Podávejte systémově heparin a kontrolujte proplachovací roztoky. Proplach provádějte po každé výměně katetru a/nebo vodičích drátů.

POZNÁMKA: Po celou dobu výkonu sledujte stav koagulace pacienta.

3. Drát s hrotem J na straně implantace endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací nahraďte tuhým vodičím drátem (AUS nebo LES) o průměru 0,035 inch (0,89 mm) a délce 260 cm; tento drát posuňte přes katetr do horní části hrudní aorty. Vyjměte proplachovací katetr a sheath. Udržujte polohu vodičích drátů.

POZNÁMKA: Umístění a orientaci odstupe vnitřní kyčelní tepny a bifurkace aorty je nutno zjistit předoperačním nebo operačním zobrazovacím vyšetřením před zavedením samotného zařízení.

4. Před zavedením skioskopicky zkontrolujte orientaci segmentu boční větve a zajistěte správné sestavení s ohledem na anatomii.

POZNÁMKA: Zařízení bude v této fázi zcela zakryto vnějším sheathem; tento snímek s vytaženým sheathem však ukazuje čtyři zlaté rentgenkontrastní značky, které jsou zarovnané s krajní laterální stranou boční větve, a zářez, do kterého zapadne zavedený katetr. **(Obr. 7)**

POZNÁMKA: Druhá značka od distálního konce (2D) je cílová značka nejproximálnějšího umístění proximálního konce krytého stentu, který prodlužuje boční větev do vnitřní kyčelní tepny. Druhá značka od proximálního konce (2P) je cílová značka nejdálšího umístění distálního konce extenze ramene, která se na iliakální boční větev napojí na bifurkovaný stentgraft, který bude rozvinut nad rozvětvením aorty.

POZNÁMKA: Orientaci lze potvrdit vizuálně, protože zářez na zúženém hrotu dilatátoru (v místě výstupu předinstalovaného vodičích drátu ze systému) je zarovnan s boční větví.

5. Aplikační systém endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací zaveďte přes vodič drát do kyčelní tepny tak, aby se hrot zavedeného katetru, spočívající v zářezu v hrotu dilatátoru pod vnějším sheathem, dostal těsně nad rozvětvení aorty a do polohy v ose odstupe protilehlé společné kyčelní tepny. **(Obr. 8)**

POZOR: Při vkládání aplikačního systému udržujte polohu vodičích drátu.

POZOR: Pro vyloučení zkroucení endovaskulárního graftu při rotaci aplikačního systému otáčejte všemi komponentami systému najednou (od vnějšího sheathu po vnitřní kanylu).

POZNÁMKA: Vizualizaci polohy hrotu katetru může pomoci malé posunutí hydrofilního vodičích drátu přes hrot katetru.

10.4 Umístění vodičích drátu „through-and-through“

1. Hydrofilní vodič drát a katetr posuňte do aorty. Umístěte vodič drát pro zachycení tak, že jej vysunete hrotem zakřiveného katetru tak, jak bude potřebné.
2. Přes přístupový sheath v protilehlé kyčelní tepně zasuňte vhodné očko, zachyťte hrot hydrofilního vodičích drátu a protáhněte jej tak, abyste vytvořili uspořádání vodičích drátů „through-and-through“. **(Obr. 9)**

POZOR: Během tohoto manévru je nutno hydrofilním vodičím drátem v konfiguraci „through-and-through“ pohybovat tak, aby měl v rozvětvení aorty určitou vůli.

10.5 Rozvinutí proximální části endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací

1. Sheath velikosti 8 Fr (vnitřní průměr 2,7 mm) zasuňte do protilehlé větve tak, aby se dostal nad úroveň rozvětvení aorty, a angiograficky vyšetřením s jeho pomocí zjistěte polohu vnitřní kyčelní tepny na straně plánované implantace zařízení. **(Obr. 10)**
2. Systém musí být orientován tak, aby byl distální konec boční větve (indikovaný nejdálšími rentgenkontrastními značkou) umístěn 10 mm nad odstup vnitřní kyčelní tepny v sousedním postavení tak, aby umožňoval snadný přístup do vnitřní kyčelní tepny. Pokud nejsou rentgenkontrastní značky ve vhodné pozici, otočte celý systém tak, aby

se značky zarovnaly s ústím vnitřní kyčelní tepny a/nebo podle potřeby systém posuňte kousek vpřed nebo vzad. **(Obr. 11)**

POZOR: Pro vyloučení zkroucení endovaskulárního při rotaci aplikačního systému otáčejte všemi komponentami systému najednou (od vnějšího sheathu po vnitřní kanylu).

3. Až bude poloha zařízení uspokojivá, stabilizujte sedý polohovác (tubus aplikačního systému) a přitom začněte vytahovat vnější zavaděcí sheath. Rozvíňte endovaskulární graft Zenith Branch s iliakální bifurkací tak, aby se obnažil distální konec boční větve. **(Obr. 12)**
4. Zastavte vytahování sheathu.

VAROVÁNÍ: Sheath nevytahujte dále, protože by expandovala vnější iliakální komponenta a nebylo by již možno upravovat polohu.

10.6 Umístění sheathu „up-and-over“

1. Vytáhněte protilehlý přístupový iliakální sheath; přitom ponechejte na místě hydrofilní vodič drát s nitinolovým jádrem v konfiguraci „through-and-through“.
2. Přes hydrofilní vodič drát s nitinolovým jádrem v konfiguraci „through-and-through“ posuňte sheath „up-and-over“ vhodné velikosti tak, aby se špička hrotu dilatátoru sheathu dotkla hrotu předinstalovaného katetru. **(Obr. 13)**

POZNÁMKA: Posunutí můžete napomoci jemným tahem za oba konce vodičích drátů.

POZOR: Dokud předinstalovaný katetr není posunutý přes rozvětvení aorty, postupujte při manipulaci s drátem s krajní opatrností, abyste neporanili cévy.

3. Hydrofilní vodič drát v konfiguraci „through-and-through“ na obou koncích (v místě jeho výstupu z předinstalovaného katetru a sheathu „up-and-over“) zasvorkujte.
4. Sheath dále posunujte po zajištěném vodičím drátu a přitom přerušované jemně tahejte za předinstalovaný katetr tak, aby sheath a katetr prošly za rozvětvení do proximálního otvoru zařízení a vyšly přes boční větev. **(Obr. 14)**

POZNÁMKA: V závislosti na délce hrotu dilatátoru tohoto sheathu může být zapotřebí posunout sheath přes hrot dilatátoru, aby se zajistilo umístění sheathu v boční větvi.

5. Vyjměte dilatátor ze sheathu „up-and-over“.

10.7 Kanylace vnitřní kyčelní tepny

1. Hemostatický ventil sheathu „up-and-over“ proražte co nejvíce na jednu stranu a zaveďte vhodnou kombinaci vodičích drátů a katetru. **(Obr. 15)**
2. Vodič drát a katetr posuňte přes sheath „up-and-over“ do vnitřní kyčelní tepny. **(Obr. 16)**
3. Vodič drát ve vnitřní kyčelní tepně nahraďte podpůrným vodičím drátem (např. vodičím drátem Rosen nebo AES). Zajistěte stabilizaci polohy vodičích drátů ve vnitřní kyčelní tepně.

10.8 Umístění balónkem expandovatelného krytého periferního stentu

1. Vyjměte katetr ze sheathu „up-and-over“; sheath a vodič drátů přitom ponechejte na místě. Předinstalovaný balónkem expandovatelný krytý periferní stent vhodné velikosti, posuňte po podpůrném vodičím drátu až do vnitřní kyčelní tepny. **(Obr. 17)**

POZNÁMKA: V zájmu zajištění ochrany stentu při jeho zavedení přes sheath „up-and-over“ do vnitřní kyčelní tepny bude možná potřeba předinstalovat balónkem expandovatelný krytý periferní stent do dalšího sheathu. Je nutno zvolit vhodnou kombinaci sheathu, vodičích drátů a stentu tak, aby vnitřní sheath mohl projít přes sheath „up-and-over“ v sousedím uspořádání, aniž by změnil polohu drátu „through-and-through“.

2. Podle potřeby proveďte angiografickou kontrolu, abyste se ujistili, že poloha balónkem expandovatelného krytého periferního stentu vyhovuje z hlediska přesahu boční větve a zamýšleného místa fixace ve vnitřní kyčelní tepně.

POZNÁMKA: Po rozvinutí má balónkem expandovatelný krytý periferní stent překrývat endovaskulární graft Zenith Branch s iliakální bifurkací o 10-14 mm.

POZNÁMKA: Angiografii lze v této fázi výkonu provést přes sheath „up-and-over“ nebo přes katetr ve společné kyčelní tepně.

3. Vytáhněte hydrofilní vodič drát s nitinolovým jádrem v konfiguraci „through-and-through“ a předinstalovaný katetr.
4. Podle potřeby upravte polohu endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací tak, aby byl distální otvor boční větve ve vhodné poloze vůči odstupe vnitřní kyčelní tepny.

10.9 Rozvinutí distální části endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací

1. Vytahujte zavaděcí sheath iliakální bifurkace endovaskulárního graftu Zenith Branch, dokud se vnější iliakální komponenta zcela nerozvine. **(Obr. 18)**
2. Odstraňte bezpečnostní západku z černé spouště uvolňovacího drátu. Pod skioskopickou kontrolou vytáhněte a odstraňte uvolňovací drát vysunutím černé spouště uvolňovacího drátu z rukojeti a následným vyjmutím přes příslušnou šterbinu nad vnitřní kanylou. **(Obr. 19)**

POZNÁMKA: Distální stent je stále zajištěn uvolňovacím drátem.

10.10 Rozvinutí periferního balónkem expandovatelného krytého stentu

1. Povytáhněte sheath „up-and-over“ do vhodné polohy, aby se umožnilo rozvinutí balónkem expandovatelného krytého periferního stentu.
2. Rozvíňte balónkem expandovatelný krytý periferní stent a podle potřeby jej dále expandujte balónkem. **(Obr. 20)**

POZNÁMKA: Balónkem expandovatelný krytý periferní stent se musí rozvinout nejméně na 8 mm v boční větví endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací a expandovat na vhodnou velikost, aby přilehl ke stěně vnitřní kyčelní tepny.

POZNÁMKA: Balónkem expandovatelný krytý periferní stent má překrývat boční větev endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací minimálně o 10 mm (nejdále má zasahovat ke druhé značce na distálním konci boční větve); místo distální fixace je ve vzdálenosti nejméně 10 mm (nejlépe 20-30 mm) uvnitř vnitřní kyčelní tepny.

POZNÁMKA: V této fázi ještě nevytahujte balónek ze segmentu boční větve endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliakální bifurkací.

3. Odstraňte bezpečnostní západku bílé spouště uvolňovacího drátu. Pod skioskopickou kontrolou vytáhněte a odstraňte uvolňovací drát vysunutím bílé spouště uvolňovacího drátu z rukojeti a následným vyjmutím přes příslušnou šterbinu nad vnitřní kanylou. **(Obr. 21)**
4. Opět naplňte balónek v segmentu boční větve, aby se zařízení stabilizovalo, a vytáhněte zavaděcí systém přes do zavaděcího sheathu.

POZOR: Při vytahování zaváděcího systému a při posouvání jiných komponent přes tento systém dávejte pozor, abyste endovaskulární graft Zenith Branch s iliační bifurkací neposunuli ani nepoškodili.

POZNÁMKA: Ujistěte se, že vodič drát zůstává ve vhodné poloze, aby se přes něj mohl protáhnout graft Zenith AAA.

5. Pokračujte v rozvíjení bifurkovaného graftu Zenith podle pokynů v příslušném návodu k použití.
6. Vytáhněte vodič drát a sheath „up-and-over“ do protilehlé společné kyčelní tepny.

10.11 Rozvinutí graftu Zenith AAA a iliačního ramene graftu

1. Přes přístup do kyčelní tepny na straně protilehlé ke straně endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliační bifurkací zaveďte katetr a tuhý vodič drát (AUS nebo LES) standardní, o průměru 0,035 inč (0,89 mm) a délce 260 cm.
2. Odstraňte stávající sheathy a katetry a zaveďte a rozvíňte hlavní tělo bifurkovaného graftu Zenith podle standardního protokolu Zenith (viz návod k použití příslušného graftu Zenith).
3. Skrz endovaskulární graft Zenith Branch s iliační bifurkací proveďte kanyla krátké (kontralaterální) větve bifurkovaného graftu Zenith.
4. Rozvíňte iliační rameno (např. TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX) vhodné délky skrz endovaskulární graft Zenith Branch s iliační bifurkací, aby bylo dosaženo doporučeného překrytí, jak je vyobrazeno níže.

Doporučené překrytí iliačního ramene graftu Zenith spojující kontralaterální větve bifurkovaného Zenith k endovaskulárnímu graftu Zenith Branch s iliační bifurkací

Přesah do kontralaterální větve bifurkovaného graftu Zenith	Min. 1 ¼ stentu
	Max. 1 ¾ stentu
Přesah do těla endovaskulárního graftu Zenith Branch	Min. 1 ½ stentu
	Max. po druhou značku na proximálním konci zařízení

5. Pokračujte v rozvíjení bifurkovaného graftu Zenith podle pokynů v příslušném návodu k použití.

10.12 Zavedení tvarovacího balóнку

POZNÁMKA: Před použitím tvarovacího balóнку pečlivě odstraňte všechna pomocná zařízení.

1. Pro bifurkovaný graft Zenith použijte tvarovací balónek podle pokynů v příslušném návodu k použití.
2. Postup použití tvarovacího balóнку u endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliační bifurkací:
 - Lumen vodič drátu propláchněte heparinizovaným fyziologickým roztokem.
 - Odstraňte z balóнку všechn vzduch.
3. Během přípravy k zavedení tvarovacího balóнку otevřete hemostatický ventil Captor otočením proti směru hodinových ručiček.
4. Posuňte tvarovací balónek po tuhém vodič drátu a skrz hemostatický ventil Captor zaváděcího systému endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliační bifurkací k překrytí mezi společným iliačním segmentem endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliační bifurkací a iliačních ramen graftu Zenith* (např. TFLE, ZSLE, ZISL) a expandujte.

POZOR: Před repozicí zkontrolujte, zda je balónek úplně vyprázdněný.

POZOR: Hemostatický ventil Captor se musí před repozicí tvarovacího balóнку otevřít.

POZNÁMKA: Při expanzi balóнку v blízkosti rozvětvení endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliační bifurkací zajistěte, aby balónek nepřekrýval rozvětvení.

11 POKYNY PRO SNÍMKOVÁNÍ A POOPERAČNÍ KONTROLU

Požadavky na zobrazovací vyšetření a pooperační kontroly viz **tabulka 11**.

Tabulka 11 Harmonogram snímkování

	Před operací	Při operaci	Po operaci	Po 30 dnech	Po 6 měsících	Po 12 měsících	Po 24 měsících
CT	X		X ¹	X	X	X	X
Urologické vyšetření (RTG v poloze na zádech, ledviny, uretery a močový měchýř)			X	X	X	X	X
Angiografie	X	X					

¹U pacientů se selháváním ledvin nebo u těch, kteří nejsou schopni podstoupit kontrastní vyšetření CT, lze použít duplexní ultrasonografii.

POZNÁMKA: Balónek neexpandujte v blízkosti boční větve, abyste zamezili možnosti narušení stentu expandovatelného balóńkem.

5. Tvarovací balónek posuňte na místo distální fixace endovaskulárního graftu Zenith Branch s iliační bifurkací a expandujte jej.

POZOR: Balónek nenaplňujte v cévě, pokud není uvnitř graftu.

6. Vyměňte tvarovací balónek a nahradte jej angiografickým katetrem k provedení závěrečných angiogramů.
7. Vyměňte všechny tuhé vodič dráty nebo je nahradte tak, aby se kyčelní tepny mohly vrátit do přirozené polohy.

10.13 Závěrečný angiogram

1. Angiografický katetr umístěte těsně nad úroveň rozvětvení aorty. Angiograficky potvrďte průchodnost společné kyčelní tepny a odpovídajících vnitřních kyčelních tepen a nepřítomnost endoleaků.
2. Potvrďte nepřítomnost endoleaků a smyček. Vyměňte sheathy, dráty a katetry.

POZNÁMKA: Pokud zjistíte endoleaky nebo jiné problémy, které vyžadují intervenci, zvažte možnost použití dalších pomocných komponent Zenith AAA.

3. Sešijte cévy a uzavřete pole standardními chirurgickými technikami.

DANSK

ZENITH® BRANCH ENDOVASKULÆR PROTESE-ILIACA BIFURKATION MED H&L-B ONE-SHOT™ INDFØRINGSSYSTEM

Læs alle instruktioner omhyggeligt. Hvis instruktionerne, advarslerne og forholdsreglerne ikke følges nøje, kan det få alvorlige konsekvenser eller medføre personskade på patienten.

Vedrørende oplysninger om andre Zenith komponenter henvises der til den relevante brugsanvisning.

1 PRODUKTBESKRIVELSE

1.1 Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation

Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation er en karprotese med bifurkerede grene med åbninger til at forbinde iliaca communis, sidegren og eksterne iliaca segmenter. (Figur 1)

Protesen er konstrueret af et vævet polyesterstof i fuld tykkelse, der er syet på de selvekspanderende Cook-Z® stents i rustfrit stål og nitinol med sutur af flettet polyester og monofilament polypropylen. Protesen er fuldt stentet for at give stabilitet og den nødvendige ekspansionskraft til at åbne proteselumen under anlæggelsen. Nitinolringene, der er positioneret ved den proksimale ende af protesens og inden for sidegrenen, hjælper til med at holde lumen åben under adgang. Derudover giver Cook-Z stents den nødvendige forsegling af protesen til karvæggen.

For at lette visualisering af stentprotesen vha. gennemlysning, sidder der fire røntgenfaste guldmærker langs den indvendige iliaca side af den proksimale del af protesen, for at vise sidegrensegmentets position.

Yderligere komponenter såsom iliaca-benproteser (f.eks. TFLE, ZSLE, ZISL) og ballon-ekspanderbare dækkede perifer stent er påkrævede. Hvert enkelt produkt har sit eget separate fremføringssystem. Der henvises til den relevante brugsanvisning.

1.2 Fremføringssystem for Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation

Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation leveres forudladet på H&L-B One-Shot indføringssystemet. (Figur 2) Den er udstyret med en sekventiel anlægelsesmetode med indbyggede funktioner til at give kontinuerlig kontrol over den endovaskulære protese under hele anlægelsesproceduren.

Protesens proksimale ende er fastgjort til fremføringssystemet med to udløser-wirer af nitinol. Protesens distale ende er også fastgjort til fremføringssystemet og fastholdt af en uafhængig udløser-wire af rustfrit stål. H&L-B One-Shot indføringssystem muliggør præcis positionering og tillader omjustering af den endelige proteposition inden fuld anlæggelse af protesen. Fremføringssystemet bruger et 20 Fr (6,7 mm indvendig diameter) H&L-B One-Shot indføringssystem, som inkluderer både et forudladet kateter, som bruges til at lette kanylering af sidegrenen, og en kateterleder, som bruges til at sikre, at katetrets lumen bibeholdes under lading og forsendelse. Alle systemer er kompatible med en 0,035 inch (0,89 mm) kateterleder. Captor hæmostaseventil kan åbnes eller lukkes for at opnå yderligere hæmostase ved indføringen og/eller fjernelsen af hjælpeprodukter ind i og ud af sheathen.

Fremføringssystemet til Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation har en Flexor® indføringsheath, som modstår knæddannelse, og har en hydrofil coating. Begge funktioner har til hensigt at øge sporbarheden i aa. iliacae og aorta abdominalis. Desuden er det forudladede kateter buet, så det øger kateterlederens positioneringsevne under løkkedannelsen.

1.3 Yderligere komponenter

Yderligere komponenter (iliaca-benprotese, ballon-ekspanderbar, dækket perifer stent) er ligeledes obligatoriske.

Der forefindes Zenith iliaca-benproteser (f.eks. TFLE, ZSLE, ZISL) udført i de samme materialer, som er anvendt til udførelsen af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationen. Med hensyn til instruktioner vedrørende anlæggelse henvises der for alle Zenith iliaca-benproteser og fremføringssystemer til de respektive brugsanvisninger. Iliaca communis-delen af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationen, der er placeret i a. iliaca communis, vil blive forbundet til den korte (kontralaterale) kant af en Zenith todelst protese (f.eks. Zenith AAA endovaskulær protese) vha. et standard iliaca-ben af passende længde og med en distal diameter på 16 mm (f.eks. TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX).

En ballon-ekspanderbar, dækket perifer stent bliver anlagt inden i sidegrensegmentet og den vil strække sig ind i a. iliaca interna. Der henvises til brugsanvisningen for dette produkt vedr. anlægelsesanvisninger.

2 INDIKATIONER

Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation med H&L-B One-Shot indføringssystem er indiceret til endovaskulær behandling af patienter med et aortiliaca eller iliaca aneurisme, et insufficiant distalt forseglingsssted inden i a. iliaca communis, og som har en morfologi, der egner sig til vaskulær reparation, indbefattet:

- Tilstrækkelig adgang gennem iliaca/femoralis, der er kompatibel med et 20 Fr (7,7 mm udvendig diameter) indføringssystem.
- Ekstern a. iliaca fikseringssegment uden aneurisme beliggende distalt for aneurismet:
 - med en længde på mindst 20 mm,
 - med en diameter målt ydre væg til ydre væg på højst 11 mm og mindst 8 mm.
- Intern a. iliaca segment uden aneurisme beliggende distalt for aneurismet:
 - med en længde på mindst 10 mm (hvor 20-30 mm foretrækkes),
 - med en diameter, der er acceptabel til ordentlig forsegling.

3 KONTRAINDIKATIONER

Der er ingen kendte kontraindikationer for disse produkter.

4 ADVARSLER OG FORHOLDSREGLER

4.1 Generelle

- Læs alle instruktioner omhyggeligt. Hvis instruktionerne, advarslerne og forholdsreglerne ikke følges nøje, kan det få alvorlige konsekvenser eller medføre personskade på patienten.
- Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation med H&L-B One-Shot indføringssystem bør kun bruges af læger og teams, som er uddannet i vaskulær interventionsteknik og i brugen af dette produkt.
- Manglende CT-scanning uden kontrast kan resultere i, at forkalkning af iliaca eller aorta ikke kan vurderes, hvilket kan udelukke adgang eller pålidelig fiksering og forsegling af produktet.
- En rekonstruktionstykkel ved gennemlysning for proceduren på > 3 mm kan resultere i suboptimal størrelsesbestemmelse af produktet eller i manglende vurdering af fokal stenose fra CT-scanning.
- Endovaskulære protesers funktion og sikkerhed på langt sigt er endnu ikke fastlagt. Alle patienter skal gøres opmærksom på, at endovaskulær

behandling kræver regelmæssig opfølgning resten af deres liv til bedømmelse af deres helbredstilstand og af deres endovaskulære protese. Patienter med særlige kliniske fund (f.eks. endolækager, aneurismer, der forstørres, eller ændringer i den endovaskulære protesens struktur eller position) bør følges nøje. Specifikke retningslinjer for opfølgning beskrives i **Afsnit 11, Retningslinjer for billeddiagnostik og postoperativ opfølgning**.

- Efter placering af en endovaskulær protese bør patienter monitoreres regelmæssigt for periproteseeflow, aneurismevækst eller ændringer i den endovaskulære protesens struktur eller position. Som et minimum kræves der årlig billeddiagnostik, herunder:
 - 1) abdominale røntgenbilleder for at undersøge produktets integritet (adskillelse mellem komponenter eller stentbrud) og 2) CT-scanning med og uden kontrast for at undersøge aneurismeændringer, periproteseeflow, åbenhed, snirklethed og fremskreden sygdom.Hvis nyrekompikationer eller andre faktorer udelukker brugen af billedkontraststoffer, kan røntgenbilleder af abdomen og duplex-ultralydsscanning give lignende information.
- Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation med H&L-B One-Shot indføringssystem kan ikke anbefales til patienter, der ikke er i stand til at gennemgå, eller som ikke vil udvise komplans for de nødvendige præoperative og postoperative billedoptagelser og implantationsundersøgelser iflg. beskrivelsen i **Afsnit 11, Retningslinjer for billeddiagnostik og postoperativ opfølgning**.
- Intervention eller konvertering til almindelig åben kirurgisk reparation efter initial endovaskulær reparation bør overvejes for patienter med aneurismer, der forstørres, uacceptabelt fald i fikseringslængde (overlappning af kar og komponent) og/eller endolækage. En stigning i aneurismestørrelse og/eller en persistierende endolækage kan medføre ruptur af aneurismet.
- Det kan være nødvendigt for patienter, der oplever reduceret blodflow gennem proteselumen og/eller lækager, at gennemgå sekundære interventioner eller kirurgiske procedurer.
- Der skal altid være et karkirurgisk team til rådighed under implantations- eller reinterventionsprocedurer i tilfælde af, at det bliver nødvendigt at konvertere til åben kirurgisk reparation.
- Implantation af en endovaskulær stent er en kirurgisk procedure, og der kan af forskellige årsager forekomme blodtab, som i sjældne tilfælde kræver intervention (inklusive transfusion) for at forhindre negative resultater. Det er vigtigt at overvåge blodtab fra hæmostaseventilen under hele proceduren, men det er særligt relevant under og efter manipulering af den grå positioneringsanordning. Hvis der er overdrevent blodtab, efter den grå positioneringsanordning er blevet fjernet, skal det overvejes at anlægge en ikke-inflateret formingsballon eller en dilatator til indføringssystemet inden i ventilen, så flowet begrænses.

4.2 Patientudvælgelse, behandling og opfølgning

- Diameteren på adgangsårret (målt indre væg til indre væg) og morfologi (minimal snirklethed, okklusiv sygdom og/eller forkalkning) skal være kompatibel med vaskulære adgangsteknikker og fremføringssystemer med den samme diameter som en 20 Fr (7,7 mm udvendig diameter) vaskulær indføringsheath. Kar, der er signifikant forkalkede, okklusive, snirklede eller foret med vægtrømbler, kan udelukke placering af den endovaskulære protese og/eller kan øge risikoen for embolisering.
- Vigtige anatomiske elementer, som kan påvirke vellykket udelukkelse af aneurismet, omfatter snirklethed af et eller alle involverede kar, for små eller for store aa. iliacae, periferisk trombe, aneurisme i a. iliaca externa og/eller interna, og/eller forkalkning af arterieimplantationssteder. Uregelmæssig forkalkning og/eller plaque kan kompromittere fikseringen og forseglingen af implantationsstederne, samt evnen til at fremføre indføringssystemerne.
- Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation med H&L-B One-Shot indføringssystem kan ikke anbefales til patienter, der ikke tåler de kontraststoffer, der er nødvendige ved intraoperativ og postoperativ opfølgningsbilleddiagnostik.
- Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation med H&L-B One-Shot indføringssystem kan ikke anbefales til patienter, der overstiger grænserne for vægt og/eller størrelse, der kompromitterer eller forhindrer de nødvendige billeddiagnostiske krav.
- Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation med H&L-B One-Shot indføringssystem kan ikke anbefales til patienter med kendt overfølsomhed eller allergier overfor rustfrit stål, polyester, nitinol (nikkel, titan), loddemetal (tin, sølv), polypropylen eller guld.
- Patienter med en systemisk infektion kan have øget risiko for endovaskulær proteinfektion.
- Manglende evne til at opretholde åbenhed i mindst én a. iliaca kan øge risikoen for bækken-/tarmiskæmi.

4.3 Implantationsprocedure

- Der skal anvendes systemisk antikoagulation under implantationsproceduren på grundlag af hospitalets og lægens foretrukne protokol. Hvis heparin er kontraindiceret, bør det overvejes at bruge en alternativ antikoagulant.
- Minimér håndteringen af den sammenfoldede endoprotese under klargøringen og indføringen for at nedsætte risikoen for kontaminering og infektion af endoprotosen.
- For at aktivere den hydrofile coating på ydersiden af Flexor indføringsheath skal overfladen atføres med 10 x 10 cm gazekompresser gennemvædet med saltvandsopløsning. Hold altid sheathen hydreret for optimal funktion.
- Oprethold kateterlederens position under indføring af fremføringssystemet.
- Fremføringssystemet må ikke bøjes eller knækkes. Dette vil kunne beskadige fremføringssystemet og Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation.
- Gennemlysning bør anvendes under indføring og anlæggelse for at bekræfte korrekt funktion af fremføringssystemets komponenter, korrekt placering af protesens og det ønskede proceduremæssige resultat.
- Det er nødvendigt at administrere intravaskulær kontrast ved brugen af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation med H&L-B One-Shot indføringssystem. Patienter med prækisterende nyreinsufficiens kan have en øget risiko for postoperativ nyresvigt. Det skal tilstræbes at begrænse mængden af kontraststof anvendt under proceduren.
- Alle komponenter i systemet skal drejes samtidig (fra ydre sheath til indre kanyler) for at undgå snoninger i den endovaskulære protese under drejning af fremføringssystemet.
- Uøjagtig placering og/eller ufuldstændig forsegling af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation inden i årret eller med yderligere komponenter kan medføre øget risiko for endolækage, migration eller utilsigtet okklusion af a. iliaca interna.
- Utilstrækkelig fiksering af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation kan medføre øget risiko for migration. Forkert anlæggelse eller migration af endoprotosen kan kræve kirurgisk intervention.
- Fortsæt ikke med at fremføre nogen del af fremføringssystemet, hvis der mærkes modstand under fremføringen af kateterlederen eller fremføringssystemet. Stop og vurder årsagen til modstanden. Der kan ske skade på kar eller kateter. Udvis særlig forsigtighed i områder med stenoser, intravaskulær trombose eller i forkalkede eller snirklede kar.
- Vær forsigtig ved manipulering af katetter, kateterledere og sheaths i et aneurisme. Signifikante forstyrrelser kan løse trombefragmenter, hvilket kan forårsage distal embolisering.

- Den ballon-ekspanderbare, dækkede perifere stent skal have en passende diameter til at forsegle med både sidegrenssegmentet og a. iliaca interna, og en tilstrækkelig længde til at overlape 10-14 mm med sidegrenssegmentet og 10 mm (hvor 20-30 mm foretrækkes) med det distale fikseringssted i a. iliaca interna.
- Vær forsigtig med ikke at beskadige tidligere anbragte proteser eller forstyrre protesepositionen i tilfælde af, at yderligere brug af kirurgiske instrumenter er nødvendig i proteseområdet.

Brug af formningsballon

- Bekræft, at ballonen er helt tørt inden oplacering.
- Udspil ikke ballonen i et kar uden for protesen.
- For at opnå yderligere hæmostasekontrol kan Captor hæmostaseventil løsnes eller strammes for at imødekomme indføring og senere tilbageretning af en formningsballon.

4.4 Sikkerhed og kompatibilitet ved MR-scanning

Ikke-klinisk afprøvning har påvist, at Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation, der anvendes sammen med en ballon-ekspanderbar dækket stent, er MR Conditional (betinget MR-sikker) i henhold til ASTM F2503. En patient med dette produkt kan scannes sikkert efter anlæggelse under følgende forhold.

- Kun statisk magnetfelt på 3,0 Tesla eller 1,5 Tesla
- Maksimal rumlig magnetfelt gradient på 720 Gauss/cm (7,2 T/m) eller mindre
- MR-system-rapporteret maksimal gennemsnitlig specifik absorptionsrate (SAR) for hele kroppen på $\leq 2,0$ W/kg (normal driftsfunktion)

Under de ovenfor nævnte scanningsforhold forventes en Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation anvendt sammen med en ballon-ekspanderbar dækket stent som fundet under ikke-kliniske tests ved brug af en gradient ekko-pulsskvens og et 3,0 Tesla MR-system. Billedartefaktet skjuler produktets lumen.

BEMÆRK: Ved anvendelse af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation bør den kliniske fordel ved MR-scanningen opvejes mod den potentielle risiko ved proceduren.

5 MULIGE UØNSKEDE HÆNDELSER

Uønskede hændelser, der kan forekomme og/eller kræve indgriben inkluderer, men er ikke begrænset til:

- Amputation
- Aneurismedeforøgelse
- Aneurismeruptur og død
- Anæstetiske komplikationer og efterfølgende ledsagende problemer (f.eks. aspiration)
- Aortaskade, herunder perforation, dissektion, blødning, ruptur og død
- Arterie- eller venetrombose og/eller pseudoaneurisme
- Arteriovenøs fistel
- Blødning, hæmatom eller koagulopati
- Claudicatio (f.eks. balde, nedre ekstremitet)
- Død
- Embolisering (mikro og makro) med transitorisk eller permanent iskæmi eller infarkt
- Endolækage
- Endoprotese: forkert anbringelse af komponent; ufuldstændig anlæggelse af komponent; komponentmigration; suturbrud; okklusion; infektion; stentbrud; slid på protesematerialet; dilatation; erosion; punktur; periprotesefflow og korrosion
- Feber og lokaliseret inflammation
- Impotens
- Infektion af aneurismet, produktet eller adgangsstedet, herunder abscesdannelse, transitorisk feber og smerte
- Kardielle komplikationer og efterfølgende ledsagende problemer (f.eks. arytmi, myokardieinfarkt, hjertesvigt, hypotension, hypertension)
- Karskade
- Karspasme eller kartraume (f.eks. iliofemoral kardiasektion, blødning, ruptur, død)
- Kirurgisk konvertering til åben reparation
- Komplikationer ved vaskulært adgangssted, herunder infektion, smerte, hæmatom, pseudoaneurisme, arteriovenøs fistel
- Leversvigt
- Lymfatiske komplikationer og efterfølgende ledsagende problemer (f.eks. lymfefistel)
- Neurologiske lokale eller systemiske komplikationer og efterfølgende ledsagende problemer (f.eks. slagtilfælde, transitorisk iskæmisk attack (TIA), paraplegi, paraparese, paralyse)
- Nyrerekompikationer og efterfølgende ledsagende problemer (f.eks. arterieokklusion, kontrasttoksicitet, insufficiens, svigt)
- Okklusion af protese eller nativt kar
- Pulmonale/respirationskomplikationer og efterfølgende ledsagende problemer (f.eks. pneumoni, respirationssvigt af langvarig intubation)
- Sårkomplikationer og efterfølgende ledsagende problemer (f.eks. sårruptur, infektion)
- Tarmkomplikationer (f.eks. ileus, transitorisk iskæmi, infarkt, nekrose)
- Urogenitale komplikationer og efterfølgende ledsagende problemer (f.eks. iskæmi, erosion, fistel, inkontinens, hæmaturi, infektion)
- Ødem

6 PATIENTUDVÆLGELSE OG BEHANDLING

(Se Afsnit 4, Advarsler og forholdsregler)

6.1 Individualisering af behandling

Cook anbefaler, at Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation komponentens diameter vælges iflg. Tabel 8.1. Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation enhedens længde vælges almindeligvis, så den rækker fra den proksimale del af a. iliaca communis til a. iliaca externa. Alle de nødvendige længder og diameter af produktet til at gennemføre proceduren skal være tilgængelige for lægen, især når de præ-operative planlægningsmål til tilfældet (behandlingsdiameter/længde) ikke er sikre. Denne fremgangsmåde giver større intraoperativ fleksibilitet til at opnå optimale resultater af proceduren. De mulige risici beskrevet i **Afsnit 5, Mulige uønskede hændelser** bør også tages omhyggeligt i betragtning for hver patient inden brug af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation. Yderligere betragtninger vedr. valg af patienter omfatter, men er ikke begrænset til:

- Patientens alder og forventede levealder.
- Komorbiditeter (f.eks. hjerte-, lunge- eller nyreinsufficiens inden operationen, morbid obesitas).
- Patientens egnethed til åben kirurgisk reparation.
- Patientens anatomiske egnethed til endovaskulær reparation.
- Risikoen for aneurismeruptur sammenlignet med risikoen ved behandling med Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation.
- Evne til at tolerere generel-, regional- eller lokalanæstesi.
- Størrelse og morfologi af iliofemoral adgangskar (minimal trombe, forkalkning og/eller snirklethed) skal være kompatibel med vaskulære adgangsteknikker og tilbehør med den samme diameter som en 12 Fr (4,7 mm udvendig diameter) til en 20 Fr (7,7 mm udvendig diameter) vaskulær indføringsheath.
- Ekstern a. iliaca fikseringssegment uden aneurisme beliggende distalt for aneurismet:
 - med en længde på mindst 20 mm,
 - med en diameter målt ydre væg til ydre væg på højst 11 mm og mindst 8 mm.
- Intern a. iliaca segment uden aneurisme beliggende distalt for aneurismet:
 - med en længde på mindst 10 mm (hvor 20-30 mm foretrækkes),
 - med en diameter, der er acceptabel til ordentlig forsegling.
- Ingen signifikant okklusiv sygdom i a. femoralis/a. iliaca som ville hæmme flowet gennem den endovaskulære protese.

Den endelige behandlingsbeslutning tages af lægen og patienten.

7 PATIENTRÅDGIVNINGSPERFORMANCE

Lægen og patienten (og/eller familiemedlemmer) skal gennemgå risici og fordele under samtalen om dette endovaskulære produkt og procedure, herunder:

- Risici og forskelle mellem endovaskulær reparation og kirurgisk reparation.
- Potentielle fordele ved traditionel åben kirurgi.
- Potentielle fordele ved endovaskulær reparation.
- Potentielle fordele ved alternative endovaskulære procedurer.
- Muligheden for, at efterfølgende interventionel eller åben kirurgisk reparation af aneurismet kan være påkrævet efter initial endovaskulær reparation.

Ud over risiciene og fordelene ved en endovaskulær reparation skal lægen vurdere patientens tilsagn og samarbejdsvilje vedrørende postoperativ opfølgning efter behov. Herunder angives yderligere emner, der bør diskuteres med patienten med hensyn til forventningerne efter en endovaskulær reparation:

- Endovaskulære protesers funktion og sikkerhed på langt sigt er endnu ikke fastlagt. Alle patienter skal gøres opmærksom på, at endovaskulær behandling kræver regelmæssig opfølgning resten af deres liv til bedømmelse af deres helbredsstatus og af deres endovaskulære protese. Patienter med specifikke kliniske fund (f.eks. endolækager, aneurismer, der forstørres, eller ændringer i strukturen eller positionen af den endovaskulære protese) skal have mere intensiv opfølgning. Specifikke retningslinjer for opfølgning beskrives i **Afsnit 11, Retningslinjer for billeddiagnostik og postoperativ opfølgning**.

8 LEVERING

Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation leveres steril (100 % ethylenoxid) og samlet i en peel-open pakning.

Denne protese er kun beregnet til engangsbrug. Ingen del af denne protese må genbruges, genbehandles eller resteriliseres. Genbrug, genbehandling eller resterilisering kan kompromittere protesens strukturelle integritet og/eller medføre produktsvigt, hvilket kan resultere i patientskade, sygdom eller død. Genbrug, genbehandling eller resterilisering kan også skabe risiko for kontamination af protesen og/eller forårsage infektion hos patienten eller krydsinfektion, inklusive men ikke begrænset til overførelse af smitsom(me) sygdom(me) blandt patienter. Kontamination af protesen kan medføre skade, sygdom eller død for patienten. Se produktet og emballagen efter for at verificere, at de ikke er blevet beskadiget under transporten. Dette produkt må ikke anvendes, hvis der er sket beskadigelse, eller hvis steriliseringsbarrieren er beskadiget eller brudt. Hvis der er indtruffet beskadigelse, må produktet ikke anvendes, det skal sendes tilbage til Cook.

Inden brug skal det verificeres, at de korrekte produkter (antal og størrelse) er blevet leveret til patienten ved at sammenligne produktet med lægens ordination for den pågældende patient. Produktet må ikke anvendes efter udløbsdatoen på etiketten er overskredet. Opbevares på et køligt og tørt sted.

Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation sættes ind i en 20 Fr Flexor indføringsheath. Sheathens overflade er behandlet med en hydrofil coating der, når den aktiveres, forbedrer sporbareheden. Den hydrofile coating aktiveres ved at ættere overfladen med 10 x 10 cm gaze-komprimer, der er opblødt i saltvand.

Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation og fremføringssystemerne er tilgængelige i følgende længder og diameter:

Bestillingsnummer ¹	Proksimal diameter	Distal diameter	Tabel 8.1 Branch proteser-iliaca bifurkation			Længde af iliaca-segment		Protese-længde i alt
			Sidegrens diameter ²	French størrelse	Indføringsheath (I.D./U.D.)	Communis	Ekstern	
ZBIS-10-45-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm
ZBIS-10-61-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm
ZBIS-10-45-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm
ZBIS-10-61-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm
ZBIS-12-45-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm
ZBIS-12-61-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm
ZBIS-12-45-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm
ZBIS-12-61-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm

¹ZBIS-XX-YY-ZZ er iliaca bifurkationsprotesen, hvor XX er distal diameter, YY er segmentlængden af iliaca communis (længden fra den proksimale proteseant til spidsen af sidegrenen), og ZZ er segmentlængden af a. iliaca externa (længden fra spidsen af sidegrenen til protesens distale kant).

²Sidegrenen indeholder en nitinol z-stent med 6 mm diameter, men den skal udvides til 8 mm under anlæggelsen af den ballon-ekspanderbare, dækkede perifere stent.

Zenith iliaca-ben og fremføringssystemer til brug med Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation leveres i følgende længder og diameter:

Bestillingsnummer ¹	Iliaca bendiameter	Tabel 8.2 Iliaca-ben		Arbejdslængde af iliaca-ben ²
		Indføringsheath (I.D./U.D.)	French størrelse	
TFLE-16-YY	16 mm	14 Fr (4,7 mm / 5,4 mm)		37, 54, 71, 88 mm
ZSLE-16-YY-ZT	16 mm	14 Fr (4,7 mm / 5,4 mm)		39, 56, 74, 90 mm
ZISL-16-YY	16 mm	12 Fr (4,0 mm / 4,7 mm)		42, 59, 77, 93 mm

¹Eksempel: TFLE-XX-YY er iliaca-benet, hvor XX er diameteren, og YY er iliaca-benets arbejdslængde.

²Samlet benlængde = arbejdslængde + 22 mm sammenkoblingsstent (til TFLE og ZSLE) og 29,1 mm sammenkoblingsstents (til ZISL).

9 INFORMATION OM KLINISK ANVENDELSE

9.1 Lægeuddannelse

FORSIGTIG: Der skal altid være et karkirurgisk team til rådighed under implantations- eller reinterventionsprocedurer i tilfælde af, at det bliver nødvendigt at konvertere til åben kirurgisk reparation.

FORSIGTIG: Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation med H&L-B One-Shotindføringssystem må kun bruges af læger og teams, som er uddannet i vaskulære interventionsteknikker, har generel uddannelse i Zenith og uddannelse mht. brugen af produktet. De anbefalede krav til dygtighed/viden for læger, der bruger Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation med H&L-B One-Shot indføringssystem, angives nærmere herunder:

Patientudvælgelse:

- Viden om abdominale aortaaneurismers (AAA) spontanforløb og komorbiditeter associeret med reparation af AAA.
- Viden om tolkning af røntgenbilleder, produktudvælgelse og størrelsesbestemmelse.

Et multi-disciplinært team, der har kombineret proceduremæssig erfaring med:

- Frilægning af a. femoralis, arteriotomi og reparation
- Perkutane adgangs- og lukketeknikker
- Nonselektive og selektive kateterledere- og kateterteknikker
- Tolkning af gennemlysning og angiografi
- Embolisering
- Angioplastik
- Anlæggelse af endovaskulær stent
- Slyngeteknikker
- Hensigtsmæssig brug af røntgenkontraststof
- Teknikker til at minimere røntgeneksponering
- Ekspertise i nødvendige patientopfølgingsmodaliteter

9.2 Inspektion inden brug

Se produktet og emballagen efter for at verificere, at de ikke er blevet beskadiget under transporten. Dette produkt må ikke anvendes, hvis der er sket beskadigelse, eller hvis steriliseringsbarrieren er beskadiget eller brudt. Hvis der er indtruffet beskadigelse, må produktet ikke anvendes, det skal sendes tilbage til COOK. Inden brug skal det verificeres, at de korrekte produkter (antal og størrelse) er blevet leveret til patienten ved at sammenligne produktet med lægens ordination for den pågældende patient.

9.3 Nødvendige materialer

(Ikke vedlagt iliaca bifurkeret system)

- Zenith iliaca-benprotese (f.eks. TFLE-16-(37,54,71,88), ZSLE-16-(39,56,74,90)-ZT, ZISL-16-(42,59,77,93))
- Zenith todelt protese (f.eks. Zenith AAA endovaskulær protese)
- Zenith AAA tilbehørskit
- Fluoroskop med digitale angiografifunktioner (C-arm eller fikseret apparat)

Tabel 9.5.1 Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkations vejledning i størrelsesbestemmelse af diameter* (Eksterne iliaca-segment)

Tilsigtet iliaca externa kar, diameter ^{1,2}	Branch eksternt iliaca-ben, diameter ³	Indføringsheath (I.D./U.D.)	
		French størrelse	
8 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
9 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
10 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
11 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)

¹Maksimum diameter langs det distale fikseringssted.

²Rund den målte iliaca-diameter op til nærmeste mm.

³Yderligere betragtninger kan få indflydelse på diametervalg.

*Alle dimensioner er nominale.

Diameteren på iliaca-benprotesen (f.eks. TFLE, ZSLE, ZISL), der benyttes til at forbinde en Zenith AAA protese med Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationen, vil være 16 mm.

Den ballon-ekspanderbare, dækkede perifer stent skal udvides til 8 mm i sidegrenen af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation, men skal være størrelsesbestemt til a. iliaca interna iflg. producentens anvisninger.

10 VEJLEDNING

Dette forslag til brugsanvisning skal gennemgås inden brugen af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation med H&L-B One-Shot indføringssystem. Følgende instruktioner indeholder en grundlæggende vejledning for anlæggelse af produktet. Det kan være nødvendigt at variere følgende procedure. Disse instruktioner er tænkt som en vejledning til lægen og træder ikke i stedet for lægens skøn.

Generel information om anvendelse

Der skal anvendes standard teknikker til placering af arterielle adgangsheaths, styrekatetre, angiografikatetre og kateterledere ved brug af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation med H&L-B One-Shot indføringssystem. Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation med H&L-B One-Shot indføringssystem er kompatibel med kateterledere med 0,035 inch (0,89 mm) diameter.

Generel anlæggelsesinformation

Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation er beregnet til at placeres via a. femoralis communis på siden af det aneurisme i a. iliaca communis, som skal behandles. Der indføres en Zenith AAA protese på siden over for Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation.

Den foreslåede rækkefølge for placering af de forskellige komponenter er:

1. Anlæggelse af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation, herunder placering af den ballon-ekspanderbare, dækkede perifer stent (gennem a. iliaca) ind i a. iliaca interna.
2. Anlæggelse af Zenith AAA protesen (indført gennem den modsatte a. iliaca).
3. Anlæggelse af en Zenith iliaca-benprotese (f.eks. TFLE, ZSLE, ZISL) via adgangsstedet ved Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationen i den abdominale protesens kontralaterale (dvs. korte)

- Kontraststof
- Sprøjte
- Hepariniseret saltvandsopløsning
- Ballon-ekspanderbar, dækket perifer stent
- Balloner af passende størrelser

9.4 Anbefalede materialer

(Ikke vedlagt iliaca bifurkeret system)

Følgende produkter anbefales:

Kateterledere

- 0,035 inch (0,89 mm) ekstrativ kateterleder, 260 cm; f.eks.:
 - Cook Lunderquist ekstrastive kateterledere (LES)
 - Cook Amplatz ultrastive kateterledere (AUS2)
- 0,035 inch (0,89 mm) standard kateterleder; f.eks.:
 - Cook 0,035 inch (0,89 mm) kateterledere
- 0,018 inch (0,46 mm) hydrofil kateterleder;
- 0,035 inch (0,89 mm) hydrofil kateterleder, 260 cm; f.eks.:
 - Cook Nimble™ kateterledere
- 0,035 inch (0,89 mm) udskiftningskateterleder, 260 cm; f.eks.:
 - Cook Roadrunner® PC kateterleder
 - Cook Amplatz ekstrativ kateterleder (AES)
 - Cook Rosen kateterleder

Formningsballoner

- Cook CODA® ballonkateter (32 mm)

Indføringsæt (7 Fr [2,3 mm indvendig diameter], 8 Fr [2,7 mm indvendig diameter], 10 Fr [3,3 mm indvendig diameter] og 12 Fr [4,0 mm indvendig diameter])

- Cook Check-Flo® indføringssæt
- Cook Flexor Check-Flo indførere
- Cook Flexor Check-Flo indførere - Raabe modifikation
- Cook ekstrator Check-Flo indføringssæt
- Cook Flexor Balkin Up & Over® kontralaterale indførere
- Cook Flexor styresheaths

Katetre

- Størrelsesbestemmende katetre, for eksempel:
 - Cook Auros® centimeterstørrelsesbestemmende katetre
- Angiografikatetre med røntgenfast spids, for eksempel:
 - Cook angiografikatetre med Beacon® spids
 - Cook Royal Flush® katetre med Beacon spids

Punkturkanyler

- Cook enkeltvæggede punkturkanyler

Slynge

- Dotter intravaskulært udtræksæt

9.5 Retningslinjer for størrelsesbestemmelse af produkt diameter

Diametervalget skal afgøres fra diameteren af karret målt fra ydre væg til ydre væg, og ikke lumendiameteren. En for lille eller for stor størrelse kan resultere i ufuldstændig forsegling eller kompromitteret flow.

kant, der forbinder den abdominale protesens lumen til Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationen.

4. Anlæggelse af en Zenith iliaca-benprotese (f.eks. TFLE, ZSLE, ZISL) i den ipsilaterale (dvs. lange) kant på Zenith AAA protese (om nødvendigt).

Afgørende faktorer for implantation

Det skal verificeres, at det korrekte produkt er valgt i planlægningsfasen for implantationen. Afgørende faktorer inkluderer:

1. Valg af a. femoralis til indføring af fremføringssystemet (dvs. definer den relevante a. iliaca).
2. Vinkling af aa. iliacae.
3. Diameter af relevante, distale iliaca-kar.
4. Afstand fra aorta-bifurkationen til den hypogastriske (a. iliaca interna) arterie og fastgøringssted(er).
5. Graden af forkalkning af kar skal overvejes.

Klargøring af patienten

1. Der henvises til hospitalets protokoller vedrørende anæstesi, antikoagulation og monitorering af livstegn.
2. Patienten lejres på gennemlysningslejet med visualisering fra aortabuen til femoralisbifurkaturerne.
3. Fremlæg aa. femoralis communis efter behov vha. standard kirurgisk teknik.
4. Fastlæg tilstrækkelig proksimal og distal vaskulær kontrol over femoral-karrene, efter behov.

10.1 Klargøring/gennemskylning af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation

1. Fjern transportstilletten med sort muffe (fra den indre kanylen), kanylens beskyttelsesør (fra den indre kanylen) og dilatatorspidens beskyttelse (fra dilatatorspiden). Fjern Peel-Away sheathen fra den hæmostatiske

ventils bagside. (Figur 3) Skub indføringsheathen fremad på dilatatorspidsen, indtil det buede kateter ikke længere er eksponeret. Elever systemets distale spids og gennemskyl det gennem hanen på den hæmostatiske ventil, indtil væske kommer ud af sideporten nær spidsen af indføringsheathen. (Figur 4) Fortsæt med at injicere alle 20 mL skylleopløsning gennem produktet. Indstil injektionen og luk stopphanen på forbindelsesslangen.

BEMÆRK: Der bruges altid hepariniseret saltvandsopløsning til at gennemskylle protesen.

BEMÆRK: Det skal sikres, at Captor hæmostatisk ventil på Flexor indføringsheathen er drejet til åben position. (Figur 5)

2. Påsæt sprøjten med hepariniseret saltvand til muffen på den indvendige kanylen. Gennemskyl, indtil væske kommer ud af den distale dilatatorspids. (Figur 6)

BEMÆRK: Når systemet gennemskyles, skal systemets distale ende eleveres for at lette fjernelse af luft.

3. Fjern den forudladede kateterleder fra fremføringssystemet.
4. Sæt sprøjten med den hepariniserede saltvandsopløsning fast på det forudladede kateters Luer-fitting. Gennemskyl, indtil der kommer væske ud af den distale kateterspids.
5. Indsæt en passende hydrofil kateterleder med nitinolkerne, som er 0,018 inch (0,46 mm) eller 0,035 inch (0,89 mm) kompatibel og 260 cm lang, i det forudladede kateter.
6. Gennemvæd 10 x 10 cm gazekompressor i saltvandsopløsning og brug dem til at aføre Flexor indføringsheath for at aktivere den hydrofile coating. Hydrér både sheath- og dilatatorspids rigeligt.

10.2 Vaskulær adgang og angiografi

1. Anlæg punktur i de(n) valgte a./aa. femoralis communis vha. standard teknik med en 18 ultratynd eller 19 ultratynd gauge arteriekanylen. Efter adgang til karret indføres:
 - Kateterledere – standard 0,035 inch (0,89 mm) diameter, 145 cm lang med J-spids eller Bentson kateterleder
 - Sheaths af passende størrelse (f.eks. 5 Fr (1,7 mm indvendig diameter) og 8 Fr (2,7 mm indvendig diameter))
 - Gennemskylingskateter (ofte røntgenfaste katetre til størrelsesbestemmelse - f.eks. et kateter til centimeterstørrelsesbestemmelse eller et lige gennemskylingskateter)

BEMÆRK: Brug en 8 Fr (2,7 mm indvendig diameter) sheath, som er fremført ind i nedre abdominale aorta på den kontralaterale side.

2. Udfør angiografi for at bestemme positionen af aortabifurkationen og a. iliaca interna på siden af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationsimplantat.

10.3 Anlæggelse af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation

1. Kontrollér, at fremføringssystemet er blevet gennemskyllet med hepariniseret saltvand, og at al luft er fjernet fra systemet.
2. Giv systemisk heparin og kontrollér skylleopløsningerne. Gennemskyl efter hver udskiftning af kateter og/eller kateterleder.

BEMÆRK: Overvåg patientens koagulationsstatus under hele proceduren.

3. På siden af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationsimplantatet udskiftes J-lederen med en stiv kateterleder (AUS eller LES) 0,035 inch (0,89 mm), 260 cm lang. Den fremføres gennem katetret og op i den øvre thorakale aorta. Fjern gennemskylingskateteret og sheathen. Oprethold kateterlederens position.

BEMÆRK: Lokalisering og orientering af begyndelsespunktet for a. iliaca interna såvel som aortabifurkationen skal identificeres på grundlag af præoperativ eller intraoperativ billeddiagnostik, inden produktet indføres.

4. For indførelse skal orienteringen af sidegrenen kontrolleres vha. gennemlysning, for at sikre at dens position er hensigtsmæssigt tilpasset til anatomen.

BEMÆRK: Produktet vil være fuldstændigt dækket af den udvendige sheath på dette trin, men nedenstående billede med sheathen trukket tilbage demonstrerer de fire røntgenfaste guldmærker, som er tilpasset til det mest laterale aspekt af sidegrenen, og rillen som rummer det indlagte kateter. (Figur 7)

BEMÆRK: Den anden markør fra den distale ende (2D) er sigtemarkøren for den mest proximale lokalisering af den proximale ende af den dækkede stent, som forlænger sidegrenen ind i a. iliaca interna. Den anden markør fra den proximale ende (2P) er sigtemarkøren for den mest distale lokalisering af den distale ende af benforlængelsen, som vil forbinde iliaca sidegrenen med den bifurkede stentprotese, der vil blive anlagt oven over aortabifurkationen.

BEMÆRK: Orienteringen kan bekræftes ved visuel inspektion, da rillen i den konusformede dilatatorspids (hvor den forudladede kateterleder kommer ud af systemet) er tilpasset med sidegrenen.

5. Indfør Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation fremføringssystem over kateterlederen ind i a. iliaca, indtil spidsen af det indlagte kateter, som sidder i dilatatorspidsens rille under den udvendige sheath, er lige over aortabifurkationen og i roterende tilpasning til det modsatte begyndelsespunkt for a. iliaca communis. (Figur 8)

FORSIGTIG: Oprethold kateterlederens position under indføring af fremføringssystemet.

FORSIGTIG: Alle komponenter i systemet skal drejes samtidig (fra ydre sheath til indre kanylen) for at undgå svingninger i den endovaskulære protese under drejning af fremføringssystemet.

BEMÆRK: En ganske let fremføring af den hydrofile kateterleder gennem kateterspidsen kan hjælpe med visualisering af kateterspidsens position.

10.4 Anlæggelse af gennemgående kateterleder

1. Fremfør den hydrofile kateterleder og katetret ind i aorta. Positionér kateterlederen til løkkedannelse ved at fremføre den gennem det buede kateters spids efter behov.
2. Fremfør en passende slynge gennem adgangssheathen i den modsatte a. iliaca, fang spidsen af den hydrofile kateterleder, og træk den gennem så den danner en gennemgående kateterleder. (Figur 9)

FORSIGTIG: Under denne manøvre skal den hydrofile gennemgående kateterleder fremføres således at der vedligeholdes en lille smule slæk ved aortabifurkationen.

10.5 Anlæggelse af proximal Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation

1. Fremfør 8 Fr (2,7 mm indvendig diameter) sheathen i det modsatte lem, indtil den sidder over niveauet for aortabifurkationen, og udfør

angiografi gennem den for at bestemme lokaliseringen af a. iliaca interna på siden af produktimplantatet. (Figur 10)

2. Sørg for, at protesesystemet er orienteret således, at den distale ende af sidegrenen (som vises af den mest distale røntgenfaste markør) er positioneret 10 mm over begyndelsespunktet for a. iliaca interna med roterende orientering for at give let adgang ind i a. iliaca interna. Hvis de røntgenfaste markører ikke sidder i en hensigtsmæssig position, skal hele systemet drejes, indtil markørerne er tilpasset med a. iliaca internas mundung, og/eller systemet fremføres eller tilbagetrækkes efter behov. (Figur 11)

FORSIGTIG: Alle komponenter i systemet skal drejes samtidig (fra ydre sheath til indre kanylen) for at undgå svingninger i den endovaskulære protese under drejning af fremføringssystemet.

3. Når produktets position er tilfredsstillende, stabiliseres den grå positioneringsanordning (skaffet på fremføringssystemet) mens den udvendige indføringsheath trækkes tilbage. Anlæg Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationen indtil den distale ende af sidegrenen er fremlagt. (Figur 12)
4. Stop tilbagetrækningen af sheathen.

ADVARSEL: Sheathen må ikke trækkes længere tilbage, da iliaca externa-komponenten ellers vil udvides og forhindre yderligere ændringer i position.

10.6 Anlæggelse af op-og-over sheath

1. Træk den modsatte iliaca adgangssheath tilbage, samtidig med at den hydrofile gennemgående kateterleder med nitinolkerne bliver siddende på sin plads.
2. Fremfør en op-og-over sheath af passende størrelse over den hydrofile gennemgående kateterleder med nitinolkerne, indtil spidsen af sheathens dilatatorspids kommer i kontakt med spidsen af det forudladede kateter. (Figur 13)

BEMÆRK: Det bliver eventuelt nødvendigt at bruge forsigtig traktion i begge ender af kateterlederen til at hjælpe med fremføringen.

FORSIGTIG: Hvis det forudladede kateter ikke bliver fremført over aortabifurkationen, skal man være ekstra forsigtig under manipulering af lederen for at undgå beskadigelse af vaskulaturen.

3. Afklem den hydrofile gennemgående kateterleder i begge ender (hvor den kommer ud af det forudladede kateter og op-og-over sheathen).
4. Fortsæt med at fremføre sheathen over den fastgjorte kateterleder, imens der anvendes forsigtig træk med mellemrum i det forudladede kateter, således at sheathen og katetret føres frem over bifurkationen, ind i produktets proximale åbning, og ud gennem sidegrenen. (Figur 14)

BEMÆRK: Afhængigt af dilatatorspidsens længde på denne sheath kan det blive nødvendigt at fremføre sheathen over dens dilatatorspids, for at sikre at sheathen placeres inden i sidegrenen.

5. Fjern dilatatoren fra op-og-over sheathen.

10.7 Kanylering af a. iliaca interna

1. Anlæg punktur i den hæmostatiske ventil på op-og-over sheathen så langt som muligt til den ene side og indfør en passende kombination af kateterleder og kateter. (Figur 15)
2. Fremfør kateterlederen og katetret gennem op-og-over sheathen ind i a. iliaca interna. (Figur 16)
3. Udskift kateterlederen i a. iliaca interna med en støttekateterleder (f.eks. Rosen eller AES kateterleder). Sørg for at kateterlederens placering er stabiliseret i a. iliaca interna.

10.8 Placering af en ballon-ekspanderbar, dækket perifer brodannende stent

1. Fjern katetret inde fra op-og-over sheathen, idet sheathen og kateterlederne får lov at blive siddende, og fremfør den forudmonterede, ballon-ekspanderbare, dækkede perifer stent, som er af passende størrelse, over støttekateterlederen, indtil den kommer ind i a. iliaca interna. (Figur 17)

BEMÆRK: Det kan være ønskeligt at forudlade den forudmonterede, dækkede periferiske stent i endnu en sheath for at yde beskyttelse, når stenten fremføres gennem op-og-over sheathen og ind i a. iliaca interna. Hensigtsmæssige kombinationer af sheath/kateterleder/stent skal vælges således, at den indvendige sheath kan passere gennem op-og-over sheathen på koaksial måde, mens den gennemgående leder får lov at blive siddende på sin plads.

2. Kontroller angiografi efter behov for at afgøre at den ballon-ekspanderbare, dækkede periferiske stents position er tilfredsstillende mht. sidegrenens overlappning og det planlagte fikseringssted i a. iliaca interna.

BEMÆRK: Når den anlægges, skal den ballon-ekspanderbare, dækkede periferiske stent overlape Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation-sidegrenen med 10-14 mm.

BEMÆRK: Angiografi skal være mulig gennem op-og-over sheathen på dette trin af proceduren eller gennem katetret i a. iliaca communis.

3. Træk den gennemgående hydrofile kateterleder med nitinolkerne og det forladede kateter tilbage.
4. Juster positionen af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation, hvis det er nødvendigt, således at den distale åbning af sidegrenen sidder et passende sted i forhold til begyndelsespunktet af a. iliaca interna.

10.9 Anlæggelse af distal Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation

1. Træk indføringsheathen på Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationen tilbage, indtil den eksterne iliaca komponent er fuldstændigt anlagt. (Figur 18)
2. Fjern sikkerhedslåsen fra den sorte udløsningsmekanisme til udløser-wiren. Træk under gennemlysning udløser-wiren tilbage og fjern den ved at skubbe den sorte udløsningsmekanisme til udløser-wiren af håndtaget og derefter fjerne den via dens åbning over den indvendige kanylen. (Figur 19)

BEMÆRK: Den distale stent fastholdes stadig af udløser-wiren.

10.10 Anlæggelse af ballon-ekspanderbar, dækket perifer stent

1. Træk op-og-over sheathen tilbage til en passende position for at tillade anlæggelse af den ballon-ekspanderbare, dækkede periferiske stent.
2. Anlæg den ballon-ekspanderbare, dækkede periferiske stent, og udfør yderligere ballonekspansion efter behov. (Figur 20)

BEMÆRK: Den ballon-ekspanderbare, dækkede periferiske stent skal udvides til mindst 8 mm i sidegrenen på Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation, og skal udvides til den hensigtsmæssige størrelse for at opnå forsegling i a. iliaca interna.

BEMÆRK: Den ballon-ekspanderbare, dækkede perifere stent skal overlappes Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation-sidegrenen med mindst 10 mm, og et maksimum der kun højst går til den anden markør på den distale ende af sidegrenen, med et distalt fikseringssted inden for a. iliaca interna på mindst 10 mm (hvor 20-30 mm fortrækkes).

BEMÆRK: Ballonen må endnu ikke fjernes fra sidegrensegmentet af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation.

3. Fjern sikkerhedslåsen fra den hvide udløsningsmekanisme for udløser-wiren. Træk under gennemlysning udløser-wiren tilbage og fjern den ved at skubbe den hvide udløsningsmekanisme til udløser-wiren af håndtaget og derefter fjerne den via dens åbning over den indvendige kanyler. (Figur 21)
4. Genudspil ballonen i sidegrensegmentet for at stabilisere produktet, og træk indføringssystemet tilbage gennem protesen ind i indføringsheathen.

FORSIGTIG: Der skal udvises omhu for at undgå at forskubbe eller beskadige Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation, når indføringssystemet fjernes, eller når andre komponenter fremføres gennem det.

Anbefalet overlappning af Zenith iliaca-benprotesen ved tilslutning af den kontralaterale kant på Zenith todelte protese til Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationen

Overlappning i den kontralaterale kant af Zenith todelte protese	Minimum 1 ¼ stents
	Maksimum 1 ¾ stents
Overlappning ind i protesen af Zenith Branch endovaskulær protesen	Minimum 1 ½ stents
	Maksimalt ikke længere end til den anden markør på den proksimale ende af produktet

5. Fortsæt anlæggelsen af Zenith todelte protese, som angivet i den relevante brugsanvisning.

10.12 Indføring af formningsballon

BEMÆRK: Inden brug af formningsballonen skal alle hjælpeprodukter fjernes omhyggeligt.

1. Til Zenith todelte protese anvendes en formningsballon, som angivet i den relevante brugsanvisning.
2. Til en Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkation skal formningsballonen forberedes iflg. følgende:
 - Gennemskyl kateterlederlumenet med hepariniseret saltvand
 - Fjern al luft fra ballonen
3. Til forberedelse af indføringen af formningsballonen åbnes Captor hæmostatisk ventil ved at dreje den mod uret.
4. Før formningsballonen over den stive kateterleder og gennem Captor hæmostatiseventilen på indføringssystemet til Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationen frem til overlappningen mellem iliaca communis-delen af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationen og Zenith® iliaca-benproteserne (f.eks. TFLE, ZSLE, ZISL), og ekspander ballonen.

FORSIGTIG: Bekræft, at ballonen er helt tømt inden omplacering.

FORSIGTIG: Captor hæmostatisk ventil skal være åben før formningsballonen omplaceres.

BEMÆRK: Når der bruges ballon til udvidelse i nærheden af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationens bifurkation, skal der sikres, at ballonen ikke krydser bifurkationen.

BEMÆRK: Sørg for, at kateterlederen bliver siddende i en tilfredsstillende position til at kanylere Zenith AAA protesen.

5. Tøm og fjern ballonen.
6. Træk op-og-over kateterlederen og sheathen tilbage i den modsatte a. iliaca communis.

10.11 Anlæggelse af Zenith AAA protese og iliaca-benprotese

1. Indfør et kateter og en standard 0,035 inch (0,89 mm), 260 cm lang stiv kateterleder (AUS eller LES) gennem a. iliaca-adgangen på den modsatte side af Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationen.
2. Fjern de eksisterende sheaths og katetre, og indfør og anlæg hovedprotesen til Zenith todelte protese i henhold til den generelle protokol for Zenith (se brugsanvisningen til den relevante Zenith protese).
3. Kanyler den korte (kontralaterale) kant på Zenith todelte protese gennem Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationen.
4. Anlæg en iliaca-benprotese (f.eks. TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZI, ZISL-16-XX) af passende længde gennem Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationen, således at den anbefalede overlappning, der er vist nedenfor, opnås.

BEMÆRK: Brug ikke ballonen til udvidelse i nærheden af sidegrenen for at undgå forskubning af den ballon-ekspanderbare stent.

5. Træk formningsballonen tilbage til Zenith Branch endovaskulær protese-iliaca bifurkationens distale fikseringssted, og udvid den.

FORSIGTIG: Udspil ikke ballonen i iliaca-karret uden for protesen.

6. Fjern formningsballonen og udskift den med et angiografikateter for at udføre afslutningsangiogrammer.
7. Fjern eller udskift alle stive kateterledere for at tillade iliaca-arterierne at genoptage deres naturlige position.

10.13 Slutangiogram

1. Placer angiografikateteret lige netop over aortabifurkationsniveauet. Udfør angiografi for at bekræfte, at a. iliaca communis og den tilsvarende a. iliaca interna er åbne, og at der ikke findes nogen endolækager.
2. Bekræft at der ikke er nogen endolækager eller knæddannelser. Fjern sheaths, kateterledere og katetre.

BEMÆRK: Hvis der bemærkes endolækager eller andre problemer, der kræver intervention, skal man overveje at bruge flere Zenith AAA hjælpekomponenter.

3. Reparer karrene og luk på sædvanlig kirurgisk vis.

11 RETNINGSLINJER FOR BILLEDDIAGNOSTIK OG POSTOPERATIV OPFØLGNING

Der henvises til **Tabel 11** for obligatorisk billeddiagnostik og opfølgning.

Tabel 11 Billeddiagnostikplan

	Præ-operativt	Intra-operativt	Post-procedure	30 dage	6 måneder	12 måneder	24 måneder
CT	X		X ¹	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹
Nyrer, uretere, urinblære (røntgenbillede i ryggleje, nyrer, urinledere og blære)			X	X	X	X	X
Angiografi	X	X					

¹Duplex-ultralydsscanning kan bruges til de patienter, der har nyrsvigt, eller som af anden årsag er ude af stand til at gennemgå kontrastforstærket CT-scanning.

DEUTSCH

ENDOVASKULÄRE ILIAKALE BIFURKATIONSPROTHESE ZENITH® BRANCH MIT DEM EINFÜHRSYSTEM H&L-B ONE-SHOT™

Die Anleitungen sorgfältig und vollständig durchlesen. Nichtbeachtung der Anleitungen, Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen kann ernsthafte Konsequenzen haben und zu Verletzungen des Patienten führen.

Informationen zu anderen Zenith-Komponenten sind in den entsprechenden Gebrauchsanweisungen enthalten.

1 PRODUKTBESCHREIBUNG

1.1 Endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch

Die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch ist eine gegabelte Gefäßprothese mit Öffnungen zur Verbindung der Segmente für A. iliaca communis, Seitenast und A. iliaca externa. (**Abbildung 1**)

Die Prothese besteht aus Polyestergerüst voller Stärke, das mit geflochtenem Polyesterfaden und Polypropylen-Monofilamentfaden an selbstexpandierende Cook-Z[®] Stents aus Edelstahl und Nitinol angenähert ist. Die Prothese ist durchgehend mit Stents versehen, um ausreichende Stabilität zu geben und die während der Entfaltung zum Öffnen des Prothesenlumens erforderliche Expansionskraft zu liefern. Nitinolringe am proximalen Ende der Prothese und innerhalb des Seitenasts erhalten die Lumendurchgängigkeit während des Zugangs. Die Cook-Z Stents gewährleisten darüber hinaus die erforderliche dichte Verbindung der Prothese mit der Gefäßwand.

Zur besseren fluoroskopischen Darstellung des Stent-Grafts befinden sich vier röntgendichte Goldmarkierungen entlang der A.-iliaca-interna-Seite des proximalen Prothesenteils, die die Position des Seitenast-Segments anzeigen.

Es sind weitere Komponenten wie Zenith Prothesen mit iliakalem Schenkel (z. B. TFLE, ZSLE, ZISL) und ballonexpandierbare gecoverte periphere Stents erforderlich. Jede einzelne Prothese verfügt über ein eigenes Platzierungssystem. Siehe die entsprechende Gebrauchsanweisung.

1.2 Platzierungssystem für die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch

Die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch wird bereits im Einführsystem H&L-B One-Shot geladen geliefert. (**Abbildung 2**) Sie wird in einem sequenziellen Entfaltungsvorgang implantiert, der über eingebaute Merkmale für die durchgehende Steuerung der endovaskulären Prothese während der Entfaltung verfügt.

Das proximale Ende der Prothese ist über zwei Nitinol-Auslösedrähte mit dem Platzierungssystem verbunden. Das distale Ende der Prothese ist ebenfalls mit dem Platzierungssystem verbunden und wird von einem separaten Edelstahl-Auslösedraht gehalten. Das Einführsystem H&L-B One-Shot erlaubt die präzise Positionierung sowie die Korrektur der endgültigen Prothesenposition vor der vollständigen Entfaltung. Zur Platzierung wird ein Einführsystem H&L-B One-Shot von 20 Fr (6,7 mm Innendurchmesser) Größe verwendet. Es enthält sowohl einen vorgeladenen Katheter zur leichten Kanülierung des Seitenasts als auch einen Führungsdraht, der gewährleistet, dass das Katheterlumen während des Ladens und des Versands durchgängig bleibt. Alle Systeme sind mit einem 0,035-Inch-Führungsdraht (0,89 mm) kompatibel. Das Hämostaseventil Captor sorgt für zusätzliche Hämostase und kann für die Einführung bzw. Entfernung von Hilfskomponenten in die bzw. aus der Schleuse geöffnet oder geschlossen werden.

Das Platzierungssystem für die Zenith Branch endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese weist eine Flexor®-Einführungsschleuse auf, die knickresistent und hydrophil beschichtet ist. Beide Merkmale sollen die Steuerbarkeit in den Aa. iliaca und der Bauchorta verbessern. Zusätzlich ist der vorgeladene Katheter gebogen, damit sich der Führungsdraht beim Eingangsvorgang leichter positionieren lässt.

1.3 Zusätzliche Komponenten

Zusätzliche Komponenten (iliakaler Prothesenschenkel, ballonexpandierbarer gecoverter peripherer Stent) sind ebenfalls erforderlich.

Zenith Prothesen mit iliakalem Schenkel sind verfügbar (z. B. TFLE, ZSLE, ZISL) und werden aus denselben Materialien wie die Zenith Branch endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese hergestellt. Anweisungen zur Entfaltung aller Zenith Prothesen mit iliakalem Schenkel und zu den Platzierungssystemen finden Sie in der entsprechenden Gebrauchsanweisung. Der gemeinsame iliakale Abschnitt der Zenith Branch endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese in der A. iliaca communis wird mit dem kurzen (kontralateralen) Ansatz einer Zenith Bifurkationsprothese (z. B. Zenith endovaskuläre AAA-Prothese) mittels eines standardmäßigen iliakalen Schenkels von angemessener Länge und einem distalen Durchmesser von 16 mm (z. B. TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX) verbunden.

Ein ballonexpandierbarer gecoverter peripherer Stent wird innerhalb des Seitenast-Segments entfaltet und reicht in die A. iliaca interna hinein. Anweisungen zur Entfaltung dieses Produkts sind in der zugehörigen Gebrauchsanweisung enthalten.

2 INDIKATIONEN

Die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch mit dem Einführsystem H&L-B One-Shot ist indiziert für die endovaskuläre Behandlung von Patienten mit aortoiliakalen oder iliakalen Aneurysmen, einer unzulänglichen distalen Abdichtungsstelle innerhalb der A. iliaca communis und einer für endovaskuläre Reparatur geeigneten Morphologie. Dazu gehören folgende Faktoren:

- adäquater iliakaler/femoraler Zugang, der für ein Einführsystem der Größe 20 Fr (7,7 mm Außendurchmesser) geeignet ist;
- ein nicht vom Aneurysma betroffener Abschnitt der A. iliaca externa distal des Aneurysmas:
 - mit einer Länge von mindestens 20 mm,
 - mit einem Durchmesser (Außenwand zu Außenwand) von maximal 11 mm und mindestens 8 mm.
- ein nicht vom Aneurysma betroffener Abschnitt der A. iliaca interna distal des Aneurysmas:
 - mit einer Länge von mindestens 10 mm (vorzugsweise 20–30 mm),
 - mit einem für die ordnungsgemäße Abdichtung akzeptablen Durchmesser.

3 KONTRAINDIKATIONEN

Es sind keine Gegenanzeigen zu diesen Prothesen bekannt.

4 WARNHINWEISE UND VORSICHTSMASSNAHMEN

4.1 Allgemeines

- Die Anleitungen sorgfältig und vollständig durchlesen. Nichtbeachtung der Anleitungen, Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen kann ernsthafte Konsequenzen haben und zu Verletzungen des Patienten führen.
- Die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch mit Einführsystem H&L-B One-Shot darf nur von Ärzten und Teams verwendet werden, die mit der Technik von interventionellen Gefäßoperationen und mit der Verwendung dieser Prothese vertraut sind.
- Wenn die kontrastmittelfreie CT-Untersuchung nicht durchgeführt wird, können Verkalkungen der Aa. iliaca und der Aorta, die den Zugang oder eine zuverlässige Fixierung und Abdichtung der Prothese unmöglich machen können, eventuell unerkannt bleiben.
- Wenn für die präoperative Bildgebungsrekonstruktion Schichtdicken von > 3 mm verwendet werden, kann es zu einer suboptimalen Größenbestimmung oder zur Nichterkennung von fokalen Stenosen im CT kommen.
- Über das langfristige Verhalten der endovaskulären Prothese ist derzeit nichts bekannt. Die Patienten sollten darauf hingewiesen werden, dass die endovaskuläre Therapie eine lebenslange Nachsorge erforderlich macht, die regelmäßig zur Überwachung des Gesundheitszustandes und des Verhaltens der endovaskulären Prothese erforderlich ist. Patienten mit spezifischen klinischen Befunden (z. B. Endoleaks, Vergrößerung des Aneurysmas oder Änderungen in der Struktur oder Position der endovaskulären Prothese) sollten zusätzliche Nachsorgeuntersuchungen erhalten. Spezifische Nachsorgegerichtlinien werden in **Abschnitt 11, Bildgebungsrichtlinien und nachoperative Versorgung**, besprochen.
- Nach Implantation der endovaskulären Prothese sollte der Patient regelmäßig hinsichtlich folgender Punkte überwacht werden: Perigrafffluss, Aneurysmawachstum, Änderungen in der Struktur oder Position der endovaskulären Prothese. Es sind mindestens jährliche bildgebende Untersuchungen erforderlich, die folgendes umfassen:
 - 1) Röntgenaufnahmen des Abdomens zur Bestätigung der Unversehrtheit des Produkts (Ablosungen von Komponenten oder Stentbruch) und 2) CT-Aufnahmen mit und ohne Kontrastmittel zur Untersuchung von Veränderungen im Aneurysma, Perigrafffluss, Durchgängigkeit, Gewundenheit und Krankheitsfortschritt.Wenn infolge von renalen Komplikationen oder anderen Faktoren keine Kontrastmittel verwendet werden können, kann eine abdominale Röntgenuntersuchung zusammen mit einem Duplexultraschall ähnliche Informationen liefern.
- Die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch mit dem Einführsystem H&L-B One-Shot wird nicht für Patienten empfohlen, die sich den notwendigen prä- und postoperativen bildgebenden Untersuchungen und Implantationsprüfungen, die in **Abschnitt 11, Bildgebungsrichtlinien und nachoperative Versorgung**, beschrieben sind, nicht unterziehen können oder wollen.
- Für Patienten, bei denen eine Aneurysmavergrößerung, nicht mehr akzeptable Verkürzung der Befestigungslänge (Überlappung von Gefäß und Komponenten) und/oder ein Endoleak festgestellt wird, sollte eine Intervention oder Umstellung auf eine offene chirurgische Reparatur nach der anfänglichen endovaskulären Reparatur in Betracht gezogen werden. Eine Zunahme in der Größe des Aneurysmas oder ein persistierendes Endoleak kann zu einer Aneurysmaruptur führen.
- Bei Patienten mit reduziertem Blutfluss durch den Prothesenansatz und/oder mit Lecks können sekundäre Interventionen oder chirurgische Eingriffe erforderlich werden.
- Während der Implantation oder einer Reintervention sollte für den Fall, dass eine Umstellung auf eine offene chirurgische Reparatur erforderlich wird, stets ein Gefäßchirurgieteam zur Verfügung stehen.
- Bei der endovaskulären Stent-Graft-Platzierung handelt es sich um einen chirurgischen Eingriff, bei dem es aufgrund verschiedener Ursachen zu einem Blutverlust kommen kann. Zur Vermeidung unerwünschter Ergebnisse bedarf dieser in seltenen Fällen einer Intervention (einschl. Transfusion). Es ist wichtig, den Blutverlust durch das Hämostaseventil während des gesamten Eingriffs zu überwachen, besonders während und nach der Manipulation des grauen Positionierers. Ist der Blutverlust nach Entfernung des grauen Positionierers übermäßig, sollte zur Eingrenzung des Flusses die Platzierung eines nicht inflatierten Modellierungsballoons oder eines Einführsystemdilators innerhalb des Ventils in Betracht gezogen werden.

4.2 Auswahl, Behandlung und Nachsorge der Patienten

- Der Durchmesser (Innenwand-Innenwand) und die Morphologie (minimale Gewundenheit, okklusive Erkrankung und/oder Kalzifizierung) des Zugangsgefäßes sollten mit Gefäßzugangsverfahren und Platzierungssystemen kompatibel sein, die das Profil einer Gefäß-Einführungsschleuse der Größe 20 Fr (7,7 mm Außendurchmesser) aufweisen. Bei Gefäßen mit signifikanter Verkalkung, Okklusion, Gewundenheit oder vorhandenen Thromben ist u. U. keine Implantation der endovaskulären Prothese möglich und/oder es besteht ggf. ein erhöhtes Embolierisiko.
- Wichtige anatomische Parameter, die eine erfolgreiche Überbrückung des Aneurysmas verhindern können, sind: Gewundenheit eines oder aller betroffenen Gefäße, zu kleine oder zu große Iliakalarterien, Zirkumferenzthrombus, Aneurysma der A. iliaca interna und/oder externa und/oder Kalzifizierung der arteriellen Implantationsstellen. Ungleichmäßige Kalzifizierung und/oder Plaques können die Befestigung und Dichtheit der Implantationsstellen beeinträchtigen und das Verschieben der Einführsysteme erschweren.
- Die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch mit dem Einführsystem H&L-B One-Shot wird nicht für Patienten empfohlen, die keine Kontrastmittel vertragen, die für die intraoperative und postoperative Nachsorgebildgebung erforderlich sind.
- Die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch mit dem Einführsystem H&L-B One-Shot wird nicht für Patienten empfohlen, die die Gewichts- und/oder Größenbegrenzungen überschreiten, wodurch die notwendigen bildgebenden Untersuchungen beeinträchtigt oder verhindert werden.
- Die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch mit dem Einführsystem H&L-B One-Shot wird nicht für Patienten mit bekannten Empfindlichkeiten oder Allergien gegen Edelstahl, Polyester, Nitinol (Nickel, Titan), Lötzinn (Zinn, Silber), Polypropylen oder Gold empfohlen.
- Bei Patienten mit systemischer Infektion kann ein erhöhtes Risiko einer Infektion an der endovaskulären Prothese bestehen.
- Wenn nicht mindestens eine A. iliaca interna offen gehalten werden kann, besteht u. U. ein erhöhtes Risiko einer Becken-/Darmschämie.

4.3 Implantationsverfahren

- Systemische Antikoagulation sollte während der Implantation entsprechend den Protokollen der Klinik und der Entscheidung des Arztes angewandt werden. Wenn Heparin nicht angezeigt ist, sollte ein alternatives Antikoagulanz in Betracht gezogen werden.
- Um das Kontaminations- und Infektionsrisiko so gering wie möglich zu halten, sollte die nicht entfaltete Endoprothese bei der Vorbereitung und Einführung möglichst wenig manipuliert werden.
- Zur Aktivierung der hydrophilen Beschichtung an der Außenseite der Flexor-Einführungsschleuse muss diese mit in physiologischer Kochsalzlösung getränkten Kompressen (10 cm x 10 cm) abgewischt werden. Um

- optimale Leistung zu erzielen, muss die Schleuse stets feucht gehalten werden.
- Beim Einbringen des Platzierungssystems die Position des Führungsdrahts beibehalten.
- Das Platzierungssystem nicht biegen oder knicken. Andernfalls können das Platzierungssystem und die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch beschädigt werden.
- Die Einführung und Entfaltung sollte zur Bestätigung der richtigen Funktion der Platzierungssystemkomponenten, der richtigen Platzierung der Prothese und des gewünschten Verfahrensergebnisses unter Durchleuchtung erfolgen.
- Bei der Verwendung der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch mit dem Einführungssystem H&L-B One-Shot ist die Gabe von intravaskulärem Kontrastmittel erforderlich. Bei Patienten mit vorbestehender Niereninsuffizienz kann ein erhöhtes Risiko eines postoperativen Nierenversagens bestehen. Die Menge des während des Eingriffs verabreichten Kontrastmittels sollte so gering wie möglich gehalten werden.
- Um interne Verwindungen in der endovaskulären Prothese zu verhindern, ist sorgfältig darauf zu achten, dass bei einer Drehung des Platzierungssystems alle Komponenten des Systems (von der äußeren Schleuse bis zur inneren Kanüle) zusammen gedreht werden.
- Die ungenaue Platzierung und/oder unvollständige Abdichtung der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch innerhalb des Gefäßes oder gegenüber zusätzlichen Komponenten kann zu einem erhöhten Risiko von Endoleaks, Migration oder unbeabsichtigter Okklusion der A. iliaca interna führen.
- Unzureichende Fixierung der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch kann zu einem erhöhten Migrationsrisiko führen. Bei fehlerhafter Entfaltung oder bei Migration der Endoprothese kann eine chirurgische Intervention erforderlich werden.
- Tritt beim Verschieben des Führungsdrahts oder Platzierungssystems ein fühlbarer Widerstand auf, muss der Vorgang sofort abgebrochen werden. Anhalten und der Ursache des Widerstands nachgehen. Das Gefäß oder der Katheter können verletzt bzw. beschädigt werden. Bei Stenosen oder intravasalen Thromben oder in kalzifizierten bzw. Platzierungssystems Gefäßen ist besondere Vorsicht geboten.
- Katheter, Drähte und Schleusen müssen innerhalb eines Aneurysmas sehr sorgfältig gehandhabt werden. Die Manipulation der Vorrichtungen kann zum Lösen von Thrombusfragmenten führen, die ihrerseits eine distale Embolie verursachen können.
- Der Durchmesser und die Länge des ballonexpandierbaren gecoverten peripheren Stents müssen ausreichend bemessen sein, um sowohl gegenüber dem Seitenastsegment als auch gegenüber der A. iliaca interna abzudichten und eine Überlappung von 10–14 mm mit dem Seitenastsegment und von 10 mm (vorzugsweise 20–30 mm) mit der distalen Befestigungsstelle in der A. iliaca interna zu ermöglichen.
- Sorgfältig darauf achten, dass zuvor implantierte Prothesen nicht beschädigt oder verschoben werden, falls eine Reinstrumentation erforderlich wird.

Verwendung des Modellierungsballs

- Vor einer Umpositionierung ist sicherzustellen, dass der Ballon vollkommen entleert ist.
- Den Ballon nicht außerhalb der Prothese im Gefäß insuffizieren.
- Zur zusätzlichen Hämostase kann das Hämostaseventil Captor beim Einführen und späteren Entfernen eines Modellierungsballs geöffnet oder geschlossen werden.

4.4 Sicherheit und Kompatibilität mit MRT

Nicht klinische Tests haben ergeben, dass die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch bei Verwendung mit einem ballonexpandierbaren gecoverten Stent bedingt MR-sicher gemäß ASTM F2503 ist. Ein Patient mit dieser Prothese kann sich unter den folgenden Bedingungen im Anschluss an die Implantation sicher einer MRT-Untersuchung unterziehen.

- Statisches Magnetfeld von ausschließlich 1,5 Tesla bzw. 3,0 Tesla
- Räumliches Magnet-Gradientenfeld von höchstens 720 Gauss/cm (7,2 T/m)
- Maximale vom MR-System angezeigte und über den ganzen Körper gemittelte spezifische Absorptionsrate (SAR) von $\leq 2,0$ W/kg (normaler Betriebsmodus)

Unter den oben genannten Scanbedingungen verursacht die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch bei Verwendung mit einem ballonexpandierbaren gecoverten Stent voraussichtlich einen Temperaturanstieg von höchstens 2,4 °C nach einer kontinuierlichen Scandauer von 15 Minuten.

Wie bei nicht klinischen Tests im Rahmen der Bildgebung mit Gradientenecho-Pulssequenz und einem MRT-System von 3,0 Tesla festgestellt wurde, erstreckt sich das Bildartefakt ungefähr 122 mm von der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch bei Verwendung mit einem ballonexpandierbaren gecoverten Stent. Das Bildartefakt verdeckt das Lumen der Prothese.

HINWEIS: Bei der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch ist der klinische Nutzen eines MRT-Scans gegen das potenzielle Risiko der Untersuchung abzuwägen.

5 MÖGLICHE UNERWÜNSCHTE EREIGNISSE

Mögliche und/oder eine Intervention erfordernde unerwünschte Ereignisse umfassen unter anderem:

- Amputation
- Aneurysmaruptur mit Todesfolge
- Aortaverletzung einschl. Perforation, Dissektion, Blutung, Ruptur mit Todesfolge
- Arterielle oder venöse Thrombose und/oder Pseudoaneurysma
- Arteriovenöse Fistel
- Blutung, Hämatom oder Koagulopathie
- Claudicatio (z. B. Gesäß, untere Extremität)
- Embolie (Mikro und Makro) mit transients oder permanenter Ischämie oder Infarktzierung
- Endoleak
- Endoprothese: falsche Komponentenplatzierung, unvollständige Entfaltung, Migration, Nahtbruch, Okklusion, Infektion, Stentbruch, Verschleiß des Graftmaterials, Dilatation, Erosion, Punktion, Perigraftfluss und Korrosion
- Fieber und lokale Entzündung
- Gefäßspasmen oder Gefäßtrauma (z. B. iliofemorale Gefäßdissektion, Blutung, Ruptur, Tod)
- Gefäßverletzung
- Impotenz
- Infektion des Aneurysmas, der Prothese oder der Zugangsstelle einschl. Abszessbildung, transienten Fiebers und Schmerzen
- Kardiologische Komplikationen mit den entsprechenden Folgeproblemen (z. B. Arrhythmie, Myokardinfarkt, dekompensierte Herzinsuffizienz, Hypotonie, Hypertonie)
- Komplikationen an der Gefäßzugangsstelle einschl. Infektion, Schmerzen, Hämatom, Pseudoaneurysma, arteriovenöser Fistel
- Komplikationen mit den entsprechenden Folgeproblemen (z. B. Aspiration) durch die Anästhesie
- Leberversagen

- Lymphatische Komplikationen mit den entsprechenden Folgeproblemen (z. B. Lymphfistel)
- Neurologische lokale oder systemische Komplikationen mit den entsprechenden Folgeproblemen (z. B. Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke, Paraplegie, Paraparese, Paralyse)
- Ödem
- Okklusion der Prothese oder eines nativen Gefäßes
- Pulmonale/respiratorische Komplikationen mit den entsprechenden Folgeproblemen (z. B. Pneumonie, akute respiratorische Insuffizienz, längere Intubation)
- Renale Komplikationen mit den entsprechenden Folgeproblemen (z. B. Arterienokklusion, Kontrastmitteltoxizität, Insuffizienz, Versagen)
- Tod
- Umstellung auf offene chirurgische Reparatur
- Urogenitale Komplikationen mit den entsprechenden Folgeproblemen (z. B. Ischämie, Erosion, Fistel, Inkontinenz, Hämaturie, Infektion)
- Verdauungssystemkomplikationen (z. B. Ileus, transiente Ischämie, Infarkt, Nekrose)
- Vergrößerung des Aneurysmas
- Wundkomplikationen mit den entsprechenden Folgeproblemen (z. B. Dehizensz, Infektion)

6 AUSWAHL UND BEHANDLUNG DER PATIENTEN

(Siehe Abschnitt 4, Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen)

6.1 Individuelle Gestaltung der Behandlung

Die Durchmesser der Komponenten der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch sollten nach den Empfehlungen in Tabelle 8.1 ausgewählt werden. Die Länge der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch wird generell so gewählt, dass sie vom proximalen Teil der A. iliaca communis bis zur A. iliaca externa reicht. Alle Längen und Durchmesser der für die vollständige Durchführung des Eingriffs erforderlichen Produkte sollten dem Arzt zur Verfügung stehen, insbesondere, wenn die präoperativen Fallplanungsmessungen (Behandlungsdurchmesser/-längen) unsicher sind. Dieser Ansatz ermöglicht eine größere intraoperative Flexibilität zur Erzielung optimaler Operationsergebnisse. Die in **Abschnitt 5 (Mögliche unerwünschte Ereignisse)** beschriebenen potenziellen Risiken sollten für jeden Patienten sorgfältig abgewogen werden, bevor die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch implantiert wird. Weitere bei der Patientenauswahl zu beachtende Faktoren sind unter anderem:

- Alter und Lebenserwartung des Patienten.
- Komorbiditäten (z. B. Herz-, Lungen- oder Niereninsuffizienz vor dem Eingriff, krankhafte Adipositas).
- Eignung des Patienten für eine offen-chirurgische Reparatur.
- Eignung der Patientenanatomie für eine endovaskuläre Reparatur.
- Risiko einer Aneurysmaruptur im Vergleich zum Risiko der Behandlung mit der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch.
- Verträglichkeit einer Voll-, Regional- oder Lokalanästhesie durch den Patienten.
- Die Größe und die Morphologie (minimale Thrombose, Kalzifizierung und/oder Gewundenheit) des iliofemorale Zugangsgefäßes müssen mit Gefäßzugangsmethoden sowie mit Zubehörfür die Einführung kompatibel sein, die dem Einführprofil einer Gefäßeinführungsschleuse der Größe 12 Fr (4,7 mm Außendurchmesser) bis 20 Fr (7,7 mm Außendurchmesser) entsprechen.
- Ein nicht vom Aneurysma betroffener Abschnitt der A. iliaca externa distal des Aneurysmas:
 - mit einer Länge von mindestens 20 mm,
 - mit einem Durchmesser (Außenwand zu Außenwand) von maximal 11 mm und mindestens 8 mm.
- Ein nicht vom Aneurysma betroffener Abschnitt der A. iliaca interna distal des Aneurysmas:
 - mit einer Länge von mindestens 10 mm (vorzugsweise 20–30 mm),
 - mit einem für die ordnungsgemäße Abdichtung akzeptablen Durchmesser.
- Keine signifikanten Verschlusskrankheiten der Aa. femorales oder Aa. iliacae, die den Blutstrom durch die endovaskuläre Prothese einschränken würden.

Die endgültige Behandlungsentscheidung liegt im Ermessen von Arzt und Patient.

7 INFORMATIONEN ZUR AUFLÄRUNG DES PATIENTEN

Arzt und Patient (und/oder dessen Angehörige) sollten bei der Erwägung dieser endovaskulären Prothese die Risiken und Nutzen eines Eingriffs besprechen. Diese sind u. a.:

- Risiken der endovaskulären Reparatur und Unterschiede zwischen endovaskulärer und offen-chirurgischer Reparatur.
- Potenzielle Vorteile einer herkömmlichen offenen chirurgischen Reparatur.
- Potenzielle Vorteile einer endovaskulären Reparatur.
- Potenzielle Vorteile alternativer endovaskulärer Verfahren.
- Die Möglichkeit, dass nach der ursprünglichen endovaskulären Reparatur eine offene chirurgische oder Interventionsreparatur des Aneurysmas erforderlich werden kann.

Zusätzlich zu den Risiken und Nutzen einer endovaskulären Reparatur sollte der Arzt beurteilen, inwieweit der Patient willens und in der Lage ist, der postoperativen Nachsorge Folge zu leisten. Im Folgenden sind weitere Themen aufgeführt, die mit dem Patienten hinsichtlich der Erwartungen für die Zeit nach der endovaskulären Reparatur zu besprechen sind:

- Über das langfristige Verhalten der endovaskulären Prothese ist derzeit nichts bekannt. Die Patienten sollten darauf hingewiesen werden, dass die endovaskuläre Therapie eine lebenslange Nachsorge erforderlich macht, die regelmäßig zur Überwachung des Gesundheitszustandes und des Verhaltens der endovaskulären Prothese erforderlich ist. Patienten mit spezifischen klinischen Befunden (z. B. Endoleaks, Vergrößerung des Aneurysmas oder Änderungen in der Struktur oder Position der endovaskulären Prothese) sollten zusätzliche Nachsorgeuntersuchungen erhalten. Spezifische Nachsorge Richtlinien werden in **Abschnitt 11, Bildgebungsrichtlinien und nachoperative Versorgung**, besprochen.

8 LIEFERFORM

Die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch wird steril (100 % Ethylenoxid) und vorgeladen in Aufreißverpackungen geliefert.

Dieses Produkt ist nur zum Gebrauch bei einem einzigen Patienten bestimmt. Kein Teil des Produkts darf wiederverwendet, aufbereitet oder resterilisiert werden. Die Wiederverwendung, Aufbereitung oder Resterilisation kann die Struktur des Produkts beeinträchtigen und/oder zu einem Ausfall des Produkts führen, was wiederum Verletzungen, Erkrankungen oder den Tod des Patienten verursachen kann. Bei einer Wiederverwendung, Aufbereitung oder Resterilisation besteht u. U. auch das Risiko einer Kontamination des Produkts und/oder Infektion bzw. Kreuzinfektion des Patienten, u. a. auch durch die Übertragung von Infektionskrankheiten von einem Patienten auf einen anderen. Eine Kontamination des Produkts kann Verletzungen, Erkrankungen oder den Tod des Patienten verursachen. Produkt und Packung auf Schäden überprüfen, die während des Transports aufgetreten sein können. Produkt nicht verwenden, wenn es beschädigt ist oder die Sterilbarriere geschädigt oder durchbrochen wurde. Ein beschädigtes Produkt nicht verwenden und an Cook zurücksenden.

Vor dem Gebrauch sicherstellen, dass die richtigen Produkte (Anzahl und Größe) für den Patienten geliefert wurden. Dazu das Produkt mit der Verordnung des Arztes für den jeweiligen Patienten vergleichen. Nicht nach dem auf dem Etikett angegebenen Verfallsdatum verwenden. Kühl und trocken lagern.

Die Zenith Branch endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese ist auf eine Flexor-Einführschleuse der Größe 20 Fr vorgeladen. Die Oberfläche der Schleuse ist außen hydrophil beschichtet, was nach Befeuchten die Gleitfähigkeit verbessert. Zur Aktivierung dieser hydrophilen Beschichtung muss die Außenseite mit in Kochsalzlösung getränkten Kompressen der Größe 10 cm x 10 cm abgewischt werden.

Zenith Branch endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese und Platzierungssysteme sind in den folgenden Längen und Durchmessern erhältlich:

Nachbestellnummer ¹	Proximaler Durchmesser	Distaler Durchmesser	Seitenast-Durchmesser ²	French-Größe	Einführschleuse (Innen-Ø / Außen-Ø)	Länge des A.-iliaca-Segments communis	externa	Gesamtlänge der Prothese
ZBIS-10-45-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm
ZBIS-10-61-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm
ZBIS-10-45-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm
ZBIS-10-61-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm
ZBIS-12-45-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm
ZBIS-12-61-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm
ZBIS-12-45-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm
ZBIS-12-61-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm

¹ZBIS-XX-YY-ZZ ist die iliakale Bifurkationsprothese, wobei XX der distale Durchmesser, YY die Länge des A.-iliaca-communis-Segments (Länge vom proximalen Prothesenrand zur Spitze des Seitenasts) und ZZ die Länge des A.-iliaca-externa-Segments (Länge von der Spitze des Seitenasts zum distalen Prothesenrand) ist.

²Der Seitenast besitzt einen Nitinol-Z-Stent von 6 mm Durchmesser, der jedoch während der Entfaltung des ballonexpandierbaren gecoverten peripheren Stents auf 8 mm aufgeweitet werden sollte.

Die Zenith iliakalen Schenkel und Platzierungssysteme zur Verwendung mit der Zenith Branch endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese sind in den folgenden Längen und Durchmessern erhältlich:

Nachbestellnummer ¹	Durchmesser des iliakalen Schenkels	French-Größe	Einführschleuse (Innen-Ø / Außen-Ø)	Arbeitslänge des iliakalen Schenkels ²
TFLE-16-YY	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	37, 54, 71, 88 mm
ZSLE-16-YY-ZT	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	39, 56, 74, 90 mm
ZISL-16-YY	16 mm	12 Fr	(4,0 mm / 4,7 mm)	42, 59, 77, 93 mm

¹Beispiel: TFLE-XX-YY ist der iliakale Schenkel, wobei XX der Durchmesser und YY die Arbeitslänge des iliakalen Schenkels ist.

²Gesamtschenkelänge = Arbeitslänge + 22 mm für den Ansatzstent (bei TFLE und ZSLE) und 29,1 mm für den Ansatzstent (bei ZISL).

9 INFORMATIONEN ZUM KLINISCHEN EINSATZ

9.1 Ärzteschulung

VORSICHT: Während der Implantation oder einer Reintervention sollte für den Fall, dass eine Umstellung auf eine offene chirurgische Reparatur erforderlich wird, stets ein Gefäßchirurgieteam zur Verfügung stehen.

VORSICHT: Die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch mit dem Einführsystem H&L-B One-Shot darf nur von Ärzten und Teams verwendet werden, die mit der Technik von interventionellen Gefäßoperationen sowie mit der allgemeinen Verwendung von Zenith-Produkten und speziell dieser Prothese vertraut sind. Die empfohlenen Fähigkeiten und Kenntnisse für Ärzte für den Einsatz der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch mit dem Einführsystem H&L-B One-Shot sind im Folgenden aufgeführt:

Patientenauswahl:

- Kenntnis des natürlichen Verlaufs abdominalen Aortenaneurysmen (AAA) und mit der AAA-Reparatur assoziierter Komorbiditäten.
- Die für die Interpretation von Röntgenbildern, für Produktauswahl und -größenbestimmung erforderlichen Kenntnisse.

Ein multidisziplinäres Team, in dem Erfahrungen mit den folgenden Verfahren vorhanden sind:

- Chirurgischer Zugang zur A. femoralis, Arteriotomie und Reparatur
- Perkutane Zugangs- und Verschlussstechniken
- Nicht selektive und selektive Führungsdraht- und Kathetertechniken
- Interpretation fluoroskopischer und angiographischer Aufnahmen
- Embolisation
- Angioplastie
- Platzierung endovaskulärer Stents
- Schlingentechniken
- Angemessener Einsatz von Röntgenkontrastmitteln
- Methoden zur Minimierung der Strahlenbelastung
- Kompetenz in den erforderlichen Nachsorgemodalitäten

9.2 Überprüfung vor dem Gebrauch

Produkt und Packung auf Schäden überprüfen, die während des Transports aufgetreten sein können. Produkt nicht verwenden, wenn es beschädigt ist oder die Sterilbarriere geschädigt oder durchbrochen wurde. Ein beschädigtes Produkt nicht verwenden und an COOK zurücksenden. Vor dem Gebrauch sicherstellen, dass die richtigen Produkte (Anzahl und Größe) für den Patienten geliefert wurden. Dazu das Produkt mit der Verordnung des Arztes für den jeweiligen Patienten vergleichen.

9.3 Erforderliche Materialien

(Nicht im Lieferumfang des iliakalen Bifurkationssystems enthalten)

- Zenith Prothese mit iliakalem Schenkel [z. B. TFLE-16-(37,54,71,88), ZSLE-16-(39,56,74,90)-ZT, ZISL-16-(42,59,77,93)]
- Zenith Bifurkationsprothese (z. B. Zenith endovaskuläre AAA-Prothese)
- Hilfskomponenten für die endovaskuläre AAA-Prothese Zenith
- Für die digitale Angiographie geeignetes Fluoroskop (mit C-Bogen oder feststehendes Gerät)

Tabelle 9.5.1 Durchmesserbestimmungstabelle für endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothesen Zenith Branch* (A.-iliaca-externa-Segment)

Durchmesser der zu behandelnden A. iliaca externa ^{1,2}	Durchmesser des Branch-Schenkels für die A. iliaca externa ³	French-Größe	Einführschleuse (Innen-Ø / Außen-Ø)
8 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
9 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
10 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
11 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)

¹Maximaldurchmesser entlang der distalen Befestigungsstelle.

²Den gemessenen Iliakadurchmesser auf den nächsten mm-Wert runden.

³Die Wahl des Durchmessers kann durch weitere Überlegungen beeinflusst werden.

*Bei allen Abmessungen handelt es sich um Nennwerte.

Der Durchmesser der Prothese mit iliakalem Schenkel (z. B. TFLE, ZSLE, ZISL), durch die eine Zenith AAA-Prothese mit der Zenith Branch endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese verbunden wird, beträgt 16 mm.

Der ballonexpandierbare gecoverte periphere Stent muss sich im Seitenast der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch auf 8 mm aufweiten, sollte jedoch für die A. iliaca interna nach den Anweisungen des Herstellers dimensioniert werden.

- Kontrastmittel
- Spritze
- Heparinisierte Kochsalzlösung
- Ballonexpandierbarer gecoverter peripherer Stent
- Ballons entsprechender Größe

9.4 Empfohlene Materialien

(Nicht im Lieferumfang des iliakalen Bifurkationssystems enthalten)

Die folgenden Produkte werden empfohlen.

Führungsdrähte

- Extrasteifer Führungsdraht der Stärke 0,035 Inch (0,89 mm), 260 cm, z. B.:
 - Extrasteife Cook Lunderquist (LES) Führungsdrähte
 - Ultrasteife Cook Amplatz Führungsdrähte (AUS2)
- Standard-Führungsdraht der Stärke 0,035 Inch (0,89 mm), z. B.:
 - Führungsdrähte der Stärke 0,035 Inch (0,89 mm) von Cook
- Hydrophiler Führungsdraht der Stärke 0,018 Inch (0,46 mm)
- Hydrophiler Führungsdraht der Stärke 0,035 Inch (0,89 mm), 260 cm, z. B.:
 - Cook Nimble™ Führungsdrähte
- Wechselführungsdraht der Stärke 0,035 Inch (0,89 mm), 260 cm, z. B.:
 - Cook Roadrunner® PC-Führungsdraht
 - Extrasteifer Cook Amplatz Führungsdraht (AES)
 - Cook Rosen Führungsdraht

Modellierungsbällons

- Cook CODA® Ballonkatheter (32 mm)

Einführsets (7 Fr [2,3 mm Innendurchmesser], 8 Fr [2,7 mm Innendurchmesser], 10 Fr [3,3 mm Innendurchmesser] und 12 Fr [4,0 mm Innendurchmesser])

- Cook Check-Flo® Einführsets
- Cook Flexor Check-Flo Einführinstrumente
- Cook Flexor Check-Flo Einführinstrumente mit Raabe-Modifikation
- Extragroße Cook Check-Flo Einführsets
- Kontralaterale Einführinstrumente Flexor Balkin Up & Over® von Cook
- Cook Flexor Führungsschleusen

Katheter

- Messkatheter, z. B.:
 - Cook Auros® Katheter zur Größenbestimmung in cm
- Angiographiekatheter mit röntgendichter Spitze, z. B.:
 - Cook Angiographiekatheter mit Beacon® Spitze
 - Cook Royal Flush®-Katheter mit Beacon Spitze

Einführnadeln

- Einwandige Einführnadeln von Cook

Schlinge

- Intravaskuläres Rückhol-Set nach Dotter

9.5 Richtlinien zur Bestimmung des Prothesendurchmessers

Die Wahl des Durchmessers sollte sich an der Messung von Gefäßaußenwand zu Gefäßaußenwand, nicht am Durchmesser des Lumens orientieren. Bei der Wahl einer zu geringen oder zu großen Größe kann es zu unvollständiger Abdichtung oder einer Beeinträchtigung der Durchblutung kommen.

10 GEBRAUCHSANWEISUNG

Vor Gebrauch der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch mit dem Einführsystem H&L-B One-Shot diese Broschüre mit den Empfehlungen zum Gebrauch durchlesen. Die folgenden Anweisungen stellen grundlegende Richtlinien für die Platzierung der Prothese dar. Abweichungen von den nachfolgend beschriebenen Verfahren können erforderlich sein. Diese Anweisungen sollen den Arzt bei seinen Entscheidungen unterstützen, nicht dessen Fachkompetenz ersetzen.

Allgemeine Informationen zum Gebrauch

Bei der Arbeit mit der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch und dem H&L-B One-Shot-Einführsystem sind die üblichen Methoden zur Platzierung von arteriellen Zugangsschleusen, Führungskathetern, Angiographiekathetern und Führungsdrähten anzuwenden. Die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch mit dem H&L-B One-Shot-Einführsystem ist kompatibel mit Führungsdrähten der Stärke 0,035 Inch (0,89 mm).

Allgemeine Informationen zur Platzierung

Die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch ist zur Platzierung über die A. iliaca communis auf der Seite des zu behandelnden Aneurysmas in der A. iliaca communis vorgesehen. Eine Zenith AAA-Prothese wird auf der gegenüberliegenden Seite der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch eingeführt.

Die verschiedenen Komponenten sollten in folgender Reihenfolge platziert werden:

1. Einsetzen der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch, einschließlich Platzierung des ballonexpandierbaren gecoverten peripheren Stents (über die Iliaka) in der A. iliaca interna.
2. Einsetzen der Zenith AAA-Prothese (durch die gegenüberliegende Iliaka).
3. Einsetzen der Zenith Prothese mit iliakalem Schenkel (z. B. TFLE, ZSLE, ZISL) über den Zugangspunkt der Zenith Branch endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese im kontralateralen (d. h. kurzen) Ansatz der abdominalen Prothese, die das Lumen der abdominalen Prothese mit der Zenith Branch endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese verbindet.
4. Einsetzen der Zenith Prothese mit iliakalem Schenkel (z. B. TFLE, ZSLE, ZISL) im ipsilateralen (d. h. langen) Ansatz der Zenith AAA-Prothese (falls erforderlich).

Die Präimplantationsphase bestimmende Faktoren

Anhand der Präimplantationsplanung sicherstellen, dass die richtige Prothese ausgewählt wurde. Die Richtgrößen sind:

1. Die zur Einführung des Platzierungssystems gewählte A. femoralis (d. h. die Festlegung der relevanten Iliaka).
2. Angulation der Iliakalarterien.
3. Durchmesser der relevanten distalen Iliakalgefäße.
4. Abstand von der Aortengabelung zur Hypogastrika (A. iliaca interna) und zur/zu den Befestigungsstelle(n).
5. Der Grad der Gefäßverkalkung ist zu berücksichtigen.

Vorbereitung des Patienten

1. Die Vorschriften der jeweiligen Einrichtung zu Anästhesie, Antikoagulanzen und Vitalzeichenüberwachung beachten.
2. Den Patienten so auf dem Aufnahmetisch positionieren, dass eine fluoroskopische Darstellung vom Aortenbogen bis zu den femoralen Gabelungen möglich ist.
3. Unter Anwendung der normalen chirurgischen Verfahren beide Oberschenkelschlagadern freilegen.
4. Für angemessene proximale und distale vaskuläre Kontrolle in beiden Oberschenkelschlagadern sorgen.

10.1 Vorbereitung/Durchspülen der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch

1. Den Transportmandrin mit dem schwarzen Ansatz (aus der inneren Kanüle), den Kanülenschutzschlauch (von der inneren Kanüle) und den Dilatatorspitzenschutz (von der Dilatatorspitze) entfernen. Die Peel-Away-Schleuse von der Rückseite des Hämostaseventils abnehmen. **(Abbildung 3)** Die Einführschleuse auf der Dilatatorspitze vorschieben, bis der gebogene Katheter nicht mehr freiliegt. Die distale Spitze des Systems anheben und durch den Absperrhahn am Hämostaseventil spülen, bis Flüssigkeit am Nebenport in der Nähe der Spitze der Einführschleuse austritt. **(Abbildung 4)** Fortfahren, bis 20 mL Spüllösung vollständig durch die Prothese gespült wurden. Die Spülung beenden und den Absperrhahn am Verbindungsschlauch schließen.

HINWEIS: Zum Spülen der Prothese wird immer heparinisierte Kochsalzlösung verwendet.

HINWEIS: Sicherstellen, dass das Hämostaseventil Captor an der Einführschleuse Flexor geöffnet ist. **(Abbildung 5)**

2. Eine Spritze mit heparinisierte Kochsalzlösung am Ansatz der inneren Kanüle anschließen. Spülen, bis Flüssigkeit an der distalen Dilatatorspitze austritt. **(Abbildung 6)**

HINWEIS: Beim Spülen des Systems das distale Ende des Systems hoch halten, damit die Luft besser entweichen kann.

3. Den vorgeladenen Führungsdraht aus dem Platzierungssystem entfernen.
4. Eine Spritze mit heparinisierte Kochsalzlösung am Luer-Ansatz des vorgeladenen Katheters anbringen. Spülen, bis Flüssigkeit an der distalen Katheterspitze austritt.
5. Einen geeigneten hydrophilen Führungsdraht mit Nitinolseele, 0,018 Inch (0,46 mm) oder 0,035 Inch (0,89 mm) und 260 cm lang, in den vorgeladenen Katheter einführen.
6. Kompressen (10 cm x 10 cm) in Kochsalzlösung tränken und die Flexor-Einführschleuse damit abwischen, um die hydrophile Beschichtung zu aktivieren. Sowohl Schleuse als auch Dilatatorspitze reichlich hydratisieren.

10.2 Gefäßzugang und Angiographie

1. Die ausgewählte(n) Oberschenkelschlagader(n) unter Verwendung der normalen Methoden mit einer Arterienkanüle der Größe Ultra dünn 18 oder 19 punktieren. Nach dem Gefäßzugang folgende Vorrichtungen einführen:
 - Führungsdrähte – üblicher Führungsdraht, Durchmesser 0,035 Inch (0,89 mm), Länge 145 cm, J-Spitze oder Benson-Führungsdraht
 - Schleusen geeigneter Größe (z. B. 5 Fr (1,7 mm Innendurchmesser) und 8 Fr (2,7 mm Innendurchmesser))
 - Spülkatheter (oft röntgendichte Messkatheter, z. B. Zentimeter-Messkatheter oder gerader Spülkatheter)

HINWEIS: Eine Schleuse der Größe 8 Fr (2,7 mm Innendurchmesser), die auf der kontralateralen Seite in die untere Aorta abdominalis vorgeschoben wurde, verwenden.

2. Angiographie durchführen, um die Position der Aortengabelung und A. iliaca interna auf der Implantationsseite der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch zu bestimmen.

10.3 Platzierung der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch

1. Sicherstellen, dass das Platzierungssystem mit heparinisierte Kochsalzlösung gespült und sämtliche Luft daraus entfernt wurde.
2. Systemisch Heparin geben und die Spüllösungen überprüfen. Nach jedem Katheter- und/oder Führungsdrahtwechsel spülen.

HINWEIS: Während des gesamten Eingriffs den Gerinnungsstatus des Patienten überwachen.

3. Auf der Implantationsseite der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch den J-Draht durch einen steifen Führungsdraht (AUS oder LES) mit 0,035 Inch (0,89 mm) Durchmesser und 260 cm Länge ersetzen und diesen durch den Katheter und bis in die obere Brustschlagader (Aorta thoracica) vorschieben. Den Spülkatheter und die Schleuse entfernen. Die Führungsdrahtposition beibehalten.

HINWEIS: Der Situs und die Ausrichtung des Ursprungs der A. iliaca interna sowie der Aortengabelung sollten vor der Prothesenimplantation anhand von prä- und intraoperativen Röntgenaufnahmen bestimmt werden.

4. Vor der Implantation die Ausrichtung des Seitenastsegments unter Fluoroskopie prüfen, um seine Position und ordnungsgemäße Ausrichtung mit der Anatomie sicherzustellen.

HINWEIS: Die Prothese ist zu diesem Zeitpunkt zwar vollständig von der äußeren Schleuse bedeckt, diese Aufnahme mit zurückgezogener Schleuse zeigt jedoch die vier röntgendichten Goldmarkierungen, die mit dem lateralen Teil des Seitenasts und der Kerbe für den bereits platzierten Katheter fluchten. **(Abbildung 7)**

HINWEIS: Die zweite Markierung vom distalen Ende (2D) ist die Zielmarkierung für die proximalste Position des proximalen Endes des gecoverten Stents, der den Seitenast in die A. iliaca interna verläßt. Die zweite Markierung vom proximalen Ende (2P) ist die Zielmarkierung für die distalste Position des distalen Endes der Schenkelverlängerung, die den iliakalen Seitenast mit der Bifurkationsprothese verbindet, die oberhalb der Aortengabelung eingesetzt wird.

HINWEIS: Die Ausrichtung kann durch Sichtprüfung bestätigt werden, da die Kerbe in der Spitze des konisch verlaufenden Dilators (Austrittsstelle des vorgeladenen Führungsdrahts aus dem System) mit dem Seitenast fluchtet.

5. Das Platzierungssystem der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch über den Führungsdraht in die Iliaka einführen, bis sich die Spitze des bereits platzierten Katheters in der Kerbe der Dilatorspitze unterhalb der äußeren Schleuse knapp oberhalb der Aortengabelung und in korrekter Drehausrichtung mit dem Ursprung der gegenüberliegenden A. iliaca communis befindet. **(Abbildung 8)**

VORSICHT: Beim Einbringen des Platzierungssystems die Position des Führungsdrahts beibehalten.

VORSICHT: Um interne Verwindungen in der endovaskulären Prothese zu verhindern, ist sorgfältig darauf zu achten, dass bei einer Drehung des Platzierungssystems alle Komponenten des Systems (von der äußeren Schleuse bis zur inneren Kanüle) zusammen gedreht werden.

HINWEIS: Die Position der Katheterspitze kann durch leichtes Vorschieben des hydrophilen Führungsdrahts durch die Spitze des Katheters ggf. besser dargestellt werden.

10.4 Platzierung des durchgehenden Führungsdrahts

1. Den hydrophilen Führungsdraht und den Katheter in die Aorta vorschieben. Den Führungsdraht zum Einfangen positionieren, indem er nach Bedarf durch die Spitze des gebogenen Katheters vorgeschoben wird.
2. Eine geeignete Schlinge durch die Zugangsschleuse in der gegenüberliegenden Iliakalarterie einführen, die Spitze des hydrophilen Führungsdrahts damit aufnehmen und durchziehen, sodass ein durchgehender Führungsdraht entsteht. **(Abbildung 9)**

VORSICHT: Während dieses Verfahrens sollte der hydrophile durchgehende Führungsdraht vorgeschoben werden, sodass an der Aortengabelung stets etwas Spiel bleibt.

10.5 Entfaltung der proximalen endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch

1. Die Schleuse von 8 Fr (2,7 mm Innendurchmesser) über den gegenüberliegenden Ansatz vorschieben, bis sie sich auf der Höhe der Aortengabelung befindet. Eine Angiographie über die Schleuse durchführen, um die Lage der A. iliaca interna auf der Seite der Prothesenimplantation zu bestimmen. **(Abbildung 10)**
2. Sicherstellen, dass das Prothesensystem so ausgerichtet ist, dass sich das distale Ende des Seitenasts (durch die distalste röntgendichte Markierung angezeigt) 10 mm oberhalb des Ursprungs der A. iliaca interna befindet und die Drehausrichtung einen einfachen Zugang zur A. iliaca interna ermöglicht. Wenn sich die röntgendichten Markierungen nicht in der korrekten Position befinden, das gesamte System drehen, bis die Markierungen mit dem Ursprung der A. iliaca interna ausgerichtet sind, bzw. das System nach Bedarf vorschieben oder zurückziehen. **(Abbildung 11)**

VORSICHT: Um interne Verwindungen in der endovaskulären Prothese zu verhindern, ist sorgfältig darauf zu achten, dass bei einer Drehung des Platzierungssystems alle Komponenten des Systems (von der äußeren Schleuse bis zur inneren Kanüle) zusammen gedreht werden.

3. Wenn die Position der Prothese zufrieden stellend ist, den grauen Positionierer (Schaft des Platzierungssystems) stabilisieren und gleichzeitig die äußere Einführschleuse zurückziehen. Die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch entfalten, bis das distale Ende des Seitenasts freigelegt ist. **(Abbildung 12)**
4. Die Schleuse nicht weiter zurückziehen.

WARNUNG: Die Schleuse nicht weiter zurückziehen, da sich ansonsten die A.-iliaca-externa-Komponente entfaltet und weitere Positionsänderungen verhindert.

10.6 Platzierung der „Up-and-Over“-Schleuse

1. Die gegenüberliegende iliakale Zugangsschleuse zurückziehen und den hydrophilen durchgehenden Führungsdraht mit Nitinolseele liegen lassen.
2. Eine „Up-and-Over“-Schleuse geeigneter Größe über den hydrophilen durchgehenden Führungsdraht mit Nitinolseele vorschieben, bis die Spitze des Schleusendilatators die Spitze des vorgeladenen Katheters berührt. **(Abbildung 13)**

HINWEIS: Unter Umständen muss an beiden Enden des Führungsdrahts etwas gezogen werden, um das Vorschieben zu erleichtern.

VORSICHT: Wenn der vorgeladene Katheter nicht über die Aortengabelung vorgeschoben wird, muss bei der Drahtmanipulation äußerst vorsichtig vorgegangen werden, um Gefäßverletzungen zu vermeiden.

3. An beiden Enden des hydrophilen durchgehenden Führungsdrahts (an denen er aus dem vorgeladenen Katheter und aus der „Up-and-Over“-Schleuse austritt) Klemmen anbringen.
4. Die Schleuse weiter über den abgesicherten Führungsdraht schieben und dabei gelegentlich vorsichtig am vorgeladenen Katheter ziehen, sodass die Schleuse und der Katheter über die Bifurkation in die proximale Öffnung der Prothese und aus dem Seitenast heraus geführt werden. (Abbildung 14)

HINWEIS: Abhängig von der Länge der Dilatatorspitze dieser Schleuse muss die Schleuse ggf. über ihre Dilatatorspitze hinaus vorgeschoben werden, um die Platzierung der Schleuse innerhalb des Seitenasts zu gewährleisten.

5. Den Dilator der „Up-and-Over“-Schleuse entfernen.

10.7 Kanülierung der A. iliaca interna

1. Das Hämstaseventil der „Up-and-Over“-Schleuse so weit seitlich wie möglich punktieren und eine geeignete Führungsdraht-/Katheterkombination einführen. (Abbildung 15)
2. Führungsdraht und Katheter durch die „Up-and-Over“-Schleuse in die A. iliaca interna schieben. (Abbildung 16)
3. Den Führungsdraht in der A. iliaca interna gegen einen steiferen Führungsdraht (z. B. Rosen- oder AES-Führungsdraht) auswechseln. Sicherstellen, dass die Platzierung des Führungsdrahts in der A. iliaca interna stabilisiert ist.

10.8 Platzierung des ballonexpandierbaren gecoverten peripheren Stents

1. Den Katheter aus der „Up-and-Over“-Schleuse entfernen (die Schleuse und die Führungsdrähte liegen lassen) und einen vormontierten, ballonexpandierbaren gecoverten peripheren Stent geeigneter Größe über den Führungsdraht bis in die A. iliaca interna schieben. (Abbildung 17)

HINWEIS: Das Vorladen des vormontierten, ballonexpandierbaren gecoverten peripheren Stents in eine zusätzliche Schleuse ist ggf. wünschenswert, um Schutz beim Vorschieben des Stents durch die „Up-and-Over“-Schleuse und in die A. iliaca interna zu bieten. Geeignete Schleusen-/Führungsdraht-/Stent-Kombinationen sind so zu wählen, dass die innere Schleuse koaxial durch die „Up-and-Over“-Schleuse vorgeschoben werden kann, während der durchgehende Draht in Position bleibt.

2. Nach Bedarf anhand angiographischer Aufnahmen bestätigen, dass die Position des ballonexpandierbaren gecoverten peripheren Stents hinsichtlich der Überlappung des Seitenasts und der beabsichtigten Befestigungsstelle in der A. iliaca interna zufrieden stellend ist.

HINWEIS: Wenn der ballonexpandierbare gecoverte periphere Stent entfaltet ist, sollte er den Seitenast der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch um 10–14 mm überlappen.

HINWEIS: Angiographieaufnahmen sollten an dieser Stelle des Verfahrens über die „Up-and-Over“-Schleuse oder über den Katheter in der A. iliaca communis möglich sein.

3. Den hydrophilen durchgehenden Führungsdraht mit Nitinolseele und den vorgeladenen Katheter entfernen.
4. Die Position der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch im Bedarfsfall korrigieren, sodass sich die distale Öffnung des Seitenasts im Verhältnis zum Ursprung der A. iliaca interna an einer geeigneten Stelle befindet.

10.9 Entfaltung der distalen endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch

1. Die Einführschleuse der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch zurückziehen, bis die A.-iliaca-externa-Komponente vollständig entfaltet ist. (Abbildung 18)

Empfohlene Überlappung der Zenith Prothese mit iliakalem Schenkel, die den kontralateralen Ansatz der Zenith Bifurkationsprothese mit der Zenith Branch endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese verbindet

Überlappung in den kontralateralen Ansatz der Zenith Bifurkationsprothese	Mindestens 1 ¼ Stentlängen
	Maximal 1 ¾ Stentlängen
Überlappung in den Korpus der endovaskulären Prothese Zenith Branch	Mindestens 1 ½ Stentlängen
	Maximal bis zur zweiten Markierung am proximalen Ende der Prothese

5. Mit der Entfaltung der Zenith Bifurkationsprothese, wie in der entsprechenden Gebrauchsanweisung beschrieben, fortfahren.

10.12 Einführen des Modellierungsballons

HINWEIS: Vor der Verwendung des Modellierungsballons alle Hilfskomponenten vorsichtig entfernen.

1. Für die Zenith Bifurkationsprothese, wie in der entsprechenden Gebrauchsanweisung beschrieben, einen Modellierungsballon verwenden.
2. Für die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch den Modellierungsballon wie folgt vorbereiten:
 - Das Drahtlumen mit heparinisierter Kochsalzlösung spülen
 - Luft vollständig aus dem Ballon entfernen
3. Zur Vorbereitung der Einführung des Modellierungsballons das Hämstaseventil Captor öffnen. Dazu gegen den Uhrzeigersinn drehen.
4. Den Modellierungsballon über den steifen Führungsdraht und durch das Captor-Hämstaseventil des Einführsystems der Zenith Branch endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese zur Überlappung zwischen dem gemeinsamen iliakalen Segment der Zenith Branch endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese und der Zenith[®] Prothese mit iliakalem Schenkel (z. B. TFLE, ZSLE, ZISL) schieben und aufweiten.

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

VORSICHT: Vor der Repositionierung des Modellierungsballons muss das Hämstaseventil Captor geöffnet sein.

HINWEIS: Bei der Ballonmodellierung in der Nähe der Gabelung der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch sicherstellen, dass der Ballon die Gabelung nicht überschreitet.

HINWEIS: In der Nähe des Seitenasts keine Ballonmodellierung vornehmen, um eine Beeinträchtigung des ballonexpandierbaren Stents zu vermeiden.

2. Die Sicherheitssperre des schwarzen Auslösedrahtmechanismus entfernen. Den Auslösedraht unter fluoroskopischer Beobachtung zurückziehen und entfernen. Dazu den schwarzen Auslösedrahtmechanismus vom Griff abschieben und anschließend durch dessen Kerbe über die innere Kanüle entfernen. (Abbildung 19)

HINWEIS: Der distale Stent wird noch durch den Auslösedraht gesichert.

10.10 Entfaltung des ballonexpandierbaren gecoverten peripheren Stents

1. Die „Up-and-Over“-Schleuse auf eine geeignete Position zurückziehen, die das Entfalten des ballonexpandierbaren gecoverten peripheren Stents ermöglicht.
2. Den ballonexpandierbaren gecoverten peripheren Stent entfalten und im Bedarfsfall weitere Ballonmodellierungen vornehmen. (Abbildung 20)

HINWEIS: Der ballonexpandierbare gecoverte periphere Stent sollte im Seitenast der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch auf mindestens 8 mm aufgeweitet und so weit expandiert werden, dass die Abdichtung gegenüber der A. iliaca interna erzielt wird.

HINWEIS: Der ballonexpandierbare gecoverte periphere Stent sollte den Seitenast der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch um mindestens 10 mm (jedoch maximal bis zur zweiten Markierung am distalen Ende des Seitenasts) und die distale Befestigungsstelle in der A. iliaca interna um mindestens 10 mm (vorzugsweise 20–30 mm) überlappen.

HINWEIS: Den Ballon noch nicht aus dem Seitenastsegment der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch entfernen.

3. Die Sicherheitssperre des weißen Auslösedrahtmechanismus entfernen. Den Auslösedraht unter fluoroskopischer Beobachtung zurückziehen und entfernen. Dazu den weißen Auslösedrahtmechanismus vom Griff abschieben und anschließend durch dessen Kerbe über die innere Kanüle entfernen. (Abbildung 21)
4. Den Ballon im Seitenastsegment erneut insufflieren, um die Prothese zu stabilisieren, und das Einführsystem durch die Prothese hindurch in die Einführschleuse zurückziehen.

VORSICHT: Sorgfältig darauf achten, dass die endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese Zenith Branch beim Zurückziehen des Einführsystems oder beim Vorschieben anderer Komponenten nicht verschoben oder beschädigt wird.

HINWEIS: Sicherstellen, dass der Führungsdraht in einer zur Kanülierung der Zenith AAA-Prothese geeigneten Position bleibt.

5. Den Ballon entleeren und entfernen.
6. Durchgehenden Führungsdraht und „Up-and-Over“-Schleuse in die gegenüberliegende A. iliaca communis zurückziehen.

10.11 Entfaltung der Zenith AAA-Prothese und des iliakalen Prothesenschenkels

1. Einen Katheter und den steifen Führungsdraht (AUS oder LES) mit einer Standardstärke von 0,035 Inch (0,89 mm) und 260 cm Länge durch den Zugang zur A. iliaca in die gegenüberliegende Seite der Zenith Branch endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese einführen.
2. Vorhandene Schleusen und Katheter entfernen und den Hauptkörper der Zenith Bifurkationsprothese gemäß den standardmäßigen Zenith Vorschriften einführen und entfalten (siehe Gebrauchsanweisung der entsprechenden Zenith Prothese).
3. Den kurzen (kontralateralen) Ansatz der Zenith Bifurkationsprothese durch die Zenith Branch endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese kanülieren.
4. Eine Prothese mit iliakalem Schenkel (z. B. TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX) von angemessener Länge durch die Zenith Branch endovaskuläre iliakale Bifurkationsprothese entfalten, sodass die empfohlene Überlappung, wie nachfolgend dargestellt, erzielt wird.

5. Den Modellierungsballon an die distale Befestigungsstelle der endovaskulären iliakalen Bifurkationsprothese Zenith Branch zurückziehen und expandieren.

VORSICHT: Den Ballon nicht außerhalb der Prothese im Gefäß insufflieren.

6. Den Modellierungsballon entfernen und durch einen Angiographiekatheter für die Durchführung der abschließenden Angiogramme ersetzen.
7. Alle steifen Führungsdrähte entfernen oder ersetzen, sodass die Aa. iliacae wieder ihre natürliche Lage einnehmen können.

10.13 Abschließendes Angiogramm

1. Den Angiographiekatheter knapp oberhalb der Aortengabelung positionieren. Angiographieaufnahmen anfertigen, um zu bestätigen, dass die A. iliaca communis und die zugehörige A. iliaca interna durchgängig sind und dass keine Endoleaks vorliegen.
2. Bestätigen, dass keine Endoleaks oder Knickpunkte vorhanden sind. Schleusen, Drähte und Katheter entfernen.

HINWEIS: Wenn Endoleaks oder andere Probleme vorliegen, die eine Intervention erforderlich machen, die Verwendung weiterer Hilfskomponenten der Zenith AAA-Prothese in Betracht ziehen.

3. Gefäße verschließen und mit normalen chirurgischen Verfahren den Wundverschluss durchführen.

11 BILDGEBUNGSRICHTLINIEN UND NACHOPERATIVE VERSORGUNG

Bitte die Bildgebungsrichtlinien und die Anforderungen für die nachoperative Versorgung in **Tabelle 11** beachten.

Tabelle 11 Zeitplan für die Bildgebung

	Prä-OP	Intra-OP	Post-OP	30 Tage	6 Monate	12 Monate	24 Monate
CT	X		X ¹	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹
KUB (Supinierte Röntgenaufnahme, Nieren, Ureteren und Blase)			X	X	X	X	X
Angiographie	X	X					

¹Bei Patienten mit Nierenversagen oder Patienten, bei denen aus anderen Gründen keine CT-Untersuchung mit Kontrastmittel möglich ist, kann auch eine Duplexultraschalluntersuchung durchgeführt werden.

ΕΛΛΗΝΙΚΑ

ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΟ ΜΟΣΧΕΥΜΑ-ΔΙΧΑΣΜΟΣ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ZENITH® BRANCH ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ H&L-B ONE-SHOT™

Διαβάστε όλες τις οδηγίες προσεκτικά. Εάν δεν ακολουθήσετε σωστά τις οδηγίες, τις προειδοποιήσεις και τις προφυλάξεις, ενδέχεται να προκληθούν σοβαρές συνέπειες ή τραυματισμός του ασθενούς.

Για πληροφορίες σχετικά με άλλα εξαρτήματα Zenith, παρακαλούμε ανατρέξτε στις κατάλληλες οδηγίες χρήσης.

1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ

1.1 Ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμός λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch

Το ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμός λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch είναι ένα μόσχευμα αγγείου διχλωτού κλάδου με ανοίγματα για τη σύνδεση των τμημάτων της κοινής λαγονίου αρτηρίας, του πλευρικού κλάδου και της έξω λαγονίου αρτηρίας. (Σχήμα 1)

Το μόσχευμα κατασκευάζεται από υφαντό πολυεστερικό ύφασμα πλήρους πάχους, ραμμένο σε αυτοεπεκτινόμενες ενδοπροσθέσεις Cook-Z® από ανοξείδωτο χάλυβα και Nitinol, με ράμμα από πλεκτό πολυεστέρα και μονόκλωστο πολυεστέλιο. Το μόσχευμα είναι πλήρως ενδοπροσθέσεων για την παροχή σταθερότητας και της δυναμικής επέκτασης που είναι απαραίτητες για τη διάνοιξη του αλού του μοσχεύματος κατά τη διάρκεια της έκπτυξης. Δακτύλιο από Nitinol τοποθετημένοι στο εγγύς άκρο του μοσχεύματος και εντός του πλευρικού κλάδου βοηθούν στη διατήρηση της βατότητας του αλού κατά τη διάρκεια της πρόσβασης. Επιπλέον, οι ενδοπροσθέσεις Cook-Z παρέχουν την απαραίτητη στεγανοποίηση του μοσχεύματος στο αγγειακό τοίχωμα.

Για τη διευκόλυνση της ακτινοσκοπικής απεικόνισης του μοσχεύματος της ενδοπρόσθεσης, τέσσερις ακτινοσκοπικοί χρυσοί δείκτες είναι τοποθετημένοι κατά μήκος της πλευράς της έσω λαγονίας αρτηρίας του εγγύς τμήματος του μοσχεύματος για την υπόδειξη της θέσης του τμήματος του πλευρικού κλάδου.

Απαιτούνται πρόσθετα εξαρτήματα, όπως μοσχεύματα λαγονίου σκέλους Zenith (π.χ. TFLE, ZSLE, ZISL) και καλυμμένες περιφερικές ενδοπροσθέσεις επεκτινόμενες με μπαλόνι. Κάθε μεμονωμένη συσκευή έχει το δικό της ξεχωριστό σύστημα τοποθέτησης. Παρακαλούμε ανατρέξτε στις σχετικές οδηγίες χρήσης.

1.2 Σύστημα τοποθέτησης ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch

Το ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμός λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch αποστέλλεται προτοποθετημένο στο σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot. (Σχήμα 2) Περιλαμβάνει μια μέθοδο διαδοχικής έκπτυξης με ενσωματωμένα χαρακτηριστικά για την παροχή συνεχούς ελέγχου του ενδαγγειακού μοσχεύματος καθόλη τη διάρκεια της διαδικασίας έκπτυξης.

Το εγγύς άκρο του μοσχεύματος είναι προσαρτημένο στο σύστημα τοποθέτησης με δύο σύρματα ενεργοποίησης από Nitinol. Το περιφερικό άκρο του μοσχεύματος είναι επίσης προσαρτημένο στο σύστημα τοποθέτησης και συγκρατείται από ένα ανεξάρτητο σύρμα ενεργοποίησης από ανοξείδωτο χάλυβα. Το σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot καθιστά δυνατή την ακριβή τοποθέτηση και επιτρέπει την επαναπροσαρμογή της τελικής θέσης του μοσχεύματος πριν από την πλήρη έκπτυξη. Το σύστημα τοποθέτησης χρησιμοποιεί ένα σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot 20 Fr (εσ. διάμ. 6,7 mm), το οποίο περιλαμβάνει τδσο έναν προτοποθετημένο καθετήρα, που χρησιμοποιείται για τη διευκόλυνση του καθετηριασμού του πλευρικού κλάδου και έναν συμμετικό οδηγό, που χρησιμοποιείται για να διασφαλιστεί ότι ο αλός του καθετήρα διατηρείται κατά τη διάρκεια της τοποθέτησης και της απόσπασης. Όλα τα συστήματα είναι συμβατά με συμπίστο οδηγό 0,035 inch (0,89 mm). Για πρόσθετη αιμόσταση, μπορείτε να ξεσφίξετε ή να σφίξετε την αιμοστατική βαλβίδα Captor για την εισαγωγή ή/και την αφαίρεση βοηθητικών συσκευών εντός και εκτός του θηκαρίου.

Το σύστημα τοποθέτησης ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch διαθέτει ένα θηκάρει εισαγωγέα Flexor® το οποίο είναι ανθεκτικό στη στρέβλωση και φέρει υδρόφιλη επικάλυψη. Αμφότερα τα χαρακτηριστικά προσορίζονται για την ενίσχυση της στερετικότητας στις λαγόνιες αρτηρίες και στην κοιλιακή αορτή. Επιπλέον, ο προτοποθετημένος καθετήρας είναι κυρτός προκειμένου να ενισχύσει την ικανότητα τοποθέτησης του συμπίστο οδηγού κατά τη διάρκεια της διαδικασίας σύλληψης με βρόχο.

1.3 Πρόσθετα εξαρτήματα

Απαιτούνται επίσης επιπλέον εξαρτήματα (μόσχευμα λαγονίου σκέλους, επεκτινόμενες με μπαλόνι, καλυμμένη περιφερειακή ενδοπρόσθεση).

Διατίθενται μοσχεύματα λαγονίου σκέλους Zenith (π.χ. TFLE, ZSLE, ZISL) και κατασκευάζονται από τα ίδια υλικά που χρησιμοποιούνται για την κατασκευή του ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch. Για όλα τα μοσχεύματα λαγονίου σκέλους Zenith και συστήματα τοποθέτησης, ανατρέξτε στις αντίστοιχες οδηγίες χρήσης για οδηγίες έκπτυξης. Το τμήμα της κοινής λαγονίου του ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch, που τοποθετείται στην κοινή λαγόνια αρτηρία, θα συνδεθεί στο κοντό (ετερόπλευρο) μέλος ενός διχλωτού μοσχεύματος Zenith (π.χ. ενδαγγειακό μοσχεύματος AAA Zenith), μέσω τυπικού λαγονίου σκέλους κατάλληλου μήκους και περιφερικής διαμέτρου 16 mm (π.χ. TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZI, ZISL-16-XX).

Μια επεκτινόμενη με μπαλόνι, καλυμμένη περιφερειακή ενδοπρόσθεση θα εκπτυχθεί εντός του τμήματος του πλευρικού κλάδου και θα επεκταθεί στην έσω λαγόνια αρτηρία. Ανατρέξτε στις οδηγίες χρήσης της συσκευής αυτής για οδηγίες έκπτυξης.

2 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΡΗΣΗΣ

Το ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμός λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch με το σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot ενδείκνυται για την ενδαγγειακή θεραπεία ασθενών με αορτολαγόνιο ή λαγόνιο ανευρύσμα, ανεπαρκή περιφερική θέση στεγανοποίησης εντός της κοινής λαγονίου αρτηρίας και οι οποίοι έχουν μορφολογία κατάλληλη για ενδαγγειακή αποκατάσταση, που περιλαμβάνει:

- Επαρκή λαγόνια/μηνιαία πρόσβαση συμβατή με σύστημα εισαγωγής 20 Fr (εξ. διάμ. 7,7 mm),
- Μη ανευρυσματικό τμήμα καθήλωσης της έξω λαγονίου αρτηρίας περιφερικά προς το ανεύρυσμα:
 - Με μήκος τουλάχιστον 20 mm,
 - Με διάμετρο που μετράται από εξωτερικό τοίχωμα σε εξωτερικό τοίχωμα το πολύ 11 mm και τουλάχιστον 8 mm.
- Μη ανευρυσματικό τμήμα της έσω λαγονίου αρτηρίας περιφερικά προς το ανεύρυσμα:
 - Με μήκος τουλάχιστον 10 mm (με προτιμώμενα τα 20-30 mm)
 - Με διάμετρο αποδεκτή για σωστή στεγανοποίηση.

3 ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Δεν υπάρχουν γνωστές αντενδείξεις για τις συσκευές αυτές.

4 ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ

4.1 Γενικές

- Διαβάστε όλες τις οδηγίες προσεκτικά. Εάν δεν ακολουθήσετε σωστά τις οδηγίες, τις προειδοποιήσεις και τις προφυλάξεις, ενδέχεται να προκληθούν σοβαρές συνέπειες ή τραυματισμός του ασθενούς.
- Το ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμός λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch με το σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot πρέπει να χρησιμοποιείται μόνον από ιατρούς και ομάδες που έχουν εκπαιδευτεί σε αγγειακές επεμβατικές τεχνικές και στη χρήση της συσκευής αυτής.
- Η έλλειψη απεικόνισης αόνηκής τομογραφίας χωρίς σκιαγραφικό μέσο ενδέχεται να οδηγήσει σε αποτυχία εκτίμησης της λαγόνιας ή αορτικής αποτίτάνωσης, η οποία ενδέχεται να αποκλείσει την προσπάθεια ή την αξιόπιστη καθήλωση και στεγανοποίηση της συσκευής.
- Πάχος ανακατασκευής κατά την απεικόνιση προ της διαδικασίας > 3 mm ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα υποβέλτιστο προσδιορισμό μεγέθους της συσκευής ή αποτυχία εκτίμησης των εσιακών στενώσεων από την αόνηκή τομογραφία.
- Η μακροχρόνια απόδοση των ενδαγγειακών μοσχευμάτων δεν έχει ακόμα επιβεβαιωθεί. Όλοι οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται ότι η ενδαγγειακή θεραπεία απαιτεί μακροχρόνια, τακτική παρακολούθηση για την εκτίμηση της υγείας τους και της απόδοσης του ενδαγγειακού μοσχεύματός τους. Ασθενείς με ειδικά κλινικά ευρήματα (π.χ. ενδοδιάρροες, διευρυνόμενα ανευρύσματα ή μεταβολές της δομής ή της θέσης του ενδαγγειακού μοσχεύματος) πρέπει να τελούν υπό αυξημένη παρακολούθηση. Ειδικές κατευθυντήριες οδηγίες παρακολούθησης περιγράφονται στην ενότητα 11, Κατευθυντήριες οδηγίες απεικόνισης και μετεγχειρητική παρακολούθηση.
- Μετά την τοποθέτηση του ενδαγγειακού μοσχεύματος, οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά για ροή περί του μοσχεύματος, ανάπτυξη ανευρύσματος ή μεταβολές της δομής ή της θέσης του ενδαγγειακού μοσχεύματος. Ως ελάχιστο, απαιτείται ετήσια απεικόνιση, η οποία περιλαμβάνει: 1) κοιλιακές ακτινογραφίες για την εξέταση της ακεραιότητας της συσκευής (διαχωρισμός μεταξύ εξαρτημάτων ή θραυσή της ενδοπρόσθεσης) και 2) αόνηκή τομογραφία με και χωρίς σκιαγραφικό μέσο για την εξέταση τυχόν μεταβολών του ανευρύσματος, της ροής περί του μοσχεύματος, της βατότητας, της ελίκωσης των αγγείων και της προοδευτικής νόσου. Σε περίπτωση που αποκλείεται η χρήση σκιαγραφικού μέσου απεικόνισης λόγω νεφρικών επιπλοκών ή άλλων παραγόντων, παρόμοιες πληροφορίες μπορούν να ληφθούν με κοιλιακές ακτινογραφίες και υπέρηχο duplex.
- Το ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμός λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch με το σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot δε συνιστάται σε ασθενείς που δεν είναι σε θέση να υποβληθούν ή οι οποίοι δεν θα συμμορφωθούν με τις απαραίτητες προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές μελέτες απεικόνισης και εμφύτευσης, όπως περιγράφονται στην ενότητα 11, Κατευθυντήριες οδηγίες απεικόνισης και μετεγχειρητική παρακολούθηση.
- Η επέμβαση ή η μετατροπή σε τυπική ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση μετά από αρχική ενδαγγειακή αποκατάσταση πρέπει να εξετάζεται για ασθενείς που παρουσιάζουν διευρυνόμενα ανευρύσματα, μη αποδεκτή μείωση του μήκους καθήλωσης (επικάλυψη αγγείου και εξαρτήματος) ή/και ενδοδιάρροη. Μια αύξηση στο μέγεθος του ανευρύσματος ή/και επίμονη ενδοδιάρροη ενδέχεται να οδηγήσει σε ρήξη ανευρύσματος.
- Ασθενείς που παρουσιάζουν μειωμένη ροή αίματος μέσω του μέλους του μοσχεύματος ή/και διάρροες ενδέχεται να χρειαστεί να υποβληθούν σε δευτερεύουσες παρεμβάσεις ή χειρουργικές επεμβάσεις.
- Να έχετε πάντοτε διαθέσιμη μια ομάδα αγγειοεγχειρουργικής κατά τη διάρκεια των διαδικασιών εμφύτευσης ή επανεπέμβασης, σε περίπτωση που είναι απαραίτητη η μετατροπή σε ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση.
- Η τοποθέτηση ενδαγγειακού μοσχεύματος ενδοπρόσθεσης είναι μια χειρουργική επέμβαση, και μπορεί να παρουσιάσει απώλεια αίματος από διάφορες αιτίες, η οποία σε σπάνιες περιπτώσεις απαιτεί παρέμβαση (συμπεριλαμβανομένης της μετάγγισης αίματος) προκειμένου να αποτραπουν οι ανεπιθύμητες εκβάσεις. Είναι σημαντικό να παρακολουθείται η απώλεια αίματος από την αιμοστατική βαλβίδα καθόλη τη διάρκεια της επέμβασης, αλλά αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό κατά τη διάρκεια και μετά από τον χειρισμό της γκρι διάταξης τοποθέτησης. Μετά από την αφαίρεση της γκρι διάταξης τοποθέτησης, εάν η απώλεια αίματος είναι υπερβολική, εξετάστε το ενδεχόμενο τοποθέτησης μη πληρωμένου μπαλονιού διαμόρφωσης ή διαστολέα συστήματος εισαγωγής εντός της βαλβίδας, περιορίζοντας τη ροή.

4.2 Επιλογή, θεραπεία και παρακολούθηση ασθενούς

- Η διάμετρος (μετρημένη από εσωτερικό τοίχωμα σε εσωτερικό τοίχωμα) και η μορφολογία (ελάχιστη ελίκωση, αποφρακτική νόσος ή/και αποπίπνωση) του αγγείου προσπέλασης πρέπει να είναι συμβατή με τις τεχνικές αγγειακής προσπέλασης και τα συστήματα χορήγησης του προφίλ ενός θηκαρίου αγγειακού εισαγωγέα 20 Fr (εξ. διάμ. 7,7 mm). Αγγεία που φέρουν σημαντική αποτίτάνωση, απόφραξη, ελίκωση ή επένδυση με θρόμβο ενδέχεται να αποκλείουν την τοποθέτηση του ενδαγγειακού μοσχεύματος ή/και να αυξήσουν τον κίνδυνο εμβολής.
- Τα βασικά ανατομικά στοιχεία που ενδέχεται να επηρεάσουν την επιτυχή εξάριση του ανευρύσματος περιλαμβάνουν ελίκωση οπισθομήποτε ή όλων των αγγείων που ενέχονται, λαγόνιες αρτηρίες ανεπαρκούς ή υπερβολικού μεγέθους, περιφερειακό θρόμβο, ανεύρυσμα της έσω ή/και της έξω λαγόνιας αρτηρίας ή/και αποτίτάνωση των θέσεων αρτηριακής εμφύτευσης. Η ακανόνιστη αποτίτάνωση ή/και πλάκα ενδέχεται να διακυβεύσει την καθήλωση και τη στεγανοποίηση των θέσεων εμφύτευσης, καθώς και την ικανότητα πρόωθησης των συστημάτων εισαγωγέα.
- Το ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμός λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch με το σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot δε συνιστάται σε ασθενείς, οι οποίοι παρουσιάζουν δυσανεξία στους σκιαγραφικούς παράγοντες που είναι απαραίτητοι για διεγχειρητική και μετεγχειρητική απεικόνιση παρακολούθηση.
- Το ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμός λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch με το σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot δε συνιστάται σε ασθενείς που υπερβαίνουν τα όρια βάρους ή/και μεγέθους, τα οποία διακυβεύουν ή αποτρέπουν τις απαραίτητες απαιτήσεις απεικόνισης.
- Το ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμός λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch με το σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot δε συνιστάται σε ασθενείς με γνωστές ευαισθησίες ή αλλεργίες στον ανοξείδωτο χάλυβα, στον πολυεστέρα, στο Nitinol (νικέλιο, τιτάνιο), στη μεταλλόκοτα (κασσίτερος, άργυρος), στο πολυπροπυλένιο ή στο χρυσό.
- Ασθενείς με συστηματική λοίμωξη ενδέχεται να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης του ενδαγγειακού μοσχεύματος.
- Αδυναμία διατήρησης της βατότητας τουλάχιστον μιας έσω λαγόνιας αρτηρίας ενδέχεται να αυξήσει τον κίνδυνο πυελικής/εντερικής ισχαιμίας.

4.3 Διαδικασία εμφύτευσης

- Κατά τη διαδικασία εμφύτευσης πρέπει να χρησιμοποιείται συστηματική αντιπηκτική αγωγή με βάση το προτιμώμενο πρωτόκολλο του νοσοκομείου και του ιατρού. Εάν αντενδκνεται η χρήση ηπαρίνης, πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο εναλλακτικής αντιπηκτικής αγωγής.
- Κατά τη διάρκεια της παρασκευής και της εισαγωγής, ελαχιστοποιήστε το χειρισμό της περιοριζόμενης ενδοπρόσθεσης, έτσι ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος μόλυνσης και λοίμωξης της ενδοπρόσθεσης.

- Για να ενεργοποιήσετε την υδρόφιλη επικάλυψη στην εξωτερική επιφάνεια του θηκαρίου εισαγωγής Flexor, πρέπει να ακουσίσετε την επιφάνεια με επιθέματα γύαζ 10 x 10 cm εμποτισμένα σε αλατούχο διάλυμα. Διατηρείτε πάντοτε το θηκάρι ενυδατωμένο για βέλτιστη απόδοση.
- Διατηρείτε τη θέση του συμμάτινου οδηγού κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του συστήματος τοποθέτησης.
- Μην κλπείτε και μη στρεβλώνετε το σύστημα τοποθέτησης. Με την ενέργεια αυτή ενδέχεται να προκληθεί ζημία στο σύστημα τοποθέτησης και στο ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμό λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch.
- Θα πρέπει να χρησιμοποιείται ακτινοσκόπηση κατά την εισαγωγή και την απελευθέρωση, για την επιβεβαίωση της σωστής λειτουργίας των εξαρτημάτων του συστήματος τοποθέτησης, της σωστής τοποθέτησης του μοσχεύματος και της επιθυμητής έκβασης της επέμβασης.
- Η χρήση του ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch με το σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot απαιτεί τη χορήγηση ενδαγγειακού σκιαγραφικού μέσου. Ασθενείς με προϋπάρχουσα νεφρική ανεπάρκεια ενδέχεται να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο νεφρικής βλάβης μετεγχειρητικά. Πρέπει να προσέχετε ιδιαίτερα, έτσι ώστε να περιορίζετε την ποσότητα του σκιαγραφικού μέσου που χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.
- Για να αποφύγετε τυχόν συστολή του ενδαγγειακού μοσχεύματος, κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε περιστροφής του συστήματος τοποθέτησης, προσέχετε έτσι ώστε να περιστρέφεται όλα τα εξαρτήματα του συστήματος ως ενιαία μονάδα (από το εξωτερικό θηκάρι έως την εσωτερική κάνουλα).
- Η μη ακριβής τοποθέτηση ή/και η ατελής στεγανοποίηση του ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch εντός του αγγείου ή με πρόσθετα εξαρτήματα ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο ενδοδιάρρηξης, μετανάστευσης ή ακούσιας απόσπασης της έσω λαγόνιας αρτηρίας.
- Η ανεπαρκής καθήλωση του ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο μετανάστευσης. Η εσφαλμένη έκπτυξη ή η μετανάστευση της ενδοπρόσθεσης ενδέχεται να απαιτήσει χειρουργική επέμβαση.
- Εάν αισθανθείτε αντίσταση κατά τη διάρκεια της προώθησης του συμμάτινου οδηγού ή του συστήματος τοποθέτησης, μη συνεχίζετε την προώθηση οποιουδήποτε τμήματος του συστήματος τοποθέτησης. Σταματήστε και εκτιμήστε την αιτία της αντίστασης. Ενδέχεται να συμβεί βλάβη στο αγγείο ή ζημία στον καθετήρα. Προσέχετε ιδιαίτερα σε περιοχές στενώσεως, ενδαγγειακής θρόμβωσης ή σε αποτιτανωμένα ή ελικοειδή αγγεία.
- Προσέχετε ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του χειρισμού καθετήρων, συμμάτιων και θηκαρίων εντός ενός ανευρύσματος. Σημαντικές διαρραχές ενδέχεται να αποκολλήσουν θραύσματα θρόμβου, τα οποία είναι δυνατόν να προκαλέσουν περιφερική εμβολή.
- Η επεκτεινόμενη με μπαλόνι, καλυμμένη περιφερειακή ενδοπρόσθεση πρέπει να είναι επαρκούς διαμέτρου, έτσι ώστε να στεγανοποιείται τόσο με το τμήμα του πλευρικού κλάδου όσο και με την έσω λαγόνια αρτηρία, καθώς και επαρκούς μήκους, έτσι ώστε να επικαλύπτεται κατά 10-14 mm με το τμήμα του πλευρικού κλάδου και κατά 10 mm (με προτιμώμενα τα 20-30 mm) με την περιφερική θέση καθήλωσης στην έσω λαγόνια αρτηρία.
- Πρέπει να προσέχετε ιδιαίτερα έτσι ώστε να μην προκαλέσετε ζημία σε τυχόν μόσχευμα που τοποθετήθηκε προηγουμένως και να μη διαταράξετε τη θέση του, σε περίπτωση που είναι απαραίτητος ο εππλέον χειρισμός του μοσχεύματος με χειρουργικά εργαλεία.

Χρήση μπαλονιού διαμόρφωσης

- Επιβεβαιώστε το πλήρες ξεφούσκωμα του μπαλονιού πριν από την επανοτοποθέτηση.
- Μη φουσκώνετε το μπαλόνι σε αγγείο εκτός του μοσχεύματος.
- Για πρόσθετη αμύγδαση, μπορείτε να ξεφουκίτε ή να αφήσετε την αμφοστατική βαλβίδα Captor, έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η εισαγωγή και η επακόλουθη απόσυρση ενός μπαλονιού διαμόρφωσης.

4.4 Ασφάλεια και συμβατότητα με μαγνητικής τομογραφίας (MRI)

Ην κλινικές δοκιμές έχουν καταδείξει ότι το ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμό λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch που χρησιμοποιείται με επικαλυμμένη ενδοπρόσθεση που εκτύσσεται με μπαλόνι είναι ασφαλές για μαγνητική τομογραφία υπό προϋποθέσεις, σύμφωνα με το πρότυπο ASTM F2503. Ένας ασθενής που φέρει αυτήν τη συσκευή μπορεί να υποβληθεί σε τομογραφία με ασφάλεια μετά την τοποθέτηση, υπό τις εξής προϋποθέσεις.

- Στατικό μαγνητικό πεδίο έντασης 3,0 Tesla ή 1,5 Tesla μόνο
- Μαγνητικό πεδίο μέγιστης χωρικής βαθμίδωσης μικρότερης ή ίσης με 720 Gauss/cm (7,2 T/m)
- Μέγιστος μεσοτιμημένος ρυθμός ειδικής ολοσωματικής απορρόφησης (SAR), που αναφέρεται από το σύστημα μαγνητικής τομογραφίας $\leq 2,0$ W/kg (κανονικός τρόπος λειτουργίας)

Υπό τις συνθήκες σάρωσης που παρέχονται παραπάνω, το ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμό λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch που χρησιμοποιείται με επικαλυμμένη ενδοπρόσθεση που εκτύσσεται με μπαλόνι δεν αναμένεται να προκαλέσει αύξηση της θερμοκρασίας κατά περισσότερους από 2,4 °C μετά από 15 λεπτά συνεχούς σάρωσης.

Το τέχνημα εικόνας εκτείνεται περίπου 122 mm περιμετρικά από το ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμό λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch που χρησιμοποιείται με επικαλυμμένη ενδοπρόσθεση που εκτύσσεται με μπαλόνι, όπως διαπιστώθηκε στη διάρκεια μη κλινικών δοκιμών κατά την απεικόνιση με παλμική ακολουθία ηχούς βαθμίδωσης και σύστημα μαγνητικής τομογραφίας έντασης 3,0 Tesla. Το τέχνημα εικόνας ασαφοποιεί τον αυλό της συσκευής.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Για το ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμό λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch, το κλινικό όφελος μιας μαγνητικής τομογραφίας θα πρέπει να σταθμίζεται έναντι του ενδεχόμενου κινδύνου της διαδικασίας.

5 ΔΥΝΗΤΙΚΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που ενδέχεται να συμβούν ή/και να απαιτήσουν επέμβαση, περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων:

- Αγγειόσπασμος ή αγγειακό τραύμα (π.χ. διαχωρισμός λαγονομηνιαίου αγγείου, αιμορραγία, ρήξη, θάνατος)
- Αιμορραγία, αιμάτωμα ή διαταραχή της ηκτικότητας του αίματος
- Ακρωτηριασμός
- Ανικανότητα
- Αποφραγή μοσχεύματος ή αυτόχθονου αγγείου
- Αρτηριακή ή φλεβική θρόμβωση ή/και ψευδοανεύρυσμα
- Αρτηριοφλεβικά συρίγγια
- Βλάβη αγγείου
- Βλάβη αορτής, συμπεριλαμβανομένης της διάτρησης, του διαχωρισμού, της αιμορραγίας, της ρήξης και θανάτος
- Διεύρυνση ανευρύσματος
- Εμβολή (μικροεμβολή και μακροεμβολή) με παροδική ή μόνιμη ισχαιμία ή έμφρακτο
- Ενδοδιάρρηξη
- Ενδοπρόσθεση: εσφαλμένη τοποθέτηση εξαρτήματος, ατελής έκπτυξη εξαρτήματος, μετανάστευση εξαρτήματος, ρήξη ράβματος, απόφραξη,

- Λοίμωξη, θράυση ενδοπρόσθεσης, φθορά υλικού μοσχεύματος, διάταση, διάβρωση, τρώση, ροή και διάβρωση περί του μοσχεύματος
- Εντερικές επιπλοκές (π.χ. ελκός, παροδική ισχαιμία, έμφρακτο, νέκρωση)
- Επιπλοκές αναισθησίας και επακόλουθα συνοδά προβλήματα (π.χ. εισρόφηση)
- Επιπλοκές λεμφικού συστήματος και επακόλουθα συνοδά προβλήματα (π.χ. συρίγγια λεμφού)
- Επιπλοκές στη θέση αγγειακής προσπέλασης, συμπεριλαμβανομένης της λοίμωξης, του πόνου, του αιματώματος, του ψευδοανευρύσματος, των αρτηριοφλεβικών συρίγγιων
- Επιπλοκές τραύματος και επακόλουθα συνοδά προβλήματα (π.χ. διάνοιξη, λοίμωξη)
- Ηπατική ανεπάρκεια
- Θάνατος
- Καρδιακές επιπλοκές και επακόλουθα συνοδά προβλήματα (π.χ. αρρυθμία, έμφραγμα του μυοκαρδίου, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, υπόταση, υπέρταση)
- Λοίμωξη του ανευρύσματος, της συσκευής ή της θέσης προσπέλασης, συμπεριλαμβανομένου του σχηματισμού αποστήματος, του παροδικού πυρετού και του πόνου
- Νεφρικές επιπλοκές και επακόλουθα συνοδά προβλήματα (π.χ. απόφραξη αρτηρίας, τοξικότητα σκιαγραφικού μέσου, ανεπάρκεια, βλάβη)
- Νευρολογικές τοπικές ή συστηματικές επιπλοκές και επακόλουθα συνοδά προβλήματα (π.χ. αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο, παραπληγία, παραπάρεση, παράλυση)
- Οίδημα
- Ουρογεννητικές επιπλοκές και επακόλουθα συνοδά προβλήματα (π.χ. ισχαιμία, διάβρωση, συρίγγια, ακράτεια, αιματουρία, λοίμωξη)
- Πνευμονικές/αναπνευστικές επιπλοκές και επακόλουθα συνοδά προβλήματα (π.χ. πνευμονία, αναπνευστική βλάβη, παρατεταμένη διασωλήνωση)
- Πυρετός και εντοπισμένη φλεγμονή
- Ρήξη ανευρύσματος και θάνατος
- Χειρουργική μετατροπή σε ανοικτή αποκατάσταση
- Χωλότητα (π.χ. σε γλουτό, κάτω άκρο)

6 ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

(Δείτε την ενότητα 4, «Προεidoποιήσεις και προφυλάξεις»)

6.1 Εξατομίκευση της θεραπείας

Η Cook συνιστά την επιλογή των διαμέτρων των εξαρτημάτων του ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch σύμφωνα με την περιγραφή του πίνακα 8.1. Το μήκος του ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch γενικά επιλέγεται, έτσι ώστε να εκτείνεται από το εγγύς τμήμα της κοινής λαγόνιας αρτηρίας έως την έσω λαγόνια αρτηρία. Όλα τα μήκη και οι διαμέτροι των συσκευών που είναι απαραίτητα για την ολοκλήρωση της διαδικασίας πρέπει να είναι διαθέσιμα στον ιατρό, ειδικά όταν δεν είναι βέλτεις οι μετρήσεις προεγχειρητικού σχεδιασμού περίπτωσης (διάμετρον/μήκη θεραπείας). Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει μεγαλύτερη διεγχειρητική ευελιξία για την επίτευξη βέλτιστων εκβάσεων διαδικασίας. Οι δυνητικοί κίνδυνοι που περιγράφηκαν προηγουμένως στην **ενότητα 5, Δυνητικές ανεπιθύμητες ενέργειες** πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά για κάθε ασθενή πριν από τη χρήση του ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch. Επιπλέον ζητήματα για την επιλογή του ασθενούς περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων:

- Ηλικία και προσδόκιμο ζωής των ασθενών
- Συνυπάρχουσες νόσοι (π.χ. καρδιακή, πνευμονική ή νεφρική ανεπάρκεια πριν από τη χειρουργική επέμβαση, νοσηρή παχυσαρκία)
- Καταλληλότητα των ασθενών για ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση
- Ανατομική καταλληλότητα των ασθενών για ενδαγγειακή αποκατάσταση
- Ο κίνδυνος ρήξης ανευρύσματος σε σύγκριση με τον κίνδυνο της θεραπείας με το ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμό λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch
- Ικανότητα ανοχής γενικής, περιοχικής ή τοπικής αναισθησίας
- Το μέγεθος και η μορφολογία του αγγείου λαγονομηνιαίας προσπέλασης (ελάχιστος θρόμβος, αποτίπνωση ή/και ελικώση) θα πρέπει να είναι συμβατά με τις τεχνικές αγγειακής προσπέλασης και τα παρελκόμενα του προφίλ τοποθέτησης ενός θηκαρίου αγγειακού εισαγωγέα 12 Fr (εξ. διάμ. 4,7 mm) έως 20 Fr (εξ. διάμ. 7,7 mm).
- Μη ανευρυσματικό τμήμα καθήλωσης της έξω λαγονίου αρτηρίας περιφερικά προς το ανεύρυσμα:
 - Με μήκος τουλάχιστον 20 mm
 - Με διάμετρο που μετράται από εξωτερικό τοίχωμα σε εξωτερικό τοίχωμα το πολύ 11 mm και τουλάχιστον 8 mm.
- Μη ανευρυσματικό τμήμα της έσω λαγονίου αρτηρίας περιφερικά προς το ανεύρυσμα:
 - Με μήκος τουλάχιστον 10 mm (με προτιμώμενα τα 20-30 mm)
 - Με διάμετρο αποδεκτό για σωστή στεγανοποίηση.
- Απουσία σημαντικής αποφρακτικής νόσου μηνιαίας/λαγόνιας αρτηρίας, η οποία θα ήταν δυνατόν να παρεμποδίσει τη ροή μέσω του ενδαγγειακού μοσχεύματος.

Η τελική απόφαση θεραπείας είναι στην κρίση του ιατρού και του ασθενούς.

7 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Κατά τη συζήτηση αυτής της ενδαγγειακής συσκευής και της διαδικασίας, ο ιατρός και ο ασθενής (ή/και τα μέλη της οικογένειας) πρέπει να ανασκοπήσουν τους κινδύνους και τα οφέλη, που περιλαμβάνουν:

- Κινδύνους και διαφορές μεταξύ ενδαγγειακής αποκατάστασης και χειρουργικής αποκατάστασης.
- Δυνητικά πλεονεκτήματα της κλασσικής ανοικτής χειρουργικής αποκατάστασης.
- Δυνητικά πλεονεκτήματα της ενδαγγειακής αποκατάστασης.
- Δυνητικά πλεονεκτήματα των εναλλακτικών ενδαγγειακών διαδικασιών.
- Η πιθανότητα ανάγκης επακόλουθης επεμβατικής ή ανοικτής χειρουργικής αποκατάστασης του ανευρύσματος μετά την αρχική ενδαγγειακή αποκατάσταση.

Επιπρόσθετα των κινδύνων και των ωφελιών μιας ενδαγγειακής αποκατάστασης, ο ιατρός πρέπει να εκτιμήσει τη δέσμευση και τη συμμόρφωση του ασθενούς στη μετεγχειρητική παρακολούθηση, όπως είναι απαραίτητο. Παρακάτω παρουσιάζονται επιπλέον θέματα προς συζήτηση με τον ασθενή, όσον αφορά τις προσδοκίες μετά από μια ενδαγγειακή αποκατάσταση:

- Η μακροχρόνια απόδοση των ενδαγγειακών μοσχευμάτων δεν έχει ακόμα επιβεβαιωθεί. Όλοι οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται ότι η ενδαγγειακή θεραπεία απαιτεί μακροχρόνια, τακτική παρακολούθηση για την εκτίμηση της υγείας τους και της απόδοσης του ενδαγγειακού μοσχεύματός τους. Ασθενείς με ειδικά κλινικά ευρήματα (π.χ. ενδοδιάρρηξη, διευρυνόμενα ανευρύσματα ή μεταβολές της δομής ή της θέσης του ενδαγγειακού μοσχεύματος) πρέπει να τελούν υπό αυξημένη παρακολούθηση. Ειδικές κατευθυντήριες οδηγίες παρακολούθησης περιγράφονται στην **ενότητα 11, Κατευθυντήριες οδηγίες απεικόνισης και μετεγχειρητική παρακολούθηση**.

8 ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Το ενδagaγgaiaκό μoσxeυua-διxασμoς λαγoνίου αρτηρίας Zenith Branch παρέχεται στείρο (οξείδιο του αιθuλενίου 100%) και πpoтoπoтeтuμένο σε aπoκoλλoυmeνες συσκευασίες.

Αυτή η συσκευή πpoσoρίζεται για χpήση σε έuaν μoνoν ασθενή. Μην επαναχρησmοποιείτε και μην υπoβoλλετε σε επαναπεξεργασία ή επανασπoστέpωση oπoιoδήςuε τμήμα αυτής της συσκευής. Η επαναχρησmοποίηση, η επαναπεξεργασία ή η επανασπoστέpωση eνδéχεται να διακυβευoύaν τη δομική ακεραιότητα της συσκευής και/ή να oδηγήoυaν σε αaτοχία της, γeγoνoς που, με τη σειρά του, eνδέχεται να πpoκαλέσει τραυματισμό, αaθενεία ή θάνατο του ασθενoύς. Η επαναχρησmοποίηση, η επαναπεξεργασία ή η επανασπoστέpωση eνδέχεται επίσης να δημιουργήoυaν κίνδυνο μόλυνσης της συσκευής και/ή να πpoκαλέoυaν λoίμωξη ή διασταυρούμενη λoίμωξη ασθενών, συμπεριλαμβανομένης, μεταξύ άλλων, της μετάδοσης λoιμωδών νόσων από έuaν ασθενή σε άλλoν. Η μόλυνση της συσκευής eνδέχεται να oδηγήσει σε τραυματισμό, αaθενεία ή θάνατο του ασθενoύς. Eπιθεωρήστε τη συσκευή και τη συσκευασία, έτσι ώστε να επαληθεύσετε ότι δεν έχει συμβεί καμία ζημιά ως aπoτέλεσμα της απoστολής. Μη χρησmοποιείτε τη συσκευή αυτή εάν έχει συμβεί ζημιά ή εάν o φραγμός απoστέpωσης έχει υποστεί

Το ενδagaγgaiaκό μoσxeυua-διxασμoς λαγoνίου αρτηρίας Zenith Branch και τα συστήματα τοποθέτησης διατίθενται στα ακόλουθα μήκη και διαμέτρους:

Αριθμός νέας παραγγελίας ¹	Εγγύς διάμετρος	Περιφερική διάμετρος	Πίνακας 8.1 Μοσχεύματα-διxασμoς λαγoνίου αρτηρίας Branch		Μήκος λαγoνίου τμήματος Κοινή Έξω	Συνολικό μήκος μοσχεύματος
			Διάμετρος πλευρικού κλάδου ²	Θηκάρη εισαγωγής Μέγεθος σε French (εσ. διάμ./εξ. διάμ.)		
ZBIS-10-45-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	86 mm
ZBIS-10-61-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	102 mm
ZBIS-10-45-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	103 mm
ZBIS-10-61-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	119 mm
ZBIS-12-45-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	86 mm
ZBIS-12-61-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	102 mm
ZBIS-12-45-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	103 mm
ZBIS-12-61-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	119 mm

¹Το ZBIS-XX-YY-ZZ είναι το μoσxeυua διxασμoύ λαγoνίου αρτηρίας όπου XX είναι η περιφερική διάμετρος, YY είναι το μήκος του τμήματος της κοινής λαγoνίου αρτηρίας (μήκος από την εγγύς άκρη του μοσχεύματος έως το άκρο του πλευρικού κλάδου) και ZZ είναι το μήκος του τμήματος της έξω λαγoνίου αρτηρίας (μήκος από το άκρο του πλευρικού κλάδου έως την περιφερική άκρη του μοσχεύματος).

²Ο πλευρικός κλάδος περιέχει μια eνδοπρόσθεση σχήματος Z από Nitinol διαμέτρου 6 mm, αλλά πρέπει να επεκτείνεται στα 8 mm κατά τη διάρκεια της έκπτυξης της επεκτεινόμενης με μπαλόνι, καλυμμένης περιφερειακής eνδοπρόσθεσης.

Τα λαγόνια σκέλη Zenith και τα συστήματα τοποθέτησης για χpήση με το ενδagaγgaiaκό μoσxeυua-διxασμoύ λαγoνίου αρτηρίας Zenith Branch διατίθενται στα ακόλουθα μήκη και διαμέτρους:

Αριθμός νέας παραγγελίας ¹	Διάμετρος λαγoνίου σκέλους	Πίνακας 8.2 Λαγόνια σκέλη		Μήκος εργασίας λαγoνίου σκέλους ²
		Θηκάρη εισαγωγής Μέγεθος σε French	Θηκάρη εισαγωγής (εσ. διάμ./εξ. διάμ.)	
TFLE-16-YY	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	37, 54, 71, 88 mm
ZSLE-16-YY-ZT	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	39, 56, 74, 90 mm
ZISL-16-YY	16 mm	12 Fr	(4,0 mm / 4,7 mm)	42, 59, 77, 93 mm

¹Παράδειγμα: Το TFLE-XX-YY είναι το λαγόνιο σκέλος όπου XX είναι η διάμετρος και YY είναι το μήκος εργασίας του λαγoνίου σκέλους.

²Συνολικό μήκος σκέλους = μήκος εργασίας + 22 mm eνδοπρόσθεσης σύνδεσης (για TFLE και ZSLE) και 29,1 mm eνδοπρόσθεσης σύνδεσης (για ZISL).

9 ΠΛΗΡOΦOΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΗ

9.1 Εκπαίδευση ιατρού

ΠΡΟΞΟΧΗ: Να έχετε πάντοτε διαθέσιμη μια ομάδα αγγειοχειρουργικής κατά τη διάρκεια των διαδικασιών εμφύτευσης ή επανεπέμβασης, σε περίπτωση που είναι απαραίτητη η μετατροπή σε ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση.

ΠΡΟΞΟΧΗ: Το ενδagaγgaiaκό μoσxeυua-διxασμoς λαγoνίου αρτηρίας Zenith Branch με το σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot πρέπει να χρησmοποιείται μoνoν από ιατρούς και ομάδες που έχουν εκπαιδευτεί σε αγγειακές επεμβατικές τεχνικές, γενική εκπαίδευση σε προϊόντα Zenith και εκπαίδευση στη χpήση της συσκευής αυτής. Οι συνιστώμενες απαιτήσεις δεξιoτήτων/γνώσεων για τους ιατρούς που χρησmοποιoύn το ενδagaγgaiaκό μoσxeυua-διxασμoύ λαγoνίου αρτηρίας Zenith Branch με το σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot περιγράφονται παρακάτω:

Επιλογή ασθενoύς:

- Γνώση του φυσικού ιστορικού των κοιλιακών αορτικών ανευρυσμάτων (AAA) και συναπάρχουσες νόσους που σχετίζονται με την αποκατάσταση AAA.
- Γνώση της ερμηνείας των ακτινογραφικών εικόνων, επιλογής και πpoσδιορισμού μεγέθους συσκευής.

Μια διεπιστημονική ομάδα που έχει συνδυασμένη εμπειρία της διαδικασίας με:

- Μηριαία τομή, αρτηριοτομή και αποκατάσταση
- Τεχνικές διαδερμικής πpoσπέλασης και σύγκλεισης
- Μη εκλεκτικές και εκλεκτικές τεχνικές συρμάτινου οδηγού και καθετήρα
- Ερμηνεία ακτινοσκοπικών και αγγειογραφικών εικόνων
- Εμβολισμός
- Αγγειοπλαστική
- Τοποθέτηση eνδagaγgaiaκής eνδοπρόσθεσης
- Κατάλληλη χpήση ακτινογραφικού σκιαγραφικού υλικού
- Τεχνικές για την ελαχιστοποίηση της έκθεσης σε ακτινοβολία
- Ειδικευση στις απαραίτητες μεθόδους παροκολούθησης ασθενoύς

9.2 Επιθεώρηση πριν από τη χpήση

Επιθεωρήστε τη συσκευή και τη συσκευασία, έτσι ώστε να επαληθεύσετε ότι δεν έχει συμβεί καμία ζημιά ως aπoτέλεσμα της απoστολής. Μη χρησmοποιείτε τη συσκευή αυτή εάν έχει συμβεί ζημιά ή εάν o φραγμός απoστέpωσης έχει υποστεί ζημιά ή έχει σπάσει. Εάν έχει συμβεί ζημιά, μη χρησmοποιείτε το πpoϊoν και επιστρέψτε το στην COOK. Πριν από τη χpήση, επαληθεύστε ότι έχουν παρασχεθεί οι σωστές συσκευές (ποσότητα και μέγεθος) για τον ασθενή, ελέγχοντας τη συσκευή με βάση την παραγγελία που έχει συνταγογραφηθεί από τον ιατρό για τον συγκεκριμένο ασθενή.

9.3 Απαιτούμενα υλικά

(Δεν περιλαμβάνεται στο λαγόνιο διxαλωτό σύστημα)

- Μόσxeυua λαγoνίου σκέλους Zenith (π.χ. TFLE-16-(37,54,71,88), ZSLE-16-(39,56,74,90)-ZT, ZISL-16-(42,59,77,93))
- Διxαλωτό μoσxeυua Zenith (π.χ. eνδagaγgaiaκό μoσxeυua AAA Zenith)
- Kit βοθητικών εξαρτημάτων AAA Zenith
- Ακτινοσκόπιο με δυνατότητες ψηφιακής ακτινογραφίας (βραχίονας C ή σταθερή μονάδα)
- Σκιαγραφικό μέσο
- Σύριγγα

Ζημιά ή έχει σπάσει. Εάν έχει συμβεί ζημιά, μη χρησmοποιείτε το πpoϊoν και επιστρέψτε το στην Cook.

Πριν από τη χpήση, επαληθεύστε ότι έχουν παρασχεθεί οι σωστές συσκευές (ποσότητα και μέγεθος) για τον ασθενή, ελέγχοντας τη συσκευή με βάση την παραγγελία που έχει συνταγογραφηθεί από τον ιατρό για τον συγκεκριμένο ασθενή. Μη χρησmοποιείτε μετά την ημερομηνία λήξης που αναγράφεται στην ετικέτα. Φυλάσσετε σε δροσερό και ξηρό χώρο.

Το ενδagaγgaiaκό μoσxeυua-διxασμoς λαγoνίου αρτηρίας Zenith Branch τοποθετείται σε θηκάρη εισαγωγής Flexor μεγέθους 20 Fr. Η επιφάνεια του θηκαρίου φέρει υδρόφιλη επικάλυψη, η οποία όταν ενεργοποιηθεί, ενισχύει τη στρεπτικότητα. Για την ενεργοποίηση της υδρόφιλης επικάλυψης, η επιφάνεια πρέπει να σκουπίζεται με επιθέματα γάζας 10 x 10 cm εμποτισμένα σε φυσιολογικό ορό.

- Ηπαρισμένο αλατούχο διάλυμα
- Επεκτεινόμενη με μπαλόνι, καλυμμένη περιφερειακή eνδοπρόσθεση
- Μπαλόνια κατάλληλων μεγεθών

9.4 Συνιστώμενα υλικά

(Δεν περιλαμβάνεται στο λαγόνιο διxαλωτό σύστημα)

Συνιστώνται τα ακόλουθα πpoϊoντα.

Συρμάτινοι οδηγοί

- Υπεράκαμπτος συρμάτινος οδηγός 0,035 inch (0,89 mm), 260 cm, για παράδειγμα:
 - Υπεράκαμπτοι συρμάτινοι οδηγοί Lunderquist (LES) της Cook
 - Υπεράκαμπτοι συρμάτινοι οδηγοί Amplatz (AUS2) της Cook
- Τυπικός συρμάτινος οδηγός 0,035 inch (0,89 mm), για παράδειγμα:
 - Συρμάτινοι οδηγοί 0,035 inch (0,89 mm) Cook
- Υδρόφιλος συρμάτινος οδηγός 0,018 inch (0,46 mm)
- Υδρόφιλος συρμάτινος οδηγός 0,035 inch (0,89 mm), 260 cm, για παράδειγμα:
 - Συρμάτινοι οδηγοί Nimble™ της Cook
- Συρμάτινος οδηγός eναλλαγής 0,035 inch (0,89 mm), 260 cm, για παράδειγμα:
 - Συρμάτινος οδηγός PC Roadrunner® της Cook
 - Υπεράκαμπτος συρμάτινος οδηγός Amplatz (AES) της Cook
 - Συρμάτινος οδηγός Rosen της Cook

Μπαλόνια διαμόρφωσης

- Καθετήρας με μπαλόνι Cook CODA® (32 mm)

Σετ εισαγωγής [7 Fr (εσ. διάμ. 2,3 mm), 8 Fr (εσ. διάμ. 2,7 mm), 10 Fr (εσ. διάμ. 3,3 mm) και 12 Fr (εσ. διάμ. 4,0 mm)]

- Σετ εισαγωγής Check-Flo® της Cook
- Εισαγωγείς Flexor Check-Flo της Cook
- Τροποποίηση Raabe εισαγωγέων Flexor Check-Flo της Cook
- Σετ πολύ μεγάλου εισαγωγής Check-Flo της Cook
- Ετερόπλευροι εισαγωγείς Flexor Balkin Up & Over® της Cook
- Οδηγά θηκάρια Flexor της Cook

Καθετήρες

- Καθετήρας πpoσδιορισμού μεγέθους, για παράδειγμα:
 - Καθετήρες πpoσδιορισμού μεγέθους σε εκατοστά Cook Auros®
- Αγγειογραφικοί καθετήρες με ακτινοσκιερό άκρο, για παράδειγμα:
 - Αγγειογραφικοί καθετήρες με άκρο Beacon® της Cook
 - Καθετήρες Royal Flush® με άκρο Beacon της Cook

Βελόνες εισόδου

- Βελόνες εισόδου μονού τοιχώματος Cook

Βρόχος

- Σετ eνδagaγgaiaκής συσκευής ανάκτησης Dotter

9.5 Κατευθυντήριες οδηγίες πpoσδιορισμού μεγέθους διαμέτρου συσκευής

Η επιλογή της διαμέτρου πρέπει να πpoσδιορίζεται από τη διάμετρο του αγγείου από εξωτερικό τοίχωμα σε εξωτερικό τοίχωμα και όχι από τη διάμετρο του αυλού. Ο πpoσδιορισμός ανεπαρκούς ή υπερβολικού μεγέθους eνδέχεται να έχει ως aπoτέλεσμα ατελή στεγανοποίηση ή πpoιoρισμένη ροή.

Πίνακας 9.5.1 Οδηγός προσδιορισμού μεγέθους ενδογγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch* (Τμήμα έξω λαγόνιου αρτηρίας)			
Διάμετρος προοριζόμενου έξω λαγόνιου αγγείου ^{1,2}	Διάμετρος σκέλους έξω λαγόνιου κλάδου ³	Θηκάρι εισαγωγής Μέγεθος σε French (εσ. διάμ./εξ. διάμ.)	
8 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
9 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
10 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
11 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)

¹Μέγιστη διάμετρος κατά μήκος της περιφερικής θέσης καθήλωσης.

²Στρογγυλοποιήστε τη μετρημένη λαγόνια διάμετρο στο πλησιέστερο mm.

³Επιπλέον ζητήματα ενδέχεται να επηρεάσουν την επιλογή της διαμέτρου.

*Όλες οι διαστάσεις είναι ονομαστικές.

Η διάμετρος του μοσχεύματος λαγόνιου σκέλους (π.χ. TFLE, ZSLE, ZISL) που χρησιμοποιείται για τη σύνδεση μοσχεύματος AAA Zenith στο ενδογγειακό μόσχευμα-διχασμό λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch θα είναι 16 mm.

Η επεκτεινόμενη με μπαλόνι, καλυμμένη περιφερειακή ενδοπρόσθεση πρέπει να επεκτείνεται στα 8 mm στον πλευρικό κλάδο του ενδογγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch, αλλά το μέγεθός της πρέπει να προσδιορίζεται στην έξω λαγόνια αρτηρία σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή.

10 ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ

Πριν από τη χρήση του ενδογγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch με το σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot, ανασκοπήστε το φυλλάδιο προτεινόμενων οδηγιών χρήσης. Οι ακόλουθες οδηγίες ενσωματώνουν μια βασική κατευθυντήρια οδηγία για την τοποθέτηση της συσκευής. Ενδέχεται να είναι απαραίτητες παραλλαγές στις ακόλουθες διαδικασίες. Οι οδηγίες αυτές προορίζονται για βοήθεια στην καθοδήγηση του ιατρού και δεν αντικαθιστούν την κρίση του ιατρού.

Γενικές πληροφορίες χρήσης

Κατά τη διάρκεια της χρήσης του ενδογγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch με το σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot, πρέπει να χρησιμοποιούνται τυπικές τεχνικές για την τοποθέτηση θηκαρίων αρτηριακής προσπέλασης, οδηγών καθετήρων, αγγειογραφικών καθετήρων και συρμάτων οδηγών. Το ενδογγειακό μόσχευμα-διχασμός λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch με το σύστημα εισαγωγής H&L-B One-Shot είναι συμβατό με συρμάτινους οδηγούς διαμέτρου 0,035 inch (0,89 mm).

Γενικές πληροφορίες έκπτυξης

Το ενδογγειακό μόσχευμα-διχασμός λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch έχει σχεδιαστεί για να τοποθετείται μέσω της κοινής μηριαίας αρτηρίας στην πλευρά του ανευρύσματος της κοινής λαγόνιου αρτηρίας που θα υποβληθεί σε θεραπεία. Ένα μόσχευμα AAA Zenith θα εισαχθεί στην πλευρά απέναντι από το ενδογγειακό μόσχευμα-διχασμό λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch.

Η προτεινόμενη σειρά τοποθέτησης των πολλαπλών εξαρτημάτων θα είναι:

1. Έκπτυξη του ενδογγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch, συμπεριλαμβανομένης της τοποθέτησης της επεκτεινόμενης με μπαλόνι, καλυμμένης περιφερειακής ενδοπρόσθεσης (μέσω της λαγόνιας αρτηρίας) στην έξω λαγόνια αρτηρία.
2. Έκπτυξη του μοσχεύματος AAA Zenith (εισάγεται μέσω της απέναντι λαγόνιας αρτηρίας).
3. Έκπτυξη μοσχεύματος λαγόνιου σκέλους Zenith (π.χ. TFLE, ZSLE, ZISL), μέσω της θέσης προσπέλασης του ενδογγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch, μέσα στο ετερόπλευρο μέλος (δηλαδή το κοντό μέλος) του κοιλιακού μοσχεύματος, για τη σύνδεση του αυλού του κοιλιακού μοσχεύματος στο ενδογγειακό μόσχευμα-διχασμό λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch.
4. Έκπτυξη μοσχεύματος λαγόνιου σκέλους Zenith (π.χ. TFLE, ZSLE, ZISL) στο σύστημα μέλος (δηλαδή το μακρύ μέλος) του μοσχεύματος AAA Zenith (εάν είναι απαραίτητο).

Προσδιοριστικοί παράγοντες προ της εμφύτευσης

Επιληφθέντες από το σχεδιασμό προ της εμφύτευσης ότι έχει επιλεγεί η σωστή συσκευή. Οι προσδιοριστικοί παράγοντες περιλαμβάνουν:

1. Επιλογή μηριαίας αρτηρίας για εισαγωγή του συστήματος τοποθέτησης (δηλαδή καθορισμός της σχετικής λαγόνιου αρτηρίας).
2. Γωνία των λαγόνιων αρτηριών.
3. Διάμετροι του(ων) σχετικού(ων) περιφερικού(ων) λαγόνιου(ων) αγγείου(ων).
4. Απόσταση από το διχασμό της αορτής έως την υπογάστρια (έσω λαγόνια) αρτηρία και θέση(εις) πρόσφυσης.
5. Εξετάστε το βαθμό αγγειακής αποτίναξης.

Προετοιμασία ασθενούς

1. Ανατρέξτε στα πρωτόκολλα του ιδρύματος που σχετίζονται με την αναισθησία, την αντιπηκτική αγωγή και την παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.
2. Τοποθετήστε τον ασθενή επάνω στο τραπέζι απεικόνισης, επιτρέποντας την ακτινοσκοπική απεικόνιση από το αορτικό τόξο έως το διχασμό των μηριαίων αρτηριών.
3. Αποκαλύψτε τις κοινές μηριαίες αρτηρίες, όπως είναι απαραίτητα, με χρήση τυπικής χειρουργικής τεχνικής.
4. Επιτύχετε επαρκή εγγύς και περιφερικό αγγειακό έλεγχο των μηριαίων αγγείων, όπως είναι απαραίτητο.

10.1 Παρασκευή/έκπτυξη ενδογγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch

1. Αφαιρέστε το στελεό αποστολής με τον μαιούρ ομφαλό (από την εσωτερική κάνουλα), τον προστατευτικό σωλήνα της κάνουλας (από την εσωτερική κάνουλα) και το προστατευτικό του άκρου διαστολέα (από το άκρο του διαστολέα). Αφαιρέστε το θηκάρι Peel-Away από την πίσω πλευρά της αιμοστατικής βαλβίδας. (Σχήμα 3) Πιέστε το θηκάρι εισαγωγής προς τα εμπρός στο άκρο του διαστολέα, μέχρι να μην είναι πλέον εκτεθειμένος ο κυρτός καθετήρας. Ανασηκώστε το περιφερικό άκρο του συστήματος και εκπλύνετε μέσω της στρόφιγγας στην αιμοστατική βαλβίδα, έως ότου εξέλθει το υγρό από την πλευρική θύρα κοντά στο άκρο του θηκαρίου εισαγωγέα. (Σχήμα 4) Συνεχίστε την έγχυση διαλύματος έκπλυσης όγκου 20 mL μέσω της συσκευής. Διακόψτε την έγχυση και κλείστε τη στρόφιγγα στο σωλήνα σύνδεσης.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Χρησιμοποιείται πάντοτε διάλυμα έκπλυσης μοσχεύματος ηπαιρινισμένου φυσιολογικού ορού.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Βεβαιωθείτε ότι η αιμοστατική βαλβίδα Captor στο θηκάρι εισαγωγέα Flexor είναι στραμμένη στην ανοικτή θέση. (Σχήμα 5)

2. Προσαρτήστε τη σύριγγα με ηπαιρινισμένο φυσιολογικό ορό στον ομφαλό της εσωτερικής κάνουλας. Εκπλύνετε έως ότου εξέλθει υγρό από το περιφερικό άκρο του διαστολέα. (Σχήμα 6)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Κατά την έκπλυση του συστήματος, ανασηκώστε το περιφερικό του άκρο για τη διευκόλυνση της αφαίρεσης του αέρα.

3. Αφαιρέστε τον προτοποθετημένο συρμάτινο οδηγό από το σύστημα τοποθέτησης.

4. Προσαρτήστε τη σύριγγα με ηπαιρινισμένο φυσιολογικό ορό στο εξάρτημα Luer του προτοποθετημένου καθετήρα. Εκπλύνετε έως ότου εξέλθει υγρό από το περιφερικό άκρο του καθετήρα.
5. Εισαγάγετε έναν κατάλληλο συμβατό υδρόφιλο συρμάτινο οδηγό 0,018 inch (0,46 mm) ή 0,035 inch (0,89 mm) με πυρίνα από Nitinol και μήκος 260 cm, στον προτοποθετημένο καθετήρα.
6. Εμπιστοίστε επιθέματα γάζας 10 x 10 cm σε αλατούχο διάλυμα και χρησιμοποιήστε τα για να καθαρίσετε το θηκάρι εισαγωγέα Flexor, για την ενεργοποίηση της υδρόφιλης επικάλυψης. Ενυδατώστε άφθονα τόσο το θηκάρι όσο και το άκρο του διαστολέα.

10.2 Αγγειακή προσπέλαση και αγγειογραφία

1. Παρακινήστε την(ις) επιλεγμένη(ες) κοινή(ές) μηριαία(ες) αρτηρία(ες) με χρήση τυπικής τεχνικής με αρτηριακή βελόνα 18UT ή 19UT gauge. Κατά την είσοδο στο αγγείο, εισαγάγετε.
 - Τυπικούς συρμάτινους οδηγούς, διαμέτρου 0,035 inch (0,89 mm), μήκους 145 cm, άκρου σχήματος J ή συρμάτινο οδηγό Bentson
 - Θηκάρια κατάλληλου μεγέθους (π.χ. 5 Fr [εσ. διάμ. 1,7 mm] και 8 Fr [εσ. διάμ. 2,7 mm])
 - Καθετήρα έκπλυσης (συνήθως ακτινοσκοπικοί καθετήρες προσδιορισμού μεγέθους – π.χ. καθετήρας προσδιορισμού μεγέθους ως εκατοστά ή ευθύς καθετήρας έκπλυσης)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Χρησιμοποιήστε ένα θηκάρι 8 Fr (εσ. διάμ. 2,7 mm) προωθημένο στην κάτω κοιλιακή αορτή στην ετερόπλευρη πλευρά.

2. Εκτελέστε αγγειογραφία για τον προσδιορισμό της θέσης του διχασμού της αορτής και της έξω λαγόνιας αρτηρία στην πλευρά της εμφύτευσης του ενδογγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch.

10.3 Τοποθέτηση ενδογγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch

1. Βεβαιωθείτε ότι το σύστημα τοποθέτησης έχει εκπλυνθεί με ηπαιρινισμένο αλατούχο διάλυμα και ότι έχει αφαιρεθεί όλος ο αέρας από το σύστημα.
2. Χωρήγηση συστηματικής ηπαρίνης και ελέγξτε τα διαλύματα έκπλυσης. Εκπλύνετε μετά από κάθε εναλλαγή καθετήρα ή/και συρμάτινου οδηγού.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Παρακολουθείτε την κατάσταση της πήξης του αίματος του ασθενούς καθόλη τη διάρκεια της διαδικασίας.

3. Στην πλευρά της εμφύτευσης του ενδογγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch, αντικαταστήστε το σύρμα J με έναν άκαμπτο συρμάτινο οδηγό (AUS ή LES) 0,035 inch (0,89 mm), μήκους 260 cm και προωθήστε μέσω του καθετήρα και προς τα επάνω εντός της άνω θωρακικής αορτής. Αφαιρέστε τον καθετήρα έκπλυσης και το θηκάρι. Διατηρήστε τη θέση του συρμάτινου οδηγού.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η θέση και ο προσανατολισμός της έκφρασης της έξω λαγόνιου αρτηρίας, καθώς και του διχασμού της αορτής πρέπει να αναγνωρίζεται από την προεχειρητική ή τη διεγχειρητική απεικόνιση πριν από την εισαγωγή της συσκευής.

4. Πριν από την εισαγωγή, ελέγξτε τον προσανατολισμό του τμήματος του πλευρικού κλάδου με χρήση ακτινοσκόπησης, έτσι ώστε να βεβαιωθείτε ότι η θέση του είναι κατάλληλη ευθυγραμμισμένη ως προς την ανατομία.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Στο στάδιο αυτό η συσκευή θα καλύπτεται εντελώς από το εξωτερικό θηκάρι, αλλά η εικόνα αυτή με το θηκάρι αποσυρμένο παρουσιάζει τους τέσσερις χρυσούς ακτινοσκοπικούς δείκτες, οι οποίοι είναι ευθυγραμμισμένοι με την πλέον πλευρική όψη του πλευρικού κλάδου και την αύλακα που δέχεται τον μόνιμο καθετήρα. (Σχήμα 7)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Ο δεύτερος δείκτης από το περιφερικό άκρο (2D) είναι ο δείκτης στόχευσης για την πλέον εγγύς θέση του εγγύς άκρου της καλυμμένης ενδοπρόσθεσης, η οποία επεκτείνει τον πλευρικό κλάδο εντός της έξω λαγόνιας αρτηρίας. Ο δεύτερος δείκτης από το εγγύς άκρο (2P) είναι ο δείκτης στόχευσης για την πλέον περιφερική θέση του περιφερικού άκρου της προέκτασης του σκέλους, που θα συνδέσει τον λαγόνιο πλευρικό κλάδο με το διχαλωτό μόσχευμα ενδοπρόσθεσης, το οποίο θα εκπτυχθεί πάνω από το διχασμό της αορτής.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Ο προσανατολισμός μπορεί να επιβεβαιωθεί με οπτική επιθεώρηση, επειδή η αύλακα στο κωνικό άκρο του διαστολέα (όπου ο προτοποθετημένος συρμάτινος οδηγός αναδύεται από το σύστημα) είναι ευθυγραμμισμένη με τον πλευρικό κλάδο.

5. Εισαγάγετε το σύστημα τοποθέτησης ενδογγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγόνιας αρτηρίας Zenith Branch πάνω από τον συρμάτινο οδηγό, εντός της λαγόνιας αρτηρίας έως ότου το άκρο του μόνιμου καθετήρα, που εδράζεται στην αύλακα του άκρου του διαστολέα, κάτω από το εξωτερικό θηκάρι είναι ακριβώς πάνω από το διχασμό της αορτής και σε περιτροφοική ευθυγράμμιση με την έκφραση της αντίθετης κοινής λαγόνιου αρτηρίας. (Σχήμα 8)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Διατηρείτε τη θέση του συρμάτινου οδηγού κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του συστήματος τοποθέτησης.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Για να αποφύγετε τυχόν συστολή του ενδογγειακού μοσχεύματος, κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε περιστροφής του συστήματος τοποθέτησης, προσέχετε έτσι ώστε να περιστρέφετε όλα τα εξάρτηματα του συστήματος ως ενιαία μονάδα (από το εξωτερικό θηκάρι έως την εσωτερική κάνουλα).

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η ελαφρά προώθηση του υδρόφιλου συρμάτινου οδηγού μέσω του άκρου του καθετήρα ενδέχεται να βοηθήσει στην απεικόνιση της θέσης του άκρου του καθετήρα.

10.4 Τοποθέτηση συρμάτινου οδηγού πλήρους διέλευσης

1. Προωθήστε τον υδρόφιλο συρμάτινο οδηγό και τον καθετήρα μέσα στην αορτή. Τοποθετήστε το συρμάτινο οδηγό για σύλληψη με βρόχο προωθώντας τον διαμέσου του άκρου του κυρτού καθετήρα, όπως απαιτείται.
2. Προωθήστε έναν κατάλληλο βρόχο μέσω του θηκαρίου προσπέλασης στην αντίθετη λαγόνια αρτηρία, συλλάβετε με το βρόχο το άκρο

το υδρόφιλο συρμάτινο οδηγού και τραβήξτε το εντελώς για το σχηματισμό ενός συρμάτινου οδηγού πλήρους διέλευσης. (Σχήμα 9)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Κατά τη διάρκεια του χειρισμού αυτού, ο υδρόφιλος συρμάτινος οδηγός πλήρους διέλευσης πρέπει να προωθείται, έτσι ώστε να διατηρείται κάποια χαλαρότητα στο δίχασμό της αορτής.

10.5 Έκπτυξη εγγύς ενδαγγειακού μοσχεύματος-δίχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch

1. Προωθήστε το θηκάρι 8 Fr (εσ. διάμ. 2,7 mm) στο αντίθετο μέλος, έως ότου βρεθεί πάνω από το επίπεδο του δίχασμού της αορτής και εκτελέστε αγγειογραφία μέσω αυτού, έτσι ώστε να προσδιορίσετε τη θέση της έσω λαγονίου αρτηρίας στην πλευρά της εμφύτευσης της συσκευής. (Σχήμα 10)
2. Βεβαιωθείτε ότι το σύστημα μοσχεύματος είναι προσανατολισμένο, έτσι ώστε το περιφερικό άκρο του πλευρικού κλάδου (όπως υποδεικνύεται από τον πλέον περιφερικό ακτινοσκοπικό δείκτη) είναι τοποθετημένο σε απόσταση 10 mm πάνω από την έκφυση της έσω λαγονίας αρτηρίας με περιστροφικό προσανατολισμό, έτσι ώστε να επιτρέπει η εύκολη προσπέλαση στην έσω λαγόνια αρτηρία. Εάν οι ακτινοσκοπικοί δείκτες δεν είναι στην κατάλληλη θέση, περιστρέψτε ολόκληρο το σύστημα, έως ότου οι δείκτες ευθυγραμμιστούν με το στόμιο της έσω λαγονίου αρτηρίας ή/και προωθήσετε ή αποσύρετε το σύστημα, όπως είναι απαραίτητο. (Σχήμα 11)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Για να αποφύγετε τυχόν συστολή του ενδαγγειακού μοσχεύματος, κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε περιστροφής του συστήματος τοποθέτησης, προσέχετε έτσι ώστε να περιστρέψετε όλα τα εξαρτήματα του συστήματος ως ενιαία μονάδα (από το εξωτερικό θηκάρι έως την εσωτερική κάνουλα).

3. Όταν η θέση της συσκευής είναι ικανοποιητική, σταθεροποιήστε τη γκρι διάταξη τοποθέτησης (το στέλεχος του συστήματος τοποθέτησης), ενώ αποσύρετε το εξωτερικό θηκάρι εισαγωγής. Εκπύετε το ενδαγγειακό μόσχευμα-δίχασμό λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch έως ότου αποκαλυφθεί το περιφερικό άκρο του πλευρικού κλάδου. (Σχήμα 12)
4. Σταματήστε την απόσυρση του θηκαρίου.

ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ: Μην αποσύρετε το θηκάρι περαιτέρω, διότι το στέλεχος της έξω λαγονίου αρτηρίας θα προεκταθεί και θα αποτρέψει περαιτέρω αλλαγές της θέσης.

10.6 Τοποθέτηση επάνω και επί θηκαρίου

1. Αποσύρετε το αντίθετο θηκάρι προσπέλασης λαγονίου αρτηρίας, αφήνοντας τον υδρόφιλο συρμάτινο οδηγό πλήρους διέλευσης με πυρήνα από Nitinol στη θέση του.
2. Προωθήστε ένα θηκάρι, τοποθέτησης επάνω και επί αυτού, κατάλληλου μεγέθους επάνω από τον υδρόφιλο συρμάτινο οδηγό πλήρους διέλευσης με πυρήνα από Nitinol έως ότου το άκρο του διαστολέα θηκαρίου έλθει σε επαφή με το άκρο του προτοποθετημένου καθετήρα. (Σχήμα 13)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Ενδέχεται να είναι απαραίτητο να εφαρμόσετε απαλή έλξη και στα δύο άκρα του συρμάτινου οδηγού, έτσι ώστε να βοηθήσετε στην προώθηση.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν ο προτοποθετημένος καθετήρας δεν προωθείται πάνω από το δίχασμό της αορτής, να είστε ιδιαίτερα προσεκτικοί κατά τη διάρκεια του χειρισμού του σύρματος, έτσι ώστε να αποφύγετε τυχόν βλάβη στο αγγειακό σύστημα.

3. Συσφίξετε τον υδρόφιλο συρμάτινο οδηγό πλήρους διέλευσης και στα δύο άκρα (όπου αναδύεται από τον προτοποθετημένο καθετήρα και το θηκάρι τοποθέτησης επάνω και επί αυτού).
4. Συνεχίστε την προώθηση του θηκαρίου πάνω από τον στερεωμένο συρμάτινο οδηγό ενώ ασκείτε απαλή, διαλείπουσα τάση στον προτοποθετημένο καθετήρα, έτσι ώστε το θηκάρι και ο καθετήρας να προωθούνται πάνω από το δίχασμα, εντός του εγγύς ανοίγματος της συσκευής και εκτός μέσω του πλευρικού κλάδου. (Σχήμα 14)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Ανάλογα με το μήκος του άκρου του διαστολέα του θηκαρίου αυτού, ενδέχεται να είναι απαραίτητη η προώθηση του θηκαρίου πάνω από το άκρο του διαστολέα του, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η τοποθέτηση του θηκαρίου εντός του πλευρικού κλάδου.

5. Αφαιρέστε το διαστολέα του επάνω και επί θηκαρίου.

10.7 Καθετηριασμός της έσω λαγόνιας αρτηρίας

1. Διατρίψτε την αιμοστατική βελβίδα του θηκαρίου τοποθέτησης επάνω και επί αυτού όσο το δυνατόν περισσότερο προς τη μία πλευρά και εισαγάγετε έναν κατάλληλο συνδυασμό συρμάτινου οδηγού και καθετήρα. (Σχήμα 15)
2. Προωθήστε τον συρμάτινο οδηγό και τον καθετήρα μέσω του θηκαρίου τοποθέτησης επάνω και επί αυτού, εντός της έσω λαγονίου αρτηρίας. (Σχήμα 16)
3. Αντικαταστήστε τον συρμάτινο οδηγό στην έσω λαγόνια αρτηρία με έναν υποστηρικτικό συρμάτινο οδηγό (π.χ. συρμάτινο οδηγό Rosen ή AES). Βεβαιωθείτε ότι η τοποθέτηση του συρμάτινου οδηγού είναι σταθεροποιημένη στην έσω λαγόνια αρτηρία.

10.8 Τοποθέτηση επεκτεινόμενης με μπαλόνι, καλυμμένης περιφερειακής ενδοπρόσθεσης γεφύρωσης

1. Αφαιρέστε τον καθετήρα από το εσωτερικό του θηκαρίου τοποθέτησης επάνω και επί αυτού, αφήνοντας το θηκάρι και τους συρμάτινους οδηγούς στη θέση τους και προωθήστε την προστερεωμένη, επεκτεινόμενη με μπαλόνι καλυμμένη περιφερειακή ενδοπρόσθεση κατάλληλου μεγέθους πάνω από τον υποστηρικτικό συρμάτινο οδηγό, έως ότου εισέλθει στην έσω λαγόνια αρτηρία. (Σχήμα 17)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η προτοποθέτηση της προστερεωμένης επεκτεινόμενης με μπαλόνι καλυμμένης περιφερειακής ενδοπρόσθεσης εντός ενός επιπλέον θηκαρίου ενδέχεται να είναι επιθυμητή, για την παροχή προστασίας, καθώς η ενδοπρόσθεση προωθείται μέσω του θηκαρίου τοποθέτησης επάνω και επί αυτού και εντός της έσω λαγόνιας αρτηρίας. Πρέπει να επλέγονται κατάλληλοι συνδυασμοί θηκαρίου/συρμάτινων οδηγών/ενδοπρόσθεσεων,

Συνιστάμενη επικάλυψη του μοσχεύματος λαγόνιου σκέλους Zenith που συνδέει το ετερόπλευρο μέλος του διχαλωτού μοσχεύματος Zenith στο ενδαγγειακό μόσχευμα-δίχασμό λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch

Επικάλυψη μέσα στο ετερόπλευρο μέλος του διχαλωτού μοσχεύματος Zenith	Ελάχιστο 1 ¼ ενδοπροσθέσεις
	Μέγιστο 1 ¾ ενδοπροσθέσεις
πικάλυση μέσα στο σώμα του ενδαγγειακού μοσχεύματος Zenith Branch	Ελάχιστο 1 ½ ενδοπροσθέσεις
	Μέγιστο το πολύ έως τον δεύτερο δείκτη στο εγγύς άκρο της συσκευής

5. Συνεχίστε την έκπτυξη του διχαλωτού μοσχεύματος Zenith, όπως περιγράφεται στις σχετικές οδηγίες χρήσης.

έτσι ώστε το εσωτερικό θηκάρι να μπορεί να διέλθει μέσω του θηκαρίου τοποθέτησης επάνω και επί αυτού με ομοαξονικό τρόπο, επιτρέποντας παράλληλα στον συρμάτινο οδηγό πλήρους διέλευσης να παραμείνει στη θέση του.

2. Ελέγξτε την αγγειογραφία όπως απαιτείται, έτσι ώστε να προσδιορίσετε ότι η θέση της επεκτεινόμενης με μπαλόνι, καλυμμένης περιφερειακής ενδοπρόσθεσης είναι ικανοποιητική σε σχέση με την επικάλυψη του πλευρικού κλάδου και την προοριζόμενη θέση καθήλωσης της έσω λαγονίας αρτηρίας.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Όταν εκπτυχθεί, η επεκτεινόμενη με μπαλόνι, καλυμμένη περιφερειακή ενδοπρόσθεση πρέπει να επικαλύπτει τον πλευρικό κλάδο του ενδαγγειακού μοσχεύματος-δίχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch κατά 10-14 mm.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η αγγειογραφία πρέπει να είναι δυνατή μέσω του θηκαρίου τοποθέτησης επάνω και επί αυτού κατά τη διάρκεια του σταδίου αυτού της διαδικασίας ή μέσω του καθετήρα στην κοινή λαγόνια αρτηρία.

3. Αποσύρετε τον υδρόφιλο συρμάτινο οδηγό πλήρους διέλευσης με πυρήνα από Nitinol και τον προτοποθετημένο καθετήρα.
4. Προσαρμόστε τη θέση του ενδαγγειακού μοσχεύματος-δίχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch, εάν είναι απαραίτητο, έτσι ώστε το περιφερικό άνοιγμα του πλευρικού κλάδου να βρεθεί σε κατάλληλη θέση σε σχέση με την έκφυση της έσω λαγονίου αρτηρίας.

10.9 Έκπτυξη περιφερικού ενδαγγειακού μοσχεύματος-δίχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch

1. Αποσύρετε το θηκάρι εισαγωγέα του ενδαγγειακού μοσχεύματος-δίχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch, έως ότου εκπτυχθεί πλήρως το τμήμα της έξω λαγονίου αρτηρίας. (Σχήμα 18)
2. Αφαιρέστε την ασφάλεια από τον μαύρο μηχανισμό απελευθέρωσης του σύρματος ενεργοποίησης. Υπό ακτινοσκόπηση, αποσύρετε το σύρμα ενεργοποίησης, σύροντας τον μαύρο μηχανισμό απελευθέρωσης του σύρματος ενεργοποίησης εκτός της λαβής, και στη συνέχεια αφαιρέστε το μέσο της σχισμής του, επάνω από την εσωτερική κάνουλα. (Σχήμα 19)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η περιφερική ενδοπρόσθεση είναι ακόμα στερεωμένη από το σύρμα ενεργοποίησης.

10.10 Έκπτυξη επεκτεινόμενης με μπαλόνι, καλυμμένης περιφερειακής ενδοπρόσθεσης

1. Αποσύρετε το θηκάρι τοποθέτησης επάνω και επί αυτού σε κατάλληλη θέση, έτσι ώστε να επιτρέπει η έκπτυξη της επεκτεινόμενης με μπαλόνι, καλυμμένης περιφερειακής ενδοπρόσθεσης.
2. Εκπύετε την επεκτεινόμενη με μπαλόνι, καλυμμένη περιφερειακή ενδοπρόσθεση και εκτελέστε πρόσθετη πλήρωση με μπαλόνι, όπως απαιτείται. (Σχήμα 20)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η επεκτεινόμενη με μπαλόνι, καλυμμένη περιφερειακή ενδοπρόσθεση πρέπει να επεκτείνεται στα 8 mm τουλάχιστον στον πλευρικό κλάδο του ενδαγγειακού μοσχεύματος-δίχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch και να επεκτείνεται στο κατάλληλο μέγεθος, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται στεγανοποίηση στην έσω λαγόνια αρτηρία.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η επεκτεινόμενη με μπαλόνι, καλυμμένη περιφερειακή ενδοπρόσθεση πρέπει να επικαλύπτει τον πλευρικό κλάδο του ενδαγγειακού μοσχεύματος-δίχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch κατά 10 mm τουλάχιστον και το πολύ έως τον δεύτερο δείκτη στο περιφερικό άκρο του πλευρικού κλάδου, με περιφερική θέση καθήλωσης εντός της έσω λαγονίου αρτηρίας τουλάχιστον 10 mm (κατά προτίμηση 20-30 mm).

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Μην αφαιρείτε ακόμα το μπαλόνι από το τμήμα του πλευρικού κλάδου του ενδαγγειακού μοσχεύματος-δίχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch.

3. Αφαιρέστε την ασφάλεια από τον λευκό μηχανισμό απελευθέρωσης σύρματος ενεργοποίησης. Υπό ακτινοσκόπηση, αποσύρετε και αφαιρέστε το σύρμα ενεργοποίησης, σύροντας τον λευκό μηχανισμό απελευθέρωσης του σύρματος ενεργοποίησης εκτός της λαβής, και στη συνέχεια αφαιρέστε το μέσο της σχισμής του, επάνω από την εσωτερική κάνουλα. (Σχήμα 21)
4. Φουσκώστε πάλι το μπαλόνι στο τμήμα του πλευρικού κλάδου για τη σταθεροποίηση της συσκευής και αποσύρετε το σύστημα εισαγωγέα μέσω του μοσχεύματος στο θηκάρι εισαγωγέα.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Πρέπει να προσέχετε έτσι ώστε να αποφύγετε τη μετατόπιση ή την πρόκληση ζημιάς του ενδαγγειακού μοσχεύματος-δίχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch κατά την αφαίρεση του συστήματος εισαγωγέα ή κατά την προώθηση άλλων εξαρτημάτων μέσω αυτού.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Βεβαιωθείτε ότι ο συρμάτινος οδηγός παραμένει σε ικανοποιητική θέση για τον καθετηριασμό του μοσχεύματος AAA Zenith.

5. Ξεφουσκώστε και αφαιρέστε το μπαλόνι.
6. Αποσύρετε τον συρμάτινο οδηγό και θηκάρι τοποθέτησης επάνω και επί αυτών εντός της αντίθετης κοινής λαγονίου αρτηρίας.

10.11 Έκπτυξη μοσχεύματος AAA Zenith και μοσχεύματος λαγόνιου σκέλους

1. Εισαγάγετε έναν καθετήρα, και δύσακμπτο συρμάτινο οδηγό (AUS ή LES) τυπικής διαμέτρου 0,035 inch (0,89 mm), σε μήκος 260 cm, δια μέσου της προσπέλασης λαγόνιας αρτηρίας, στην αντίθετη πλευρά από το ενδαγγειακό μόσχευμα-δίχασμό λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch.
2. Αφαιρέστε τα θηκάρια και τους καθετήρες που υπάρχουν, και εισαγάγετε και εκπύετε το κύριο σώμα του διχαλωτού μοσχεύματος Zenith σύμφωνα με το τυπικό πρωτόκολλο Zenith (δείτε σχετικές οδηγίες χρήσης του μοσχεύματος Zenith).
3. Καθετηριάστε το κοντό (ετερόπλευρο) μέλος του διχαλωτού μοσχεύματος Zenith δια μέσου του ενδαγγειακού μοσχεύματος-δίχασμού λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch.
4. Εκπύετε δια μέσου του ενδαγγειακού μοσχεύματος-δίχασμού λαγόνιου αρτηρίας Zenith Branch ένα μόσχευμα λαγόνιου σκέλους (π.χ. TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX) κατάλληλου μήκους ώστε να επιτευχθεί η συνιστώμενη επικάλυψη, όπως φαίνεται παρακάτω.

10.12 Εισαγωγή μπαλονιού διαμόρφωσης

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Πριν από τη χρήση του μπαλονιού διαμόρφωσης, αφαιρέστε προσεκτικά τυχόν συσκευές παρελκομένων.

- 1. Για το διχαλωτό μόσχευμα Zenith χρησιμοποιήστε μπαλόνι διαμόρφωσης, όπως περιγράφεται στις σχετικές οδηγίες χρήσης.
- 2. Για ενδαγγειακό μόσχευμα-διχασμό λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch προτεριάζετε το μπαλόνι διαμόρφωσης ως εξής:
 - Εκπλύνετε τον αυλό του σύρματος με ηπαρινισμένο αλατούχο διάλυμα.
 - Αφαιρέστε όλο τον αέρα από το μπαλόνι.
- 3. Σε προετοιμασία για την εισαγωγή του μπαλονιού διαμόρφωσης, ανοίξτε την αιμοστατική βαλβίδα Captor στρέφοντάς την αριστερόστροφα.
- 4. Προωθήστε το μπαλόνι διαμόρφωσης, επάνω στον δύσκαμπτο συρμάτινο οδηγό και δια μέσου της αιμοστατικής βαλβίδας Captor του συστήματος εισαγωγής του ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch, στην επικάλυψη ανάμεσα στο τμήμα της κοινής λαγόνιας αρτηρίας του ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch και τα μοσχεύματα λαγονίου σκέλους Zenith* (π.χ. TFL, ZSL, ZSL) και διαστέλετέ το.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Επιβεβαιώστε το πλήρες ξεφούσκωμα του μπαλονιού πριν από την επανατοποθέτηση.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η αιμοστατική βαλβίδα Captor πρέπει να είναι ανοικτή πριν από την επανατοποθέτηση του μπαλονιού διαμόρφωσης.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Κατά την τοποθέτηση του μπαλονιού κοντά στο διχασμό του ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch, βεβαιωθείτε ότι το μπαλόνι δε διασχίζει το διχασμό.

11 ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Παρακολουούμε ανατρέξτε στον πίνακα 11 για τις απαιτήσεις απεικόνισης και μετεγχειρητικής παρακολούθησης.

	Πίνακας 11 Πρόγραμμα απεικόνισης					
	Προεγχειρητικά	Διεγχειρητικά	Μετά τη διαδικασία	30 ημέρες	6 μήνες	12 μήνες
Αξονική τομογραφία	X		X ¹	X ¹	X ¹	X ¹
NOK (Υπτία ακτινογραφία, νεφροί, ουρητήρες και ουροδόχος κύστη)			X	X	X	X
Αγγειογραφία	X	X				

¹Ο υπέρηχος duplex μπορεί να χρησιμοποιηθεί για εκείνους τους ασθενείς που παρουσιάζουν νεφρική ανεπάρκεια ή οι οποίοι κατά τα άλλα δεν είναι σε θέση να υποβληθούν σε ενισχυμένη με σκιαγραφικό μέσο αξονική τομογραφία.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Μην τοποθετείτε το μπαλόνι κοντά στον πλευρικό κλάδο, έτσι ώστε να αποφευχθεί η ρήξη της επεκτεινόμενης με μπαλόνι ενδοπρόσθεσης.

- 5. Αποσύρετε το μπαλόνι διαμόρφωσης στην περιφερική θέση καθήλωσης του ενδαγγειακού μοσχεύματος-διχασμού λαγονίου αρτηρίας Zenith Branch και επεκτείνετε.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Μη φουσκώνετε το μπαλόνι σε αγγείο εκτός του μοσχεύματος.

- 6. Αφαιρέστε το μπαλόνι διαμόρφωσης και αντικαταστήστε το με έναν αγγειογραφικό καθετήρα, για την εκτέλεση των αγγειογραμμάτων ολοκλήρωσης.
- 7. Αφαιρέστε ή αντικαταστήστε όλους τους άκαμπτους συρμάτινους οδηγούς, έτσι ώστε να επιτραπεί στις λαγόνιες αρτηρίες να επανέλθουν στη φυσική τους θέση.

10.13 Τελικό αγγειόγραμμα

- 1. Τοποθετήστε τον αγγειογραφικό καθετήρα ακριβώς επάνω από το επίπεδο του διχασμού της αορτής. Εκτελέστε αγγειογραφήματα, έτσι ώστε να επαληθεύσετε τη βατότητα της κοινής λαγονίου αρτηρίας και της αντίστοιχης έσω λαγονίου αρτηρίας και ότι δεν υπάρχουν ενδοδιάρροες.
- 2. Επιβεβαιώστε ότι δεν υπάρχουν ενδοδιάρροες ή στρεβλώσεις. Αφαιρέστε τα θηκάρια, τα σύρματα και τους καθετήρες.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Εάν παρατηρήσετε ενδοδιάρροες ή άλλα προβλήματα και απαιτείται παρέμβαση, εξετάστε τη χρήση επιπλέον βοηθητικών εξαρτημάτων AAA Zenith.

- 3. Αποκαταστήστε τα αγγεία και συγκλείστε με τυπικό χειρουργικό τρόπο.

ESPAÑOL

BIFURCACIÓN ENDOPRÓTESIS VASCULAR-ILIACA ZENITH® BRANCH CON EL SISTEMA DE INTRODUCCIÓN H&L-B ONE-SHOT™

Lea atentamente todas las instrucciones. Si no se siguen correctamente las instrucciones, las advertencias y las precauciones, el paciente puede sufrir consecuencias o lesiones graves.

Para obtener información sobre otros componentes Zenith, consulte las instrucciones de uso correspondientes.

1 DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO

1.1 Bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch

La bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch es una endoprótesis vascular con una rama bifurcada que tiene aberturas para conectar los segmentos iliaco primitivo, de la rama lateral e iliaco externo. (Figura 1)

La endoprótesis vascular está fabricada de tela de poliéster tejido de espesor total, cosida a stents Cook-Z® autoexpandibles de acero inoxidable y nitinol con hilo de sutura de poliéster trenzado y polipropileno monofilamento. La endoprótesis vascular tiene stents a todo lo largo para ofrecer estabilidad y la fuerza de expansión necesaria para abrir la luz de la endoprótesis vascular durante el despliegue. Los anillos de nitinol colocados en el extremo proximal de la endoprótesis vascular y dentro de la rama lateral ayudan a mantener la luz permeable durante el acceso. Los stents Cook-Z también ofrecen el sellado necesario de la endoprótesis vascular a la pared vascular.

A fin de facilitar la visualización fluoroscópica de la endoprótesis vascular de stents, hay cuatro marcadores radiopacos de oro colocados a lo largo del lado iliaco interno de la parte proximal de la endoprótesis vascular para indicar la posición del segmento de la rama lateral.

Se requieren componentes adicionales como endoprótesis vasculares de rama iliaca Zenith (p. ej., TFLE, ZSLE, ZISL) y stents periféricos cubiertos expandibles con balón. Cada dispositivo tiene su propio sistema de implantación independiente. Consulte las instrucciones de uso pertinentes.

1.2 Sistema de implantación de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch

La bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch se suministra precargada sobre el sistema de introducción H&L-B One-Shot. (Figura 2) Tiene un método de despliegue secuencial con características que permiten el control continuo de la endoprótesis vascular durante todo el procedimiento de despliegue.

El extremo proximal de la endoprótesis vascular está acoplado al sistema de implantación por dos alambres disparadores de nitinol. El extremo distal de la endoprótesis vascular también está acoplado al sistema de implantación y mantenido por un alambre disparador de acero inoxidable independiente. El sistema de introducción H&L-B One-Shot permite la colocación precisa y el reajuste de la posición final de la endoprótesis vascular antes de desplegarla por completo. El sistema de implantación utiliza un sistema de introducción H&L-B One-Shot de 20 Fr (diámetro interior de 6,7 mm) que incluye un catéter precargado, utilizado para facilitar la catulación de la rama lateral, y una guía que se emplea para asegurar la conservación de la luz del catéter durante la carga y el transporte. Todos los sistemas son compatibles con una guía de 0,035 inch (0,89 mm). Para potenciar la hemostasia, la válvula hemostática Captor puede abrirse o cerrarse para introducir los dispositivos auxiliares en la vaina y para extraerlos de ésta.

El sistema de implantación de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch incluye una vaina introductora Flexor® resistente a la plicatura y revestida con una sustancia hidrofílica. Ambas características facilitan el control del desplazamiento en las arterias ilíacas y en la aorta abdominal. Además, el catéter precargado está curvado a fin de facilitar la colocación de la guía durante el uso del asa.

1.3 Componentes adicionales

También se requieren componentes adicionales (rama iliaca y stent periférico cubierto expandible con balón).

Hay disponibles endoprótesis vasculares de rama iliaca Zenith (p. ej., TFLE, ZSLE, ZISL), fabricadas con los mismos materiales utilizados en la fabricación de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch. Para todas las endoprótesis vasculares de rama iliaca y sistemas de implantación Zenith, consulte las instrucciones de uso respectivas para obtener las instrucciones de despliegue. La parte iliaca primitiva de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch, colocada en la arteria iliaca primitiva, se conectará a la ramificación (contralateral) corta de una endoprótesis vascular bifurcada Zenith (p. ej., endoprótesis vascular para AAA Zenith) mediante una rama iliaca estándar de longitud adecuada y con un diámetro distal de 16 mm (p. ej., TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX).

Un stent periférico cubierto expandible con balón se desplegará en el interior del segmento de la rama lateral y se extenderá en el interior de la arteria iliaca interna. Consulte las instrucciones de despliegue de este dispositivo en sus instrucciones de uso.

2 INDICACIONES

La bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch con el sistema de introducción H&L-B One-Shot está indicada para el tratamiento endovascular de pacientes con un aneurisma aortoiliaco o iliaco, un lugar distal de sellado insuficiente en el interior de la arteria iliaca primitiva y una morfología adecuada para la reparación endovascular, lo que incluye:

- Acceso iliaco/femoral adecuado compatible con un sistema de introducción de 20 Fr (diámetro exterior de 7,7 mm),
- Segmento de fijación no aneurismático en la arteria iliaca externa distal al aneurisma:
 - con una longitud de al menos 20 mm,
 - con un diámetro medido de pared exterior a pared exterior no superior a 11 mm y no inferior a 8 mm.
- Segmento no aneurismático en la arteria iliaca interna distal al aneurisma:
 - con una longitud de al menos 10 mm (se recomienda que sea entre 20 y 30 mm),
 - con un diámetro aceptable para obtener un sellado adecuado.

3 CONTRAINDICACIONES

Estos dispositivos no tienen ninguna contraindicación conocida.

4 ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

4.1 Generales

- Lea atentamente todas las instrucciones. Si no se siguen correctamente las instrucciones, las advertencias y las precauciones, el paciente puede sufrir consecuencias o lesiones graves.
- La bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch con el sistema de introducción H&L-B One-Shot sólo deben utilizarla médicos y equipos que hayan recibido formación en técnicas intervencionistas vasculares y en el uso de este dispositivo.

- La falta de TAC sin contraste puede impedir apreciar la calcificación iliaca o aórtica, que puede imposibilitar el acceso o la fijación y el sellado apropiados del dispositivo.
- Si en las TAC previas al procedimiento se utilizan espesores de reconstrucción de más de 3 mm, es posible que el tamaño del dispositivo elegido no sea el óptimo o que no se aprecien estenosis focales.
- La eficacia a largo plazo de las endoprótesis vasculares no se ha determinado aún. Todos los pacientes deben ser informados de que el tratamiento endovascular requiere un seguimiento periódico durante el resto de la vida para evaluar el estado de salud y la eficacia de las endoprótesis vasculares. Los pacientes que presenten signos clínicos específicos (p. ej., endofugas, aneurismas en crecimiento o cambios en la estructura o posición de la endoprótesis vascular) deben someterse a un seguimiento más exhaustivo. Las pautas específicas del seguimiento se describen en el apartado 11, Pautas para los estudios de imagen y seguimiento posoperatorio.
- Tras la colocación de la endoprótesis vascular, los pacientes deben ser examinados periódicamente para determinar el flujo alrededor de la endoprótesis vascular, el crecimiento del aneurisma, y los cambios en la estructura o posición de la endoprótesis vascular. Como mínimo, es necesario realizar estudios de imagen anuales que incluyan:
 - 1) radiografías abdominales para examinar la integridad del dispositivo (separación entre componentes o fisura en el stent) y 2) TAC con contraste y sin él para determinar los cambios del aneurisma, el flujo alrededor de la endoprótesis vascular, la permeabilidad, la tortuosidad y la evolución de la patología.Si hay complicaciones renales u otros factores que impidan el uso de medios de contraste en los estudios de imagen, las radiografías abdominales y las ecografías dúplex pueden ofrecer información similar.
- La bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch con el sistema de introducción H&L-B One-Shot no está recomendada para pacientes que no puedan o no estén dispuestos a someterse a los estudios de imagen y de implantación preoperatorios y posoperatorios necesarios descritos en el apartado 11, Pautas para los estudios de imagen y seguimiento posoperatorio.
- En los pacientes que presenten agrandamiento del aneurisma, disminución inaceptable de la longitud de fijación (solapamiento de vaso y componente) o endofugas tras la reparación endovascular inicial, debe considerarse la conveniencia de una intervención o de una conversión a reparación quirúrgica abierta convencional. El aumento del tamaño del aneurisma y la persistencia de endofugas pueden producir la rotura del aneurisma.
- Es posible que los pacientes que presenten fugas o reducción del flujo sanguíneo a través de la ramificación de la endoprótesis vascular tengan que someterse a intervenciones o procedimientos quirúrgicos secundarios.
- Durante los procedimientos de implantación o reintervención deberá haber un equipo quirúrgico vascular disponible en todo momento para el caso de que sea necesaria una conversión a reparación quirúrgica abierta.
- La implantación de un stent endovascular es un procedimiento quirúrgico y puede producirse una pérdida de sangre por varias causas, que rara vez exige una intervención (incluida una transfusión) para evitar resultados adversos. Es importante vigilar la pérdida de sangre procedente de la válvula hemostática durante todo el procedimiento, pero es específicamente relevante durante y después de la manipulación del posicionador gris. Después de la extracción del posicionador gris, si la pérdida de sangre es excesiva, considere la posibilidad de colocar un balón moldeador deshinchado o un dilataador del sistema de introducción dentro de la válvula para restringir el flujo.

4.2 Selección, tratamiento y seguimiento de los pacientes

- El diámetro (medido de pared interior a pared interior) y la morfología (tortuosidad mínima, enfermedad oclusiva o calcificación) del vaso de acceso deben ser compatibles con las técnicas de acceso vascular y con los sistemas de implantación del perfil de una vaina introductora vascular de 20 Fr (diámetro exterior de 7,7 mm). Los vasos que muestren un exceso de calcificación, oclusión, tortuosidad o trombos pueden ser inadecuados para la colocación de la endoprótesis vascular y presentar un mayor riesgo de embolización.
- Las principales características anatómicas que pueden dificultar la exclusión satisfactoria del aneurisma incluyen: tortuosidad de alguno o todos los vasos implicados, arterias ilíacas demasiado grandes o demasiado pequeñas, trombo circunferencial, aneurisma de las arterias ilíacas interna o externa, y calcificación de los lugares de la implantación arterial. Las irregularidades en la calcificación o en la placa pueden comprometer la fijación y el sellado de los lugares de la implantación y la capacidad para hacer avanzar los sistemas introductores.
- La bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch con el sistema de introducción H&L-B One-Shot no está recomendada para los pacientes que no puedan tolerar los medios de contraste necesarios para los estudios de imagen intraoperatorios y posoperatorios.
- La bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch con el sistema de introducción H&L-B One-Shot no está recomendada para pacientes que superen los límites de peso o tamaño de forma que comprometan o impidan el cumplimiento de los requisitos necesarios de los estudios de imagen.
- La bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch con el sistema de introducción H&L-B One-Shot no está recomendada para pacientes que sean alérgicos o presenten hipersensibilidad al acero inoxidable, el poliéster, el nitinol (níquel y titanio), la soldadura (estaño o plata), el polipropileno o el oro.
- Los pacientes con infecciones generalizadas pueden tener un mayor riesgo de infección de la endoprótesis vascular.
- La incapacidad para mantener la permeabilidad de al menos una arteria iliaca interna puede aumentar el riesgo de isquemia pélvica o intestinal.

4.3 Procedimiento de implantación

- Durante el procedimiento de implantación debe utilizarse anticoagulación sistémica administrada según el protocolo habitual del hospital y el protocolo preferido del médico. Si la heparina está contraindicada, deberá utilizarse otro anticoagulante.
- Para disminuir el riesgo de contaminación e infección de la endoprótesis contenida en el sistema de implantación, manipúlela lo menos posible durante la preparación y la introducción.
- Para activar el revestimiento hidrofílico del exterior de la vaina introductora Flexor, la superficie debe limpiarse con paños de gasa de 10 x 10 cm empapados con solución salina. Para conseguir una eficacia óptima, mantenga la vaina hidratada en todo momento.
- Mantenga la posición de la guía durante la introducción del sistema de implantación.
- No doble ni retuerza el sistema de implantación. Si lo hace, podría dañar el sistema de implantación y la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch.
- Debe utilizarse fluoroscopia durante la introducción y el despliegue para confirmar el funcionamiento adecuado de los componentes del sistema de implantación, la colocación adecuada de la endoprótesis vascular y el resultado deseado del procedimiento.
- El uso de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch con el sistema de introducción H&L-B One-Shot requiere la administración de contraste intravascular. Los pacientes con insuficiencia renal preexistente pueden tener mayor riesgo de fallo renal en el período posoperatorio. Se

- debe procurar limitar la cantidad de medios de contraste utilizados durante el procedimiento.
- Para evitar el retorcimiento de la endoprótesis vascular, al hacer girar el sistema de implantación se debe tener cuidado para que giren conjuntamente todos los componentes del sistema (desde la vaina exterior hasta la cánula interior).
- La colocación incorrecta o el sellado incompleto de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch dentro del vaso o con otros componentes pueden aumentar el riesgo de endofugas, migración u oclusión accidental de la arteria iliaca interna.
- La fijación inadecuada de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch puede aumentar el riesgo de migración. El despliegue incorrecto o la migración de la endoprótesis pueden requerir una intervención quirúrgica.
- No siga haciendo avanzar ninguna parte del sistema de implantación si siente resistencia durante el avance de la guía o el sistema de implantación. Deténgase y determine la causa de la resistencia. El vaso o el catéter pueden resultar dañados. Tenga especial cuidado en zonas de estenosis, trombosis intravascular, o en vasos calcificados o tortuosos.
- Tenga cuidado al manipular catéteres, guías y vainas en el interior de un aneurisma. Las alteraciones excesivas pueden desprender fragmentos de trombo que pueden causar embolización distal.
- El stent periférico cubierto expandible con balón debe tener un diámetro adecuado para quedar sellado con el segmento de la rama lateral y con la arteria iliaca interna, y una longitud suficiente para solaparse entre 10 y 14 mm con el segmento de la rama lateral y 10 mm (se recomienda que sean de 20 a 30 mm) con el lugar de fijación distal en la arteria iliaca interna.
- Si es necesario volver a intervenir con instrumental a través de alguna endoprótesis vascular colocada previamente, se debe tener cuidado para no dañarla ni alterar su posición.

Uso del balón moldeador

- Asegúrese de que el balón esté deshinchado por completo antes de cambiarlo de posición.
- No hinche el balón en el vaso fuera de la endoprótesis vascular.
- Para potenciar la hemostasia, la válvula hemostática Captor puede abrirse o cerrarse para permitir la introducción y extracción posterior de un balón moldeador.

4.4 Seguridad y compatibilidad con MRI

Las pruebas no clínicas han demostrado que la bifurcación endoprótesis vascular iliaca Zenith Branch, utilizada con un stent cubierto expandible con balón, es «MR Conditional» (esto es, segura bajo ciertas condiciones de la MRI), según la clasificación de la American Society for Testing and Materials (ASTM F2503). Un paciente con este dispositivo puede someterse a MRI de manera segura después de la colocación en las siguientes condiciones.

- Campo magnético estático de 1,5 teslas o 3,0 teslas solamente
- Campo magnético de gradiente espacial máximo de 720 gauss/cm (7,2 T/m) o menos
- Promedio de índice de absorción específica (SAR, por sus siglas en inglés) de cuerpo entero máximo indicado por el sistema de MRI $\leq 2,0$ W/kg (modo de funcionamiento normal)

En las condiciones de exploración definidas anteriormente, no se espera que la bifurcación endoprótesis vascular iliaca Zenith Branch, utilizada con un stent cubierto expandible con balón, aumente su temperatura en más de 2,4 °C después de 15 minutos de exploración continua.

El artefacto de la imagen se extiende unos 122 mm desde la bifurcación endoprótesis vascular iliaca Zenith Branch, utilizada con un stent cubierto expandible con balón, como se observó durante pruebas no clínicas que utilizaron una secuencia de pulsos en gradiente de eco y un sistema de MRI de 3,0 teslas. El artefacto de la imagen oscurece la luz del dispositivo.

NOTA: En el caso de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch, el beneficio clínico de una MRI debe contrastarse con el riesgo potencial del procedimiento.

5 REACCIONES ADVERSAS POSIBLES

Las reacciones adversas posibles que pueden requerir intervención incluyen, entre otras:

- Agrandamiento del aneurisma
- Amputación
- Claudicación (p. ej., en nalga o extremidad inferior)
- Complicaciones cardíacas y problemas asociados posteriores (p. ej., arritmia, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, hipotensión e hipertensión)
- Complicaciones de la anestesia y problemas asociados posteriores (p. ej., aspiración)
- Complicaciones de la herida quirúrgica y problemas asociados posteriores (p. ej., dehiscencia e infección)
- Complicaciones del lugar de acceso vascular, que incluyen infección, dolor, hematoma, pseudoaneurisma y fístula arteriovenosa
- Complicaciones genitourinarias y problemas asociados posteriores (p. ej., isquemia, erosión, fístula, incontinencia, hematuria e infección)
- Complicaciones intestinales (p. ej., íleo, isquemia transitoria, infarto y necrosis)
- Complicaciones linfáticas y problemas asociados posteriores (p. ej., fístula linfática)
- Complicaciones neurológicas locales o generalizadas y problemas asociados posteriores (p. ej., infarto cerebral, accidente isquémico transitorio, paroplejía, paraparesia y parálisis)
- Complicaciones pulmonares o respiratorias y problemas asociados posteriores (p. ej., neumonía, insuficiencia respiratoria e intubación prolongada)
- Complicaciones renales y problemas asociados posteriores (p. ej., oclusión de la arteria, toxicidad del contraste, insuficiencia y fallo)
- Conversión quirúrgica a reparación abierta
- Daño aórtico, que incluye perforación, disección, hemorragia, rotura y muerte
- Daño vascular
- Edema
- Embolización (micro y macro) con isquemia transitoria o permanente o infarto
- Endofuga
- Endoprótesis: colocación incorrecta de componentes; despliegue incompleto de componentes; migración de componentes; rotura del hilo de sutura; oclusión; infección; fisura en el stent; desgaste del material de la endoprótesis vascular; dilatación; erosión; punción; flujo alrededor de la endoprótesis vascular; y corrosión
- Espasmo vascular o traumatismo vascular (p. ej., disección del vaso iliofemoral, hemorragia, rotura y muerte)
- Fiebre e inflamación localizada
- Fístula arteriovenosa
- Hemorragia, hematoma o coagulopatía
- Impotencia
- Infección del aneurisma, el dispositivo o el lugar de acceso, lo que incluye formación de abscesos, fiebre transitoria y dolor
- Insuficiencia hepática
- Muerte
- Oclusión de la endoprótesis vascular o del vaso nativo
- Rotura del aneurisma y muerte

- Trombosis y pseudoaneurisma arteriales o venosos

6 SELECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES

(Véase el apartado 4, Advertencias y precauciones)

6.1 Individualización del tratamiento

Cook recomienda que la selección de los diámetros de los componentes de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch se haga según lo descrito en la tabla 8.1. Por lo general, la longitud de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch se elige de forma que se extienda desde la parte proximal de la arteria iliaca primitiva hasta la arteria iliaca externa. El médico debe disponer de unidades de todas las longitudes y diámetros necesarios de los dispositivos para realizar el procedimiento, sobre todo cuando las medidas (diámetros y longitudes de tratamiento) preoperatorias de planificación del caso no sean precisas. Esto permitirá una mayor flexibilidad intraoperatoria para conseguir resultados óptimos. Los riesgos posibles descritos en el **apartado 5, Reacciones adversas posibles**, deben considerarse atentamente en cada paciente antes de utilizar la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch. Las consideraciones adicionales que deben tenerse en cuenta para la selección de los pacientes incluyen, entre otras:

- La edad y la esperanza de vida del paciente.
- Las comorbilidades (p. ej., insuficiencia cardíaca, pulmonar o renal antes de la intervención quirúrgica, y obesidad mórbida).
- La idoneidad del paciente para la reparación quirúrgica abierta.
- La idoneidad anatómica del paciente para la reparación endovascular.
- El riesgo de rotura del aneurisma comparado con el riesgo del tratamiento con la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch.
- La capacidad para tolerar la anestesia general, regional o local.
- El tamaño y la morfología del vaso de acceso iliofemoral (trombo, calcificación y tortuosidad mínimos) deben ser compatibles con las técnicas de acceso vascular y con los accesorios del perfil de implantación de una vaina introductora vascular de 12 Fr (diámetro exterior de 4,7 mm) a 20 Fr (diámetro exterior de 7,7 mm).
- Segmento de fijación no aneurismático en la arteria iliaca externa distal al aneurisma:
 - con una longitud de al menos 20 mm,
 - con un diámetro medido de pared exterior a pared exterior no superior a 11 mm y no inferior a 8 mm,
- Segmento no aneurismático en la arteria iliaca interna distal al aneurisma:
 - con una longitud de al menos 10 mm (se recomienda que sea entre 20 y 30 mm),
 - con un diámetro aceptable para obtener un sellado adecuado.
- La ausencia de enfermedad oclusiva importante de la arteria femoral/iliaca que pueda impedir el flujo a través de la endoprótesis vascular.

La decisión final del tratamiento corresponde al médico y al paciente.

7 INFORMACIÓN PARA EL ASESORAMIENTO DE LOS PACIENTES

El médico y el paciente (y los miembros de la familia) deben considerar los riesgos y las ventajas al deliberar sobre la conveniencia de este dispositivo endovascular y del procedimiento, lo que incluye:

- Los riesgos y las diferencias entre la reparación endovascular y la reparación quirúrgica.
- Las ventajas posibles de la reparación quirúrgica abierta tradicional.
- Las ventajas posibles de la reparación endovascular.
- Las ventajas posibles de otras intervenciones endovasculares.
- La posibilidad de que sea necesaria la reparación intervencionista o quirúrgica abierta posterior del aneurisma después de la reparación endovascular inicial.

Además de los riesgos y las ventajas de la reparación endovascular, el médico debe evaluar el compromiso del paciente con el seguimiento y su cumplimiento de los requisitos de éste. A continuación se enumeran otros temas relacionados con las expectativas posteriores a una reparación endovascular que deben discutirse con el paciente.

- La eficacia a largo plazo de las endoprótesis vasculares no se ha determinado aún. Todos los pacientes deben ser informados de que el tratamiento endovascular requiere un seguimiento periódico durante el resto de la vida para evaluar el estado de salud y la eficacia de las endoprótesis vasculares. Los pacientes que presenten signos clínicos específicos (p. ej., endofugas, aneurismas en crecimiento o cambios en la estructura o posición de la endoprótesis vascular) deben someterse a un seguimiento más exhaustivo. Las pautas específicas del seguimiento se describen en el **apartado 11, Pautas para los estudios de imagen y seguimiento posoperatorio**.

8 PRESENTACIÓN

La bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch se suministra estéril (óxido de etileno al 100 %) y precargada en envases de apertura pelable.

Este dispositivo está indicado para su uso en un solo paciente. No reutilice, reprocese ni reesterilice ninguna pieza de este dispositivo. La reutilización, el reprocesamiento o la reesterilización pueden afectar negativamente a la integridad estructural del dispositivo o hacer que falle, lo que podría ocasionar lesiones, enfermedad o la muerte del paciente. La reutilización, el reprocesamiento o la reesterilización también pueden crear un riesgo de contaminación del dispositivo y causar infección al paciente o infección cruzada; esto incluye, entre otros riesgos, la transmisión de enfermedades infecciosas de un paciente a otro. La contaminación del dispositivo puede ocasionar lesiones, enfermedad o la muerte del paciente. Inspeccione el dispositivo y el envase para comprobar que no han sufrido daños durante el transporte. No utilice este dispositivo si está dañado o si la barrera estéril está dañada o rota. Si se ha producido algún daño, no utilice el producto y devuélvalo a Cook.

Antes del uso, asegúrese de que se dispone de los dispositivos apropiados (cantidad y tamaño) para el paciente, comprobando que los dispositivos se correspondan con los prescritos por el médico para ese paciente particular. No utilice el dispositivo después de la fecha de caducidad impresa en la etiqueta. Consérvelo en un lugar fresco y seco.

La bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch viene cargada en una vaina introductora Flexor de 20 Fr. La superficie de la vaina está tratada con un revestimiento hidrofílico que, al activarse, mejora el control del desplazamiento. Para activar el revestimiento hidrofílico, la superficie debe limpiarse con paños de gaso de 10 x 10 cm empapados con solución salina.

La bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch y su sistema de implantación se comercializan con los siguientes diámetros y longitudes:

Tabla 8.1 Bifurcaciones endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch

Referencia ¹	Diámetro proximal	Diámetro distal	Diámetro de la rama lateral ²	Vaina introductora Tamaño French	Longitud del segmento iliaco primitivo	Longitud total de la endoprótesis vascular	
						Externo	Vascular
ZBIS-10-45-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	86 mm
ZBIS-10-61-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	102 mm
ZBIS-10-45-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	103 mm
ZBIS-10-61-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	119 mm
ZBIS-12-45-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	86 mm
ZBIS-12-61-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	102 mm
ZBIS-12-45-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	103 mm
ZBIS-12-61-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	119 mm

¹ZBIS-XX-YY-ZZ es la endoprótesis de bifurcación iliaca, donde XX es el diámetro distal, YY es la longitud del segmento iliaco primitivo (la longitud desde el borde proximal de la endoprótesis vascular hasta la punta de la rama lateral), y ZZ es la longitud del segmento iliaco externo (la longitud desde la punta de la rama lateral hasta el borde distal de la endoprótesis vascular).

²La rama lateral contiene un stent en Z de nitinol de 6 mm de diámetro, pero debe expandirse hasta 8 mm durante el despliegue del stent periférico cubierto expandible con balón.

Las ramas ilíacas y los sistemas de implantación Zenith que se utilizan con la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch se comercializan con los siguientes diámetros y longitudes:

Tabla 8.2 Ramas ilíacas

Referencia ¹	Diámetro de la rama iliaca	Vaina introductora Tamaño French	Longitud de trabajo de la rama iliaca ²
		(D.I. / D.E.)	
TFLE-16-YY	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)
ZSLE-16-YY-ZT	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)
ZISL-16-YY	16 mm	12 Fr	(4,0 mm / 4,7 mm)

¹Ejemplo: TFLE-XX-YY es la rama iliaca, donde XX es el diámetro e YY es la longitud de trabajo de la rama iliaca.

²Longitud total de la rama = longitud de trabajo + stent de acoplamiento de 22 mm (en el caso de TFLE y ZSLE) y stents de acoplamiento de 29,1 mm (en el caso de ZISL).

9 INFORMACIÓN SOBRE EL USO CLÍNICO

9.1 Formación de médicos

AVISO: Durante los procedimientos de implantación o reintervención deberá haber un equipo quirúrgico vascular disponible en todo momento para el caso de que sea necesaria una conversión a reparación quirúrgica abierta.

AVISO: La bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch con el sistema de introducción H&L-B One-Shot sólo deben utilizarla médicos y equipos que hayan recibido formación en técnicas intervencionistas vasculares, en el uso de productos Zenith en general y en el uso de este dispositivo. A continuación se resumen los requisitos teóricos y técnicos que deben cumplir los médicos que utilicen la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch con el sistema de introducción H&L-B One-Shot.

Selección de los pacientes:

- Conocimiento de la historia natural de los aneurismas aórticos abdominales (AAA) y las comorbilidades asociadas a la reparación de AAA.
- Conocimiento de la interpretación de imágenes radiográficas, la selección de los dispositivos y la selección de tamaños.

Un equipo multidisciplinar que tenga experiencia conjunta en la realización de procedimientos tales como:

- Incisión, arteriotomía y reparación femorales
- Técnicas de acceso y cierre percutáneos
- Técnicas selectivas y no selectivas con guías y catéteres
- Interpretación de imágenes fluoroscópicas y angiográficas
- Embolización
- Angioplastia
- Colocación de stents endovasculares
- Técnicas con dispositivo de recuperación (lazos)
- Uso adecuado de material de contraste radiográfico
- Técnicas para reducir al mínimo la exposición a radiación
- Las modalidades necesarias para el seguimiento de los pacientes

9.2 Inspección previa al uso

Inspeccione el dispositivo y el envase para comprobar que no han sufrido daños durante el transporte. No utilice este dispositivo si está dañado o si la barrera estéril está dañada o rota. Si se ha producido algún daño, no utilice el producto y devuélvalo a COOK. Antes del uso, asegúrese de que se dispone de los dispositivos apropiados (cantidad y tamaño) para el paciente, comprobando que los dispositivos se correspondan con los prescritos por el médico para ese paciente particular.

9.3 Material necesario

(No incluido en el sistema de bifurcación iliaca)

- Endoprótesis vascular de rama iliaca Zenith [p. ej., TFLE-16-(37,54,71,88), ZSLE-16-(39,56,74,90)-ZT, ZISL-16-(42,59,77,93)]
- Endoprótesis bifurcada Zenith (p. ej., endoprótesis vascular para AAA Zenith)
- Kit de dispositivos auxiliares de la endoprótesis vascular para AAA Zenith
- Fluoroscopia con funciones de angiografía digital (brazo en C o unidad fija)
- Medios de contraste

Tabla 9.5.1 Guía para la selección del diámetro de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch* (Segmento iliaco externo)

Diámetro previsto del vaso iliaco externo ^{1,2}	Diámetro de la rama iliaca externa ¹	Vaina introductora Tamaño French	(D.I. / D.E.)
8 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
9 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
10 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
11 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)

¹Diámetro máximo a lo largo del lugar de fijación distal.

²Redondee el diámetro iliaco medido al mm más cercano.

³Es posible que otras consideraciones afecten a la selección del diámetro.

*Todas las dimensiones son nominales.

El diámetro de la endoprótesis vascular de rama iliaca (p. ej., TFLE, ZSLE, ZISL) utilizado para conectar una endoprótesis para AAA Zenith a la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch será 16 mm.

El stent periférico cubierto expandible con balón debe expandirse hasta 8 mm en la rama lateral de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch, pero su tamaño debe ajustarse a la arteria iliaca interna según las instrucciones del fabricante.

- Jeringa
- Solución salina heparinizada
- Stent periférico cubierto expandible con balón
- Balones de los tamaños adecuados

9.4 Material recomendado

(No incluido en el sistema de bifurcación iliaca)

Se recomiendan los siguientes productos.

Guías

- Guía extrarrígida de 0,035 inch (0,89 mm) y 260 cm de longitud; por ejemplo:
 - Guías extrarrígidas Cook Lunderquist (LES)
 - Guías ultrarrígidas Cook Amplatz (AUS2)
- Guía estándar de 0,035 inch (0,89 mm); por ejemplo:
 - Guías Cook de 0,035 inch (0,89 mm)
- Guía hidrofílica de 0,018 inch (0,46 mm)
- Guía hidrofílica de 0,035 inch (0,89 mm) y 260 cm de longitud; por ejemplo:
 - Guías Cook Nimble™
- Guía de intercambio de 0,035 inch (0,89 mm) y 260 cm de longitud; por ejemplo:
 - Guía PC Cook Roadrunner®
 - Guía extrarrígida Cook Amplatz (AES)
 - Guía Cook Rosen

Balones moldeadores

- Catéter balón Cook CODA® (32 mm)

Equipos introductores (7 Fr [diámetro interior de 2,3 mm], 8 Fr [diámetro interior de 2,7 mm], 10 Fr [diámetro interior de 3,3 mm] y 12 Fr [diámetro interior de 4,0 mm])

- Equipos introductores Cook Check-Flo®
- Introductores Cook Flexor Check-Flo
- Introductores Cook Flexor Check-Flo con modificación de Raabe
- Equipos introductores Cook Check-Flo extragrandes
- Introductores contralaterales Cook Flexor Balkin Up & Over®
- Vainas guía Cook Flexor

Catéteres

- Catéter de medición; por ejemplo:
 - Catéteres de medición centimetrados Cook Aurous®
- Catéteres angiográficos de punta radiopaca; por ejemplo:
 - Catéteres angiográficos Cook con punta Beacon®
 - Catéteres Cook Royal Flush® con punta Beacon

Agujas para acceso

- Agujas para acceso vascular percutáneo Cook

Lazo

- Equipo de recuperación intravascular Dotter

9.5 Pautas para la selección del diámetro de los dispositivos

La selección del diámetro debe determinarse a partir del diámetro del vaso de pared exterior a pared exterior, y no del diámetro de la luz. Si se elige un tamaño demasiado grande o demasiado pequeño, es posible que el sellado sea incompleto o que el flujo sea inadecuado.

10 MODO DE EMPLEO

Antes de utilizar la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch con el sistema de introducción H&L-B One-Shot, consulte este folleto de Instrucciones de uso sugeridas. Las instrucciones siguientes incluyen unas pautas básicas para la colocación del dispositivo. Puede ser necesario introducir variaciones en los procedimientos siguientes. Estas instrucciones se ofrecen como guía para el médico, y no sustituyen al juicio de éste.

Información general sobre el uso

Durante el uso de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch con el sistema de introducción H&L-B One-Shot deben emplearse las técnicas habituales de colocación de vainas de acceso arterial, catéteres guía, catéteres angiográficos y guías. La bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch con el sistema de introducción H&L-B One-Shot es compatible con guías de 0,035 inch (0,89 mm) de diámetro.

Información general sobre el despliegue

La bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch está diseñada para colocarse a través de la arteria femoral primitiva en el lado del aneurisma de la arteria iliaca primitiva que se desee tratar. En el lado opuesto a la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch se introducirá una endoprótesis vascular para AAA Zenith.

El orden sugerido de colocación de los diversos componentes será:

1. Despliegue de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch, incluida la colocación del stent periférico cubierto expandible con balón (a través de la arteria iliaca) en el interior de la arteria iliaca interna.
2. Despliegue de la endoprótesis vascular para AAA Zenith (introducida a través de la arteria iliaca opuesta).
3. Despliegue de una endoprótesis vascular de rama iliaca Zenith (p. ej., TFLE, ZSLE, ZISL) a través del sitio de acceso de una bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch al interior de la ramificación contralateral (esto es, la ramificación corta) de la endoprótesis vascular abdominal, para conectar la luz de la endoprótesis vascular abdominal a la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch.
4. Despliegue de una endoprótesis vascular de rama iliaca Zenith (p. ej., TFLE, ZSLE, ZISL) en el interior de la ramificación ipsilateral (esto es, la ramificación larga) de la endoprótesis vascular para AAA Zenith (si es necesario).

Factores determinantes previos a la implantación

Asegúrese de elegir el dispositivo adecuado durante la planificación previa a la implantación. Los factores determinantes incluyen:

1. Selección de la arteria femoral para la introducción del sistema de implantación (esto es, defina la arteria iliaca pertinente).
2. Angulación de las arterias ilíacas.
3. Diámetros de los vasos ilíacos distales pertinentes.
4. Distancia desde la bifurcación aórtica hasta la arteria hipogástrica (iliaca interna) y hasta los lugares de acoplamiento.
5. Tenga en cuenta el grado de calcificación vascular.

Preparación del paciente

1. Consulte los protocolos del centro relacionados con la anestesia, la anticoagulación y la monitorización de las constantes vitales.
2. Coloque al paciente sobre la mesa de diagnóstico por la imagen de forma que sea posible la visualización fluoroscópica desde el cayado aórtico hasta las bifurcaciones femorales.
3. Deje al descubierto las arterias femorales primitivas como sea necesario utilizando la técnica quirúrgica habitual.
4. Establezca un control vascular proximal y distal adecuado de los vasos femorales como sea necesario.

10.1 Preparación y lavado de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch

1. Retire el estilite con conector negro (de la cánula interior) utilizado durante el transporte, el tubo protector de la cánula (de la cánula interior) y el protector de la punta del dilatador (de la punta del dilatador). Retire la vaina Peel-Away de la parte posterior de la válvula hemostática. (Figura 3) Empuje la vaina introductora para hacerla avanzar sobre la punta del dilatador hasta que el catéter curvado no esté al descubierto. Eleve la punta distal del sistema y lávelo a través de la llave de paso de la válvula hemostática hasta que salga líquido por el orificio lateral que hay cerca de la punta de la vaina introductora. (Figura 4) Proceda a inyectar 20 mL de solución de lavado a través del dispositivo. Deje de inyectar y cierre la llave de paso que hay sobre el tubo conector.

NOTA: Como solución de lavado de la endoprótesis vascular, siempre se utiliza solución salina heparinizada.

NOTA: Asegúrese de que la válvula hemostática Captor que hay sobre la vaina introductora Flexor se haya puesto en la posición abierta. (Figura 5)

2. Acople la jeringa con solución salina heparinizada al conector de la cánula interior. Lave hasta que salga líquido por la punta del dilatador distal. (Figura 6)

NOTA: Al lavar el sistema, eleve el extremo distal de éste para facilitar la expulsión del aire.

3. Extraiga la guía precargada del sistema de implantación.
4. Acople la jeringa con solución salina heparinizada a la conexión Luer Lock del catéter precargado. Lave hasta que salga líquido por la punta del catéter distal.
5. Introduzca una guía hidrofílica con alma de nitinol adecuada, de 0,018 inch (0,46 mm) o 0,035 inch (0,89 mm) y 260 cm de longitud, en el catéter precargado.
6. Empape paños de gasa de 10 x 10 cm en solución salina y frote con ellos la vaina introductora Flexor para activar el revestimiento hidrofílico. Hidrate abundantemente la vaina y la punta del dilatador.

10.2 Acceso vascular y angiografía

1. Utilizando la técnica habitual y una aguja arterial de calibre 18 ó 19 G de pared ultrafina, puncione la arteria o las arterias femorales primitivas seleccionadas. Tras acceder a los vasos, introduzca:
 - Guías estándar de 0,035 inch (0,89 mm) de diámetro, 145 cm de longitud y punta en J, o guías Bentson
 - Vainas del tamaño adecuado (p. ej., 5 Fr [diámetro interior de 1,7 mm] y 8 Fr [diámetro interior de 2,7 mm])
 - Catéter de lavado (a menudo catéteres radiopacos de medición, p. ej., un catéter de medición centimetrado o un catéter de lavado recto)

NOTA: Utilice una vaina de 8 Fr (diámetro interior de 2,7 mm) introducida en la aorta abdominal inferior en el lado contralateral.

2. Realice una angiografía para determinar la posición de la bifurcación aórtica y de la arteria iliaca interna en el lado de la implantación de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch.

10.3 Colocación de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca

Zenith Branch

1. Asegúrese de que el sistema de implantación se haya lavado con solución salina heparinizada y que todo el aire se haya expulsado del sistema.
2. Administre heparina sistémica y compruebe las soluciones de lavado. Lave después de cada cambio de catéter o guía.

NOTA: Vigile el estado de la coagulación del paciente durante todo el procedimiento.

3. En el lado de la implantación de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch, cambie la guía de punta en J por una guía rígida (AUS o LES) de 0,035 inch (0,89 mm) y 260 cm de longitud, y haga avanzar ésta a través del catéter y hacia arriba hasta introducirla en la aorta torácica superior. Retire la vaina y el catéter de lavado. Mantenga la posición de la guía.

NOTA: Antes de la introducción del dispositivo deben realizarse estudios de imagen preoperatorios o intraoperatorios para identificar la ubicación y la orientación del origen de la arteria iliaca interna, así como de la bifurcación aórtica.

4. Antes de la introducción, compruebe la orientación del segmento de la rama lateral mediante fluoroscopia para asegurarse de que su posición esté alineada correctamente con las estructuras anatómicas.

NOTA: En esta etapa, el dispositivo quedará completamente cubierto por la vaina exterior, pero la imagen siguiente, con la vaina retirada, muestra los cuatro marcadores radiopacos de oro alineados con la superficie más lateral de la rama lateral, y la ranura en la que se introduce el catéter permanente. (Figura 7)

NOTA: El segundo marcador desde el extremo distal (2D) es el marcador de señalización para la ubicación más proximal del extremo proximal del stent cubierto que extiende la rama lateral en el interior de la arteria iliaca interna. El segundo marcador desde el extremo proximal (2P) es el marcador de señalización para la ubicación más distal del extremo distal de la extensión de rama que conectará la rama lateral iliaca a la endoprótesis vascular de stents bifurcada que se desplegará por encima de la bifurcación aórtica.

NOTA: La orientación puede confirmarse mediante inspección visual, ya que la ranura de la punta cónica del dilatador (por donde la guía precargada sale del sistema) está alineada con la rama lateral.

5. Haga avanzar el sistema de implantación de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch sobre la guía e introdúzcalo en la arteria iliaca hasta que la punta del catéter permanente, asentada en la ranura de la punta del dilatador por debajo de la vaina exterior, esté justo por encima de la bifurcación aórtica y en alineación rotacional con el origen de la arteria iliaca primitiva opuesta. (Figura 8)

AVISO: Mantenga la posición de la guía durante la introducción del sistema de implantación.

AVISO: Para evitar el retorcimiento de la endoprótesis vascular, al hacer girar el sistema de implantación se debe tener cuidado para que giren conjuntamente todos los componentes del sistema (desde la vaina exterior hasta la cánula interior).

NOTA: Si se avanza un poco la guía hidrofílica a través de la punta del catéter, puede facilitarse la visualización de la posición de la punta del catéter.

10.4 Colocación de la guía «a través y a través»

1. Haga avanzar la guía hidrofílica y el catéter en el interior de la aorta. Coloque la guía para preparar el uso del asa haciéndola avanzar a través de la punta del catéter curvado como sea necesario.
2. Haga avanzar un asa adecuada a través de la vaina de acceso situada en la arteria iliaca opuesta, sujete con el asa la punta de la guía hidrofílica y tire de ella de forma que atraviese la vaina y forme una guía «a través y a través» («through-and-through wire guides»). (Figura 9)

AVISO: Durante esta maniobra, la guía hidrofílica «a través y a través» debe hacerse avanzar de forma que se mantenga algo floja en la bifurcación aórtica.

10.5 Despliegue de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch proximal

1. Haga avanzar la vaina de 8 Fr (2,7 mm de diámetro interior) en la ramificación opuesta hasta que esté por encima del nivel de la bifurcación aórtica, y realice una angiografía a través de ella para determinar la ubicación de la arteria iliaca interna en el lado de la implantación del dispositivo. (Figura 10)
2. Asegúrese de que el sistema de la endoprótesis vascular esté orientado de tal manera que el extremo distal de la rama lateral (indicado por el marcador radiopaco más distal) quede colocado 10 mm por encima del origen de la arteria iliaca interna y con una orientación rotacional que permita fácil acceso al interior de la arteria iliaca interna. Si los marcadores radiopacos no están en la posición adecuada, gire todo el sistema hasta que los marcadores queden alineados con el orificio de la arteria iliaca interna y/o avance o retire el sistema como sea necesario. (Figura 11)

AVISO: Para evitar el retorcimiento de la endoprótesis vascular, al hacer girar el sistema de implantación se debe tener cuidado para que giren conjuntamente todos los componentes del sistema (desde la vaina exterior hasta la cánula interior).

3. Cuando el dispositivo esté en una posición satisfactoria, establezca el posicionador gris (el eje del sistema de implantación) mientras retira la vaina introductora exterior. Despliegue la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch hasta que el extremo distal de la rama lateral quede al descubierto. (Figura 12)
4. Deje de retirar la vaina.

ADVERTENCIA: No retire más la vaina, o el componente ilíaco externo se expandirá e impedirá posteriores cambios de posición.

10.6 Colocación de la vaina «arriba y por encima»

1. Retire la vaina de acceso ilíaco opuesta, dejando colocada la guía hidrofílica «a través y a través» con alma de nitinol.
2. Haga avanzar una vaina «arriba y por encima» («up-and-over sheath») del tamaño adecuado sobre la guía hidrofílica «a través y a través» central de nitinol hasta que la punta del dilatador de la vaina entre en contacto con la punta del catéter precargado. (Figura 13)

NOTA: Puede ser necesario tirar ligeramente de ambos extremos de la guía para facilitar el avance.

AVISO: Si el catéter precargado no se hace avanzar sobre la bifurcación aórtica, tenga especial cuidado para evitar dañar la vasculatura al manipular la guía.

3. Pince la guía hidrofílica «a través y a través» en ambos extremos (por donde sale del catéter precargado y de la vaina «arriba y por encima»).

4. Siga avanzando la vaina sobre la guía asegurada mientras aplica una ligera tensión intermitente en el catéter precargado, de forma que la vaina y el catéter avancen sobre la bifurcación, entren por la abertura proximal del dispositivo y salgan a través de la rama lateral. (Figura 14)

NOTA: Dependiendo de la longitud de la punta del dilatador de esta vaina, puede ser necesario hacer avanzar la vaina sobre la punta de su dilatador para asegurarse de que la vaina quede colocada en el interior de la rama lateral.

5. Extraiga el dilatador de la vaina «arriba y por encima».

10.7 Canulación de la arteria iliaca interna

1. Puncione la válvula hemostática de la vaina «arriba y por encima» lo más lejos posible en un lado e introduzca una combinación adecuada de guía y catéter. (Figura 15)
2. Haga avanzar la guía y el catéter a través de la vaina «arriba y por encima» en el interior de la arteria iliaca interna. (Figura 16)
3. Sustituya la guía del interior de la arteria iliaca interna por una guía de soporte (p. ej., una guía Rosen o una AES). Asegúrese de estabilizar la colocación de la guía en la arteria iliaca interna.

10.8 Colocación del stent de conexión periférico cubierto expandible con balón

1. Extraiga el catéter del interior de la vaina «arriba y por encima», dejando la vaina y las guías colocadas, y haga avanzar el stent periférico cubierto expandible con balón premontado del tamaño adecuado sobre la guía de soporte hasta introducirlo en la arteria iliaca interna. (Figura 17)

NOTA: Puede ser conveniente precargar en una vaina adicional el stent periférico cubierto expandible con balón premontado, para proteger al stent al hacerlo avanzar en la arteria iliaca interna a través de la vaina «arriba y por encima». Deben elegirse combinaciones adecuadas de vaina, guías y stent, de forma que la vaina interior pueda pasar coaxialmente a través de la vaina «arriba y por encima» y, al mismo tiempo, permita que la guía «a través y a través» permanezca en posición.

2. Compruebe la angiografía como sea necesario para determinar que la posición del stent periférico cubierto expandible con balón sea satisfactoria con respecto al solapamiento con la rama lateral y al lugar de fijación de la arteria iliaca interna que se desee utilizar.

NOTA: Una vez desplegado, el stent periférico cubierto expandible con balón debe solaparse entre 10 y 14 mm con la rama lateral de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch.

NOTA: Durante esta etapa del procedimiento debe ser posible realizar angiografías a través de la vaina «arriba y por encima» o a través del catéter colocado en la arteria iliaca primitiva.

3. Retire la guía hidrofilica «a través y a través» con alma de nitinol y el catéter precargado.
4. Si es necesario, ajuste la posición de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch de forma que la abertura distal de la rama lateral quede en una ubicación adecuada respecto al origen de la arteria iliaca interna.

10.9 Despliegue de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch distal

1. Retire la vaina introductora de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch hasta que el componente iliaco externo esté totalmente desplegado. (Figura 18)
2. Quite el seguro del mecanismo de liberación mediante alambre disparador negro. Utilizando fluoroscopia, retire y extraiga el alambre disparador deslizando el mecanismo de liberación mediante

alambre disparador negro hasta separarlo del mango y extrayendo a continuación el alambre disparador por su ranura sobre la cánula interior. (Figura 19)

NOTA: El stent distal aún está fijado por el alambre disparador.

10.10 Despliegue del stent periférico cubierto expandible con balón

1. Retire la vaina «arriba y por encima» hasta una posición que permita el despliegue del stent periférico cubierto expandible con balón.
2. Despliegue el stent periférico cubierto expandible con balón y lleve a cabo el hinchado adicional necesario. (Figura 20)

NOTA: El stent periférico cubierto expandible con balón debe expandirse hasta al menos 8 mm en la rama lateral de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch, y expandirse hasta el tamaño adecuado para conseguir el sellado en la arteria iliaca interna.

NOTA: El stent periférico cubierto expandible con balón debe solaparse con la rama lateral de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch como mínimo 10 mm, y como máximo hasta no más allá del segundo marcador del extremo distal de la rama lateral, con un lugar de fijación distal en el interior de la arteria iliaca interna de al menos 10 mm (se recomienda que sean entre 20 y 30 mm).

NOTA: No extraiga todavía el balón del segmento de la rama lateral de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch.

3. Quite el seguro del mecanismo de liberación mediante alambre disparador blanco. Utilizando fluoroscopia, retire y extraiga el alambre disparador deslizando el mecanismo de liberación mediante alambre disparador blanco hasta separarlo del mango y extrayendo a continuación el alambre disparador por su ranura sobre la cánula interior. (Figura 21)

4. Vuelva a hinchar el balón en el segmento de la rama lateral para estabilizar el dispositivo y retire el sistema introductor a través de la endoprótesis vascular al interior de la vaina introductora.

AVISO: Debe tenerse cuidado para evitar desplazar o dañar la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch al retirar el sistema introductor o al hacer avanzar otros componentes a través de él.

NOTA: Asegúrese de que la guía permanezca en una posición satisfactoria para canular la endoprótesis vascular para AAA Zenith.

5. Deshínche y extraiga el balón.
6. Retire la guía y la vaina «arriba y por encima» al interior de la arteria iliaca primitiva opuesta.

10.11 Despliegue de la endoprótesis vascular para AAA y la rama iliaca Zenith

1. Introduzca un catéter y una guía rígida (AUS o LES) estándar de 0,035 inch (0,89 mm) y 260 cm de longitud a través del acceso de la arteria iliaca en el lado opuesto de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch.
2. Retire las vainas y catéteres existentes, e introduzca y despliegue el cuerpo principal de la endoprótesis vascular bifurcada Zenith de acuerdo con el protocolo Zenith estándar (consulte las instrucciones de uso de la endoprótesis vascular Zenith pertinentes).
3. Canule la ramificación (contralateral) corta de la endoprótesis vascular bifurcada Zenith a través de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch.
4. Despliegue una endoprótesis vascular de rama iliaca (p. ej., TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX) de longitud adecuada a través de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch de manera que se logre el solapamiento recomendado tal como se ilustra a continuación.

Solapamiento recomendado de la endoprótesis vascular de rama iliaca Zenith para conectar la ramificación contralateral de la endoprótesis vascular bifurcada Zenith a la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch

Solapamiento en el interior de la ramificación contralateral de la endoprótesis vascular bifurcada Zenith	Mínimo: 1,25 stents
	Máximo: 1,75 stents
Solapamiento en el interior del cuerpo de la endoprótesis vascular Zenith Branch	Mínimo: 1,5 stents
	Máximo: no más allá del segundo marcador del extremo proximal del dispositivo

5. Prosiga el despliegue de la endoprótesis vascular bifurcada Zenith según se indica en las instrucciones de uso pertinentes.

10.12 Introducción del balón moldeador

NOTA: Antes de utilizar el balón moldeador, extraiga con cuidado todos los dispositivos accesorios.

1. Para la endoprótesis vascular bifurcada Zenith, utilice el balón moldeador según se indica en las instrucciones de uso pertinentes.
2. Para la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch, prepare el balón moldeador como se indica a continuación:
 - Lave la luz de la guía con solución salina heparinizada.
 - Expulse todo el aire del balón.
3. Para preparar la introducción del balón moldeador, abra la válvula hemostática Captor haciéndola girar en sentido contrario al de las agujas del reloj.
4. Haga avanzar el balón moldeador sobre la guía rígida y a través de la válvula hemostática Captor del sistema de introducción de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch hasta el solapamiento entre el segmento iliaco primitivo de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch y las endoprótesis vasculares de rama iliaca Zenith® (p. ej., TFLE, ZSLE, ZISL), e hinche el balón.

AVISO: Asegúrese de que el balón esté deshinchado por completo antes de cambiarlo de posición.

AVISO: La válvula hemostática Captor debe abrirse antes de cambiar la posición del balón moldeador.

NOTA: Cuando se esté utilizando el balón cerca de la bifurcación de la bifurcación endoprótesis vascular-iliaca Zenith Branch, asegúrese de que el balón no cruce la bifurcación.

11 PAUTAS PARA LOS ESTUDIOS DE IMAGEN Y SEGUIMIENTO POSOPERATORIO

Consulte los requisitos de los estudios de imagen y del seguimiento posoperatorio en la tabla 11.

Tabla 11 Programa de estudios de imagen						
	Preop.	Intraop.	Posop.	30 días	6 meses	12 meses
TAC	X		X ¹	X ¹	X ¹	X ¹
Radiografías de riñones, uréteres y vejiga (Radiografía en posición supina, riñones, uréteres y vejiga)			X	X	X	X
Angiografía	X	X				

¹La ecografía dúplex puede utilizarse para los pacientes que presenten insuficiencia renal o que no puedan someterse a TAC con contraste por alguna otra razón.

SUOMI

H&L-B ONE-SHOT™ -SISÄÄNVIENTIJÄRJESTELMÄLLÄ VARUSTETTU ZENITH® BRANCH -ENDOVASKULAARINEN ILIKAALINEN BIFURKAATIOGRAFTI

Ohjeet on luettava huolellisesti. Ohjeiden, varoitusten ja varoitoimenpiteiden noudattamatta jättäminen saattaa aiheuttaa potilaalle vakavia haittoja tai vammoja.

Katso muiden Zenithin osien käyttöohjeista tietoa niiden käytöstä.

1 LAITTEEN KUVAUS

1.1 Zenith Branch -endovaskulaarinen ilikaalinen bifurkaatiografti

Zenith Branch -endovaskulaarinen ilikaalinen bifurkaatiografti on kaksikaarainen haarasuonen grafti, jossa on aukot yhteiselle lonkkavaltimon segmentille, sivuhaarasegmentille ja ulomman lonkkavaltimon segmentille. **(Kuva 1)**

Grafti on valmistettu täyspaksusta kudotusta polyesterikankaasta, joka on ommiteltu itselaajentuviin ruostumattomasta teräksestä ja nitinolista tehtyihin Cook-Z®-stentteihin punotusta polyesteristä ja yksilankaisesta polypropeenistä tehdylly ompeleella. Grafti on täysin stentattu tarvittavan stabiliteetin ja laajentumisvoiman tuottamiseksi, jotta graftin lumen voidaan avata käyttöön viemissä. Graftin proksimaaliseen päähän ja sivuhaaraan asetetut nitinoliorenkaat auttavat pitämään lumenin avoinna sisäänniennin aikana. Lisäksi Cook-Z-stentit auttavat graftia kiinnittymään tiiviisti suonen seinämiin.

Stenttigratin läpivalaisuvisuaalisoinnin helpottamiseksi on neljä röntgenpositiivista kulkaista merkkiä asetettu graftin proksimaaliosaan sisemmän lonkkavaltimon puolelle osoittamaan sivuhaarasegmentin paikkaa.

Toimenpiteeseen tarvitaan lisäkomponentteja, kuten ilikaalissa Zenith-varisgrafteja (esim. TFLE, ZSLE, ZISL) ja pallolla laajennettavia, päällystettyjä perifeerisiä stenttejä. Kullakin laitteella on oma erillinen asennusjärjestelmänsä. Katso laitteen omaa käyttöohjeista.

1.2 Zenith Branch -endovaskulaarisen ilikaalisen bifurkaatiograftin sisäänvientijärjestelmä

Zenith Branch -endovaskulaarinen ilikaalinen bifurkaatiografti toimitetaan esiladattuna H&L-B One-Shot -sisäänvientijärjestelmään. **(Kuva 2)** Sarjajärjennin sisäänvienti ja sisäänrakennetut toiminnot mahdollistavat endovaskulaarisen graftin jatkuvan ohjaamisen koko sisäänniennin ajan.

Graftin proksimaalipää on kiinnitetty sisäänvientijärjestelmään kahdella nitinolista valmistetulla laukaisulangalla. Myös graftin distaalipää on kiinnitetty sisäänvientijärjestelmään, ja sitä pitää paikallaan erillinen ruostumattomasta teräksestä valmistettu laukaisulanka. H&L-B One-Shot -sisäänvientijärjestelmä mahdollistaa täsmällisen asennoinnin ja graftin lopullisen asennon säätämisen ennen sen lopullista laajentamista. Sisäänvientijärjestelmässä on mukana 20 Fr:n (6,7 mm:n sisäpääpimita) H&L-B One-Shot -sisäänvientijärjestelmä, joka sisältää sekä esiladatun katetrin, joka helpottaa sivuhaaran kanylointia, että johtimen, jolla varmistetaan, että katetrin lumen säilyy ehjänä latauksen ja kuljetuksen aikana. Kaikki järjestelmät ovat yhteensopivia 0,89 mm:n (0,035 inch) ohjainlangan kanssa. Hemostaasin toistamiseksi voidaan Captor-hemostaasiventtiiliä hoilentaa tai tiukentaa sisäänvientia varten ja/tai irrottamaan lisälaitteita holkista ja holkkien.

Zenith Branch -endovaskulaarisen ilikaalisen bifurkaatiograftin sisäänvientijärjestelmään kuuluu täittämistä kestävä Flexor®-sisäänvientiholkki, jossa on hydrofiilinen pinnoite. Kummankin ominaisuuden tarkoituksena on helpottaa välineen sijoittamista oikeaan kohtaan lonkkavaltimoissa ja vatsa-aortassa. Lisäksi esiladattu katetri on kaareva, mikä helpottaa johtimen sijoittamista silmukoinnin aikana.

1.3 Lisäosat

Toimenpiteessä tarvitaan muitakin osia (ilikaalisen haaran grafti, pallolaajennettava peitetty perifeerinen stentti).

Saatavissa on ilikaalissa Zenith-varisgrafteja (esimerkiksi TFLE, ZSLE, ZISL), ja ne on valmistettu materiaaleista, joita käytetään Zenith Branch -endovaskulaarisen ilikaalisen bifurkaatiograftissa. Katso kaikkien ilikaalisten Zenith-varisgrafftien ja asennusjärjestelmien asennusohjeet laitekohtaisista käyttöohjeista. Yhteisen lonkkavaltimoon asetetun Zenith Branch -endovaskulaarisen ilikaalisen bifurkaatiograftin yhteinen ilikaalinen osa yhdistetään haarautuvan Zenith-graftin (esimerkiksi endovaskulaarisen Zenith AAA -graftin) lyhyeen (vastakkaiseen) haaraan sopivan pituisella ilikaalisella vakiovarrella, jonka distaalinen halkaisija on 16 mm (esimerkiksi TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX).

Pallolaajennettava, peitetty perifeerinen stentti avataan sivuhaarasegmentissä, ja se tulee ulottumaan sisempään lonkkavaltimoon. Katso avaimenohjeet tämän laitteen käyttöohjeista.

2 KÄYTTÖTARKOITUS

Zenith Branch H&L-B One-Shot -sisäänvientijärjestelmällä varustettu endovaskulaarinen ilikaalinen bifurkaatiografti on tarkoitettu niiden potilaiden hoitoon, joilla on aorttoliikaalinen tai ilikaalinen aneurysma, riittämätön distaalinen kiinnitysalue yhteisessä lonkkavaltimossa ja morfologia, joka soveltuu endovaskulaariseen korjaukseen, kuten:

- riittävä ilikaalinen/femoraalinen aukko, joka on yhteensopiva 20 Fr (7,7 mm ulkoläpimita) -kokoisen sisäänvientijärjestelmän kanssa
- aneurysmaton ulomman lonkkavaltimon kiinnityssegmentti aneurysman distaalipuolella:
 - pituus vähintään 20 mm
 - läpimita ulkoseinästä ulkoseinämään ei ole yli 11 mm tai alle 8 mm.
- aneurysmaton sisemmän lonkkavaltimon segmentti, joka sijaitsee aneurysman distaalipuolella:
 - pituus vähintään 10 mm (20 - 30 mm, jos mahdollista)
 - läpimita sopiva riittävän tiiviiseen kiinnitykseen.

3 VASTA-AIHEET

Näillä laitteilla ei ole tunnettuja vasta-aiheita.

4 VAROITUKSET JA VAROITOIMENPITEET

4.1 Yleistä

- Ohjeet on luettava huolellisesti. Ohjeiden, varoitusten ja varoitoimenpiteiden noudattamatta jättäminen saattaa aiheuttaa potilaalle vakavia haittoja tai vammoja.
- Zenith Branch H&L-B One-Shot -sisäänvientijärjestelmällä varustettua endovaskulaarista ilikaalista bifurkaatiografia saavat käyttää ainoastaan vaskulaarisiin interventioimenetelmiin ja tämän laitteen käyttöön perehtyneet lääkärit ja hoitotitit.
- Jos varjoainetta ei käytetä TT-kuvantamisessa, ilikaaliset tai aorttakalkkiutumukset saattavat jäädä havaitsematta, mikä saattaa olla suoneen sisäänniennin tai laitteen luotettavan tiiviin kiinnittymisen esteenä.
- Toimenpidettä edeltävän kuvantamisen rekonstruktiopaksum (> 3 mm) saattaa johtaa sopimattoman kokoisien laitteiden käyttöön tai siihen, että fokaalisia stenooseja ei havaita TT-kuvauksessa.

- Endovaskulaaristen graftien pitkäaikaista toimintakykyä ei ole selvitetty. Potilaille tulee selvittää, että endovaskulaarinen hoito vaatii elinikäistä ja säännöllistä terveydentilan ja endovaskulaarisen graftin seurantaa. Potilaita, joilla on spesifisiä kliinisiä löydöksiä (esimerkiksi endoleak-vuotoja, laajenevia aneurysmia tai muutoksia endovaskulaarisen graftin rakenteessa tai asennossa), tulisi seurata tehostetusti. Tarkat seurantaohjeet on esitetty **osassa 11, Kuvantamisohjeet ja postoperatiivinen seuranta**.
- Endovaskulaarisen graftin asettamisen jälkeen potilaita tulisi tutkia säännöllisesti graftin ympäristön virtauksen, aneurysman kasvun tai endovaskulaarisen graftin rakenteen tai asennon muutosten suhteen. Vähimmäisvaatimuksena on vuosittainen kuvantaminen, mukaan lukien: 1) vatsan radiografiat, joiden avulla tarkastetaan laitteen eheys (osien irtoaminen toisistaan tai stentin murtuma) ja 2) varjoaineella ja ilman varjoainetta tehty TT-kuvaus, jolla tarkastetaan aneurysman muutoksia, virtausta graftin ympärillä, avoimuutta, kiemuraisuutta ja sairauden etenemistä.
- Jos munuaishemodialyysin tulisi tehdä vatsan radiografioiden ja dupleksultraäänin avulla.
- H&L-B One-Shot -sisäänvientijärjestelmällä varustettua Zenith Branch -endovaskulaarista ilikaalista bifurkaatiografia ei suositella potilaille, joille ei voida tehdä tarvittavia pre- ja postoperatiivisia kuvantamisia ja implantaatiotutkimuksia tai jotka eivät myönnä niiden tekemiseen sillä tavalla kuin **osassa 11, Kuvantamisohjeet ja postoperatiivinen seuranta** on kuvattu.
- Interventiotia tai siirtymistä normaaliin avoimeen korjausleikkaukseen endovaskulaarisen korjauksen jälkeen tulisi harkita silloin, kun potilailla on laajenevia aneurysmia, liian lyhyt kiinnityspituus (suonen ja välineen päällekkäisyys) ja/tai endoleak-vuoto. Aneurysman koon kasvu ja/tai jatkuva endoleak-vuoto saattaa johtaa aneurysman rupturaan.
- Potilaille, joiden verenkierto graftin haaran kautta on vähentynyt ja/tai joilla on vuotoja, voidaan joutua tekemään uusia interventioita tai leikkauksia.
- Implantaatiota tai reinterventiotia tehtäessä on oltava käytettävissä verisuonikirurgiatiimi siinä tapauksessa, että joudutaan turvautumaan avoimeen korjausleikkaukseen.
- Endovaskulaarisen stentin asentaminen on kirurginen toimenpide, ja verenvuoto voi ilmetä useista syistä. Se saattaa edellyttää toisinaan interventiotia (transfuusio mukaan lukien) haitallisten lopputulosten välttämiseksi. On tärkeää seurata hemostaasiventtiilistä tulevaa verenvuotoa koko tämän toimenpiteen ajan. Tämä on erityisen merkityksellistä harmaan asettimen manipuloinnin aikana ja sen jälkeen. Jos verenvuoto on liiallista harmaan asettimen poistamisen jälkeen, harkitse täyttämättömän muovauspallon tai sisäänvientijärjestelmän laajentimen sijoittamista venttiiliin sisään. Tämä rajoittaa virtausta.

4.2 Potilaan valinta, hoito ja seuranta

- Sisäänvientisuonen läpimitan (mittatuna sisäseinämästä sisäseinämään) ja morfologian (minimaalinen kiemuraisuus, tukkeutumiset ja/tai kalkkiutumat) tulisi olla yhteensopiva niiden vaskulaaristen sisäänvientimenetelmien ja sisäänvientijärjestelmien kanssa, joissa käytetään 20 Fr:n (ulkoläpimita 7,7 mm) vaskulaarista sisäänvientiholkkia. Suoniin, joissa on merkittäviä kalkkiutumia, tukkeutumia, kiemuroita tai trombeja, saattaa olla vaikeaa asettaa endovaskulaarinen grafti, ja niiden embolisointi riski saattaa olla tavallista suurempi.
- Tärkeitä anatomisia tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa siihen, että aneurysman eksklusio ei onnistu, ovat yhden tai kaikkien toimenpiteeseen liittyvien suonten kiemuraisuus, liian pienet tai liian suuret lonkkavaltimot, ympäröivä trombi, sisemmän ja/tai ulomman lonkkavaltimon aneurysma ja/tai valtimon implantaatiokohtien kalkkiutuma. Epätasainen kalkkiutuma ja/tai plakkki saattaa haitata kiinnittymistä ja tiivistymistä implantaatiopaikoissa sekä estää sisäänvientijärjestelmien eteenpäin viemisen.
- H&L-B One-Shot -sisäänvientijärjestelmällä varustettua Zenith Branch -endovaskulaarista ilikaalista bifurkaatiografia ei suositella potilaille, jotka eivät siedä intraoperatiivisessa ja postoperatiivisessa seuranta-kuvantamisessa tarvittavia varjoaineita.
- H&L-B One-Shot -sisäänvientijärjestelmällä varustettua Zenith Branch -endovaskulaarista ilikaalista bifurkaatiografia ei suositella potilaille, jotka ylittävät paino- ja/tai kokorajoitukset siten, että tarpeellisten kuvantamisvaatimusten noudattaminen vaarantuu tai estyy.
- H&L-B One-Shot -sisäänvientijärjestelmällä varustettua Zenith Branch -endovaskulaarista ilikaalista bifurkaatiografia ei suositella potilaille, jotka ovat yliherkkiä tai allergisia ruostumattomalle teräkselle, polyesterille, nitinolille (nikkeli, titaani), juotosmetalleille (tina, hopea), polypropreenille tai kullalle.
- Potilailla, joilla on systeeminen infektio, saattaa olla tavallista suurempi endovaskulaarisen graftin infektion riski.
- Vähintään yksi sisempi lonkkavaltimo on pidettävä avoimena lantion/suoliston iskemiariskin pienentämiseksi.

4.3 Implantaatioimenetelmä

- Sairaalan ja lääkärin oman käytännön mukaista systemistä antikoagulaatiota tulisi käyttää implantaatio-toimenpiteen aikana. Jos hepariinia ei voida antaa, on harkittava muita antikoagulantteja.
- Käsittele kokoonpuristettua endoproteesia mahdollisimman vähän valmistelu- ja sisäänvientivaiheessa sen kontaminoitumisen ja infektion välttämiseksi.
- Flexor-sisäänvientiholkin ulkopinnan hydrofiilinen pinnoite aktivoidaan pyyhkimällä pinta keittosuolaliuoksessa kastelluilla 10 x 10 cm -kokoisilla sideharsotaitoksilla. Pidä holkki aina kostutettuna, jotta se toimisi mahdollisimman hyvin.
- Älä muuta johtimen asentoa sisäänvientijärjestelmän sisäänniennin aikana.
- Älä taivuta tai väänää sisäänvientijärjestelmää. Liiallinen käsittely voi vahingoittaa sisäänvientijärjestelmää ja Zenith Branch -endovaskulaarista ilikaalista bifurkaatiografia.
- Läpivalaisu tulee käyttää sisäänniennin ja asennuksen aikana asennusjärjestelmän komponenttien asianmukaisen toiminnan, graftin asianmukaisen sijoituksen ja toimenpiteen halutun lopputuloksen varmistamiseksi.
- H&L-B One-Shot -sisäänvientijärjestelmällä varustetun Zenith Branch -endovaskulaarisen ilikaalisen bifurkaatiograftin käyttö vaatii intravaskulaarisen varjoaineen käyttöä. Potilailla, joilla on ennestään munuaisten vajaatoiminta, saattaa olla postoperatiivisen munuaisten vajaatoiminnan riski. Varjoainetta tulee käyttää mahdollisimman vähän toimenpiteen aikana.
- Muista pyörittää kaikkia järjestelmän osia yhdessä (ulkoisesta holkista sisempään kanyyliin), jotta vältetään endovaskulaarisen graftin mutkilla käyttöönniemiä järjestelmää pyöritettäessä.
- Zenith Branch -endovaskulaarisen ilikaalisen bifurkaatiograftin epätarkka asetus suoneen ja/tai tiiviydeltään huono kiinnittymisen suoneen tai järjestelmän käyttö lisäosien kanssa saattavat lisätä endoleak-vuodon, liikkumisen tai sisemmän lonkkavaltimon tahattoman tukkeutumisen riskiä.
- Zenith Branch -endovaskulaarisen ilikaalisen bifurkaatiograftin tiiviydeltään huono kiinnittymisen voi aiheuttaa sen liikkumista. Endoproteesin väärä paikalleenasetus tai liikkuminen saattavat vaatia kirurgista interventiota.

- Lopeta sisäänvientijärjestelmän eteenpäinvienti, jos johdinta tai sisäänvientijärjestelmää eteenpäin viettäessä tuntuu vastusta. Pysähdy ja selvitä vastuksen syy. Verisuonen tai katetrin vaurio on mahdollinen. Stenoosin, intravaskulaarisen tromboosin tai kalkkiutuneiden tai kiemuraisten suonten alueilla on oltava erittäin varovainen.
- Aneurysman sisällä käytettävien katetrin, lankojen ja holkkien käytössä on oltava varovainen. Huomattava liikkuminen saattaa irrottaa trombista fragmentteja, mikä voi aiheuttaa distaalisen embolisointia.
- Pallolaajennettavan, peitetyn perifeerisen stentin täytyy olla läpimitaltaan riittävä, jotta se kiinnittää tiiviisti sekä sivuhaarasegmentin että sisemmän lonkkavaltimon, ja riittävän pitkä, jotta se on 10 - 14 mm päällekkäin sivuhaaran segmentin ja 10 mm (20 - 30 mm, jos mahdollista) sisemmän lonkkavaltimon distaalisen kiinnityspaikan kanssa.
- On varottava vaurioittamasta aiemmin asetettua graftia tai liikuttamasta sitä, jos graftin alueella joudutaan jälleen käyttämään kirurgisia välineitä.

Muovauspallon käyttö

- Varmista, että pallo on tyhjentynyt täysin ennen sen asettamista uudelleen paikalleen.
- Palloa ei saa täyttää graftin ulkopuolisessa suonessa.
- Hemostaasin tehostamiseksi voidaan Captor-hemostaasiventtiiliä höllentää tai tiukentaa muovauspallon sisäänvientiiä ja senjälkeistä poisvetämistä varten.

4.4 Magneettikuvauksen (MRI) turvallisuus ja yhteensopivuus

Ei-kliiniset testit ovat osoittaneet, että pallolaajennettavan, peitetyn stentin kanssa käytettävä Zenith Branch endovaskulaarinen iliaakalinen bifurkaatiografi on turvallinen MR-kuvauksessa tietyissä olosuhteissa standardin ASTM F2503 mukaisesti. Potilasta voidaan kuvata turvallisesti laitteen asettamisen jälkeen, kun seuraavat ehdot täyttyvät:

- staattisen magneettikentän voimakkuus vain 3,0 teslaa tai 1,5 teslaa
- maksimimagneettikentän spatiaalinen gradientti enintään 720 gaussia/cm (7,2 T/m)
- suurin magneettiresonanssijärjestelmän raportoima koko kehon keskimääräinen ominaisabsorptioopeus (SAR) $\leq 2,0$ W/kg (normaali käyttötila).

Pallolaajennettavan, peitetyn stentin kanssa käytettävän Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakalisen bifurkaatiografin oletetaan edellä mainituissa kuvauksolosuhteissa nostavan lämpötilaa enintään 2,4 °C yhtäjaksoisen 15 minuuttia kestävän kuvauksen aikana.

Kuva-artefaktin todettiin ulottuvan ei-kliinisessä testissä noin 122 mm:n päähän pallolaajennettavan, peitetyn stentin kanssa käytettävästä Zenith Branch -endovaskulaarisesta iliaakalisesta bifurkaatiografista, kun kuvauksessa käytettiin gradientin kaikapulssisekvenssiä ja 3,0 teslan magneettikuvauksjärjestelmää. Kuva-artefakti peittää laitteen luumenin.

HUOMAUTUS: Zenith Branch -endovaskulaarista iliaakalista bifurkaatiografia käytettäessä magneettikuvauksen kliinisiä etuja tulee verrata toimenpiteen mahdollisesti aiheuttamaan riskiin.

5 MAHDOLLISET HAITTAVAIKUTUKSET

Muita haittavaikutuksia, joita saattaa ilmetä ja/tai jotka voivat vaatia interventiota ovat mm.:

- amputaatio
- anestesiakomplikaatiot ja niiden jälkeiset ongelmat (esim. aspiratio)
- aneurysman laajentuma
- aneurysman ruptuura ja kuolema
- aneurysman, laitteen tai punktiopaikan infektio, mukaan lukien absessin syntyminen, ohimenevä kuume ja kipu
- aortan vauriot, kuten perforaatio, dissektio, verenvuoto, ruptuura ja kuolema
- arteriovenoosi fisteli
- embolisatio (mikro- tai makroembolisatio), johon liittyy ohimenevä tai pysyvä iskemia tai infarkti
- endoleak-vuoto
- endoproteesi; osien väärä asemointi; osien epätäydellinen avaaaminen; osien liikkuminen; ompeleen katkeaminen; tukkeuma; infektio; stentin murtuma; grafitimateriaalin kuluminen; laajenema; eroosio; punktio; virtaus graftin ympärillä ja kororoosio
- graftin tai natiivisuonen tukkeutuma
- haavakomplikaatiot ja niitä seuraavat ongelmat (esim. aukeaminen, infektio)
- imipotenssi
- keuhko- ja hengitysteiden komplikaatiot ja niitä seuraavat ongelmat (esim. keuhkokuume, hengityksen vajaatoiminta, pitkittynyt intubaatio)
- klaudikaatio (esim. pakara, alaraaja)
- kuolema
- kuume ja paikallinen tulehdus
- lymfan komplikaatiot ja niitä seuraavat ongelmat (esim. lymfaattinen fisteli)
- maksan vajaatoiminta
- munuaiskomplikaatiot ja niitä seuraavat ongelmat (esim. valtimon tukkeutuma, varjoaineen toksisuus, insuffisienssi, vajaatoiminta)
- neurologiset paikalliset tai systeemiset komplikaatiot ja niitä seuraavat ongelmat (esim. aivohalvaus, ohimenevä iskemiohjaus, paraplegia, parapareesi, paralyysi)
- suolistokomplikaatiot (esim. suolentukkeuma, ohimenevä iskemia, infarkti, nekroosi)
- suonen vaurio
- sydänkomplikaatiot ja niitä seuraavat ongelmat (esim. atrymia, sydäninfarkti, sydämen vajaatoiminta, alhainen verenpaine, kohonnut verenpaine)
- turvautuminen avoimeen korjausleikkaukseen
- turvotus
- urogenitaaliset komplikaatiot ja niitä seuraavat ongelmat (esimerkiksi iskemia, eroosio, fisteli, inkontinenssi, hematuria, infektio)
- valtimoiden tai laskimoiden trombi ja/tai pseudoaneurysma
- vasospasmi tai verisuonitrauma (esim. iliakefemoraalisen suonen dissekoituminen, verenvuoto, ruptuura, kuolema)
- verenvuoto, hematooma tai koagulopatia
- verisuonen punktiolueen komplikaatio, mukaan lukien infektio, kipu, hematooma, pseudoaneurysma, arteriovenoosi fisteli.

6 POTILAA VALINTA JA HOITO

(Katso osaa 4, Varoitukset ja varotoimenpiteet)

6.1 Potilaskohtainen hoito

Cook suosittelee, että Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakalisen bifurkaatiografin osien läpimitat valitaan taulukon 8.1 mukaan. Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakalisen bifurkaatiografin pituus valitaan yleensä siten, että se ulottuu yhteisen lonkkavaltimon proksimaalisesta ulompaan lonkkavaltimoon. Toimenpiteessä tarvittavien laitteiden kaikkien pituus- ja läpimittaversioiden tulisi olla lääkärin käytettävissä, etenkin silloin kun leikkausta edeltävistä suunnittelumittausten tuloksista (hoitoon liittyvät läpimitat/pituudet) ei olla varmoja. Näin intraoperatiivinen toiminta on joustavampaa ja päästään helpommin optimaalisiin tuloksiin. **Osassa 5, Mahdolliset haittavaikutukset**, aiemmin kuvattuja potentiaalisia riskejä tulisi harkita tarkkaan potilaskohtaisesti ennen Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakalisen bifurkaatiografin käyttöä. Potilaan valintaan liittyvään lisäharkintaan sisältyvät, mutta niihin eivät rajoitu:

- potilaiden ikä ja eliniän odote
- samanaikaiset sairaudet (esim. leikkausta edeltävä sydämen, keuhkojen tai munuaisten vajaatoiminta, morbid lihavuus)
- potilaiden sopivuus avoimeen korjausleikkaukseen
- potilaiden anatominen sopivuus endovaskulaariseen korjausleikkaukseen
- aneurysman ruptuurin riski verrattuna Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakalisen bifurkaatiografin hoitoon sisältyvään riskiin
- kyky kestää yleisiä, alueellista tai paikallista anestesiaa
- iliakefemoraalisen punktiokohdan suonen koon ja morfologian (trombi, kalkkiutuma ja/tai kiemuraisuus minimaaliset) tulisi olla yhteensopivia vaskulaaristen punktiomenetelmien ja sellaisten vaskulaaristen sisäänvientivälineiden kanssa, joiden sisäänvientiholkin sisäänvientiprofiili on 12 Fr (4,7 mm, ulkoläpimittana) – 20 Fr (7,7 mm, ulkoläpimittana).
- aneurysmaton ulkoinen iliaakalinen kiinnityssegmentti aneurysman distaalipuolella:
 - pituus vähintään 20 mm
 - läpimitta ulkoseinämästä ulkoseinämään ei ole yli 11 mm tai alle 8 mm.
- aneurysmaton sisemmän lonkkavaltimon segmentti, joka sijaitsee aneurysman distaalipuolella:
 - pituus vähintään 10 mm (20 - 30 mm, jos mahdollista)
 - läpimitta sopiva riittävän tiiviiseen kiinnitykseen.
- ei merkittävää reisi-/lonkkavaltimon tukkeutumaa, joka estäisi virtausta endovaskulaarisen graftin läpi.

Lopullisen hoitopäätöksen tekevät lääkäri ja potilas.

7 POTILAA NEUVONTATIEDOT

Lääkärin ja potilaan (ja/tai perheenjäsenen) tulisi keskustella tämän endovaskulaarisen laitteen ja toimenpiteen riskeistä ja eduista, mukaan lukien:

- endovaskulaarisen ja kirurgisen korjauksen riskit ja erot
- perinteisen avoimen kirurgisen korjauksen potentiaaliset edut
- endovaskulaarisen korjauksen potentiaaliset edut
- vaihtoehtoisten endovaskulaaristen toimenpiteiden potentiaaliset edut
- mahdollisuus, että aneurysma vaatii myöhemmin intervention tai avoimen korjausleikkauksen ensin tehdyn endovaskulaarisen korjauksen jälkeen.

Endovaskulaarisen korjauksen riskien ja etujen lisäksi lääkärin tulisi arvioida potilaan sitoutuminen ja myöntövyys postoperatiiviseen seurantaan tarpeen mukaan. Alla on lueteltu muita endovaskulaarisen korjauksen jälkeisiin odotuksiin liittyviä aiheita, joista voi keskustella potilaan kanssa:

- Endovaskulaaristen graftien pitkäaikaista toimintakykyä ei ole selvitetty. Potilaille tulee selvittää, että endovaskulaarinen hoito vaatii elinikäistä ja säännöllistä terveydentilan ja endovaskulaarisen graftin seurantaa. Potilaita, joilla on spesifisiä kliinisiä löydöksiä (kuten endoleak-vuotoa, laajentuvia aneurysmeja tai muutoksia endovaskulaarisen graftin rakenteessa tai paikassa), tulisi seurata tehostetusti. Tarkat seurantaohjeet on kuvattu **osassa 11, Kuvantamisohjeet ja postoperatiivinen seuranta**.

8 PAKKAUSTYYPPI JA PAKKAUSKOOT

Zenith Branch -endovaskulaarinen iliaakalinen bifurkaatiografi toimitetaan steriilinä (100-prosenttinen eteenioksid) ja esiladattuna aukirepäistävissä pakkauksissa.

Tämä laite on tarkoitettu vain potilaskohtaiseen käyttöön. Mitään tämän laitteen osaa ei saa käyttää uudelleen, käsitellä uudelleen tai steriloida uudelleen. Laitteen uudelleenkäyttö, -käsitely tai -sterilointi voi vaurioittaa laitteen rakennetta ja johtaa laitteen toimintahäiriöön, mikä puolestaan voi aiheuttaa potilaan loukkaantumisen, sairastumisen tai kuoleman. Laitteen uudelleenkäyttö, -käsitely tai -sterilointi voi aiheuttaa myös laitteen kontaminoitumisvaaran, potilasinfektion tai risti-infektion ja niiden seurauksena mm. tarttuvien tautien leviämisen potilaasta toiseen. Laitteen kontaminoituminen voi aiheuttaa potilaan loukkaantumisen, sairastumisen tai kuoleman. Tarkista laite ja pakkaus varmistaaksesi, että kuljetuksen aikana ei ole syntynyt vaurioita. Laitetta ei saa käyttää, jos se on vaurioitunut tai jos steriili suojus on vaurioitunut tai rikottu. Jos laitteessa havaitaan vaurioita, sitä ei saa käyttää ja se on palautettava Cookille.

Varmista ennen käyttöä, että toimitetut välineet (määrä ja koko) sopivat potilaalle, vertaamalla välinettä lääkärin potilaskohtaiseen hoitomääräyksen. Älä käytä pakkausmerkinnöissä olevan viimeisen käyttöpäivämäärän jälkeen. Säilytä viileässä ja kuivassa paikassa.

Zenith Branch -endovaskulaarinen iliaakalinen bifurkaatiografi on ladattu 20 Fr:n Flexor-sisäänvientiholkkiin. Holkin pinta on käsitelty hydrofiilisella pinnoitteella, joka aktivoituna helpottaa välineen sijoittamista oikeaan kohtaan. Hydrofiilinen pinnoite aktivoidaan pyyhkimällä pinta keittosuolaliuoksessa kastelluilla 10 x 10 cm -kokoisilla sideharsotaitoksilla.

Seuraava taulukko sisältää Zenith Branch -endovaskulaarisen iliakaalisen bifurkaatiografin kanssa käytettävien, saatavissa olevien iliakaalisten Zenith-graftihaarojen ja -sisäänvientijärjestelmien pituus- ja läpimittatiedot:

Taulukko 8.1 Iliakaaliset Branch-bifurkaatiografit							
Tilausnumero ¹	Proksimaalinen läpimitta	Distaalinen läpimitta	Sivuhaaran läpimitta ²	Sisäänvientiholkki Fr-koko	Sisäläpimitta / Ulkoläpimitta	Iliakaalisen segmentin pituus Yhteinen	Graftin kokonais-pituus
ZBIS-10-45-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	86 mm
ZBIS-10-61-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	102 mm
ZBIS-10-45-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	103 mm
ZBIS-10-61-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	119 mm
ZBIS-12-45-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	86 mm
ZBIS-12-61-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	102 mm
ZBIS-12-45-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	103 mm
ZBIS-12-61-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	119 mm

¹ZBIS-XX-YY-ZZ on iliakaalinen bifurkaatiografi, jossa XX on distaalinen läpimitta, YY on yhteisen iliakaalisen segmentin pituus (pituus graftin proksimaalireunasta sivuhaaran kärkeen) ja ZZ on ulomman iliakaalisen segmentin pituus (pituus sivuhaaran kärjestä graftin distaalireunaan).

²Sivuhaara sisältää 6 mm:n pituisen nitinoli z-stentin, mutta se tulisi laajentaa 8 mm:iin pallolaajennettavan, peitetyn perifeerisen stentin laajentamisen aikana.

Seuraava taulukko sisältää Zenith Branch -endovaskulaarisen iliakaalisen bifurkaatiografin kanssa käytettävien, saatavissa olevien Zenith AAA -endovaskulaaristen iliakaalisten graftihaarojen ja sisäänvientijärjestelmien pituus- ja läpimittatiedot:

Taulukko 8.2 Iliakaaliset haarat				
Tilausnumero ¹	Iliakaalisen haaran läpimitta	Sisäänvientiholkki Fr-koko	Sisäläpimitta / Ulkoläpimitta	Iliakaalisen haaran työskentelypituus ²
TFLE-16-YY	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	37, 54, 71, 88 mm
ZSLE-16-YY-ZT	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	39, 56, 74, 90 mm
ZISL-16-YY	16 mm	12 Fr	(4,0 mm / 4,7 mm)	42, 59, 77, 93 mm

¹Esimerkki: TFLE-XX-YY on iliakaalinen haara, jossa XX on läpimitta ja YY on iliakaalisen haaran työskentelypituus.

²Kokonaispituus = työskentelypituus + 22 mm:n telakointistentti (TFLE- ja ZSLE-mallit) ja 29,1 mm:n telakointistentti (ZISL-malli).

9 KLIINISET KÄYTTÖTIEDOT

9.1 Lääkärin käyttökoulutus

HUOMIO: Implantaatiota tai reinterventiota tehtäessä on oltava käytettävissä verisuonikirurgiatiimi sen varalta, että joudutaan turvautumaan avoimeen korjausleikkaukseen.

HUOMIO: H&L-B One-Shot -sisäänvientijärjestelmällä varustettua Zenith Branch -endovaskulaarista iliakaalista bifurkaatiograafia saavat käyttää ainoastaan Zenithin yleisen käyttökoulutuksen saaneet sekä vaskulaarisiin interventietekniikoihin ja tämän laitteen käyttöön perehtyneet lääkärit ja hoitotimit. Suositeltavien taito- ja tietovaatimusten pääpiirteet H&L-B One-Shot -sisäänvientijärjestelmällä varustettua Zenith Branch -endovaskulaarista iliakaalista bifurkaatiograafia käyttäville lääkäreille ovat:

Potilaan valinta:

- vatsa-aortan aneurysmien (AAA) taudinkulun ja AAA:n korjaukseen liittyvien samanaikaisten sairauksien tuntemus.
- röntgenkuvien tulkitsemisen ja laitteen valinnan ja kokojen tuntemus.

Monitieteellinen hoitotimi, jonka jäsenillä on yhdessä kokemusta seuraavista toimenpiteistä:

- reilislaskimon avaus, arteriotomia ja korjaus
- perkutaaniset sisäänventi- ja sulkemistekniikat
- ei-selektiiviset ja selektiiviset johdin- ja katetritekniikat
- fluoroskopia- ja angiografiakuvien tulkinta
- embolisaatio
- angioplastia
- endovaskulaarisen stentin asetus
- silmukkatekniikat
- radiografisen varjoaineen asianmukainen käyttö
- säteilyaltistuksen minimointimenetelmät
- tarvittavien potilaan seurantamenetelmien asiantuntemus.

9.2 Tarkastus ennen käyttöä

Tarkista laite ja pakkaus varmistaaksesi, että kuljetuksen aikana ei ole syntynyt vaurioita. Laitetta ei saa käyttää, jos se on vaurioitunut tai jos steriili suojus on vaurioitunut tai rikki. Jos laitteessa havaitaan vaurioita, sitä ei saa käyttää ja se on palautettava COOKille. Varmista ennen käyttöä, että toimitetut välineet (määrä ja koko) sopivat potilaalle, vertaamalla välineitä lääkärin potilaskohtaiseen hoitomääräykseen.

9.3 Tarvittavat materiaalit

(Ei mukana iliakaalisessa bifurkaatiografi-järjestelmässä)

- iliakaalinen Zenith-varsiografi (esimerkiksi TFLE-16-[37,54,71,88], ZSLE-16-[39,56,74,90]-ZT, ZISL-16-[42,59,77,93])
- Zenith-bifurkaatiografi (esimerkiksi endovaskulaarinen Zenith AAA -grafti)
- Zenith AAA -lisäosasarja
- digitaalinen angiografia mahdollistava fluoroskooppi (C-kaari tai kiinteä yksikkö)
- varjoaine

Taulukko 9.5.1 Zenith Branch -endovaskulaarisen iliakaalisen bifurkaatiografin läpimitan koon valintaopas* (Ulkoinen iliakaalinen segmentti)				
Haluttu ulomman lonkkavaltimon läpimitta ^{1,2}	Ulomman Branch-lonkkavaltimohaaran halkaisija ³	Sisäänvientiholkki Fr-koko	Sisäläpimitta / Ulkoläpimitta	
8 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	
9 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	
10 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	
11 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	

¹Suurin läpimitta distaalisen kiinnityskohdan vierellä.

²Iliakaalinen läpimitta pyöristettynä lähimpään mm:iin.

³Muut näkökohdat saattavat vaikuttaa läpimitan valintaan.

*Kaikki mitat ovat nimellisiä.

Zenith AAA -grafti yhdistetään Zenith Branch -endovaskulaariseen iliakaaliseen bifurkaatiografiin iliakaalisella varsigraftilla (esimerkiksi TFLE, ZSLE, ZISL), jonka läpimitta on 16 mm.

Pallolaajennettavan, peitetyn perifeerisen stentin täytyy laajentua 8 mm:iin Zenith Branch -endovaskulaarisessa iliakaalisessa bifurkaatiografiassa, mutta se tulisi mitoittaa sisempää lonkkavaltimoa varten valmistajan ohjeiden mukaisesti.

10 KÄYTTÖOHJEET

Lue Suositeltavat käyttöohjeet -kirjan ennen H&L-B One-Shot -sisäänvientijärjestelmällä varustetun Zenith Branch -endovaskulaarisen iliakaalisen bifurkaatiografin käyttöä. Seuraavat ohjeet sisältävät laitteen asetuksen perusohjeet. Seuraavia toimenpiteitä saatetaan joutua muuntamaan. Nämä ohjeet on tarkoitettu lääkärin ohjeistukseen, eivätkä ne korvaa lääkärin omia päätöksiä.

- ruisku
- heparinoitu keittosuolaliuos
- pallolaajennettava, peitetty, perifeerinen stentti
- sopivankokoiset pallot

9.4 Suositeltavat materiaalit

(Ei mukana iliakaalisessa bifurkaatiografi-järjestelmässä)

Suosittellemme seuraavia tuotteita.

Johtimet

- 0,89 mm:n (0,035 inch) erittäin jäykkä johdin, 260 cm; esim.:
 - erittäin jäykät Cook Lunderquist -johtimet (LES)
 - ultrajäykät Cook Amplatz -johtimet (AUSZ).
- 0,89 mm:n (0,035 inch) vakiojohdin; esim.:
 - 0,89 mm:n (0,035 inch) Cook-johtimet.
- 0,46 mm:n (0,018 inch) hydrofiilinen johdin
- 0,89 mm:n (0,035 inch) hydrofiilinen johdin, 260 cm; esim.:
 - Cook Nimble™ -johtimet.
- 0,89 mm:n (0,035 inch) vaihdettava johdin, 260 cm; esim.:
 - Cook Roadrunner® PC -johdin
 - erittäin jäykkä Cook Amplatz -johdin (AES)
 - Cook Rosen -johdin.

Muovauspallot

- Cook CODA® -pallokatetri (32 mm).

Sisäänviejäsarjat (7 Fr [2,3 mm sisäläpimitta], 8 Fr [2,7 mm sisäläpimitta], 10 Fr [3,3 mm sisäläpimitta] ja 12 Fr [4,0 mm sisäläpimitta])

- Cook Check-Flo® -sisäänviejäsarjat
- Cook Flexor Check-Flo -sisäänviejät
- Cook Flexor Check-Flo -sisäänviejät – Raabe-modifikaatio
- Cook Extra Large Check-Flo -sisäänviejäsarjat
- kontralateraaliset Cook Flexor Balkin Up & Over® -sisäänviejät
- Cook Flexor -ohjausholkit.

Katetrit

- koonmittauskatetri, esim.:
 - senttimetriset Cook Auros® -koonmittauskatetrit
- röntgenpositiivisella kärjellä varustetut angiografiset katetrit, esim.:
 - Cook Beacon® -kärkiset angiografiakatetrit
 - Beacon-kärkiset Cook Royal Flush® -katetrit.

Sisäänmenoneulat

- Cookin yhden seinämän vientineulat.

Silmukka

- intravaskulaarinen Dotter-poistajasarja.

9.5 Laitteen läpimitan valintaohjeet

Läpimitta tulisi valita suonen ulkoseinämien välisen etäisyyden eikä lumenin läpimitan mukaan. Lian pienten tai liian suurten välineiden käyttämisestä voi olla seurauksena, ettei väline kiinnity riittävän tiiviisti tai että verenvirtaus heikkenee.

Yleiset asennusohjeet

Zenith Branch -endovaskulaarinen iliaakainen bifurkaatiografit on suunniteltu asetettavaksi yhteisen reisivaltimon kautta hoitokohteena olevan yhteisen lonkkavaltimon aneurysman sivulle. Zenith AAA -grafti viedään sisälle Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaisen bifurkaatiografin vastakkaisella puolella.

Suosittelava osien käyttöönviemisjärjestys on:

1. Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaisen bifurkaatiografin asennus, mukaan lukien pallolaajennettavan, peitetyn perifeerisen stentin asetus sisempään lonkkavaltimoon (lonkkavaltimon kautta)
2. Zenith AAA -graftin (joka viedään sisään vastakkaisen lonkkavaltimon kautta) asennus
3. Iliakalisen Zenith-varsiografin (esimerkiksi TFLE, ZSLE, ZISL) avaaminen Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaisen bifurkaatiografin sisäänvientiä paikan kautta vatsagrafin vastakkaiseen haaraan (lyhyeen), joka yhdistää vatsagrafin lumeniin Zenith Branch -endovaskulaariseen iliaakaliseen bifurkaatiografiin
4. Iliakalisen Zenith-varsiografin (esimerkiksi TFLE, ZSLE, ZISL) avaaminen Zenith AAA -graftin samanpuoleiseen (pitkään) haaraan (tarvittaessa).

Preimplantaation määräävät tekijät

Varmista ennen implantaatioita tehdyn suunnittelun perusteella, että on valittu oikea laite. Määräviini tekijöihin kuuluvat mm.

1. femoraalisen valtimon valinta sisäänvientijärjestelmän asettamista varten (ts. vastaava lonkkavaltimon määrätyt)
2. iliaakalisten valtimoiden angulaatio
3. relevanttien distaalisten iliaakalisten suonten läpimitat
4. aortan bifurkaation ja hypogastrisen valtimon (sisemmän lonkkavaltimon) etäisyys ja kiinnityspaikka/-paikat
5. vaskulaarisen kalkkiutumisen asteen huomioon ottaminen.

Potilaan valmistelu

1. Noudata sairaalan anestesiaa, antikoagulaatioon ja elintoimintojen tarkkailuun liittyviä toimintatapoja.
2. Aseta potilas kuvantamispyödyllä, jolla voidaan nähdä läpivalaisuissa kohteet aortan kaaresta femoraalisiin bifurkaatioihin.
3. Aava yhteiset reisivaltimot tarpeen mukaan normaallilla leikkausmenetelmällä.
4. Tarkkaile reisisuonia proksimaalisesti ja distaalisesti tarpeen mukaan.

10.1 Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaisen bifurkaatiografin valmistelu/huuhdelu

1. Poista mustanapainen kuljetusmandriini (sisäkanyyliä), kanyyliin suojaputkut (sisäkanyyliä) ja laajentimen kärjen suojus (laajentimen kärjestä). Poista Peel-Away-holkki hemostaasiventtiiliin takaosasta. **(Kuva 3)** Työnä sisäänvientiholkkia eteenpäin laajentimen kärjessä, kunnes kaareva katetri ei ole enää näkyvissä. Nosta järjestelmän distaalipäätä ylöspäin ja huuhtelee hemostaasiventtiiliin päällä olevan hanan kautta, kunnes nestettä alkaa virrata sisäänvientiholkin kärjen läheisistä sivuportista. **(Kuva 4)** Anna täysi 20 mL:n huuhdelluosi injektiona laitteen läpi. Lopeta ruiskutus ja sulje liitinletkun hana.

HUOMAUTUS: Grafitin huuhdelluluoksena käytetään aina heparinoitua keittosuolaliuosta.

HUOMAUTUS: Varmista, että Flexor-sisäänvientiholkin Captor-hemostaasiventtiili on auki. **(Kuva 5)**

2. Kiinnitä keittosuolaliuosruisku sisäkanyyliin napaan. Huuhtelee, kunnes nestettä alkaa virrata distaalisesta laajentimen kärjestä. **(Kuva 6)**

HUOMAUTUS: Nosta järjestelmän distaalipäätä ylöspäin sitä huuhdelluosi ilman poistumisen helpottamiseksi.

3. Poista esiladattu johdin sisäänvientijärjestelmästä.
4. Kiinnitä keittosuolaliuosruisku esiladatun katetrin Luer-porttiin. Huuhtelee, kunnes nestettä alkaa virrata katetrin distaalipäältä.
5. Vie esiladattuun katetriin sopiva 0,46 mm:n (0,018 inch) tai 0,89 mm:n (0,035 inch) yhteensopiva hydrofiilinen johdin, jossa on nitinoliydin ja joka on 260 cm pitkä.
6. Kastele 10 x 10 cm -kokoiset sideharsotaitokset läpimärisi keittosuolaliuoksessa ja pyyhi niillä Flexor-sisäänvientiholkki sen hydrofiilisen pinnan aktivoimiseksi. Kastele hyvin sekä holkki että laajentimen kärki.

10.2 Sisäänvienti verisuonistoon ja angiografia

1. Tee punktio valittuun yhteiseen reisivaltimoon normaallitekniikalla ja 18 tai 19 gaugen ultraohuella valtimoneulalla. Vie punktion jälkeen sisään:
 - johtimet – vakioläpimittä 0,89 mm (0,035 inch), pituus 145 cm, J-kärki tai Bentson-johdin
 - sopivankokoiset holkkit (esimerkiksi 5 Fr [1,7 mm:n sisäläpimitt) ja 8 Fr [2,7 mm:n sisäläpimitt)]
 - Huuhdo katetri (usein röntgenpositiiviset koonmittauskatetrit, esimerkiksi senttimetrinen koonmittauskatetri tai suora huuhdelukatetri).

HUOMAUTUS: Käytä 8 Fr:n (sisäläpimittä 2,7 mm) holkkia, joka viedään alempaan vatsa-aorttaan kontralateraalaisella puolella.

2. Suorita angiografia määrittääksesi aortan bifurkaatiopaikka ja sisempi lonkka valtimo Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaisen bifurkaatiografin implantaatiopaikalle.

10.3 Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaisen bifurkaatiografin asetus

1. Varmista, että käyttöönviemisjärjestelmä on huuhdeltu heparinoidulla keittosuolaliuoksella ja että järjestelmästä on poistettu kaikki ilma.
2. Anna systeemistä hepariinia ja tarkista huuhdelluluokset. Huuhtelee kunkin katetrin ja/tai johtimen vaihdon jälkeen.

HUOMAUTUS: Tarkkaile potilaiden koagulaatiotilaa koko toimenpiteen ajan.

3. Vaihda J-lanka jäykkyään (AUS tai LES), 260 cm pitkään 0,89 mm:n (0,035 inch) johtimeen Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaisen bifurkaatiografi-implantaation sivulla ja vie se katetrin läpi ja ylös ylempään rinta-aorttaan. Poista huuhdelukatetri ja holkki. Pidä johdin paikallaan.

HUOMAUTUS: Sisemmän lonkkavaltimon alku ja suunta samoin kuin aortan bifurkaatio tulisi voida tunnistaa pre- ja intraoperatiivisista kuvantamisesta ennen laitteen sisäänvientiä.

4. Tarkista ennen laitteen sisäänvientiä läpivalaisuilla, että sivuhaarasegmentin suuntaus on kohdistettu oikein anatomiaan.

HUOMAUTUS: Laitte on tässä vaiheessa täydellisesti ulkoisen holkkin peittävä, mutta tässä kuvassa, jossa holkki on poistettu, näkyy neljä kulista röntgenpositiivista merkkiä, jotka ovat kohdakkain sivuhaaran lateraalimman puolen kanssa, ja kestokatetrin uurtteen kanssa. **(Kuva 7)**

HUOMAUTUS: Toinen merkki distaalisesta pästä (2D) katsottuna on tähtäysmerkki peitetyn stentin proksimaalisinta paikkaa varten.

Stentti ulottaa sivuhaaran sisempään lonkkavaltimoon. Toinen merkki proksimaalisesta pästä (2P) on tähtäysmerkki haaran jatko-osan distaalisinta paikkaa varten. Jatko-osa yhdistää iliaakaisen sivuhaaran kaksishaaraiseen stenttiografiin, joka avataan aortan bifurkaation yläpuolelle.

HUOMAUTUS: Suuntaus voidaan tarkistaa silmämäärin, koska suippunevan laajentimen kärjen uurre (missä esiladattu johdin tulee esiin järjestelmästä) on sivuhaaran kohdalla.

5. Vie Zenith Branch -endovaskulaarinen iliaakainen bifurkaatiografit johtimen yli lonkkavaltimoon, kunnes laajentimen kärjen uurtteessa ulkoisen holkkin alla olevan kestokatetrin kärki on juuri ja juuri aortan bifurkaation yläpuolella ja pyörittämällä säädettäessä vastapäätä olevan yhteisen lonkkavaltimon alun kohdalla. **(Kuva 8)**

HUOMIO: Älä muuta johtimen asentoa sisäänvientijärjestelmän sisäänviennin aikana.

HUOMIO: Muista pyörittää kaikkia järjestelmän osia yhdessä (ulkoisesta holkista sisempään kanyyliin), jotta vältytään endovaskulaarisen grafitin mutkiilta sisäänvientijärjestelmää pyöritettäessä.

HUOMAUTUS: Hydrofiilisen johtimen vähäinen eteenpäinvienti katetrin kärjen kautta saattaa auttaa katetrin kärjen paikan visualisoinnissa.

10.4 Kahdesti läpimenevän johtimen asetus

1. Vie hydrofiilinen johdin ja katetri aorttaan. Aseta johdin silmukointia varten kuljettamalla sitä eteenpäin kaarevan katetrin kärjen läpi tarpeen mukaan.
2. Vie sopiva silmukka sisäänvientiholkin kautta vastakkaiseen lonkkavaltimoon, silmukoi hydrofiilisen johtimen kärki ja vedä se läpi muodostaaksesi kahdesti läpimenevän johtimen. **(Kuva 9)**

HUOMIO: Tämän ohjauksen aikana tulisi hydrofiilistä kahdesti läpimenevää johdinta viedä eteenpäin siten, että aortan bifurkaation kohdalla on koko ajan jonkin verran löysyyttä.

10.5 Proksimaalisen Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaisen bifurkaatiografin asennus

1. Vie 8 Fr:n (sisäläpimittä 2,7 mm) holkkia eteenpäin vastapäiseen haaraan, kunnes se on aortan bifurkaation tason yläpuolella, ja suorita angiografia sen kautta määrittääksesi sisemmän lonkkavaltimon paikan laitteen implantaatiopaikan sivussa. **(Kuva 10)**
2. Varmista, että grafitijärjestelmä on suunnattu siten, että sivuhaaran distaalipää (distaalisimman röntgenpositiivisen merkin mukaan) on asetettu 10 mm sisemmän lonkkavaltimon alun yläpuolelle ja pyörimissuuntaan, joka mahdollistaa helpon sisäänviennin sisempään lonkkavaltimoon. Jos röntgenpositiiviset merkit eivät ole oikeassa paikassa, pyöritä koko järjestelmää, kunnes merkit ovat sisemmän lonkkavaltimon aukon kohdalla ja/tai vie järjestelmää eteenpäin tai vedä sitä ulospäin tarpeen mukaan. **(Kuva 11)**

HUOMIO: Muista pyörittää kaikkia järjestelmän osia yhdessä (ulkoisesta holkista sisempään kanyyliin), jotta vältytään endovaskulaarisen grafitin mutkiilta sisäänvientijärjestelmää pyöritettäessä.

3. Kun laitteen asento on tyydyttävä, vakauta harmaa asetin (sisäänvientijärjestelmän akseli) samalla kun vedät ulos ulkoista sisäänvientiholkkia. Laajenna Zenith Branch -endovaskulaarista iliaakalista bifurkaatiografiä, kunnes sivuhaaran distaalipää tulee näkyviin. **(Kuva 12)**
4. Lopeta holkkin poisvetäminen.

VAROITUS: Älä vedä holkkia pois enempää, koska silloin ulompi lonkkavaltimon komponentti laajenee ja estää muut asennon muutokset.

10.6 Ylimenoholkin asetus

1. Vedä pois vastapäinen iliaakainen sisäänvientiholkki ja jätä hydrofiilisella nitinoliytimellä varustettu kahdesti läpimenevä johdin paikalleen.
2. Vie sopivankokoinen ylimenoholkki hydrofiilisellä nitinoliytimellä varustetun kahdesti läpimenevän johtimen yli, kunnes holkkin kärjen laajennuskärki koskettaa esiladatun katetrin kärkeä. **(Kuva 13)**

HUOMAUTUS: Johtimen kevyt vetäminen molemmista päistä voi olla tarpeen sen eteenpäin viemisen helpottamiseksi.

HUOMIO: Jos esiladattua katetria ei ole viety aortan bifurkaation yli, ole erittäin varovainen lankaa käsitellessäsi, jottei synny verisuoniston vaurioita.

3. Purista hydrofiilisen kahdesti läpimenevän johtimen kummatkin päät kiinni (kohdassa, missä se tulee esiin esiladattua katetrista ja ylimenoholkista).
4. Jatka holkkin eteenpäinviemistä kiinnitetyn johtimen yli. Paina samalla kevyesti lyhyin aikavälein esiladattua katetria, jotta holkki ja katetri etenevät bifurkaation yli laitteen proksimaaliseen aukkoon ja ulos sivuhaaran kautta. **(Kuva 14)**

HUOMAUTUS: Tämän holkkin laajentimen kärjen pituudesta riippuu, onko tarpeen viedä holkkia eteenpäin yli sen laajennuskärjen, jotta varmistetaan holkkin asettuminen sivuhaaraan.

5. Poista ylimenoholkkin laajennin.

10.7 Sisemmän lonkkavaltimon kanylointi

1. Tee punktio ylimenoholkin hemostaasiventtiiliin mahdollisimman kauas toiselle puolelle ja vie sisään sopiva johdin-katetriyhdistelmä. **(Kuva 15)**
2. Vie johdinta ja katetria eteenpäin ylimenoholkin läpi sisempään lonkkavaltimoon. **(Kuva 16)**
3. Vaihda sisemmän lonkkavaltimon johdin tukijohtimeen (esimerkiksi Rosen- tai AES-johtimeen). Varmista, että johdin on tukevasti sisemmässä lonkkavaltimossa.

10.8 Pallolaajennettavan, peitetyn perifeerisen stentin asetus

1. Poista katetri ylimenoholkin sisältä ja jätä holkki ja johtimet paikalleen. Vie sopivankokoista esiladattua, pallolaajennettavaa, peitettyä perifeeristä stenttiä eteenpäin tukijohtimen yli, kunnes se menee sisempään lonkkavaltimoon. **(Kuva 17)**

HUOMAUTUS: Esiasennetun pallolaajennettavan, peitetyn, perifeerisen stentin voi halutessaan ladata ennalta lisäholkkiin. Tämä suojaa stenttiä, kun sitä viedään eteenpäin ylimenoholkin läpi sisempään lonkkavaltimoon. Holkki-/johdin-/stenttiyhdistelmät on valittava siten, että sisemmän holkkin voi viedä ylimenoholkin läpi koaksiaalisesti samalla kun kahdesti läpimenevä johdin pysyy paikallaan.

2. Tarkista angiografia tarpeen mukaan varmistaaksesi, että pallolaajennettavan, peitetyn perifeerisen stentin paikka on sopiva suhteessa sivuhaaran liittymiseen ja kohteena olevan sisemmän lonkkavaltimon kiinnityspaikkaan.

HUOMAUTUS: Kun pallolaajennettava, peitetty perifeerinen stentti on avattu, sen tulee olla limittäin Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiografin sivuhaaran kanssa 10 - 14 mm:n matkalta.

HUOMAUTUS: Angiografian suorittaminen ylimenoholkin tai yhteisessä lonkkavaltimossa olevan katetrin kautta tulisi olla mahdollista toimenpiteen tässä vaiheessa.

3. Vedä hydrofiilisella nitinoliytimellä varustettu kahdesti läpimenevä johdin ja esiladattu katetri pois.

4. Säädä Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiografin asentoa tarvittaessa siten, että sivuhaaran distaalinen aukko on sopivassa asennossa suhteessa sisemmän lonkkavaltimon alkuun.

10.9 Distaalisen Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiografin asennus

1. Vedä Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiografin sisäänvientiholkkiin pois, kunnes ulomman lonkkavaltimon osa täysin avautunut. **(Kuva 18)**

2. Poista turvalukko mustasta laukaisulangan vapautusmekanismista. Vedä pois ja irrota laukaisulanka läpivalaisuohjauksessa liu'uttamalla musta laukaisulangan vapautusmekanismi kahvan päältä ja sitten poistamalla se sille tarkoitettua aukosta sisäkanyyliin päältä. **(Kuva 19)**

HUOMAUTUS: Distaalinen stentti on edelleen kiinni laukaisulangan avulla.

10.10 Pallolaajennettavan, peitetyn perifeerisen stentin asennus

1. Vedä ylimenoholkkiä takaisin, kunnes se on sopivassa asennossa pallolaajennettavan, peitetyn perifeerisen stentin asentamiseksi.

2. Avaa pallolaajennettava, peitetty perifeerinen stentti ja tee vielä pallolaajennus tarvittaessa. **(Kuva 20)**

HUOMAUTUS: Pallolaajennettava, peitetty perifeerinen stentti tulisi laajentaa ainakin 8 mm:iin Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiografin sivuhaarassa ja laajentaa sitten sopivaan kokoon, jotta se olisi tiiviisti kiinni sisemässä lonkkavaltimossa.

HUOMAUTUS: Pallolaajennettavan, peitetyn perifeerisen stentin tulisi limittyä Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaation sivuhaaran kanssa vähintään 10 mm:n pituudelta ja enintään sivuhaaran

Iliaakaalisen Zenith-varsigrafin suositeltu limitys. Varsigrafi yhdistää Zenith-bifurkaatiografin vastakkaisen haaran Zenith Branch -endovaskulaariseen iliaakaaliseen bifurkaatiografiin.

Limitys Zenith-bifurkaatiografin vastakkaisessa haarassa	Vähintään 1 ¼ stenttiä
	Enintään 1 ¾ stenttiä
Limitys Zenith Branch endovaskulaarisen grafin kanssa	Vähintään 1 ½ stenttiä
	Enintään laitteen proksimaalisen pään toiseen merkkiin asti

5. Laajenna Zenith-bifurkaatiografi laitekohtaisen käyttöohjeen mukaan.

10.12 Muovauspallon sisäänvienti

HUOMAUTUS: Poista varoen kaikki lisäosat ennen muovauspallon käyttöä.

1. Käytä Zenith-bifurkaatiografiin muovauspalloa laitekohtaisen käyttöohjeen mukaisesti.

2. Valmistele muovauspallo Zenith Branch -endovaskulaarista iliaakaalista bifurkaatiografia varten seuraavasti:

- Huuhteile johtimen luumen heparinoidulla keittosuolaliuoksella.
- Poista kaikki ilma pallost.

3. Avaa Captor-hemostaasiventtiili muovauspallon asentamiseksi kääntämällä sitä vastapäivään.

4. Vie muovauspallo jäykän ohjainlangan yli ja Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiografin sisäänvientijärjestelmän Captor-hemostaasiventtiiliin läpi siten, että Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiografin yhteinen iliaakaalinen osa ja iliaakaaliset Zenith® -varsigrafit (esimerkiksi TFLE, ZSLE, ZISL) liimittyvät, ja laajenna pallo.

HUOMIO: Varmista, että pallo on tyhjentynyt täysin ennen sen asettamista uudelleen paikalleen.

HUOMIO: Captor-hemostaasiventtiiliin on oltava auki ennen muovauspallon uudelleenasetoimista.

HUOMAUTUS: Kun palloa käytetään Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiografin lähellä, varmista, että pallo ei mene bifurkaation yli.

11 KUVANTAMISOHJEET JA POSTOPERATIIVINEN SEURANTA

Katso **taulukosta 11** tietoja kuvantamisesta ja postoperatiivisista seurantaavaatimuksista.

Taulukko 11 Kuvantamisaikataulu

	Ennen leikkausta	Leikkauksen aikana	Toimenpiteen jälkeen	Päivä 30	Kuukausi 6	Kuukausi 12	Kuukausi 24
TT	X		X ¹	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹
Munuaiset, virtsarakko ja virtsatiehyt (supiini röntgenkuva, munuaiset, virtsanjohtimet ja virtsarakko)			X	X	X	X	X
Angiografia	X	X					

¹Dupleksiultraääntä voidaan käyttää potilailla, joilla on munuaisten vajaatoiminta tai joille ei muista syistä voi tehdä varjoaineellista TT-kuvausta.

distaalipään toiseen merkkiin, ja distaalisen kiinnityspaikan pituuden tulisi olla sisemässä lonkkavaltimossa vähintään 10 mm (20 - 30 mm, jos mahdollista).

HUOMAUTUS: Älä poista palloa vielä tässä vaiheessa Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiografin sivuhaarasegmentistä.

3. Poista turvalukko valkoisesta laukaisulangan vapautusmekanismista. Vedä pois ja irrota läpivalaisuohjauksessa laukaisulanka liu'uttamalla valkoinen laukaisulangan vapautusmekanismi kahvan päältä ja sitten poistamalla se sille tarkoitettua aukosta sisäkanyyliin päältä. **(Kuva 21)**

4. Täytä pallo uudelleen sivuhaarasegmentissä, jotta laite pysyisi paikallaan ja vedä sisäänvientijärjestelmä ulos grafin läpi sisäänvientiholkkiin.

HUOMIO: Ole varovainen poistaessasi sisäänvientijärjestelmää tai viedessäsi muita osia sen läpi, jotta Zenith Branch -endovaskulaarinen iliaakaalinen bifurkaatiografi ei liiku pois paikaltaan tai vaurioidu.

HUOMAUTUS: Varmista, että johdin on sopivassa asennossa Zenith AAA -grafin kanyloimiseksi.

5. Tyhjennä ja poista pallo.

6. Vedä ylimenohojdin ja holkki takaisin vastakkaiseen yhteiseen lonkkavaltimoon.

10.11 Zenith AAA -grafin ja iliaakaalisen haaran grafin asennus

1. Vie katetri ja jäykkä ohjainlanka (AUS tai LES), jonka vakiohalkaisija on 0,89 mm (0,035 inch) ja pituus 260 cm, sisään lonkkavaltimon sisäänvientipaikasta, joka on vastapäätä Zenith Branch -endovaskulaarista iliaakaalista bifurkaatiografia.

2. Poista holkit ja katetrit ja levitä Zenith-bifurkaatiografin päärunko Zenith-ohjeiden mukaisesti. (Katso laitekohtainen Zenith-grafin käyttöohje.)

3. Kanyloi Zenith-bifurkaatiografin lyhyt (vastakkainen) haara Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiografin kautta.

4. Laajenna sopivan pituinen iliaakaalinen varsigrafi (esimerkiksi TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX) Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiografin läpi siten, että saavutetaan seuraavan taulukon osoittama suositeltava limitys.

HUOMAUTUS: Palloa ei saa käyttää sivuhaaran lähellä, jotta estetään pallolaajennettavan stentin repeäminen.

5. Vedä muovauspallo takaisin Zenith Branch -endovaskulaarisen iliaakaalisen bifurkaatiografin distaaliseen kiinnityspaikkaan ja laajenna se.

HUOMIO: Palloa ei saa täyttää grafin ulkopuolisessa suonessa.

6. Poista muovauspallo ja vaihda sen tilalle angiografiakatetri tehdekseen lopulliset angiogrammit.

7. Poista kaikki jäykät johtimet tai vaihda ne uusiin, jotta lonkkavaltimot palautuisivat luonnolliseen asentoonsa.

10.13 Lopullinen angiogrammi

1. Aseta angiografiakatetri juuri ja juuri aortan bifurkaation tason yläpuolelle. Suorita angiografiat varmistaaksesi, että yhteinen lonkkavaltimo ja vastaava sisempi lonkkavaltimo ovat avoimia eikä endoleak-vuotoja näy.

2. Vahvista, ettei endoleak-vuotoja tai taipumia näy. Poista holkit, johtimet ja katetrit.

HUOMAUTUS: Jos endoleak-vuotoja tai muita ongelmia ilmenee ja ne vaativat interventiota, harkitse Zenith AAA -lisäosien käyttöä.

3. Korjaa suonet ja sulje kirurgisesti normaaliin tapaan.

52

FRANÇAIS

BIFURCATION ILIAQUE DE L'ENDOPROTHÈSE VASCULAIRE ZENITH® BRANCH À SYSTÈME D'INTRODUCTION H&L-B ONE-SHOT™

Lire attentivement ce mode d'emploi. Si le mode d'emploi, les avertissements et les mises en garde ne sont pas correctement suivis, des conséquences chirurgicales graves ou des lésions au patient peuvent survenir.

Pour des informations sur d'autres composants Zenith, consulter le mode d'emploi correspondant.

1 DESCRIPTION DU DISPOSITIF

1.1 Bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch

La bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch est une endoprothèse vasculaire à branche bifurquée pourvue d'orifices qui connectent les segments prothétiques iliaque commun, de branche latérale et iliaque externe. (Figure 1)

L'endoprothèse est fabriquée dans un tissu polyester tissé pleine épaisseur, cousu à des stents Cook-Z® en acier inoxydable et en nitinol auto-expansibles à l'aide de suture en polyester tressé et polypropylène monofilament. L'endoprothèse est entièrement structurée par des stents afin d'assurer la stabilité et la force d'expansion nécessaires pour ouvrir sa lumière pendant le déploiement. Les bagues en nitinol positionnées à l'extrémité proximale de l'endoprothèse et dans la branche latérale aident à maintenir la perméabilité de la lumière pendant l'accès. De plus, les stents Cook-Z assurent l'étanchéité nécessaire de l'endoprothèse à la paroi vasculaire.

Pour faciliter la visualisation radioscopique de l'endoprothèse, quatre marqueurs en or radio-opaques sont positionnés le long du côté iliaque interne de la partie proximale de l'endoprothèse pour indiquer la position du segment de branche latérale.

Des composants supplémentaires, tels que les endoprothèses de jambage iliaque Zenith (par exemple, TFLE, ZSLE, ZISL) et des stents couverts périphériques expansibles par cathéter à ballonnet, sont nécessaires. Chaque dispositif individuel possède son propre système de largage. Consulter le mode d'emploi correspondant.

1.2 Système de largage de bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch

La bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch est livrée préchargée sur le système d'introduction H&L-B One-Shot. (Figure 2) Elle est dotée d'une méthode de déploiement séquentielle à fonctions incorporées qui permet le contrôle continu de l'endoprothèse pendant toute la procédure de déploiement.

L'extrémité proximale de l'endoprothèse est fixée au système de largage par deux guides de déclenchement en nitinol. L'extrémité distale de l'endoprothèse est également fixée au système de largage et maintenue par un guide de déclenchement en acier inoxydable indépendant. Le système d'introduction H&L-B One-Shot permet un positionnement précis ainsi que l'ajustement de la position finale de l'endoprothèse avant le déploiement complet de cette dernière. Le système de largage utilise un système d'introduction H&L-B One-Shot de 20 Fr (diamètre interne de 6,7 mm) qui inclut un cathéter préchargé facilitant la canulation de la branche latérale et un guide pour assurer que la lumière du cathéter est maintenue pendant le chargement et l'expédition. Tous les systèmes sont compatibles avec des guides de 0,035 inch (0,89 mm). Pour obtenir une meilleure hémostasie, on peut ouvrir ou fermer la valve hémostatique Captor pour l'introduction et/ou le retrait de dispositifs auxiliaires dans la gaine ou hors de la gaine.

Le système de largage de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch est doté d'une gaine d'introduction Flexor® résistant au tordage et traitée avec un revêtement hydrophile. Ces deux caractéristiques ont pour but d'améliorer la trackabilité du dispositif dans les artères iliaques et l'aorte abdominale. De plus, le cathéter préchargé est courbé afin d'augmenter la capacité de positionnement du guide pendant l'utilisation de l'anse.

1.3 Autres composants

Il est également nécessaire d'utiliser d'autres composants (branche iliaque, endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable).

Les endoprothèses de jambage iliaque Zenith (par exemple TFLE, ZSLE, ZISL) sont disponibles et fabriquées dans les mêmes matériaux que ceux utilisés pour la fabrication de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch. Consulter le mode d'emploi correspondant pour toutes les endoprothèses de jambage iliaque et les systèmes de largage Zenith pour des instructions sur le déploiement. La section iliaque commune de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch, positionnée dans l'artère iliaque commune, sera reliée au moignon court (controlatéral) d'une endoprothèse bifurquée Zenith (par exemple endoprothèse vasculaire Zenith AAA) par un jambage iliaque standard de longueur convenable et ayant un diamètre distal de 16 mm (par exemple TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX).

Une endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable est déployée dans le segment de branche latérale et s'étend dans l'artère iliaque interne. Consulter le mode d'emploi de ce dispositif pour des instructions de déploiement.

2 UTILISATION

La bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch à système d'introduction H&L-B One-Shot est indiquée dans le cadre du traitement endovasculaire de patients présentant un anévrisme aorto-iliaque ou iliaque, un site d'étanchéité distal insuffisant dans l'artère iliaque commune et dont la morphologie se prête à un traitement endovasculaire, y compris :

- un accès iliaque/fémoral adéquat compatible avec un système d'introduction de 20 Fr (diamètre externe de 7,7 mm),
- un segment de fixation de l'artère iliaque externe non anévrisimal en aval de l'anévrisme :
 - d'une longueur d'au moins 20 mm ;
 - d'un diamètre de 11 mm maximum et de 8 mm minimum, mesuré d'une paroi externe à l'autre ;
- un segment d'artère iliaque interne non anévrisimal en aval de l'anévrisme :
 - d'une longueur d'au moins 10 mm (20 à 30 mm étant préférable) ;
 - d'un diamètre approprié pour obtenir l'étanchéité nécessaire.

3 CONTRE-INDICATIONS

Il n'existe pas de contre-indications connues pour ces dispositifs.

4 AVERTISSEMENTS ET MISES EN GARDE

4.1 Généralités

- Lire attentivement ce mode d'emploi. Si le mode d'emploi, les avertissements et les mises en garde ne sont pas correctement suivis, des conséquences chirurgicales graves ou des lésions au patient peuvent survenir.
- La bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch à système d'introduction H&L-B One-Shot ne doit être utilisée que par des médecins et des équipes formés aux techniques interventionnelles vasculaires et à l'utilisation de ce dispositif.
- Si l'imagerie TDM sans injection de produit de contraste n'est pas utilisée, il peut être impossible d'évaluer la calcification iliaque ou aortique, ce qui peut empêcher l'accès ou la fixation et l'étanchéité fiables du dispositif.
- Des épaisseurs de reconstruction d'images avant l'intervention > 3 mm peuvent aboutir à des mesures sous-optimales du dispositif ou à l'impossibilité d'évaluer des sténoses focales par TDM.
- Les performances à long terme des endoprothèses vasculaires n'ont pas encore été établies. Tous les patients doivent être avertis qu'un traitement endovasculaire nécessite un suivi régulier pendant toute leur vie afin d'évaluer leur santé et les performances de l'endoprothèse. Les patients présentant des résultats cliniques particuliers (tels qu'une endofuite, une augmentation de taille de l'anévrisme, ou un changement de structure ou de position de l'endoprothèse) doivent recevoir un suivi complémentaire. Des directives de suivi spécifiques sont décrites au Chapitre 11, Directives d'imagerie et suivi post-opératoire.
- Suivant la pose d'une endoprothèse, les patients doivent être régulièrement surveillés afin de détecter un flux périprothétique, une augmentation de taille de l'anévrisme, ou un changement de structure ou de position de l'endoprothèse.
Un examen par imagerie s'impose au moins une fois par an, et doit comprendre :
 - 1) des radiographies abdominales pour vérifier le bon état du dispositif (séparation entre composants ou rupture d'un stent) et 2) une TDM avec et sans injection de produit de contraste pour évaluer les changements de l'anévrisme, le flux périprothétique, la perméabilité, la tortuosité et la progression pathologique.
- Si des complications rénales ou d'autres facteurs empêchent l'utilisation de produit de contraste, des radiographies abdominales et une échographie Doppler peuvent fournir les mêmes informations.
- La bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch à système d'introduction H&L-B One-Shot n'est pas recommandée chez des patients dans l'incapacité ou refusant de se soumettre à l'imagerie pré- et post-opératoire nécessaire et aux études d'implantation décrites au Chapitre 11, Directives d'imagerie et suivi post-opératoire.
- On devra envisager une intervention ou une conversion à un traitement par chirurgie ouverte standard suivant un traitement endovasculaire initial chez les patients présentant une augmentation de taille de l'anévrisme, une diminution inacceptable de la longueur de la fixation (chevauchement du vaisseau et du composant prothétique) et/ou une endofuite. Une augmentation de taille de l'anévrisme et/ou une endofuite persistante peuvent aboutir à la rupture de l'anévrisme.
- Les patients présentant une réduction de la circulation sanguine dans le membre prothétique et/ou une endofuite peuvent devoir subir une intervention ou une procédure chirurgicale de seconde intention.
- Il est essentiel de toujours tenir une équipe de chirurgie vasculaire à disposition lors d'une implantation ou d'une reprise au cas où la conversion à un traitement par chirurgie ouverte s'avérerait nécessaire.
- La pose d'endoprothèse vasculaire est une procédure chirurgicale, et une perte de sang peut se produire pour plusieurs raisons, nécessitant rarement une intervention (y compris une transfusion) pour empêcher des résultats indésirables. Il est important de surveiller les pertes de sang par la valve hémostatique tout au long de la procédure, mais cela est particulièrement recommandé pendant et après la manipulation du positionneur gris. En présence d'une perte de sang excessive après le retrait du positionneur gris, envisager de mettre en place un ballonnet de modelage qui n'a pas été gonflé ou un dilateur de système d'introduction dans la valve pour en limiter le débit.

4.2 Sélection, traitement et suivi des patients

- Le diamètre du vaisseau d'accès (mesuré d'une paroi interne à l'autre) et sa morphologie (tortuosité minimale, artériopathie oblitérante et/ou calcification) doit être compatible avec les techniques d'accès vasculaire et les systèmes de largage d'une gaine d'introduction vasculaire de 20 Fr (diamètre externe de 7,7 mm). Des vaisseaux significativement calcifiés, oblitérés, tortueux ou contenant des thrombus peuvent écarter la possibilité de pose de l'endoprothèse et/ou augmenter les risques d'embolisation.
- Les éléments anatomiques essentiels susceptibles d'empêcher l'exclusion de l'anévrisme incluent une tortuosité de l'un ou de tous les vaisseaux concernés, un calibre insuffisant ou excessif des artères iliaques, un thrombus circonferentiel, un anévrisme de l'artère iliaque interne et/ou externe et/ou la calcification des sites d'implantation artériels. La présence d'une calcification irrégulière et/ou de plaque peut compromettre la fixation et l'étanchéité des sites d'implantation ainsi que la possibilité de faire progresser les systèmes d'introduction.
- La bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch à système d'introduction H&L-B One-Shot n'est pas recommandée chez les patients qui ne peuvent pas tolérer les produits de contraste nécessaires à l'imagerie per- et post-opératoire.
- La bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch à système d'introduction H&L-B One-Shot n'est pas recommandée chez les patients dépassant les limites de poids et/ou de taille qui compromettraient ou empêcheraient les conditions d'imagerie nécessaires.
- La bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch à système d'introduction H&L-B One-Shot n'est pas recommandée chez les patients présentant une sensibilité connue ou une allergie à l'acier inoxydable, au polyester, au nitinol (nickel, titane), au matériel de soudure (fer-blanc, argent), au polypropylène ou à l'or.
- Les patients atteints d'une infection systémique peuvent être à plus grand risque de développer une infection de l'endoprothèse.
- L'impossibilité de maintenir la perméabilité d'au moins une artère iliaque interne peut augmenter les risques d'ischémie pelvienne/intestinale.

4.3 Méthode d'implantation

- Pendant la procédure d'implantation, il convient d'utiliser des anticoagulants systémiques, en fonction du protocole de l'hôpital et de celui recommandé par le médecin. Si l'héparine est contre-indiquée, envisager un autre anticoagulant.
- Éviter la manipulation de l'endoprothèse comprimée pendant la préparation et l'insertion afin de diminuer les risques de contamination et d'infection de l'endoprothèse.
- Pour activer le revêtement hydrophile sur l'extérieur de la gaine d'introduction Flexor, humecter sa surface avec des tampons de gaze de 10 cm x 10 cm trempés dans du sérum physiologique. Toujours maintenir la gaine hydratée pour obtenir des résultats optimaux.
- Maintenir la position du guide pendant l'insertion du système de largage.
- Ne pas courber ni couder le système de largage. Une manipulation excessive risque d'endommager le système de largage et la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch.
- La radioscopie doit être utilisée au cours de l'introduction et du déploiement pour confirmer le bon fonctionnement des composants du

- système de largage, la mise en place correcte de l'endoprothèse et le résultat souhaité de la procédure.
- L'utilisation de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch à système d'introduction H&L-B One-Shot nécessite l'administration d'un produit de contraste intravasculaire. Les patients présentant une insuffisance rénale préexistante peuvent être à plus grand risque d'insuffisance rénale post-opératoire. Veiller à limiter la quantité de produit de contraste utilisée pendant l'intervention.
- Afin d'éviter une torsion de l'endoprothèse pendant une rotation du système de largage, veiller à faire pivoter tous les composants du système ensemble (de la gaine externe à la canule interne).
- La mise en place incorrecte et/ou l'étanchéité incomplète de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch dans le vaisseau ou avec d'autres composants peut engendrer de plus grands risques d'endofuite, de migration ou d'occlusion accidentelle de l'artère iliaque interne.
- La fixation inadéquate de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch peut engendrer de plus grands risques de migration. Le déploiement incorrect ou la migration de l'endoprothèse peut nécessiter une intervention chirurgicale.
- Ne pas continuer la progression d'une partie quelconque du système de largage si une résistance se fait sentir pendant l'avancement du guide ou du système de largage. Arrêter et évaluer la cause de la résistance, sinon une lésion vasculaire ou l'endommagement du cathéter peut survenir. Prêter particulièrement attention dans les zones de sténose, de thrombose intravasculaire ou dans des vaisseaux calcifiés ou tortueux.
- Exercer les précautions nécessaires lors de la manipulation de cathétères, guides et gaines au sein d'un anévrisme. Des perturbations significatives peuvent déloger des fragments de thrombus susceptibles de causer une embolisation distale.
- L'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable doit avoir un diamètre suffisant pour obtenir l'étanchéité avec le segment de branche latérale et l'artère iliaque interne, et une longueur suffisante pour chevaucher le segment de branche latérale sur 10 à 14 mm et le site de fixation distal dans l'artère iliaque interne sur 10 mm (20 à 30 mm étant préférable).
- Si une remanipulation de l'endoprothèse au moyen d'instruments s'avère nécessaire, veiller à ne pas endommager l'endoprothèse précédemment mise en place ou à ne pas perturber sa position.

Utilisation du ballonnet de modelage

- Vérifier le dégonflage complet du ballonnet avant son repositionnement.
- Ne pas gonfler le ballonnet dans un vaisseau à l'extérieur de l'endoprothèse.
- Pour obtenir une meilleure hémostase, on peut ouvrir ou fermer la valve hémostatique Captor pour permettre l'introduction et le retrait ultérieur d'un ballonnet de modelage.

4.4 Sécurité d'emploi et compatibilité IRM

Des essais non cliniques ont démontré que la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch utilisée avec une endoprothèse couverte sur ballonnet gonflable est « MR Conditional » (compatible avec l'IRM sous certaines conditions) selon la norme ASTM F2503. Un patient porteur de ce dispositif peut subir sans danger un examen par IRM après la mise en place dans les conditions suivantes :

- Champ magnétique statique de 3,0 teslas ou 1,5 tesla uniquement
- Champ magnétique à gradient spatial de 720 Gauss/cm (7,2 T/m) maximum ou inférieur
- Débit maximum d'absorption spécifique moyen (DAS) pour le corps entier, rapporté par le système IRM, de 2,0 W/kg ou moins (en mode de fonctionnement normal)

Dans les conditions décrites ci-dessus, il est attendu que la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch utilisée avec une endoprothèse couverte sur ballonnet gonflable produise une élévation maximale de la température de 2,4 °C après 15 minutes de scan continu.

L'artefact d'image se prolonge d'environ 122 mm par rapport à la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch utilisée avec une endoprothèse couverte sur ballonnet gonflable, tel que constaté au cours d'essais non-cliniques avec un système IRM de 3,0 teslas et une séquence d'impulsions en écho de gradient. L'artefact d'image obscurcit la lumière du dispositif.

REMARQUE : Pour la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch, il est nécessaire de mesurer l'avantage clinique d'un balayage IRM par rapport au risque potentiel que cela représente.

5 ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES POSSIBLES

Parmi les événements indésirables susceptibles de se présenter et de nécessiter une intervention, on citera :

- Amputation
- Augmentation de la taille de l'anévrisme
- Claudication (tels que fesses, membre inférieur)
- Complications anesthésiques et problèmes associés ultérieurs (tels qu'une aspiration)
- Complications au niveau de la plaie et problèmes associés ultérieurs (tels que déhiscence, infection)
- Complications au niveau du site vasculaire, y compris infection, douleur, hématome, pseudoanévrisme, fistule artérioveineuse
- Complications cardiaques et problèmes associés ultérieurs (tels qu'arythmie, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque congestive, hypotension, hypertension)
- Complications génito-urinaires et problèmes associés ultérieurs (tels qu'ischémie, érosion, fistule, incontinence, hématurie, infection)
- Complications intestinales (telles qu'iléus, ischémie passagère, infarctus, nécrose)
- Complications lymphatiques et problèmes associés ultérieurs (tels que fistule lymphatique)
- Complications neurologiques locales ou systémiques et problèmes associés ultérieurs (tels qu'accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, paralysie, parapésie, paralysie)
- Complications pulmonaires/respiratoires et problèmes associés ultérieurs (tels que pneumonie, insuffisance respiratoire, intubation prolongée)
- Complications rénales et problèmes associés ultérieurs (tels qu'occlusion artérielle, toxicité au produit de contraste, insuffisance, défaillance)
- Conversion à un traitement par chirurgie ouverte
- Décès
- Embolisation (micro et macro) accompagnée d'une ischémie passagère ou permanente ou d'un infarctus
- Endofuite
- Endoprothèse : mise en place incorrecte d'un composant, déploiement incomplet d'un composant, migration d'un composant, rupture d'une suture, occlusion, infection, rupture d'un stent, usure du matériel de fabrication de l'endoprothèse, dilatation, érosion, ponction, flux périprothétique et corrosion
- Fièvre et inflammation localisée
- Fistule artérioveineuse
- Impotence
- Infection de l'anévrisme, du dispositif ou du site d'accès, y compris formation d'un abcès, fièvre passagère et douleurs
- Insuffisance hépatique

- Lésion aortique, y compris perforation, dissection, saignement, rupture et décès
- Lésion vasculaire
- Occlusion de l'endoprothèse ou d'un vaisseau natif
- Œdème
- Rupture de l'anévrisme et décès
- Saignement, hématome ou coagulopathie
- Spasme ou traumatisme vasculaire (tel que dissection du vaisseau ilio-fémoral, saignement, rupture, décès)
- Thrombose artérielle ou veineuse et/ou pseudoanévrisme

6 SÉLECTION ET TRAITEMENT DES PATIENTS

(Voir le Chapitre 4, Avertissements et mises en garde)

6.1 Individualisation du traitement

Cook recommande de sélectionner le diamètre des composants de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch ainsi qu'il est décrit au Tableau 8.1. Le praticien choisit généralement la longueur de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch de façon à ce qu'elle s'étende de la partie proximale de l'artère iliaque commune à l'artère iliaque externe. Le praticien doit avoir à disposition toutes les longueurs et les diamètres de dispositif nécessaires pour réaliser l'intervention, particulièrement si les mesures de planning préopératoire (diamètres et longueurs de traitement) sont incertaines. Cette précaution offre une plus grande souplesse peropératoire permettant d'obtenir des résultats optimaux. Il convient d'évaluer soigneusement pour chaque patient les risques potentiels décrits au **Chapitre 5, Événements indésirables possibles**, avant d'utiliser la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch. D'autres considérations se rapportant à la sélection des patients incluent, sans s'y limiter :

- L'âge du patient et son espérance de vie.
- Les comorbidités (telles qu'une insuffisance cardiaque, pulmonaire ou rénale avant l'intervention, ou une obésité pathologique).
- L'appropriation pour le patient d'un traitement par chirurgie ouverte.
- L'appropriation anatomique pour le patient d'un traitement endovasculaire.
- Le risque d'une rupture anévrismale comparé au risque associé à un traitement par la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch.
- La capacité de tolérer une anesthésie générale, régionale ou locale.
- La taille et la morphologie du vaisseau d'accès ilio-fémoral (thrombus, calcification et/ou tortuosité minimales) doivent être compatibles avec les techniques d'accès vasculaire et les accessoires du profil de largage d'une gaine d'introduction vasculaire de 12 Fr (diamètre externe de 4,7 mm) à 20 Fr (diamètre externe de 7,7 mm).
- Un segment de fixation de l'artère iliaque externe non anévrismal en aval de l'anévrisme :
 - d'une longueur d'au moins 20 mm ;
 - d'un diamètre de 11 mm maximum et de 8 mm minimum, mesuré d'une paroi externe à l'autre ;
- Un segment d'artère iliaque interne non anévrismal en aval de l'anévrisme :
 - d'une longueur d'au moins 10 mm (20 à 30 mm étant préférable) ;
 - d'un diamètre approprié pour obtenir l'étanchéité nécessaire.
- L'absence d'une artériopathie oblitérante significative de l'artère fémorale/iliaque susceptible d'empêcher le débit sanguin par l'endoprothèse.

Il appartient au médecin et au patient de prendre la décision thérapeutique finale.

7 CONSEILS AUX PATIENTS

En considérant ce dispositif endovasculaire et l'intervention, le médecin et le patient (et/ou les membres de la famille de ce dernier) doivent prendre en compte les risques et les avantages, y compris :

- Les risques et les différences entre un traitement endovasculaire et un traitement par chirurgie.
- Les avantages potentiels d'un traitement par chirurgie ouverte classique.
- Les avantages potentiels d'un traitement endovasculaire.
- Avantages potentiels d'un traitement endovasculaire alternatif.
- La possibilité qu'un traitement ultérieur interventionnel ou par chirurgie ouverte de l'anévrisme soit nécessaire après le premier traitement endovasculaire.

Outre les risques et les avantages d'un traitement endovasculaire, le médecin doit évaluer l'engagement du patient et son adhésion au suivi post-opératoire et l'avertir de leur nécessité. Il convient également d'aborder avec le patient les sujets indiqués ci-dessous concernant les attentes après un traitement endovasculaire :

- Les performances à long terme des endoprothèses vasculaires n'ont pas encore été établies. Tous les patients doivent être avertis qu'un traitement endovasculaire nécessite un suivi régulier pendant toute leur vie afin d'évaluer leur santé et les performances de l'endoprothèse. Les patients présentant des résultats cliniques spécifiques (tels qu'une endofuite, une augmentation de taille de l'anévrisme, ou un changement de structure ou de position de l'endoprothèse) doivent recevoir un suivi complémentaire. Des directives de suivi spécifiques sont décrites au **Chapitre 11, Directives d'imagerie et suivi post-opératoire**.

8 PRÉSENTATION

La bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch est fournie stérile (oxyde d'éthylène à 100 %) et préchargée dans des emballages déchirables.

Le dispositif est destiné exclusivement à l'usage sur un seul patient. Ne pas réutiliser, retirer ni restériliser une partie quelconque de ce dispositif. Une réutilisation, un retraitement ou une restérilisation peuvent compromettre l'intégrité structurelle du dispositif et/ou entraîner sa défaillance, ce qui peut par la suite provoquer des lésions, une maladie ou le décès du patient. Une réutilisation, un retraitement ou une restérilisation peuvent également engendrer un risque de contamination du dispositif et/ou provoquer une infection ou une infection croisée chez le patient y compris, entres autres, la transmission de maladies infectieuses d'un patient à un autre. Une contamination du dispositif peut entraîner des lésions, une maladie ou le décès du patient. Ne pas restériliser le dispositif. Examiner le dispositif et son emballage pour s'assurer de l'absence de dommages d'expédition. Ne pas utiliser ce dispositif en cas de dommages ou si l'emballage stérile a été endommagé ou compromis. En cas de dommages, ne pas utiliser le produit et le renvoyer à Cook.

Vérifier avant l'utilisation que les dispositifs conviennent au patient (quantité et taille) en comparant le dispositif à la commande préparée par le médecin pour ce patient. Ne pas utiliser après la date de péremption imprimée sur l'étiquette. Conserver dans un endroit frais et sec.

La bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch est chargée dans une gaine d'introduction Flexor de 20 Fr. La surface de la gaine est traitée avec un revêtement hydrophile qui améliore la trackabilité lorsqu'il est activé. Pour activer le revêtement hydrophile, humecter la surface avec un tampon de gaze de 10 cm x 10 cm trempé dans du sérum physiologique.

La bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch et les systèmes de largage sont disponibles dans les longueurs et diamètres suivants :

Numéro de renouvellement de commande ¹	Diamètre proximal	Diamètre distal	Diamètre de la branche latérale ²	Gaine d'introduction (Diamètre interne/externe)	Longueur du segment iliaque commun	Longueur iliaque externe	Longueur totale de l'endoprothèse
ZBIS-10-45-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm
ZBIS-10-61-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm
ZBIS-10-45-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm
ZBIS-10-61-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm
ZBIS-12-45-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm
ZBIS-12-61-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm
ZBIS-12-45-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm
ZBIS-12-61-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm

¹ZBIS-XX-YY-ZZ est la bifurcation iliaque où XX représente le diamètre distal, YY représente la longueur du segment iliaque commun (longueur du bord proximal de l'endoprothèse jusqu'à l'extrémité de la branche latérale) et ZZ représente la longueur du segment iliaque externe (longueur depuis l'extrémité de la branche latérale jusqu'au bord distal de l'endoprothèse).

²La branche latérale contient un stent en Z en nitinol de 6 mm de diamètre, mais doit être étendue jusqu'à 8 mm pendant le déploiement de l'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable.

Les jambages iliaques et les systèmes de largage de l'endoprothèse vasculaire Zenith à utiliser avec la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch sont disponibles dans les longueurs et diamètres suivants :

Numéro de renouvellement de commande ¹	Diamètre de la branche iliaque	Gaine d'introduction (Diamètre interne/externe)	Longueur utile de la branche iliaque ²
TFLE-16-YY	16 mm	14 Fr (4,7 mm / 5,4 mm)	37, 54, 71, 88 mm
ZSLE-16-YY-ZT	16 mm	14 Fr (4,7 mm / 5,4 mm)	39, 56, 74, 90 mm
ZISL-16-YY	16 mm	12 Fr (4,0 mm / 4,7 mm)	42, 59, 77, 93 mm

¹Exemple : TFLE-XX-YY est le jambage iliaque où XX représente le diamètre et YY la longueur utile du jambage iliaque.

²Longueur totale de jambage = longueur utile + 22 mm d'endoprothèse de raccord (pour TFLE et ZSLE) et 29,1 mm d'endoprothèses de raccord (pour ZISL).

9 UTILISATION CLINIQUE

9.1 Formation clinique

MISE EN GARDE : Il est essentiel de toujours tenir une équipe de chirurgie vasculaire à disposition lors d'une implantation ou d'une reprise au cas où la conversion à un traitement par chirurgie ouverte s'avérerait nécessaire.

MISE EN GARDE : La bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch à système d'introduction H&L-B One-Shot ne doit être utilisée que par des médecins et des équipes formés aux techniques interventionnelles vasculaires, aux dispositifs Zenith et à l'utilisation de ces derniers. Les compétences et connaissances recommandées aux praticiens utilisant la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch à système d'introduction H&L-B One-Shot sont décrites ci-dessous :

Sélection des patients :

- Connaissance de la formation naturelle des anévrismes de l'aorte abdominale (AAA) et des complications morbides associées à un traitement d'AAA.
- Connaissance de l'interprétation des images radiographiques, de la sélection des dispositifs et de leurs mesures.

Une équipe pluridisciplinaire ayant acquis une expérience interventionnelle combinée avec les connaissances suivantes :

- Incision fémorale, artériotomie et traitement
- Accès percutané et techniques de fermeture
- Techniques non sélectives et sélectives de guide et de cathéter
- Interprétation des images radioscopiques et angiographiques
- Embolisation
- Angioplastie
- Mise en place d'une endoprothèse vasculaire
- Techniques à anse
- Utilisation appropriée de produit de contraste radiographique
- Techniques visant à minimiser l'exposition aux rayons
- Expertise relative aux modalités de suivi nécessaires des patients

9.2 Inspection avant l'utilisation

Examiner le dispositif et son emballage pour s'assurer de l'absence de dommages d'expédition. Ne pas utiliser ce dispositif en cas de dommages ou si l'emballage stérile a été endommagé ou compromis. En cas de dommages, ne pas utiliser le produit et le renvoyer à COOK. Vérifier avant l'utilisation que les dispositifs conviennent au patient (quantité et taille) en comparant le dispositif à la commande préparée par le médecin pour ce patient.

9.3 Matériel requis

(non inclus dans le système à bifurcation iliaque)

- Endoprothèse de jambage iliaque Zenith (par exemple TFLE-16-[37,54,71,88], ZSLE-16-[39,56,74,90]-ZT, ZISL-16-[42,59,77,93])
- Endoprothèse bifurquée Zenith (par exemple endoprothèse vasculaire Zenith AAA)
- Kit de dispositifs auxiliaires Zenith AAA
- Appareil de radioscopie à capacités d'angiographie numérique (avec arceau ou fixe)
- Produit de contraste

Tableau 9.5.1 Guide de mesures relatives au diamètre des bifurcations iliaques d'endoprothèse vasculaire Zenith Branch* (Segment iliaque externe)

Diamètre du vaisseau iliaque externe concerné ^{1,2}	Diamètre de la branche iliaque externe Branch ³	Gaine d'introduction (Diamètre interne/externe)
8 mm	10 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)
9 mm	10 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)
10 mm	12 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)
11 mm	12 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)

¹Diamètre maximum le long du site de fixation distal.

²Diamètre iliaque mesuré arrondi au plus proche mm.

³D'autres considérations peuvent influencer le choix d'un diamètre.

*Toutes les dimensions sont nominales.

Le diamètre de l'endoprothèse de jambage iliaque (par exemple TFLE, ZSLE, ZISL) utilisé pour relier une endoprothèse Zenith AAA à la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch sera de 16 mm.

L'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable doit s'étendre sur 8 mm dans la branche latérale de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch, mais doit être adaptée à l'artère iliaque interne conformément aux directives du fabricant.

- Seringue
- Sérum physiologique hépariné
- Endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable
- Ballonnets de diamètre approprié

9.4 Matériel recommandé

(non inclus dans le système à bifurcation iliaque)

Les dispositifs suivants sont recommandés.

Guides

- Guide extra rigide de 0,035 inch (0,89 mm) et 260 cm de long ; par exemple :
 - Guides extra rigides Cook Lunderquist (LES)
 - Guides ultra rigides Cook Amplatz (AUS2)
- Guide standard de 0,035 inch (0,89 mm) ; par exemple :
 - Guides Cook 0,035 inch (0,89 mm)
- Guide hydrophile de 0,018 inch (0,46 mm)
- Guide hydrophile de 0,035 inch (0,89 mm) et 260 cm de long ; par exemple :
 - Guides Cook Nimble™
- Guide pour échange de cathéter de 0,035 inch (0,89 mm) et 260 cm de long ; par exemple :
 - Guide Cook Roadrunner® PC
 - Guide extra rigide Cook Amplatz (AES)
 - Guide Cook Rosen

Ballonnets de modelage

- Cathéter à ballonnet Cook CODA® (32 mm)

Sets d'introduction (7 Fr [diamètre interne de 2,3 mm], 8 Fr [diamètre interne de 2,7 mm], 10 Fr [diamètre interne de 3,3 mm] et 12 Fr [diamètre interne de 4,0 mm])

- Sets d'introduction Cook Check-Flo®
- Introduceurs Cook Flexor Check-Flo
- Introduceurs Cook Flexor Check-Flo à modification de Raabe
- Sets d'introduction extra-larges Cook Check-Flo
- Introduceurs controlatéraux Cook Flexor Balkin Up & Over®
- Gaines de guidage Cook Flexor

Cathéters

- Cathéter de mesures ; par exemple :
 - Cathéters de mesures centimétriques Cook Aurous®
- Cathéters d'angiographie à extrémité radio-opaque ; par exemple :
 - Cathéters d'angiographie Cook à extrémité Beacon®
 - Cathéters Royal Flush® Cook à extrémité Beacon

Aiguilles de ponction

- Aiguilles simples de ponction Cook

Anse

- Set de Dotter pour extraction intravasculaire

9.5 Directives de mesures relatives au diamètre des dispositifs

Le choix du diamètre doit être déterminé en fonction du diamètre vasculaire d'une paroi externe à l'autre et non en fonction du diamètre de la lumière. Une estimation insuffisante ou excessive peut aboutir à une étanchéité incomplète ou à un débit restreint.

10 DIRECTIVES D'UTILISATION

Lire ce livret de mode d'emploi recommandé avant l'utilisation de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch à système d'introduction H&L-B One-Shot. Le mode d'emploi suivant présente les directives de base à suivre pour la mise en place du dispositif. Des variations des méthodes suivantes peuvent s'avérer nécessaires. Ce mode d'emploi est fourni à titre de recommandations générales, mais ne remplace pas l'opinion du praticien.

Informations générales sur l'utilisation

Recourir aux techniques standard pour la mise en place des gaines d'accès artériel, des cathéters guides, des cathéters d'angiographie et des guides lors de l'utilisation de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch à système d'introduction H&L-B One-Shot. La bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch à système d'introduction H&L-B One-Shot est compatible avec des guides de 0,035 inch (0,89 mm) de diamètre.

Informations générales sur le déploiement

La bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch est conçue pour être mise en place par l'artère fémorale commune du côté de l'anévrisme de l'artère iliaque commune à traiter. L'endoprothèse Zenith AAA doit être introduite du côté opposé à la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch.

L'ordre recommandé de mise en place des composants est le suivant :

1. Déploiement de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch, y compris la mise en place de l'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable (par l'artère iliaque) dans l'artère iliaque interne.
2. Déploiement de l'endoprothèse Zenith AAA (introduite par l'artère iliaque opposée).
3. Déploiement d'une endoprothèse de jambage iliaque Zenith (par exemple TFLÉ, ZSLE, ZISL) via le site d'accès de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch dans le moignon controlatéral (c'est-à-dire court) de l'endoprothèse abdominale, afin de relier la lumière de l'endoprothèse abdominale à la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch.
4. Déploiement d'une endoprothèse de jambage iliaque Zenith (par exemple TFLÉ, ZSLE, ZISL) dans le moignon homolatéral (c'est-à-dire long) de l'endoprothèse Zenith AAA (si nécessaire).

Facteurs déterminants avant l'implantation

Vérifier que le dispositif correct a été sélectionné par rapport au planning pré-implantation. Les facteurs déterminants comprennent :

1. Sélection d'une artère fémorale pour l'introduction du système de largage (c'est-à-dire, définir l'artère iliaque concernée).
2. Angle des artères iliaques.
3. Diamètre du ou des vaisseaux iliaques distaux concernés.
4. Distance de la bifurcation aortique à l'artère hypogastrique (iliaque interne) et au(x) site(s) de fixation.
5. Tenir compte du degré de calcification vasculaire.

Préparation du patient

1. Suivre les protocoles de l'établissement se rapportant à l'anesthésie, à l'anticoagulation et au monitoring des signes vitaux.
2. Positionner le patient sur la table d'imagerie de façon à permettre une visualisation radioscopique allant de la crosse de l'aorte aux bifurcations fémorales.
3. Exposer les artères fémorales communes selon les besoins en recourant à la technique chirurgicale standard.
4. Établir le contrôle vasculaire proximal et distal adéquat des vaisseaux fémoraux selon les besoins.

10.1 Préparation et rinçage de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch

1. Retirer (de la canule interne) le guide à embase noire livré avec le dispositif, le tube de protection de la canule (de la canule interne) et la protection de l'extrémité du dilateur. Retirer la gaine Peel-Away de l'arrière de la valve hémostatique. (Figure 3) Avancer la gaine d'introduction sur l'extrémité du dilateur jusqu'à ce que le cathéter courbe ne soit plus exposé. Surélever l'extrémité distale du système et rincer la valve hémostatique par le robinet jusqu'à ce que du liquide sorte de l'orifice latéral à proximité de l'extrémité de la gaine d'introduction. (Figure 4) Continuer à injecter 20 mL de liquide de rinçage par le dispositif. Arrêter l'injection et fermer le robinet sur le tube connecteur.

REMARQUE : Toujours utiliser une solution de rinçage d'endoprothèse à base de sérum physiologique hépariné.

REMARQUE : S'assurer que la valve hémostatique Captor de la gaine d'introduction Flexor est tournée en position ouverte. (Figure 5)

2. Raccorder une seringue remplie de sérum physiologique hépariné à l'embase de la canule interne. Rincer jusqu'à ce que du liquide sorte de l'extrémité distale du dilateur. (Figure 6)

REMARQUE : Lors du rinçage du système surélever son extrémité distale pour faciliter l'évacuation de l'air.

3. Retirer le guide préchargé du système de largage.
4. Raccorder une seringue remplie de sérum physiologique hépariné au raccord Luer du cathéter préchargé. Rincer jusqu'à ce que du liquide sorte de l'extrémité distale du cathéter.
5. Insérer un guide central en nitinol hydrophile adapté de 0,018 inch (0,46 mm) ou 0,035 inch (0,89 mm) compatible et de 260 cm de long dans le cathéter préchargé.
6. Pour activer le revêtement hydrophile, tremper des tampons de gaze de 10 cm x 10 cm dans du sérum physiologique et les utiliser pour humecter la gaine d'introduction Flexor. Hydrater abondamment la gaine et l'extrémité du dilateur.

10.2 Accès vasculaire et angiographie

1. Procéder à la ponction de la ou des artères fémorales communes choisies à l'aide de la technique standard au moyen d'une aiguille artérielle de calibre super-fin 18 ou 19. Après avoir pénétré le vaisseau, introduire :
 - Des guides standard de 0,035 inch (0,89 mm) de diamètre et 145 cm de long, Benton ou en J
 - Des gaines de diamètre adapté (5 Fr [diamètre interne de 1,7 mm] et 8 Fr [diamètre interne de 2,7 mm], par exemple)
 - Un cathéter de rinçage (souvent un cathéter de mesures radio-opaque, tel qu'un cathéter de mesures centimétriques ou un cathéter de rinçage droit)

REMARQUE : Utiliser une gaine de 8 Fr (diamètre interne de 2,7 mm) avancée dans l'aorte abdominale inférieure du côté controlatéral.

2. Réaliser une angiographie pour déterminer la position de la bifurcation aortique et de l'artère iliaque interne du côté de l'implantation de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch.

10.3 Mise en place de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch

1. S'assurer que le système de largage a été rincé avec du sérum physiologique hépariné et que tout l'air en a été évacué.
2. Procéder à l'administration systémique d'héparine et vérifier les liquides de rinçage. Rincer après chaque échange de cathéter et/ou de guide.

REMARQUE : Surveiller l'état de coagulation du patient pendant toute l'intervention.

3. Du côté de l'implantation de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch, remplacer le guide en J par un guide rigide (AUS ou LES) de 0,035 inch (0,89 mm) et 260 cm de long et l'avancer par le cathéter dans l'aorte thoracique supérieure. Retirer le cathéter de rinçage et la gaine. Maintenir la position du guide.

REMARQUE : Identifier l'emplacement et l'orientation de l'origine de l'artère iliaque interne ainsi que de la bifurcation aortique par imagerie pré- et peropératoire avant l'insertion du dispositif.

4. Avant l'insertion, vérifier l'orientation du segment de branche latérale sous radioscopie pour assurer qu'il est correctement aligné avec l'anatomie.

REMARQUE : À ce stade, le dispositif est complètement couvert par la gaine externe, mais cette image avec la gaine retirée montre les quatre marqueurs radio-opaques en or alignés avec le côté le plus externe de la branche latérale et la rainure qui contient le cathéter à demeure. (Figure 7)

REMARQUE : Le second marqueur depuis l'extrémité distale (2D) est le marqueur de visée pour l'emplacement le plus proximal de l'extrémité proximale de l'endoprothèse couverte qui étend la branche latérale dans l'artère iliaque interne. Le second marqueur depuis l'extrémité proximale (2P) est le marqueur de visée pour l'emplacement le plus distal de l'extrémité distale de l'extension de branche qui raccorde la branche latérale iliaque à l'endoprothèse bifurquée qui est déployée au-dessus de la bifurcation aortique.

REMARQUE : Il est possible de vérifier l'orientation à l'oeil nu car la rainure dans l'extrémité du dilateur conique (où le guide préchargé émerge du dispositif) est alignée sur la branche latérale.

5. Insérer le système de largage de bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch sur le guide, dans l'artère iliaque jusqu'à ce que l'extrémité du cathéter à demeure, reposant dans la rainure de l'extrémité du dilateur sous la gaine externe, se trouve juste au-dessus de la bifurcation aortique et en alignement rotationnel sur l'origine de l'artère iliaque commune opposée. (Figure 8)

MISE EN GARDE : Maintenir la position du guide pendant l'insertion du système de largage.

MISE EN GARDE : Afin d'éviter une torsion de l'endoprothèse pendant une rotation du système de largage, veiller à faire pivoter tous les composants du système ensemble (de la gaine externe à la canule interne).

REMARQUE : On peut avancer légèrement le guide hydrophile par l'extrémité du cathéter pour mieux observer la position de l'extrémité du cathéter.

10.4 Mise en place du guide de bout en bout

1. Avancer le guide hydrophile et le cathéter dans l'aorte. Positionner le guide pour l'utilisation de l'anse en l'avancant à travers l'extrémité du cathéter courbe, au besoin.
2. Avancer une anse adaptée par la gaine d'accès dans l'artère iliaque opposée, capturer l'extrémité du guide hydrophile et le tirer par la gaine pour former un guide de bout en bout. (Figure 9)

MISE EN GARDE : Pendant cette manœuvre, pousser le guide hydrophile de bout en bout pour maintenir du mou au niveau de la bifurcation aortique.

10.5 Déploiement de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire proximale Zenith Branch

1. Avancer la gaine de 8 Fr (diamètre interne de 2,7 mm) dans le membre opposé jusqu'à ce qu'elle se trouve au-dessus du niveau de la bifurcation aortique, et réaliser une angiographie par cette voie pour déterminer l'emplacement de l'artère iliaque interne du côté de l'implantation du dispositif. (Figure 10)
2. S'assurer que l'endoprothèse est orientée de façon à ce que l'extrémité distale de la branche latérale (indiquée par le marqueur radio-opaque le plus distal) soit positionnée à 10 mm au-dessus de l'origine de l'artère iliaque interne et que son orientation rotationnelle permette l'accès facile dans l'artère iliaque interne. Si les marqueurs radio-opaques ne se trouvent pas en bonne position, tourner tout le système jusqu'à ce qu'ils soient alignés sur l'orifice de l'artère iliaque interne et/ou pousser le système vers l'avant ou vers l'arrière selon les besoins. (Figure 11)

MISE EN GARDE : Afin d'éviter une torsion de l'endoprothèse pendant une rotation du système de largage, veiller à faire pivoter tous les composants du système ensemble (de la gaine externe à la canule interne).

3. Lorsque le dispositif est correctement positionné, stabiliser le positionneur gris (le corps du système de largage) et retirer la gaine d'introduction externe. Déployer la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch jusqu'à ce que l'extrémité distale de la branche latérale soit exposée. (Figure 12)
4. Arrêter le retrait de la gaine.

AVERTISSEMENT : Ne pas tirer davantage la gaine vers l'arrière, sous risque de déployer le composant iliaque externe et d'empêcher d'autres modifications de position.

10.6 Mise en place de la gaine de protection

1. Retirer la gaine d'accès iliaque opposée et laisser le guide central en nitinol hydrophile de bout en bout en place.
2. Avancer une gaine de protection de diamètre adapté sur le guide central en nitinol hydrophile de bout en bout jusqu'à ce que l'extrémité du dilateur de la gaine se trouve en contact avec l'extrémité du cathéter préchargé. (Figure 13)

REMARQUE : Il peut être nécessaire d'exercer une légère traction sur les deux extrémités du guide pour faciliter sa progression.

MISE EN GARDE : Si le praticien ne pousse pas le cathéter préchargé sur la bifurcation aortique, il doit faire particulièrement attention à ne pas léser le système vasculaire lors de la manipulation du guide.

3. Clamper le guide hydrophile de bout en bout à ses deux extrémités (aux endroits où il émerge du cathéter préchargé et de la gaine de protection).
4. Continuer à faire avancer la gaine sur le guide fixé en place tout en exerçant une légère tension intermittente sur le cathéter préchargé

afin que la gaine et le cathéter avancent sur la bifurcation, dans l'orifice proximal du dispositif et émergent par la branche latérale. (Figure 14)

REMARQUE : En fonction de la longueur de l'extrémité du dilateur de cette gaine, il peut être nécessaire d'avancer la gaine sur l'extrémité du dilateur pour assurer la mise en place de la gaine dans la branche latérale.

- Retirer le dilateur de la gaine de protection.

10.7 Canulation de l'artère iliaque interne

- Perforer la valve hémostatique de la gaine de protection aussi loin que possible d'un côté et insérer une combinaison de guide-cathéter adaptée. (Figure 15)
- Avancer le guide et le cathéter par la gaine de protection dans l'artère iliaque interne. (Figure 16)
- Échanger le guide en place dans l'artère iliaque interne contre un guide de support (tel qu'un guide de Rosen ou AES). S'assurer que l'emplacement du guide est stabilisé dans l'artère iliaque interne.

10.8 Mise en place de l'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable

- Retirer le cathéter de la gaine de protection en laissant la gaine et les guides en place, et avancer l'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable prémontée de diamètre adapté sur le guide de support jusqu'à ce qu'elle pénètre dans l'artère iliaque interne. (Figure 17)

REMARQUE : Il peut être utile de précharger l'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable prémontée dans une seconde gaine pour assurer sa protection lors de la progression de l'endoprothèse dans la gaine de protection et l'artère iliaque interne. Sélectionner les combinaisons de gaine-guide-endoprothèse adaptées de sorte que la gaine interne puisse passer par la gaine de protection de manière co-axiale tout en permettant au guide de bout en bout de rester en place.

- Réaliser une angiographie selon les besoins pour déterminer si la position de l'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable est satisfaisante par rapport au chevauchement de la branche latérale et au site de fixation prévu dans l'artère iliaque interne.

REMARQUE : Lorsque l'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable est déployée, elle doit chevaucher la branche latérale de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch sur 10 à 14 mm.

REMARQUE : Pendant cette étape de la procédure, il doit être possible de réaliser une angiographie par la gaine de protection ou par le cathéter dans l'artère iliaque commune.

- Retirer le guide central en nitinol hydrophile de bout en bout et le cathéter préchargé.
- Le cas échéant, ajuster la position de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch afin que l'orifice distal de la branche latérale se trouve dans un emplacement convenable par rapport à l'origine de l'artère iliaque interne.

10.9 Déploiement de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire distale Zenith Branch

- Retirer la gaine d'introduction de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch jusqu'à ce que le composant iliaque externe soit complètement déployé. (Figure 18)
- Retirer le verrou de sécurité du mécanisme de largage noir du fil de sécurité. Sous radioscopie, retirer le fil de sécurité en glissant le mécanisme de largage noir du fil de sécurité hors de la poignée, puis le retirer par la fente sur la canule interne. (Figure 19)

REMARQUE : Le stent distal est toujours rattaché par le guide de déclenchement.

10.10 Déploiement de l'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable

- Tirer la gaine de protection vers l'arrière à une position permettant le déploiement de l'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable.
- Déployer l'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable et utiliser d'autres ballonnets selon les besoins. (Figure 20)

REMARQUE : L'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable doit être étendue sur au moins 8 mm dans la branche latérale de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch et au diamètre approprié pour obtenir l'étanchéité dans l'artère iliaque interne.

REMARQUE : L'endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable doit chevaucher la branche latérale de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch sur au moins 10 mm et au maximum le second marqueur sur l'extrémité distale de la branche latérale, avec un site de fixation distal dans l'artère iliaque interne d'au moins 10 mm (20 à 30 mm étant préférable).

REMARQUE : Ne pas encore retirer le ballonnet du segment de branche latérale de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch.

- Retirer le verrou de sécurité du mécanisme de largage blanc du fil de sécurité. Sous radioscopie, retirer le fil de sécurité en glissant le mécanisme de largage blanc du fil de sécurité hors de la poignée, puis le retirer par la fente sur la canule interne. (Figure 21)
- Régonfler le ballonnet dans le segment de branche latérale pour stabiliser le dispositif et retirer le système d'introduction par l'endoprothèse dans la gaine d'introduction.

MISE EN GARDE : Veiller à ne pas déplacer ni endommager la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch lors du retrait du système d'introduction ou lors de la progression de composants le long de celui-ci.

REMARQUE : S'assurer que le guide reste en position satisfaisante pour canuler l'endoprothèse Zenith AAA.

- Dégonfler et retirer le ballonnet.
- Tirer le guide et la gaine de protection vers l'arrière dans l'artère iliaque commune opposée.

10.11 Déploiement de l'endoprothèse Zenith AAA et de la branche iliaque

- Introduire un cathéter et un guide rigide (AUS ou LES) standard de 0,035 inch (0,89 mm) et 260 cm de long par l'accès de l'artère iliaque du côté opposé à la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch.
- Retirer les gaines et cathéters existants, et introduire et déployer le corps principal de l'endoprothèse bifurquée Zenith selon le protocole standard Zenith (voir le mode d'emploi de l'endoprothèse Zenith correspondant).
- Canuler le moignon court (controlatéral) de l'endoprothèse bifurquée Zenith à travers la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch.
- Déployer une endoprothèse de jambage iliaque (par exemple TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX) de longueur adaptée à travers la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch, de façon à ce que le chevauchement recommandé soit obtenu comme montré ci-dessous.

Chevauchement recommandé de l'endoprothèse de jambage iliaque Zenith reliant le moignon controlatéral de l'endoprothèse bifurquée Zenith à la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch

Chevauchement dans le moignon controlatéral de l'endoprothèse bifurquée Zenith	Distance équivalente à au moins 1 ¼ stent
	Distance équivalente à 1 ¾ stent maximum
Chevauchement dans le corps de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch	Distance équivalente à au moins 1 ½ stent
	Maximum au second marqueur sur l'extrémité proximale du dispositif

- Continuer le déploiement de l'endoprothèse bifurquée Zenith comme indiqué dans le mode d'emploi correspondant.

10.12 Insertion du ballonnet de modelage

REMARQUE : Retirer précautionneusement tous les dispositifs accessoires avant d'utiliser le ballonnet de modelage.

- Pour l'endoprothèse bifurquée Zenith, utiliser le ballonnet de modelage, comme indiqué dans le mode d'emploi correspondant.
- Pour la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch, préparer le ballonnet de modelage de la façon suivante :
 - Rincer la lumière du guide avec du sérum physiologique hépariné
 - Évacuer tout l'air du ballonnet
- En préparation à l'insertion du ballonnet de modelage, ouvrir la valve hémostatique Captor en la tournant dans le sens antihoraire.
- Faire avancer le ballonnet de modelage sur le guide rigide et à travers la valve hémostatique Captor du système d'introduction de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch jusqu'au chevauchement entre le segment iliaque commun de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch et les endoprothèses de jambage iliaque Zenith® (par exemple TFLE, ZSLE, ZISL), puis le gonfler.

MISE EN GARDE : Vérifier le dégonflage complet du ballonnet avant son repositionnement.

MISE EN GARDE : La valve hémostatique Captor doit être ouverte avant le repositionnement du ballonnet de modelage.

REMARQUE : Lorsque le ballonnet est utilisé à proximité de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch, s'assurer que le ballonnet ne traverse pas la bifurcation.

REMARQUE : Ne pas utiliser le ballonnet à proximité de la branche latérale pour éviter de perturber l'endoprothèse sur ballonnet gonflable.

- Tirer vers l'arrière le ballonnet de modelage jusqu'au site de fixation distal de la bifurcation iliaque de l'endoprothèse vasculaire Zenith Branch et le gonfler.

MISE EN GARDE : Ne pas gonfler le ballonnet dans un vaisseau à l'extérieur de l'endoprothèse.

- Retirer le ballonnet de modelage et le remplacer par un cathéter d'angiographie pour réaliser les angiographies finales.
- Retirer ou remplacer tous les guides rigides afin de permettre aux artères iliaques de reprendre leur position naturelle.

10.13 Angiographie finale

- Positionner un cathéter d'angiographie immédiatement au-dessus du niveau de la bifurcation aortique. Réaliser des angiographies pour vérifier la perméabilité de l'artère iliaque commune et de l'artère iliaque interne correspondante ainsi que l'absence d'endofuite.
- Vérifier l'absence d'endofuite et de coudure. Retirer les gaines, les guides et les cathéters.

REMARQUE : Si des endofuites ou d'autres problèmes sont observés et nécessitent une intervention, envisager l'utilisation d'autres composants auxiliaires Zenith AAA.

- Traiter les vaisseaux et réaliser une fermeture chirurgicale standard.

11 DIRECTIVES D'IMAGERIE ET SUIVI POST-OPÉATOIRE

Consulter le **Tableau 11** indiquant les conditions d'imagerie et de suivi post-opératoires.

Tableau 11 Programme d'imagerie

	Préopératoire	Peropératoire	Post-opératoire	30 jours	6 mois	12 mois	24 mois
TDM	X		X ¹	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹
Reins-uretère-vessie (Radiographie en décubitus dorsal, reins, uretères et vessie)			X	X	X	X	X
Angiographie	X	X					

¹L'échographie Doppler peut être utilisée chez les patients éprouvant une insuffisance rénale ou qui ne sont pas en mesure pour d'autres raisons de subir une TDM rehaussée par produit de contraste.

**BIFORCAZIONE ILIACA PER PROTESI ENDOVASCOLARE ZENITH®
BRANCH CON SISTEMA DI INTRODUZIONE H&L-B ONE-SHOT™**

Leggere attentamente tutte le istruzioni. Il mancato rispetto delle istruzioni, delle avvertenze e delle precauzioni può avere gravi conseguenze o provocare lesioni al paziente.

Per ottenere informazioni sugli altri componenti Zenith, consultare le relative istruzioni per l'uso.

1 DESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO**1.1 Biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch**

La biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch è una protesi vascolare per biforcazioni dotata di aperture per il collegamento dei segmenti per iliaca comune, per ramo laterale e per iliaca esterna. (Figura 1)

La protesi è realizzata in tessuto tubolare in poliestere a tutto spessore fissato a stent autoespandibili in acciaio inossidabile e nitinolo Cook-Z® con suture in poliestere intrecciato e monofilamento in polipropilene. Gli stent coprono l'intera lunghezza della protesi per garantirne la stabilità e la capacità di dilatazione necessaria per l'apertura del lume della protesi durante il suo rilascio. Anelli in nitinolo situati all'estremità prossimale della protesi ed entro il ramo laterale aiutano a mantenere pervio il lume durante le operazioni di accesso. Inoltre, gli stent Cook-Z fissano adeguatamente la protesi alla parete del vaso creando il necessario grado di adesione.

Per agevolare la visualizzazione fluoroscopica, la protesi a stent è dotata di quattro marker radiopachi d'oro disposti lungo il lato iliaco interno della sezione prossimale della protesi stessa per indicare la posizione del segmento per il ramo laterale.

Sono necessari alcuni componenti aggiuntivi come le endoprotesi per branca iliaca Zenith (ad es., TFLE, ZSLE, ZISL) e gli stent periferici ricoperti dilatabili mediante palloncino. Ciascun dispositivo è dotato di un sistema di inserimento separato. Consultare le relative istruzioni per l'uso.

1.2 Sistema di inserimento per biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch

La biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch viene fornita precaricata all'interno del sistema di introduzione H&L-B One-Shot. (Figura 2) Questo sistema si avvale di un metodo di rilascio sequenziale grazie a una serie di funzioni incorporate che consentono di controllare in modo costante la protesi endovascolare durante l'intera procedura di rilascio.

L'estremità prossimale della protesi è fissata al sistema di inserimento da due fili di sicurezza in nitinolo. L'estremità distale della protesi è anch'essa fissata al sistema di inserimento e trattenuta da un filo di sicurezza indipendente in acciaio inossidabile. Il sistema di introduzione H&L-B One-Shot consente il preciso posizionamento e permette di regolare la posizione finale della protesi prima del suo rilascio definitivo. Il sistema di inserimento si avvale del sistema di introduzione H&L-B One-Shot da 20 Fr (con diametro interno di 6,7 mm) che include un catetere precaricato (usato per agevolare l'incannulamento del ramo laterale) e una guida (usata per garantire il mantenimento della pervietà del lume del catetere durante il caricamento e il trasporto). Tutti i sistemi sono compatibili con guide da 0,035 inch (0,89 mm). Per una migliore emostasi, è possibile allentare o serrare la valvola emostatica Captor per l'inserimento e/o la rimozione di dispositivi ausiliari dalla guaina.

Il sistema di inserimento della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch è dotato di una guaina di introduzione Flexor® a prova di piegamenti e attorcigliamenti e dotata di rivestimento idrofilo. Queste caratteristiche sono entrambe previste per agevolare l'avanzamento del sistema di inserimento all'interno delle arterie iliache e dell'aorta addominale. Inoltre, il catetere premontato è curvo, per migliorare la capacità di posizionamento della guida durante la cattura.

1.3 Componenti supplementari

Sono necessari inoltre componenti supplementari come le endoprotesi per branca iliaca e gli stent periferici ricoperti dilatabili mediante palloncino.

Le endoprotesi per branca iliaca Zenith sono disponibili (ad es., TFLE, ZSLE, ZISL) e sono realizzate con gli stessi materiali utilizzati per la biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch. Per le istruzioni sull'inserimento e posizionamento di tutte le endoprotesi per branca iliaca e sistemi di inserimento Zenith, fare riferimento alle relative istruzioni per l'uso. La sezione iliaca comune della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch, posizionata nell'arteria iliaca comune, sarà collegata all'estremità corta (controlaterale) di un'endoprotei biforcata Zenith (ad es., l'endoprotei addominale Zenith) tramite una branca iliaca standard di lunghezza appropriata e diametro distale di 16 mm (ad es., TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX).

Uno stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino viene impiantato nel segmento per il ramo laterale e si estende all'interno dell'arteria iliaca interna. Per le istruzioni sull'inserimento e sul rilascio, consultare le istruzioni per l'uso di questo dispositivo.

2 USO PREVISTO

La biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch con sistema di introduzione H&L-B One-Shot è indicata per il trattamento endovascolare dei pazienti affetti da aneurisma aorto-iliaco o iliaco, con un sito di fissazione distale nell'arteria iliaca comune inadeguato e dotati di morfologia idonea alla riparazione endovascolare, inclusi:

- Un adeguato accesso ilico/femorale compatibile con un sistema di introduzione da 20 Fr (con diametro esterno di 7,7 mm)
- Un segmento per la fissazione all'interno dell'arteria iliaca esterna non aneurismatico, distale rispetto all'aneurisma:
 - con lunghezza minima di 20 mm
 - con diametro (da parete esterna a parete esterna) non superiore a 11 mm e non inferiore a 8 mm.
- Un segmento dell'arteria iliaca interna non aneurismatico, distale rispetto all'aneurisma:
 - con lunghezza minima di 10 mm (ma preferibilmente di 20-30 mm)
 - con diametro adeguato ai fini di una corretta fissazione e aderenza.

3 CONTROINDICAZIONI

Non esiste alcuna controindicazione nota all'uso dei presenti dispositivi.

4 AVVERTENZE E PRECAUZIONI**4.1 Generali**

- Leggere attentamente tutte le istruzioni. Il mancato rispetto delle istruzioni, delle avvertenze e delle precauzioni può avere gravi conseguenze o provocare lesioni al paziente.
- La biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch con sistema di introduzione H&L-B One-Shot deve essere usata esclusivamente da medici e da équipe debitamente addestrati nelle

tecniche interventistiche sul sistema vascolare e nell'uso specifico del presente dispositivo.

- La mancata esecuzione di scansioni TC senza mezzo di contrasto può compromettere il rilevamento dell'eventuale calcificazione dell'aorta o delle arterie iliache, che può a sua volta, in sede di intervento, impedire l'accesso o la fissazione e l'aderenza adeguati del dispositivo.
- L'utilizzo in sede di imaging preoperatorio di spessori di ricostruzione > 3 mm può portare alla selezione di un dispositivo dalle dimensioni non ottimali, o al mancato rilevamento delle stenosi focali mediante TC.
- La performance a lungo termine delle protesi endovascolari non è stata ancora determinata. Tutti i pazienti devono essere consapevoli del fatto che il trattamento endovascolare richiede un impegno regolare a vita per quanto riguarda il follow-up volto a valutare il loro stato di salute e la performance della protesi endovascolare. I pazienti con segni clinici specifici (come, ad esempio, endoleak, ingrossamento dell'aneurisma o mutazioni nella struttura o nella posizione della protesi endovascolare) devono sottoporsi a un follow-up più intensivo. Le indicazioni specifiche per il follow-up sono delineate nella **Sezione 11, Linee guida per le tecniche di imaging e il follow-up postoperatorio**.
- Dopo l'impianto della protesi endovascolare, i pazienti vanno monitorati a intervalli regolari per rilevare segni come il flusso periprotetico, l'ingrossamento dell'aneurisma o le mutazioni nella struttura o nella posizione della protesi endovascolare. Al minimo, è necessaria una sessione di imaging all'anno, che include: 1) lastre radiografiche addominali per esaminare l'integrità del dispositivo (separazione tra componenti o frattura degli stent) e 2) TC con e senza mezzo di contrasto per esaminare le eventuali mutazioni a carico dell'aneurisma, il flusso periprotetico, la pervietà, la tortuosità e il progresso della malattia. Se complicanze renali o altri fattori precludono l'uso del mezzo di contrasto in sede di imaging, le informazioni necessarie sono ottenibili mediante lastre radiografiche addominali ed ecografia duplex.
- L'uso della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch con sistema di introduzione H&L-B One-Shot non è consigliato nei pazienti che non possono sottoporsi, o che non rispetteranno, le necessarie sessioni di imaging preoperatorie e di follow-up, e gli esami descritti nella **Sezione 11, Linee guida per le tecniche di imaging e il follow-up postoperatorio**.
- L'ulteriore intervento o la conversione alla riparazione chirurgica standard a cielo aperto a seguito della riparazione endovascolare iniziale vanno presi in considerazione per i pazienti con aumento delle dimensioni dell'aneurisma, riduzione inaccettabile della lunghezza del sito di fissazione (area di sovrapposizione tra vaso e componente della protesi) e/o endoleak. Un ingrossamento dell'aneurisma e/o un endoleak persistente possono portare alla rottura dell'aneurisma.
- Ai pazienti che evidenziano una riduzione del flusso sanguigno attraverso l'estremità della protesi e/o perdite può essere richiesto di sottoporsi a interventi o a procedure chirurgiche secondarie.
- Nel caso in cui si rivelasse necessario operare la conversione ad una riparazione chirurgica a cielo aperto, è necessario che una équipe di chirurgia vascolare sia prontamente disponibile nel corso delle procedure di impianto o di revisione.
- L'impianto di stent endovascolari è una procedura chirurgica nel corso della quale è possibile riscontrare perdite ematiche imputabili a varie cause: in rari casi, queste perdite possono richiedere l'intervento (inclusa la trasfusione) per evitare esiti sfavorevoli per il paziente. È importante monitorare la perdita ematica a livello della valvola emostatica nel corso dell'intera procedura; è comunque particolarmente importante eseguire questo monitoraggio durante e dopo la manipolazione del posizionatore grigio. Dopo la rimozione del posizionatore grigio, se la perdita ematica è eccessiva, prendere in considerazione il posizionamento di un palloncino dilatatore sgonfio o di un dilatatore del sistema di introduzione all'interno della valvola, allo scopo di limitare il flusso.

4.2 Selezione, trattamento e follow-up del paziente

- Il diametro del vaso usato per l'accesso (misurato da parete interna a parete interna) e la sua morfologia (tortuosità, patologia occlusiva e/o calcificazione in misura minima) devono essere compatibili con le tecniche di accesso vascolare e con i sistemi di inserimento che prevedono l'uso di una guaina di introduzione vascolare da 20 Fr (con diametro esterno di 7,7 mm). I vasi notevolmente calcificati, parzialmente occlusi, tortuosi o rivestiti di trombo possono precludere l'impianto della protesi endovascolare e/o aumentare il rischio di embolizzazione. Elementi anatomici di fondamentale importanza che possono compromettere la riuscita dell'esclusione dell'aneurisma includono tortuosità di uno o di tutti i vasi coinvolti, arterie iliache con diametro inferiore o superiore a quello previsto, trombo circolatorio, aneurisma dell'arteria iliaca interna e/o esterna e/o calcificazione presso i siti di fissazione nell'arteria. Una calcificazione irregolare e/o la presenza di placca possono compromettere la fissazione e l'aderenza della protesi ai siti di fissazione e la capacità di fare avanzare i sistemi di introduzione.
- L'uso della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch con sistema di introduzione H&L-B One-Shot non è consigliato nei pazienti con intolleranza ai mezzi di contrasto necessari per l'imaging intra e postoperatorio di follow-up.
- L'uso della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch con sistema di introduzione H&L-B One-Shot non è consigliato nei pazienti con peso e/o corporatura superiori ai limiti e tali da compromettere o impedire le operazioni di imaging necessarie.
- L'uso della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch con sistema di introduzione H&L-B One-Shot non è consigliato nei pazienti con sensibilità o allergie note all'acciaio inossidabile, al poliestere, al nitinolo (nicel-titanio), al materiale per saldatura (stagno, argento), al polipropilene o all'oro.
- I pazienti con infezione sistemica in atto possono presentare un maggior rischio di infezione della protesi endovascolare.
- L'incapacità di mantenere la pervietà di almeno una delle arterie iliache interne può aumentare il rischio di ischemia pelvica/intestinale.

4.3 Procedura di impianto

- L'anticoagulazione sistemica va usata durante la procedura di impianto in base al protocollo dettato dalla struttura sanitaria di appartenenza e dal medico. Se è controindicato l'uso di eparina, è necessario prendere in considerazione l'uso di un anticoagulante alternativo.
- Ridurre al minimo la manipolazione dell'endoprotei precaricata durante la preparazione e l'inserimento al fine di ridurre il rischio di contaminazione e di infezione dell'endoprotei stessa.
- Per attivare il rivestimento idrofilo della superficie esterna della guaina di introduzione Flexor, passarlo con una compressa di garza da 10 x 10 cm imbevuta di soluzione fisiologica. Per garantire le migliori prestazioni, tenere sempre ben idratata la guaina.
- Mantenere invariata la posizione della guida durante l'inserimento del sistema di introduzione.
- Fare attenzione a non piegare o attorcigliare il sistema di introduzione. Il piegamento o l'attorcigliamento possono danneggiare il sistema di introduzione e la biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch.
- L'inserimento e il rilascio devono essere eseguiti sotto controllo fluoroscopico per confermare il corretto funzionamento dei componenti del sistema di introduzione, il corretto posizionamento della protesi e l'esito procedurale desiderato.
- L'uso della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch con sistema di introduzione H&L-B One-Shot richiede la

- somministrazione endovascolare di mezzo di contrasto. I pazienti affetti da disfunzioni renali conclamate possono presentare un aumentato rischio di insufficienza renale in sede postoperatoria. In questo caso, è necessario ridurre al minimo il volume di mezzo di contrasto utilizzato durante la procedura.
- Per evitare la torsione della protesi endovascolare, nel corso di tutte le rotazioni del sistema di inserimento, fare attenzione a ruotare tutti i componenti del sistema simultaneamente (dalla guaina esterna alla cannula interna).
- Il posizionamento impreciso e/o un'aderenza inadeguata della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch all'interno del vaso o con altri componenti possono comportare un aumentato rischio di endoleak, migrazione o occlusione accidentale dell'arteria iliaca interna.
- La fissazione inadeguata della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch può aumentare il rischio di migrazione. Il rilascio scorretto o la migrazione dell'endoprotesi possono richiedere l'intervento chirurgico.
- Non procedere con l'avanzamento di alcuna parte del sistema di inserimento se si avverte resistenza durante l'avanzamento della guida o del sistema di inserimento stesso. Fermarsi e individuare la causa di tale resistenza. In caso contrario, è possibile provocare danni al vaso o al catetere. Operare con particolare cautela nelle aree stenotiche, in presenza di trombi intravascolari o all'interno di vasi calcificati o tortuosi.
- Operare con cautela durante la manipolazione di cateteri, guide e guaine all'interno di un aneurisma. Sollecitazioni di notevole entità possono liberare frammenti di trombo, che possono a loro volta causare l'embolizzazione distale.
- Lo stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino deve avere un diametro adeguato per aderire sia al segmento per il ramo laterale sia all'arteria iliaca interna; deve inoltre avere una lunghezza sufficiente per sovrapporsi di 10-14 mm al segmento per il ramo laterale e di 10 mm (ma preferibilmente di 20-30 mm) al sito di fissazione distale nell'arteria iliaca interna.
- È necessario operare con cautela per non danneggiare un'eventuale protesi posizionata in precedenza o disturbarne la posizione nel caso in cui fosse necessario reinserire degli strumenti al suo interno.

Uso del palloncino dilatatore

- Prima del riposizionamento, confermare il completo sgonfiamento del palloncino.
- Non gonfiare il palloncino nel vaso all'esterno della protesi.
- Per una migliore emostasi, è possibile allentare o serrare la valvola emostatica Captor per consentire l'inserimento e la successiva rimozione del palloncino dilatatore.

4.4 Sicurezza e compatibilità in ambito MRI

Prove non cliniche hanno dimostrato che la biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch utilizzata con uno stent ricoperto dilatabile mediante palloncino è "MR Conditional" (può essere sottoposta a RM in presenza di condizioni specifiche) in conformità alla norma ASTM F2503. Un paziente portatore di questo dispositivo può essere sottoposto a scansione in sicurezza dopo il suo posizionamento in presenza delle seguenti condizioni.

- Campo magnetico statico solo di 3,0 tesla o 1,5 tesla
- Gradiente spaziale massimo di campo magnetico di 720 gauss/cm (7,2 T/m) o inferiore
- Tasso di assorbimento specifico (SAR) massimo, mediato sul corpo intero e segnalato dal sistema RM, $\leq 2,0$ W/kg (modalità operativa normale).

Nelle condizioni di scansione indicate in precedenza, non si prevede che la biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch utilizzata con uno stent ricoperto dilatabile mediante palloncino generi un aumento della temperatura di oltre 2,4 °C dopo 15 minuti di scansione continua.

L'artefatto d'immagine si estende di circa 122 mm dalla biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch usata con uno stent ricoperto dilatabile mediante palloncino, come rilevato nel corso di prove non cliniche condotte mediante una sequenza di impulsi gradient-echo in un sistema di RM a 3,0 tesla. L'artefatto d'immagine oscura il lume del dispositivo.

NOTA - Nel caso della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch, il beneficio clinico di una scansione RM deve essere ponderato a fronte del possibile rischio inerente alla procedura.

5 POSSIBILI EVENTI NEGATIVI

Gli eventi negativi che possono verificarsi e/o richiedere un intervento includono, ma non sono limitati a:

- amputazione
- claudicazione (ad esempio, gluteo, arto inferiore)
- complicanze cardiache e ulteriori problemi concomitanti (come, ad esempio, aritmia, infarto miocardico, insufficienza cardiaca congestizia, ipotensione, ipertensione)
- complicanze genitourinarie e ulteriori problemi concomitanti (come, ad esempio, ischemia, erosione, fistola, incontinenza, ematuria, infezione)
- complicanze intestinali (come, ad esempio, a carico dell'ileo, ischemia transitoria, infarto intestinale, necrosi)
- complicanze legate all'anestestico e ulteriori problemi concomitanti (come, ad esempio, aspirazione)
- complicanze linfatiche e ulteriori problemi concomitanti (come, ad esempio, fistola linfatica)
- complicanze neurologiche locali o sistemiche e ulteriori problemi concomitanti (come, ad esempio, ictus, attacco ischemico transitorio, paraplegia, paraparesi, paralisi)
- complicanze polmonari/respiratorie e ulteriori problemi concomitanti (come ad esempio, polmonite, insufficienza respiratoria, intubazione protratta nel tempo)
- complicanze relative al sito di accesso al sistema vascolare, inclusi infezione, dolore, ematoma, pseudoaneurisma, fistola arterovenosa
- complicanze relative all'incisione e ulteriori problemi concomitanti (come, ad esempio, deiscenza, infezione)
- complicanze renali e ulteriori problemi concomitanti (come, ad esempio, occlusione dell'arteria, tossicità del mezzo di contrasto, insufficienza, collasso)
- conversione alla riparazione chirurgica a cielo aperto
- danni ai vasi
- danni all'aorta, inclusi perforazione, dissezione, emorragia, rottura e decesso
- decesso
- edema
- embolizzazione (micro e macro) con ischemia o infarto transitori o permanenti
- endoleak
- endoprotesi: posizionamento errato, rilascio incompleto, migrazione, rottura della sutura, occlusione, infezione, frattura dello stent, usura del materiale di rivestimento della protesi, dilatazione, erosione, perforazione, flusso periprotetico e corrosione
- febbre e infiammazione localizzata
- fistola arterovenosa
- impotenza
- infezione dell'aneurisma, del dispositivo o del sito di accesso, inclusi la formazione di ascesso, la febbre transitoria e il dolore
- ingrossamento dell'aneurisma

- insufficienza epatica
- occlusione della protesi o del vaso nativo
- rottura dell'aneurisma e decesso
- sanguinamento, ematoma o coagulopatia
- trombosi e/o pseudoaneurisma arteriosi o venosi
- vasospasmo o trauma vascolare (come, ad esempio, dissezione del vaso iliofemorale, sanguinamento, rottura, decesso)

6 SELEZIONE E TRATTAMENTO DEI PAZIENTI

(Consultare la Sezione 4, Avvertenze e precauzioni)

6.1 Requisiti per il trattamento

La Cook consiglia di selezionare i diametri dei componenti della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch come descritto nella Tabella 8.1. La lunghezza della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch viene generalmente selezionata in modo che la protesi si estenda dalla sezione prossimale dell'arteria iliaca comune all'arteria iliaca esterna. Tutti i componenti delle lunghezze e dei diametri necessari per completare la procedura devono essere a portata di mano del medico, in special modo qualora le misurazioni preoperatorie per la pianificazione del trattamento (diametri/lunghezze di trattamento) non siano certe. Questo approccio consente una maggiore flessibilità intraoperatoria ai fini dell'esito ottimale della procedura. Prima dell'uso della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch è necessario ponderare attentamente per ciascun paziente i rischi precedentemente descritti nella **Sezione 5, Possibili eventi negativi**. Ulteriori considerazioni per la selezione dei pazienti, tra le altre, includono:

- L'età e l'aspettativa di vita del paziente;
- Le condizioni comorbide (come, ad esempio, l'insufficienza cardiaca, polmonare o renale prima dell'intervento, obesità patologica);
- L'idoneità del paziente alla riparazione chirurgica a cielo aperto;
- L'idoneità dell'anatomia del paziente alla riparazione endovascolare;
- La valutazione del rischio di rottura dell'aneurisma a fronte del rischio del trattamento mediante biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch;
- La capacità di tollerare l'anestesia totale, regionale o locale.
- La dimensione e la morfologia del vaso iliofemorale usato per l'accesso al sistema vascolare (trombo, calcificazione e/o tortuosità minimi) devono essere compatibili con le tecniche di accesso utilizzate e con gli accessori del profilo di inserimento di guaine di introduzione vascolari da 12 Fr (con diametro esterno di 4,7 mm) a 20 Fr (con diametro esterno di 7,7 mm).
- Un segmento per la fissazione all'interno dell'arteria iliaca esterna non aneurismatico, distale rispetto all'aneurisma:
 - con lunghezza minima di 20 mm,
 - con diametro (da parete esterna a parete esterna) non superiore a 11 mm e non inferiore a 8 mm.
- Un segmento dell'arteria iliaca interna non aneurismatico, distale rispetto all'aneurisma:
 - con lunghezza minima di 10 mm (ma preferibilmente di 20-30 mm),
 - con diametro adeguato ai fini di una corretta fissazione e aderenza.
- Assenza di malattia oclusiva significativa dell'arteria iliaca/femorale che potrebbe impedire il flusso attraverso la protesi endovascolare.

La decisione finale relativa al trattamento spetta al medico e al paziente.

7 INFORMAZIONI DA FORNIRE AL PAZIENTE

Il medico e il paziente (e/o i suoi familiari) devono ponderare i rischi e i benefici durante la discussione del dispositivo endovascolare e della procedura, inclusi:

- i rischi e le differenze tra la riparazione endovascolare e la riparazione chirurgica a cielo aperto;
- i potenziali vantaggi della riparazione chirurgica a cielo aperto tradizionale;
- i potenziali vantaggi della riparazione endovascolare;
- i potenziali vantaggi di procedure endovascolari alternative;
- la possibilità che ulteriori interventi o la riparazione chirurgica a cielo aperto dell'aneurisma si rendano necessari dopo la riparazione endovascolare iniziale.

Oltre ai rischi e ai benefici della riparazione endovascolare, il medico deve valutare il grado di impegno e di compliance del paziente per quanto riguarda il follow-up postoperatorio necessario. Qui di seguito sono elencati ulteriori argomenti da discutere con il paziente per quanto riguarda le aspettative dopo una riparazione endovascolare.

- La performance a lungo termine delle protesi endovascolari non è stata ancora determinata. Tutti i pazienti devono essere consapevoli del fatto che il trattamento endovascolare richiede un impegno regolare a vita per quanto riguarda il follow-up volto a valutare il loro stato di salute e la performance della protesi endovascolare. I pazienti con segni clinici specifici (come, ad esempio, endoleak, ingrossamento dell'aneurisma o mutazioni nella struttura o nella posizione della protesi endovascolare) devono sottoporsi a un follow-up più intensivo. Le indicazioni specifiche per il follow-up sono delineate nella **Sezione 11, Linee guida per le tecniche di imaging e il follow-up postoperatorio**.

8 CONFEZIONAMENTO

La biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch è fornita sterile (ossido di etilene al 100%) e precaricata, all'interno di confezioni a strappo.

Questo dispositivo è previsto esclusivamente per l'uso in un singolo paziente. Non riutilizzare, ricondizionare o risterilizzare alcuna parte di questo dispositivo. Il riutilizzo, il ricondizionamento o la risterilizzazione possono compromettere l'integrità strutturale del dispositivo e/o causare il malfunzionamento, che a sua volta può provocare lesioni, malattie o la morte del paziente. Il riutilizzo, il ricondizionamento o la risterilizzazione comportano inoltre un rischio di contaminazione del dispositivo e/o possono provocare infezioni nel paziente o un'infezione incrociata, inclusa, ma non solo, la trasmissione di malattie infettive da un paziente all'altro. La contaminazione del dispositivo può comportare lesioni, malattie o la morte del paziente. Esaminare visivamente il dispositivo e la sua confezione per accertarsi che non abbiano subito danni durante il trasporto. In caso di danni, o se la barriera sterile è stata danneggiata o violata, non utilizzare il dispositivo. In caso di danni, non usare il prodotto e restituirlo alla Cook.

Prima dell'uso, verificare che i dispositivi corretti (per quantità e dimensioni) siano stati forniti per il paziente eseguendo il riscontro dei dispositivi a fronte dell'ordine prescritto dal medico per il paziente in questione. Non usare i dispositivi dopo la data di scadenza indicata sulla confezione. Conservare in un luogo fresco e asciutto.

La biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch è montata su una guaina di introduzione Flexor da 20 Fr. La superficie della guaina è trattata con un rivestimento idrofilo che, una volta idratato, ne agevola l'avanzamento. Per attivare il rivestimento idrofilo, passare la superficie della guaina con una compressa di garza da 10 x 10 cm imbevuta di soluzione fisiologica.

La biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch e i sistemi di inserimento sono disponibili nelle seguenti lunghezze e diametri.

Tabella 8.1 Biforcazioni iliache per protesi Branch								
Codice di ordinazione ¹	Diametro prossimale	Diametro distale	Diametro del ramo laterale ²	Guaina di introduzione Dimensione (Fr)	Guaina di introduzione (DI / DE)	Lunghezza del segmento iliaco Comune Esterna		Lunghezza complessiva della protesi
ZBIS-10-45-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm
ZBIS-10-61-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm
ZBIS-10-45-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm
ZBIS-10-61-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm
ZBIS-12-45-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm
ZBIS-12-61-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm
ZBIS-12-45-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm
ZBIS-12-61-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm

¹ZBIS-XX-YY-ZZ rappresenta la biforcazione iliaca; XX indica il diametro distale, YY indica la lunghezza del segmento per l'arteria iliaca comune (lunghezza tra il margine prossimale della protesi e la punta del ramo laterale) e ZZ indica la lunghezza del segmento per l'arteria iliaca esterna (lunghezza tra la punta del ramo laterale e il margine distale della protesi).

²Il ramo laterale contiene uno stent a Z in nitinol con diametro di 6 mm: esso deve essere dilatato a un diametro di 8 mm durante il rilascio dello stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino.

Le branche iliache Zenith e i sistemi di inserimento per l'uso con la biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch sono disponibili nelle seguenti lunghezze e diametri.

Tabella 8.2 Branche iliache				
Codice di ordinazione ¹	Diametro della branca iliaca	Guaina di introduzione Dimensione (Fr)	Guaina di introduzione (DI / DE)	Lunghezza utile della branca iliaca ²
TFLE-16-YY	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	37, 54, 71, 88 mm
ZSLE-16-YY-ZT	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	39, 56, 74, 90 mm
ZISL-16-YY	16 mm	12 Fr	(4,0 mm / 4,7 mm)	42, 59, 77, 93 mm

¹Esempio: TFLE-XX-YY è la branca iliaca dove XX è il diametro e YY è la lunghezza utile della branca iliaca.

²Lunghezza complessiva della branca = lunghezza utile + stent di innesto di 22 mm (per TFLE e ZSLE) e stent di innesto di 29,1 mm (per ZISL).

9 INFORMAZIONI PER USO CLINICO

9.1 Programma di formazione per il medico

ATTENZIONE - Nel caso in cui si rivelasse necessario operare la conversione ad una riparazione chirurgica a cielo aperto, è necessario che una équipe di chirurgia vascolare sia prontamente disponibile nel corso delle procedure di impianto o di revisione.

ATTENZIONE - La biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch con sistema di introduzione H&L-B One-Shot deve essere usata esclusivamente da medici e da équipe debitamente addestrati nelle tecniche interventistiche sul sistema vascolare, nelle tecniche generali relative al dispositivo Zenith e nell'uso specifico del presente dispositivo. I requisiti consigliati relativi alle qualifiche e alle conoscenze dei medici che utilizzano la biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch con sistema di introduzione H&L-B One-Shot sono delineati qui di seguito.

Selezione dei pazienti

- Conoscenza del decorso naturale degli aneurismi dell'aorta addominale (AAA) e delle condizioni comorbide associate alla riparazione degli AAA.
- Conoscenza dell'interpretazione delle immagini radiografiche, della selezione del dispositivo e della selezione delle dimensioni idonee.

Équipe pluridisciplinare con esperienza combinata nelle seguenti procedure.

- Scopertura chirurgica dell'arteria femorale, arteriotomia e riparazione
- Tecniche di accesso e chiusura percutanee
- Tecniche selettive e non selettive con l'utilizzo di guide e cateteri
- Interpretazione delle immagini fluoroscopiche e angiografiche
- Embolizzazione
- Angioplastica
- Posizionamento di stent endovascolari
- Tecniche che prevedono l'uso di dispositivi di recupero a cappio
- Opportuno uso di mezzo di contrasto a fini radiografici
- Tecniche atte a minimizzare l'esposizione a radiazioni
- Esperienza nelle necessarie modalità di follow-up del paziente

9.2 Esame prima dell'uso

Esaminare visivamente il dispositivo e la sua confezione per accertarsi che non abbiano subito danni durante il trasporto. In caso di danni, o se la barriera sterile è stata danneggiata o violata, non utilizzare il dispositivo. In caso di danni, non usare il prodotto e restituirlo alla COOK. Prima dell'uso, verificare che i dispositivi corretti (per quantità e dimensioni) siano stati forniti per il paziente eseguendo il riscontro dei dispositivi a fronte dell'ordine prescritto dal medico per il paziente in questione.

9.3 Materiali necessari

(non inclusi nel sistema iliaco biforcuto)

- endoprotesi per branca iliaca Zenith (ad es., TFLE-16-(37,54,71,88), ZSLE-16-(39,56,74,90)-ZT, ZISL-16-(42,59,77,93))
- endoprotesi biforcuto Zenith (ad es., endoprotesi addominale Zenith)
- kit di componenti ausiliari per AAA Zenith
- fluoroscopia predisposto per l'angiografia digitale (con braccio a C o unità fissa)
- mezzo di contrasto
- siringa
- soluzione fisiologica eparinata
- stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino
- palloncini delle dimensioni idonee

Tabella 9.5.1 Guida alla determinazione delle dimensioni idonee della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch* (segmento per arteria iliaca esterna)

Diametro dell'arteria iliaca esterna ^{1,2}	Diametro della branca iliaca esterna Branch ³	Guaina di introduzione Dimensione (Fr)	Guaina di introduzione (DI / DE)
8 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
9 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
10 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
11 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)

¹Diametro massimo lungo il sito di fissazione distale.

²Arrotondare il diametro iliaco misurato al mm più vicino.

³Ulteriori fattori possono condizionare la scelta del diametro.

*Tutte le dimensioni sono nominali.

Il diametro dell'endoprotesi per branca iliaca (ad es., TFLE, ZSLE, ZISL) usata per collegare la protesi per AAA Zenith alla biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch è di 16 mm.

Lo stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino deve dilatarsi a un diametro di 8 mm all'interno del ramo laterale della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch; la sua dimensione deve tuttavia essere compatibile con l'arteria iliaca interna e va selezionata in base alle istruzioni del fabbricante.

9.4 Materiali consigliati

(non inclusi nel sistema iliaco biforcuto)

Si consigliano i seguenti prodotti.

Guide

- Guida extra rigida da 0,035 inch (0,89 mm), lunga 260 cm; ad esempio:
 - guide extra rigide Cook Lunderquist (LES)
 - guide ultra rigide Cook Amplatz (AUS2)
- Guida standard da 0,035 inch (0,89 mm); ad esempio:
 - guida Cook da 0,035 inch (0,89 mm)
- Guida idrofila da 0,018 inch (0,46 mm)
- Guida idrofila da 0,035 inch (0,89 mm), lunga 260 cm; ad esempio:
 - guida Cook Nimble™
- Guida di interscambio da 0,035 inch (0,89 mm), lunga 260 cm; ad esempio:
 - guida Cook Roadrunner® PC
 - guida extra rigida Cook Amplatz (AES)
 - guida Cook Rosen

Palloncini dilatatori

- catetere a palloncino Cook CODA® (32 mm)

Set di introduzione (da 7 Fr [con diametro interno di 2,3 mm], da 8 Fr [con diametro interno di 2,7 mm], da 10 Fr [con diametro interno di 3,3 mm] e da 12 Fr [con diametro interno di 4,0 mm])

- set di introduzione Cook Check-Flo®
- introduttori Cook Flexor Check-Flo
- introduttori Cook Flexor Check-Flo con modifica Raabe
- set di introduzione Cook Check-Flo extra large
- introduttori controlaterali Cook Flexor Balkin Up & Over®
- guaine di guida Cook Flexor

Cateteri

- catetere per la determinazione delle dimensioni idonee; ad esempio:
 - cateteri centimetrati Cook Auros®
- cateteri angiografici con punta radiopaca; ad esempio:
 - cateteri angiografici Cook con punta Beacon®
 - cateteri Cook Royal Flush® con punta Beacon

Aghi di accesso

- aghi di accesso Cook per puntura di parete singola

Cappio

- set per il recupero endovascolare Dotter

9.5 Linee guida per la determinazione del diametro idoneo del dispositivo

La selezione del diametro va determinata in base al diametro del vaso da parete esterna a parete esterna, non in base al diametro del lume del vaso. Una stima per difetto o per eccesso delle dimensioni idonee del dispositivo può dare luogo a una incompleta esclusione dell'aneurisma o alla compromissione del flusso sanguigno.

10 ISTRUZIONI PER L'USO

Prima di procedere all'uso della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch con sistema di introduzione H&L-B One-Shot, esaminare l'opuscolo intitolato Istruzioni per l'uso consigliate. Le seguenti istruzioni fungono da linee guida di base per l'impianto del dispositivo. È comunque possibile che sia necessario apportare modifiche alle procedure qui descritte. Le presenti istruzioni sono previste come indicazioni di massima per il medico e non devono prevalere sul suo giudizio professionale.

Informazioni generali sull'impiego

L'uso della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch con sistema di introduzione H&L-B One-Shot prevede l'impiego di tecniche standard per il posizionamento di guaine per l'accesso al sistema arterioso, cateteri guida, cateteri angiografici e guide. La biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch con sistema di introduzione H&L-B One-Shot è compatibile con le guide da 0,035 inch (0,89 mm).

Informazioni generali sull'impianto

La biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch è prevista per il posizionamento attraverso l'arteria femorale comune sul lato dell'aneurisma dell'arteria iliaca comune da trattare. Una protesi per AAA Zenith viene inserita nel lato opposto rispetto alla biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch.

La sequenza consigliata per il posizionamento di più componenti è la seguente.

1. Inserimento e rilascio della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch, incluso il posizionamento dello stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino (attraverso l'arteria iliaca).
2. Inserimento e rilascio della protesi per AAA Zenith (inserita attraverso l'arteria iliaca opposta).
3. Inserimento e posizionamento dell'endoprotesi per branca iliaca Zenith (ad es., TFLE, ZSLE, ZISL) attraverso il sito di accesso della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch nell'estremità controlaterale (cioè corta) dell'endoprotesi addominale, al fine di collegare il lume dell'endoprotesi addominale alla biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch.
4. Inserimento e posizionamento di una endoprotesi per branca iliaca Zenith (ad es., TFLE, ZSLE, ZISL) nell'estremità omolaterale (cioè lunga) della protesi per AAA Zenith (se occorre).

Fattori da considerare in sede preliminare

Prima dell'impianto, verificare che nel corso della pianificazione dell'intervento sia stato selezionato il dispositivo delle dimensioni idonee. I fattori determinanti includono i seguenti.

1. Selezione dell'arteria femorale per l'introduzione del sistema di inserimento (cioè, definizione dell'arteria iliaca opportuna).
2. Angolazione delle arterie iliache.
3. Diametri degli opportuni vasi iliaci distali.
4. Distanza tra la biforcazione aortica e l'arteria ipogastrica (iliaca interna) e i siti di fissazione.
5. Considerazione del grado di calcificazione dei vasi.

Preparazione del paziente

1. Consultare i protocolli della struttura sanitaria di appartenenza per l'anestesia, la terapia anticoagulante e il monitoraggio delle funzioni vitali.
2. Posizionare il paziente su un lettino per imaging e procedere con la visualizzazione fluoroscopica dall'arco aortico alle biforcazioni femorali.
3. Esporre le arterie femorali comuni in base alle necessità mediante tecnica chirurgica standard.
4. Stabilire un controllo prossimale e distale adeguato dei vasi femorali in base alle necessità.

10.1 Preparazione e lavaggio della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch

1. Rimuovere il mandrino di confezionamento con connettore nero (dalla cannula interna), il tubicino di protezione della cannula (dalla cannula interna) e l'elemento di protezione della punta del dilatatore (dalla punta del dilatatore). Staccare la guaina Peel-Away dal retro della valvola emostatica. (Figura 3) Spingere la guaina di introduzione in avanti sulla punta del dilatatore finché il catetere curvo non è più esposto. Elevare la punta distale del sistema e lavare attraverso il rubinetto della valvola emostatica fino alla fuoriuscita del fluido dall'apertura laterale in prossimità della punta della guaina di introduzione. (Figura 4) Continuare a iniettare per intero 20 mL di soluzione di lavaggio attraverso il dispositivo. Sospendere l'iniezione e chiudere il rubinetto sulla cannula di collegamento.

NOTA - Per il lavaggio dell'endoprotesi si utilizza sempre una soluzione fisiologica eparinata.

NOTA - Verificare che la valvola emostatica Captor della guaina di introduzione Flexor sia in posizione aperta. (Figura 5)

2. Collegare la siringa contenente soluzione fisiologica eparinata al connettore della cannula interna. Lavare fino alla fuoriuscita del fluido dalla punta distale del dilatatore. (Figura 6)

NOTA - Durante il lavaggio del sistema, elevarne l'estremità distale per agevolare la rimozione dell'aria.

3. Rimuovere la guida precaricata dal sistema di inserimento.
4. Collegare una siringa contenente soluzione fisiologica eparinata al raccordo Luer del catetere precaricato. Lavare fino alla fuoriuscita del fluido dalla punta distale del catetere.
5. Inserire nel catetere precaricato una guida idrofila con anima in nitinolo idonea da 0,018 inch (0,46 mm) o da 0,035 inch (0,89 mm) compatibile e lunga 260 cm.
6. Saturare delle compresse di garza da 10 x 10 cm con soluzione fisiologica e passarle sulla guaina di introduzione Flexor per attivare il rivestimento idrofilo. Idratare abbondantemente sia la guaina che la punta del dilatatore.

10.2 Accesso al sistema vascolare e angiografia

1. Pungere l'arteria femorale comune selezionata (o le arterie femorali comuni selezionate) mediante tecnica standard usando un ago arterioso ultrasottile di calibro 18 o 19. Dopo aver ottenuto accesso al vaso, inserire i seguenti dispositivi.
 - Guide standard da 0,035 inch (0,89 mm), lunghe 145 cm, con punta a J o guida Bentson
 - Guaine di introduzione delle dimensioni opportune (ad esempio, guaine da 5 Fr [con diametro interno di 1,7 mm] o 8 Fr [con diametro interno di 2,7 mm])
 - Cateteri di lavaggio (vengono spesso usati cateteri radiopachi centimetrati o cateteri di lavaggio diritti)

NOTA - Usare una guida da 8 Fr (con diametro interno di 2,7 mm) inserita nell'aorta addominale inferiore nel lato controlaterale.

2. Eseguire l'angiografia per determinare la posizione della biforcazione aortica e dell'arteria iliaca interna sul lato di impianto della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch.

10.3 Posizionamento della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch

1. Accertarsi che il sistema di inserimento sia stato lavato con soluzione fisiologica eparinata e che tutta l'aria sia stata rimossa dal sistema.
2. Somministrare eparina per via sistemica e controllare le soluzioni di lavaggio. Eseguire il lavaggio a seguito di tutte le sostituzioni di cateteri e/o guide.

NOTA - Nel corso dell'intera procedura, monitorare lo stato coagulatorio del paziente.

3. Sul lato di impianto della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch, sostituire la guida a J con una guida rigida (AUS o LES) da 0,035 inch (0,89 mm), lunga 260 cm e fare avanzare quest'ultima nel catetere e all'interno dell'aorta toracica superiore. Rimuovere il catetere di lavaggio e la guaina. Mantenere invariata la posizione della guida.

NOTA - La posizione e l'orientamento dell'origine dell'arteria iliaca interna nonché della biforcazione aortica devono essere identificate mediante imaging preoperatorio o intraoperatorio prima dell'inserimento del dispositivo.

4. Prima dell'inserimento, controllare l'orientamento del segmento per il ramo laterale mediante fluoroscopia, per accertarsi che la sua posizione sia opportunamente allineata all'anatomia.

NOTA - A questo punto, il dispositivo è completamente coperto dalla guaina esterna, ma questa immagine a guaina retratta mostra i quattro marker radiopachi d'oro allineati con l'aspetto più laterale del ramo laterale nonché la scanalatura che ospita il catetere già in posizione. (Figura 7)

NOTA - Il secondo marker dall'estremità distale (2D) è il marker di riferimento per la posizione più prossimale dell'estremità prossimale dello stent ricoperto che estende il ramo laterale all'interno dell'arteria iliaca interna. Il secondo marker dall'estremità prossimale (2P) è il marker di riferimento per la posizione più distale dell'estremità distale dell'estensione della branca che collegherà il segmento per ramo iliaco laterale alla protesi a stent biforcuto che verrà posizionata e rilasciata sopra la biforcazione aortica.

NOTA - L'orientamento può essere confermato mediante esame visivo poiché la scanalatura della punta del dilatatore rastremato (dove la guida precaricata emerge dal sistema) è allineata con il ramo laterale.

5. Inserire sulla guida il sistema di inserimento della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch; inserirlo quindi nell'arteria iliaca fino a portare la punta del catetere già in posizione (situato nella scanalatura della punta del dilatatore, sotto la guaina esterna) appena sopra la biforcazione aortica e in allineamento rotazionale con l'origine dell'arteria iliaca comune opposta. (Figura 8)

ATTENZIONE - Mantenere invariata la posizione della guida durante l'inserimento del sistema di introduzione.

ATTENZIONE - Per evitare la torsione della protesi endovascolare, nel corso di tutte le rotazioni del sistema di inserimento, fare attenzione a ruotare tutti i componenti del sistema simultaneamente (dalla guaina esterna alla cannula interna).

NOTA - Un leggero avanzamento della guida idrofila attraverso la punta del catetere può aiutare a visualizzare la posizione della punta del catetere.

10.4 Posizionamento della guida passante

1. Fare avanzare la guida idrofila e il catetere nell'aorta. Posizionare la guida per la cattura facendola avanzare come richiesto attraverso la punta del catetere curvo.
2. Fare avanzare un cappio idoneo attraverso la guaina di accesso nell'arteria iliaca opposta, catturare la punta della guida idrofila e tirarla creando una situazione con guida passante. (Figura 9)

ATTENZIONE - Durante questa manovra, la guida idrofila passante deve essere fatta avanzare in modo da mantenerla leggermente lasca in corrispondenza della biforcazione aortica.

10.5 Rilascio della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch prossimale

1. Fare avanzare la guaina da 8 Fr (con diametro interno di 2,7 mm) nell'estremità opposta fino a portarla in posizione superiore rispetto al livello della biforcazione aortica; eseguire quindi l'angiografia attraverso di essa per determinare la posizione dell'arteria iliaca interna sul lato di impianto del dispositivo. (Figura 10)
2. Verificare che il sistema protesico sia orientato in modo che l'estremità distale del ramo laterale (in base a quanto indicato dal marker radiopaco più distale) sia posizionata 10 mm sopra l'origine dell'arteria iliaca interna, con un orientamento rotazionale in grado di consentire il facile accesso a tale arteria. Se i marker radiopachi non sono nella posizione corretta, fare ruotare l'intero sistema fino ad allineare i marker con l'orifizio dell'arteria iliaca interna e/o fare avanzare o ritirare il sistema in base alle necessità. (Figura 11)

ATTENZIONE - Per evitare la torsione della protesi endovascolare, nel corso di tutte le rotazioni del sistema di inserimento, fare attenzione a ruotare tutti i componenti del sistema simultaneamente (dalla guaina esterna alla cannula interna).

3. Una volta sistemato il dispositivo in una posizione soddisfacente, stabilizzare il posizionatore grigio (lo stelo del sistema di inserimento) e ritirare nel contempo la guaina di introduzione esterna. Rilasciare la biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch fino a esporre l'estremità distale del ramo laterale. (Figura 12)
4. Arrestare il ritiro della guaina.

AVVERTENZA - Non ritirare ulteriormente la guaina; in caso contrario, il componente per l'iliaca esterna si dilata impedendo di variare ulteriormente la posizione del dispositivo.

10.6 Posizionamento con guaina "up and over"

1. Ritirare la guaina di accesso all'arteria iliaca opposta lasciando in posizione la guida idrofila passante con anima in nitinolo.
2. Fare avanzare una guaina "up and over" delle dimensioni idonee sulla guida idrofila passante con anima in nitinolo, fino a portare la punta del dilatatore della guaina a contatto con la punta del catetere precaricato. (Figura 13)

NOTA - Per agevolare l'avanzamento, può essere necessario applicare una delicata trazione a entrambe le estremità della guida.

ATTENZIONE - Se non si fa avanzare il catetere precaricato oltre la biforcazione aortica, esercitare maggiore cautela durante la manipolazione della guida per evitare di danneggiare i vasi coinvolti.

3. Clampare entrambe le estremità della guida idrofila passante (dove esce dal catetere precaricato e dalla guaina "up and over").

- Continuare a fare avanzare la guaina sulla guida fissata applicando nel contempo una delicata tensione intermittente sul catetere precaricato in modo che la guaina e il catetere avanzino oltre la biforcazione, all'interno dell'apertura prossimale del dispositivo e fuori, attraverso il ramo laterale. (Figura 14)

NOTA - A seconda della lunghezza della punta del dilatatore della guaina utilizzata, può essere necessario fare avanzare la guaina sulla punta del suo dilatatore per garantire il posizionamento della guaina all'interno del ramo laterale.

- Rimuovere il dilatatore della guaina "up and over".

10.7 Incannulamento dell'arteria iliaca interna

- Forare la valvola emostatica della guaina "up and over" quanto più in là possibile su un lato e inserire una combinazione idonea di guida e catetere. (Figura 15)
- Fare avanzare la guida e il catetere attraverso la guaina "up and over" nell'arteria iliaca interna. (Figura 16)
- Sostituire la guida nell'arteria iliaca interna con una guida di supporto (ad esempio, una guida Rosen o AES). Accertarsi di stabilizzare la guida posizionata all'interno dell'arteria iliaca interna.

10.8 Posizionamento dello stent periferico per bridging ricoperto dilatabile mediante palloncino

- Estrarre il catetere dalla guaina "up and over", lasciando la guaina e le guide in posizione, e fare avanzare lo stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino premontato e delle dimensioni idonee sulla guida di supporto, fino a inserirlo nell'arteria iliaca interna. (Figura 17)

NOTA - Può essere utile precaricare lo stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino premontato in una guaina supplementare per proteggerlo durante l'avanzamento attraverso la guaina "up and over" e nell'arteria iliaca interna. È necessario selezionare combinazioni idonee di guaina, guide e stent per consentire il passaggio della guaina interna attraverso la guaina "up and over" in modo coassiale, mantenendo in posizione la guida passante.

- Controllare opportunamente l'angiogramma per confermare l'adeguatezza della posizione dello stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino per quanto riguarda la sovrapposizione con il ramo laterale e il sito di fissazione previsto nell'arteria iliaca interna.

NOTA - Quando rilasciato, lo stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino deve sovrapporsi al ramo laterale della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch di 10-14 mm.

NOTA - A questo punto della procedura è generalmente possibile eseguire l'angiografia attraverso la guaina "up and over" o attraverso il catetere situato nell'arteria iliaca comune.

- Ritirare la guida idrofila passante con anima in nitinol e il catetere precaricato.
- Se necessario, apportare piccole variazioni alla posizione della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch in modo da sistemare l'apertura distale del ramo laterale in una posizione idonea in relazione all'origine dell'arteria iliaca interna.

10.9 Rilascio della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch distale

- Ritirare la guaina di introduzione della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch fino a rilasciare completamente il componente per l'arteria iliaca esterna. (Figura 18)
- Rimuovere il meccanismo di sicurezza dal meccanismo di rilascio nero a filo di sicurezza. Sotto osservazione fluoroscopica, ritirare e rimuovere il filo di sicurezza facendo scorrere il meccanismo di rilascio nero a filo

di sicurezza fuori dall'impugnatura; rimuoverlo quindi dalla fessura sulla cannula interna. (Figura 19)

NOTA - Lo stent distale è ancora fissato dal filo di sicurezza.

10.10 Rilascio dello stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino

- Ritirare la guaina "up and over" fino a una posizione idonea a consentire il rilascio dello stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino.
- Rilasciare lo stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino ed eseguire ulteriori dilatazioni mediante palloncino in base alle necessità. (Figura 20)

NOTA - Lo stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino deve essere dilatato a un diametro minimo di 8 mm all'interno del ramo laterale della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch; la sua dimensione finale deve inoltre essere adeguata ai fini dell'aderenza alla parete dell'arteria iliaca interna.

NOTA - Lo stent periferico ricoperto dilatabile mediante palloncino deve sovrapporsi al ramo laterale della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch di almeno 10 mm ma non oltre il secondo marker posto sull'estremità distale del ramo laterale; esso deve inoltre avere un sito di fissazione distale all'interno dell'arteria iliaca interna di almeno 10 mm (ma preferibilmente di 20-30 mm).

NOTA - Non rimuovere ancora il palloncino dal segmento per il ramo laterale della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch.

- Rimuovere il meccanismo di sicurezza dal meccanismo di rilascio bianco a filo di sicurezza. Sotto osservazione fluoroscopica, ritirare e rimuovere il filo di sicurezza facendo scorrere il meccanismo di rilascio bianco a filo di sicurezza fuori dall'impugnatura; rimuoverlo quindi dalla fessura sulla cannula interna. (Figura 21)
- Gonfiare nuovamente il palloncino all'interno del segmento per il ramo laterale, in modo da stabilizzare il dispositivo e ritirare il sistema di introduzione attraverso la protesi e all'interno della guaina di introduzione.

ATTENZIONE - Durante la rimozione del sistema di introduzione o l'avanzamento di altri componenti attraverso la biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch, è necessario agire con cautela per evitare di spostarla o danneggiarla.

NOTA - Accertarsi che la guida rimanga in una posizione idonea ai fini dell'incannulamento della protesi per AAA Zenith.

- Sgonfiare e rimuovere il palloncino.
- Ritirare la guida e la guaina "up and over" nell'arteria iliaca comune opposta.

10.11 Rilascio della protesi per AAA Zenith e dell'endoprotei per branca iliaca

- Introdurre un catetere e una guida rigida (AUS o LES) standard da 0,035 inch (0,89 mm), lunga 260 cm, attraverso l'accesso dell'arteria iliaca nel lato opposto alla biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch.
- Rimuovere le guaine e i cateteri esistenti e introdurre e posizionare il corpo principale dell'endoprotei biforcata Zenith secondo il protocollo standard Zenith (consultare le Istruzioni per l'uso dell'endoprotei Zenith rilevante).
- Incannulare l'estremità corta (controlaterale) dell'endoprotei biforcata Zenith attraverso la biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch.
- Inserire e posizionare un'endoprotei per branca iliaca (ad es., TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX) di lunghezza appropriata attraverso la biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch in modo che la sovrapposizione consigliata sia raggiunta come illustrato sotto.

Sovrapposizione consigliata dell'endoprotei per branca iliaca Zenith che collega l'estremità controlaterale dell'endoprotei biforcata Zenith alla biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch

Sovrapposizione all'estremità controlaterale dell'endoprotei biforcata Zenith	1 stent e ¼ al minimo
	1 stent e ¾ al massimo
Sovrapposizione all'interno del corpo della protesi endovascolare Zenith Branch	1 stent e ½ al minimo
	Al massimo, non oltre il secondo marker situato sull'estremità prossimale del dispositivo

- Continuare il posizionamento e rilascio dell'endoprotei biforcata Zenith come indicato nelle Istruzioni per l'uso pertinenti.

10.12 Inserimento del palloncino dilatatore

NOTA - Prima dell'uso del palloncino dilatatore, rimuovere con cautela tutti i dispositivi accessori.

- Per l'endoprotei biforcata Zenith usare il palloncino dilatatore come indicato nelle Istruzioni per l'uso pertinenti.
- Per la biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch, preparare il palloncino dilatatore come segue.
 - Lavare il lume per la guida con soluzione fisiologica eparinata
 - Eliminare tutta l'aria presente nel palloncino
- In preparazione all'inserimento del palloncino dilatatore, aprire la valvola emostatica Captor facendola girare in senso antiorario.
- Fare avanzare il palloncino dilatatore sulla guida rigida e attraverso la valvola emostatica Captor del sistema di introduzione della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch fino alla sovrapposizione fra il segmento iliaco comune della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch e le endoprotei per branca iliaca Zenith* (ad es., TFLE, ZSLE, ZISL) e quindi eseguire l'espansione.

ATTENZIONE - Prima del riposizionamento, confermare il completo sgonfiamento del palloncino.

ATTENZIONE - La valvola emostatica Captor va aperta prima di riposizionare il palloncino dilatatore.

NOTA - Nel caso della dilatazione mediante palloncino in prossimità della biforcazione iliaca per protesi endovascolare Zenith Branch, accertarsi che il palloncino non attraversi la biforcazione.

11 LINEE GUIDA PER LE TECNICHE DI IMAGING E IL FOLLOW-UP POSTOPERATORIO

Consultare la Tabella 11 per i requisiti di imaging e di follow-up postoperatori.

Tabella 11 Programma per le procedure di imaging

	Preoperatoria	Intraoperatoria	Postoperatoria	A 30 giorni	A 6 mesi	A 12 mesi	A 24 mesi
TC	X		X ¹	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹
Lastre reni-ureteri-vescica (Radiografia in posizione supina, reni, ureteri e vescica)			X	X	X	X	X
Angiografia	X	X					

¹Lecografia duplex può essere usata per i pazienti affetti da insufficienza renale o che non siano comunque in grado di sottoporsi a una scansione TC con l'uso di mezzo di contrasto.

NEDERLANDS

ZENITH® BRANCH ENDOVASCULAIR IMPLANTAAT-ILIACALE BIFURCATIE MET HET H&L-B ONE SHOT™ INTRODUCTIESYSTEEM

Lees alle instructies zorgvuldig door. Als de instructies, waarschuwingen en voorzorgsmaatregelen niet goed worden opgevolgd, kan dat tot ernstige gevolgen voor of letsel van de patiënt leiden.

Zie voor informatie over andere Zenith-componenten de toepasselijke gebruiksaanwijzing.

1 BESCHRIJVING VAN HET HULPMIDDEL

1.1 Zenith Branch endovasculair implantaat-iliacale bifurcatie

Het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie is een gebifurqueerd vaatimplantaat met openingen voor aansluiting op het a. iliaca communis-, zijtak- en a. iliaca externa-segment. **(Afbeelding 1)**

Het implantaat is vervaardigd van gewezen polyesterweefsel van volledige dikte dat met gevlochten polyester en polypropyleenmonofilament- hecht draad op zelfexpanderende roestvrijstalen en nitinol Cook-Z® stents genaaid is. Het implantaat is over de gehele lengte voorzien van stents die voor stabiliteit zorgen en de expansiekracht leveren die nodig is om het lumen van het implantaat tijdens ontplooiing te openen. Aan het proximale uiteinde van het implantaat en in de zijtak geplaatste nitinolringen handhaven de doorgankelijkheid van het lumen tijdens introductie. Voorts zorgen de Cook-Z stents voor de nodige afdichting tussen het implantaat en de vaatwand.

Om de stent fluoroscopisch beter in beeld te kunnen brengen, zijn er vier radiopake gouden markeringen aangebracht langs de a. iliaca internakant van het proximale deel van het implantaat die de plaats van het zijtaksegment aangeven.

Er zijn extra componenten nodig, zoals Zenith iliacale pootprothesen (bijv. TFLE, ZSLE, ZISL) en met een ballon expanderbare, bedekte perifere stents. Ieder afzonderlijk hulpmiddel heeft zijn eigen afleversysteem. Raadpleeg de relevante gebruiksaanwijzing.

1.2 Afleversysteem voor het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie

Het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie wordt voer geladen op het H&L-B One-Shot introductiesysteem geleverd. **(Afbeelding 2)** Dit systeem berust op een ontplooiingsmethode bestaande uit opeenvolgende stappen en is voorzien van ingebouwde voorzieningen waarmee het implantaat tijdens de ontplooiingsprocedure continu onder controle wordt gehouden.

Het proximale uiteinde van het implantaat is met twee nitinol trigger wires bevestigd aan het afleversysteem. Het distale uiteinde van het implantaat is eveneens aan het afleversysteem gekoppeld en wordt met een onafhankelijke roestvrijstalen draad bediend. Met het H&L-B One-Shot introductiesysteem wordt het implantaat nauwkeurig gepositioneerd en is aanpassing van de positie van het implantaat mogelijk voordat het volledig wordt ontplooid. Het afleversysteem maakt gebruik van een 20 Fr (6,7 mm buitendiameter) H&L-B One-Shot introductiesysteem dat zowel een voorgegeladen katheter heeft die gebruikt wordt om catulatie van de zijtak te vergemakkelijken, als een voerdraad, die gebruikt wordt om ervoor te zorgen dat het lumen van de katheter in stand wordt gehouden tijdens laden en verandering. Alle systemen zijn compatibel met een 0,035 inch (0,89 mm) voerdraad. Voor extra hemostase kan de Captor hemostatische klep worden geopend of gesloten voor het via de sheath introduceren en/of verwijderen van hulponderdelen.

Het afleversysteem voor het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie is voorzien van een Flexor® introducer sheath die bestand is tegen knikken en een hydrofiele coating heeft. Beide voorzieningen zijn bedoeld om de manoeuvreerbaarheid in de aa. iliacae en de aorta abdominalis te verbeteren. Bovendien is de voorgegeladen katheter gebogen om de positionering van de voerdraad tijdens het snoerproces te verbeteren.

1.3 Bijkomende componenten

Er zijn ook extra componenten (iliacale pootprothese, met een ballon expanderbare bedekte perifere stent) nodig.

Er zijn Zenith iliacale pootprothesen verkrijgbaar (bijv. TFLE, ZSLE, ZISL); deze zijn vervaardigd van dezelfde materialen als waarvan het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie is gemaakt. Zie de gebruiksaanwijzingen bij de desbetreffende Zenith iliacale pootprothesen en afleversystemen voor instructies voor het ontplooiën ervan. Het a. iliaca communis-gedeelte van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie, dat in de a. iliaca communis wordt geplaatst, wordt met de korte (contralaterale) stomp van een Zenith gebifurqueerde prothese (bijv. Zenith AAA endovasculaire prothese) verbonden met behulp van een standaard iliacale poot van geschikte lengte en met een distale diameter van 16 mm (bijv. TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX).

Een met een ballon expanderbare bedekte perifere stent wordt in het zijtaksegment ontplooid en strekt zich tot in de a. iliaca interna uit. Zie de gebruiksaanwijzing voor dit hulpmiddel voor aanwijzingen voor de ontplooiing ervan.

2 BEOOGD GEBRUIK

Het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie met het H&L-B One-Shot introductiesysteem is geïndiceerd voor de endovasculaire behandeling van patiënten met een aorto-iliacaal of iliaacaal aneurysma, een onvoldoende distale afdichtingsplaats in de a. iliaca communis en een morfologie die geschikt is voor endovasculaire reparatie, waaronder:

- adequate iliacale/femorale toegang die compatibel is met een 20 Fr (7,7 mm buitendiameter) introductiesysteem,
- niet-aneurysmatisch a. iliaca externa-segment voor fixatie distaal van het aneurysma:
 - met een lengte van ten minste 20 mm,
 - met een diameter gemeten van buitenwand tot buitenwand van niet meer dan 11 mm en niet minder dan 8 mm,
- niet-aneurysmatisch a. iliaca interna-segment distaal van het aneurysma:
 - met een lengte van ten minste 10 mm (waarbij 20-30 mm de voorkeur heeft),
 - met een diameter die acceptabel is voor de juiste afdichting.

3 CONTRA-INDICATIES

Er zijn voor deze hulpmiddelen geen contra-indicaties bekend.

4 WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGSMATREGELEN

4.1 Algemeen

- Lees alle instructies zorgvuldig door. Als de instructies, waarschuwingen en voorzorgsmaatregelen niet goed worden opgevolgd, kan dat tot ernstige gevolgen voor of letsel van de patiënt leiden.
- Het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie met het H&L-B One-Shot introductiesysteem mag uitsluitend worden gebruikt

door artsen en teams die opgeleid zijn in vasculaire

interventietechnieken en het gebruik van dit hulpmiddel.

- Als CT-beeldvorming zonder contrastmiddel ontbreekt, kan iliacale of aortale verkalking onopgemerkt blijven; dergelijke verkalkingen kunnen toegang tot het bloedvat of betrouwbare fixatie van het implantaat en afdichting tussen het implantaat en de vaatwand verhinderen.
- Preprocedurale CT-beeldvorming met plakken > 3 mm kan resulteren in de keuze van een suboptimale maat van het implantaat of in het niet onderscheiden van lokale stenose.
- Het functioneren van endovasculaire implantaten op lange termijn is nog niet vastgesteld. Alle patiënten dienen te worden geadviseerd dat endovasculaire behandeling levenslange, regelmatige controle vereist om hun gezondheid en het functioneren van hun endovasculaire implantaat te beoordelen. Patiënten met specifieke klinische bevindingen (zoals endolekkage, een groeiend aneurysma of veranderingen in structuur of positie van het endovasculaire implantaat) dienen intensiever te worden gecontroleerd. Specifieke controle richtlijnen staan beschreven in **hoofdstuk 11, 'Richtlijnen voor beeldvormend onderzoek en postoperatieve controle'**.
- Na plaatsing van het endovasculaire implantaat dient de patiënt regelmatig te worden gecontroleerd op peri-implantaatstroom, groei van het aneurysma of veranderingen in structuur of positie van het endovasculaire implantaat.

Minimaal eenmaal per jaar is beeldvorming vereist, met inbegrip van:

- 1) röntgenopnamen van de buik ter controle van de integriteit van het implantaat (van elkaar losgeraakte componenten of stentbreuk) en
- 2) CT-onderzoek met en zonder contrastmiddel ter controle van aneurysmaveranderingen, peri-implantaatstroom, doorgankelijkheid, kronkeligheid en ziekteprogressie.

- Als een nierfunctiestoornis of andere factoren het gebruik van beeldvorming met contrastmiddel verhinderen, kunnen röntgenopnamen van de buik en duplexscanning vergelijkbare informatie opleveren.
- Het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie met het H&L-B One-Shot introductiesysteem wordt afgeraden voor gebruik bij patiënten die niet in staat of niet bereid zijn de nodige pre- en postoperatieve beeldvormende onderzoeken en implantatieonderzoeken te ondergaan als beschreven in **hoofdstuk 11, 'Richtlijnen voor beeldvormend onderzoek en postoperatieve controle'**.
- Interventie of conversie naar standaard open operatieve reparatie na de initiële endovasculaire reparatie dient te worden overwogen bij patiënten met een groeiend aneurysma, een onacceptabele afname van de fixatieleengte (overlap van bloedvat en component) en/of endolekkage. Een groter wordend aneurysma en/of persisterende endolekkage kunnen tot een aneurysmaruptuur leiden.
- Bij patiënten met een afnemende bloedstroom door de stomp van het implantaat en/of lekkage kan een secundaire interventie of een operatieve ingreep nodig zijn.
- Zorg ervoor dat er tijdens implantaties of herinterventies altijd een vaatooperatieteam beschikbaar is mocht conversie naar open operatieve reparatie nodig zijn.
- De implantatie van een endovasculaire stentprothese is een chirurgische procedure waarbij bloedverlies door diverse oorzaken kan optreden, wat in zeldzame gevallen een ingreep (inclusief transfusie) vereist om een ongunstige uitkomst te voorkomen. Het is belangrijk om gedurende de gehele procedure het bloedverlies uit de hemostatische klep te controleren, maar dit is vooral relevant tijdens en na de manipulatie van de grijze pusher. Bij overmatig bloedverlies na verwijdering van de grijze pusher kunt u overwegen een niet-gevulde modelleringsballoon of een introductiesysteemdilatator in de klep te plaatsen om de bloedstroom te beperken.

4.2 Selectie, behandeling en controle van de patiënt

- De diameter (gemeten van binnenwand tot binnenwand) en de morfologie (minimale kronkeligheid, occlusie en/of verkalking) van het toegangsvat dienen compatibel te zijn met vasculaire introductietechnieken en afleversystemen die door een vasculaire introducer sheath van 20 Fr (7,7 mm buitendiameter) passen. Aanzienlijk verkalkte, geoccludeerde, kronkelige of trombotische bloedvaten kunnen plaatsing van het endovasculaire implantaat verhinderen en/of het risico van embolisatie vergroten.
- Belangrijke anatomische elementen die succesvolle exclusie van het aneurysma kunnen beïnvloeden zijn onder meer kronkeligheid van een van de betrokken bloedvaten of van alle bloedvaten, te kleine of te grote aa. iliacae, omtrektrombus, aneurysma van de a. iliaca interna en/of de a. iliaca externa en/of verkalking van de arteriële implantatieplaatsen. Onregelmatige verkalking en/of plaque kunnen de fixatie en afdichting van de implantatieplaatsen en het vermogen om de introductiesystemen op te voeren, verstoren.
- Het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie met het H&L-B One-Shot introductiesysteem wordt afgeraden voor patiënten die de contrastmiddelen die nodig zijn bij intra- en postoperatieve beeldvorming tijdens de controles, niet kunnen verdragen.
- Het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie met het H&L-B One-Shot introductiesysteem wordt afgeraden voor patiënten van wie het gewicht en/of de omvang de noodzakelijke beeldvorming hinderen of onmogelijk maken.
- Het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie met het H&L-B One-Shot introductiesysteem wordt afgeraden voor patiënten die overgevoelig of allergisch zijn voor roestvrij staal, polyester, nitinol (nikkel, titanium), soldeer (tin, zilver), polypropyleen of goud.
- Patiënten met een systemische infectie lopen mogelijk een verhoogd risico van infectie van het endovasculaire implantaat.
- Als niet ten minste één a. iliaca interna doorgankelijk blijft, kan het risico van bekken-/darmischemie toenemen.

4.3 De implantatieprocedure

- Tijdens de implantatieprocedure dient een systemisch anticoagulans te worden toegediend op basis van het ziekenhuisprotocol en het door de arts geprefereerde protocol. Als heparine gecontra-indiceerd is, dient een ander anticoagulans te worden overwogen.
- Zorg ervoor dat de opgevouwen endoprothese tijdens het klaarmaken en de introductie zo weinig mogelijk wordt aangeraakt om het risico van infectie en contaminatie van de endoprothese tot een minimum te beperken.
- Om de hydrofiele coating op de buitenkant van de Flexor introducer sheath te activeren, moet het oppervlak worden afgenomen met gaasjes van 10 x 10 cm die in fysiologische zoutoplossing zijn gedrenkt. De sheath functioneert optimaal als hij voortdurend nat wordt gehouden.
- Houd de voerdraad tijdens het introduceren van het afleversysteem in positie.
- Het afleversysteem mag niet worden gebogen of geknikt. Als dat wel gebeurt, kunnen het afleversysteem en het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie beschadigd raken.
- Fluoroscopie moet worden gebruikt tijdens de introductie en de ontplooiing om de goede werking van de componenten van het afleversysteem, de juiste plaatsing van het implantaat en de gewenste uitkomst van de procedure te bevestigen.
- Bij gebruik van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie met het H&L-B One-Shot introductiesysteem is toediening van intravasculair contrastmiddel nodig. Patiënten met een reeds bestaande

nierinsufficiëntie lopen postoperatief een verhoogd risico van nierfalen. Zorg ervoor dat de hoeveelheid contrastmiddel die tijdens de procedure wordt gebruikt, beperkt blijft.

- Voorkom verdraaiingen in het endovasculaire implantaat door tijdens roteren van het afleversysteem alle componenten van het systeem (van buitenste sheath tot binnenste canule) zorgvuldig tegelijk te roteren.
- Onnauwkeurige plaatsing en/of onvoldedige afdichting tussen het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie en de vaatwand of bijkomende componenten kan een verhoogd risico van endolekkage, migratie of onbedoelde afsluiting van de a. iliaca interna tot gevolg hebben.
- Onvoldoende fixatie van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie kan tot een verhoogd risico van migratie van het implantaat leiden. Bij onjuiste ontplooiing of migratie van de endoprothese kan operatief ingrijpen noodzakelijk zijn.
- Ga niet verder met het opvoeren van welk deel van het afleversysteem dan ook wanneer weerstand wordt gevoeld tijdens het opvoeren van de voerraad of het afleversysteem. Stop en stel vast wat de oorzaak van de weerstand is. Het bloedvat of de katheter kan beschadigd raken. Ga in het bijzonder voorzichtig te werk in stenotische gebieden, gebieden met intravasculaire trombose of in verkalkte of kronkelige vaten.
- Ga voorzichtig te werk bij het manoeuvreren met katheters, voerdraden en sheaths in een aneurysma. Door grote verstoringen kunnen trombusfragmenten losraken, wat distale embolisatie kan veroorzaken.
- De met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent moet een voldoende diameter hebben om een goede afdichting te vormen tegen zowel het zijtaksegment als de a. iliaca interna en voldoende lang zijn om het zijtaksegment met 10-14 mm te overlappen en de distale fixatieplaats in de a. iliaca interna met 10 mm (20-30 mm heeft de voorkeur) te overlappen.
- Zorg er na plaatsing van het implantaat voor dat het niet wordt beschadigd of de positie ervan niet wordt verstoord wanneer er opnieuw instrumenten in de omgeving van het implantaat moeten worden ingebracht.

Gebruik van de modelleerballon

- Voorafgaand aan herpositionering moet worden bevestigd dat de ballon geheel leeg is.
- De ballon mag niet in een bloedvat buiten het implantaat worden gevuld.
- Voor extra hemostase kan de Captor hemostatische klep worden geopend of gesloten voor het introduceren en later verwijderen van een modelleerballon.

4.4 MRI-veiligheid en -compatibiliteit

Uit niet-klinische tests blijkt dat het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie, gebruikt in combinatie met een met een ballon expandeerbare bedekte stent, onder bepaalde voorwaarden MRI-veilig is conform ASTM F2503. Een patiënt met dit hulpmiddel kan na plaatsing veilig worden gescand onder de volgende voorwaarden.

- Statisch magnetisch veld uitsluitend van 3,0 tesla of 1,5 tesla
- Maximale ruimtelijke gradiënt van het magnetische veld van 720 gauss/cm (7,2 T/m) of minder
- Door het systeem gemeten maximale specific absorption rate (SAR) die gemiddeld over het gehele lichaam $\leq 2,0$ W/kg bedraagt (normale bedrijfsmodus)

Onder de hierboven gedefinieerde scanvoorwaarden is het niet te verwachten dat het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie, gebruikt in combinatie met een met een ballon expandeerbare bedekte stent, na 15 minuten continu scannen een temperatuurstijging van meer dan 2,4 °C veroorzaakt.

Het beeldartefact komt ongeveer 122 mm voorbij het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie, gebruikt in combinatie met een met een ballon expandeerbare bedekte stent, uit, zoals aangetoond tijdens niet-klinische tests bij beeldvorming met een gradiëntechopulsequentie en een MRI-systeem van 3,0 tesla. Het beeldartefact verduistert het lumen van het hulpmiddel.

NB: Voor het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie moet het klinische voordeel van een MRI-scan worden afgewogen tegen het potentiële risico van de procedure.

5 MOGELIJKE ONGEWENSTE VOORVALLEN

Ongevenste voorvallen die zich kunnen voordoen en/of ingrijpen vereisen zijn onder meer:

- Amputatie
- Anesthesiecomplicaties en daarmee samenhangende behandelproblemen (bijv. aspiratie)
- Aneurysmaruptuur met overlijden
- Aneurysmavergroting
- Aortabeschadiging, waaronder perforatie, dissectie, bloeding, ruptuur en overlijden
- Arteriële of veneuze trombose en/of pseudoaneurysma vals aneurysma
- Arterioveneuze fistel
- Bloeding, hematoom of stollingsstoornis
- Cardiale complicaties en verdere daarmee samenhangende problemen (bijv. aritmie, myocardinfarct, congestief hartfalen, hypotensie, hypertensie)
- Claudicatio (bijv. bil, been)
- Complicaties van de vasculaire introductieplaats, waaronder infectie, pijn, hematoom, pseudoaneurysma, arterioveneuze fistel
- Darmcomplicaties (bijv. ileus, passagère ischemie, infarct, necrose)
- Embolisatie (micro en macro) met passagère of permanente ischemie of infarct
- Endolekkage
- Endoprothese: onjuiste plaatsing van de component; onvoldedige ontplooiing van de component; migratie van de component; breken van de hechting; occlusie; infectie; stentbreuk; slijtage van het implantaatmateriaal; dilatatie; erosie; punctie; peri-implantaatstroom en corrosie
- Impotentie
- Infectie van het aneurysma, het hulpmiddel of de introductieplaats, met inbegrip van abscesvorming, passagère koorts en pijn
- Koorts en lokale inflammatie
- Leverfalen
- Lymfestelselcomplicaties en verdere daarmee samenhangende problemen (bijv. lymfistel)
- Neurologische lokale of systemische complicaties en verdere daarmee samenhangende problemen (bijv. CVA, TIA, paraplegie, paraparese, paralyse)
- Niercomplicaties en verdere daarmee samenhangende problemen (bijv. arterioocclusie, contrasttoxiciteit, nierinsufficiëntie, nierfalen)
- Occlusie van implantaat of natuurlijk bloedvat
- Oedeem
- Conversie naar open chirurgische reparatie
- Overlijden
- Pulmonale/respiratoire complicaties en verdere daarmee samenhangende problemen (bijv. pneumonie, respiratoire insufficiëntie, langdurige intubatie)
- Urogenitale complicaties en verdere daarmee samenhangende problemen (bijv. ischemie, erosie, fistelvorming, incontinentie, hematurie, infectie)
- Vaatbeschadiging
- Vaatspasme of vaatletsel (bijv. iliofemorale vaatdissectie, bloeding, ruptuur en overlijden)

- Wondcomplicaties en verdere daarmee samenhangende problemen (bijv. dehiscentie, infectie)

6 SELECTIE EN BEHANDELING VAN DE PATIËNT

(Zie hoofdstuk 4, 'Waarschuwingen en voorzorgsmaatregelen')

6.1 Individualisering van de behandeling

Cook raadt aan dat de diameters van de componenten van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie worden gekozen zoals is beschreven in tabel 8.1. De lengte van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie wordt over het algemeen zodanig gekozen dat het zich van het proximale deel van de a. iliaca communis naar de a. iliaca externa uitstrekt. Alle lengtes en diameters van de implantaten die nodig zijn om de procedure af te ronden dienen beschikbaar te zijn voor de arts, in het bijzonder wanneer de metingen in de preoperatieve planning (behandelingsdiameters/-lengtes) niet zeker zijn. Deze benadering geeft een grotere intra-operatieve flexibiliteit om optimale resultaten te bereiken met de procedure. De potentiële risico's die eerder in **Hoofdstuk 5, 'Mogelijke ongewenste voorvallen'** zijn beschreven, dienen zorgvuldig te worden overwogen voor elke patiënt voordat het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie wordt gebruikt. Extra overwegingen voor patiëntselectie zijn onder meer (dit is geen volledige lijst):

- De leeftijd en levensverwachting van de patiënt
- Comorbiditeiten (bijv. hart-, long- of nierinsufficiëntie vóór de operatie, morbidie obesitas)
- Geschiktheid van de patiënt voor open operatieve reparatie
- Geschiktheid van de anatomie van de patiënt voor endovasculaire reparatie
- Het risico van aneurysmaruptuur vergeleken met het risico van behandeling met het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie
- Tolerantie voor algehele, regionale of lokale anesthesie
- De grootte en de morfologie (minimale trombusvorming, verkalking en/of kronkeligheid) van het iliofemorale toegangsvat dienen compatibel te zijn met vasculaire toegangstechnieken en accessoires met als plaatsingsprofiel een vasculaire introducersheath van 12 Fr (buitendiameter 4,7 mm) tot 20 Fr (buitendiameter 7,7 mm)
- Aanwezigheid van een niet-aneurysmatisch a.iliaca externa-segment voor fixatie distaal van het aneurysma:
 - met een lengte van ten minste 20 mm
 - met een diameter gemeten van buitenwand tot buitenwand van niet meer dan 11 mm en niet minder dan 8 mm
- Aanwezigheid van een niet-aneurysmatisch a.iliaca interna-segment distaal van het aneurysma:
 - met een lengte van ten minste 10 mm (waarbij 20-30 mm de voorkeur heeft)
 - met een diameter die acceptabel is voor de juiste afdichting
- Afwezigheid van significante occluderende aandoeningen in de a. femoralis/iliaca die de stroom door het endovasculaire implantaat kunnen belemmeren

De uiteindelijke beslissing over de behandeling dient door de arts en de patiënt te worden genomen.

7 INFORMATIE OVER BEGELEIDING VAN DE PATIËNT

De arts en de patiënt (en/of familieleden) dienen bij de bespreking van dit endovasculaire hulpmiddel en de procedure aandacht te besteden aan de risico's en voordelen, met inbegrip van:

- risico's van en verschillen tussen endovasculaire reparatie en open operatieve reparatie;
- potentiële voordelen van conventionele open operatieve reparatie;
- potentiële voordelen van endovasculaire reparatie;
- mogelijke voordelen van alternatieve endovasculaire procedures;
- de kans dat na aanvankelijke endovasculaire reparatie interventionele of open operatieve reparatie van het aneurysma nodig kan zijn.

Naast de risico's en voordelen van endovasculaire correctie dient de arts een beoordeling te maken van de motivatie en medewerking van de patiënt ten aanzien van de postoperatieve controle. Hieronder staan nog enkele met de patiënt te bespreken onderwerpen over verwachtingen na endovasculaire correctie:

- Het functioneren van endovasculaire implantaten op lange termijn is nog niet vastgesteld. Alle patiënten dienen te worden geadviseerd dat endovasculaire behandeling levenslange, regelmatige controle vereist om hun gezondheid en het functioneren van hun endovasculaire implantaat te beoordelen. Patiënten met specifieke klinische bevindingen (zoals endolekkage, een groeiend aneurysma of veranderingen in structuur of positie van het endovasculaire implantaat) dienen intensiever te worden gecontroleerd. Specifieke controle richtlijnen staan beschreven in **hoofdstuk 11, 'Richtlijnen voor beeldvormend onderzoek en postoperatieve controle'**.

8 WIJZE VAN LEVERING

Het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie wordt steriel (gesteriliseerd met 100% ethyleenoxide) en voorgeladen geleverd in opentrekbare verpakkingen.

Dit hulpmiddel is uitsluitend bestemd voor gebruik bij één patiënt. Er mag geen enkel onderdeel van dit hulpmiddel opnieuw worden gebruikt, voor hergebruik geschikt worden gemaakt of opnieuw worden gesteriliseerd. Opnieuw gebruiken, voor hergebruik geschikt maken of opnieuw steriliseren kan de structurele integriteit van het hulpmiddel aantasten en/of tot falen van het hulpmiddel leiden, met als mogelijk gevolg letsel, ziekte of overlijden van de patiënt. Daarnaast kan het opnieuw gebruiken, voor hergebruik geschikt maken of opnieuw steriliseren het risico doen ontstaan dat het hulpmiddel besmet raakt en/of ertoe leiden dat de patiënt een infectie of kruisinfectie oploopt, inclusief maar niet beperkt tot de overdracht van (een) infectieziekte(n) van patiënt op patiënt. Besmetting van het hulpmiddel kan tot letsel, ziekte of overlijden van de patiënt leiden. Inspecteer het hulpmiddel en de verpakking om te verifiëren dat deze tijdens het transport niet beschadigd zijn geraakt. Dit hulpmiddel mag niet worden gebruikt als het beschadigd is of als de steriele barrière beschadigd of verbroken is. Gebruik het product niet als er schade is opgetreden, maar stuur het terug naar Cook.

Controleer vóór gebruik of de juiste hulpmiddelen (aantal en maat) voor de patiënt geleverd zijn door deze te vergelijken met de door de arts voorgeschreven bestelling voor deze specifieke patiënt. Niet gebruiken na de op het etiket vermelde uiterste gebruiksdatum. Op een koele en droge plaats bewaren.

Het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie is in een Flexor introducer sheath van 20 Fr geladen. Het oppervlak van de sheath heeft een hydrofiele coating die, wanneer hij geactiveerd is, de manoeuvreerbaarheid verbetert. Om de hydrofiele coating te activeren, moet het oppervlak worden afgenomen met gaasjes van 10 x 10 cm die in fysiologische zoutoplossing zijn gedrenkt.

Het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie en de afleversystemen zijn verkrijgbaar in de volgende lengtes en diameters:

Bestelnummer ¹	Proximale diameter	Distale diameter	Zijtak-diameter ²	Introductiesheath		Lengte iliacaal segment		Totale lengte implantaat
				Maat in French	(binnendiam. / buitendiam.)	Communis	Externa	
ZBIS-10-45-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm
ZBIS-10-61-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm
ZBIS-10-45-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm
ZBIS-10-61-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm
ZBIS-12-45-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm
ZBIS-12-61-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm
ZBIS-12-45-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm
ZBIS-12-61-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm

¹ZBIS-XX-YY-ZZ is het iliacaal bifurcatie-implantaat waarbij XX de distale diameter, YY de lengte van het a. iliaca communis-segment (lengte van de proximale implantaatrand tot de tip van de zijtak) en ZZ de lengte van het a. iliaca externa-segment (lengte van de tip van de zijtak tot de distale rand van het implantaat) is.

²De zijtak bevat een nitinol z-stent met een diameter van 6 mm, maar dient te worden geëxpandeerd tot 8 mm tijdens het ontplooiën van een met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent.

De Zenith iliacaal poten en plaatsingsystemen voor gebruik met het Zenith Branch endovasculair implantaat-iliacale bifurcatie zijn verkrijgbaar in de volgende lengtes en diameters:

Bestelnummer ¹	Diameter iliacaal poot	Introductiesheath		Werklengte iliacaal poot ²
		Maat in French	(binnendiam. / buitendiam.)	
TFLE-16-YY	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	37, 54, 71, 88 mm
ZSLE-16-YY-ZT	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	39, 56, 74, 90 mm
ZISL-16-YY	16 mm	12 Fr	(4,0 mm / 4,7 mm)	42, 59, 77, 93 mm

¹Voorbeeld: TFLE-XX-YY is de iliacaal poot, waarbij XX de diameter is en YY de werklengte van de iliacaal poot.

²Totale pootlengte = werklengte + 22 mm koppelstent (voor TFLE en ZSLE) en 29,1 mm koppelstents (voor ZISL).

9 INFORMATIE OVER HET KLINISCHE GEBRUIK

9.1 Opleiding van de arts

LET OP: Zorg ervoor dat er tijdens implantaties of herinterventies altijd een vaatooperatieteam beschikbaar is mocht conversie naar open operatieve reparatie nodig zijn.

LET OP: Het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie met het H&L-B One-Shot introductiesysteem mag uitsluitend worden gebruikt door artsen en teams met een opleiding in vasculaire interventietechnieken, een algemene Zenith opleiding en een opleiding in het gebruik van dit hulpmiddel. De aanbevolen kennis- en vaardigheidseisen voor artsen die het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie met het H&L-B One-Shot introductiesysteem gebruiken staan hieronder vermeld:

Selectie van de patiënt:

- Kennis van de natuurlijke historie van abdominale aorta-aneurysma's (AAAs) en de comorbiditeiten waar AAA-reparatie mee gepaard gaat
- Kennis van de interpretatie van röntgenologische beelden, en selectie en maatbepaling van het hulpmiddel

Een multidisciplinair team dat gecombineerde procedurele ervaring heeft met:

- incisie, arteriotomie en reparatie van de a. femoralis
- percutane introductie- en sluitingstechnieken
- niet-selectieve en selectieve voerdraden- en kathetertechnieken
- interpretatie van fluoroscopische en angiografische beelden
- embolisatie
- angioplastiek
- endovasculaire stentplaatsing
- snaartechnieken
- correct gebruik van röntgenologische contrastmiddelen
- technieken ter minimalisering van blootstelling aan straling
- expertise met de nodige modaliteiten voor patiëntcontrole

9.2 Inspectie voorafgaand aan gebruik

Inspecteer het hulpmiddel en de verpakking om te verifiëren dat deze tijdens het transport niet beschadigd zijn geraakt. Dit hulpmiddel mag niet worden gebruikt als het beschadigd is of als de steriele barrière beschadigd of verbroken is. Gebruik het product niet als er schade is opgetreden, maar stuur het terug naar COOK. Controleer vóór gebruik of de juiste hulpmiddelen (aantal en maat) voor de patiënt geleverd zijn door deze te vergelijken met de door de arts voorgeschreven bestelling voor deze specifieke patiënt.

9.3 Benodigde materialen

(niet inbegrepen bij het iliacaal bifurcatiesysteem)

- Zenith iliacaal pootprothese [bijv. TFLE-16-(37,54,71,88), ZSLE-16-(39,56,74,90)-ZT, ZISL-16-(42,59,77,93)]
- Zenith gebifurqueerde prothese (bijv. Zenith AAA endovasculaire prothese)
- Zenith AAA hulponderdelenset
- Fluoroscopia met functies voor digitale angiografie (C-arm of vaste apparatuur)

Tabel 9.5.1 Richtlijnen voor het bepalen van de diameter van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie* (a. iliaca externa-segment)

Vaaddiameter beoogde a. iliaca externa ^{1,2}	Diameter Branch poot voor a. iliaca ³	Introductiesheath	
		Maat in French	(binnendiam. / buitendiam.)
8 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
9 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
10 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
11 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)

¹Maximale diameter langs de distale fixatieplaats.

²Rond de gemeten iliacaal diameter tot de dichtstbijzijnde mm af.

³Bijkomende overwegingen kunnen de keuze van de diameter beïnvloeden.

*Alle afmetingen zijn nominaal.

De diameter van de iliacaal pootprothese (bijv. TFLE, ZSLE, ZISL) die wordt gebruikt om een Zenith AAA prothese met het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie te verbinden, is 16 mm.

De met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent moet tot 8 mm worden geëxpandeerd in de zijtak van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie, maar de maat moet worden gekozen voor de a. iliaca interna volgens de aanwijzingen van de fabrikant.

- Contrastmiddel
- Spuut
- Gehepariniseerde fysiologische zoutoplossing
- Met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent
- Ballonnen van geschikte maten

9.4 Aanbevolen materialen

(niet inbegrepen bij het iliacaal bifurcatiesysteem)

Aanbevolen wordt de volgende producten te gebruiken:

Voerdraden

- 0,035 inch (0,89 mm) extra stugge voerdraden van 260 cm; bijvoorbeeld:
 - Cook Lunderquist extra stugge voerdraden (LES)
 - Cook Amplatz ultra-stugge voerdraden (AUS2)
- 0,035 inch (0,89 mm) standaard voerdraden; bijvoorbeeld:
 - Cook 0,035 inch (0,89 mm) voerdraden
 - 0,018 inch (0,46 mm) hydrofielvoerdraden
- 0,035 inch (0,89 mm) hydrofielvoerdraden, 260 cm; bijvoorbeeld:
 - Cook Nimble™ voerdraden
- 0,035 inch (0,89 mm) verwisselvoerdraden, 260 cm; bijvoorbeeld:
 - Cook Roadrunner® PC voerdraden
 - Cook Amplatz extra stugge voerdraden (AES)
 - Cook Rosen voerdraden

Modelleerballonnen

- Cook CODA® ballonkatheter (32 mm)

Introductorsets (7 Fr [2,3 mm binnendiameter], 8 Fr [2,7 mm binnendiameter], 10 Fr [3,3 mm binnendiameter] en 12 Fr [4,0 mm binnendiameter])

- Cook Check-Flo® introductiesets
- Cook Flexor Check-Flo introductoren
- Cook Flexor Check-Flo introductoren Raabe modificatie
- Cook extra grote Check-Flo introductiesets
- Cook Flexor Balkin Up & Over® contralaterale introductoren
- Cook Flexor geleidesheaths

Katheters

- Maatkatheter; bijvoorbeeld:
 - Cook Auros® maatkatheters in cm
- Angiografiekatheters met radiopake tip; bijvoorbeeld:
 - Cook angiografiekatheters met Beacon® tip
 - Cook Royal Flush® katheters met Beacon tip

Introductienaalden

- Cook enkelwandintroductienaalden

Snoerder

- Dotter intravasculaire verwijderingsset

9.5 Richtlijnen voor het bepalen van de diameter van het hulpmiddel

De diameter dient te worden gekozen op basis van de diameter gemeten van buitenwand tot buitenwand van het bloedvat en niet op basis van de diameter van het lumen. Gebruik van een implantaat van een te kleine of te grote maat kan resulteren in onvolledige afdichting rond het implantaat of een verstoorde bloedstroom.

10 GEBRUIKSAANWIJZING

Voorafgaand aan gebruik van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie met het H&L-B One-Shot introductiesysteem dient dit boekje met de 'aanbevolen gebruiksaanwijzing' te worden doorgelezen. Onderstaande instructies bevatten basischrichtlijnen voor het plaatsen van het implantaat. Het kan nodig zijn van onderstaande procedures af te wijken. Deze instructies zijn bedoeld als hulp voor de arts en nemen niet de plaats in van het medisch oordeel.

Algemene gebruiks-informatie

Tijdens het gebruik van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie met het H&L-B One-Shot introductiesysteem dienen standaardtechnieken voor de plaatsing van arteriële toegangssheaths, geleidekatheters, angiografiekatheters en voedraden te worden toegepast. Het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie met het H&L-B One-Shot introductiesysteem is geschikt voor voedraden met een diameter van 0,035 inch (0,89 mm).

Algemene informatie over ontplooiing

Het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie is bestemd voor plaatsing via de a. femoralis communis aan de kant van het te behandelen aneurysma in de a. iliaca communis. Een Zenith AAA implantaat wordt geïntroduceerd aan de kant tegenover het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie.

De voorgestelde volgorde van plaatsing van de meerdere componenten is:

1. Ontplooiën van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie, waaronder plaatsing van de met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent (via de a. iliaca) in de a. iliaca interna.
2. Ontplooiën van het Zenith AAA implantaat (geïntroduceerd door de tegenoverliggende a. iliaca).
3. Ontplooiën van een Zenith iliacale pootprothese (bijv. TFLE, ZSLE, ZISL) via de introductieplaats van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie in de contralaterale (d.w.z. korte) stomp van het abdominale implantaat, die het lumen van het abdominale implantaat verbindt met het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie.
4. Ontplooiën van een Zenith iliacale pootprothese (bijv. TFLE, ZSLE, ZISL) in de ipsilaterale (d.w.z. lange) stomp van de Zenith AAA prothese (indien nodig).

Bepalende factoren vóór de implantatie

Controleer aan de hand van de pre-implantatieplanning of het juiste hulpmiddel geselecteerd is. Bepalende factoren zijn:

1. Selectie van de a. femoralis voor introductie van het afleversysteem (d.w.z. de relevante a. iliaca definiëren)
2. Angulatie van de aa. iliacae
3. Diameters van het (de) relevante distale iliacale bloedvat(en)
4. Afstand van de aortabifurcatie tot de hypogastrische arterie (a. iliaca interna) en koppelingsplaats(en)
5. Neem de mate van vaatverkalking in overweging

De patiënt voorbereiden

1. Raadpleeg de ziekenhuisprotocollen voor anesthesie, antistolling en bewaking van vitale functies.
2. Positioneer de patiënt zodanig op de röntgentafel dat het operatiegebied vanaf de aortaboog tot de femorale bifurcaties fluoroscopisch in beeld kan worden gebracht.
3. Leg beide aa. femorales communes bloot met een standaard operatietechniek.
4. Breng beide femorale bloedvaten proximaal en distaal onder adequate controle als dat nodig is.

10.1 Klaarmaken/spoelen van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie

1. Verwijder het transportstilet met zwart aanzetstuk uit de binnenste canule, de canulebescherming van de binnenste canule en de bescherming van de dilatortip. Verwijder de Peel-Away sheath van de achterkant van de hemostatische klep. **(Afbeelding 3)** Duw de introducer sheath voorwaarts op de dilatortip totdat de gebogen katheter niet meer blootligt. Houd de distale tip van het systeem omhoog en spoel via de afsluitkraan op de hemostatische klep tot er vloeistof uit de zijopening bij de tip van de introducer sheath komt. **(Afbeelding 4)** Ga door met spoelen tot er 20 mL spoeloplossing door het hulpmiddel geïnjecteerd is. Stop met injecteren en draai de afsluitkraan op de verbindingsslang dicht.

NB: Voor het spoelen van de prothese wordt altijd gehepariniseerde zoutoplossing gebruikt.

NB: Zorg ervoor dat de Captor hemostatische klep op de introducer sheath opgedraaid is. **(Afbeelding 5)**

2. Sluit een spuit met gehepariniseerde fysiologische zoutoplossing aan op het aanzetstuk van de binnenste canule. Spoel dit hulpmiddel tot er vloeistof uit de distale dilatortip komt. **(Afbeelding 6)**

NB: Houd tijdens het spoelen van het systeem het distale uiteinde van het systeem omhoog zodat de lucht eruit verdreven wordt.

3. Verwijder de voorgeladen voedraad uit het afleversysteem.
4. Bevestig een spuit met gehepariniseerde fysiologische zoutoplossing aan de Luer-fitting van de voorgeladen katheter. Spoel dit hulpmiddel tot er vloeistof uit de distale dilatortip komt.
5. Breng een geschikte hydrofielvoedraad met nitinol kern en compatibel met 0,018 inch (0,46 mm) of 0,035 inch (0,89 mm) en 260 cm in lengte in de voorgeladen katheter aan.
6. Drenk gaasjes van 10 x 10 cm in fysiologische zoutoplossing en neem de Flexor introducer sheath ermee af om de hydrofiële coating te activeren. Maak zowel de sheath als de dilatortip royaal nat.

10.2 Vasculaire introductie en angiografie

1. Punteer de geselecteerde aa. femorales communes op standaard wijze met een 18 of 19 gauge ultradunwandige arteriële naal. Breng na entree in het vat het volgende in:
 - Voedraden – standaarddiameter van 0,035 inch (0,89 mm), 145 cm lang, J-tip of Bentsonvoedraad
 - Sheaths van een geschikte maat (bijv. 5 Fr [1,7 mm binnendiameter] en 8 Fr [2,7 mm binnendiameter])
 - Spoelkatheters (vaak radiopake maatkatheters - bijv. een maatkatheter in cm of een rechte spoelkatheter)

NB: Gebruik een 8 Fr (2,7 mm binnendiameter) sheath opgevoerd in de onderste aorta abdominalis aan de contralaterale kant.

2. Maak een angiogram om de positie van de aortabifurcatie en de a. iliaca interna aan de kant van de implantatie van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie vast te stellen.

10.3 Plaatsing van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie

1. Controleer of het afleversysteem met gehepariniseerde fysiologische zoutoplossing gespeld is en of alle lucht uit het systeem verwijderd is.

2. Dien systemisch heparine toe en controleer de spoeloplossingen. Spoel iedere keer nadat een katheter en/of voedraad verwisseld is.

NB: Bewaak de stollingsstatus van de patiënt tijdens de hele procedure.

3. Vervang aan de kant van de implantatie van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie de J-draad door een stugge voedraad (AUS of LES) van 0,035 inch (0,89 mm) en 260 cm lang en voer deze via de katheter op tot in de aorta thoracica. Verwijder de spoelkatheter en de sheath. Houd de voedraad in positie.

NB: De locatie en oriëntatie van de oorsprong van de a. iliaca interna alsmede de aortabifurcatie dienen te worden geïdentificeerd door beeldvorming vóór de operatie of tijdens de operatie vóór de introductie van het implantaat.

4. Controleer vóór de introductie van de oriëntatie van het zijtaksegment onder fluoroscopische begeleiding om er zeker van te zijn dat de positie ervan goed is uitgelijnd met de anatomie.

NB: Het implantaat is volledig afgedekt door de buitenste sheath in dit stadium, maar deze afbeelding met de sheath teruggetrokken demonstreert de vier gouden radiopake markeringen die zijn uitgelijnd met het meest laterale aspect van de zijtak en de gleuf waarin de verblijfskatheter past. **(Afbeelding 7)**

NB: De tweede markering vanaf het distale uiteinde (2D) is de richtmarkering voor de meest proximale locatie van het proximale uiteinde van de bedekte stent die de zijtak in de a. iliaca interna verlengt. De tweede markering vanaf het proximale uiteinde (2P) is de richtmarkering voor de meest distale locatie van het distale uiteinde van het verlengstuk voor de poot dat de iliacale zijtak verbindt met het gebifurqueerde implantaat dat boven de aortabifurcatie wordt ontplooid.

NB: De oriëntatie kan worden bevestigd door visuele inspectie, daar de gleuf in de taps toelappende dilatortip (waar de voorgeladen voedraad uit het systeem komt) is uitgelijnd met de zijtak.

5. Introduceer het afleversysteem van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie over de voedraad in de a. iliaca totdat de tip van de verblijfskatheter, die in de gleuf in de dilatortip onder de buitenste sheath zit, net boven de aortabifurcatie en in rotatiële uitlijning met de tegenoverliggende oorsprong van de a. iliaca communis is. **(Afbeelding 8)**

LET OP: Houd de voedraad tijdens het introduceren van het afleversysteem in positie.

LET OP: Voorkom verdraaiingen in het endovasculaire implantaat door tijdens roteren van het afleversysteem alle componenten van het systeem (van buitenste sheath tot binnenste canule) zorgvuldig tegelijk te roteren.

NB: Door de hydrofielvoedraad iets op te voeren door de tip van de katheter kan de positie van de kathetertip mogelijk beter gevisualiseerd worden.

10.4 Plaatsing van een door-en-door voedraad

1. Voer de hydrofielvoedraad en katheter in de aorta op. Positioneer de voedraad voor het snoerproces door hem naar behoefte door de tip van de gebogen katheter op te voeren.
2. Voer een geschikte snoerder door de introductiesheath in de tegenoverliggende a. iliaca op, snoer de tip van de hydrofielvoedraad en trek deze door zodat een doorlopende voedraad wordt gevormd. **(Afbeelding 9)**

LET OP: Tijdens deze handeling dient de doorlopende hydrofielvoedraad opgevoerd te worden zodat er wat speling wordt gehandhaafd bij de aortabifurcatie.

10.5 Ontplooiing van het proximale deel van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie

1. Voer de 8 Fr (2,7 mm binnendiameter) sheath in het tegenoverliggende tak op totdat deze zich boven de aortabifurcatie bevindt en maak een angiogram erdoor om de locatie van de a. iliaca interna aan de kant van de implantatie van de stent vast te stellen. **(Afbeelding 10)**
2. Overtuig u ervan dat het implantaatsysteem zodanig georiënteerd is dat het distale uiteinde van de zijtak (zoals aangegeven door de meest distale radiopake markering) zich 10 mm boven de oorsprong van de a. iliaca interna bevindt met een zodanige rotatiële oriëntatie dat gemakkelijk toegang kan worden verkregen tot de a. iliaca interna. Indien de radiopake markeringen niet op de juiste plaats zijn, roter dan het hele systeem totdat de markeringen in lijn zijn met de opening van de a. iliaca interna en/of voer het systeem verder op of trek het terug zoals nodig. **(Afbeelding 11)**

LET OP: Voorkom verdraaiingen in het endovasculaire implantaat door tijdens roteren van het afleversysteem alle componenten van het systeem (van buitenste sheath tot binnenste canule) zorgvuldig tegelijk te roteren.

3. Stabiliseer, wanneer de plaats van het implantaat naar tevredenheid is, de grijze pusher (de schacht van het afleversysteem) en trek de buitenste introductiesheath terug. Ontplooi het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie totdat het distale uiteinde van de zijtak is blootgelegd. **(Afbeelding 12)**
4. Stop met terugtrekken van de sheath.

WAARSCHUWING: Trek de sheath niet verder terug, anders expandeert de a. iliaca externa-component en kunnen er geen verdere veranderingen in de plaatsing worden gemaakt.

10.6 Plaatsing van op-en-over sheath

1. Trek de tegenoverliggende iliacale introductiesheath terug en laat daarbij de doorlopende hydrofielvoedraad met nitinol kern op zijn plaats.
2. Voer een op-en-over sheath van de juiste maat op over de doorlopende hydrofielvoedraad met nitinol kern totdat de tip van de dilatortip van de sheath in aanraking komt met de tip van de voorgeladen katheter. **(Afbeelding 13)**

NB: Het kan nodig zijn om zachtjes aan beide kanten van de voedraad te trekken om bij het opvoeren te helpen.

LET OP: Indien de voorgeladen katheter niet over de aortabifurcatie is opgevoerd, dient u extra voorzichtig te zijn bij het manipuleren van de voedraad om letsel aan het vaatstelsel te voorkomen.

3. Klem de doorlopende hydrofielvoedraad aan beide uiteinden vast (waar deze uit de voorgeladen katheter en de op-en-over sheath komt).
4. Blijf de sheath over de vastgezette voedraad opvoeren en pas tegelijkertijd zachte, intermitterende spanning toe op de voorgeladen katheter zodat de sheath en de katheter over de bifurcatie worden opgevoerd in de proximale opening van het implantaat en door de zijtak naar buiten. **(Afbeelding 14)**

NB: Afhankelijk van de lengte van de dilatortip van deze sheath kan het nodig zijn om de sheath over de dilatortip op te voeren om plaatsing van de sheath in de zijtak te verzekeren.

5. Haal de dilatator van de op-en-over sheath af.

10.7 Canulatie van de a. iliaca interna

1. Prik in de hemostatische klep van de op-en-over sheath zo ver mogelijk aan één kant en breng een geschikte voerdraad/katheter-combinatie in. **(Afbeelding 15)**
2. Voer de voerdraad en katheter op door de op-en-over sheath in de a. iliaca interna. **(Afbeelding 16)**
3. Vervang de voerdraad in de a. iliaca interna door een steunvoerdraad (bijv. Rosen of AES voerdraad). Overtuig u ervan dat de voerdraadplaatsing gestabiliseerd is in de a. iliaca interna.

10.8 Plaatsing van de met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent

1. Haal de katheter uit de op-en-over sheath en laat de sheath en voerdrazen op hun plaats; voer de voorgegomteerde, met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent van de juiste maat op totdat deze de a. iliaca interna ingaat. **(Afbeelding 17)**

NB: Het kan gewenst zijn om de voorgegomteerde, met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent vooraf in een extra sheath te laden om bescherming te geven terwijl de stent door de op-en-over sheath en in de a. iliaca interna wordt opgevoerd. Er dienen geschikte sheath/voerdraad/stent-combinaties te worden geselecteerd zodat de binnenste sheath op een coaxiale wijze door de op-en-over sheath kan gaan terwijl de doorlopende voerdraad op zijn plaats wordt gelaten.

2. Maak gebruik van angiografie zoals nodig om vast te stellen dat de positie van de met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent bevredigend is met betrekking tot de zijtakoverlap en de beoogde fixatieplaats in de a. iliaca interna.

NB: Na ontplooiing dient de met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent de zijtak van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie met 10-14 mm te overlappen.

NB: Angiografie dient mogelijk te zijn door de op-en-over sheath tijdens dit stadium van de procedure of via de katheter in de a. iliaca communis.

3. Trek de doorlopende hydrofielvoerdraad met nitinol kern en de voorgeleden katheter terug.
4. Pas de positie van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie zo nodig aan zodat de distale opening van de zijtak op een geschikte plaats is ten opzichte van de oorsprong van de a. iliaca interna.

10.9 Ontplooiing van het distale deel van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie

1. Trek de introducer sheath van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie terug totdat de a. iliaca externa-component volledig ontplooid is. **(Afbeelding 18)**
2. Verwijder de veiligheidsvergrendeling van het zwarte ontkoppelmecanisme voor de trigger wire. Trek de trigger wire onder fluoroscopie terug en verwijder deze door het zwarte ontkoppelmecanisme voor de trigger wire van de handgreep af te schuiven en vervolgens via de spleet over de binnencanule te verwijderen. **(Afbeelding 19)**

NB: De distale stent wordt nog steeds door de trigger wire gefixeerd.

Aanbevolen overlap van de Zenith iliacale pootprothese die de contralaterale stomp van de Zenith gebifurqueerde prothese met het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie verbindt

Overlap in de contralaterale stomp van de Zenith gebifurqueerde prothese	Minimaal 1 ¼ stents
	Maximaal 1 ¾ stents
Overlap in de body van het Zenith Branch endovasculaire implantaat	Minimaal 1 ½ stents
	Maximaal niet verder dan de tweede markering op het proximale uiteinde van het implantaat

5. Ga door met het ontplooiën van de Zenith gebifurqueerde prothese zoals beschreven in de relevante gebruiksaanwijzing.

10.12 Introductie van de modelleerballon

NB: Verwijder vóór het gebruik van de modelleerballon voorzichtig alle hulponderdelen.

1. Gebruik de modelleerballon voor de Zenith gebifurqueerde prothese zoals beschreven in de relevante gebruiksaanwijzing.
2. Maak de modelleerballon voor het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie als volgt klaar:
 - Spoel het voerdraidlumen met gehepariniseerde fysiologische zoutoplossing
 - Verwijder alle lucht uit de ballon
3. Draai als voorbereiding op de introductie van de modelleerballon de Captor hemostatische klep linksom open.
4. Voer de modelleerballon op over de stugge voerdraad en door de Captor hemostatische klep van het introductiesysteem van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie naar de overlap tussen het a. iliaca communis-segment van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie en de Zenith® iliacale pootprothese (bijv. TFLE, ZSLE, ZISL) en expandeer de ballon.

LET OP: Voorafgaand aan herpositionering moet worden bevestigd dat de ballon geheel leeg is.

LET OP: De Captor hemostatische klep moet open zijn voordat de modelleerballon verplaatst wordt.

NB: Wanneer de modelleerballon wordt gebruikt in de buurt van de bifurcatie van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie, dient u ervoor te zorgen dat de ballon niet over de bifurcatie gaat.

11 RICHTLIJNEN VOOR BEELDVORMEND ONDERZOEK EN POSTOPERATIEVE CONTROLE

Zie **tabel 11** voor de vereisten voor beeldvorming en postoperatieve controle.

Tabel 11 Beeldvormingsschema

	Vóór de operatie	Tijdens de operatie	Na de procedure	30 dagen	6 maanden	12 maanden	24 maanden
CT	X		X ¹	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹
Urinewegstelsel (radiografie van nieren, ureters en blaas in rugligging)			X	X	X	X	X
Angiografie	X	X					

¹Duplexscanning kan worden toegepast bij patiënten met nierfalen of die anderszins niet in staat zijn een CT-scan met contrastversterking te ondergaan.

10.10 Ontplooiing van een met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent

1. Trek de op-en-over sheath naar een geschikte positie terug zodat de met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent zich kan ontplooiën.
2. Ontplooi de met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent en voer zo nodig aanvullende ballonmanipulatie uit. **(Afbeelding 20)**

NB: De met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent dient tot ten minste 8 mm te worden geëxpandeerd in de zijtak van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie en tot de gepaste maat voor afdichting in de a. iliaca interna.

NB: De met een ballon expandeerbare bedekte perifere stent dient de zijtak van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie minimaal 10 mm en maximaal tot de tweede markering op het distale uiteinde van de zijtak te overlappen, met een distale fixatieplaats in de a. iliaca interna van ten minste 10 mm (bij voorkeur 20-30 mm).

NB: Haal de ballon nog niet uit het zijtaksegment van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie.

3. Verwijder de veiligheidsvergrendeling van het witte ontkoppelmecanisme voor de trigger wire. Trek de trigger wire onder fluoroscopie terug en verwijder deze door het witte ontkoppelmecanisme voor de trigger wire van de handgreep af te schuiven en vervolgens via de spleet over de binnencanule te verwijderen. **(Afbeelding 21)**
4. Vul de ballon in het zijtaksegment opnieuw om het hulpmiddel te stabiliseren en trek het introductiesysteem terug door het implantaat in de introducer sheath.

LET OP: Er dient te worden opgepast dat het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie niet wordt verschoven of beschadigd tijdens het verwijderen van het introductiesysteem of bij het opvoeren van andere componenten erdoor.

NB: Overtuig u ervan dat de voerdraad in de juiste positie blijft om het Zenith AAA implantaat te canuleren.

5. Leeg de modelleerballon en verwijder deze.
6. Trek de op-en-over voerdraad en sheath in de tegenoverliggende a. iliaca communis terug

10.11 Ontplooiën van de Zenith AAA prothese en iliacale pootprothese

1. Introduceer een katheter en stugge voerdraad (AUS of LES) in de standaardmaat van 0,035 inch (0,89 mm) en 260 cm lang door de a. iliaca-toegang in de kant tegenover het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie.
2. Verwijder de aanwezige sheaths en katheters, en introduceer en ontplooi de main body van de Zenith gebifurqueerde prothese volgens standaard Zenith-protocol (zie de relevante gebruiksaanwijzing voor de Zenith-prothese).
3. Canuleer de korte (contralaterale) stomp van de Zenith gebifurqueerde prothese door het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie.
4. Ontplooi een iliacale pootprothese (bijv. TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX) van geschikte lengte via het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie zodat de aanbevolen overlap tot stand wordt gebracht, zoals hieronder weergegeven.

NB: Gebruik de modelleerballon niet in de buurt van de zijtak om verstoring van de met een ballon expandeerbare stent te vermijden.

5. Trek de modelleerballon terug naar de distale fixatieplaats van het Zenith Branch endovasculaire implantaat-iliacale bifurcatie en expandeer de ballon.

LET OP: De ballon mag niet in een bloedvat buiten het implantaat worden gevuld.

6. Verwijder de modelleerballon en vervang deze door een angiografiekatheter voor het maken van afrondende angiogrammen.
7. Verwijder of vervang alle stugge voerdrazen zodat alle aa. iliacae hun natuurlijke vorm weer aannemen.

10.13 Afrondend angiogram

1. Positioneer de angiografiekatheter net boven de aortabifurcatie. Maak angiogrammen om te bevestigen dat de a. iliaca communis en overeenkomstige a. iliaca interna doorgankelijk zijn en dat er geen endolekkage is.
2. Bevestig dat er geen sprake is van endolekkage of knikken. Verwijder de sheaths, de voerdrazen en de katheters.

NB: Als er endolekkage of andere problemen worden opgemerkt die ingrijpen noodzakelijk maken, overweeg dan het gebruik van extra Zenith AAA hulponderdelen.

3. Herstel de bloedvaten en sluit de wonden op standaard chirurgische wijze.

ROZWIIDLONY BIODROWY STENT-GRAFT WEWNĄTRZACZYNIOWY ZENITH® BRANCH Z SYSTEMEM WPROWADZAJĄCYM H&L-B ONE-SHOT™

Należy dokładnie przeczytać całą instrukcję. Nieprzestrzeganie instrukcji, ostrzeżeń i środków ostrożności może prowadzić do poważnych następstw lub zranienia pacjenta.

Informacje dotyczące innych elementów Zenith znajdują się w odpowiednich instrukcjach użytkowania.

1 OPIS URZĄDZENIA

1.1 Rozwidlony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyniowy Zenith Branch

Rozwidlony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyniowy Zenith Branch jest rozwidlonym stent-graftem do odgależeń naczyń, z otworami do połączenia z odcinkami: biodrowym wspólnym, odgałęzieniem bocznym i biodrowym zewnętrznym. **(Rysunek 1)**

Stent-graft wykonany jest z pełnej grubości tkaniny poliestrowej przyszytej do samorozprężających się stentów ze stali nierdzewnej i nitylnolu Cook-Z[®] za pomocą szwów z plecionki poliestrowej i polipropylenu monofilamentowego. Stent-graft jest całkowicie stentowany w celu zapewnienia stabilności i siły rozprężającej niezbędnej do otwarcia światła stent-graftu podczas jego rozprężania. Pierścienie wykonane z nitylnolu znajdujące się na końcu proksymalnym stent-graftu oraz w obrębie odgałęzienia bocznego pomagają utrzymać drożność światła podczas dostępu. Dodatkowo stenty Cook-Z[®] zapewniają niezbędną szczelność stent-graftu ze ścianą naczynia.

W celu ułatwienia uwidocznienia stent-graftu podczas fluoroskopii wzduż strony wewnętrznej biodrowej proksymalnej części stent-graftu zostały umieszczone cztery złote znaczniki nieprzepuszczające promieniowania, aby wskazywać położenie odcinka odnogi bocznej.

Wymagane są dodatkowe komponenty takie jak stent-grafy Zenith odnogi biodrowej (np. TFLE, ZSLE, ZISL) oraz powlekane stenty obwodowe rozprężane balonem. Poszczególne urządzenia mają swoje osobne systemy podawania. Prosimy przeczytać odpowiednie instrukcje użytkowania.

1.2 System podawania rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch

Rozwidlony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyniowy Zenith Branch dostarczany jest wstępnie załadowany na system wprowadzający H&L-B One-Shot. **(Rysunek 2)** Ma on sekwencyjną metodę rozprężania z wbudowanymi właściwościami zapewniającymi ciągłą kontrolę stent-graftu wewnątrznaczyniowego podczas procedury rozprężania.

Proksymalny koniec stent-graftu przymocowany jest do systemu wprowadzającego za pomocą dwóch nitylnolowych drutów zwalniających. Koniec wewnętrzny stent-graftu jest także przymocowany do systemu wprowadzającego i przytrzymywany niezależnym drutem zwalniającym ze stali nierdzewnej. System wprowadzający H&L-B One-Shot umożliwia precyzyjne umieszczenie i pozwala na ponowne dostosowanie ostatecznej pozycji stent-graftu przed jego pełnym rozprężaniem. System doprowadzający wykorzystuje system wprowadzający H&L-B One-Shot o rozmiarze 20 Fr (średnicy wewnętrznej 6,7 mm) zawierający wstępnie załadowany cewnik używany do ułatwienia kanalizacji odgałęzienia bocznego oraz przewodnik zapewniający zachowanie światła cewnika podczas ładowania i dostarczania. Wszystkie systemy pasują do przewodnika 0,035 inch (0,89 mm). W celu uzyskania dodatkowej hemostazy przy wprowadzaniu do i/lub usuwaniu z koszulki urządzeń pomocniczych można otwierać lub zamykać zastawkę hemostatyczną Captor.

System podawania rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch obejmuje koszulkę wprowadzającą Flexor[®] odporną na zapętlenie i powlekaną warstwą hydrofilną. Obie te właściwości mają na celu ułatwienie przechodzenia przez tętnice biodrowe i aortę brzuszną. Ponadto, wstępnie załadowany cewnik jest zakrzywiony w celu poprawy możliwości umieszczenia w nim przewodnika w trakcie procesu tworzenia pętli.

1.3 Elementy dodatkowe

Wymagane są także dodatkowe elementy (stent-graft odnogi biodrowej, powlekany stent obwodowy rozprężany balonem).

Dostępne są także stent-grafy Zenith odnogi biodrowej (np. TFLE, ZSLE, ZISL) wykonane z takich samych materiałów, które zostały użyte do rozwidlonego biodrowego wewnątrznaczyniowego stent-graftu Zenith Branch. Instrukcje dotyczące zakładania wszystkich stent-graftów Zenith z odnogi biodrowej i systemów podawania podano w odpowiednich instrukcjach użycia. Wspólna część biodrowa rozwidlonego biodrowego wewnątrznaczyniowego stent-graftu Zenith Branch, umieszczona w tętnicy biodrowej wspólnej, zostanie połączona z krótką odnogą (przeciwstronną) rozwidlonego stent-graftu Zenith (np. wewnątrznaczyniowy stent-graft Zenith AAA) za pomocą standardowej odnogi biodrowej o odpowiedniej długości i średnicy dystalnej wynoszącej 16 mm (np. TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX).

Powlekany stent obwodowy rozprężany balonem zostanie umieszczony w obrębie odcinka odnogi bocznej i sięgać będzie do tętnicy biodrowej wewnętrznej. Instrukcja zakładania znajduje się w Instrukcji użytkowania niniejszego urządzenia.

2 WSKAZANIA DO STOSOWANIA

Stent-graft wewnątrznaczyniowy Zenith Branch z systemem wprowadzającym H&L-B One-Shot wskazany jest do leczenia wewnątrznaczyniowego u pacjentów z tętniakiem aortalno-biodrowym lub biodrowym, nieszczelnym dystalnym miejscem uszczelnienia w obrębie tętnicy biodrowej wspólnej oraz posiadających morfologię odpowiednią do zabiegu wewnątrznaczyniowego, w tym:

- Odpowiedni dostęp biodrowo-udowy zgodny z systemem wprowadzającym 20 Fr (o średnicy zewnętrznej 7,7 mm).
- Niezmieniony tętniakowato odcinek mocowania tętnicy biodrowej zewnętrznej dystalnie do tętniaka, o:
 - długości co najmniej 20 mm,
 - średnicy mierzonej od ściany zewnętrznej do ściany wewnętrznej nie większej niż 11 mm i nie mniejszej niż 8 mm.
- Niezmieniony tętniakowato odcinek tętnicy biodrowej wewnętrznej dystalnie do tętniaka, o:
 - długości co najmniej 10 mm (preferowane 20-30 mm)
 - średnicy odpowiedniej do prawidłowego uszczelnienia.

3 PRZECIWWSKAZANIA

Nie ma znanych przeciwwskazań dla tych urządzeń.

4 OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI

4.1 Ogólne

- Należy dokładnie przeczytać całą instrukcję. Nieprzestrzeganie instrukcji, ostrzeżeń i środków ostrożności może prowadzić do poważnych następstw lub zranienia pacjenta.
- Rozwidlony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyniowy Zenith Branch z systemem wprowadzającym H&L-B One-Shot powinien być stosowany wyłącznie przez lekarzy i zespoły wyszkolone w interwencyjnych technikach naczyniowych i w stosowaniu niniejszego urządzenia.
- Niewykonanie niekontrastowego obrazowania TK może spowodować błąd oceny (niedoszacowanie) zwapienia tętnicy biodrowej lub aorty, co może uniemożliwić dostęp lub pewne umocowanie urządzenia i szczelność.
- Przeprowadzona przed zabiegiem rekonstrukcja obrazowania o grubości > 3 mm może spowodować gorszy dobór wielkości urządzenia lub też nieodpowiednią ocenę ogniskowych zwężeń w TK.
- Długoterminowe działanie stent-graftów wewnątrznaczyniowych nie zostało jeszcze ustalone. Wszyscy pacjenci powinni zostać poinformowani o tym, że leczenie wewnątrznaczyniowe wymaga dożywności, regularnej kontroli w celu oceny zmian tętniaka, przepływu okolo-graftowego, drożności, krętości i postępu choroby.
- Jeśli powikłania nerkowe lub inne czynniki wykluczają użycie środków kontrastowych, podobnych informacji dostarczyć mogą radiogramy jamy brzusznej i badanie ultrasonograficzne duplex.
- Rozwidlony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyniowy Zenith Branch z systemem wprowadzającym H&L-B One-Shot nie jest zalecany u pacjentów, którzy nie są w stanie lub nie chcą poddać się niezbędnym przed- i pooperacyjnym badaniom obrazowym oraz badaniom dotyczącym implantacji, jak opisano w punkcie 11, Wskazówki dotyczące obrazowania i kontrola po zabiegu.
- Po umieszczeniu stent-graftu wewnątrznaczyniowego pacjenci powinni podlegać regularnej obserwacji w zakresie przepływu okolo-graftowego, powiększenia się tętniaka lub zmian struktury lub położenia stent-graftu wewnątrznaczyniowego.
- Wymagane jest co najmniej raz do roku obrazowanie obejmujące: 1) radiogramy jamy brzusznej w celu zbadania integralności urządzenia (rozdzielenia składników lub złamania stentu) i 2) badanie TK z kontrastem i bez kontrastu w celu oceny zmian tętniaka, przepływu okolo-graftowego, drożności, krętości i postępu choroby.
- Jeśli powikłania nerkowe lub inne czynniki wykluczają użycie środków kontrastowych, podobnych informacji dostarczyć mogą radiogramy jamy brzusznej i badanie ultrasonograficzne duplex.
- Rozwidlony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyniowy Zenith Branch z systemem wprowadzającym H&L-B One-Shot nie jest zalecany u pacjentów, którzy nie są w stanie lub nie chcą poddać się niezbędnym przed- i pooperacyjnym badaniom obrazowym oraz badaniom dotyczącym implantacji, jak opisano w punkcie 11, Wskazówki dotyczące obrazowania i kontrola po zabiegu.
- U pacjentów, u których występuje powiększenie się tętniaków, niedopuszczalne zmniejszenie się długości mocowania (zachodzenia na siebie naczyń i elementu) i/lub przeciek wewnętrzny powinno się rozważyć interwencję lub przejście do standardowej chirurgicznej operacji naprawczej po wstępnym naprawczym zabiegu naczyniowym. Zwiększenie się rozmiaru tętniaka i/lub utrzymywanie się przeciek wewnętrzny może prowadzić do pęknięcia tętniaka.
- Pacjenci, u których występuje zmniejszony przepływ krwi przez odnogę stent-graftu i/lub przeciek, mogą wymagać poddania ich powtórnej interwencji lub zabiegowi chirurgicznemu.
- Podczas wszczepiania lub procedur powtórnej interwencji zawsze musi być dostępny zespół chirurgów naczyniowych na wypadek wystąpienia konieczności przeprowadzenia otwartej chirurgicznej operacji naprawczej.
- Wszczepianie wewnątrznaczyniowych stent-graftów jest zabiegiem chirurgicznym i możliwa jest utrata krwi z różnych przyczyn, co w niezbyt częstych przypadkach wymaga interwencji (łącznie z przetoczeniem krwi), aby zapobiec niepożądanym rezultatom. Ważne jest monitorowanie podczas całego zabiegu utraty krwi z zastawki hemostatycznej, ale ma to szczególne znaczenie podczas manipulowania szarym pozycjonerem i po takiej manipulacji. W razie nadmiernej utraty krwi po usunięciu szarego pozycjonera, należy rozważyć umieszczenie nienapełnionego balonu kształtującego lub rozszerzacza systemu podawania w obrębie zastawki, powodujące ograniczenie przepływu.

4.2 Wybór pacjentów, leczenie i kontrola po zabiegu

- Średnica naczyń dostępowego (mierzona od ściany wewnętrznej do ściany wewnętrznej) i jego morfologia (minimalna krętość, choroba zarostowa i/lub zwapienie) powinny odpowiadać technikom dostępu naczyniowego i systemom podawania wykorzystującym koszulkę wprowadzającą naczyniowego o profilu 20 Fr (o średnicy zewnętrznej 7,7 mm). Naczynia o znacznych zwapieniach, zarosnięte, kręte lub wysklepione skrzepilinami mogą uniemożliwić umieszczenie stent-graftu wewnątrznaczyniowego i/lub mogą zwiększyć ryzyko zatorów.
- Podstawowe elementy anatomiczne mogące mieć wpływ na pomyślne wyłączenie tętniaka to między innymi krętość jednego lub wszystkich zajętych naczyń, tętnice biodrowe o zmniejszonej lub zwiększonej wielkości, odrębna skrzepina, tętniak tętnicy biodrowej wewnętrznej i/lub zewnętrznej, i/lub zwapienie w miejscach wszczepiania tętnic. Nieregularne zwapienie i/lub płytka może pogorszyć mocowanie i szczelność miejsc wszczepienia i możliwość wprowadzania systemów wprowadzających.
- Rozwidlony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyniowy Zenith Branch z systemem wprowadzającym H&L-B One-Shot nie jest zalecany dla pacjentów z nietolerancją środków kontrastowych niezbędnych do badań obrazowych śródoperacyjnych i podczas kontroli po zabiegu.
- Rozwidlony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyniowy Zenith Branch z systemem wprowadzającym H&L-B One-Shot nie jest zalecany u pacjentów z nadmierną wagą i/lub wzrostem, które mogą pogorszyć lub uniemożliwić spełnienie niezbędnych warunków obrazowania.
- Rozwidlony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyniowy Zenith Branch z systemem wprowadzającym H&L-B One-Shot nie jest zalecany u pacjentów ze znaną nadwrażliwością lub uczuleniem na stal nierdzewną, poliestr, nitylnol (nikiel, tytan), stop lutowniczy (cyna, srebro), polipropylen lub złoto.
- Pacjenci z zakażeniem układowym mogą być narażeni na zwiększone ryzyko zakażenia stent-graftu wewnątrznaczyniowego.
- Niemożność utrzymania drożności co najmniej jednej tętnicy biodrowej wewnętrznej może zwiększyć ryzyko niedokrwienia miednicy/jelita.

4.3 Procedura wszczepiania

- Podczas procedury wszczepiania należy stosować układowy antykoagulant według protokołu obowiązującego w szpitalu i zalecanego przez lekarza. Jeśli heparyna jest przeciwwskazana, należy rozważyć użycie alternatywnego antykoagulantu.
- Podczas przygotowań i wprowadzania należy zminimalizować manipulację ściśniętym stent-graftem, aby zmniejszyć ryzyko zanieczyszczenia i zakażenia endoprotezy.
- W celu aktywowania powłoki hydrofilnej na zewnętrznej powierzchni koszulki wprowadzającej Flexor należy przetrzeć tę powierzchnię gazikami 10 x 10 cm nasączonymi roztworem soli fizjologicznej. W celu optymalnego działania koszulka musi być zawsze nawilżona.
- Podczas wprowadzania systemu podawania należy utrzymywać pozycję przewodnika.
- Nie wolno zginać ani zapętląć systemu podawania. Postępowanie takie może spowodować uszkodzenie systemu podawania oraz rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch.
- Fluoroskopię należy stosować podczas wprowadzania i rozprężania, w celu potwierdzenia prawidłowego działania elementów systemu

- podawania, prawidłowego umieszczenia stent-graftu oraz pożądanego rezultatu procedury.
- Zastosowanie rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyńniowego Zenith Branch z systemem wprowadzającym H&L-B One-Shot wymaga podania donaczyńniowego środka kontrastowego. Pacjenci z uprzednio istniejącą niedomogą nerek mogą być narażeni na zwiększone ryzyko pooperacyjnej niewydolności nerek. Należy zachować ostrożność, aby ograniczyć ilość środka kontrastowego używanego podczas zabiegu.
- W celu uniknięcia jakiegokolwiek skręcenia stent-graftu wewnątrznaczyńniowego podczas wszelkiego obracania systemu podawania należy obracać wszystkie składniki systemu równocześnie (od koszulki zewnętrznej po kaniulę wewnętrzną).
- Niedokładne umieszczenie i/lub niecałkowite uszczelnienie rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyńniowego Zenith Branch wewnątrz naczyń lub elementów dodatkowych może spowodować zwiększone ryzyko przecieku wewnętrznego, przemieszczenia lub niezamierzonego zamknięcia tętnicy biodrowej wewnętrznej.
- Nieodpowiednie umocowanie rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyńniowego Zenith Branch może spowodować zwiększone ryzyko jego przemieszczenia. Nieprawidłowe rozprężenie lub przemieszczenie endoprotezy może wymagać interwencji chirurgicznej.
- Jeśli podczas wsuwania przewodnika lub systemu podawania wyczuwalny jest opór, nie wolno kontynuować wprowadzania żadnej części tego systemu. Należy przerwać działanie i ocenić przyczynę oporu. Może wystąpić uszkodzenie naczyń lub cewnika. W obszarach zwężenia, zakrzepicy wewnątrznaczyńniowej lub w zwąźniach lub krętych naczyniach należy zachować najwyższą ostrożność.
- Należy zachować ostrożność podczas manipulowania cewnikami, przewodnikami i koszulkami wewnątrz tętniaka. Znaczne poruszenie może oderwać fragmenty skrzepiny, które mogą być powodem zatorów obwodowych.
- Powlekany stent obwodowy rozprężany balonem musi mieć odpowiednią średnicę, aby ściśnięcie przylegało zarówno do odcinka odgałęzienia bocznego, jak i tętnicy biodrowej wewnętrznej i mieć długość wystarczającą do zachodzenia na około 10-14 mm na odcinek odgałęzienia bocznego oraz na 10 mm (preferowane 20-30 mm) na dystalne miejsce mocowania w tętnicy biodrowej wewnętrznej.
- Należy uważać, aby nie uszkodzić poprzednio założonego stent-graftu ani nie zaburzyć jego położenia w przypadku konieczności ponownej zmiany położenia graftu.

Użycie balonu kształtującego

- Przed ponownym umieszczeniem balonu należy potwierdzić jego całkowite opróżnienie.
- Nie wolno napędląć balonu w naczyniu poza stent-graftem.
- W celu uzyskania dodatkowej hemostazy przy wprowadzaniu, a następnie wycofywaniu balonu kształtującego można otwierać lub zamykać zastawkę hemostatyczną Captor.

4.4 Bezpieczeństwo i zgodność ze środowiskiem RM

Badania niekliniczne wykazały, że rozwidlony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyńniowy Zenith Branch używany z powlekanym stentem rozprężanym balonem jest warunkowo zgodny ze środowiskiem RM, zgodnie z ASTM F2503. Pacjent z tym urządzeniem może być bezpiecznie poddany skanowaniu po jego umieszczeniu, przy zachowaniu następujących warunków:

- Wyłącznie statyczne pole magnetyczne o indukcji 3,0 T lub 1,5 T
- Maksymalny gradient przestrzenny pola magnetycznego najwyższej 720 gaussów/cm (7,2 T/m)
- Maksymalny zgłoszony przez system RM współczynnik pochłaniania promieniowania elektromagnetycznego przez ciało (SAR) uśredniony dla całego ciała $\leq 2,0$ W/kg (normalny tryb działania)

W warunkach skanowania określonych powyżej nie jest spodziewane, że rozwidlony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyńniowy Zenith Branch używany z rozprężanym balonem powlekanym stentem spowoduje wzrost temperatury większy niż 2,4 °C po 15 minutach ciągłego skanowania.

Artefakt obrazu rozciąga się na około 122 mm od rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyńniowego Zenith Branch używanego z rozprężanym balonem powlekanym stentem, jak wykazały badania niekliniczne z zastosowaniem obrazowania wykorzystującego sekwencję impulsów echa gradientowego i system RM o indukcji 3,0 T. Artefakt obrazu zasłania światło urządzenia.

UWAGA: W przypadku rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyńniowego Zenith Branch, należy rozważyć korzyści kliniczne badania RM w porównaniu z potencjalnym ryzykiem związanym z tym zabiegiem.

5 POTENCJALNE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE

Do zdarzeń niepożądanych mogących pojawić się i/lub wymagać interwencji należą między innymi:

- Amputacja
- Chromanie (np. pośladek, kończyna dolna)
- Endoproteza: nieprawidłowe umieszczenie elementu, niecałkowite rozprężenie elementu, przemieszczenie elementu, zerwanie szwu, zamknięcie, zakażenie, złamanie stentu, zużycie materiału stent-graftu,
- Gorączka i miejscowe zapalenie
- Impotencja
- Konwersja chirurgiczna do otwartej operacji naprawczej
- Krwawienie, krwiak lub zaburzenia krzepnięcia (koagulopatia)
- Niewydolność wątroby
- Obrzęk
- Pęknięcie tętniaka i zgon
- Powiększenie tętniaka
- Powikłania jelitowe (np. niedrożność, przemijające niedokrwienie, zawał, martwica)
- Powikłania kardiologiczne i wynikające z nich problemy uboczne (np. zaburzenia rytmu serca, zawał mięśnia sercowego, zastoinowa niewydolność serca, niedociśnienie, nadciśnienie)
- Powikłania limfatyczne i wynikające z nich problemy uboczne (np. przetoka chłonna)
- Powikłania nerkowe i wynikające z nich problemy uboczne (np. zamknięcie tętnicy, toksyczność kontrastu, niewydolność, niedomoga)
- Powikłania neurologiczne, lokalne lub układowe i wynikające z nich problemy uboczne (np. udar, przemijający napad niedokrwienności, porażenie porażenie porażenie, niedowład poprzeczny, porażenie)
- Powikłania płucne/oddechowe i wynikające z nich problemy uboczne (np. zapalenie płuc, niewydolność oddechowa, przedłużająca się intubacja)
- Powikłania ze strony miejsca dostępu naczyniowego, w tym zakażenie, ból, krwiak, tętniak rzekomy, przetoka tętniczko-żylna
- Powikłania ze strony rany i wynikające z nich problemy uboczne (np. rozejście się rany, zakażenie)
- Powikłania ze strony układu moczowo-płciowego i wynikające z nich problemy uboczne (np. niedokrwienie, nadżerka, przetoka, nietrzymanie moczu, krwiomocz, zakażenie)

- Powikłania znieczulenia i wynikające z nich problemy uboczne (np. aspiracja)
- Przeciek wewnętrzny
- Przetoka tętniczko-żylna
- Skurcz naczyń lub uszkodzenie naczyń (np. rozwarstwienie naczyń biodrowo-udowych, krwawienie, pęknięcie, zgon)
- Uszkodzenie aorty, w tym przedziurawienie, rozwarstwienie, krwawienie, pęknięcie i zgon
- Uszkodzenie naczyń
- Zakażenie tętniaka, urządzenia lub miejsca dostępu, w tym tworzenie się ropnia, przemijająca gorączka i ból
- Zakrzepica tętnicza lub żylna i/lub tętniak rzekomy
- Zamknięcie stent-graftu lub naczyń własnego
- Zatorowość (mikro i makro) z przemijającym lub stałym niedokrwieniem lub zawałem
- Zgon

6 DOBÓR I LECZENIE PACJENTÓW

(Patrz punkt 4, Ostrzeżenia i środki ostrożności)

6.1 Indywidualizacja leczenia

Firma Cook zaleca dobór średnic elementów rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyńniowego Zenith Branch według opisu w tabeli 8.1. Długość rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyńniowego Zenith Branch na ogół dobiera się tak, aby sięgał od proksymalnej części tętnicy biodrowej wspólnej do tętnicy biodrowej zewnętrznej. Lekarz powinien mieć dostępne wszystkie długości i średnice urządzeń koniecznych do dokończenia procedury, szczególnie wtedy, gdy przedoperacyjne pomiary w ramach planowania (średnic i długości poddawanych leczeniu) nie są pewne. Takie podejście umożliwia większą elastyczność podczas operacji, pozwalającą na uzyskanie optymalnych rezultatów zabiegu. Przed zastosowaniem rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyńniowego Zenith Branch należy dla każdego pacjenta starannie rozważyć potencjalne ryzyko opisane wcześniej w **punkcie 5 Potencjalne zdarzenia niepożądane**. Dodatkowe problemy dotyczące doboru pacjentów to między innymi:

- Wiek pacjenta i oczekiwana długość życia.
- Choroby towarzyszące (np. niedomoga sercowa, oddechowa lub nerkowa istniejąca przed zabiegiem, chorobliwa otyłość).
- Zdolność pacjenta do poddania go otwartej operacji naprawczej.
- Anatomiczne warunki pacjenta umożliwiające zabieg wewnątrznaczyńniowy.
- Ryzyko pęknięcia tętniaka w porównaniu z ryzykiem leczenia rozwidlonym biodrowym stent-graftem wewnątrznaczyńniowym Zenith Branch.
- Zdolność tolerancji znieczulenia ogólnego, regionalnego lub miejscowego.
- Średnica dostępowego naczyń biodrowo-udowego i jego morfologia (minimalna skrzepina, zwapnienie i/lub krętość) powinny odpowiadać technikom dostępu naczyniowego i systemom podawania wykorzystującym koszulkę wprowadzającą naczyniowego o profilu od 12 Fr (o średnicy zewnętrznej 4,7 mm) do 20 Fr (o średnicy zewnętrznej 7,7 mm).
- Niezmieniony tętniakowaty odcinek mocowania tętnicy biodrowej zewnętrznej dystalnie do tętniaka, o:
 - długości co najmniej 20 mm,
 - średnicy mierzonej od ściany zewnętrznej do ściany zewnętrznej nie większej niż 11 mm i nie mniejszej niż 8 mm.
- Niezmieniony tętniakowaty odcinek tętnicy biodrowej wewnętrznej dystalnie do tętniaka, o:
 - długości co najmniej 10 mm (preferowane 20-30 mm)
 - średnicy odpowiedniej do prawidłowego uszczelnienia.
- Tętnica udowa/biodrowa wolna od istotnych zmian zarostowych, które spowalniałyby przepływ przez stent-graft wewnątrznaczyńniowy.

Ostateczna decyzja o podjęciu leczenia zależy od decyzji lekarza i pacjenta.

7 INFORMACJE DLA PACJENTA

Podczas omawiania niniejszego urządzenia wewnątrznaczyńniowego i zabiegu lekarz wraz z pacjentem (i/lub członkami rodziny) powinien rozważyć ryzyko i korzyści, w tym:

- Ryzyko i różnice pomiędzy zabiegiem wewnątrznaczyńniowym a chirurgiczną operacją naprawczą.
- Potencjalne zalety tradycyjnej otwartej chirurgicznej operacji naprawczej.
- Potencjalne zalety zabiegu naprawczego wewnątrznaczyńniowego.
- Potencjalne zalety alternatywnych zabiegów wewnątrznaczyńniowych.
- Możliwość, że po początkowym zabiegu wewnątrznaczyńniowym może być konieczny kolejny zabieg interwencyjny lub otwarta chirurgiczna operacja naprawcza tętniaka.

Oprócz ryzyka i korzyści zabiegu wewnątrznaczyńniowego lekarz powinien ocenić również zaangażowanie pacjenta i jego skłonność do poddania się w razie konieczności kontroli pooperacyjnej. Poniżej wymieniono dodatkowe tematy do omówienia z pacjentem, dotyczące oczekiwań po zabiegu wewnątrznaczyńniowym:

- Długoterminowe działanie stent-graftów wewnątrznaczyńniowych nie zostało jeszcze ustalone. Wszyscy pacjenci powinni zostać poinformowani o tym, że leczenie wewnątrznaczyńniowe wymaga dożywotniej, regularnej kontroli w celu oceny stanu zdrowia i działania stent-graftu wewnątrznaczyńniowego. Pacjenci ze specyficznymi objawami klinicznymi (np. przeciekami wewnętrznymi, poszerzającymi się tętniakami lub zmianami struktury lub położenia stent-graftu wewnątrznaczyńniowego) powinni podlegać ściślejszej kontroli. Szczegółowe wytyczne dotyczące kontroli opisano w **punkcie 11, Wskazówki dotyczące obrazowania i kontrola po zabiegu**.

8 POSTAĆ W CHWILI DOSTARCZENIA

Rozwidlony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyńniowy Zenith Branch jest dostarczany wyjalowiony (100% tlenkiem etylenu) i wstępnie załadowany w rozrywane opakowaniach.

Niniejsze urządzenie jest przeznaczone wyłącznie do użytku u jednego pacjenta. Nie wolno ponownie używać, poddawać procesom ani ponownie sterylizować żadnego elementu tego urządzenia. Ponowne użycie, poddawanie procesom lub ponowna sterylizacja może naruszyć strukturalną integralność urządzenia i/lub doprowadzić do jego awarii, która z kolei może spowodować uraz, chorobę lub śmierć pacjenta. Ponowne użycie, poddawanie procesom lub ponowna sterylizacja może także stwarzać ryzyko zanieczyszczenia urządzenia i/lub spowodować zakażenie lub zakażenie krzyżowe u pacjenta, w tym m.in. przeniesienie choroby lub chorób zakaźnych pomiędzy pacjentami. Zanieczyszczenie urządzenia może prowadzić do urazu, choroby lub śmierci pacjenta. Należy skontrolować urządzenie i opakowanie, aby sprawdzić, czy w wyniku transportu nie doszło do żadnych uszkodzeń. Nie używać tego urządzenia, jeśli nastąpiło uszkodzenie lub jeśli jałowa bariera jest zniszczona lub rozerwana. Jeśli nastąpiło uszkodzenie, nie wolno używać produktu i należy go zwrócić firmie Cook.

Przed użyciem należy sprawdzić, czy dostarczono prawidłowe urządzenia (ilość i rozmiar) dla danego pacjenta poprzez porównanie urządzenia z zamówieniem wystawionym przez lekarza dla tego konkretnego pacjenta.

Nie używać po upływie okresu ważności wydrukowanego na etykiecie.
Przechowywać w chłodnym i suchym miejscu.

Rozwidlony biodrowy stent-graft wewnętrzznacyniowy Zenith Branch
jest załadowany w koszulkę wprowadzającej Flexor 20 Fr. Powierzchnia

koszulki jest pokryta powłoką hydrofilną, która po aktywacji poprawia jej przesuwalność. W celu aktywowania powłoki hydrofilnej powierzchnię trzeba przetrzeć gazikami 10 x 10 cm nasączonymi roztworem soli fizjologicznej.

Odnogi biodrowe Zenith i systemy podawania do użycia z rozwidlonym biodrowym stent-graftem wewnętrzznacyniowym Zenith Branch dostępne są w następujących długościach i średnicach:

Numer zamówienia ponownego ¹	Tabela 8.1 Rozwidlone stent-grafy odnogi biodrowej					Długość odcinka biodrowego		Całkowita długość stent-graftu
	Średnica proksymalna	Średnica dystalna	Średnica odnogi bocznej ²	Koszulka wprowadzająca Rozmiar French (Fr)	(Śr. wewn. / Śr. zewn.)	Wspólna	Zewnętrzna	
ZBIS-10-45-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm
ZBIS-10-61-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm
ZBIS-10-45-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm
ZBIS-10-61-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm
ZBIS-12-45-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm
ZBIS-12-61-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm
ZBIS-12-45-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm
ZBIS-12-61-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm

¹ZBIS-XX-YY-ZZ jest rozwidlonym stent-graftem biodrowym, gdzie XX jest średnicą dystalną, YY jest długością odcinka biodrowego wspólnego (długością od proksymalnej krawędzi stent-graftu do końca odnogi bocznej), a ZZ jest długością odcinka biodrowego zewnętrznego (długością od końca odnogi bocznej do dystalnej krawędzi stent-graftu).

²Odnoga boczna zawiera nitynolowy stent-z o średnicy 6 mm, ale podczas umieszczania powlekanego stentu obwodowego rozprężanego balonem powinna ona zostać rozszerzona do 8 mm.

Odnogi biodrowe stent-graftów Zenith AAA i systemy podawania do użycia z rozwidlonym biodrowym stent-graftem wewnętrzznacyniowym Zenith Branch dostępne są w następujących długościach i średnicach:

Numer zamówienia ponownego ¹	Tabela 8.2 Odnogi biodrowe			Robocza długość odnogi biodrowej ²
	Średnica odnogi biodrowej	Koszulka wprowadzająca Rozmiar French (Fr)	(Śr. wewn. / Śr. zewn.)	
TFLE-16-YY	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	37, 54, 71, 88 mm
ZSLE-16-YY-ZT	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	39, 56, 74, 90 mm
ZISL-16-YY	16 mm	12 Fr	(4,0 mm / 4,7 mm)	42, 59, 77, 93 mm

¹Przykład: TFLE-XX-YY jest odnogą biodrową, gdzie XX jest średnicą, a YY jest długością roboczą odnogi biodrowej.

²Całkowita długość odnogi = długość robocza + 22 mm stentu łączącego (w przypadku TFLE i ZSLE) i 29,1 mm stentów łączących (w przypadku ZISL).

9 INFORMACJE DOTYCZĄCE ZASTOSOWANIA KLINICZNEGO

9.1 Szkolenie lekarza

PRZESTROGA: Podczas wszczepiania lub procedur powtórnej interwencji zawsze musi być dostępny zespół chirurgów naczyniowych na wypadek wystąpienia konieczności przeprowadzenia otwartej chirurgicznej operacji naprawczej.

PRZESTROGA: Rozwidlony biodrowy stent-graft wewnętrzznacyniowy Zenith Branch z systemem wprowadzającym H&L-B One-Shot powinien być stosowany wyłącznie przez lekarzy i zespoły wyszkolone w interwencyjnych technikach naczyniowych, po szkoleniu ogólnym Zenith i w zakresie użycia niniejszego urządzenia. Zalecane wymagania odnośnie umiejętności/wiedzy lekarzy stosujących rozwidlony biodrowy stent-graft wewnętrzznacyniowy Zenith Branch z systemem wprowadzającym H&L-B One-Shot wymieniono poniżej:

Dobór pacjentów:

- Znajomość przebiegu tętniaków aorty brzusznej (AAA) i chorób towarzyszących związanych z operacją naprawczą tych tętniaków.
- Znajomość interpretacji radiogramów, wyboru urządzenia i doboru jego wielkości.

Zespół wielodyscyplinarny mający łącznie doświadczenie w:

- Dostępie udowym, arteriotomii i zabiegach naprawczych
- Dostępie przezskórnym i technikach zamykania rany
- Nieselektywnych i selektywnych technikach z użyciem przewodników i cewników
- Interpretacji obrazów fluoroskopowych i angiograficznych
- Embolizacji
- Angioplastyce
- Umieszczeniu stentów wewnętrzznacyniowych
- Technikach posługiwania się pętlą
- Odpowiednim stosowaniu radiologicznych środków kontrastowych
- Technikach zmniejszania narażenia na promieniowanie
- Biegłości w zakresie niezbędnych podczas kontroli technik obrazowania

9.2 Kontrola przed użyciem

Należy skontrolować urządzenie i opakowanie, aby sprawdzić, czy w wyniku transportu nie doszło do żadnych uszkodzeń. Nie używać tego urządzenia, jeśli nastąpiło uszkodzenie lub jeśli jądłowa bariera jest zniszczona lub rozerwana. Jeśli nastąpiło uszkodzenie nie wolno używać produktu i należy go zwrócić firmie COOK. Przed użyciem należy sprawdzić, czy dostarczono prawidłowe urządzenia z zamówieniem wystawionym przez lekarza dla tego konkretnego pacjenta.

9.3 Wymagane materiały

(Nie dołączone do rozwidlonego systemu biodrowego)

- Stent-graft Zenith z odnogą biodrową [np. TFLE-16-(37,54,71,88), ZSLE-16-(39,56,74,90)-ZT, ZISL-16-(42,59,77,93)]
- Rozwidlony stent-graft Zenith (np. stent-graft wewnętrzznacyniowy Zenith AAA)
- Zestaw pomocniczy Zenith AAA
- Fluoroskop z możliwością wykonywania angiografii cyfrowej (ramię C lub jednostka umocowana na stałe)
- Środek kontrastowy

Tabela 9.5.1 Wskazówki doboru średnicy rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnętrzznacyniowego Zenith Branch* (Odcinek biodrowy zewnętrzny)

Średnica docelowego naczyńa biodrowego zewnętrznego ^{1,2}	Średnica odnogi biodrowej zewnętrznej Branch ³	Koszulka wprowadzająca	
		Rozmiar French (Fr)	(Śr. wewn. / Śr. zewn.)
8 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
9 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
10 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
11 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)

¹Maksymalna średnica wzdłuż dystalnego miejsca mocowania.

²Zaokrąglić zmierzoną średnicę biodrową z dokładnością do jednego mm.

³Dodatkowe informacje mogą mieć wpływ na dobór średnicy.

*Wszystkie wymiary są nominalne.

Średnica stent-graftu odnogi biodrowej (np. TFLE, ZSLE, ZISL) używanego do połączenia stent-graftu Zenith AAA z rozwidlonym biodrowym wewnętrzznacyniowym stent-graftem Zenith Branch wynosi 16 mm.

Powlekany stent obwodowy rozprężany balonem musi rozprężyć się do 8 mm w odnodze bocznej rozwidlonego wewnętrzznacyniowego stent-graftu biodrowego Zenith Branch, ale jego rozmiar powinien być dobrany do tętnicy biodrowej wewnętrznej zgodnie z zaleceniami producenta.

- Strzykawka
- Heparynizowany roztwór soli fizjologicznej
- Powlekany stent obwodowy rozprężany balonem
- Balony o odpowiednich rozmiarach

9.4 Materiały zalecane

(Nie dołączone do rozwidlonego systemu biodrowego)

Zalecane są następujące produkty.

Prowadniki

- Ekstra sztywny prowadnik o średnicy 0,035 inch (0,89 mm) i długości 260 cm, na przykład:
 - Ekstra sztywne prowadniki Cook Lunderquist (LES)
 - Ultra sztywne prowadniki Cook Amplatzt (AUS2)
- Standardowy prowadnik o średnicy 0,035 inch (0,89 mm), na przykład:
 - Prowadniki Cook o średnicy 0,035 inch (0,89 mm)
 - Prowadnik hydrofilny o średnicy 0,018 inch (0,46 mm)
 - Prowadnik hydrofilny o średnicy 0,035 inch (0,89 mm) i długości 260 cm, na przykład:
 - Prowadniki Cook Nimble™
 - Zamienny prowadnik o średnicy 0,035 inch (0,89 mm) i długości 260 cm, na przykład:
 - Prowadnik Cook Roadrunner® PC
 - Ekstra sztywne prowadniki Cook Amplatzt (AES)
 - Prowadnik Cook Rosen

Balony kształtujące

- Cewnik balonowy Cook CODA® (32 mm)

Zestawy wprowadzaczy (7 Fr [o średnicy wewnętrznej 2,3 mm], 8 Fr [o średnicy wewnętrznej 2,7 mm], 10 Fr [o średnicy wewnętrznej 3,3 mm], i 12 Fr [o średnicy wewnętrznej 4,0 mm])

- Zestawy wprowadzaczy Cook Check-Flo®
- Wprowadzacze Cook Flexor Check-Flo
- Wprowadzacze Cook Flexor Check-Flo z modyfikacją Raabe
- Zestawy ekstra dużych wprowadzaczy Cook Check-Flo
- Wprowadzacze przeciwstronne Cook Flexor Balkin Up & Over®
- Koszulki prowadzące Cook Flexor

Cewniki

- Cewniki kalibrujące, na przykład:
 - Cewniki kalibrujące centymetrowe Cook Auros®
- Cewniki angiograficzne z końcówką nieprzepuszczającą promieniowania, na przykład:
 - Cewniki angiograficzne Cook z końcówką Beacon®
 - Cewniki Cook Royal Flush® z końcówką Beacon

Igły dostępne

- Igły dostępne Cook jednościenne

Pętla

- Wewnętrzznacyniowy zestaw do wycofywania Dotter

9.5 Wskazówki dotyczące doboru średnicy urządzenia

Wybór średnicy powinien być ustalany na podstawie średnicy naczyńa mierzonej od ściany zewnętrznej do ściany zewnętrznej, a nie średnicy światła naczyńa; dobranie zbyt małego lub zbyt dużego urządzenia może spowodować niecałkowite uszczelnienie lub pogorszenie przepływu.

10 WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE STOSOWANIA

Przed zastosowaniem rozwidlonego wewnątrznaczyniowego stent-graftu biodrowego Zenith Branch z systemem wprowadzającym H&L-B One-Shot należy przeczytać niniejszą broszurę z instrukcją stosowania. Niniejsza instrukcja zawiera podstawowe wskazówki dotyczące umieszczania urządzenia. Zmiany w następujących procedurach mogą być konieczne. Niniejsza instrukcja zawiera wskazówki pomocnicze dla lekarza i nie zastępuje oceny lekarskiej.

Ogólne informacje o stosowaniu

Używając rozwidlonego wewnątrznaczyniowego stent-graftu biodrowego Zenith Branch z systemem wprowadzającym H&L-B One-Shot należy stosować standardowe techniki zakładania dostępowych koszułk tętniczych, cewników prowadzących, cewników angiograficznych i przewodników. Rozwidlony wewnątrznaczyniowy stent-graft biodrowy Zenith Branch z systemem wprowadzającym H&L-B One-Shot jest zgodny z przewodnikami o średnicy 0,035 inch (0,89 mm).

Ogólne informacje o rozprężaniu

Rozwidlony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyniowy Zenith Branch jest przeznaczony do umieszczenia drogą tętnicy biodrowej wspólnej po stronie tętniaka tętnicy biodrowej wspólnej, który ma być leczony. Po stronie przeciwnej do rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch umieszczony zostanie stent-graft Zenith AAA.

Zalecana kolejność umieszczania kilku elementów jest następująca:

1. Rozprężenie rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch wraz z umieszczeniem powlekanego stentu obwodowego rozprężanego balonem (przez tętnicę biodrową) w tętnicy biodrowej wewnętrznej.
2. Rozprężenie stent-graftu Zenith AAA (wprowadzonego przez przeciwną tętnicę biodrową).
3. Rozprężenie stent-graftu odnogi biodrowej Zenith (np. TFLE, ZSLE, ZISL) za pośrednictwem miejsca dostępu z rozwidlonego biodrowego wewnątrznaczyniowego stent-graftu Zenith Branch do przeciwstronnej odnogi (tj. krótkiej) stent-graftu brzuszego, łączącej kanał stent-graftu brzuszego z rozwidlonym biodrowym wewnątrznaczyniowym stent-graftem Zenith Branch.
4. Rozprężenie stent-graftu Zenith odnogi biodrowej (np. TFLE, ZSLE, ZISL) do odnogi tożsamostronnej (tj. długiej) stent-graftu Zenith AAA (jeśli konieczne).

Przedimplantacyjne czynniki determinujące

Sprawdź z planem przedimplantacyjnym, czy wybrano prawidłowe urządzenie. Do czynników determinujących należą:

1. Wybór tętnicy udowej do wprowadzenia systemu podawania (tj. określenie odpowiedniej tętnicy biodrowej).
2. Nachylenie kątowe tętnic biodrowych.
3. Średnice odpowiedniego dystalnego naczyń(naczyni) biodrowego(biodrowych).
4. Odległość od rozwidlenia aorty do miejsca odejścia tętnicy biodrowej wewnętrznej i miejsca przylegania.
5. Uwzględnić stopień zwężenia naczyń.

Przygotowanie pacjenta

1. Należy sprawdzić obowiązujące w placówce protokoły związane ze znieczuleniem, leczeniem antykoagulantami i monitorowaniem parametrów życiowych.
2. Umieścić pacjenta na stole do badania obrazowego umożliwiającym fluoroskopową kontrolę aorty od łuku aorty do rozwidleń tętnic udowych.
3. Przy użyciu standardowej techniki chirurgicznej odsłonić według potrzeby tętnice udowe wspólne.
4. Ustanowić w miarę potrzeby odpowiednią dystalną i proksymalną kontrolę krwawienia z naczyń na obu naczyniach udowych.

10.1 Przygotowanie/przepłukiwanie rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch

1. Wyjąć mandryn do transportu z czarną złączką (z kaniuli wewnętrznej), ochraniacz rurkowy kaniuli (z kaniuli wewnętrznej) i ochraniacz końcówki rozszerzadła (z rozszerzadła). Zdjąć koszułkę Peel-Away z tylnej części zastawki hemostatycznej. (Rysunek 3) Przepchnąć koszułkę wprowadzającą do przodu na końcówkę rozszerzadła do całkowitego zasłonięcia zakrzywionego cewnika. Unieść dystalną końcówkę systemu i przepłukać przez kraniak w zastawce hemostatycznej do chwili, gdy płyn pojawi się w bocznym otworze w pobliżu końcówki koszułki wprowadzającej. (Rysunek 4) Kontynuować wstrzykiwanie pełnych 20 mL roztworu płuczącego przez urządzenie. Przerwać wstrzykiwanie i zamknąć kraniak na rurce łączącej.

UWAGA: Jako płynu płuczącego do stent-graftów zawsze używa się heparynizowanego roztworu soli fizjologicznej.

UWAGA: Upewnić się, że zastawka hemostatyczna Captor na koszułce wprowadzającej Flexor jest obrócona do pozycji otwartej. (Rysunek 5)

2. Podłączyć strzykawkę z heparynizowanym roztworem soli fizjologicznej do złączki kaniuli wewnętrznej. Przepłukiwać do chwili, gdy płyn pojawi się w dystalnej końcówce rozszerzadła. (Rysunek 6)

UWAGA: Podczas przepłukiwania systemu unieść dystalną końcówkę, aby umożliwić usunięcie powietrza.

3. Wyjąć załadowany wstępnie przewodnik z systemu podawania.
4. Podłączyć strzykawkę z heparynizowanym roztworem soli fizjologicznej do złączki Luer załadowanego wstępnie cewnika. Przepłukiwać do chwili, gdy płyn pojawi się w końcówce dystalnej cewnika.
5. Do wstępnie załadowanego cewnika wprowadzić odpowiedni hydrofilny przewodnik z rdzeniem nitynolowym, zgodny ze średnicą 0,018 inch (0,46 mm) lub 0,035 inch (0,89 mm) o długości 260 cm.
6. Nasadzić gaziki 10 x 10 cm roztworem soli fizjologicznej i przetrzeć koszułkę wprowadzającą Flexor w celu uaktywnienia powłoki hydrofilnej. Nawilżyć obficie zarówno koszułkę jak i rozszerzacz.

10.2 Dostęp naczyniowy i angiografia

1. Przy użyciu standardowej techniki chirurgicznej nakłuć wybraną tętnicę(tętnice) udową wspólną ultracienką igłą do arteriografii o rozmiarze (G) 18 lub 19. Poprzez dostęp do naczyń wprowadzić:
 - Przewodniki – standardowy o średnicy 0,035 inch (0,89 mm), o długości 145 cm z końcówką J lub przewodnik Bentson
 - Koszułki odpowiedniego rozmiaru (np. 5 Fr [o średnicy wewnętrznej 1,7 mm] i 8 Fr [o średnicy wewnętrznej 2,7 mm])
 - Cewnik płuczący (często nieprzepuszczające promieniowania cewnik kalibrujący – np. centymetrowy cewnik kalibrujący lub prosty cewnik płuczący)

UWAGA: Użyć koszułki 8 Fr (o średnicy wewnętrznej 2,7 mm) wsuniętej do niższego odcinka aorty brzusznej po stronie przeciwstronnej.

2. Wykonać angiografię, aby określić położenie rozwidlenia aorty i tętnicy biodrowej wewnętrznej po stronie wszczepiania rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch.

10.3 Umieszczanie rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch

1. Upewnić się, że system podawania został przeplukany heparynizowanym roztworem soli i że całe powietrze zostało usunięte z systemu.
2. Podać heparynę (układowo), i sprawdzić roztwory płuczące. Przepłukiwać po każdej wymianie cewnika i/lub przewodnika.

UWAGA: Przez cały okres trwania zabiegu należy monitorować stan układu krążenia u pacjenta.

3. Po stronie rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch wymienić przewodnik z końcówką J na sztywny przewodnik (AUS lub LES) o średnicy 0,035 inch (0,89 mm), 260 cm długości i wprowadzać go przez cewnik aż do górnego odcinka aorty piersiowej. Usunąć cewnik płuczący i koszułkę. Utrzymywać położenie przewodnika.

UWAGA: Lokalizacja i ustawienie odejścia tętnicy biodrowej wewnętrznej, jak również rozwidlenia aorty powinny być rozpoznane przed wprowadzeniem urządzenia podczas obrazowania przedoperacyjnego lub śródoperacyjnego.

4. Przed wprowadzeniem należy sprawdzić ustawienie odcinka odgałęzienia bocznego za pomocą fluoroskopii, aby zapewnić jego prawidłowe dopasowanie do anatomii.

UWAGA: Na tym etapie urządzenie to będzie całkowicie zakryte koszułką zewnętrzną, ale jego obraz z „wycofaną” koszułką wykaże złote znaczniki nieprzepuszczające promieniowania, które są zrównane najbardziej bocznie na odgałęzieniu bocznym, oraz rowek obejmujący cewnik wprowadzony na stałe. (Rysunek 7)

UWAGA: Drugi znacznik na końcu dystalnym (2D) jest znacznikiem celowniczym dla najbliższego położenia proksymalnego końca powlekanego stentu rozciągającego odgałęzienie boczne do tętnicy biodrowej wewnętrznej. Drugi znacznik na końcu proksymalnym (2P) jest znacznikiem celowniczym dla najdalszego położenia dystalnego końca przedłużenia odnogi, które połączy odgałęzienie boczne biodrowe z rozwidlonym stent-graftem, umieszczonym powyżej rozwidlenia aorty.

UWAGA: Ustawienie można potwierdzić wzrokowo, ponieważ rowek w stożkowym rozszerzadzie (w którym załadowany wstępnie przewodnik wychodzi z systemu) jest zrównany z odgałęzieniem bocznym.

5. Wprowadzić system podawania rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch po przewodniku do tętnicy biodrowej do chwili, gdy końcówka cewnika umieszczonego na stałe, znajdującego się w rowku w końcówce rozszerzadła pod koszułką zewnętrzną, znajdzie się tuż nad rozwidleniem aorty, oraz będzie obrotowo zrównana ze znajdującym się naprzeciw odejściem tętnicy biodrowej wspólnej. (Rysunek 8)

PRZESTROGA: Podczas wprowadzania systemu podawania należy utrzymywać pozycję przewodnika.

PRZESTROGA: W celu uniknięcia jakiegokolwiek skręcenia stent-graftu wewnątrznaczyniowego podczas wszelkiego obracania systemu podawania należy obracać wszystkie składniki systemu równocześnie (od koszułki zewnętrznej po kaniulę wewnętrzną).

UWAGA: Nieznaczne wysunięcie hydrofilnego przewodnika poprzez końcówkę cewnika może pomóc w uwidocznieniu położenia końcówki cewnika.

10.4 Umieszczanie przewodnika „przez-i-przez”

1. Wsunąć hydrofilny przewodnik i cewnik do aorty. W celu utworzenia pętli ustawić przewodnik, wysuwając go według potrzeby przez końcówkę zakrzywionego cewnika.
2. Wsunąć odpowiednią pętlę poprzez koszułkę dostępową w przeciwną tętnicę biodrową, schwycić pętlą końcówkę hydrofilnego przewodnika i przeciągnąć ją, aby utworzyć przewodnik „przez-i-przez”. (Rysunek 9)

PRZESTROGA: Podczas tego manewru hydrofilny przewodnik „przez-i-przez” powinien być wsuwany w taki sposób, aby utrzymywać pewien „zwisający nadmiar” w miejscu rozwidlenia aorty.

10.5 Rozprężanie proksymalnego rozwidlonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch

1. Wsunąć koszułkę 8 Fr (o średnicy wewnętrznej 2,7 mm) do przeciwnej odnogi do momentu, aż znajdzie się ona na poziomie rozwidlenia aorty i wykonać przez nią arteriografię, w celu określenia położenia tętnicy biodrowej wewnętrznej po stronie wszczepiania urządzenia. (Rysunek 10)
2. Upewnić się, że system stent-graftu jest ustawiony tak, aby dystalny koniec odgałęzienia bocznego (wskazywany przez najdalszy znacznik nieprzepuszczający promieniowania) był ustawiony 10 mm nad odejściem tętnicy biodrowej wewnętrznej i obrócić tak, aby umożliwić łatwy dostęp do tętnicy biodrowej wewnętrznej. Jeśli znaczniki nieprzepuszczające promieniowania nie znajdują się w odpowiednim położeniu, należy obracać cały system do momentu, aż znaczniki znajdą się w jednej linii z uściem tętnicy biodrowej wewnętrznej i/lub wsunąć lub wycofać system w razie konieczności. (Rysunek 11)

PRZESTROGA: W celu uniknięcia jakiegokolwiek skręcenia stent-graftu wewnątrznaczyniowego podczas wszelkiego obracania systemu podawania należy obracać wszystkie składniki systemu równocześnie (od koszułki zewnętrznej po kaniulę wewnętrzną).

3. Jeśli położenie urządzenia jest zadowalające, należy ustabilizować szary pozycjoner (trzon systemu podawania) podczas wycofywania zewnętrznej koszułki wprowadzającej. Rozprężyć rozwidlony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyniowy Zenith Branch, aż odsłoni się koniec dystalny odgałęzienia bocznego. (Rysunek 12)
4. Wstrzymać wycofywanie koszułki.

OSTRZEŻENIE: Nie należy już dalej wycofywać koszułki, w przeciwnym razie element biodrowy zewnętrzny rozpręży się i uniemożliwi dalsze zmiany położenia.

10.6 Umieszczanie koszułki „w górę-i-po”

1. Wycofać biodrową koszułkę dostępową z przeciwnej strony, pozostawiając hydrofilowy przewodnik z rdzeniem nitynolowym „przez-i-przez” na miejscu.
2. Wsuwać odpowiednio dobraną rozmiar koszułkę „do góry-i-po” po hydrofilnym przewodniku „przez-i-przez” z rdzeniem nitynolowym do chwili, aż końcówka rozszerzadła koszułki zetknie się z końcówką wstępnie załadowanego cewnika. (Rysunek 13)

UWAGA: W celu ułatwienia wsuwania może okazać się konieczne zastosowanie delikatnego pociągania za oba końce przewodnika.

PRZESTROGA: Aby uniknąć uszkodzenia naczyń krwionośnych, jeśli wstępnie załadowany cewnik nie jest wsuwany przez rozwidlenie aorty, należy zachować szczególną ostrożność podczas manipulowania przewodnikami.

3. Zaciśnąć przewodnik hydrofilowy „przez-i-przez” na obydwu końcach (w miejscu jego wyjścia ze wstępnie załadowanego cewnika i koszułki „do góry-i-po”).
4. Kontynuować wsuwanie koszułki po zabezpieczonym przewodniku stosując delikatny, przerywany nacisk na wstępnie załadowany cewnik tak, aby koszułka i cewnik przesunęły się ponad rozwidleniem do

proksymalnego otworu w urządzeniu i poza odgałęzienie boczne.
(Rysunek 14)

UWAGA: W zależności od długości końcówki rozszerzadła tej koszulki może okazać się konieczne wysunięcie jej poza końcówkę jej rozszerzadła, aby zapewnić umieszczenie koszulki w odnodze bocznej.

5. Zdjąć rozszerzadło z koszulki „do góry-i-po”.

10.7 Kaniulacja tętnicy biodrowej wewnętrznej

1. Nakłuć zastawkę hemostatyczną koszulki „do góry-i-po” tak daleko z jednej strony jak to możliwe i wprowadzić odpowiedni zestaw przewodnika i cewnika. (Rysunek 15)
2. Wsuwać przewodnik i cewnik przez koszulkę „do góry-i-po” do tętnicy biodrowej wewnętrznej. (Rysunek 16)
3. Wymienić przewodnik w tętnicy biodrowej na przewodnik „wspierający” (np. przewodnik Rosen lub AES). Upewnić się, że położenie przewodnika jest ustabilizowane w tętnicy biodrowej wewnętrznej.

10.8 Umieszczanie powlekanego obwodowego stentu rozprężanego balonem

1. Wyjąć cewnik z wnętrza koszulki „do góry-i-po”, pozostawiając koszulkę i przewodnik na miejscu i wsuwać po przewodniku wstępnie zamocowany powlekany obwodowy stent odpowiedniego rozmiaru rozprężany balonem, aż wejdzie on do tętnicy biodrowej wewnętrznej. (Rysunek 17)

UWAGA: W celu zapewnienia ochrony podczas wsuwania stentu przez koszulkę „do góry-i-po” do tętnicy biodrowej wewnętrznej może okazać się pożądane wcześniejsze włożenie wstępnie zamocowanego powlekanego stentu obwodowego rozprężanego balonem do dodatkowej koszulki. Należy wybrać odpowiednią kombinację koszulki/przewodników/stentów tak, aby wewnętrzna koszulka mogła przejść współosiowo przez koszulkę „do góry-i-po”, umożliwiając jednocześnie pozostanie przewodnika „przez-i-przez” na miejscu.

2. W razie potrzeby sprawdzić angiografię, aby określić, czy położenie powlekanego stentu obwodowego rozprężanego balonem jest zadowalające, z uwzględnieniem zachodzenia na odgałęzienie boczne i planowane miejsce mocowania (w) tętnicy biodrowej wewnętrznej.

UWAGA: Po rozprężeniu powlekany stent obwodowy rozprężany balonem powinien zachodzić na odgałęzienie boczne rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch na 10-14 mm.

UWAGA: Na tym etapie procedury powinno być możliwe wykonanie angiografii przez koszulkę „w górę-i-po” lub przez cewnik w tętnicy biodrowej wspólnej.

3. Wycofać hydrofilowy przewodnik „przez-i-przez” z rdzeniem nityniowym i wstępnie załadowany cewnik.
4. Poprawić pozycję rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch w razie konieczności tak, aby dystalny otwór odgałęzienia bocznego znalazł się w odpowiednim położeniu w stosunku do odejścia tętnicy biodrowej wewnętrznej.

10.9 Rozprężanie dystalnego rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch

1. Wycofować koszulkę wprowadzającą rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch do chwili całkowitego rozprężenia elementu tętnicy biodrowej zewnętrznej. (Rysunek 18)
2. Zwołnić blokadę w czarnym mechanizmie uwalniania drut zwalniający. Pod kontrolą fluoroskopową wycofać i wyjąć drut zwalniający zsuwając czarny mechanizm uwalniania z uchwytu, po czym wyjąć go przez szczelinę drutu po kaniuli wewnętrznej. (Rysunek 19)

Zalecane nakładanie się stent-graftu odnogi biodrowej Zenith łączącej przeciwstronną odnogę rozwidłonego stent-graftu Zenith z rozwidłonym biodrowym wewnątrznaczyniowym stent-graftem Zenith Branch

Nakładanie się na przeciwstronną odnogę rozwidłonego stent-graftu Zenith	Minimum 1 ¼ stentu
	Maksymalnie 1 ¾ stentu
Nakładanie się z korpusem stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch	Minimum 1 ½ stentu
	Maksymalnie nie dalej, niż do drugiego znacznika na proksymalnym końcu urządzenia

5. Kontynuować rozprężanie rozwidłonego stent-graftu Zenith zgodnie z opisem podanym w odpowiednich Instrukcjach użycia.

10.12 Wprowadzenie balonu kształtującego

UWAGA: Przed zastosowaniem balonu kształtującego należy ostrożnie wyjąć wszystkie urządzenia dodatkowe.

1. W przypadku rozwidłonego stent-graftu Zenith należy użyć balonu kształtującego zgodnie z opisem podanym w odpowiednich Instrukcjach użycia.
2. W przypadku rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch balon kształtujący należy przygotować w następujący sposób:
 - Przepłukać światło przewodnika heparynizowaną solą fizjologiczną
 - Usunąć powietrze z balonu
3. Przygotowując się do wprowadzenia balonu kształtującego należy otworzyć zastawkę hemostatyczną Captor obracając przeciwnie do ruchu wskazówek zegara (w lewo).
4. Wsuwać balon kształtujący po sztywnym przewodniku i przez zastawkę hemostatyczną Captor systemu wprowadzającego rozwidłonego biodrowego wewnątrznaczyniowego stent-graftu Zenith Branch do miejsca nakładania się pomiędzy segmentem tętnicy biodrowej wspólnej rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch i stent-graftów odnogi biodrowej Zenith* (np. TFLE, ZSLE, ZISL) i rozprężyć.

PRZESTROGA: Przed ponownym umieszczeniem balonu należy potwierdzić jego całkowite opróżnienie.

PRZESTROGA: Przed zmianą położenia balonu kształtującego zastawka hemostatyczna Captor musi być otwarta.

11 WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE OBRAZOWANIA I KONTROLA PO ZABIEGU

Prosimy o sprawdzenie w tabeli 11 wymagań dotyczących obrazowania i kontroli pooperacyjnej.

Tabela 11 Harmonogram obrazowania

	Przedop.	Śródop.	Po zabiegu	30 dni	6 miesięcy	12 miesięcy	24 miesiące
TK	X		X ¹	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹
Układ moczowy (Zdjęcie rtg na wznak, nerek, moczowodów i pęcherza moczowego)			X	X	X	X	X
Angiografia	X	X					

¹U pacjentów z niewydolnością nerek lub tych, których nie można poddać badaniu TK z kontrastem, można wykonać badanie ultrasonograficzne duplex.

UWAGA: Stent dystalny jest ciągle jeszcze zabezpieczony drutem zwalnającym.

10.10 Rozprężanie powlekanego stentu obwodowego rozprężanego balonem

1. Wycofać koszulkę „w górę-i-po” do odpowiedniego położenia, umożliwiającego umieszczenie powlekanego stentu obwodowego rozprężanego balonem.
2. Rozprężyć powlekany stent obwodowy rozprężany balonem i w razie potrzeby wykonać dodatkowe balonowanie. (Rysunek 20)

UWAGA: Powlekany stent obwodowy rozprężany balonem powinien zostać rozprężony do co najmniej 8 mm w odgałęzieniu bocznym rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch w celu osiągnięcia szczelności w tętnicy biodrowej wewnętrznej.

UWAGA: Powlekany stent obwodowy rozprężany balonem powinien zachodzić na odgałęzienie boczne rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch na co najmniej 10 mm, maksymalnie nie dalej niż do drugiego znacznika na końcu dystalnym odgałęzienia bocznego. Dystalne miejsce mocowania powinno znajdować się w obrębie tętnicy biodrowej wewnętrznej na co najmniej 10 mm (preferowane 20-30 mm).

UWAGA: Nie wyjmować jeszcze balonu z odcinka odgałęzienia bocznego rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch.

3. Zwolnić blokadę w białym mechanizmie uwalniania drut zwalnający. Posługując się fluoroskopia, wycofać i usunąć drut zwalnający, zsuwając z uchwytu biały mechanizm uwalniania drut zwalnający, po czym usunąć go przez jego szczelinę, po kaniuli wewnętrznej. (Rysunek 21)
4. Ponownie napęczyć balon w odcinku bocznego odgałęzienia w celu stabilizacji urządzenia i wycofać system wprowadzacza poprzez stent-graft do koszulki wprowadzającej.

PRZESTROGA: Należy uważać, aby uniknąć przemieszczenia lub uszkodzenia rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch podczas wyjmowania systemu wprowadzacza lub podczas wsuwania innych elementów przez ten system.

UWAGA: Zapewnić pozostanie przewodnika w zadowalającym położeniu w celu wprowadzenia stent-graftu Zenith AAA.

5. Opróżnić i usunąć balon.
6. Wycofać przewodnik i koszulkę „w górę-i-po” do przeciwnej tętnicy biodrowej wspólnej

10.11 Rozprężanie stent-graftu Zenith AAA i stent-graftu odnogi biodrowej

1. Wprowadzić cewnik i sztywny przewodnik (AUS lub LES) standardowy, o średnicy 0,035 inch (0,89 mm), o długości 260 cm przez tętnicę biodrową po stronie przeciwnej do rozwidłonego biodrowego wewnątrznaczyniowego stent-graftu Zenith Branch.
2. Wyjąć obecne koszulki naczyniowe i cewniki i wprowadzić i rozprężyć główny trzon rozwidłonego stent-graftu Zenith zgodnie ze standardowym protokołem Zenith (patrz instrukcja użycia odpowiedniego stent-graftu Zenith).
3. Kaniulować krótką (przeciwstronną) odnogę rozwidłonego stent-graftu Zenith za pośrednictwem dostępu z rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch.
4. Rozprężyć odpowiedniej długości stent-graft odnogi biodrowej (np. TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX) przez rozwidłony biodrowy stent-graft wewnątrznaczyniowy Zenith Branch w taki sposób, aby uzyskać zalecane nakładanie się zgodnie z poniższą tabelą.

UWAGA: Podczas balonowania w sąsiedztwie rozwidlenia rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch należy upewnić się, że balon nie przechodzi przez to rozwidlenie.

UWAGA: Nie wolno wykonywać balonowania w sąsiedztwie odgałęzienia bocznego, aby uniknąć rozerwania stentu rozprężanego balonem.

5. Wycofać balon kształtujący do dystalnego miejsca mocowania rozwidłonego biodrowego stent-graftu wewnątrznaczyniowego Zenith Branch i rozprężyć.

PRZESTROGA: Nie wolno napęczać balonu w naczyniu poza stent-graftem.

6. Wyjąć balon kształtujący i zastąpić go cewnikiem angiograficznym, aby wykonać uzupełniające angiogramy.
7. Usunąć lub wymienić wszystkie sztywne przewodniki, aby umożliwić tętnicom biodrowym przyjęcie ich naturalnego położenia.

10.13 Angiogram końcowy

1. Umieścić cewnik angiograficzny tuż nad poziomem rozwidlenia aorty. Wykonać angiogramy, aby sprawdzić, czy tętnica biodrowa wspólna i odpowiadająca jej tętnica biodrowa wewnętrzna są drożne i czy nie wystąpiły przecieki wewnętrzne.
2. Potwierdzić, że nie ma przecieków wewnętrznych ani zacięć. Usunąć koszulkę, przewodniki i cewniki.

UWAGA: Jeśli obserwuje się przecieki wewnętrzne lub inne problemy i wymagają one interwencji, należy rozważyć zastosowanie dodatkowych elementów pomocniczych Zenith AAA.

3. Zamknąć naczynia w standardowy sposób chirurgiczny.

PORTUGUÊS

PRÓTESE ENDOVASCULAR ZENITH® BRANCH COM BIFURCAÇÃO ILÍACA E O SISTEMA DE INTRODUÇÃO H&L-B ONE-SHOT™

Leia com atenção todas as instruções. O não seguimento das instruções, advertências e precauções poderá originar graves consequências ou lesões nos doentes.

Para obter informações relativas a outros componentes Zenith, consulte as instruções de utilização relevantes para esses componentes.

1 DESCRIÇÃO DO DISPOSITIVO

1.1 Prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca

A prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca consiste numa prótese vascular bifurcada com aberturas para ligação à artéria ilíaca comum, ramo colateral e segmentos ilíacos externos. (Figura 1)

A prótese é fabricada em tecido de poliéster entrançado em toda a sua espessura, suturado a stents de aço inoxidável e nitinol auto-expansíveis Cook-Z® com fios de sutura de poliéster entrançado e polipropileno monofilamentoso. A prótese é totalmente revestida por stents de forma a fornecer a estabilidade e a força expansora necessárias para abrir o lúmen da prótese durante a expansão. Os anéis de nitinol localizados na extremidade proximal da prótese, dentro da ramificação lateral, ajudam a manter a permeabilidade do lúmen durante o acesso. Além disso, os stents Cook-Z proporcionam a fixação necessária e a selagem da prótese à parede do vaso.

Para facilitar a visualização fluoroscópica da prótese com stents, existem quatro marcadores de ouro radiopacos posicionados ao longo do lado ilíaco interno da parte proximal da prótese, para indicar a posição do segmento da ramificação lateral.

São necessários componentes adicionais como as próteses de extremidade ilíaca Zenith (p. ex., TFLE, ZSLE, ZISL) e stents periféricos cobertos expansíveis com balão. Cada um dos dispositivos tem o seu sistema de colocação separado. Consulte as instruções de utilização relevantes.

1.2 Sistema de colocação da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca

A prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca é enviada pré-carregada no sistema de introdução H&L-B One-Shot. (Figura 2) Possui um método de expansão sequencial com características integradas, que permite o controlo contínuo da prótese endovascular ao longo do procedimento de expansão.

A extremidade proximal da prótese está ligada ao sistema de colocação com dois fios de comando de nitinol. A extremidade distal da prótese também está ligada ao sistema de colocação e fixada por um fio de comando independente fabricado em aço inoxidável. O sistema de introdução H&L-B One-Shot possibilita um posicionamento preciso e permite o reajuste da posição final da prótese antes da expansão da mesma. O sistema de colocação utiliza um sistema de introdução H&L-B One-Shot de 20 Fr (6,7 mm de diâmetro interno), que inclui um cateter pré-carregado, usado para facilitar a canulação da ramificação lateral, e um fio guia, usado para garantir a preservação do lúmen do cateter durante o carregamento e transporte. Todos os sistemas são compatíveis com um fio guia de 0,035 inch (0,89 mm). Para uma hemostase adicional, poderá abrir ou fechar a válvula hemostática Captor para introduzir os dispositivos auxiliares na bainha ou retirá-los da mesma.

O sistema de colocação da prótese endovascular com bifurcação ilíaca Zenith Branch dispõe de uma bainha introdutora Flexor® resistente a dobras e com revestimento hidrófilo. Ambas as características se destinam a melhorar as capacidades de manobra do dispositivo nas artérias ilíacas e aorta abdominal. Além disso, o cateter pré-carregado é curvo de forma a melhorar a capacidade de posicionamento do fio guia durante o processo de formação do laço.

1.3 Componentes auxiliares

São também necessários outros componentes, tais como a prótese com extremidade ilíaca e stent periférico coberto expansível com balão.

Estão disponíveis próteses de extremidade ilíaca Zenith (p. ex., TFLE, ZSLE, ZISL) fabricadas com os mesmos materiais utilizados no fabrico da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca. Para todas as próteses de extremidade ilíaca e sistemas de colocação, consulte as respectivas instruções de utilização para ficar a conhecer as instruções de expansão. A secção ilíaca comum da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca, posicionada na artéria ilíaca comum, será ligada ao ramo curto (contralateral) de uma prótese bifurcada Zenith (p. ex., prótese endovascular Zenith AAA) por uma extremidade ilíaca standard de comprimento adequado e com um diâmetro distal de 16 mm (p. ex., TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX).

Um stent periférico coberto expansível com balão irá ser expandido dentro do segmento da ramificação lateral e prolongar-se-á para dentro da artéria ilíaca interna. Consulte as informações de expansão deste dispositivo nas respectivas instruções de utilização.

2 UTILIZAÇÃO PREVISTA

A prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca e o sistema de introdução H&L-B One-Shot está indicada para o tratamento endovascular de doentes com aneurismas da artéria ilíaca ou aorto-ilíacos, ou, ainda, um local de selagem distal insuficiente na artéria ilíaca comum, que tenham uma morfologia adequada à reparação endovascular, incluindo:

- Acesso ilíaco/femoral adequado, compatível com um sistema de introdução de 20 Fr (7,7 mm de diâmetro externo).
- Segmento de fixação na artéria ilíaca externa sem aneurisma distal ao aneurisma:
 - Com um comprimento de, pelo menos, 20 mm;
 - Com um diâmetro medido de parede exterior a parede exterior não superior a 11 mm e não inferior a 8 mm.
- Segmento da artéria ilíaca interna sem aneurisma distal ao aneurisma:
 - Com um comprimento de, pelo menos, 10 mm (sendo preferível um comprimento de 20 a 30 mm);
 - Com um diâmetro aceitável para uma selagem adequada.

3 CONTRA-INDICAÇÕES

Não existem contra-indicações conhecidas para estes dispositivos.

4 ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

4.1 Geral

- Leia com atenção todas as instruções. O não seguimento das instruções, advertências e precauções poderá originar graves consequências ou lesões nos doentes.
- A prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca e o sistema de introdução H&L-B One-Shot deve ser utilizada apenas por médicos e equipas treinadas em técnicas de intervenção vascular e na utilização deste dispositivo.

- A não realização de uma TAC sem contraste poderá não permitir a apreciação de calcificação ilíaca ou aórtica, o que poderá impedir o acesso ou uma fixação e selagem fiáveis do dispositivo.
- A utilização de cortes com espessura > 3 mm para reconstrução da imagem antes do procedimento poderá dificultar a escolha correcta do tamanho do dispositivo ou impossibilitar a apreciação de estenoses focais com TAC.
- O desempenho das próteses endovasculares a longo prazo ainda não foi estabelecido. Todos os doentes devem ser informados de que o tratamento endovascular requer um seguimento regular, durante toda a vida, para avaliação da sua saúde e do desempenho da sua prótese endovascular. Os doentes com determinados achados clínicos (p. ex., fugas intra-aneurismais, aneurismas em expansão ou alterações na estrutura ou posição da prótese endovascular) devem ter um seguimento mais intensivo. São descritas orientações específicas relativas ao seguimento pós-operatório na **secção 11, Orientações relativas à imagiologia e ao seguimento pós-operatório**.
- Depois de a prótese endovascular ser colocada, os doentes devem ser monitorizados regularmente relativamente à existência de fluxo à volta da prótese, crescimento do aneurisma ou alterações na estrutura ou posição da prótese endovascular. No mínimo, devem realizar-se anualmente exames imagiológicos, que incluem:
 - 1) radiografias abdominais para examinar a integridade do dispositivo (separação entre os componentes ou fractura do stent) e 2) TAC com e sem contraste para examinar as alterações do aneurisma, o fluxo à volta da prótese, a permeabilidade, a tortuosidade e a progressão da doença. Caso existam complicações renais ou outros factores que impeçam a utilização de meios de contraste, as radiografias abdominais e ecografias duplex poderão fornecer informações semelhantes.
- A prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca e o sistema de introdução H&L-B One-Shot não é recomendada para doentes que não possam ou se recusem a submeter-se aos estudos imagiológicos e de implantação necessários, pré- e pós-operatórios, tal como se descreve na **secção 11, Orientações relativas à imagiologia e ao seguimento pós-operatório**.
- A intervenção com cirurgia aberta padrão ou a conversão para este tipo de cirurgia após a reparação endovascular inicial deve ser considerada no caso de doentes que apresentem aneurismas em expansão, uma diminuição inaceitável do comprimento de fixação (sobreposição do vaso e do componente) e/ou fugas intra-aneurismais. Um aumento do tamanho do aneurisma e/ou fuga intra-aneurismal persistente poderá conduzir à rutura do aneurisma.
- Poderão ser necessárias intervenções secundárias ou procedimentos cirúrgicos em doentes que apresentem um fluxo sanguíneo reduzido através do ramo da prótese e/ou fugas.
- Em procedimentos de implantação ou de nova intervenção, deve estar sempre disponível uma equipa de cirurgia vascular caso seja necessária a conversão para cirurgia aberta.
- A colocação de próteses endovasculares com stent é um procedimento cirúrgico, em que pode ocorrer perda de sangue por diversos motivos, exigindo raramente uma intervenção (incluindo transfusão) para prevenir resultados adversos. É importante controlar a perda de sangue pela válvula hemostática ao longo de todo o procedimento, mas é especificamente relevante durante e após a manipulação do posicionador cinzento. Após a remoção do posicionador cinzento, se a perda de sangue for excessiva, considere a possibilidade de colocar um balão de moldagem vazio ou um dilatador do sistema de introdução dentro da válvula, para restringir o fluxo.

4.2 Selecção, tratamento e seguimento dos doentes

- O diâmetro (medido de parede interior a parede interior) e a morfologia (tortuosidade mínima, doença oclusiva e/ou calcificação) do vaso de acesso devem ser compatíveis com as técnicas de acesso vascular e sistemas de colocação com o perfil de uma bainha introdutora vascular de 20 Fr (7,7 mm de diâmetro externo). Os vasos que apresentem calcificação significativa, oclusão, tortuosidade ou se encontrem revestidos por trombos podem impedir a colocação da prótese endovascular e/ou aumentar o risco de embolização.
- Os elementos anatómicos chave que podem afectar o êxito da exclusão do aneurisma incluem a tortuosidade de algum ou de todos os vasos envolvidos, um tamanho demasiado grande ou muito pequeno das artérias ilíacas, trombos circunferenciais, aneurisma da artéria ilíaca interna e/ou externa, e/ou calcificação nos locais de implantação na artéria. A existência de calcificação e/ou placas irregulares pode comprometer a fixação e a selagem dos locais de implantação e a capacidade de avançar os sistemas introdutores.
- Não se recomenda a utilização da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca e o sistema de introdução H&L-B One-Shot em doentes que não possam tolerar os agentes de contraste necessários para os exames imagiológicos de seguimento intra- e pós-operatórios.
- Não se recomenda a utilização da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca e o sistema de introdução H&L-B One-Shot em doentes que excedam os limites de estatura e/ou de peso, que possam comprometer ou impedir os procedimentos imagiológicos necessários.
- Não se recomenda a utilização da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca e o sistema de introdução H&L-B One-Shot em doentes que tenham sensibilidade ou alergias conhecidas ao aço inoxidável, poliéster, nitinol (níquel e titânio), solda (estanho, prata), polipropileno ou ouro.
- Os doentes com uma infecção sistémica podem ter um risco acrescido de infecção da prótese endovascular.
- A incapacidade em manter a permeabilidade em, pelo menos, uma artéria ilíaca interna pode aumentar o risco de isquemia pélvica ou intestinal.

4.3 Procedimento de implantação

- Durante o procedimento de implantação deve utilizar-se a anticoagulação sistémica de acordo com o protocolo preferido pelo médico e os protocolos usados no hospital. Caso haja contra-indicação para a heparina, deve considerar-se um anticoagulante alternativo.
- Durante a preparação e inserção, minimize o manuseamento da endoprótese aprisionada para diminuir o risco de contaminação e infecção da mesma.
- Para activar o revestimento hidrófilo na face exterior da bainha introdutora Flexor, é necessário limpar a superfície com compressas de 10 x 10 cm impregnadas com soro fisiológico. A bainha deve manter-se sempre hidratada para um bom desempenho.
- Mantenha a posição do fio guia durante a inserção do sistema de colocação.
- Não curve nem dobre o sistema de colocação. Se o fizer, poderá danificar o sistema de colocação e a prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca.
- A fluoroscopia deve ser utilizada durante a introdução e a expansão para se confirmar a operação correcta dos componentes do sistema de colocação, a colocação correcta da prótese e os resultados do procedimento pretendidos.
- A utilização da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca e o sistema de introdução H&L-B One-Shot requer a administração de contraste intravascular. Os doentes com insuficiência renal prévia podem ter um risco acrescido de falência renal no pós-operatório. Deve ter-se

- cuidado para limitar a quantidade de meios de contraste usados durante o procedimento.
- Para evitar qualquer torção da prótese endovascular durante a rotação do sistema de colocação, tenha o cuidado de rodar todos os componentes do sistema em conjunto (desde a bainha exterior até à cânula interior).
- A colocação inexacta e/ou a selagem incompleta da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca no interior do vaso ou com componentes adicionais pode resultar num aumento do risco de fuga intra-aneurismal, migração ou oclusão accidental da artéria ilíaca interna.
- A fixação inadequada da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca pode resultar no aumento do risco de migração. A expansão incorrecta ou a migração da endoprótese pode exigir intervenção cirúrgica.
- Se sentir resistência durante a progressão do fio guia ou do sistema de colocação, não continue a avançar nenhuma parte do sistema de colocação. Pare e verifique qual a causa da resistência. Podem ocorrer danos no cateter ou lesões vasculares. Tenha especial cuidado em áreas de estenose, trombose intravascular ou em vasos calcificados ou tortuosos.
- Tenha cuidado ao manipular cateteres, fios guia e bainhas no interior de um aneurisma. Perturbações importantes podem desalojar fragmentos do trombo, que podem causar embolização distal.
- O stent periférico coberto expansível com balão tem de ter um diâmetro adequado para selar o segmento da ramificação lateral e a artéria ilíaca interna e tem de ter um comprimento suficiente para se sobrepor 10 a 14 mm ao segmento da ramificação lateral e 10 mm (sendo preferível 20 a 30 mm) ao local de fixação distal na artéria ilíaca interna.
- Em virtude de poder vir a ser necessária uma nova intervenção na prótese, deve ter-se cuidado para não danificar alguma prótese previamente colocada nem alterar a sua posição.

Utilização do balão de moldagem

- Confirme que o balão está totalmente vazio antes de efectuar o reposicionamento.
- Não insufe o balão no interior do vaso fora da prótese.
- Para uma hemostase adicional, poderá abrir ou fechar a válvula hemostática Captor para acomodar a inserção e a subsequente remoção de um balão de moldagem.

4.4 Segurança e compatibilidade com RMN

Os testes não clínicos demonstraram que a prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca utilizada com um stent coberto expansível com balão "MR Conditional" (podem ser realizados exames de RMN mediante determinadas condições) de acordo com a ASTM F2503. Um doente com este dispositivo pode ser examinado em segurança nas seguintes condições.

- Campo magnético estático de 1,5 ou 3,0 Tesla apenas
- Campo magnético do gradiente espacial máximo inferior ou igual a 720 Gauss/cm (7,2 T/m).
- Taxa de absorção específica (SAR) média para o corpo inteiro de $\leq 2,0$ W/kg no máximo do sistema RMN (modo de funcionamento normal)

Nas condições de exame indicadas acima, não se espera que a prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca utilizada com um stent coberto expansível com balão origine um aumento de temperatura superior a 2,4 °C após 15 minutos de exame contínuo.

O artefacto de imagem prolonga-se aproximadamente 122 mm a partir da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca utilizada com um stent coberto expansível com balão, conforme se identificou durante testes não-clínicos em exames com uma sequência de impulsos gradiente eco e um sistema de RMN de 3,0 Tesla. O artefacto de imagem obscurece o lúmen do dispositivo.

NOTA: No caso da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca, o benefício clínico de um exame imagiológico deve ser ponderado com base no potencial risco do procedimento.

5 POTENCIAIS EFEITOS ADVERSOS

Os efeitos adversos que podem ocorrer e/ou necessitam de intervenção incluem, embora não se limitem a:

- Amputação
- Aumento do aneurisma
- Claudicação (p. ex., nádegas, membros inferiores)
- Complicações anestésicas e subsequentes problemas associados (p. ex., aspiração)
- Complicações cardíacas e subsequentes problemas associados (p. ex., arritmia, enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, hipotensão ou hipertensão)
- Complicações da ferida e subsequentes problemas associados (p. ex., deiscência ou infecção)
- Complicações do local de acesso vascular, incluindo infecção, dor, hematoma, pseudoaneurisma ou fistula arteriovenosa
- Complicações geniturinárias e subsequentes problemas associados (p. ex., isquemia, erosão, fistula, incontinência, hematuria ou infecção)
- Complicações intestinais (p. ex., íleus, isquemia transitória, enfarte ou necrose)
- Complicações linfáticas e subsequentes problemas associados (p. ex., fistula linfática)
- Complicações neurológicas locais ou sistémicas e subsequentes problemas associados (p. ex., acidente vascular cerebral, acidente isquémico transitório, paraplegia, paraprésia ou paralisia)
- Complicações pulmonares/respiratórias e subsequentes problemas associados (p. ex., pneumonia, insuficiência respiratória ou intubação prolongada)
- Complicações renais e subsequentes problemas associados (p. ex., oclusão arterial, toxicidade do contraste, insuficiência ou falência renal)
- Conversão para reparação cirúrgica aberta
- Edema
- Embolização (micro e macro) com isquemia transitória ou permanente, ou enfarte
- Endoprótese: colocação incorrecta de um componente, expansão incompleta de um componente, migração de um componente, quebra da sutura, oclusão, infecção, fractura do stent, desgaste do material da prótese, dilatação, erosão, perfuração, fluxo à volta da prótese e corrosão
- Espasmo ou traumatismo vascular (p. ex., dissecação de vasos iliofemorais, hemorragia, rotura ou morte)
- Febre e inflamação localizada
- Fistula arteriovenosa
- Fuga intra-aneurismal
- Hemorragia, hematoma ou coagulopatia
- Impotência
- Infecção do aneurisma, dispositivo ou local de acesso, incluindo formação de abscesso, febre transitória e dor
- Insuficiência hepática
- Lesão aórtica, incluindo perfuração, dissecação, hemorragia, rotura e morte
- Lesão vascular
- Morte

- Oclusão da prótese ou do vaso nativo
- Rotura do aneurisma e morte
- Trombose arterial ou venosa e/ou pseudoaneurisma

6 SELECÇÃO E TRATAMENTO DE DOENTES

(Consulte a secção 4, Advertências e precauções)

6.1 Individualização do tratamento

A Cook recomenda que os diâmetros dos componentes da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca sejam seleccionados conforme é descrito na tabela 8.1. O comprimento da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca é geralmente escolhido de forma a se prolongar desde a parte proximal da artéria ilíaca comum até à artéria ilíaca externa. O médico deve dispor de todos os comprimentos e diâmetros dos dispositivos necessários para concluir o procedimento, especialmente quando não houver certeza das medições (diâmetros/comprimentos de tratamento) de planeamento do caso efectuadas no período pré-operatório. Esta abordagem permite uma maior flexibilidade intra-operatória para conseguir bons resultados com o procedimento. Os potenciais riscos anteriormente descritos na **secção 5, Potenciais efeitos adversos**, devem ser cuidadosamente considerados para cada doente antes de se utilizar a prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca. Considerações adicionais para a selecção dos doentes incluem, mas não se limitam a:

- Idade e esperança de vida do doente.
- Doenças concomitantes (p. ex., insuficiência cardíaca, pulmonar ou renal antes da cirurgia, obesidade mórbida).
- Adequação do doente para a reparação por cirurgia aberta.
- Adequação da anatomia do doente para a reparação endovascular.
- O risco de rotura do aneurisma comparado com o risco do tratamento com a prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca.
- Capacidade para tolerar anestesia geral, regional ou local.
- O tamanho e a morfologia (trombo, calcificação e/ou tortuosidade mínimos) do vaso de acesso iliofemoral devem ser compatíveis com as técnicas de acesso vascular e os acessórios do perfil de colocação de uma bainha introdutora vascular de 12 Fr (4,7 mm de diâmetro externo) a 20 Fr (7,7 mm de diâmetro externo).
- Segmento de fixação na artéria ilíaca externa sem aneurisma distal ao aneurisma:
 - Com um comprimento de, pelo menos, 20 mm;
 - Com um diâmetro medido de parede exterior a parede exterior não superior a 11 mm e não inferior a 8 mm.
- Segmento da artéria ilíaca interna sem aneurisma distal ao aneurisma:
 - Com um comprimento de, pelo menos, 10 mm (sendo preferível um comprimento de 20 a 30 mm);
 - Com um diâmetro aceitável para uma selagem adequada.
- Ausência de doença oclusiva significativa da artéria femoral/ilíaca que impeça o fluxo através da prótese endovascular.

A decisão final sobre o tratamento é feita por opção do médico e do doente.

7 INFORMAÇÃO DE ACONSELHAMENTO AOS DOENTES

O médico e o doente (e/ou a família) devem ponderar os riscos e os benefícios durante a discussão deste dispositivo e procedimento endovascular, incluindo:

- Os riscos e as diferenças entre a reparação endovascular e a reparação cirúrgica.
- As potenciais vantagens da reparação cirúrgica aberta tradicional.
- As potenciais vantagens da reparação endovascular.
- As potenciais vantagens de procedimentos endovasculares alternativos.
- A possibilidade de poder ser necessária outra intervenção ou reparação cirúrgica por via aberta do aneurisma após a reparação endovascular inicial.

Além dos riscos e benefícios da reparação endovascular, o médico deve avaliar o compromisso e a concordância do doente em efectuar o seguimento pós-operatório, conforme for necessário. Em seguida, é indicada uma lista de outros tópicos relacionados com as expectativas pós-reparação endovascular, que deverão ser discutidos com o doente:

- O desempenho das próteses endovasculares a longo prazo ainda não foi estabelecido. Todos os doentes devem ser informados de que o tratamento endovascular requer um seguimento regular, durante toda a vida, para avaliação da sua saúde e do desempenho da sua prótese endovascular. Os doentes com determinados achados clínicos (p. ex., fugas intra-aneurismais, aneurismas em expansão ou alterações na estrutura ou posição da prótese endovascular) devem ter um seguimento mais intensivo. São descritas orientações específicas relativas ao seguimento na **secção 11, Orientações relativas à imagiologia e ao seguimento pós-operatório**.

8 APRESENTAÇÃO

A prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca é fornecida estéril (óxido de etileno a 100%) e pré-carregada em embalagens de abertura fácil.

Este dispositivo destina-se a utilização num único doente. Não reutilize, reprocesse ou reesterilize qualquer componente deste dispositivo. A reutilização, o reprocessamento ou a reesterilização podem comprometer a integridade estrutural do dispositivo e/ou provocar a falha do dispositivo que, por sua vez, pode provocar lesões, doença ou a morte do doente. A reutilização, o reprocessamento ou a reesterilização também podem criar um risco de contaminação do dispositivo e/ou provocar infecção ou infecção cruzada no doente, incluindo, mas não limitado, à transmissão de doença(s) infecciosa(s) de um doente para outro. A contaminação do dispositivo pode provocar lesões, doença ou a morte do doente. Examine o dispositivo e a embalagem e verifique se não foram danificados durante o transporte. Não utilize este dispositivo se tiverem ocorrido danos ou se a barreira estéril se encontrar danificada ou interrompida. Caso existam danos, não utilize o produto e devolva-o à Cook.

Antes de utilizar, verifique se foram fornecidos os dispositivos correctos (quantidade e tamanho) para o doente, comparando o dispositivo com o pedido prescrito pelo médico para esse doente. Não utilize após o prazo de validade impresso no rótulo. Guarde num local fresco e seco.

A prótese endovascular com bifurcação ilíaca Zenith Branch é fornecida carregada numa bainha introdutora Flexor de 20 Fr. A superfície da bainha foi tratada com um revestimento hidrófilo que, quando hidratado, melhora as capacidades de manobra. Para activar o revestimento hidrófilo, é necessário limpar a superfície com compressas de 10 x 10 cm impregnadas com soro fisiológico.

A prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca e os sistemas de colocação estão disponíveis nos seguintes comprimentos e diâmetros:

Tabela 8.1 Próteses ramificadas com bifurcação ilíaca						
Número de nova encomenda ¹	Diâmetro proximal	Diâmetro distal	Diâmetro da ramificação lateral ²	Bainha introdutora Tamanho French	Comprimento do segmento ilíaco Comum	Comprimento total da prótese
ZBIS-10-45-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	86 mm
ZBIS-10-61-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	102 mm
ZBIS-10-45-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm
ZBIS-10-61-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm
ZBIS-12-45-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm
ZBIS-12-61-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm
ZBIS-12-45-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm
ZBIS-12-61-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr (6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm

¹ZBIS-XX-YY-ZZ é a prótese com bifurcação ilíaca em que XX corresponde ao diâmetro distal, YY é o comprimento do segmento ilíaco comum (comprimento desde o bordo proximal da prótese até à ponta da ramificação lateral) e ZZ corresponde ao comprimento do segmento ilíaco externo (comprimento desde a ponta da ramificação lateral até ao bordo distal da prótese).

²A ramificação lateral contém um stent em Z de nitinol, com 6 mm de diâmetro, que deve ser expandido para 8 mm durante a expansão do stent periférico coberto expansível com balão.

As extremidades ilíacas Zenith e os sistemas de colocação a serem utilizados com a prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca estão disponíveis nos seguintes comprimentos e diâmetros:

Tabela 8.2 Extremidades ilíacas			
Número de nova encomenda ¹	Diâmetro da extremidade ilíaca	Bainha introdutora Tamanho French	Comprimento de trabalho da extremidade ilíaca ²
TFLE-16-YY	16 mm	14 Fr (4,7 mm / 5,4 mm)	37, 54, 71, 88 mm
ZSLE-16-YY-ZT	16 mm	14 Fr (4,7 mm / 5,4 mm)	39, 56, 74, 90 mm
ZISL-16-YY	16 mm	12 Fr (4,0 mm / 4,7 mm)	42, 59, 77, 93 mm

¹Exemplo: TFLE-XX-YY corresponde à extremidade ilíaca, em que XX é o diâmetro e YY é o comprimento de trabalho da extremidade ilíaca.

²Comprimento total da extremidade = comprimento de trabalho + stent de acoplagem de 22 mm (para TFLE e ZSLE) e stents de acoplagem de 29,1 mm (para ZISL).

9 INFORMAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO CLÍNICA

9.1 Formação de médicos

ATENÇÃO: Em procedimentos de implantação ou de nova intervenção, deve estar sempre disponível uma equipa de cirurgia vascular caso seja necessária a conversão para cirurgia aberta.

ATENÇÃO: A prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca e o sistema de introdução H&L-B One-Shot deve ser utilizada apenas por médicos e equipas treinadas em técnicas de intervenção vascular, com formação na utilização dos produtos Zenith em geral e na utilização deste dispositivo. Os requisitos de conhecimentos e pericia recomendados para os médicos que utilizem a prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca e o sistema de introdução H&L-B One-Shot são descritos a seguir:

Seleção dos doentes:

- Conhecimento da história natural dos aneurismas aórticos abdominais (AAA) e doenças concomitantes associadas à reparação de AAA.
- Conhecimentos sobre interpretação de imagens radiográficas, selecção do dispositivo e escolha do respectivo tamanho.

Uma equipa multidisciplinar que possua no seu conjunto experiência em procedimentos como:

- Desbridamento, arteriotomia e reparação femoral
- Acesso percutâneo e técnicas de encerramento
- Técnicas selectivas e não selectivas para fios guia e cateteres
- Interpretação de imagens fluoroscópicas e angiográficas
- Embolização
- Angioplastia
- Colocação de stents endovasculares
- Técnicas de recuperação
- Utilização apropriada de material de contraste radiográfico
- Técnicas para minimizar a exposição à radiação
- Competência nas modalidades necessárias de seguimento dos doentes

9.2 Inspeção antes da utilização

Examine o dispositivo e a embalagem e verifique se não foram danificados durante o transporte. Não utilize este dispositivo se tiverem ocorrido danos ou se a barreira estéril se encontrar danificada ou interrompida. Caso existam danos, não utilize o produto e devolva-o à COOK. Antes de utilizar, verifique se foram fornecidos os dispositivos correctos (quantidade e tamanho) para o doente, comparando o dispositivo com o pedido prescrito pelo médico para esse doente.

9.3 Materiais necessários

(não incluídos no sistema com bifurcação ilíaca)

- Prótese de extremidade ilíaca Zenith (p. ex., TFLE-16-(37,54,71,88), ZSLE-16-(39,56,74,90)-ZT, ZISL-16-(42,59,77,93))
- Prótese bifurcada Zenith (p. ex., prótese endovascular Zenith AAA)
- Kit de componentes auxiliares da prótese Zenith AAA
- Fluoroscópio com capacidade para angiografia digital (braço C ou unidade fixa)
- Meios de contraste

Tabela 9.5.1 Guia para escolha do diâmetro da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca* (segmento ilíaco externo)			
Diâmetro do vaso ilíaco externo pretendido ^{1,2}	Diâmetro da extremidade ilíaca externa Branch ³	Bainha introdutora Tamanho French	Diâmetro (D.I. / D.E.)
8 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
9 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
10 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
11 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)

¹Diâmetro máximo ao longo do local de fixação distal.

²Diâmetro ilíaco arredondado ao mm.

³Considerações adicionais podem afectar a escolha do diâmetro.

*Todas as dimensões são nominais.

O diâmetro da prótese de extremidade ilíaca (p. ex., TFLE, ZSLE, ZISL) utilizada para ligar uma prótese Zenith AAA à prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca será de 16 mm.

O stent periférico coberto expansível com balão tem de se expandir até aos 8 mm na ramificação lateral da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca, mas o seu tamanho tem de ser escolhido com base na artéria ilíaca interna, de acordo com as instruções do fabricante.

- Seringa
- Soro fisiológico heparinizado
- Stent periférico coberto expansível com balão
- Balões de tamanho adequado

9.4 Materiais recomendados

(não incluídos no sistema com bifurcação ilíaca)

São recomendados os seguintes produtos.

Fios guia

- Fio guia extra rígido de 0,035 inch (0,89 mm), 260 cm, como, por exemplo:
 - Fios guia extra rígidos Lunderquist (LES) da Cook
 - Fios guia ultra rígidos Amplatz (AUS2) da Cook
- Fio guia padrão de 0,035 inch (0,89 mm), como, por exemplo:
 - Fios guia de 0,035 inch (0,89 mm) da Cook
 - Fio guia hidrófilo de 0,018 inch (0,46 mm);
 - Fio guia hidrófilo de 0,035 inch (0,89 mm), 260 cm, como, por exemplo:
 - Fios guia Nimble™ da Cook
- Fio guia de substituição de 0,035 inch (0,89 mm), 260 cm, como, por exemplo:
 - Fio guia PC Roadrunner® da Cook
 - Fio guia ultra rígido Amplatz (AES) da Cook
 - Fio guia Rosen da Cook

Balões de moldagem

- Cateter de balão CODA® da Cook (32 mm)

Conjuntos introdutores (7 Fr [2,3 mm de diâmetro interno], 8 Fr [2,7 mm de diâmetro interno], 10 Fr [3,3 mm de diâmetro interno] e 12 Fr [4,0 mm de diâmetro interno])

- Conjuntos introdutores Check-Flo® da Cook
- Introdutores Flexor Check-Flo da Cook
- Introdutores Flexor Check-Flo com modificação Raabe da Cook
- Conjuntos introdutores extra grande Check-Flo da Cook
- Introdutores contralaterais Flexor Balkin Up & Over® da Cook
- Bainhas guia Flexor da Cook

Cateteres

- Cateter de medição, como, por exemplo:
 - Cateteres de medição em centímetros Auros® da Cook
- Cateteres angiográficos com ponta radiopaca, como, por exemplo:
 - Cateteres angiográficos com ponta Beacon® da Cook
 - Cateteres Royal Flush® com ponta Beacon da Cook

Agulhas de entrada

- Agulhas Cook de entrada numa só parede

Laço

- Conjunto de recuperação intravascular Dotter

9.5 Orientações para escolha do diâmetro do dispositivo

A escolha do diâmetro deve ser determinada pelo diâmetro do vaso, de parede exterior a parede exterior, e não pelo diâmetro do lúmen. A escolha de um tamanho pequeno ou grande pode resultar numa selagem incompleta ou no comprometimento do fluxo.

10 INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

Antes de utilizar a prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca e o sistema de introdução H&L-B One-Shot, consulte este folheto de instruções de utilização sugeridas. As instruções descritas em seguida incluem orientações básicas para colocação do dispositivo. Poderão ser necessárias variações nos seguintes procedimentos. Estas instruções destinam-se a orientar o médico e não substituem o parecer do médico.

Informação geral sobre a utilização

Durante a utilização da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca e o sistema de introdução H&L-B One-Shot devem ser utilizadas técnicas padrão para colocação de bainhas de acesso arterial, cateteres guia, cateteres angiográficos e fios guia. A prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca e o sistema de introdução H&L-B One-Shot é compatível com fios guia com diâmetro de 0,035 inch (0,89 mm).

Informação geral sobre a expansão

A prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca está indicada para colocação através da artéria femoral comum, no lado do aneurisma da artéria ilíaca comum a ser tratado. No lado oposto ao da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca é introduzida uma prótese Zenith AAA.

A ordem de colocação sugerida para os vários componentes é:

1. Expansão da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca, incluindo a colocação do stent periférico coberto expansível com balão (através da artéria ilíaca) na artéria ilíaca interna.
2. Expansão da prótese Zenith AAA (introduzida pela artéria ilíaca do lado oposto).
3. Colocação de uma prótese de extremidade ilíaca Zenith (p. ex., TFLE, ZSLE, ZISL) através do local de acesso da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca para o ramo contralateral (i.e., curto) da prótese abdominal, ligando assim o lúmen da prótese abdominal à prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca.
4. Expansão de uma prótese de extremidade ilíaca Zenith (p. ex., TFLE, ZSLE, ZISL) no ramo ipsilateral (i.e., comprido) da prótese Zenith AAA (se necessário).

Factores determinantes antes da implantação

No planeamento efectuado antes da implantação, confirme que foi escolhido o dispositivo correcto. Os factores determinantes incluem:

1. Seleção da artéria femoral para introdução do sistema de colocação (ou seja, definir a artéria ilíaca relevante).
2. Angulação das artérias ilíacas.
3. Diâmetros do ou dos vasos ilíacos distais relevantes.
4. Distância da bifurcação aórtica à artéria hipogástrica (ilíaca interna) e ao(s) local(is) de fixação.
5. Tenha em atenção o grau de calcificação vascular.

Preparação do doente

1. Consulte os protocolos institucionais relacionados com anestesia, anticoagulação e monitorização dos sinais vitais.
2. Posicione o doente na mesa de imagiologia de forma a permitir a visualização fluoroscópica desde o arco aórtico até às bifurcações femorais.
3. Empregando uma técnica cirúrgica padrão, exponha as artérias femorais comuns.
4. Estabeleça um controlo vascular adequado, proximal e distal, dos vasos femorais, conforme for necessário.

10.1 Preparação/irrigação da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca

1. Retire o estilete de transporte com conector preto (da cânula interior), o tubo protector da cânula (da cânula interior) e o protector da ponta dilatadora (da ponta dilatadora). Retire a bainha Peel-Away da parte de trás da válvula hemostática. **(Figura 3)** Empurre a bainha introdutora para a frente sobre a ponta dilatadora até o cateter curvo deixar de estar exposto. Eleve a ponta distal do sistema e irrigue através da torneira de passagem da válvula hemostática até que o fluido saia pelo orifício lateral próximo da ponta da bainha introdutora. **(Figura 4)** Continue a injectar um total de 20 mL de solução de irrigação através do dispositivo. Interrompa a injeção e feche a torneira de passagem no tubo de ligação.

NOTA: O soro fisiológico heparinizado é sempre utilizado como solução de irrigação da prótese.

NOTA: Certifique-se de que a válvula hemostática Captor da bainha introdutora Flexor está na posição aberta. **(Figura 5)**

2. Adapte a seringa com soro fisiológico heparinizado ao conector da cânula interior. Irrigue até que saia fluido pela ponta distal do dilatador. **(Figura 6)**

NOTA: Quando irrigar o sistema, eleve a extremidade distal do mesmo para facilitar a remoção de ar.

3. Retire o fio guia pré-carregado do sistema de colocação.
4. Adapte a seringa com soro fisiológico heparinizado ao conector Luer do cateter pré-carregado. Irrigue até sair líquido pela ponta distal do cateter.
5. Insira um fio guia hidrófilo adequado, com parte central em nitinol, de 0,018 inch (0,46 mm) ou 0,035 inch (0,89 mm) compatível, e 260 cm de comprimento, no cateter pré-carregado.
6. Impregne compressas de gaze de 10 x 10 cm com soro fisiológico e use-as para esfregar a bainha introdutora Flexor, para activar o revestimento hidrófilo. Hidrate generosamente a bainha e o dilatador.

10.2 Acesso vascular e angiografia

1. Usando uma técnica padrão, puncione a artéria femoral comum seleccionada ou ambas as artérias femorais comuns com uma agulha arterial ultrafina de calibre 18 ou 19. Após a entrada no vaso, insira:
 - Fios guia padrão com 0,035 inch (0,89 mm) de diâmetro, 145 cm de comprimento e ponta em J, ou um fio guia Bentson
 - Bainhas de tamanho adequado (p. ex., 5 Fr [1,7 mm de diâmetro interno] e 8 Fr [2,7 mm de diâmetro interno])
 - Cateter de irrigação (com frequência cateteres de medição radiopacos como, por exemplo, cateter de medição em centímetros ou cateter recto de irrigação)

NOTA: Utilize uma bainha de 8 Fr (2,7 mm de diâmetro interno) avançada para dentro da aorta abdominal inferior no lado contralateral.

2. Faça uma angiografia para determinar a posição da bifurcação aórtica e da artéria ilíaca interna no lado de implantação da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca.

10.3 Colocação da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca

1. Certifique-se de que o sistema de colocação foi irrigado com soro fisiológico heparinizado e que todo o ar foi removido do sistema.
2. Administre heparina sistémica e verifique as soluções de irrigação. Irrigue após cada troca de cateter e/ou fio guia.

NOTA: Durante todo o procedimento, monitorize o estado de coagulação do doente.

3. No lado de implantação da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca, substitua o fio guia com ponta em J por um fio guia rígido (AUS ou LES) de 0,035 inch (0,89 mm), 260 cm de comprimento, e avance-o através do cateter para cima, para dentro da aorta torácica superior. Retire o cateter de irrigação e a bainha. Mantenha a posição do fio guia.

NOTA: Antes da inserção do dispositivo, devem ser identificadas a localização e a orientação da origem da artéria ilíaca interna, bem como da bifurcação aórtica, a partir dos exames imagiológicos pré- e intra-operatórios.

4. Antes da inserção, use a fluoroscopia para verificar a orientação da ramificação lateral, de forma a garantir que está numa posição devidamente alinhada com a anatomia da zona.

NOTA: Nesta fase, o dispositivo estará completamente coberto pela bainha externa, no entanto, esta imagem com a bainha retirada demonstra os quatro marcadores radiopacos de ouro, alinhados com a parte mais lateral da ramificação, e o sulco no qual está alojado o cateter permanente. **(Figura 7)**

NOTA: O segundo marcador a contar da extremidade distal (2D) é o marcador apontador da localização mais proximal da extremidade proximal do stent coberto, que prolonga a ramificação lateral para dentro da artéria ilíaca interna. O segundo marcador a contar da extremidade proximal (2P) é o marcador apontador da localização mais distal da extremidade distal da extensão da extremidade, que irá ligar a ramificação do lado ilíaco à prótese com stent bifurcada, que, por sua vez, irá ser expandida acima da bifurcação aórtica.

NOTA: A orientação pode ser confirmada por inspecção visual, uma vez que o sulco existente na ponta dilatadora cônica (por onde o fio guia pré-carregado emerge do sistema) está alinhado com a ramificação lateral.

5. Insira sobre o fio guia o sistema de colocação da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca dentro da artéria ilíaca até a ponta do cateter permanente, assente no sulco da ponta dilatadora, por baixo da bainha externa, se situar imediatamente acima da bifurcação aórtica, e em alinhamento rotacional com a origem da artéria ilíaca comum do lado oposto. **(Figura 8)**

ATENÇÃO: Mantenha a posição do fio guia durante a inserção do sistema de colocação.

ATENÇÃO: Para evitar qualquer torção da prótese endovascular durante a rotação do sistema de colocação, tenha o cuidado de rodar todos os componentes do sistema em conjunto (desde a bainha exterior até à cânula interior).

NOTA: O ligeiro avanço do fio guia hidrófilo através da ponta do cateter pode ajudar na visualização da posição da ponta do cateter.

10.4 Colocação do fio guia entre acessos

1. Avance o fio guia hidrófilo e o cateter para dentro da aorta. Posicione o fio guia para a formação do laço, avançando-o através da ponta do cateter curvo conforme necessário.
2. Avance um laço adequado através da bainha de acesso na artéria ilíaca oposta, envolva a ponta do fio guia hidrófilo com o laço e puxe o fio guia de modo a que forme um fio guia entre acessos. **(Figura 9)**

ATENÇÃO: Durante esta manobra, o fio guia hidrófilo entre acessos deve ser avançado de forma a ficar alguma folga na bifurcação aórtica.

10.5 Expansão da parte proximal da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca

1. Avance a bainha de 8 Fr (2,7 mm de diâmetro interno) no ramo oposto, até estar acima do nível da bifurcação aórtica, e faça uma angiografia nesta região para determinar a localização da artéria ilíaca interna no lado de implantação do dispositivo. **(Figura 10)**
2. Certifique-se de que o sistema da prótese está orientado para que a extremidade distal da ramificação lateral (tal como é indicado pelo marcador radiopaco mais distal) fique posicionada 10 mm acima da origem da artéria ilíaca interna com uma orientação rotacional tal que permita um acesso fácil à artéria ilíaca interna. Se os marcadores radiopacos não estiverem na posição adequada, rode todo o sistema até os marcadores ficarem alinhados com o orifício da artéria ilíaca interna e/ou avance ou recue o sistema conforme for necessário. **(Figura 11)**

ATENÇÃO: Para evitar qualquer torção da prótese endovascular durante a rotação do sistema de colocação, tenha o cuidado de rodar todos os componentes do sistema em conjunto (desde a bainha exterior até à cânula interior).

3. Quando o dispositivo estiver numa posição satisfatória, estabilize o posicionador cinzento (a haste do sistema de colocação), enquanto recua a bainha introdutora externa. Expanda a prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca até a extremidade distal da ramificação lateral ficar exposta. **(Figura 12)**
4. Pare de recuar a bainha.

ADVERTÊNCIA: Não recue mais a bainha, pois o componente ilíaco externo irá expandir-se e impedir futuras alterações da posição.

10.6 Colocação da bainha “sobre e para cima”

1. Retire a bainha de acesso ilíaco do lado oposto, deixando o fio guia hidrófilo entre acessos, com parte central em nitinol, colocado.
2. Avance uma bainha “sobre e para cima” de tamanho adequado sobre o fio guia hidrófilo entre acessos, com parte central em nitinol, colocado, até a ponta dilatadora ficar em contacto com a ponta do cateter pré-carregado. **(Figura 13)**

NOTA: Pode ser necessário aplicar uma tracção suave a ambas as extremidades do fio guia, para ajudar na sua progressão.

ATENÇÃO: Se o cateter pré-carregado não for avançado sobre a bifurcação aórtica, tenha um especial cuidado durante a manipulação do fio, para evitar danificar a vasculatura.

3. Clampe ambas as extremidades do fio guia hidrófilo entre acessos (no local onde sai do cateter pré-carregado e da bainha “sobre e para cima”).
4. Continue a avançar a bainha sobre o fio guia fixo enquanto aplica uma tensão suave e intermitente no cateter pré-carregado para que a bainha e o cateter ultrapassem a bifurcação, progredam para dentro da abertura proximal do dispositivo e saiam através da ramificação lateral. **(Figura 14)**

NOTA: Dependendo do comprimento da ponta dilatadora desta bainha, pode ser necessário avançar a bainha sobre a respectiva ponta dilatadora, para garantir que a bainha fica colocada no interior da ramificação lateral.

5. Retire o dilatador da bainha “sobre e para cima”.

10.7 Canulação da artéria ilíaca interna

1. Puncione a válvula hemostática da bainha "sobre e para cima" o mais lateralmente possível, e introduza uma combinação adequada de fio guia e cateter. **(Figura 15)**
2. Avance o fio guia e o cateter através da bainha "sobre e para cima", para dentro da artéria ilíaca interna. **(Figura 16)**
3. Substitua o fio guia na artéria ilíaca interna por um fio guia de suporte (p. ex., fio guia Rosen ou AES). Assegure-se de que a posição do fio guia dentro da artéria ilíaca interna é estável.

10.8 Colocação do stent periférico coberto expansível com balão

1. Retire o cateter de dentro da bainha "sobre e para cima", deixando a bainha e o fio guia colocados, e avance o stent periférico coberto expansível com balão, pré-montado, de tamanho adequado sobre o fio guia de suporte, até entrar na artéria ilíaca interna. **(Figura 17)**

NOTA: O pré-carregamento do stent periférico coberto expansível com balão, pré-montado, numa outra bainha pode ser útil para proteger o stent, à medida que este é avançado através da bainha "sobre e para cima", para dentro da artéria ilíaca interna. É necessário seleccionar combinações de bainha/fio guia/stent adequadas de forma a que a bainha interna possa passar através da bainha "sobre e para cima" de forma coaxial, permitindo que o fio guia entre acessos se mantenha na devida posição.

2. Verifique a angiografia conforme seja necessário para determinar se o stent periférico coberto expansível com balão está na posição certa relativamente à sobreposição com a ramificação lateral e ao local de fixação pretendido na artéria ilíaca interna.

NOTA: Quando o stent periférico coberto expansível com balão for expandido deverá sobrepor-se cerca de 10 a 14 mm à ramificação lateral da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca.

NOTA: Deve ser possível realizar angiografias através da bainha "sobre e para cima" durante esta etapa do procedimento ou através do cateter na artéria ilíaca comum.

3. Retire o fio guia hidrófilo entre acessos, com parte central em nitinol, e o cateter pré-carregado.
4. Ajuste, se necessário, a posição da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca, de forma que a abertura distal da ramificação lateral fique numa localização adequada em relação à origem da artéria ilíaca interna.

10.9 Expansão da parte distal da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca

1. Recue a bainha introdutora da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca até o componente ilíaco externo ser totalmente expandido. **(Figura 18)**
2. Retire o dispositivo de segurança do mecanismo de libertação com fio de comando preto. Sob fluoroscopia, retire e remova o fio de comando fazendo deslizar o mecanismo de libertação do fio de comando preto para fora do punho e depois remova através da respectiva ranhura sobre a cânula interior. **(Figura 19)**

NOTA: O stent distal ainda está preso pelo fio de comando.

Sobreposição recomendada de prótese de extremidade ilíaca Zenith que liga o ramo contralateral da prótese bifurcada Zenith à prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca

Sobreposição no ramo contralateral da prótese bifurcada Zenith	Mínimo de 1 e ¼ stent
	Máximo de 1 e ¾ stent
Sobreposição para dentro do corpo da prótese endovascular Zenith Branch	Mínimo de 1 e 1 ½ stent
	No máximo não pode ultrapassar o segundo marcador na extremidade proximal do dispositivo

5. Continue a colocação da prótese bifurcada Zenith conforme indicado nas instruções de utilização relevantes.

10.12 Inserção do balão de moldagem

NOTA: Antes de utilizar o balão de moldagem, retire com cuidado os dispositivos acessórios que possam estar colocados.

1. Para a prótese bifurcada Zenith utilize o balão de moldagem, conforme se descreve nas instruções de utilização relevantes.
2. No caso da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca, prepare o balão de moldagem da seguinte forma:
 - Irrigue o lúmen do fio com soro fisiológico heparinizado
 - Retire todo o ar do balão
3. Na preparação da inserção do balão de moldagem, abra a válvula hemostática Captor, rodando-a em sentido anti-horário.
4. Avance o balão de moldagem sobre o fio guia rígido e através da válvula hemostática Captor do sistema de colocação da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca de modo a sobrepor-se entre o segmento ilíaco comum da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca e as próteses de extremidade ilíaca Zenith* (p. ex., TFLE, ZSLE, ZISL) e expanda.

ATENÇÃO: Confirme que o balão está totalmente vazio antes de efectuar o reposicionamento.

ATENÇÃO: A válvula hemostática Captor tem de ser aberta antes do reposicionamento do balão de moldagem.

NOTA: Quando usar o balão próximo da bifurcação da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca, certifique-se de que o balão não atravessa a bifurcação.

11 ORIENTAÇÕES RELATIVAS À IMAGIOLOGIA E AO SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO

Consulte os requisitos relativos à imagiologia e ao seguimento pós-operatório na **tabela 11**.

Tabela 11 Calendário de exames imagiológicos							
	Pré-operatório	Intra-operatório	Pós-procedimento	30 dias	6 meses	12 meses	24 meses
TAC	X		X¹	X¹	X¹	X¹	X¹
Radiografia do aparelho urinário (Radiografia supina, rins, ureteres e bexiga)			X	X	X	X	X
Angiografia	X	X					

¹Nos doentes que apresentem falência renal ou que não possam, por outro motivo, ser submetidos a TAC com contraste, podem ser efectuadas ecografias duplex.

10.10 Expansão do stent periférico coberto expansível com balão

1. Recue a bainha "sobre e para cima" para uma posição adequada que permita a expansão do stent periférico coberto expansível com balão.
2. Expanda o stent periférico coberto expansível com balão e expanda o balão conforme for necessário. **(Figura 20)**

NOTA: O stent periférico coberto expansível com balão tem de se expandir até, pelo menos, 8 mm na ramificação lateral da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca, e expandir-se até ao tamanho adequado para selar a artéria ilíaca interna.

NOTA: O stent periférico coberto expansível com balão deve sobrepor-se à ramificação lateral da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca, no mínimo, em 10 mm e até um ponto máximo que não ultrapasse o segundo marcador da extremidade distal da ramificação lateral, com um local de fixação distal na artéria ilíaca interna de, pelo menos, 10 mm (de preferência 20 a 30 mm).

NOTA: Não retire ainda o balão do segmento da ramificação lateral da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca.

3. Retire o dispositivo de segurança do mecanismo de libertação branco com fio de comando. Sob fluoroscopia, retire e remova o fio de comando, fazendo deslizar o mecanismo de libertação do fio de comando branco para fora do punho e removendo, em seguida, através da respectiva ranhura sobre a cânula interior. **(Figura 21)**
4. Volte a encher o balão no segmento da ramificação lateral, para estabilizar o dispositivo e retirar o sistema introdutor através da prótese para dentro da bainha introdutora.

ATENÇÃO: Deve ter-se cuidado para evitar deslocar ou danificar a prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca durante a remoção do sistema introdutor ou durante o avanço de outros componentes através da mesma.

NOTA: Assegure-se de que o fio guia se mantém numa posição satisfatória para canular a prótese Zenith AAA.

5. Esvazie e retire o balão.
6. Retire o fio guia e a bainha "sobre e para cima" para a artéria ilíaca comum do lado oposto.

10.11 Expansão da prótese Zenith AAA e da extremidade ilíaca

1. Introduza um cateter e um fio guia rígido (AUS ou LES) padrão de 0,035 inch (0,89 mm), com 260 cm de comprimento através do acesso da artéria ilíaca do lado oposto à prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca.
2. Remova as bainhas e os cateteres existentes e introduza e coloque o corpo principal da prótese bifurcada Zenith de acordo com o protocolo Zenith padrão (consultar as instruções de utilização da prótese Zenith relevantes).
3. Canule o ramo curto (contralateral) da prótese bifurcada Zenith através da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca.
4. Coloque uma prótese de extremidade ilíaca (p. ex., TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX) com um comprimento adequado através da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca de modo a obter a sobreposição recomendada, conforme se ilustra abaixo.

NOTA: Não utilize o balão na proximidade da ramificação lateral, para evitar alterar a posição do stent expansível com balão.

5. Recue o balão de moldagem até ao local de fixação distal da prótese endovascular Zenith Branch com bifurcação ilíaca, e expanda-o.

ATENÇÃO: Não insufe o balão no interior do vaso fora da prótese.

6. Retire o balão de moldagem e substitua-o por um cateter angiográfico para realizar os angiogramas finais.
7. Retire ou substitua todos os fios guia rígidos de modo a permitir que as artérias ilíacas retomem a sua posição natural.

10.13 Angiograma final

1. Posicione o cateter angiográfico imediatamente acima do nível da bifurcação aórtica. Faça angiografias para verificar se a artéria ilíaca comum e a artéria ilíaca interna correspondentes estão permeáveis e se não existem fugas intra-aneurismais.
2. Confirme que não existem fugas intra-aneurismais nem dobras. Retire as bainhas, os fios e os cateteres.

NOTA: Caso se observem fugas intra-aneurismais ou outros problemas que necessitem de intervenção, considere a utilização de outros componentes auxiliares Zenith AAA.

3. Proceda à reparação dos vasos e encerre da forma habitual.

SLOVENČINA

ENDOVASKULÁRNY ŠTEP ZENITH® BRANCH S ILIACKYM ROZDVOJENÍM ROZDVOJENÍM SO ZAVÁDZACÍM SYSTÉMOM H&L-B ONE-SHOT™

Všetky instrukcie si pozorne prečítajte. Riadne nedodržanie instrukcií, varovaní a bezpečnostných opatrení môže mať vážne následky alebo viesť k zraneniu pacienta.

Informácie o ďalších komponentoch Zenith nájdete v príslušných návodoch na použitie.

1 OPIS NÁSTROJA

1.1 Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením

Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením je cievný štep s rozdvojenou vetvou s otvormi na napojenie spoločného iliackého a vonkajšieho iliackého segmentu a segmentu vedľajšej vetvy. **(Obrázok 1)**

Štep je vytvorený z polyesterovej tkaniny plnej hrúbky, prišitej na samorozširovacie stenty Cook-Z® z nehrdzavejúcej ocele a titánu so spletanou polyesterovou a jednovláknovou polypropylénovou súťou. Štep je plne stentovaný, aby zabezpečil stabilitu a rozširavú silu potrebnú na otvorenie lúmenu štepu počas jeho rozvíjania. Nitinolové krúžky umiestnené na proximálnom konci štepu a vnútri vedľajšej vetvy pomáhajú udržať priechodnosť lúmenu počas prístupu. Stenty Cook-Z okrem toho zabezpečujú potrebnú väzbu štepu na stenu cievy.

Na pomoc pri fluoroskopickej vizualizácii stentového štepu sú pozdĺž vnútornej iliačkej strany proximálnej časti štepu umiestnené štyri rádiopakné žlté markery na indikovanie polohy segmentu vedľajšej vetvy.

Vyžadujú sa aj ďalšie komponenty, ako napríklad štepy s iliackou nohou Zenith (napríklad TFLE, ZSLE, ZISL) a balónikom rozširiteľné kryté periférie stenty. Každá jednotlivá pomôcka má svoj vlastný osobitný aplikačný systém. Pozrite si príslušné návody na použitie.

1.2 Aplikačný systém endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením

Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením sa dodáva už zavedený do zavádzacieho systému H&L-B One-Shot. **(Obrázok 2)** Má postupnú metódu rozvíjania so vstavanými funkciami na zabezpečenie nepretržitej kontroly endovaskulárneho štepu počas procesu rozvíjania.

Proximálny koniec štepu je pripojený na aplikačný systém a pomocou dvoch nitinolových spúšťacích drôtov. Distálny koniec štepu je taktiež pripojený na aplikačný systém a pridržávaný samostatným spúšťacím drôtom z nehrdzavejúcej ocele. Zavádzací systém H&L-B One-Shot zabezpečuje presné umiestnenie a umožňuje úpravu finálnej polohy štepu pred plným rozvinutím. V aplikačnom systéme sa používa zavádzací systém H&L-B One-Shot veľkosti 20 Fr (vnútorný priemer 6,7 mm), ktorý zahŕňa jednak už zavedený katéter, používaný na pomoc pri kanylácii vedľajšej vetvy, a vodiaci drôt, používaný na ochranu lúmenu katétra počas zavádzania a expedície. Všetky systémy sú kompatibilné so zavádzacím drôtom veľkosti 0,035 inch (0,89 mm). Pri zavádzaní alebo vyťahovaní doplnkových nástrojov do puzdra a z puzdra sa úspešne umiestnenia vodiaceho drôtu počas procesu použitia slučky.

Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením s aplikačným systémom obsahuje zavádzacie puzdro Flexor®, ktoré je odolné voči zauzleniu a je pokryté hydrofilným povlakom. Cieľom obidvoch funkcií je zlepšiť sledovateľnosť v iliackých tepnách a brušnej aorte. Vopred založený katéter je navyše zakrivený s cieľom zlepšiť schopnosť umiestnenia vodiaceho drôtu počas procesu použitia slučky.

1.3 Ďalšie komponenty

Vyžadujú sa aj ďalšie komponenty (iliačná noha štepu, balónikom rozťahnutelný krytý periférny štep).

K dispozícii sú štepy Zenith s iliackou nohou (napríklad TFLE, ZSLE, ZISL) a sú skonštruované z tých istých materiálov, ktoré boli použité na konštrukciu endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením. Pri všetkých štepoch Zenith s iliackou nohou a aplikačných systémoch si pozrite pokyny na rozvinutie v príslušných návodoch na použitie. Spoločná iliacká časť endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením, vložená do spoločnej iliačkej artérie, bude napojená na krátke (kontralaterálne) rameno bifurkovaného štepu Zenith (napríklad endovaskulárneho štepu Zenith AAA) pomocou štandardnej iliačkej nohy vhodnej veľkosti a s distálnym priemerom 16 mm (napríklad TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX).

Balónikom rozťahnutelný krytý periférny štep bude rozvinutý vnútri v segmente vedľajšej vetvy a bude siahať až do vnútornej iliačkej artérie. Návod na rozvinutie nájdete v návode na použitie tohto nástroja.

2 URČENÉ POUŽITIE

Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením so zavádzacím systémom H&L-B One-Shot je indikovaný na endovaskulárnu liečbu pacientov s aortioiliackou alebo iliackou aneuryzmou, s miestom s nedostatočným distálnym utesením v spoločnej iliačkej artérii a pacientov s morfológiou vhodnou na endovaskulárnu korekciu, čo zahŕňa:

- adekvátny iliacký/femorálny prístup kompatibilný so zavádzacím systémom veľkosti 20 Fr (vonkajší priemer 7,7 mm),
- aneuryzmálny fixačný segment vonkajšej iliačkej artérie distálne na aneuryzmu:
 - s dĺžkou najmenej 20 mm,
 - s priemerom meraným od vonkajšej steny po vonkajšiu stenu nie väčším než 11 mm a nie menším než 8 mm,
- aneuryzmálny segment vnútornej iliačkej artérie distálne na aneuryzmu:
 - s dĺžkou najmenej 10 mm (uprednostňuje sa 20 – 30 mm),
 - s priemerom prijateľným na správne utesenie.

3 KONTRAINDIKÁCIE

Pre tieto nástroje nie sú známe žiadne kontraindikácie.

4 VAROVANIA A BEZPEČNOSTNÉ OPATRENIA

4.1 Všeobecné

- Všetky instrukcie si pozorne prečítajte. Riadne nedodržanie instrukcií, varovaní a bezpečnostných opatrení môže mať vážne následky alebo viesť k zraneniu pacienta.
- Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením so zavádzacím systémom H&L-B One-Shot smú používať len lekári a tímy vyškolené na cieвне intervenčné techniky a na používanie tohto nástroja.
- V prípade nepoužitia nekонтрастného CT zobrazovania sa nemusi vyhodnotiť iliacká alebo cieвна kalcifikácia, ktorá by mohla zabrániť prístupu alebo spoľahlivej fixácii a uteseniu nástroja.
- Rekonštrukcia hrúbky > 3 mm nasnímaná pred zákrokom môže mať za následok neoptimálny výber veľkosti nástroja alebo nemožnosť zhodnotenia fokálnych stenóz na CT.
- Dlhodobá funkčnosť a bezpečnosť endovaskulárnych štepov zatiaľ nebola zistená. Všetci pacienti musia byť upovedomení, že endovaskulárna liečba si vyžaduje celoživotné pravidelné kontrolné vyšetrenia na zhodnotenie ich zdravotného stavu a výkonnosti

endovaskulárneho štepu. Pacienti so špecifickými klinickými nálezi (napríklad presakovaním do aneurymatického vaku, zväčšujúcimi sa aneuryzmami alebo zmenami v štruktúre alebo polohe endovaskulárneho štepu) by mali podstupovať dôkladnejšie kontrolné vyšetrenia. Konkrétne smernice pre kontrolné vyšetrenia sú opísané v **odseku 11 v Smerniciach pre snímkovanie a pooperačné kontrolné vyšetrenia.**

- Po zavedení endovaskulárneho štepu sa u pacientov musí pravidelne monitorovať prietok okolo štepu, rast aneuryziem alebo zmeny štruktúry alebo polohy endovaskulárneho štepu.
Ako minimum sa vyžaduje každoročné snímkovanie, vrátane:
1) röntgenových snímok brucha na zistenie neporušenosti nástroja (oddelenia komponentov alebo fraktúry stentu) a 2) kontrastnej a nekонтрастnej CT snímky na vyšetrenie zmien aneuryziem, prietoku okolo štepu, priechodnosti, prekrútenia a postupu ochorenia.
Ak reálne komplikácie alebo iné faktory bránia použitiu kontrastnej zobrazovacej látky, podobné informácie môžu poskytnúť röntgenové snímky brucha a duplexný ultrazvuk.
 - Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením so zavádzacím systémom H&L-B One-Shot sa neodporúča u pacientov, ktorí nemôžu podstúpiť alebo ktorí nebudú vhodní na potrebné predoperačné a pooperačné snímkovanie a implantačné štúdie tak, ako sú opísané v **odseku 11 v Smerniciach pre snímkovanie a pooperačné kontrolné vyšetrenia.**
 - U pacientov so zväčšujúcimi sa aneuryzmami, neprijateľným poklesom fixačnej dĺžky (prekrývaním cievy a komponentu) a/alebo presakovaním do aneurymatického vaku by sa po prvotnej endovaskulárnej korekcii mal zväziť zákrok alebo prechod na štandardnú otvorenú chirurgickú korekciu. Zväčšenie veľkosti aneuryzmy a/alebo pretrvávajúce presakovanie do aneurymatického vaku môže viesť k prasknutiu aneuryzmy.
 - Pacienti so zníženým prietokom krvi okolo ramena štepu a/alebo presakovaním možno budú musieť podstúpiť sekundárne zákroky alebo chirurgické procedúry.
 - Počas implantácie alebo pri opakovaných zákrokoch majte vždy k dispozícii tím cievnych chirurgov pre prípad, že by bol potrebný prechod na otvorenú chirurgickú korekciu.
 - Použitie endovaskulárneho stentového štepu je chirurgický zákrok a z rôznych príčin môže dôjsť k strate krvi, čo si zriedkavo vyžaduje zásah (vrátane transfúzie), aby sa zabránilo nežiaducim výsledkom. Je dôležité monitorovať stratu krvi z hemostatického ventilu počas celého zákroku, no osobitne dôležité je to pri manipulácii so sývmi polohovadlom a po nej. Ak je strata krvi po odstránení sivého polohovadla nadmerná, zväzťe umiestnenie nenafuknutého tvarovacieho balónika alebo zavedenie dilatátora zavádzacieho systému do ventilu na obmedzenie toku.
- #### 4.2 Výber pacientov, liečba a kontrolné vyšetrenia
- Priemer prístupovej cievy (meraný od vnútornej steny po vnútornú stenu) a morfológia (minimálne prekrútenie, okluzívne ochorenie a/alebo kalcifikácia) musia byť kompatibilné s technikami cievneho prístupu a aplikačnými systémami s profilom cievneho zavádzacieho puzdra veľkosti 20 Fr (vonkajší priemer 7,7 mm). Cievy, ktoré sú výrazne kalcifikované, okluzívne, prekrútené alebo plné zrazenín, môžu brániť umiestneniu endovaskulárneho štepu a/alebo zvýšiť riziko embolizácie.
 - Kľúčové anatomické prvky, ktoré môžu ovplyvniť úspešné vylúčenie aneuryzmy, sú: prekrútenie ktorejkoľvek alebo všetkých predmetných ciev, podhodnotená alebo nadhodnotená veľkosť iliackých artérií, obvodové zrazeniny, aneuryzmy vnútornej a/alebo vonkajšej iliačkej artérie a/alebo kalcifikácia miest arteriálnej implantácie. Nepravdivá kalcifikácia a/alebo plak môže ohroziť fixáciu a utesenie implantačných miest a schopnosť zasúvať zavádzacie systémy.
 - Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením so zavádzacím systémom H&L-B One-Shot sa neodporúča u pacientov, ktorí netolerujú kontrastné látky potrebné na operačné a pooperačné kontrolné snímkovanie.
 - Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením so zavádzacím systémom H&L-B One-Shot sa neodporúča u pacientov prechádzajúcich hmotnostné a/alebo veľkostné limity, ktoré zhoršujú potrebné požiadavky na snímkovanie alebo mu bránia.
 - Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením so zavádzacím systémom H&L-B One-Shot sa neodporúča u pacientov so známou citlivosťou alebo alergiou na nehrdzavejúcu oceľ, polyester, nítinol (nikel, titán), spájky (cínové, strieborné) polypropylén alebo zlato.
 - Pacienti so systémovou infekciou môžu mať zvýšené riziko infekcie endovaskulárneho štepu.
 - Neschopnosť udržať priechodnosť aspoň jednej vnútornej iliačkej artérie môže zvýšiť riziko panvovej/črevnej ischémie.

4.3 Implantačný zákrok

- Počas implantačného zákroku sa musí použiť systémová antikoagulačná liečba podľa nemocničného protokolu a preferencie lekára. Ak je heparín kontraindikovaný, mala by sa zväziť alternatívna antikoagulácia.
- Na zníženie rizika kontaminácie a infekcie endoprotézy minimalizujte manipuláciu pripevnenej endoprotézy počas prípravy a zavádzania.
- Hydrofilný povlak na vonkajšej strane zavádzacieho puzdra Flexor sa aktivuje tak, že povrch sa utrie gázovými tampónmi veľkosti 10 x 10 cm namočenými vo fyziologickom roztoku. Optimálnu funkciu zabezpečíte stálym udržiavaním puzdra v hydratovanom stave.
- Počas zasúvania aplikačného systému udržiavajte polohu vodiaceho drôtu.
- Aplikačný systém neohýbajte ani nezauzľíte. Mohlo by to spôsobiť poškodenie aplikačného systému a endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením.
- Pri zavádzaní a rozvíjaní sa musí použiť fluoroskopia na potvrdenie správneho fungovania komponentov aplikačného systému, správneho umiestnenia štepu a žiaduceho výsledku zákroku.
- Použitie endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením so zavádzacím systémom H&L-B One-Shot si vyžaduje podanie vnútrocievnej kontrastnej látky. Pacienti s existujúcou nedostatočnou renálnou funkciou môžu mať zvýšené riziko pooperačného zlyhania obličiek. Treba dávať pozor na obmedzenie množstva kontrastnej látky používanej počas zákroku.
- Aby sa zabránilo akémukoľvek prekrúteniu endovaskulárneho štepu, pri každom rotovaní aplikačného systému dávajte pozor, aby ste všetky komponenty systému rotovali spoločne (od vonkajšieho puzdra až po vnútornú kanylu).
- Nepresné umiestnenie a/alebo neúplné utesenie endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením v cieve alebo s ďalšími komponentmi môže vyvolať zvýšené riziko presakovania, pohybu alebo neúspešnú oklúziu vnútornej iliačkej artérie.
- Nedostatočná fixácia endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením môže vyvolať zvýšené riziko pohybu. Nesprávne rozvinutie alebo pohyb endoprotézy si môže vyžadovať chirurgický zásah.
- Ak pri zasúvaní vodiaceho drôtu alebo aplikačného systému pocítite odpor, nepokračujte v zasúvaní žiadnej časti aplikačného systému. Zavádzanie prerušte a zistite príčinu odporu. Môže dôjsť k poškodeniu cievy alebo katétra. V oblastiach stenózy, vnútrocievnej trombozy alebo v kalcifikovaných alebo prekrútených cievach postupujte opatrnejšie.
- Pri manipulácii s katétromi, drôtmí a puzdrami v aneuryzme postupujte opatrne. Závažné narušenia by mohli uvoľniť fragmenty zrazenín, ktoré môžu spôsobiť distálnu embolizáciu.

- Balónikom rozťahiteľný krytý periférny stent musí mať dostatočný priemer na utiesnenie segmentu vedľajšej vetvy aj vnútornej iliackej artérie a dostatočnú dĺžku na prekrytie 10 – 14 mm segmentu vedľajšej vetvy a 10 mm (uprednostňuje sa 20 – 30 mm) miesta distálnej fixácie vo vnútornej iliackej artérii.
- Dávajte pozor, aby ste nepoškodili žiadny už zavedený štep ani nenarušili jeho polohu, ak by bol potrebný opakovaný zákrok na štepe.

Použitie tvarovacieho balónika

- Pred opakovaným polohovaním balónika skontrolujte, či je úplne vyfúknutý.
- Balónik nenafukujte v cieve mimo štepu.
- Hemostatický ventil Captor sa kvôli lepšej hemostáze môže otvoriť alebo zatvoriť, čo umožní zasunutie a následné vytiahnutie tvarovacieho balónika.

4.4 Bezpečnosť a kompatibilita pre MRI

Pri neklinických skúškach sa preukázalo, že endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdzvojením použitý spolu s balónikom rozťahiteľným krytým stentom je podmienene bezpečný v prostredí MR podľa predpisu ASTM F2503. Pacienta s touto pomocou možno po umiestnení pomôcky bezpečne sňať za nasledujúcich podmienok:

- statické magnetické pole sily jedine 3,0 tesla alebo 1,5 tesla,
- maximálny priestorový gradient magnetického poľa 720 gauss/cm (7,2 T/m) alebo menej,
- maximálna priemerná špecifická miera absorpcie celého tela (SAR) hlásená systémom MR v hodnote $\leq 2,0$ W/kg (bežný prevádzkový režim).

Za uvedených podmienok snímania sa nepredpokladá, aby endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdzvojením použitý spolu s balónikom rozťahiteľným krytým stentom vyvolal zvýšenie teploty o viac ako 2,4 °C po 15 minútach nepretržitého snímania.

Obrazový artefakt siaha približne 122 mm od endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdzvojením použitého spolu s balónikom rozťahiteľným krytým stentom, ako sa zistilo pri neklinickom skúšaní so zobrazením pomocou pulznej sekvencie gradientného echa a pomocou systému MRI s výkonom 3,0 tesla. Obrazový artefakt pokrýva lúmen pomôcky.

POZNÁMKA: Pri endovaskulárnom štepe Zenith Branch s iliackým rozdzvojením sa klinické výhody snímania MRI musia vyvážiť s potenciálnym rizikom zákroku.

5 POTENCIÁLNE NEŽIADUCE UDALOSTI

Medzi nežiaduce udalosti, ktoré sa môžu vyskytnúť a/alebo si vyžadovať zákrok, patria okrem iného:

- amputácia,
- arteriálna alebo cievná trombóza a/alebo pseudoaneurizma,
- arteriovenózna fistula,
- cievne krčie alebo cievna trauma (napríklad disekcia iliofemorálnej cievy, krvácanie, prasknutie, smrť),
- črevné komplikácie (napríklad nepriechodnosť čriev, prechodná ischémia, infarkt, nekróza),
- edém,
- embolizácia (mikro a makro) s prechodnou alebo trvalou ischémiou alebo infarktom,
- endoprotéza: nesprávne umiestnenie komponentu; neúplné rozvinutie komponentu; pohyb komponentu; prerušenie stehu; oklúzia; infekcia; zlomenie stentu; opotrebovanie štepového materiálu; dilatácia; erózia, punkcia; tok vedľa štepu a korózia,
- horúčka a lokalizovaný zápal,
- chirurgický prechod na otvorenú korekciu,
- impotencia,
- infekcia aneurizmy, nástroja alebo prístupového miesta vrátane vytvorenia abscesu, prechodná horúčka a bolesť,
- kaudikácia (napríklad zadku, dolných končatín),
- komplikácie miesta cievneho prístupu vrátane infekcie, bolesti, hematómu, pseudoaneurizmy, arteriovenózne fistuly,
- komplikácie s anestéziou a následné problémy s ošetrovaním (napríklad aspirácia),
- komplikácie v rane a následné problémy s ošetrovaním (napríklad rozstup, infekcia),
- krvácanie, hematóm alebo porucha zrážania,
- lymfatické komplikácie a následné problémy s ošetrovaním (napríklad lymfatická fistula),
- močovo-pohlavné komplikácie a následné problémy s ošetrovaním (napríklad ischémia, erózia, fistula, inkontinencia, hematuria, infekcia),
- neurologické lokálne alebo systémové komplikácie a následné problémy s ošetrovaním (napríklad apoplexia, prechodný ischemický záchvat, paraplegia, paraparéza, paralýza),
- oklúzia štepu alebo vlastnej cievy,
- poškodenie aorty vrátane perforácie, disekcie, krvácania, prasknutia a smrť,
- poškodenie cievy,
- prasknutie aneurizmy a smrť,
- presakovanie do aneurizmatického vaku,
- pulmonálne/respiračné komplikácie a následné problémy s ošetrovaním (napríklad zápal pľúc, zlyhanie dýchania, dlhodobá intubácia),
- reálne komplikácie a následné problémy s ošetrovaním (napríklad oklúzia artérie, toxicita kontrastnej látky, nedostatočná funkcia, zlyhanie),
- smrť,
- srdcové komplikácie a následné problémy s ošetrovaním (napríklad arytmia, infarkt myokardu, kongestívne zlyhanie srdca, hypotenzia, hypertenzia),
- zlyhanie pečene,
- zväčšenie aneurizmy.

6 VÝBER PACIENTOV A LIEČBA

(Pozri odsek 4, Varovania a bezpečnostné opatrenia)

6.1 Individuálna úprava liečby

Spoločnosť Cook odporúča, aby sa priemery komponentov endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdzvojením vybrali podľa opisu v tabuľke 8.1. Dĺžka endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdzvojením sa zvyčajne vyberá tak, aby siahala od proximálnej časti spoločnej iliackej artérie po vonkajšiu iliackú artériu. Lekári by mali mať k dispozícii nástroje všetkých dĺžok a priemerov potrebné na vykonanie zákroku, najmä ak plánované miery (ošetrované priemery/dĺžky) nie sú pred operáciou isté. Takýto prístup umožní väčšiu pružnosť počas operácie a dosiahnutie optimálnych výsledkov zákroku. Potenciálne riziká opísané v **odseku 5 Potenciálne nežiaduce udalosti** sa musia dôkladne zvážiť u každého pacienta ešte pred použitím endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdzvojením. Medzi ďalšie hľadiská pri výbere pacientov patria okrem iného:

- vek a očakávaná dĺžka života pacienta,
- sprievodné choroby (napríklad srdcová, pulmonálna alebo renálna insuficiencia pred operáciou, morbidná obezita),
- vhodnosť pacienta na otvorenú chirurgickú korekciu,
- anatomická vhodnosť pacienta na endovaskulárnu korekciu,
- riziko ruptúry aneurizmy v porovnaní s rizikom liečby endovaskulárnym štepom Zenith Branch s iliackým rozdzvojením,
- schopnosť tolerovať celkovú, regionálnu alebo lokálnu anestéziu,
- veľkosť a morfológia iliofemorálnej prístupovej cievy (minimálne zrazeniny, kalcifikácia a/alebo prekrútenie) musia byť kompatibilné s technikami cievneho prístupu a doplnkami k aplikáčnemu profilu cievneho zavádzacieho puzdra veľkosti 12 Fr (vonkajší priemer 4,7 mm) až 20 Fr (vonkajší priemer 7,7 mm),
- neaneurizmatický fixačný segment vonkajšej iliackej artérie distálne na aneurizmu:
 - s dĺžkou najmenej 20 mm,
 - s priemerom meraným od vonkajšej steny po vonkajšiu stenu nie väčším než 11 mm a nie menším než 8 mm,
- neaneurizmatický segment vnútornej iliackej artérie distálne na aneurizmu:
 - s dĺžkou najmenej 10 mm (uprednostňuje sa 20 – 30 mm),
 - s priemerom prijateľným na správne utiesnenie,
- neexistujúce výrazné okluzívne ochorenie femorálnej/iliackej artérie, ktoré by bránilo prietoku cez endovaskulárny štep.

Výsledné rozhodnutie o liečbe závisí od lekára a pacienta.

7 PORADENSKÉ INFORMÁCIE PRE PACIENTOV

Lekár a pacient (a/alebo rodinní príslušníci) by pri rozhovore o tomto endovaskulárnom nástroji a zákroku mali zhodnotiť jeho riziká a výhody vrátane:

- riziká a rozdiel medzi endovaskulárnou korekciou a chirurgickou korekciou,
- potenciálnych výhod tradičnej otvorenej chirurgickej korekcie,
- potenciálnych výhod endovaskulárnej korekcie,
- potenciálnych výhod alternatívnych endovaskulárných zákrokov,
- možnosti, že po pôvodnej endovaskulárnej korekcii môže byť potrebný následný zákrok alebo otvorená chirurgická korekcia aneurizmy.

Okrem rizík a výhod endovaskulárnej korekcie by lekár mal zhodnotiť pacientovo odhodlanie dodržiavať potrebné pooperačné kontrolné vyšetrenia. Nižšie sú uvedené ďalšie témy na diskusiu s pacientom, čo sa týka očakávaní po endovaskulárnej korekcii:

- Dlhodobá funkčnosť a bezpečnosť endovaskulárných štepov zatiaľ nebola zistená. Všetci pacienti majú byť upovedomení, že endovaskulárna liečba si vyžaduje celoživotné pravidelné kontrolné vyšetrenia na zhodnotenie ich zdravotného stavu a výkonnosti endovaskulárneho štepu. Pacienti so špecifickými klinickými nálezmi (napríklad presakovaním do aneurizmatického vaku, zväčšujúcimi sa aneurizmami alebo zmenami v štruktúre alebo polohe endovaskulárneho štepu) by mali podstúpiť dôkladné kontrolné vyšetrenia. Konkrétne smernice pre kontrolné vyšetrenia sú opísané v **odseku 11 v Smerniciach pre snímkanie a pooperačné kontrolné vyšetrenia**.

8 DODÁVKA NÁSTROJA

Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdzvojením sa dodáva sterilný (100 % etylénoxid) a už zasadený v odlepovacích baleniach.

Táto pomôcka je určená na použitie len na jednom pacientovi. Žiadnu časť tejto pomôcky nepoužívajte, nespracovávajte ani nesterilizujte opakovane. Opakované použitie, opakované spracovanie alebo opakovaná sterilizácia môžu oslabiť štrukturálnu neporušenosť pomôcky a/alebo viesť k zlyhaniu pomôcky, čo môže potom spôsobiť zranenie, ochorenie alebo smrť pacienta. Opakované použitie, opakované spracovanie alebo opakovaná sterilizácia môžu tiež vytvoriť riziko kontaminácie pomôcky a/alebo spôsobiť infekciu alebo krížovú infekciu pacienta, okrem iného vrátane prenosu infekčných chorôb z jedného pacienta na druhého. Kontaminácia pomôcky môže viesť k zraneniu, ochoreniu alebo smrti pacienta. Nástroj a obal skontrolujte, či nedošlo k nejakému poškodeniu v dôsledku prepravy. Tento nástroj nepoužívajte, ak došlo k jeho poškodeniu alebo ak bola poškodená alebo porušená sterilná bariéra. Ak došlo k poškodeniu, produkt nepoužívajte a vráťte ho spoločnosti Cook.

Pred použitím skontrolujte, či boli dodané správne nástroje (množstvo a veľkosť) pre pacienta porovnaním nástroja s objednávkou predpísanou lekárom pre daného konkrétneho pacienta. Nepoužívajte po dátume expirácie vytlačenom na štítku. Uskladnite na chladnom, suchom mieste.

Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdzvojením sa zakladá na zavádzacom puzdre Flexor veľkosti 20 Fr. Povrch puzdra je ošetrovaný hydrofilným povlakom, ktorý po aktivovaní zlepšuje sledovateľnosť. Hydrofilný povlak sa aktivuje tak, že povrch sa utrie gázovými tampónmi veľkosti 10 x 10 cm namočenými vo fyziologickom roztoku.

Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdzvojením a aplikáčne systémy sú k dispozícii v nasledujúcich dĺžkach a prieroch:

Číslo objednávky ¹	Proximálny priemer	Distálny priemer	Tabuľka 8.1 Vetvové štepy s iliackým rozdzvojením				Celková dĺžka štepu	
			Priemer vedľajšej vetvy ²	Zavádzacie puzdro (vnútorný priemer/vonkajší priemer)	Veľkosť Fr	Dĺžka iliackého segmentu spoločného vonkajšieho		
ZBIS-10-45-41	12 mm	10 mm	8 mm		20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	86 mm
ZBIS-10-61-41	12 mm	10 mm	8 mm		20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	102 mm
ZBIS-10-45-58	12 mm	10 mm	8 mm		20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	103 mm
ZBIS-10-61-58	12 mm	10 mm	8 mm		20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	119 mm
ZBIS-12-45-41	12 mm	12 mm	8 mm		20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	86 mm
ZBIS-12-61-41	12 mm	12 mm	8 mm		20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	102 mm
ZBIS-12-45-58	12 mm	12 mm	8 mm		20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	103 mm
ZBIS-12-61-58	12 mm	12 mm	8 mm		20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	119 mm

¹ZBIS-XX-YY-ZZ je štep s iliackým rozdzvojením, kde XX je distálny priemer, YY je dĺžka spoločného iliackého segmentu (dĺžka od proximálneho okraja štepu po špičku vedľajšej vetvy), a ZZ je dĺžka vonkajšieho iliackého segmentu (dĺžka od špičky vedľajšej vetvy po distálny okraj štepu).

²Vedľajšia vetva obsahuje nitinolový z-stent s priemerom 6 mm, ale počas rozvíjania balónikom rozťahiteľného krytého periférneho stentu by sa mala rozšíriť na 8 mm.

Iliacké nohy a aplikačné systémy Zenith na použitie s endovaskulárnym štepom Zenith Branch s iliackým rozdvojením sú dostupné v nasledujúcich dĺžkach a prieroch:

Číslo objednávky ¹	Priemer iliackej nohy	Tabuľka 8.2 Iliacké nohy		Pracovná dĺžka iliackej nohy ²
		Veľkosť Fr	Zavádzacie puzdro (vnútorný priemer/vonkajší priemer)	
TFLE-16-YY	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	37, 54, 71, 88 mm
ZSLE-16-YY-ZT	16 mm	14 Fr	(4,7 mm / 5,4 mm)	39, 56, 74, 90 mm
ZISL-16-YY	16 mm	12 Fr	(4,0 mm / 4,7 mm)	42, 59, 77, 93 mm

¹Priklad: TFLE-XX-YY je iliacká noha, kde XX je priemer a YY je pracovná dĺžka iliackej nohy.

²Celková dĺžka nohy = pracovná dĺžka + 22 mm pripájacieho stentu (pre TFLE and ZSLE) a 29,1 mm pripájacích stentov (pre ZISL).

9 INFORMÁCIE O KLINICKOM POUŽITÍ

9.1 Školenie lekárov

POZOR: Počas implantácie alebo pri opakovaných zákrokoch majte vždy k dispozícii tím cievnych chirurgov pre prípad, že by bol potrebný prechod na otvorenu chirurgickú korekciu.

POZOR: Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením so zavádzacím systémom H&L-B One-Shot smú používať len lekári a tímy vyskúšané na cievne intervenčné techniky, po absolvovaní všeobecného školenia o nástrojoch Zenith a školenia o používaní tohto nástroja. Odporúčané požiadavky na zručnosti/vedomosti lekárov používajúcich endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením so zavádzacím systémom H&L-B One-Shot sú uvedené nižšie:

Výber pacientov:

- Poznatky o prírodzenej anamnéze abdominálnych aortálnych aneurizmiem (AAA) a pridružených ochorení súvisiacich s korekciou AAA
- Vedomosti o interpretácii röntgenových snímok, výbere nástroja a jeho veľkosti

Multidisciplinárny tím, ktorý spoločne má skúsenosti s nasledujúcimi zákrokmi:

- femorálna incízia pri zavádzaní katétru, artériotómia a korekcia,
- techniky perkutánneho prístupu a uzavretia,
- neselektívne a selektívne techniky s vodiacími drôti a katétarmi,
- interpretácia fluoroskopických a angiografických snímok,
- embolizácia,
- angioplastika,
- umiestnenie endovaskulárneho stentu,
- techniky s kovovými slučkami,
- vhodné použitie röntgenovej kontrastnej látky,
- techniky na minimalizáciu vystavenia žiareniu,
- skúsenosti s modalitami potrebných kontrolných vyšetrení pacientov.

9.2 Kontrola pred použitím

Nástroj a obal skontrolujte, či nedošlo k nejakému poškodeniu v dôsledku prepravy. Tento nástroj nepoužívajte, ak došlo k jeho poškodeniu alebo ak bola poškodená alebo porušená sterilná bariéra. Ak došlo k poškodeniu, produkt nepoužívajte a vráťte ho spoločnosti COOK. Pred použitím skontrolujte, či boli dodané správne nástroje (množstvo a veľkosť) pre pacienta porovnaním nástroja s objednávkou predpísanou lekárom pre daného konkrétneho pacienta.

9.3 Potrebné materiály

(nezahrnuté do systému s iliackým rozdvojením)

- štep s iliackou nohou Zenith (napríklad TFLE-16-(37,54,71,88), ZSLE-16-(39,56,74,90)-ZT, ZISL-16-(42,59,77,93))
- bifurkovaný štep Zenith (napríklad endovaskulárny štep Zenith AAA),
- súprava doplnkov pre štep Zenith AAA
- fluoroskop so schopnosťou digitálnej angiografie (C-rameno alebo pevná jednotka)
- kontrastná látka
- striekačka

Tabuľka 9.5.1 Návod na výber veľkosti priemeru endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením* (vonkajší iliacký segment)			
Vonkajší priemer plánovanej iliackej cievy ^{1,2}	Priemer vetvy vonkajšej iliackej nohy ³	Veľkosť Fr	Zavádzacie puzdro (vnútorný priemer/vonkajší priemer)
8 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
9 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
10 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
11 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)

¹Maximálny priemer pozdĺž miesta distálnej fixácie.

²Nameraný iliacký priemer zaokrúhlite na najbližší mm.

³Výber priemeru môžu ovplyvniť ďalšie faktory.

*Všetky rozmery sú nominálne.

Priemer štepu s iliackou nohou (napríklad TFLE, ZSLE, ZISL) použitého na spojenie štepu Zenith AAA s endovaskulárnym štepom Zenith Branch s iliackým rozdvojením bude 16 mm.

Balónikom rozťahovateľný krytý periférny stent sa musí vo vedľajšej vetve endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením rozšíriť na 8 mm, ale jeho veľkosť by mala byť zvolená pre vnútornú iliackú artériu podľa pokynov výrobcu.

10 NÁVOD NA POUŽITIE

Pred použitím endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením so zavádzacím systémom H&L-B One-Shot si prečítajte túto brožúru s navrhovaným návodom na použitie. Nasledujúce inštrukcie predstavujú všeobecné pokyny na umiestnenie nástroja. Pri nasledujúcich krokoch môžu byť potrebné zmeny. Tieto inštrukcie sú zamýšľané ako pomocný návod pre lekárov a nenahrádzajú lekársky úsudok.

Všeobecné informácie o použití

Počas používania endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením so zavádzacím systémom H&L-B One-Shot sa musia používať štandardné techniky umiestňovania puzdier na prístup do artérie, vodiacich katétrov, angiografických katétrov a vodiacich drôtov. Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením so zavádzacím systémom H&L-B One-Shot je kompatibilný s vodiacími drôti s priemerom 0,035 inch (0,89 mm).

Všeobecné informácie o rozvinutí

Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením je určený na umiestnenie cez spoločnú femorálnu artériu na strane aneurizmu spoločnej iliackej artérie, ktorá má byť ošetrovaná. Štep Zenith AAA bude zavedený na naprotivnej strane endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením.

Navrhované poradie umiestňovania viacerých komponentov bude:

1. Rozvinutie endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením vrátane umiestnenia balónikom rozťahovateľného krytého periférneho stentu (cez iliackú artériu) do vnútornej iliackej artérie.
2. Rozvinutie štepu Zenith AAA (zavedeného cez naprotivnú iliackú artériu).
3. Rozvinutie štepu Zenith s iliackou nohou (napríklad TFLE, ZSLE, ZISL) cez miesto prístupu endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením do kontralaterálneho ramena (t. j. krátkého)

- heparinizovaný fyziologický roztok
- balónikom rozťahovateľný krytý periférny stent
- balóniky vhodných veľkostí

9.4 Odporúčané materiály

(nezahrnuté do systému s iliackým rozdvojením)

Nasledujúce produkty sa odporúčajú.

Vodiace drôty

- extra tuhý vodiaci drôt veľkosti 0,035 inch (0,89 mm), dĺh 260 cm, napríklad:
 - ultra tuhé vodiace drôty Cook Lunderquist (LES)
 - ultra tuhé vodiace drôty Cook Amplatz (AUS2)
- štandardný vodiaci drôt veľkosti 0,035 inch (0,89 mm), napríklad:
 - vodiace drôty Cook veľkosti 0,035 inch (0,89 mm)
- hydrofilný vodiaci drôt veľkosti 0,018 inch (0,46 mm)
- hydrofilný vodiaci drôt veľkosti 0,035 inch (0,89 mm) dĺžky 260 cm, napríklad:
 - vodiace drôty Cook Nimble™
- vymeniteľné vodiace drôty veľkosti 0,035 inch (0,89 mm) dĺžky 260 cm, napríklad:
 - vodiaci drôt Cook Roadrunner® PC
 - ultra tuhý vodiaci drôt Cook Amplatz (AES)
 - vodiaci drôt Cook Rosen

Tvarovacie balóniky

- balónikový katéter Cook CODA® (32 mm)

Zavádzacie súpravy (7 Fr (vnútorný priemer 2,3 mm), 8 Fr (vnútorný priemer 2,7 mm), 10 Fr (vnútorný priemer 3,3 mm) a 12 Fr (vnútorný priemer 4,0 mm))

- zavádzacie súpravy Cook Check-Flo®
- zavádzače Cook Flexor Check-Flo
- zavádzače Cook Flexor Check-Flo s úpravou Raabe
- extra veľké zavádzacie súpravy Cook Check-Flo
- kontralaterálne zavádzače Cook Flexor Balkin Up & Over®
- vodiace puzdrá Cook Flexor

Katétre

- katétre na určovanie veľkosti; napríklad:
 - centimetrové katétre na určovanie veľkosti Cook Aorous®
- angiografické rádiopakné katétre so špičkou; napríklad:
 - angiografické katétre Cook so špičkou Beacon®
 - katétre Cook Royal Flush® so špičkou Beacon

Vstupné ihly

- vstupné ihly do jednej steny Cook

Kovová slučka

- intravaskulárna vytáhovacia súprava Dotter

9.5 Smernice pre určovanie veľkosti priemeru nástroja

Výber priemeru nástroja by mal byť stanovený podľa priemeru od vonkajšej steny po vonkajšiu stenu cievy a nie podľa priemeru lúmenu. Nadmerná alebo nedostatočná veľkosť môže spôsobiť neúplné utesnenie alebo oslabený prietok.

Tabuľka 9.5.1 Návod na výber veľkosti priemeru endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením* (vonkajší iliacký segment)			
Vonkajší priemer plánovanej iliackej cievy ^{1,2}	Priemer vetvy vonkajšej iliackej nohy ³	Veľkosť Fr	Zavádzacie puzdro (vnútorný priemer/vonkajší priemer)
8 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
9 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
10 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
11 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)

1. Maximálny priemer pozdĺž miesta distálnej fixácie.
2. Nameraný iliacký priemer zaokrúhlite na najbližší mm.
3. Výber priemeru môžu ovplyvniť ďalšie faktory.
4. Rozvinutie štepu Zenith s iliackou nohou (napríklad TFLE, ZSLE, ZISL) do ipsilaterálneho ramena (t. j. dlhého) štepu Zenith AAA (podľa potreby).

Rozhodujúce faktory pred implantáciou

Pri plánovaní pred implantáciou skontrolujte, či bol zvolený správny nástroj. Medzi rozhodujúce faktory patria:

1. výber femorálnej artérie na zavedenie aplikačného systému (t. j. definovanie príslušnej iliackej artérie),
2. zahnutie iliackých artérií,
3. priemery príslušnej distálnej iliackej cievy (ciev),
4. vzdialenosť od aortálneho rozdvojenia po podbrušnú (vnútornú iliackú) artériu a miesto (miesta) prichytenia,
5. zväčšenie stupňa kalcifikácie ciev.

Príprava pacienta

1. Pri anestézii, antikoagulácii a monitorovaní životných známk postupujte podľa inštitučných protokolov.
2. Pacienta na snímkovacom stole nastavte do takej polohy, ktorá umožní fluoroskopické zobrazovanie od aortálneho oblúka až po femorálne rozdvojenia.
3. Obnažte spoločné femorálne artérie podľa potreby za pomoci štandardnej chirurgickej techniky.
4. Zistite dostatočnú proximálnu aj distálnu vaskulárnu kontrolu femorálnych ciev podľa potreby.

10.1 Príprava/premytie endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením

1. Vyberte prepravňu tyčinku s čiernym hrdlom (z vnútornej kanyly), ochrannú hadičku kanyly (z vnútornej kanyly) a ochrannú špičku dilatátora (zo špičky dilatátora). Zozadu z hemostatického ventilu odstráňte puzdro Peel-Away. **(Obrázok 3)** Zavádzacie puzdro tlačte smerom dopredu na špičku dilatátora, až kým zakrivený katéter prestane byť exponovaný. Zdvihnite distálnu špičku systému a preplachujte ju cez kohút hemostatického ventilu, až kým sa v bočnom porte pri špičke zavádzacieho puzdra neobjaví tekutina. **(Obrázok 4)** Pokračujte vo vstrekaní plyných 20 mL preplachovacieho roztoku do nástroja. Prestaňte vstrekovat a uzavrite kohút na pripájacej hadičke.

POZNÁMKA: Vždy sa používa preplachovací roztok na štepy z heparinizovaného fyziologického roztoku.

POZNÁMKA: Skontrolujte, či je hemostatický ventil Captor na zavádzacom puzdre Flexor otočený do otvorenej polohy. **(Obrázok 5)**

2. Striekačku s heparinizovaným fyziologickým roztokom pripojte na hrdlo vnútornej kanyly. Preplachujte, kým z distálnej špičky dilatátora nevyjde tekutina. **(Obrázok 6)**

POZNÁMKA: Pri preplachovaní systému zdvihnite distálny koniec systému, čo pomôže odstrániť vzduch.

3. Vytiahnite už zavedený vodiaci drôt z aplikačného systému.
4. Pripojte striekačku s heparinizovaným fyziologickým roztokom do luerovej spojky už zavedeného katétra. Preplachujte, kým z distálnej špičky katétra nevyjde tekutina.
5. Do zavedeného katétra zasunúť vhodný hydrofilný vodiaci drôt s nítiniovým jadrom kompatibilný s veľkosťou 0,018 inch (0,46 mm) alebo 0,035 inch (0,89 mm) s dĺžkou 260 cm.
6. Gázové tampóny veľkosti 10 x 10 cm namočte do fyziologického roztoku a utrite nimi zavádzacie puzdro Flexor, čím sa aktivuje hydrofilný povlak. Puzdro aj špičku dilatátora riadne zvlhčite.

10.2 Vaskulárny prístup a angiografia

1. Vykonajte punkciu zvolenej spoločnej femorálnej artérie (artérii) pomocou štandardnej techniky s arteriálnou ihlou kalibru 18 alebo 19 (ultraťenkej). Pri vstupe do cievy vsuňte:
 - vodiace dróty – štandardnej veľkosti 0,035 inch (0,89 mm), dĺžky 145 cm so špičkou v tvare J, alebo vodiaci drôt Benton,
 - puzdrá vhodnej veľkosti (napríklad 5 Fr [vnútorný priemer 1,7 mm] alebo 8 Fr [vnútorný priemer 2,7 mm]),
 - preplachovací katéter (často rádiopakné katétre na určovanie veľkosti – napríklad centimetrový katéter na určovanie veľkosti alebo rovné preplachovacie katétre).

POZNÁMKA: Použite puzdro veľkosti 8 Fr (vnútorný priemer 2,7 mm), zasunuté do spodnej abdominálnej aorty na kontralaterálnej strane.

2. Vykonajte angiografiu na zistenie polohy aortálneho rozdvojenia a vnútornej iliackej artérie na strane implantovaného endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením.

10.3 Umiestnenie endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením

1. Skontrolujte, či bol aplikačný systém prepláchnutý heparinizovaným fyziologickým roztokom a či bol zo systému odstránený všetok vzduch.
2. Systematicky podávajte heparin a kontrolujte preplachovacie roztoky. Po každej výmene katétra a/alebo vodiaceho drôtu prepláchnite.

POZNÁMKA: Počas zákroku monitorujte koagulačný stav pacienta.

3. Na strane implantovaného endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením vymeňte drôt v tvare J za tuhý vodiaci drôt (AUS alebo LES) veľkosti 0,035 inch (0,89 mm) dĺžky 260 cm a vsuňte ho cez katéter nahor do hornej hrudníkovej aorty. Preplachovací katéter a puzdro vytiahnite. Udržiavajte polohu vodiaceho drôtu.

POZNÁMKA: Umiestnenie a orientácia začiatku vnútornej iliackej artérie, ako aj aortálneho rozdvojenia sa musí určiť z predoperačného alebo operačného snímokovania ešte pred zasunutím nástroja.

4. Pred zasunutím skontrolujte orientáciu segmentu vedľajšej vetvy použitím fluoroskopie s cieľom zaistiť, aby jeho poloha bola primerane zarovnaná s anatomickými prvkami.

POZNÁMKA: V tomto štádiu bude nástroj úplne pokrytý vonkajším puzdom, ale na snímke s vytiahnutým puzdom sa ukázu štyri zlaté rádiopakné markery, zarovnané s najlaterálnejším aspektom vedľajšej vetvy, a štrbina, v ktorej sa nachádza zavedený katéter. **(Obrázok 7)**

POZNÁMKA: Druhý marker od distálneho konca (2D) je zameriavací marker na najproximálnejšie miesto proximálneho konca krytého stentu, ktorý rozširuje vedľajšiu vetvu do vnútornej iliackej artérie. Druhý marker od proximálneho konca (2P) je zameriavací marker na najdistálnejšie miesto distálneho konca predĺženia nohy, ktorá napojí iliackú vedľajšiu vetvu na stentovú štep s rozdvojením, ktorý sa rozvinie nad aortálnym rozdvojením.

POZNÁMKA: Orientáciu možno potvrdiť vizuálnou kontrolou, pretože ryha v špičke zuženeho dilatátora (kde už zavedený vodiaci drôt vychádza zo systému) je zarovnaná s vedľajšou vetvou.

5. Zasúvajte aplikačný systém endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením po vodiacom drôte do iliackej artérie, až kým špička zavedeného katétra, umiestnená v ryhe v špičke dilatátora pod vonkajším puzdom, nebude tesne nad aortálnym rozdvojením a rotačne zarovnaná so začiatkom náprotivnej spoločnej iliackej artérie. **(Obrázok 8)**

POZOR: Počas zasúvania aplikačného systému udržiavajte polohu vodiaceho drôtu.

POZOR: Aby sa zabránilo akémukoľvek prekrúteniu endovaskulárneho štepu, pri každom rotovaní aplikačného systému dávajte pozor, aby ste všetky komponenty systému rotovali spoločne (od vonkajšieho puzdra až po vnútornú kanylu).

POZNÁMKA: Mierne vystrčenie hydrofilného vodiaceho drôtu cez špičku katétra môže pomôcť pri vizualizácii polohy špičky katétra.

10.4 Umiestnenie navlečeného vodiaceho drôtu

1. Hydrofilný vodiaci drôt a katéter zasunúť do aorty. Vodiaci drôt podľa potreby posúvajte cez hrot zakriveného katétra, aby sa dostal do polohy potrebnej na zákrok pomocou slučky.
2. Vhodnú kovovú slučku vsuňte do prístupového puzdra v náprotivnej iliackej artérii, podchyťte špičku hydrofilného vodiaceho drôtu a pretiahnite ho, aby sa vytvoril navlečený vodiaci drôt. **(Obrázok 9)**

POZOR: Počas tohto manévru by navlečený hydrofilný vodiaci drôt mal byť zasunutý tak, aby sa v aortálnom rozdvojení uchoval nejaký priestor.

10.5 Proximálne rozvinutie endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením

1. Puzdro veľkosti 8 Fr (vnútorný priemer 2,7 mm) zasúvajte do náprotivného ramena, kým sa nebude nachádzať nad úrovňou aortálneho rozdvojenia, a cezeň vykonajte angiografiu na zistenie umiestnenia vnútornej iliackej artérie na strane implantácie nástroja. **(Obrázok 10)**
2. Skontrolujte, či je štepový systém orientovaný tak, aby sa distálny koniec vedľajšej vetvy (ako je indikované najdistálnejším rádiopakným markerom) nachádzal 10 mm nad začiatkom vnútornej iliackej artérie s takou rotačnou orientáciou, aby umožňovala ľahký prístup do vnútornej iliackej artérie. Ak rádiopakné markery nie sú v primeranej polohe, rotujte celý systém dovtedy, kým markery nie sú zarovnané s otvorom vnútornej iliackej artérie, prípadne systém podľa potreby zasúvajte alebo vyťahujte. **(Obrázok 11)**

POZOR: Aby sa zabránilo akémukoľvek prekrúteniu endovaskulárneho štepu, pri každom rotovaní aplikačného systému dávajte pozor, aby ste všetky komponenty systému rotovali spoločne (od vonkajšieho puzdra až po vnútornú kanylu).

3. Keď je poloha nástroja uspokojivá, stabilizujte sivé polohovadlo (rukovať aplikačného systému) a zároveň vyťahujte vonkajšie zavádzacie puzdro. Endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením rozvíjajte dovtedy, kým sa neukáže distálny koniec vedľajšej vetvy. **(Obrázok 12)**
4. Prestaňte vyťahovať puzdro.

VAROVANIE: Puzdro ďalej nevyťahujte, lebo sa vonkajší iliacký komponent roztrhne, čo zabráni ďalším zmenám polohy.

10.6 Umiestnenie puzdra up-and-over

1. Náprotivné prístupové iliacké puzdro vytiahnite a zároveň ponechajte na mieste navlečený hydrofilný vodiaci drôt s nítiniovým jadrom.
2. Po navlečení hydrofilnom vodiacom drôte s nítiniovým jadrom zasúvajte puzdro up-and-over vhodnej veľkosti, až kým sa špička dilatátora puzdra nedotkne špičky už zavedeného katétra. **(Obrázok 13)**

POZNÁMKA: Na pomoc pri zasúvaní môže byť potrebné použitie jemného ťahu na oboch koncoch vodiaceho drôtu.

POZOR: Ak zavedený katéter nie je vsunutý ponad aortálne rozdvojenie, dávajte pri manipulácii osobitný pozor, aby nedošlo k poškodeniu cievy.

3. Navlečený hydrofilný vodiaci drôt zasvorkujte na oboch koncoch (tam, kde vychádza zo zavedeného katétra a puzdra up-and-over).
4. Pokračujte v zasúvaní puzdra ponad zaistený vodiaci drôt a zároveň na už zavedený katéter aplikujte jemný prerušovaný ťah, aby sa puzdro a katéter zasunuli ponad rozdvojenie do proximálneho otvoru nástroja a von cez vedľajšiu vetvu. **(Obrázok 14)**

POZNÁMKA: Podľa dĺžky špičky dilatátora tohto puzdra môže byť potrebné zasunúť puzdro aj ponad špičku jeho dilatátora, aby sa zaistilo umiestnenia puzdra vo vedľajšej vetve.

5. Vytiahnite dilatátor puzdra up-and-over.

10.7 Kanylácia vnútornej iliackej artérie

1. Vykonajte punkciu hemostatického ventilu puzdra up-and-over čo najviac na jednu stranu a zasunúť vhodnú kombináciu vodiaceho drôtu a katétra. **(Obrázok 15)**
2. Vodiaci drôt a katéter zasúvajte cez puzdro up-and-over do vnútornej iliackej artérie. **(Obrázok 16)**
3. Vodiaci drôt vo vnútornej iliackej artérii nahradte podporným vodiacim drôtom (napríklad vodiacim drôtom Rosen alebo AES). Skontrolujte, či je umiestnenie vodiaceho drôtu stabilizované vo vnútornej iliackej artérii.

10.8 Umiestnenie balónikom rozťahnuteľného krytého periférneho premostovacieho stentu

1. Katéter vytiahnite z puzdra up-and-over, pričom puzdro a vodiace dróty ponechajte na mieste, a už nasadený balónikom rozťahnuteľný krytý periférny stent vhodnej veľkosti zasúvajte po podpornom drôte, až kým sa nedostane do vnútornej iliackej artérie. **(Obrázok 17)**

POZNÁMKA: Nasadený balónikom rozťahnuteľný krytý periférny stent môže byť vhodné zaviesť do ďalšieho puzdra ako ochranu pri zasúvaní stentu cez puzdro up-and-over a do vnútornej iliackej artérie. Je potrebné zvoliť vhodnú kombináciu puzdiel, vodiacich drôtov a stentov tak, aby vnútorné puzdro mohlo prejsť cez puzdro up-and-over koaxiálnym spôsobom, zatiaľ čo navlečený drôt zostane na mieste.

2. Podľa potreby skontrolujte angiografiu a zistite, či poloha balónikom rozťahnuteľného krytého periférneho stentu je uspokojivá s ohľadom na prekrytie vedľajšej vetvy a zamýšľané miesto fixácie vo vnútornej iliackej artérii.

POZNÁMKA: Pri rozvinutí by sa balónikom rozťahnuteľný krytý periférny stent mal prekryvať s vedľajšou vetvou endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením v dĺžke 10 – 14 mm.

POZNÁMKA: V tomto štádiu zákroku by malo byť možné vykonať angiografiu cez puzdro up-and-over alebo cez katéter v spoločnej iliackej artérii.

3. Vytiahnite navlečený hydrofilný vodiaci drôt s nítiniovým jadrom a zavedený katéter.
4. Ak je to potrebné, upravte polohu endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením tak, aby bol distálny otvor vedľajšej vetvy vo vhodnej polohe vzhľadom na začiatok vnútornej iliackej artérie.

10.9 Distálne rozvinutie endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením

1. Zavádzacie puzdro endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením vyťahujte dovtedy, kým nie je externý iliacký komponent úplne rozvinutý. **(Obrázok 18)**
2. Odstráňte bezpečnostnú poistku z čierneho uvoľňovacieho mechanizmu so spúšťacím drôtom. Za fluoroskopického pozorovania vytiahnite a odstráňte spúšťací drôt posunutím čierneho uvoľňovacieho mechanizmu so spúšťacím drôtom preč z ruky a potom ho ponad vnútornú kanylu vyberte cez jeho štrbinu. **(Obrázok 19)**

POZNÁMKA: Distálny stent je stále zaistený spúšťacím drôtom.

10.10 Rozvinutie balónikom rozťahnuteľného krytého periférneho stentu

1. Puzdro up-and-over vytiahnite do vhodnej polohy, aby bolo možné rozvinutie balónikom rozťahnuteľného krytého periférneho stentu.
2. Rozviňte balónikom rozťahnuteľný krytý periférny stent a podľa potreby vykonajte ďalšie rozširovanie balónikom. **(Obrázok 20)**

POZNÁMKA: Balónikom rozťahnuteľný krytý periférny stent by sa mal vo vedľajšej vetve endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením rozšíriť na aspoň 8 mm na vhodnú veľkosť na dosiahnutie utesnenia vnútornej iliackej artérie.

POZNÁMKA: Balónikom rozťahnutelný krytý periférny stent by sa mal prekryvať s vedľajšou vetvou endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením v dĺžke minimálne 10 mm a maximálne nie ďalej ako po druhý marker distálneho konca vedľajšej vetvy, s distálnym miestom fixácie vo vnútornej iliackej artérii v dĺžke najmenej 10 mm (uprednostňuje sa 20 – 30 mm).

POZNÁMKA: Balónik zo segmentu vedľajšej vetvy endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením zatiaľ nevyťahujte.

- 3. Odstráňte bezpečnostnú poistku z bieleho uvoľňovacieho mechanizmu so spúšťacím drôtom. Za fluoroskopického pozorovania vytiahnite a odstráňte spúšťací drôt posunutím bieleho uvoľňovacieho mechanizmu so spúšťacím drôtom preč z rúčky a potom ho ponad vnútornú kanylu vyberte cez jeho štrbinu. **(Obrázok 21)**
- 4. Pre stabilizáciu nástroja balónik znovu nafúknite v segmente vedľajšej vetvy a zavádzací systém vytiahnite cez štep do zavádzacieho puzdra.

POZOR: Treba dávať pozor, aby nedošlo k posunu alebo poškodeniu endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením pri vyťahovaní zavádzacieho systému alebo zasúvaní iných komponentov cezeň.

Odporúčané prekrytie štepu Zenith s iliackou nohou, ktoré spája kontralaterálne rameno bifurkovaného štepu Zenith s endovaskulárnym štepom Zenith Branch s iliackým rozdvojením

Prekrytie do kontralaterálneho ramena bifurkovaného štepu Zenith	Minimálne 1 ¼ stentu Maximálne 1 ¾ stentu
Prekrytie do tela endovaskulárneho štepu Zenith Branch	Minimálne 1 ½ stentu Nie ďalej než maximálne po druhý marker na proximálnom konci nástroja

5. Pokračujte v rozvíjaní bifurkovaného štepu Zenith tak, ako je opísané v príslušnom návode na použitie.

10.12 Vsúvanie tvarovacieho balónika

POZNÁMKA: Pred použitím tvarovacieho balónika opatrne vytiahnite všetky doplnkové nástroje.

- 1. Na bifurkovaný štep Zenith použite tvarovací balónik tak, ako je opísané v príslušnom návode na použitie.
- 2. V prípade endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením si pripravte tvarovací balónik nasledujúcim spôsobom:
 - lúmen drôtu prepláchnite heparinizovaným fyziologickým roztokom,
 - odstráňte z balónika všetok vzduch.
- 3. Pri príprave na vsunutie tvarovacieho balónika otvorte hemostatický ventil Captor otáčaním proti smeru hodinových ručičiek.
- 4. Tvarovací balónik zasuniete po tuhom vodiacom drôte a cez hemostatický ventil Captor zavádzacieho systému endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením k prekrytiu spoločného iliackého segmentu endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením a štepov Zenith® s iliackou nohou (napríklad TFLE, ZSLE, ZISL) a nafúknite ho.

POZOR: Pred opakovaným polohovaním balónika skontrolujte, či je úplne vyfúknutý.

POZOR: Hemostatický ventil Captor musí byť pred úpravou polohy tvarovacieho balónika otvorený.

POZNÁMKA: Pri rozvíjaní balónika v blízkosti rozdvojenia endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením dávajte pozor, aby balónik neprechádzal rozdvojením.

11 SMERNICE PRE SNÍMKOVANIE A POOPERAČNÉ KONTROLNÉ VYŠETRENIA

Požiadavky na snímkovanie a pooperačné kontrolné vyšetrenia nájdete v tabuľke 11.

Tabuľka 11 Harmonogram snímok						
	Predoperačné	Operačné	Pooperačné	30 dní	6 mesiacov	12 mesiacov
CT	X		X ¹	X ¹	X ¹	X ¹
KUB (RTG pľežiačky, obličky, močovody a močový mechúr)			X	X	X	X
Angiografia	X	X				

¹Duplexný ultrazvuk možno použiť u pacientov so zlyhaním obličiek alebo u tých, ktorí inak nemôžu podstúpiť snímkovanie CT s kontrastnou látkou.

POZNÁMKA: Skontrolujte, či vodiaci drôt zotráva v uspokojivej polohe na kanyliáciu štepu Zenith AAA.

- 5. Balónik vyfúknite a vytiahnite.
- 6. Vytiahnite vodiaci drôt a puzdro up-and-over do náprotivnej spoločnej iliackej artérie.

10.11 Rozvinutie štepu Zenith AAA a iliackej nohy štepu

- 1. Katéter a štandardný tuhý vodiaci drôt (AUS alebo LES) s priemerom 0,035 inch (0,89 mm) dĺžky 260 cm zaveďte cez prístup do iliackej artérie na náprotivnej strane endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením.
- 2. Vytiahnite existujúce puzdrá a katétre a hlavné telo bifurkovaného štepu Zenith zaveďte a rozviňte podľa štandardného protokolu Zenith (pozrite si príslušný návod na použitie štepu Zenith).
- 3. Krátke (kontralaterálne) rameno bifurkovaného štepu Zenith kanyľujte cez endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením.
- 4. Štep s iliackou nohou (napríklad TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX) vhodne dĺžky rozviňte cez endovaskulárny štep Zenith Branch s iliackým rozdvojením tak, aby sa dosiahol odporúčané prekrytie zobrazené nižšie.

POZNÁMKA: Balónik nerozvíjajte v blízkosti vedľajšej vetvy, aby nedošlo k narušeniu balónikom rozťahnutelného stentu.

- 5. Tvarovací balónik vytiahnite do miesta distálnej fixácie endovaskulárneho štepu Zenith Branch s iliackým rozdvojením, a nafúknite ho.

POZOR: Balónik nenafukujte v cieve mimo štepu.

- 6. Tvarovací balónik vytiahnite a nahraďte ho angiografickým katétrom na vykonanie ukončovacích angiogramov.
- 7. Vytiahnite alebo nahraďte všetky tuhé vodiace drôty, aby iliacké artérie mohli znovu nadobudnúť svoju prirodzenú polohu.

10.13 Konečný angiogram

- 1. Angiografický katéter umiestnite tesne nad úroveň aortálneho rozdvojenia. Angiograficky skontrolujte, či sú spoločná iliacká artéria a príslušná vnútorná iliacká artéria priechodné a či nedochádza k presakovaniu do aneurizmatického vaku.
- 2. Skontrolujte, či nedošlo k presakovaniu do aneurizmatického vaku alebo zauzleniu. Vytiahnite puzdrá, drôty a katétre.

POZNÁMKA: Ak spozorujete presakovanie do aneurizmatického vaku alebo iné problémy, ktoré by si vyžadovali zákrok, zvažte použitie ďalších vedľajších komponentov k štepu Zenith AAA.

- 3. Cievu opravte a uzavrite štandardným chirurgickým spôsobom.

SVENSKA

ZENITH® BRANCH ENDOVASKULÄRT ILIACABIFURKATIONSGRAFT MED H&L-B ONE-SHOT™ INFÖRINGSSYSTEM

Läs noggrant igenom alla instruktioner. Underlåtenhet att nogra följa instruktionerna, varningarna och försiktighetsåtgärderna kan få allvarliga följder eller orsaka patientskada.

För information om övriga Zenith-komponenter ska du se lämplig bruksanvisning.

1 PRODUKTBESKRIVNING

1.1 Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft

Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft är ett bifurkerat graft för kärlförgreningar med öppningar för att ansluta stentsegmenten för den gemensamma höftartären, sidogrenen och den externa höftartären. (Figur 1)

Graftet är konstruerat av grovt vävt polyestertyg som sytts på självexpanderande Cook-Z® stentar av rostfritt stål med flätad polyester och enfiberad polypropylensutur. Graftet är helt stentat för att ge det den stabilitet och utvidgningskraft som behövs för att öppna graftets lumen under insättning. Nitinolringar har placerats vid graftets proximala ände och inuti sidogrenen för att hjälpa till med att bevara lumen öppen vid åtkomst. Dessutom ger Cook-Z stentarna den nödvändiga tätningen för graftet mot kärlväggen.

För att underlätta fluoroskopisk visualisering av stentgraftet har fyra röntgenåta markeringar av guld placerats längs den inre höftsidan av graftets proximala del, för att ange sidogrenssegmentets läge.

Ytterligare komponenter som t.ex. Zenith ilialiska graftben (t.ex. TFLE, ZSLE, ZISL) och ballongexpanderbara täckta perifer stentar krävs. Varje enskild anordning har sitt eget separata införingssystem. Se relevant bruksanvisning.

1.2 Införingssystem för Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft

Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft levereras redan inlagd i H&L-B One-Shot införingssystem. (Figur 2) Det har en sekventiell insättningsmetod med inbyggda funktioner som ger kontinuerlig kontroll över det endovaskulära graftet under hela insättningsförloppet.

Graftets proximala ände är fast vid införingssystemet med två utlösningstrådar av nitinol. Graftets distala ände är också fast vid införingssystemet och hålls av en oberoende utlösningstråd av rostfritt stål. H&L-B One-Shot införingssystem möjliggör exakt placering och tillåter omjusteringar av slutligt graftläge före fullständig insättning av graftet. Införingssystemet använder ett 20 Fr (6,7 mm innerdiameter) H&L-B One-Shot införingssystem, som omfattar både en redan inlagd kateter som används för att underlätta kanylering av sidogrenen samt en ledare som används för att säkerställa att kateterns lumen skäms under läggning och leverans. Alla system är kompatibla med en ledare på 0,035 inch (0,89 mm). För ökad hemostas kan Captor hemostasventil öppnas eller stängas för införing och/eller avsläsnande av kompletterande anordningar in i eller ut ur hylsan.

Införingssystemet för Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med förgrening är utrustat med en Flexor® införarhylsa som står emot knickning och har en hydrofil beläggning. Båda funktionerna är avsedda att förbättra spårbarheten i höftartärerna och bukaortan. Den förladdade katetern är dessutom böjd för att förbättra ledarens placeringskapacitet under snärningen.

1.3 Ytterligare komponenter

Även ytterligare komponenter krävs (iliakiskt graftben, ballongexpanderbar täckt perifer stent).

Zenith ilialiska graftben finns tillgängliga (t.ex. TFLE, ZSLE, ZISL) och är konstruerade av samma material som används vid tillverkningen av Zenith Branch med endovaskulärt iliacabifurkationsgraft. För alla Zenith ilialiska graftben och införingssystem, se respektive bruksanvisning för utplaceringsinstruktioner. Det gemensamma iliaaavsnittet på Zenith Branch med endovaskulärt iliacabifurkationsgraft, placerat i den gemensamma iliaaartären, kommer att kopplas till den korta (kontralaterala) lemmen på ett Zenith bifurkationsgraft (t.ex. Zenith AAA endovaskulärt graft) med ett ilialiskt standardben av lämplig längd och med en distal diameter på 16 mm (t.ex. TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX).

En ballongexpanderbar täckt perifer stent sätts in i sidogrenssegmentet och sträcker sig in i inre höftartären. Se bruksanvisningen för denna anordning för anvisningar om insättning.

2 AVSEDD ANVÄNDNING

Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med H&L-B One-Shot införingssystem är avsett för endovaskulär behandling av patienter med aortailialisk eller ilialisk aneurysm, ett otillräckligt distalt tätningsskäl inuti den gemensamma höftartären samt med lämplig morfologi för endovaskulär reparation, omfattande:

- Tillräcklig åtkomst via femoral/iliakiska kärl med införingssystem av storlek 20 Fr (7,7 mm ytterdiameter),
- Ett icke aneurysmatiskt fixeringssegment i externa höftartären distalt om aneurysmet.
- med en längd på minst 20 mm,
- med en diameter mätt från yttrevägg till yttrevägg på högst 11 mm och minst 8 mm.
- Ett icke aneurysmatiskt segment i inre höftartären distalt om aneurysmet:
- med en längd på minst 10 mm (helst 20–30 mm),
- med godkänd diameter för lämplig tätning.

3 KONTRAINDIKATIONER

Det finns inga kända kontraindikationer för dessa instrument.

4 VARNINGAR OCH FÖRSIKTIGHETSÅTGÄRDER

4.1 Allmänt

- Läs noggrant igenom alla instruktioner. Underlåtenhet att nogra följa instruktionerna, varningarna och försiktighetsåtgärderna kan få allvarliga följder eller orsaka patientskada.
- Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med H&L-B One-Shot införingssystem får endast användas av läkare och operationslag som utbildats i vaskulära ingreppstekniker och i användningen av detta instrument.
- Avsaknad av DT-bildframställning utan kontrast kan resultera i misslyckande att uppskatta förkalkning i höftartär eller aorta, vilket kan utesluta åtkomst eller tillförlitlig fixering och tillslutning av anordningen.
- Föregreppsskintigrafi för rekonstruktion av tjecklek > 3 mm kan resultera i suboptimal instrumentdimensionering eller i misslyckande med att uppskatta fokalsstenos från DT.

- Endovaskulära grafts långsiktiga prestanda och säkerhet har ännu inte fastställts. Alla patienter bör informeras om att vid endovaskulär behandling krävs regelbunden uppföljning under patientens hela livstid för att bedöma patientens hälsa och det endovaskulära graftets prestanda. Patienter med specifika kliniska fynd (t.ex. endoläckage, förstörade aneurysmer eller förändringar i det endovaskulära graftets struktur eller läge) bör få ökad uppföljning. Specifika uppföljningsriktlinjer beskrivs i **avsnitt 11, Riktlinjer för bildframställning och postoperativ uppföljning**.
- Efter placering av det endovaskulära graftet bör patienterna övervakas regelbundet för perigraftflöde, aneurysmtillväxt eller förändringar i det endovaskulära graftets struktur eller läge. Åtminstone en årlig undersökning krävs, omfattande:
 - 1) abdominala röntgenbilder för att undersöka anordningens integritet (separation mellan komponenter eller stentfraktur) och 2) DT med och utan kontrast för att undersöka aneurysmförändringar, perigraftflöde, öppenhet, slingring och fortskridande sjukdom.Om renala komplikationer eller andra faktorer utesluter användning av bildkontrastmedel kan abdominala röntgenbilder och duplexultraljud ge liknande information.
- Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med H&L-B One-Shot införingssystem rekommenderas inte för patienter som inte kan genomgå, eller som inte överensstämmer med, de erforderliga preoperativa och postoperativa bild- och implantationsstudierna som beskrivs i **avsnitt 11, Riktlinjer för bildframställning och postoperativ uppföljning**.
- Kirurgiskt ingrepp eller utvidgning till öppen kirurgisk reparation av standardtyp efter initial endovaskulär reparation bör övervägas för patienter med aneurysmer som förstöras, oacceptabel minskning av fixeringslängd (kärl och komponent överlappar) och/eller endoläckage. En ökning i aneurysmstorlek och/eller ihållande endoläckage kan leda till brustet aneurysm.
- Patienter med reducerat blodflöde genom graftlemmen och/eller läckor kan behöva genomgå sekundära interventioner eller operationsingrepp.
- Ett kärlkirurgiskt team bör alltid finnas tillgängligt under implantation eller reinterventionsingrepp om det blir nödvändigt att utvidga ingreppet till öppen kirurgisk reparation.
- Endovaskulär implantation av stentgraft är ett kirurgiskt ingrepp och blodförlust, som i sällsynta fall kräver ingrepp (inklusive transfusion) för att förhindra skadliga resultat, kan uppstå av flera orsaker. Det är viktigt att övervaka blodförlusten från hemostasventilen under hela ingreppet, men detta är särskilt relevant under och efter manövrering av den grå lägesställaren. Om blodförlusten är alltför kraftig efter att den grå lägesställaren har avsläsnats bör du överväga att placera en icke-fylld formningsballong eller en dilatator för införingssystem i ventilen för att begränsa flödet.

4.2 Patienturval, behandling och uppföljning

- Åtkomstkärl diameter (mätt från innervägg till innervägg) och morfologi (minimal slingringhet, oklusiv sjukdom och/eller förkalkning) bör vara kompatibla med kärlåtkomsttekniker och införingssystem för profilen för en vaskulär införarhylsa av storlek 20 Fr (7,7 mm ytterdiameter). Kärl som är avsevärt förkalkade, oklusiva, slingrande eller trombelagda kan utesluta placering av det endovaskulära graftet och/eller öka risken för embolisering.
- Viktiga anatomiska element som kan påverka lyckad uteslutning av aneurysmet omfattar slingring av vissa eller alla aktuella kärl, för små eller för stora höftartärer, cirkulär tromb, aneurysm i inre och/eller externa höftartären och/eller förkalkning vid artärimplantationsställena. Oregelbunden förkalkning och/eller plack kan försämma implantationsställenas fixering och tätning samt möjligheten att föra in införingssystemen.
- Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med H&L-B One-Shot införingssystem rekommenderas inte för patienter som inte tolererar kontrastmedel som krävs för intraoperativ och postoperativ uppföljningsbildframställning.
- Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med H&L-B One-Shot införingssystem rekommenderas inte för patienter som överskrider vikt- och/eller storleksgränser då nödvändiga krav för bildframställning äventyras eller förhindras.
- Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med H&L-B One-Shot införingssystem rekommenderas inte för patienter med känd känslighet för eller allergi mot rostfritt stål, polyester, nitinol (nickel, titan), lödmetall (tenn, silver), polypropylen eller guld.
- Patienter med systemisk infektion kan löpa ökad risk för endovaskulär transplantatinfektion.
- Oförmåga att hålla minst en inre höftartär öppen kan öka risken för bäcken-/tarmischemi.

4.3 Implantationsförfarande

- Systemisk antikoagulering bör användas under implantationsförfarandet baserat på sjukhusets och läkarens prioriterade rutiner. Om heparin kontraindiceras bör ett alternativt antikoagulationsmedel övervägas.
- Minimera hanteringen av endoprotezen som hålls fast av införingssystemet under förberedelse och insättning för att minska risken för endoprotekontamination och infektion.
- För att aktivera den hydrofila beläggningen på utsidan av Flexor införarhylsa, måste ytan gnidas in med 10 x 10 cm kompresser som indränkt i koksaltlösning. Håll alltid hylsan hydratiserad för bästa prestanda.
- Bibehåll ledarens läge under insättning av införingssystemet.
- Införingssystemet får inte böjas eller knickas. Om så sker kan det orsaka skada på införingssystemet och på Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft.
- Fluoroskopi bör användas under införing och utplacering för att bekräfta att införingssystemets komponenter fungerar korrekt, att graftet placeras korrekt och att proceduren får önskat resultat.
- Användning av Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med H&L-B One-Shot införingssystem kräver administrering av intravaskulärt kontrastmedel. Patienter med redan befintlig njursufficiens kan löpa ökad risk för njursvikt postoperativt. Försiktighet bör iaktas för att begränsa mängden kontrastmedel som används under förfarandet.
- För att undvika att det endovaskulära graftet vrids när införingssystemet roteras måste man vara noga med att rotera alla systemkomponenter tillsammans (från den yttre hylsan till den inre kanylen).
- Felaktig placering och/eller ofullständig tätning av Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft inne i käret eller med ytterligare komponenter kan resultera i ökad risk för endoläckage, rubbning eller oavsiktlig okklusion av de inre höftartärerna.
- Otillräcklig fixering av Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft kan resultera i ökad risk för rubbning. Felaktig insättning eller endoprotezmigration kan kräva operativt ingrepp.
- Fortsätt inte föra fram någon del av införingssystemet om du känner av motstånd under framförandet av ledaren eller införingssystemet. Avbryt och bedöm orsaken till motståndet. Skada på kärl eller kateter kan uppstå. Var särskilt försiktig i områden med stenosis, intravaskulär trombos eller förkalkade eller slingriga kärl.
- Var försiktig vid manipulering av katetrar, ledare och hylsor inne i aneurysmet. Avsevärda störningar kan rubba trombfragment, som kan orsaka distal embolisering.

- Den ballongexpanderbara täckta perifer stenten måste ha tillräcklig diameter för att ge tätning med både sidogrenssegmentet och den inre höftartären, samt vara tillräckligt lång för att överlappa 10–14 mm med sidogrenssegmentet och 10 mm (helst 20–30 mm) med fixeringsstället i inre höftartären.
- Var försiktig för att inte skada ett tidigare placerat transplantat eller störa dess placering ifall ominstrumentering av grafet blir nödvändigt.

Användning av formningsballong

- Bekräfta fullständig tömning av ballongen före ompositionering.
- Fyll inte ballongen i kår utanför grafet.
- För ökad hemostas kan Captor hemostasventil öppnas eller stängas för att möjliggöra införing och senare utdragnig av en formningsballong.

4.4 MRT-säkerhet och -kompabilitet

Icke-kliniska tester har visat att Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft använt tillsammans med en ballongexpanderbar täckt stent är MR Conditional (MR-villkorat) enligt ASTM F2503. En patient med den här enheten kan skannas säkert efter placering under följande förhållanden.

- statiskt magnetfält på endast 3,0 tesla eller 1,5 tesla
- max. spatialt magnetgradientfält på 720 gauss/cm (7,2 T/m) eller mindre
- max. av MRT-systemet rapporterad specifik medelabsorberingshastighet (SAR) för hela kroppen på ≤ 2,0 W/kg (normalt driftsläge)

Under de skanningsförhållanden som anges ovan förväntas Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft använt tillsammans med en ballongexpanderbar täckt stent inte medföra en temperaturhöjning på mer än 2,4 °C efter 15 minuters kontinuerlig skanning.

Bildartefakten sträcker sig ca 122 mm ut från Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft när det används tillsammans med en ballongexpanderbar täckt stent, enligt resultaten från icke-kliniska tester vid avbildning med en gradientekopulssekvens och ett MR-system på 3,0 tesla. Bildartefakten skymmer enhetens lumen.

OBSI För Zenith endovaskulärt iliacabifurkationsgraft bör de kliniska fördelarna med en MR-skanning vägas mot de potentiella risker som är förenade med proceduren.

5 EVENTUELLA BIVERKNINGAR

Andra komplikationer som kan inträffa och/eller kräva ingrepp omfattar, men begränsas inte till:

- amputation
- anestesikomplikationer och efterföljande följdproblem (t.ex. aspiration)
- aneurysmförstoring
- aneurysmruptur och dödsfall
- aortaskada, inklusive perforation, dissektion, blödning, ruptur och dödsfall
- arteriovenös fistel
- artär- eller ventromb och/eller pseudoaneurysm
- blödning, hematom eller koagulopati
- claudicatio (t.ex. skinka, nedre extremitet)
- dödsfall
- embolisering (mikro- och makro-) med tillfällig eller permanent ischemi eller infarkt
- endoläckage
- endopotes: felaktig komponentplacering, ofullständig komponentsättning, komponentrubbning, suturbristning, ocklusion, infektion, stentbrott, slitage av grafmaterial, dilatation, erosion, punktion, perigrafitflöde och korrosion
- feber och begränsad inflammation
- hjärtkomplikationer och efterföljande följdproblem (t.ex. arrytmi, hjärtinfarkt, kronisk hjärtsufficiens, hypotoni, hypertoni)
- impotens
- infektion i aneurysmet, anordningen eller åtkomstplatsen, inklusive abscessbildning, tillfällig feber och smärta
- kirurgisk övergång till öppen reparation
- komplikationer vid den vaskulära åtkomstplatsen, inklusive infektion, smärta, hematom, pseudoaneurysm, arteriovenös fistel
- kärlskada
- kärlspasm eller kärltrauma (t.ex. iliofemoral kärldissektion, blödning, ruptur, dödsfall)
- leversvikt
- lung-/andningskomplikationer och efterföljande följdproblem (t.ex. lunginflammation, andningssvikt, förlängd intubation)
- lymfatiska komplikationer och efterföljande följdproblem (t.ex. lymffistel)
- neurologiska lokala eller systemiska komplikationer och efterföljande följdproblem (t.ex. stroke, tillfällig ischemisk attack, paraplegi, parapares, förlamning)
- njurkomplikationer och efterföljande följdproblem (t.ex. artäröklusion, kontrasttoxicitet, -insufficiens, -svikt)
- ocklusion av transplantat eller nativkärl
- sårkomplikationer och efterföljande följdproblem (t.ex. öppnande, infektion)
- tarmkomplikationer (t.ex. ileus, tillfällig ischemi, infarkt, nekros)
- urogenitala komplikationer och efterföljande följdproblem (t.ex. ischemi, erosion, fistel, inkontinens, hematuri, infektion)
- ödem

6 PATIENTURVAL OCH BEHANDLING

(Se avsnitt 4, Varningar och försiktighetsåtgärder)

6.1 Individanpassning av behandlingen

Cook rekommenderar att diametern för komponenterna i Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft väljs enligt beskrivningen i tabell 8.1. Längden på det Zenith Branch endovaskulära iliacabifurkationsgraft som väljs brukar i allmänhet sträcka sig från den gemensamma höftartärens proximala del till den externa höftartären. Anordningar av alla längder och diametrar som krävs för att slutföra ingreppet bör finnas tillgängliga för läkaren, särskilt när mätningarna (behandlingsdiametrarna/-längderna) vid planeringen före operationen inte är säkra. När denna metod tillämpas säkerställs större intraoperativ flexibilitet för att uppnå optimala ingreppresultat. De potentiella risker som anges ovan i **avsnitt 5, Eventuella biverkningar**, bör nogt övervägas för varje patient innan Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft används. Ytterligare överväganden vid patienturval omfattar, men begränsas inte till:

- Patientens ålder och förväntade livslängd.
- Komorbiditeter (t.ex. hjärt-, lung eller njursufficiens före operation, sjuklig övervikt).
- Patientens lämplighet för öppen kirurgisk reparation.
- Patientens anatomiska lämplighet för endovaskulär reparation.
- Risken för aneurysmruptur jämfört med risken vid behandling med Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft.
- Förmågan att tolerera narkos, regionalbedövning eller lokalbedövning.
- Storlek och morfologi för det iliofemorala åtkomstkäret (minimal trombos, förkalkning och/eller slingring) bör vara kompatibla med vaskulära åtkomsttekniker och tillbehör för införingsprofilen för en 12 Fr (4,7 mm ytterdiameter) till 20 Fr (7,7 mm ytterdiameter) vaskulär införförhysla.
- Ett icke aneurysmatiskt fixeringssegment i externa höftartären distalt om aneurysmet:
 - med en längd på minst 20 mm,
 - med en diameter mätt från yttervägg till yttervägg på högst 11 mm och minst 8 mm.
- Ett icke aneurysmatiskt segment i inre höftartären distalt om aneurysmet:
 - med en längd på minst 10 mm (helst 20–30 mm),
 - med godkänd diameter för lämplig tätning.
- Avsaknad av väsentlig ocklusiv sjukdom i lårbens-/höftartären, som skulle kunna hindra flödet genom det endovaskulära grafet.

Slutligt beslut om behandling fattas av läkaren och patienten.

7 PATIENTRÅDGIVNING

Läkaren och patienten (och/eller familjemedlemmar) bör gå igenom riskerna och fördelarna vid diskussion om detta endovaskulära instrument och proceduren, omfattande:

- Risker och skillnader mellan endovaskulär och kirurgisk reparation.
- Möjliga fördelar med traditionell öppen kirurgisk reparation.
- Möjliga fördelar med endovaskulär reparation.
- Möjliga fördelar med alternativa endovaskulära förfaranden.
- Möjligheten att efterföljande interventionell eller öppen kirurgisk reparation av aneurysmet kan behövas efter initial endovaskulär reparation.

Förutom riskerna och fördelarna med en endovaskulär reparation bör läkaren bedöma patientens åtagande och följsamhet av postoperativ uppföljning enligt behov. Nedan anges ytterligare ämnen att diskutera med patienten beträffande förväntningar efter en endovaskulär reparation:

- Endovaskulära grafts långsiktiga prestanda och säkerhet har ännu inte fastställts. Alla patienter bör informeras om att vid endovaskulär behandling krävs regelbunden uppföljning under patientens hela livstid för att bedöma patientens hälsa och det endovaskulära graftets prestanda. Patienter med specifika kliniska fynd (t.ex. endoläckage, aneurysmer som förstörs eller förändringar i det endovaskulära graftets struktur eller läge) bör få ökad uppföljning. Specifika uppföljningsriktlinjer beskrivs i **avsnitt 11, Riktlinjer för bildframställning och postoperativ uppföljning**.

8 LEVERANSFORM

Zenith endovaskulärt iliacabifurkationsgraft levereras steril (100 % etylenoxid) och förpackat i "peel-open"-förpackningar.

Denna anordning är avsedd endast för enpatientsbruk. Ingen del av denna anordning får återanvändas, ombearbetas eller omsteriliseras. Återanvändning, ombearbetning eller omsterilisering kan äventyra anordningens strukturella integritet och/eller leda till att anordningen inte fungerar, vilket i sin tur kan leda till att patienten skadas, insjuknar eller avlider. Återanvändning, ombearbetning eller resterilisering kan även ge upphov till en risk för kontamination av anordningen och/eller orsaka infektion eller korsinfektion hos patienten, inklusive, men inte begränsat till, överföring av infektionssjukdom(ar) från en patient till en annan. Kontamination av anordningen kan orsaka skada, sjukdom eller dödsfall hos patienten. Undersök anordningen och förpackningen för att verifiera att ingen skada förekommit som resultat av leveransen. Använd inte denna anordning om skada inträffat eller om sterilsyddet har skadats eller är trasigt. Om skada har inträffat ska produkten inte användas, utan återsändas till Cook.

Verifiera före användning att korrekta anordningar (kvantitet och storlek) har levererats för patienten genom att matcha anordningen med den beställning läkaren ordinerade för den enskilda patienten. Får ej användas efter det utgångsdatum som är tryckt på märkningen. Förvara produkten svalt och torrt.

Zenith endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med förgrening laddas i en 20 Fr Flexor införförhysla. Hylsans yta är behandlad med en hydrofil beläggning som, när den aktiveras, förbättrar spårbarheten. För att aktivera den hydrofila beläggningen måste ytan gnidas in med 10 x 10 cm kompresser som indränks i koksaltlösning.

Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft och införingssystem finns tillgängliga i följande längder och diametrar:

Tabell 8.1 Förgreningstransplantat, iliacabifurkation									
Beställnings-nummer ¹	Proximal diameter	Distal diameter	Sidogrens diameter ²	French-storlek	Införförhysla (inner-/ytterdiam)	Längd för iliakaliska segmentet		Total transplantat-längd	
ZBIS-10-45-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm	
ZBIS-10-61-41	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm	
ZBIS-10-45-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm	
ZBIS-10-61-58	12 mm	10 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm	
ZBIS-12-45-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	41 mm	86 mm	
ZBIS-12-61-41	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	41 mm	102 mm	
ZBIS-12-45-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	45 mm	58 mm	103 mm	
ZBIS-12-61-58	12 mm	12 mm	8 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)	61 mm	58 mm	119 mm	

¹ZBIS-XX-YY-ZZ är iliacabifurkationsgrafet, där XX anger den distala diametern, YY anger längden på segmentet för gemensamma höftartären (längden från kanten på det proximala grafet till spetsen på sidogrenen) och ZZ anger längden på segmentet för externa höftartären (längden från spetsen på sidogrenen till grafets distala kant).

²Sidogrenen innehåller en z-stent av nitinol i diametern 6 mm men bör utvidgas till 8 mm under insättning av den ballongexpanderbara täckta perifer stenten.

De iliakiska graftbenen och införingssystemen från Zenith för användning med Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft finns tillgängliga i följande längder och diametrar:

Beställnings-nummer ¹	Iliakiska graftbenets diameter	Tabell 8.2 Iliakiskt graftben		Funktionslängd för iliakiska graftbenet ²
		Införarhylsa (inner-/yttre diameter)	French-storlek	
TFLE-16-YY	16 mm	(4,7 mm / 5,4 mm)	14 Fr	37, 54, 71, 88 mm
ZSLE-16-YY-ZT	16 mm	(4,7 mm / 5,4 mm)	14 Fr	39, 56, 74, 90 mm
ZISL-16-YY	16 mm	(4,0 mm / 4,7 mm)	12 Fr	42, 59, 77, 93 mm

¹Exempel: TFLE-XX-YY är det iliakiska graftbenet där XX anger diametern och YY anger det iliakiska graftbenets funktionslängd

²Total graftbenlängd = funktionslängd + 22 mm inkopplingsstent (för TFLE och ZSLE) och 29,1 mm inkopplingsstentar (för ZISL).

9 INFORMATION OM KLINISK ANVÄNDNING

9.1 Läkarens utbildning

VAR FÖRSIKTIG: Ett kärllirurgiskt team bör alltid finnas tillgängligt under implantation eller reinterventionsingrepp om det blir nödvändigt att utvidga ingreppet till öppen kirurgisk reparation.

VAR FÖRSIKTIG: Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med H&L-B One-Shot införingssystem bör endast användas av läkare och operationslag som utbildats i vaskulära ingreppstekniker och i användningen av detta instrument. De rekommenderade kraven på skicklighet/kunskap hos de läkare som använder Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med H&L-B One-Shot införingssystem anges nedan:

Patienturval:

- Kunskap om naturlöslöppet hos abdominala aortaaneurysmer (AAA) och komorbiditeter förbundna med AAA-reparation.
- Kunskap om tolkning av röntgenbilder, val av anordning och storlek.

Ett multidisciplinärt team som har kombinerad ingreppsrelaterad erfarenhet av:

- femorala friläggningar, arteriotomi och reparation
- perkutana åtkomst- och tillslutningstekniker
- icke-selektiva och selektiva ledar- och katetertechniker
- tolkning av fluoroskopiska och angiografiska bilder
- embolisering
- angioplastik
- endovaskulär stentplacering
- slyngningstekniker
- lämplig användning av radiografiskt kontrastmaterial
- tekniker för minimering av strålningsexponering
- sakkunskap om nödvändiga förfaranden vid patientuppföljning

9.2 Besiktning före användning

Undersök anordningen och förpackningen för att verifiera att ingen skada förekommit som resultat av leveransen. Använd inte denna anordning om skada inträffat eller om sterilsyddhet har skadats eller är trasigt. Om skada har inträffat ska produkten inte användas, utan återsändas till COOK. Verifiera före användning att korrekta anordningar (kvantitet och storlek) har levererats för patienten genom att matcha anordningen med den beställning läkaren ordinerade för den enskilda patienten.

9.3 Material som behövs

(Ingår inte i iliacabifurkationssystemet)

- Zenith iliakiskt graftben (t.ex. TFLE-16-(37,54,71,88), ZSLE-16-(39,56,74,90)-ZT, ZISL-16-(42,59,77,93))
- Zenith bifurkationsgraft (t.ex. Zenith AAA endovaskulärt graft)
- Zenith AAA sats med kompletterande komponenter
- fluoroskop med möjlighet till digital angiografi (C-arm eller fast enhet)
- kontrastmedel

Tabell 9.5.1 Riktlinjer för dimensionering av diametern på Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft* (Segment för externa höftartären)			
Extern diameter för avsett höftkärl ^{1,2}	Diameter för Branch externt iliakiskt graftben ³	Införarhylsa (inner-/yttre diameter)	
8 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
9 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
10 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
11 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)

¹Max. diameter längs distala fixeringsstället.

²Runda av höftartärdiametern till närmaste mm.

³Ytterligare överväganden kan påverka valet av diameter.

*Alla dimensioner är nominella.

Diametern på det iliakiska graftbenet (t.ex. TFLE, ZSLE, ZISL) som används för att ansluta ett Zenith AAA-graft till Zenith Branch med endovaskulärt iliacabifurkationsgraft kommer att vara 16 mm.

Den ballongexpanderbara täckta periferen stenten måste kunna utvidgas till 8 mm i sidogrenen på Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft, men bör dimensioneras för den inre höftartären enligt tillverkarens instruktioner.

10 BRUKSANVISNING

Före användning av Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med H&L-B One-Shot införingssystem ska detta häfte med rekommenderade bruksanvisningar läsas igenom. Följande instruktioner innefattar grundläggande riktlinjer för anordningens placering. Variationer i följande förfarande kan bli nödvändiga. Dessa instruktioner är avsedda att leda läkaren och ersätter inte läkarens bedömning.

Allmän information

Standardtekniker för placering av artäråtkomsthyllor, ledarkatetrar, angiografiska katetrar och ledare bör användas när Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med H&L-B One-Shot införingssystem används. Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med H&L-B One-Shot införingssystem är kompatibelt med ledare med 0,035 inch (0,89 mm) diameter.

Allmän insättningsinformation

Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft är utformat för att placeras via den gemensamma lårbensartären på den sida där aneurysmet i den gemensamma höftartären ska behandlas. Ett Zenith AAA transplantat förs in på den sida som är mitt emot Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft.

Föreslagen ordningsföljd vid placering av flera komponenter är:

- Insättning av Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft, inklusive placering av den ballongexpanderbara täckta periferen stenten (via höftartären) i inre höftartären.
- Insättning av Zenith AAA transplantat (förs in via motsatt höftartär).
- Utplacering av ett Zenith iliakiskt graftben (t.ex. TFLE, ZSLE, ZISL) via åtkomstplatsen på Zenith förgrening med endovaskulärt iliacabifurkationsgraft in i bukgräftets kontralaterala lem (dvs. korta

- spruta
- hepariniserad koksaltlösning
- ballongexpanderbar täckt perifer stent
- ballonger i lämplig storlek

9.4 Rekommenderat material

(Ingår inte i iliacabifurkationssystemet)

Följande produkter rekommenderas:

Ledare

- extra styv ledare 0,035 inch (0,89 mm), 260 cm, t.ex.:
 - Cook Lunderquist extra styva ledare (LES)
 - Cook Amplatztz ultrastyva ledare (AUS2)
- standardledare 0,035 inch (0,89 mm), t.ex.:
 - Cook ledare 0,035 inch (0,89 mm)
 - hydrofil ledare 0,018 inch (0,46 mm)
 - hydrofil ledare 0,035 inch (0,89 mm), 260 cm, t.ex.:
 - Cook Nimble™ ledare
 - utbytesledare 0,035 inch (0,89 mm), 260 cm, t.ex.:
 - Cook Roadrunner® PC ledare
 - Cook Amplatztz extra styv ledare (AES)
 - Cook Rosen ledare

Formningsballonger

- Cook CODA® ballongkatetrar (32 mm)

Införingsset (7 Fr [2,3 mm innerdiameter], 8 Fr [2,7 mm innerdiameter], 10 Fr [3,3 mm innerdiameter] och 12 Fr [4,0 mm innerdiameter])

- Cook Check-Flo® införingsset
- Cook Flexor Check-Flo införare
- Cook Flexor Check-Flo införare, Raabe-modifiering
- Cook extra stora Check-Flo införingsset
- Cook Flexor Balkin Up & Over® kontralaterala införare
- Cook Flexor styrhyllor

Katetrar

- dimensioneringskatetrar, t.ex.:
 - Cook Auros® dimensioneringskatetrar i centimeter
- angiografiska katetrar med röntgentät spets – t.ex.:
 - Cook angiografiska katetrar med Beacon® spets
 - Cook Royal Flush®-katetrar med Beacon spets

Ingångsnålar

- Cook ingångsnålar för enkel vägg

Slynga

- Dotter intravaskulärt fragmentfångarset

9.5 Riktlinjer för dimensionering av anordningens diameter

Val av diameter bör fastställas enligt kärldiameter från yttrevägg till yttrevägg och inte enligt lumendiameter. För liten eller för stor storlek kan resultera i ofullständig tätning eller försämrat flöde.

Tabell 9.5.1 Riktlinjer för dimensionering av diametern på Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft* (Segment för externa höftartären)			
Extern diameter för avsett höftkärl ^{1,2}	Diameter för Branch externt iliakiskt graftben ³	Införarhylsa (inner-/yttre diameter)	
8 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
9 mm	10 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
10 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)
11 mm	12 mm	20 Fr	(6,7 mm / 7,7 mm)

¹Max. diameter längs distala fixeringsstället.
²Runda av höftartärdiametern till närmaste mm.
³Ytterligare överväganden kan påverka valet av diameter.
*Alla dimensioner är nominella.

Diametern på det iliakiska graftbenet (t.ex. TFLE, ZSLE, ZISL) som används för att ansluta ett Zenith AAA-graft till Zenith Branch med endovaskulärt iliacabifurkationsgraft kommer att vara 16 mm.

Den ballongexpanderbara täckta periferen stenten måste kunna utvidgas till 8 mm i sidogrenen på Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft, men bör dimensioneras för den inre höftartären enligt tillverkarens instruktioner.

- lemmen), med anslutning av bukgräftslumen till Zenith förgrening med endovaskulärt iliacabifurkationsgraft.
- Utplacering av ett Zenith iliakiskt graftben (t.ex. TFLE, ZSLE, ZISL) in i den ipsilaterala lemman (dvs. långa lemman) på Zenith AAA endovaskulärt graft (om nödvändigt).

Avgöranden före implantation

Verifiera från planeringen före implantationen att korrekt anordning valts. De avgörande faktorerna omfattar:

- Val av lårbensartär för införelse av införingssystemet (d.v.s. definiera relevanta höftartärer).
- Vinkling av höftartärer.
- Diametrarna för relevant(a) distalt(-a) höftkärl.
- Avstånd från aortabifurkationen till den hypogastriska (inre höftartär) artären och fäststället(-ena).
- Ta graden av kärlförkalkning under övervägande.

Förberedelse av patienten

- Se sjukhusets föreskrifter beträffande anestesi, antikoagulation och övervakning av vitala tecken.
- Placera patienten på bildtagningsbordet så att fluoroskopisk visualisering möjliggörs från aortabågen till de femorala bifurkationerna.
- Exponera gemensamma lårbensartärerna enligt behov med sedvanlig kirurgisk teknik.
- Etablera tillräcklig proximal och distal kärllkontroll i de femorala kärlen enligt behov.

10.1 Förberedelse/spolning av Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft

- Avlägsna transportmandrängen med svart fätning (från den inre kanylen), kanylskyddsslangen (från den inre kanylen) och skyddet på

dilatatorspetsen (från dilatatorspetsen). Avlägsna Peel-Away-hylsan från hemostasventilens baksida. (**Figur 3**) Skjut införrhyslan framåt på dilatatorspetsen tills den böjda katetern inte längre är exponerad. Lyft systemets distala spets och spola genom kranen på hemostasventilen tills vätska kommer ut ur sidoporten nära spetsen på införrhyslan. (**Figur 4**) Fortsätt injicera totalt 20 mL spolvätska genom anordningen. Avbryt injiceringen och stäng kranen på anslutningsslangen.

OBS! Graftspolningsvätska bestående av hepariniserad koksaltlösning används alltid.

OBS! Se till att Captor hemostasventil på Flexor införrhysla vrids till öppet läge. (**Figur 5**)

2. Anslut sprutan med hepariniserad koksaltlösning till fattningen på den inre kanylen. Spola tills vätska rinner ut ur dilatators distala spets. (**Figur 6**)

OBS! Lyft systemets distala ände vid spolning av systemet för att underlätta avlägsnande av luft.

3. Avlägsna den redan inlagda ledaren från införingssystemet.
4. Anslut sprutan med hepariniserad koksaltlösning till Luer-anslutningen på den redan insatta katetern. Spola tills vätska rinner ut ur kateters distala spets.
5. För in en lämplig hydrofil ledare med nitinoljärna på 0,018 inch (0,46 mm) eller 0,035 inch (0,89 mm) som är kompatibel och av 260 cm längd i den redan insatta katetern.
6. Dränk in 10 x 10 cm kompresser med koksaltlösning och använd dem för att gnida in Flexor införrhysla för att aktivera den hydrofila beläggningen. Hydratisera både hylsa och dilatatorspets rikligt.

10.2 Kärllåtkomst och angiografi

1. Punktera de(n) utvalda gemensamma lårbensartärerna(-en) med standardteknik och en artärnål med måttet 18 (eller 19) G med ultratunn vägg. För in vid kärllång:
 - ledare – standard 0,035 inch (0,89 mm) i diameter, 145 cm långa, J-spets eller Bentson-ledare
 - hylsor av lämplig storlek (t.ex. 5 Fr [1,7 mm innerdiameter] och 8 Fr [2,7 mm innerdiameter])
 - spolningskateter (ofta röntgentäta dimensioneringskatetrar – t.ex. dimensioneringskatetrar i centimeter eller rak spolningskateter)

OBS! Använd en hylsa av storlek 8 Fr (2,7 mm innerdiameter) som förts in i lägre abdominala aorta på den kontralaterala sidan.

2. Genomför angiografi för att fastställa läget för aortabifurkationen och den inre höftartären på den sida där implantationen av Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft ska ske.

10.3 Placering av Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft

1. Se till att införingssystemet har spolats med hepariniserad koksaltlösning och att all luft avlägsnats ur systemet.
2. Ge systemiskt heparin och kontrollera spolningslösningarna. Spola efter varje kateter- och/eller ledarbyte.

OBS! Övervaka patientens koaguleringsstatus under hela förfarandet.

3. På den sida där implantationen av Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft ska ske byts J-ledaren ut mot styv ledare (AUS eller LES) på 0,035 inch (0,89 mm), 260 cm lång, och förs fram genom katetern och upp till övre bröstet. Avlägsna spolningskateter och hylsa. Bibehåll ledarens ställning.

OBS! Läget och inriktningen för utgångspunkten för den inre höftartären samt aortabifurkationen bör identifieras via preoperativ och intraoperativ bildframställning innan anordningen förs in.

4. Före införelse ska inriktningen på sidogrenssegmentet kontrolleras med fluoroskopi, för att säkerställa att dess läge är lämpligt inriktat mot anatomin.

OBS! Anordningen är i detta skede helt täckt av den yttre hylsan, men denna bild med tillbakadragen hylsa visar de fyra röntgentäta guldmarkeringarna som är inriktade mot sidogrensens mest laterala sida och skåran som håller kvarkatetern. (**Figur 7**)

OBS! Den andra markeringen från distal ände (2D) är siktmärken för det mest proximala läget för den täckta stentens proximala ände som sträcker sig längs sidogrenen i inre höftartären. Den andra markeringen från proximal ände (2P) är siktmärken för det mest distala läget för graftbenförlängningens distala ände som ansluter höftsidogrenen till det bifurkerade stentgraft som ska sättas in ovanför aortabifurkationen.

OBS! Riktningen kan bekräftas via visuell inspektion eftersom skåran i spetsen på den avsmalnande dilatatorn (där den redan insatta ledaren sticker ut ur systemet) är inriktad mot sidogrenen.

5. För in införingssystemet för Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft över ledaren och in i höftartären tills spetsen på kvarkatetern, som sitter i skåran på dilatatorspetsen under den yttre hylsan, är precis ovanför aortabifurkationen och i vridningsriktning jämfört med utgångspunkten för den motsatta gemensamma höftartären. (**Figur 8**)

VAR FÖRSIKTIG: Bibehåll ledarens läge under insättning av införingssystemet.

VAR FÖRSIKTIG: För att undvika att det endovaskulära graftet vrids när införingssystemet roteras måste man vara noga med att rotera alla systemkomponenter tillsammans (från den yttre hylsan till den inre kanylen).

OBS! Lätt införelse av den hydrofila ledaren genom kateterspetsen kan underlätta visualisering av kateterspetsens läge.

10.4 Placering av dubbelt genomplacerad ledare

1. För in den hydrofila ledaren och katetern i aorta. Placera ledaren för snarning genom att föra in den genom den böjda kateterspetsen efter behov.
2. För in en lämplig slinga genom åtkomsthylsan, den motsatta höftartären, snara spetsen på den hydrofila ledaren och dra igenom den för att forma en dubbelt genomplacerad ledare. (**Figur 9**)

VAR FÖRSIKTIG: Under denna manöver bör den hydrofila dubbelt genomplacerade ledaren föras framåt så att en viss slakhet bevaras vid aortabifurkationen.

10.5 Proximal insättning av Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft

1. För fram hylsan på 8 Fr (2,7 mm innerdiameter) i motsatt lem tills den ligger ovanför nivån för aortabifurkationen, och utför angiografi genom den för att fastställa läget för den inre höftartären på den sida där implantation av anordningen ska ske. (**Figur 10**)
2. Säkerställ att transplantatsystemet riktas in så att sidogrensens distala ände (som indikeras av den mest distala röntgentäta markeringen) ligger 10 mm ovanför utgångspunkten för den inre höftartären med vridningsriktning så att enkel åtkomst i interna höftartären möjliggörs. Om de röntgentäta markeringarna inte är i lämpligt läge ska hela

systemet vridas tills markeringarna är i linje med öppningen på inre höftartären och/eller systemet förs fram eller dras tillbaka enligt behov. (**Figur 11**)

VAR FÖRSIKTIG: För att undvika att det endovaskulära graftet vrids när införingssystemet roteras, måste man vara noga med att rotera alla systemkomponenter tillsammans (från den yttre hylsan till den inre kanylen).

3. När anordningens läge är tillfredsställande ska den grå lägeställaren (införingssystemets skaft) stabiliseras medan den yttre införrhyslan dras tillbaka. Sätt in Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft tills sidogrensens distala ände exponeras. (**Figur 12**)
4. Avbryt tillbakadragandet av hylsan.

WARNING: Dra inte tillbaka hylsan längre, eftersom komponenten för den externa höftartären då kommer att expandera och förhindra vidare förändringar av läget.

10.6 Placering av upp-och-över-hylsa

1. Dra tillbaka den motsatta höftkärllåtkomsthylsan medan den hydrofila dubbelt genomplacerade ledaren med nitinoljärna lämnas på plats.
2. För fram en upp-och-över-hylsa av lämplig storlek över den hydrofila dubbelt genomplacerade ledaren med nitinoljärna tills spetsen på hylsans dilatatorspets kommer i kontakt med spetsen på den redan inlagda katetern. (**Figur 13**)

OBS! Du kan behöva applicera lätt dragning i båda ändarna av ledaren för att underlätta framflyttning.

VAR FÖRSIKTIG: Om den redan placerade katetern inte förs fram över aortabifurkationen ska du vara extra försiktig vid ledarmanipulering för att undvika skada på kärlsystemet.

3. Kläm fast den hydrofila dubbelt genomplacerade ledaren i båda ändarna (där den sticker ut ur den redan inlagda katetern och upp-och-över-hylsan).
4. Fortsätt föra fram hylsan över den fastklämda ledaren samtidigt som lätt intermitterande tryck på den redan inlagda katetern appliceras så att hylsa och katetern förs fram över bifurkationen, in i anordningens proximala öppning och ut genom sidogrenen. (**Figur 14**)

OBS! Beroende på längden på dilatatorspetsen på denna hylsa kan det krävas att hylsan förs fram över dess dilatatorspets, för att säkerställa hylsans placering inuti sidogrenen.

5. Avlägsna upp-och-över-hylsans dilatator.

10.7 Kanylering av inre höftartären

1. Punktera hemostasventilen på upp-och-över-hylsan så långt åt en sida som möjligt och för in en lämplig kombination av ledare och kateter. (**Figur 15**)
2. För fram ledaren och katetern genom upp-och-över-hylsan och in i den inre höftartären. (**Figur 16**)
3. Byt ut ledaren i den inre höftartären med en stödleddare (t.ex. Rosen- eller AES-ledare). Säkerställ att ledarens placering stabiliseras i interna höftartären.

10.8 Placering av ballongexpanderbar täckt perifer stent

1. Avlägsna katetern från den inre delen av upp-och-över-hylsan medan hylsan och ledarna lämnas på plats och för fram den redan inlagda ballongexpanderbara täckta perifer stenten av lämplig storlek över stödleddaren tills den förs in i den inre höftartären. (**Figur 17**)

OBS! Det kan vara önskvärt att förplacera den redan inlagda ballongexpanderbara täckta perifer stenten i ytterligare en hylsa för att skydda den när stenten förs fram genom upp-och-över-hylsan och in i den inre höftartären. Lämpliga kombinationer av hylsa/ledare/stent måste väljas ut så att den inre hylsan kan passera genom upp-och-över-hylsan på ett koaxialt sätt samtidigt som den dubbelt genomplacerade ledaren kan ligga kvar på plats.

2. Kontrollera angiografin enligt behov för att fastställa att läget för den ballongexpanderbara täckta perifer stenten är tillfredsställande avseende på sidogrensöverlappning och avsett fixeringsställe för den inre höftartären.

OBS! När den ballongexpanderbara täckta perifer stenten har satts in bör den överlappa sidogrenen på Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med 10-14 mm.

OBS! Angiografi bör kunna utföras genom upp-och-över-hylsan under detta stadium av förfarandet eller genom katetern i den gemensamma höftartären.

3. Dra tillbaka den hydrofila dubbelt genomplacerade ledaren med nitinoljärna och den redan inlagda katetern.
4. Justera läget för Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft enligt behov så att den distala öppningen på sidogrenen är i lämpligt läge i förhållande till utgångspunkten för den inre höftartären.

10.9 Distal insättning av Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft

1. Dra tillbaka införrhyslan på Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft tills komponenten för den externa höftartären är helt insatt. (**Figur 18**)
2. Avlägsna säkerhetslåset från den svarta frigöringsmekanismen med utlösningstråd. Dra tillbaka och avlägsna utlösningstråden under fluoroskopi genom att låta frigöringsmekanismen med svart utlösningstråd glida av handtaget och avlägsna den sedan via dess skära över den inre kanylen. (**Figur 19**)

OBS! Den distala stenten hålls fortfarande kvar av utlösningstråden.

10.10 Insättning av ballongexpanderbar perifer stent

1. Dra tillbaka upp-och-över-hylsan till lämpligt läge för att möjliggöra insättning av den ballongexpanderbara täckta perifer stenten.
2. Sätt in den ballongexpanderbara täckta perifer stenten och utför ytterligare ballongförande enligt behov. (**Figur 20**)

OBS! Den ballongexpanderbara täckta perifer stenten bör utvidgas till åtminstone 8 mm i sidogrenen på Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft samt utvidgas till lämplig storlek för att uppnå tätning i inre höftartären.

OBS! Den ballongexpanderbara täckta perifer stenten bör överlappa sidogrenen på Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft med minst 10 mm och maximalt inte längre än den andra markeringen på sidogrensens distala ände, med ett distalt fixeringsställe inuti den inre höftartären på åtminstone 10 mm (helst 20-30 mm).

OBS! Avlägsna inte ännu ballongen från sidogrenssegmentet på Zenith Branch endovaskulärt iliacabifurkationsgraft.

3. Avlägsna säkerhetslåset från frigöringsmekanismen med vit utlösningstråd. Dra tillbaka och avlägsna utlösningstråden under fluoroskopi genom att låta frigöringsmekanismen med vit

utlösningstråd glida av handtaget och avlägsna den sedan via dess öppning över den inre kanylen. (Figur 21)

4. Fyll åter ballongen i sidogrenssegmentet för att stabilisera anordningen och dra tillbaka införingssystemet genom graftet och in i införingshylsan.

VAR FÖRSIKTIG: Var försiktig så att inte Zenith Branch endovaskulärt iliabifurkationsgraft rubbas eller skadas när införingssystemet avlägsnas eller när övriga komponenter förs in genom det.

OBS! Säkerställ att ledaren bevaras i tillfredsställande läge så att Zenith AAA transplantat kan kanyleras.

5. Töm och avlägsna formningsballongen.
6. Dra tillbaka upp-och-över-hylsan och ledaren i den motsatta gemensamma höftartären.

Rekommenderad överlappning av Zenith iliakaliskt graftben med anslutning av den kontralaterala lemman på Zenith bifurkationsgraft till Zenith Branch med endovaskulärt iliabifurkationsgraft

Överlappning in i den kontralaterala lemman på Zenith bifurkationsgraft	Minst 1 ¼ stentar
	Max. 1 ¾ stentar
Överlappning in i stommen på Zenith Branch endovaskulärt graft	Minst 1 ½ stentar
	Max. som längst till den andra markeringen på anordningens proximala ände

5. Fortsätt utplaceringen av Zenith bifurkationsgraft som återges i relevant bruksanvisning.

10.12 Införande av formningsballong

OBS! Innan formningsballongen används ska alla tillbehör försiktigt avlägsnas.

1. Använd en formningsballong för Zenith bifurkationsgraft som återges i relevant bruksanvisning.
2. Förbered formningsballongen enligt följande för Zenith Branch endovaskulärt iliabifurkationsgraft:
 - Spola ledarlumen med hepariniserad koksaltlösning
 - Töm ballongen på all luft
3. Öppna Captor hemostasventil genom att vrida den moturs som förberedelse för införande av formningsballongen.
4. För fram formningsballongen över den styva ledaren och genom Captor hemostasventilen på Zenith Branch med det endovaskulära iliabifurkationsgraftets införingssystem till överlappningen mellan det gemensamma iliakasegmentet på Zenith Branch med endovaskulärt iliabifurkationsgraft och Zenith® iliakaliska graftben (t.ex. TFLE, ZSLE, ZISL) och expandera.

VAR FÖRSIKTIG: Bekräfta fullständig tömning av ballongen före ompositionering.

VAR FÖRSIKTIG: Captor hemostasventil måste vara öppen innan formningsballongen kan omplaceras.

OBS! När ballongen finns i närheten av bifurkationen av Zenith Branch endovaskulärt iliabifurkationsgraft ska du säkerställa att ballongen inte korsar bifurkationen.

11 RIKTLINJER FÖR BILDFRAMSTÄLLNING OCH POSTOPERATIV UPPFÖLJNING

Se **tabell 11** för krav på bildtagning och postoperativ uppföljning.

Tabell 11 Schema för bildtagning

	Före operation	Under operation	Efter förfarandet	30 dagar	6 månader	12 månader	24 månader
DT	X		X ¹	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹
Njurar, urinledare, urinblåsa (liggande röntgenbild, njurar, uretärer och urinblåsa)			X	X	X	X	X
Angiografi	X	X					

¹Duplexultraljud kan användas för de patienter som erfar njursvikt eller som på annat sätt inte kan genomgå kontrastförstärkt DT-skanning.

10.11 Insättning av Zenith AAA transplantat och iliakaliskt graftben

1. För in en kateter, och en styv 0,035 inch (0,89 mm) standardledare (AUS eller LES), 260 cm lång genom iliakaartärens åtkomstplats i sidan mitt emot Zenith förgrening med endovaskulärt iliabifurkationsgraft.
2. Avlägsna de befintliga hylsorna och katetrarna, och för in och placera ut stommen till Zenith bifurkationsgraft i enlighet med Zenith standardprotokoll (se relevant bruksanvisning för Zenith-graft).
3. Kanylera den korta (kontralaterala) lemman på Zenith bifurkationsgraft genom Zenith Branch med endovaskulärt iliabifurkationsgraft.
4. Placera ut ett iliakaliskt graftben (t.ex. TFLE-16-XX, ZSLE-16-XX-ZT, ZISL-16-XX) med lämplig längd genom Zenith Branch med endovaskulärt iliabifurkationsgraft så att den rekommenderade överlappningen erhålls som visas nedan.

OBS! Använd inte ballongen i närheten av en sidogren, för att undvika rubbning av den ballongexpanderbara stenten.

5. Dra tillbaka formningsballongen till det distala fixeringsstället på Zenith Branch endovaskulärt iliabifurkationsgraft och utvidga den.

VAR FÖRSIKTIG: Fyll inte ballongen i kärl utanför graftet.

6. Avlägsna formningsballongen och ersätt den med en angiografisk kateter för att utföra avslutningsangiogram.
7. Avlägsna eller byt ut alla styva ledare för att låta höftartärerna återuppta sina naturliga lägen.

10.13 Slutligt angiogram

1. Placera den angiografiska katetern alldeles ovanför aortabifurkationens nivå. Utför angiografier för att bekräfta att den gemensamma höftartären och motsvarande inre höftartär är öppna samt att det inte uppstått endoläckage.
2. Bekräfta att det inte förekommer endoläckage eller veck. Avlägsna hylsorna, ledarna och katetrarna.

OBS! Om endoläckage eller andra problem observeras och kräver ingrepp ska du överväga användning av ytterligare Zenith AAA kompletterande komponenter.

3. Reparerar kärl och tillslut med kirurgisk standardrutin.



MR Conditional
Podmíněně bezpečný při vyšetření mří (MR conditional)
MR conditional
Bedingt MR-sicher
Ασφαλές για χρήση σε μαγνητική τομογραφία υπο προϋποθέσεις
MR conditional
Turvallinen MR-kuvauksessa tietyissä olosuhteissa ("MR Conditional")
« MR conditional » (compatible avec l'IRM sous certaines conditions)
Può essere sottoposto a MRI
MRI-veilig onder bepaalde voorwaarden
Warunkowe stosowanie RM
MR conditional (é possível realizar exames de rmn, desde que sejam respeitadas determinadas condições)
Podmienečne bezpečný v prostredí MR
MR conditional (MR-villkorad)



Quantity per box
Množství v krabici
Antal pr. æske
Anzahl pro Verpackung
Ποσότητα ανά κουτί
Cantidad por caja
Määrä/laatikko
Quantité par boîte
Quantità per scatola
Aantal per doos
Ilość w pudełku
Quantidade por caixa
Počet kusov v škatuli
Kvantitet per ask



Keep dry
Chraňte před vlhkem
Opbevarer tørt
Vor Feuchtigkeit schützen
Διατηρείτε στεγνό
Mantener seco
Pidettävä kuivana
Conserver au sec
Tenere al riparo dall'umidità
Droog houden
Chronić przed wilgocią
Manter seco
Prechovávať v suchu
Förvaras torrt



Keep away from sunlight
Chraňte před slunečním světlem
Beskyttes mod sollys
Vor Sonnenlicht schützen
Διατηρείτε μακριά από το ηλιακό φως
No exponer a la luz solar
Suojattava auringonvalolta
Conserver à l'abri de la lumière du soleil
Tenere al riparo dalla luce solare
Verwijderd houden van zonlicht
Chronić przed światłem słonecznym
Manter afastado da luz solar
Chránite pred slnečným žiarením
Skyddas för solljus



WILLIAM A. COOK AUSTRALIA PTY. LTD.
95 Brandl Street, Brisbane Technology Park
Eight Mile Plains, Brisbane, QLD 4113 AUSTRALIA
Phone: +61 7 3434 6777, 1800 777 222

cookmedical.com
© COOK 2020



COOK MEDICAL EUROPE LTD.
O'Halloran Road, National Technology Park
Limerick, IRELAND

IFU-IBE-11