



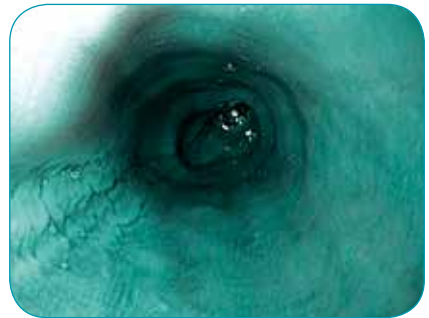
ec
magazin

02.2016

endoscopy campus

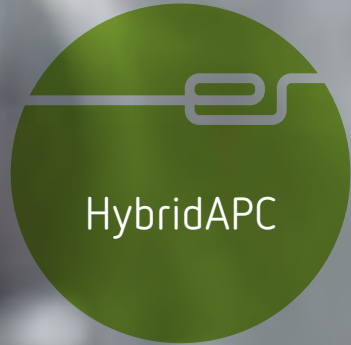
Jetzt neu !

- Endoskopische Resektion eines GIST Tumors im Ösophagus
- Klassifikationen eosinophile Ösophagitis
- ESD wohl nicht besser als EMR bei Barrett-Neoplasien



www.endoscopy-campus.de

DGE-BV



Ablation des Barrett-Ösophagus mit HybridAPC

- Wasserstrahl-Elevation vor der APC-Ablation
- Thermischer Schutz der Muskularis
- Limitierte APC-Eindringtiefe, minimiertes Strikturrisiko
- Zielgenaue dynamische APC-Applikation, gesundes Epithel wird geschont
- Kostengünstiges Einmal-Instrument
- Mit bewährter APC- und Wasserstrahl-Funktion
- Kein Instrumentenwechsel für Elevation und Ablation

Herzlich willkommen auf der Online-Fortbildungsplattform der DGE-BV
gemeinsam mit der DGVS und den vier deutschen Live-Endoskopie-Veranstaltungen !

Endoscopy Unlimited – der neue Endoscopy Campus für Sie alle !

Liebe DGE-BV-Mitglieder und Freunde der Endoskopie,

und wieder eine neue Ausgabe unseres Endoscopy Campus (www.endoscopy-campus.de)!
Wir ergänzen unsere Videobibliothek mit drei interessanten Fällen, der Klassifikation eosinophile Ösophagitis und Übersichten über drei neue papers. Schließlich finden Sie den neuesten Newsletter der DGE-BV. Wir freuen uns über Ihr Interesse und wünschen Ihnen viel Spaß und einen schönen Sommer.

Außerdem warten zwei wichtige Veranstaltungen auf Sie:

Gastroenterologie Viszeralchirurgie - Viszeralmedizin
Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
21. - 24. September 2016, CCH Hamburg, www.dgvs.de

ENDOCLUBNORD 2016

4. - 5. November 2016, CCH Hamburg, www.endoclubnord.de

Herzliche Grüße

Alexander Meining
DGE-BV

Till Wehrmann
DGVS

Thomas Rösch
Endoscopy Campus

Editorial	3
Teaching modules	
Videobeispiel 1: Endocuff Vision versus EWAVE-Weitwinkelkoloskop	5
Videobeispiel 2: Endoskopische Resektion eines GIST Tumors im Ösophagus	6
Videobeispiel 3: Endoskopische Therapie von Verharften und Nekrosen nach schwerer nekrotisierender Pankreatitis	8
Klassifikation	
Eosinophile Ösophagitis	10
Neue Papers	
Geteilte Koloskopie-Vorbereitung erhöht die Adenomdetektionsrate	16
ESD wohl nicht besser als EMR bei Barrett-Neoplasien	19
Werden schwierige Kolonpolypen immer noch operiert ?	23
DGE-BV aktuell	26
Kongressankündigung	28
endoscopy campus	29
Inserenten & Impressum	30
Sponsoren	31

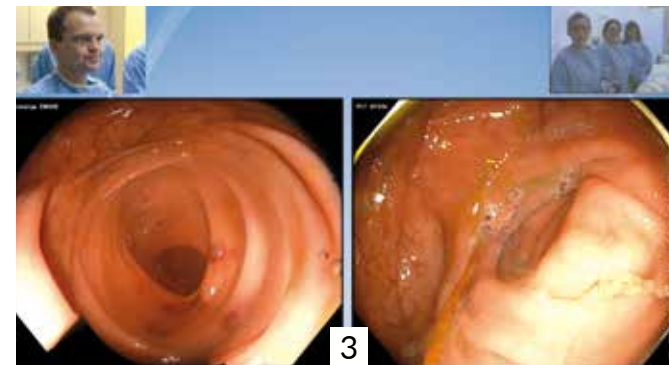
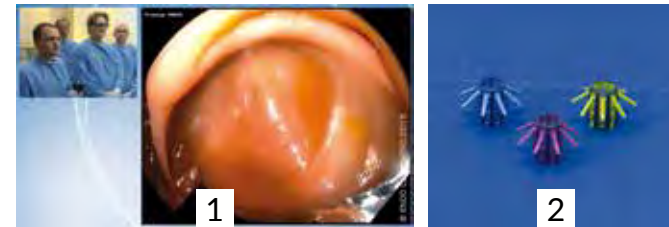


Abb 1: Endoskopische Darstellung des Kolons mit dem EWAVE-Weitwinkelkoloskop

Abb 2: Endocuff Vision Aufsatzkappen in verschiedenen Größen

Abb 3: Endoskopische Übersicht mit dem Weitwinkelkoloskop und dem Endocuff Vision

Videobeispiel 1

Endocuff Vision versus EWAVE-Weitwinkelkoloskop

U. Denzer und G. Schachschal, Hamburg

Frau Dr. Denzer und Herr Dr. Schachschal aus Hamburg demonstrieren im Rahmen des Endo Club Nord 2015 zwei neue Techniken zur verbesserten Detektion von Kolonpolypen. Zum einen wird das Weitwinkelkoloskop „EWAVE“ (Extra Wide Angle View Endoscope) und zum anderen die Endoskopieaufsatzkappe „Endocuff Vision“ demonstriert.

mehr unter www.endoscopy-campus.de

Videobeispiel 2

Endoskopische Resektion eines GIST Tumors im Ösophagus Yuki Werner und Thomas Rösch, Hamburg

Frau Dr. Werner und Herr Prof. Rösch aus Hamburg stellen den Fall einer jungen Patientin mit dem Zufallsbefund eines GIST im Ösophagus vor. Der GIST kann bei dieser Patientin endoskopisch entfernt werden. Hierfür wird die so genannte SET-Resektion (submucosal endoscopic tumor resection) angewandt. Analog zur POEM-Therapie kann hierbei der GIST über einen submukösen Kanal entfernt werden.

mehr unter www.endoscopy-campus.de

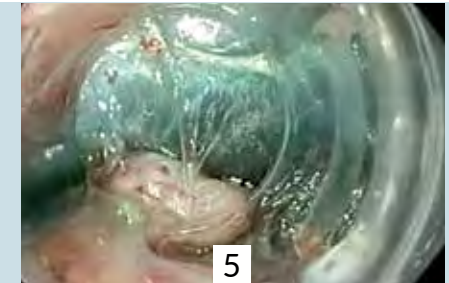
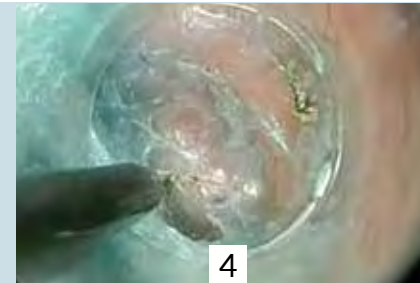
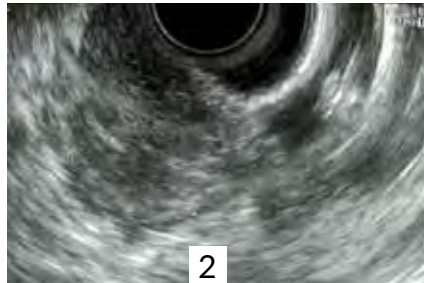


Abb 1: Endoskopischer Blick auf einen submukosalen Tumor des mittleren Ösophagus

Abb 2: Endosonographische Darstellung des Befundes

Abb 3: Spaltung der Mukosa nach Unterspritzung zum Eintritt in den submukosalen Raum

Abb 4: Präparation des submukosalen Tunnels als Zugangsweg zu dem Tumor

Abb 5: Präparation des Tumors

Abb 6: Bergung des Tumors mittels Schlinge

Abb 7: Klippverschluss des submukosalen Tunnels



Videobeispiel 3

Endoskopische Therapie von Verhalten und Nekrosen nach schwerer nekrotisierender Pankreatitis

Alexander Meining, Ulm

Herr Professor Meining aus Ulm zeigt die Therapie einer infizierten Pankreas pseudocyste, die unter endosonographischer Sicht punktiert und ein selbstexpandierender Metallstent (Hot-Axios-Stent) eingelegt wird. In der gleichen Sitzung können bereits Nekrosen entfernt werden. Zudem wird das Management einer Komplikation, in Form einer Blutung demonstriert.

mehr unter www.endoscopy-campus.de

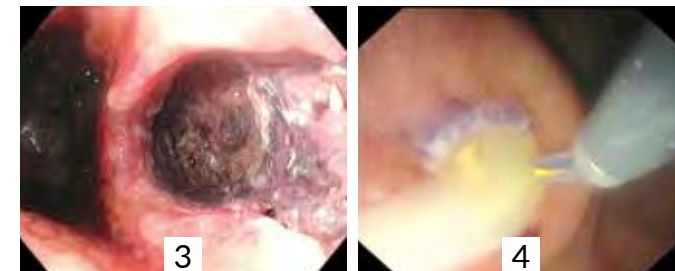


Abb 1: Im Rahmen einer Pankreatitis entstehen unterschiedliche, z.T. schwere Komplikationen wie super-infizierte, nekrotische Verhalte, zu deren Therapie eine endoskopische Drainagenanlage mit anschließender Nekrosektomie notwendig erscheint. In folgender Sequenz wird die Anlage einer Gastrozystostomie mittels speziellem Metallstent (hot-AXIOS-Stent) und anschließender endoskopischer Nekrosektomie gezeigt.

Abb 2: Hier handelt es sich um einen Patienten mit einer typischen "walled-off-necrosis". Wegen der ausgeprägten Nekrosen wurde unter endosonographischer Kontrolle ebenfalls ein Metallstent platziert, unmittelbar danach erfolgte die Inspektion des Verhalts mit Nachweis von reichlich Nekrosen.

Abb 3: Die Einlage eines Metallstents kann jedoch auch Komplikationen hervorrufen. Hier kam es zu einer mechanischen Alteration der Cardia-Mukosa mit anschließender Blutung. Der Metallstent musste extrahiert werden und gegen Plastikstents gewechselt werden. Als weitere Komplikation können auch unter der Nekrosektomie Blutungen auftreten.

Abb 4: Wenn es im EUS keine Hinweis auf Nekrosen gibt, kann eine Drainage auch ohne Metallstents durchgeführt werden. Hier wurde der Zugang zum Verhalt mittels Zystostom geschaffen. Nach Erweiterung des Trakts mit der äußeren Hülle entleert sich reichlich Pus. Es erfolgte letztendlich die Einlage von 2 Plastikstents.



Klassifikationen eosinophile Ösophagitis

Stephan Miehlke, Yuki Werner und Thomas Rösch, Hamburg

In den üblichen Terminologien ist die eosinophile Ösophagitis im deutschen Sprachraum noch nicht mit einer Klassifikation enthalten, so in der offiziellen Terminologie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) (nachzuschlagen über die DGVS-Website bzw die AWMF-Website https://www.google.de/?gfe_rd=cr&ei=XHSNVfKvLYKm8weDy4GADA&gws_rd=ssl#q=dgvs+terminologie+endoskopie) nur mit dem Attribut Lokalisation. 2013 wurde von einer Gruppe aus Chicago eine Klassifikation vorgeschlagen (1), die im nachfolgenden leicht modifiziert und übersetzt wiedergegeben wird (2):

<i>Major features</i>	<i>Hauptparameter</i>
<i>Fixed rings Also referred as concentric rings, corrugated esophagus, corrugated rings, ringed esophagus, trachealization</i>	<i>Fixierte Schleimhautringe konzentrische Ringe, gerippte Ösophagus- schleimhaut, Ring-Ösophagus, Trachealisierung</i>
<i>mild/moderate/severe</i>	<i>Ausprägung gering-/mittel-/schwergradig</i>
<i>Exsudate white spots, plaques</i>	<i>Exsudat weißliche Fleckung, Plaques</i>
<i>Yes/no</i>	<i>Ja/nein</i>
<i>Furrows vertical lines, longitudinal furrows</i>	<i>Furchungen vertikale Linienbildung, Longitudinalfurchen</i>
<i>Yes/no</i>	<i>Ja/nein</i>
<i>Edema mucosal pallor, decreased vascular markings</i>	<i>Ödem Mukosablässe, vermindertes Gefäßmuster</i>
<i>mild/severe</i>	<i>Ausprägung mild/schwergradig</i>
<i>Minor features</i>	<i>Nebenparameter</i>
<i>Crepe-paper esophagus</i>	<i>Pergamentpapier-Ösophagus</i>
<i>Stricture</i>	<i>Striktur</i>
<i>Feline esophagus</i>	<i>Ösophagus mit Ringen*</i>
<i>Narrow caliber esophagus</i>	<i>enge Speiseröhre</i>

* wie beim Ösophagus der Katze

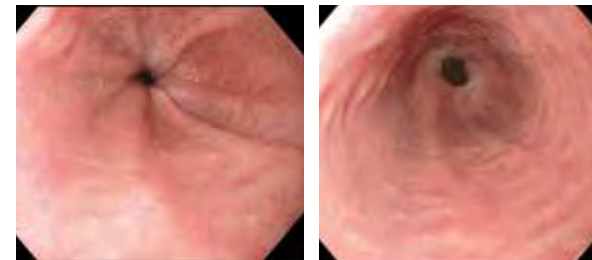
Beispiele für eosinophile Ösophagitis 1

sichtbar sind angedeutete Ringbildungen (mild) und weißliche Exsudate



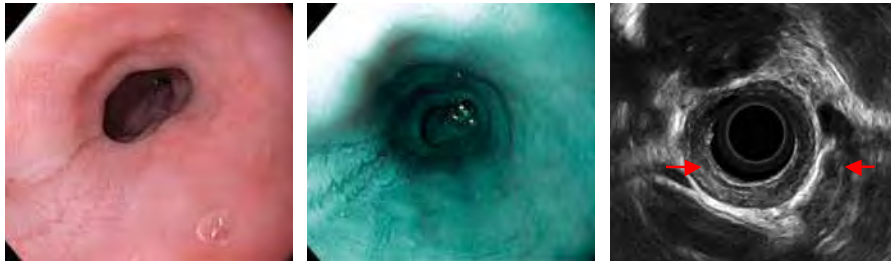
Beispiele für eosinophile Ösophagitis 2

hier sind die Ringbildungen stärker ausgeprägt (moderat), die weißlichen Exsudate nur distal und kaum zu sehen



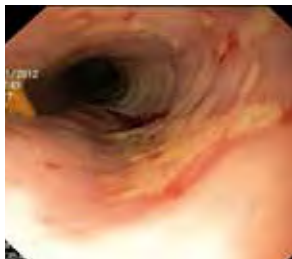
Beispiele für eosinophile Ösophagitis 3

ohne (links) und mit narrow band imaging (NBI, rechts)– hier sind die Ringbildungen stärker und wulstiger ausgeprägt (moderate Ringbildung, mildes Ödem), außerdem sind Furchen zu sehen. Im Endosono (unten) ist vor allem die Mukosa verdickt und echoinhomogen; Submukosa (rote Pfeile) und Muscularis (schwarze Pfeile) sind weitgehend abgegrenzt und normal dick zu sehen.



Beispiele für eosinophilic Ösophagitis 4

mit ausgeprägteren Exsudaten, die die Form von flachen Ulcera annehmen



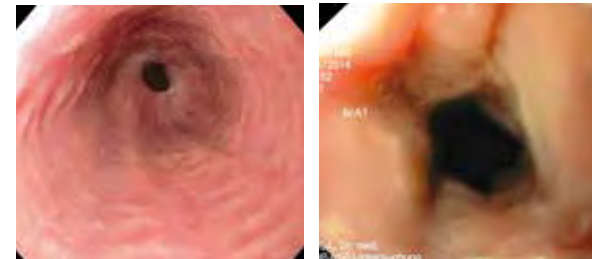
Beispiele für eosinophilic Ösophagitis 5

mit ausgeprägter Ringbildung (beide), teilweise sogar mit perforierten Ringen (rechts); wegen der Enge Darstellung mit einem pädiatrischen Endoskop



Beispiele für eosinophilic Ösophagitis 6

mit unterschiedlich ausgeprägter Furchenbildung, links mit Ringen, rechts in einer Stenose



Beispiele für eosinophile Ösophagitis 7

nach einem Bolusgeschehen, mit dem die Patienten häufiger auffällig werden (links) zeigen sich oft durch die Gewebevulnerabilität bedingte tiefe Mukosadefekte (rechts)



Grundsätzliche Anmerkungen zu den Klassifikationen

- Die Klassifikation der eosinophilen Ösophagitis ist primär deskriptiv angelegt; inwieweit die verschiedenen Ausprägungen der einzelnen Features reproduzierbar mit klinischem Verlauf und Therapieansprechen korrelieren, ist weniger gut belegt.
- Studien zur Inter- und Intraobserver-Variabilität dieser Klassifikation gibt es nur wenige; eine Studie zeigte eine gute Übereinstimmung für Ringe, Furchen und Exsudate, weniger gute für die anderen Kriterien (3), andere dagegen schlechtere Werte (1,4).

Biopsieschema: mindestens 4 PEs aus dem distalen und getrennt aus dem mittleren Ösophagus, sowie gezielt aus Läsionen, wenn vorhanden

Literatur

1. Hirano I, Moy N, Heckman MG, Thomas CS, Gonsalves N, Achem SR. Endoscopic assessment of the oesophageal features of eosinophilic oesophagitis: validation of a novel classification and grading system. *Gut*. 2013;62:489-95. Epub 2012 May 22.
2. Miehke S. Clinical features of eosinophilic esophagitis. *Dig Dis*. 2014;32:61-7. Epub 2014 Feb 28.
3. van Rhijn BD, Warners MJ, Curvers WL, van Lent AU, Bekkali NL, Takkenberg RB, Kloek JJ, Bergman JJ, Fockens P, Bredenoord AJ. Evaluating the endoscopic reference score for eosinophilic esophagitis: moderate to substantial intra- and interobserver reliability. *Endoscopy*. 2014;46:1049-55. Epub 2014 Sep 10.
4. Peery AF, Cao H, Dominik R, Shaheen NJ, Dellon ES. Variable reliability of endoscopic findings with white-light and narrow-band imaging for patients with suspected eosinophilic esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2011;9:475-80. Epub 2011 Mar 4.

Geteilte Koloskopie-Vorbereitung erhöht die Adenomdetektionsrate

Thomas Rösch, Hamburg

Gut. 2015 Dec 9. pii: gutjnl-2015-310685. [Epub ahead of print]

Split-dose preparation for colonoscopy increases adenoma detection rate: a randomised controlled trial in an organised screening programme

F. Radaelli, S. Paggi, C. Hassan, C. Senore, R. Fasoli, A. Anderloni, F. Buffoli, M. F. Savarese, G. Spinzi, D. K. Rex, A. Repici

Objective

Although a split regimen of bowel preparation has been associated with higher levels of bowel cleansing, it is still uncertain whether it has a favourable effect on the adenoma detection rate (ADR). The present study was aimed at evaluating whether a split regimen was superior to the traditional 'full-dose, day-before' regimen in terms of ADR.

Design

In a multicentre, randomised, endoscopist blinded study, 50–69-year-old subjects undergoing first colonoscopy after positive-faecal immunochemical test within an organised colorectal cancer organised screening programmes were 1:1 randomised to receive low-volume 2-L polyethylene glycol (PEG)-ascorbate solution in a 'split-dose' (Split-Dose Group, SDG) or 'day-before' regimen (Day-Before Group, DBG). The primary endpoint was the proportion of subjects with at least one adenoma. Secondary endpoints were the detection rates of advanced adenomas and serrated lesions at per-patient analysis and the total number of lesions.

Results

690 subjects were included in the study. At per-patient analysis, the proportion of subjects with at least one adenoma was significantly higher in the SDG than in the DBG (183/345, 53.0% vs 141/345, 40.9%, relative risk (RR) 1.22, 95% CI 1.03 to 1.46); corresponding figures for advanced adenomas were 26.4% (91/345) versus 20.0% (69/345, RR 1.35, 95% CI 1.06 to 1.73). At per-polyp analysis, the total numbers of both adenomas and advanced adenomas per subject were significantly higher in the SDG (1.15 vs 0.8, $p < 0.001$; 0.36 vs 0.22, $p < 0.001$).

Conclusions

In an organised screening setting, the adoption of a split regimen resulted into a higher detection rate of clinically relevant neoplastic lesions, thus improving the effectiveness of colonoscopy. Based on such evidence, the adoption of a split regimen for colonoscopy should be strongly recommended.

Was Sie hierzu wissen müssen

- Eine geteilte Vorbereitung zur Koloskopie hat sich in mehreren Studien als überlegen im Hinblick auf die Kolonsauberkeit erwiesen^{1,2}. In der jüngsten Meta-Analyse, die in dem hochrangigen Journal Gastroenterology publiziert wurde, wurden 47 (!) Studien eingeschlossen, die zeigten, dass die geteilte Vorbereitung mit einer Odds Ratio (OR) von 2,5 einer Vorbereitung am Tag zuvor überlegen war, und zwar im Hinblick sowohl auf Sauberkeit des Kolons wie auch Patientenakzeptanz (OR 1,9)². Eine randomisierte Studie zu diesem Thema gibt es bislang aber nicht. Eine US-Studie von 2012 konnte weiterhin zeigen, dass die Adenomdetektionsrate (ADR) nach Einführung der geteilten Vorbereitung anstieg und zwar von 27% auf 32 %³. Eine randomisierte Studie zu diesem Thema gibt es bislang aber nicht.
- Die derzeitige Studie stammt aus dem italienischen kolorektalen Karzinomvorsorgeprogramm, das auf der Anwendung des FIT-Stuhltests basiert und die Frage behandelt, welches Vorbereitungsschema nicht nur zu einem saubereren Kolon, sondern ebenso möglicherweise einer höheren Adenomdetektionsrate (ADR) führt. Patienten aus 4 Screening-Zentren aus Italien wurden eingeladen, an der Studie teilzunehmen und ihre Compliance mit dem Vorbereitungsschema wurde analysiert. Neben Daten zu gefundenen Polypen (Adenome, Adenomdetektionsrate, Adenomzahl und Typ) wurde auch die Vorbereitungsqualität untersucht, indem der sog. Harefield Cleansing Score⁴ verwendet wurde.

- 690 Patienten wurden randomisiert; die Ergebnisse zeigen, dass die ADR signifikant höher in der geteilten Vorbereitungsgruppe war 53 % versus 41 %; die detaillierten Ergebnisse sehen sie im Folgenden:

Parameter	Geteilte Gruppe	Vorabend-Gruppe	p
N	345	345	
ADR	53.0%	40.9%	0.02
Advanced ADR	26.4%	20.0%	0.047
Gesamtzahl Adenome	398	276	
Adenome \geq 10 mm	97	62	
Adenome pro Pat.	1.15	0.80	< 0.001
Darunter, rechtsseitig	0.51	0.36	0.029
Flache Adenome	47	9	
Qualität der Darmvorbereitung			
Grad A	79.7%	54.8%	< 0.001
Versager	2.9%	8.1%	

- Da diese Ergebnisse – zumindest innerhalb eines Stuhltest-basierten Koloskopie-Programms und für relative hohe Adenomdetektionsraten – ziemlich eindeutig sind, sollte die geteilte Vorbereitungsmethode endgültig das Verfahren der Wahl werden. Das ist umso mehr zu betonen, da auch nahezu das gesamte Spektrum der Patientenbeurteilung (Probleme bei der Einnahme, Qualität des Schlafs, Bereitschaft die Vorbereitungsart zu wiederholen, Inkontinenz) mehrheitlich ebenfalls für die geteilte Vorbereitung sprachen.

Literatur

1. Bucci C, Rotondano G, Hassan C, et al. Optimal bowel cleansing for colonoscopy: split the dose! A series of meta-analyses of controlled studies. *Gastrointest Endosc* 2014;80:566-576.e2.
2. Martel M, Barkun AN, Menard C, et al. Split-Dose Preparations Are Superior to Day-Before Bowel Cleansing Regimens: A Meta-analysis. *Gastroenterology* 2015;149:79-88.
3. Gurudu SR, Ramirez FC, Harrison ME, et al. Increased adenoma detection rate with system-wide implementation of a split-dose preparation for colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2012;76:603-8.e1.
4. Halphen M, Heresbach D, Gruss HJ, et al. Validation of the Harefield Cleansing Scale: a tool for the evaluation of bowel cleansing quality in both research and clinical practice. *Gastrointest Endosc* 2013;78:121-31.

ESD wohl nicht besser als EMR bei Barrett-Neoplasien

Thomas Rösch, Hamburg

Gut. 2016 Jan 22. pii: gutjnl-2015-310126. [Epub ahead of print]

A randomised trial of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection for early Barretts` s neoplasia

Grischa Terheggen¹, Eva Maria Horn², Michael Vieth³, Helmut Gabbert⁴, Markus Enderle⁵, Alexander Neugebauer⁵, Brigitte Schumacher⁶, Horst Neuhaus²

Background

For endoscopic resection of early GI neoplasia, endoscopic submucosal dissection (ESD) achieves higher rates of complete resection (R0) than endoscopic mucosal resection (EMR). However, ESD is technically more difficult and evidence from randomised trial is missing.

Objective

We compared the efficacy and safety of ESD and EMR in patients with neoplastic Barrett's oesophagus (BO). Design BO patients with a focal lesion of high-grade intraepithelial neoplasia (HGIN) or early adenocarcinoma (EAC) \leq 3 cm were randomised to either ESD or EMR. Primary outcome was R0 resection; secondary outcomes were complete remission from neoplasia, recurrences and adverse events (AEs).

Results

There were no significant differences in patient and lesion characteristics between the groups randomised to ESD (n=20) or EMR (n=20). Histology of the resected specimen showed HGIN or EAC in all but six cases. Although R0 resection defined as margins free of HGIN/EAC was achieved more frequently with ESD (10/17 vs 2/17, p=0.01), there was no difference in complete remission from neoplasia at 3 months (ESD 15/16 vs EMR 16/17, p=1.0). During a mean follow-up period of 23.1 \pm 6.4 months, recurrent EAC was observed in one case in the ESD group. Elective surgery was performed in four and three cases after ESD and EMR, respectively (p=1.0). Two severe AEs were recorded for ESD and none for EMR (p=0.49).

Conclusions

In terms of need for surgery, neoplasia remission and recurrence, ESD and EMR are both highly effective for endoscopic resection of early BO neoplasia. ESD achieves a higher R0 resection rate, but for most BO patients this bears little clinical relevance. ESD is, however, more time consuming and may cause severe AE.

Was Sie hierzu wissen müssen

- Derzeit wird unter therapeutischen Endoskopikern viel über die beste Resektionsmethode bei frühen Karzinomen diskutiert, vor allem im oberen Gastrointestinaltrakt, während die Diskussion im Kolorektum aufgrund der unterschiedlichen Biologie etwas schwieriger ist: Die Methoden, die hier zum Vergleich anstehen, sind die endoskopische Muskosaresektion (EMR) und die endoskopische Submukosadissektion (ESD). Letztere versucht die Läsion en bloc zu resektieren, erstere muss vor allem bei Läsionen größer als 2 cm mit einer stückweisen Abtragung des Tumors auskommen.
- Die Diskussion insgesamt ist nicht auf hochrangiger Evidenz basiert, da es keine einzige randomisierte Studie über EMR versus ESD gibt, obwohl in Japan und anderen fernöstlichen Ländern tausende Fälle jedes Jahr durchgeführt werden. Aus sogenannten Meta-Analysen von retrospektiven Studien wird der Eindruck erweckt, dass die ESD im Hinblick auf die komplette R0 Resektion und Rezidivrate der EMR überlegen ist, sie hat aber auch signifikant mehr Komplikationen; diese „Meta-Analysen“ wurden für EMR versus ESD oder für ESD allein beim Plattenepithelkarzinom des Ösophagus¹, Magenkarzinom²⁻⁴ und bei kolorektalen Neoplasien^{5,6} durchgeführt.
- Deshalb ist die vorliegende erste randomisierte Studie über ESD versus EMR von der Gruppe aus Düsseldorf hochwillkommen, auch wenn sie klein ist und für den Outcome nur Surrogatparameter benutzt. 40 Patienten mit sichtbarer fokaler Barrett-Neoplasie mit hochgradiger Dysplasie oder Frühkarzinom wurden randomisiert zu einer fokalen Resektion der Läsion entweder mit EMR oder ESD, anschließend wurde der restliche Barrett mit Radiofrequenzablation eradiziert. Primärer Outcome war die R0-Resektion und hier erlaubten die angenommenen großen Unterschiede bei Fallzahlberechnung die relativ kleine Patientenzahl. Die Studie war deswegen nicht ausreichend für den sekundären Outcome gewertet, nämlich komplette Remission von Neoplasie und/oder Barrett-Ösophagus, da die Fallzahl zu klein war. Endoskopische Follow-up-Untersuchungen wurden nach 3, 6, 9 und 12 Monaten durchgeführt; das mittlere Follow up war im Mittel 23 Monate in beiden Gruppen.
- Die Ergebnisse zeigen nicht unerwartet, dass die ESD im Hinblick auf komplette und R0-Resektion überlegen ist, obwohl die Ergebnisse weniger spektakulär waren als erwartet. Allerdings war das Follow-up im Outcome nicht unterschiedlich, wobei nur ein lokales Rezidiv auftrat, und das in der ESD-Gruppe. Details werden in der nach-

folgenden Tabelle gezeigt; 3 Patienten wurden in jeder Gruppe ausgeschlossen, da die Histologie normalen Barrett oder nur niedrig-gradige Dysplasien zeigte, trotz der initialen Biopsie-Diagnosen nach den Einschlusskriterien (siehe oben).

Parameter	ESD	EMR	p
N	20	20	
<i>Histologie</i>			
HGIN	0	2	
T1 m	10	12	
T1 sm1	6	2	
Komplette R0 Resektion	10/17	2/17	0.01
Kurative Resektion*	15/17	4/17	
Eingriffsdauer	54 min	22 min	0.00002
Schwere AE**	2*	0	
30 day Mortalität	0	0	
<i>Follow-up</i>			
Komplette Remission	16/16	17/17	
Rezidiv	1	0	

* Patienten mit tieferer Infiltration als Mukosa galten als nicht kurativ * 1 Fall mit Mediastinitis; AE=adverse event

Wie in der Tabelle gezeigt, traten in der ESD-Gruppe zwei Perforationen auf, eine davon mit Mediastinitis, während in der EMR Gruppe keine schweren Komplikationen zu finden waren; in ähnlicher Weise, nach kompletter Remission beider Resektionsverfahren in Kombination mit Ablation in allen Fällen, trat das einzige Lokalrezidiv in der ESD Gruppe auf. Für beide Arten der Ereignisse (Komplikationen/ Rezidiv-Rate) waren aber die Fallzahlen viel zu klein, um statistisch valide Vergleiche zu ziehen. Die Autoren versuchen ihre Daten als Basis einer Fallzahlkalkulation für eine randomisierte Outcome-Studie zu verwenden und leiten ab, dass so eine Studie mehr als 500 Patienten beinhalten müsste angesichts der sehr hohen letztendlichen Barrett und Barrett-Neoplasie-Remissionsraten in der Kombination von Resektion und Ablation. Ob aufgrund einer kleinen Pilotstudie solche Extrapolationen statthaft sind, ist zu debattieren. Insgesamt gibt es natürlich sehr gute Daten zum Langzeiterfolg der EMR^{7,8} wie auch mit gute bis gute Daten über die ESD⁹⁻¹¹ beim Barrett-Ösophagus mit Neoplasie allerdings in der Regel zusammen mit der einen oder anderen Form der Thermoablation.

- Auch wenn in der vorliegenden Studie nur Surrogat-Parameter (R0-Resektion) zur Anwendung kamen, ist die Studie doch über die unmittelbaren Ergebnisse hinaus in zwei Aspekten interessant: die Frage der Relevanz der R0-Resektion: Sie ist formal bei den meisten EMR's als negativ zu werten (wegen piecemeal-Resektion). Angesichts der hohen Rate an kompletter Barrett/Barrett-Neoplasie-Eradikation, die im Vergleich zur ESD sehr ähnlich abzuschneiden scheint (natürlich in Kombination mit Thermoablations-Methoden), ist die Frage erlaubt, ob nicht auch Frühkarzinome oinkologisch sicher abgetragen werden können. Weiterhin scheint die Rezidiv-Rate der EMR innerhalb von 2 Jahren nicht massiv höher als die der ESD zu sein. Beide Schlussfolgerungen sind allerdings mit Vorsicht zu stellen, da die Fallzahl nicht groß genug war für statistische Aussagekraft. Wir sollten zudem ebenso in Betracht ziehen, dass im Vergleich zu anderen Frühkarzinomen im oberen Gastrointestinaltrakt der neoplastische Barrett-Ösophagus einen Spezialfall darstellt: Hier können mehrere Stadien der Neoplasie gleichzeitig oder nacheinander an verschiedenen Stellen desselben Barrett-Ösophagus vorkommen. Deshalb ist das letztendliche Ziel die komplette Eradikation des neoplastischen Barrett-Ösophagus und nicht nur die fokale Resektion der dort enthaltenen (erkennbaren) Neoplasie. Von dieser präliminären Studie können wir schlussfolgern, dass dieses Ziel vermutlich mit ähnlicher oder nicht massiv unterschiedlicher Erfolgsrate mit beiden Resektionsverfahren in Kombination mit Thermoablation erreicht werden kann, und dies sollte bei der Definition des primären Outcomes in weiteren größeren randomisierten Studien berücksichtigt werden.

Literatur

1. Kim JS, Kim BW, Shin IS. Efficacy and safety of endoscopic submucosal dissection for superficial squamous esophageal neoplasia: a meta-analysis. *Dig Dis Sci* 2014;59:1862-9.
2. Cao Y, Liao C, Tan A, et al. Meta-analysis of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection for tumors of the gastrointestinal tract. *Endoscopy* 2009;41:751-7.
3. Facciorusso A, Antonino M, Di Maso M, et al. Endoscopic submucosal dissection vs endoscopic mucosal resection for early gastric cancer: A meta-analysis. *World J Gastrointest Endosc* 2014;6:555-63.
4. Park YM, Cho E, Kang HY, et al. The effectiveness and safety of endoscopic submucosal dissection compared with endoscopic mucosal resection for early gastric cancer: a systematic review and metaanalysis. *Surg Endosc* 2011;25:2666-77.
5. Fujiya M, Tanaka K, Dokoshi T, et al. Efficacy and adverse events of EMR and endoscopic submucosal dissection for the treatment of colon neoplasms: a meta-analysis of studies comparing EMR and endoscopic submucosal dissection. *Gastrointest Endosc* 2015;81:583-95.
6. Wang J, Zhang XH, Ge J, et al. Endoscopic submucosal dissection vs endoscopic mucosal resection for colorectal tumors: a meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2014;20:8282-7.
7. Pech O, Bollschweiler E, Manner H, et al. Comparison between endoscopic and surgical resection of mucosal esophageal adenocarcinoma in Barrett's esophagus at two high-volume centers. *Ann Surg* 2011;254:67-72.
8. Pech O, May A, Manner H, et al. Long-term efficacy and safety of endoscopic resection for patients with mucosal adenocarcinoma of the esophagus. *Gastroenterology* 2014;146:652-660.e1.
9. Chevaux JB, Piessevaux H, Jouret-Mourin A, et al. Clinical outcome in patients treated with endoscopic submucosal dissection for superficial Barrett's neoplasia. *Endoscopy* 2015;47:103-12.
10. Hobel S, Dautel P, Baumbach R, et al. Single center experience of endoscopic submucosal dissection (ESD) in early Barrett's adenocarcinoma. *Surg Endosc* 2015;29:1591-7.
11. Park CH, Kim EH, Kim HY, et al. Clinical outcomes of endoscopic submucosal dissection for early stage esophagogastric junction cancer: a systematic review and meta-analysis. *Dig Liver Dis* 2015;47:37-44.

Werden schwierige Kolonpolypen immer noch operiert ?

Thomas Rösch, Hamburg

Endoscopy 2016;48:263-70

Frequency of and risk factors for the surgical resection of non-malignant colorectal polyps: A population-based study

Florence Le Roy¹, Sylvain Manfredi^{1,2}, Stéphanie Hamonic³, Christine Piette², Guillaume Bouguen¹, Francoise Riou³, Jean-Francois Bretagne^{1,2}

¹Service des Maladies de l'Appareil Digestif, Hôpital Pontchaillou, Centre Hospitalo-Universitaire, Rennes, France

²Association pour le Dépistage des Cancers en Ile-et-Vilaine (ADECI 35), Rennes, France

³Service d'Epidémiologie et de Santé publique, Hôpital Pontchaillou, Centre Hospitalo-Universitaire, Rennes, France

Background and study aims

The management of patients with colon polyps who are referred to surgery remains uncharacterized in a population-based setting. The aims of this study were to determine the frequency, risk factors, and outcomes of patients referred for surgical resection of colorectal polyps.

Patients and methods

All patients who underwent a colonoscopy for positive fecal occult blood test in the setting of a population-based colorectal cancer screening program in France between 2003 and 2012 were analyzed. The primary outcome was the proportion of patients undergoing colorectal surgery for polyps without invasive carcinoma. Logistic regression analysis was applied to identify risk factors for surgical resection.

Results

Among 4251 patients with at least one colorectal polyp, 175 (4.1 %) underwent colorectal surgery. Risk factors for surgery included size, proximal polyp location, advanced histology (villous or high grade dysplasia), the endoscopy center, and colonoscopy performed during the first half of the study period. Subgroup analysis of 3475 colonoscopies performed by 22 endoscopists who performed at least 50 colonoscopies during the study period, identified the endoscopist as an additional risk factor. The adjusted proportions of referrals to surgery ranged from 0 to 46.6% per endoscopist for polyps ≥ 20 mm (median 20.2 %). Overall, surgical complications occurred in 24.0 %, and one patient died following surgery (0.5 %). None of the 175 patients who underwent surgery were referred to a tertiary endoscopic center prior to surgery.

Conclusions

In this population-based study, 4.1% of patients with nonmalignant polyps were referred for surgical resection. The endoscopist was one important factor that was associated with surgical referral. To further decrease the proportion of inappropriate surgery in patients, endoscopists should refer their patients with large or difficult polyps to expert endoscopists prior to surgery.

Was Sie hierzu wissen müssen

- Es ist derzeitiger Standard, dass wenn bei der (Screening) Koloskopie Polypen bzw. Adenome erkannt werden, diese entweder direkt entfernt oder, wenn nicht, die Patienten an Referenzzentren zur endoskopischen Abtragung überwiesen werden. Die Daten aus mehreren Studien zeigen, dass sogenannte schwierige oder angeblich irresektable Polypen in mehr als 90 % der Fälle doch endoskopisch abgetragen werden können, wenn die Patienten in Referenzzentren überwiesen werden (1-7). Obwohl es unterschiedliche Meinungen in Bezug auf (selektionierte) Adenome mit hochgradiger Dysplasie gibt (8), sind doch Effektivität und Kosten-Nutzenverhältnis eindeutig zu Gunsten der endoskopischen Resektion bei nahezu allen Adenomen zu sehen, vor allem, wenn die Maßnahmen durch erfahrene Endoskopiker durchgeführt werden (9). Deswegen sollte für Polypen ohne endoskopischen Verdacht auf ein Malignom die endoskopische Abtragung die Methode der Wahl sein.
- Die gegenwertige Studie stammt aus dem französischen kolorektalen Karzinom-Vorsorgeprogramm und behandelt die Frage, wie viele Patienten mit Polypen immer noch an die Chirurgie überwiesen werden, obwohl es keinen Verdacht oder Beweis eines Malignoms in dem Polypen gibt. Die Daten wurden aus der französischen Kolonkarzinom-Vorsorgedatenbank erhoben, die alle Koloskopien prospektiv erhebt – in diesem Fall aus Ille-et-Vilaine Gegend – eine der ersten, die mit der Vorsorge in Frankreich begonnen haben. Die Daten stammen von 2003 – 2012. Es wurden nur Polypen mit nicht-maligner Histologie selektiert – von diesen 8663 Polypen bei 4251 Patienten, hatten 65% eine hochgradige Dysplasie oder ein „Mukosakarzinom“ aufzuweisen (was histologisch ohnehin dasselbe ist). Es sollte festgehalten werden, dass im Kolon die Karzinomdefinition erst mit der Submukosa-Infiltration beginnt. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass Vorsorgekoloskopie in Frankreich eine Koloskopie nach einem positiven Stuhltest (FOBT) bedeutet.
- Die Resultate zeigen, dass die Rate der Überweisung zur Chirurgie weiterhin etwa um 4 % lag, und dass diese Rate erheblich zwischen den Endoskopikern schwankte. Manche Endoskopiker überwiesen bis zu 47% der Polypen über 2 cm zur Operation. Der am meisten auffällige Faktor zur chirurgischen Überweisung war eine Polypengröße über 2 cm. Allerdings ist auch festzuhalten, dass während der Studienperiode die Zuweisungsraten zur Chirurgie von initial 4,8% auf 2,8 % in der zweiten Studienhälfte abnahmen. In einer Subgruppen-Analyse von 22 Endoskopikern, die mindestens 50 Koloskopien durchführten, wurde zusätzlich der Endoskopiker als „Risikofaktor“

der Überweisung in ein chirurgisches Zentrum identifiziert. Von den 175 operierten Patienten verstarb einer und die Gesamtkomplikationsrate betrug 24 %, vorwiegend postoperative starke Schmerzen und transiente Kolondysfunktion. Etwa 30 % der Komplikationen waren Grad 3 oder 4 in der Clavien/Dindo-Klassifikation.

- Da wir bereits wissen, dass auch komplexe Polypen endoskopisch abgetragen werden können, zumindest wenn dies von Experten vorgenommen wird, sollte eine Operation den Fällen vorbehalten werden, wo dies nicht funktioniert, oder für tatsächlich maligne Polypen gelten, die vor oder nach der endoskopischen Resektion diagnostiziert werden. Eine Überweisung in sogenannte Referenzzentren wäre hier sicherlich hilfreich, wenn sie allgemeine Anerkennung finden würde, was allerdings von Land zu Land variiert. Eine bessere Verbreitung des Wissens über Polypen-Histologie könnte ebenfalls hilfreich sein – man sollte vermeiden, sogenannte „mukosale“ Kolonkarzinome zu diagnostizieren, wenn die zellulären Veränderungen auf die Mukosa beschränkt sind (im Gegensatz zum oberen Gastrointestinaltrakt), in dem Wissen, dass Mukosakarzinome im Kolorektum äquivalent der hochgradigen Dysplasie sind. So würde der Horrorbegriff Karzinom nicht automatisch zu Überweisungen in die Chirurgie führen, was ja offenbar immer noch der Fall ist.

Literatur

1. Voloyiannis T, Snyder MJ, Bailey RR, Pidala M. Management of the difficult colon polyp referred for resection: resect or rescope? *Diseases of the colon and rectum*. 2008;51:292-295
2. Aziz Aadam A, Wani S, Kahi C, Kaltenbach T, Oh Y, Edmundowicz S, Peng J, Rademaker A, Patel S, Kushnir V, Venu M, Soetikno R, Keswani RN. Physician assessment and management of complex colon polyps: a multicenter video-based survey study. *The American journal of Gastroenterology*. 2014;109:1312-1324.
3. Lipof T, Bartus C, Sardella W, Johnson K, Vignati P, Cohen J. Preoperative colonoscopy decreases the need for laparoscopic management of colonic polyps. *Diseases of the Colon and Rectum*. 2005;48:1076-1080.
4. Buchner AM, Guarner-Argente C, Ginsberg GG. Outcomes of EMR of defiant colorectal lesions directed to an endoscopy referral center. *Gastrointestinal endoscopy*. 2012;76:255-263.
5. Friedland S, Banerjee S, Kochar R, Chen A, Shelton A. Outcomes of repeat colonoscopy in patients with polyps referred for surgery without biopsy-proven cancer. *Gastrointestinal endoscopy*. 2014;79(1):101-107.
6. Desgrippes R, Beauchamp C, Henno S, Bouguen G, Siproudhis L, Bretagne JF. Prevalence and predictive factors of the need for surgery for advanced colorectal adenoma. *Colorectal Disease* 2013;15:683-688.
7. Swan MP, Bourke MJ, Alexander S, Moss A, Williams SJ. Large refractory colonic polyps: is it time to change our practice? A prospective study of the clinical and economic impact of a tertiary referral colonic mucosal resection and polypectomy service (with videos). *Gastrointestinal Endoscopy*. 2009;70:1128-1136.
8. Jang JH, Balik E, Kirchoff D, Tromp W, Kumar A, Grieco M, Feingold DL, Cecik V, Njoh L, Whelan RL. Oncologic colorectal resection, not advanced endoscopic polypectomy, is the best treatment for large dysplastic adenomas. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 2012;16(1):165-171; discussion 171-162.
9. Ahlenstiel G, Hourigan LF, Brown G, Zanati S, Williams SJ, Singh R, Moss A, Sonson R, Bourke MJ. Actual endoscopic versus predicted surgical mortality for treatment of advanced mucosal neoplasia of the colon. *Gastrointestinal endoscopy*. 2014;80(4):668-676.
10. Ikard RW, Snyder RA, Roumie CL. Postoperative morbidity and mortality among Veterans Health Administration patients undergoing surgical resection for large bowel polyps (bowel resection for polyps). *Digestive surgery*. 2013;30(4-6):394-400.



DGE-BV aktuell

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder der DGE-BV!

Die zweite Ausgabe des Newsletters fasst inzwischen schon traditionell die Ereignisse unserer Jahrestagung zusammen.

Nach Hamburg und München trafen wir uns nach 2006 zum 2. Mal in Mannheim. Die Jahrestagung war entsprechend der Ausrichtung unserer Gesellschaft sowie mit Herrn Prof. Georg Kähler als „chirurgischen“ Endoskopiker interdisziplinär ausgerichtet. Die Resonanz war sehr gut, der Kongress wurde seitens Teilnehmer und Industrie gut aufgenommen. Das bereits 2015 gewählte Konzept der Präsentation endoskopischer Innovationen live-on-stage war ebenfalls gelungen. Insgesamt waren bewusst etwas weniger Sitzungen dieses Jahr, dafür wurde umso mehr diskutiert. Ganz großen Dank daher an unseren Tagungspräsidenten 2016 und seinen Kongresssekretären für die Organisation und Durchführung.

Nächstes Jahr geht es Anfang April nach Berlin. Hier erwartet uns etwas Besonderes: unser Präsident „Sigi“ Faiss wird die Jahrestagung gemeinsam mit einer der 4 großen deutschen endoskopischen Live-Demo-Veranstaltungen („Endoskopie Live“) im größten Hotel Deutschlands, dem Estrel Hotel, organisieren. Platz genug für eine Rekord-Teilnehmerzahl wäre also vorhanden. An dieser Stelle schon jetzt herzlichen Dank an die Berliner Veranstalter von „Endoskopie Live“, Dirk Hartmann und Hans-Joachim Schulz, für die Kooperation und die freundschaftliche Verbundenheit zum Vorstand unserer Gesellschaft.

Wie immer, keine Jahrestagung ohne Wahlen: In den Beirat gewählt, bzw. wieder-gewählt wurden die Herren Albert (Frankfurt), Gerner (Freiburg), Hartmann (Berlin), Hoffman (Wiesbaden), Schreyer (Regensburg), Wedemeyer (Gehrden), sowie Wehrmann (Wiesbaden). Als Vorsitzender und Tagungspräsident 2019 wurde Herr Prof. med. Karel Caca (Ludwigsburg) gewählt. Last-not-least wurde der bisher stellvertretende Schatzmeister Jürgen Hochberger als zukünftiger Schatzmeister aufgrund des Ausscheidens von Siegbert Faiss gewählt. In das Amt des stellvertretenden Schatzmeisters wurde Hubertus Feussner gewählt. Gratulation allen neu Gewählten an dieser Stelle! Weitere Einzelheiten zur Wahl und zur Mitgliederversammlung können Sie auch im Protokoll auf unserer Homepage (www.dge-bv.de) nachlesen.

Apropos Homepage: Diese finden Sie seit Ende März in neuem Design. Werfen Sie doch mal einen Blick darauf. Weiterhin hoffe ich sehr, dass Sie auch die neuen Ausgaben von Endoscopy Campus nicht nur interessiert zur Kenntnis nehmen sondern auch v.a. allen jüngeren Endoskopikern weiter empfehlen können. Mit unserem Magazin „EC“ befinden wir uns auf eine guten Weg. Die Ausgaben werden mit großem Interesse wahrgenommen (wie die Zahl der Internet-Klicks belegt) und die unabhängige Ko-Finanzierung durch Sponsoren ist auch weiterhin gesichert. Dies hängt sicherlich auch mit der erneut gestiegenen Mitgliederzahl im letzten Jahr zusammen. Vielen Dank daher auch an all die, welche der Gesellschaft treu verbunden bleiben sowie ein herzliches Willkommen an alle Neumitglieder.

Soviel zu Ihrer aktuellen Information. Bitte zögern Sie nicht mich bei Fragen und Kommentaren zu kontaktieren.

Ansonsten wünsche ich Ihnen schon jetzt eine erholsame Ferienzeit und verbleibe bis zum nächsten Mal

Herzlichst
Ihr

Alexander Meining
Sekretär der Gesellschaft



Kongressankündigung

Gastroenterologie Viszeralchirurgie - Viszeralmedizin

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie,

Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

21. - 24. September 2016, CCH Hamburg

www.dgvs.de



ENDOCLUBNORD 2016

4. - 5. November 2016, CCH Hamburg

www.endoclubnord.de

**Wissenschaftliche Redaktion**

T. Rösch, Hamburg; S. Groth, Hamburg

Sekretär DGE-BV

A. Meining, Ulm

Sekretär Sektion Endoskopie DGVS

T. Wehrmann, Wiesbaden

Wissenschaftlicher Beirat

H.D. Allescher, Garmisch-Partenkirchen

U. Beilenhoff, Ulm

A. Eickhoff, Hanau

S. Faiss, Hamburg

M. Häfner, Wien, Österreich

F. Hagenmüller, Hamburg

D. Hartmann, Berlin

J. Hochberger, Straßburg, Frankreich

A.M. Kassem, Kairo, Ägypten

G. Kähler, Mannheim

R. Kiesslich, Wiesbaden

H. Neuhaus, Düsseldorf

H. Messmann, Augsburg

O. Pech, Regensburg

H.-J. Schulz, Berlin

D. Wilhelm, München

Technische Redaktion

K. Schlosser, LUX AV Audivisuelle Kommunikation GmbH, Lohfelden

Inserentenverzeichnis

ERBE Elektromedizin GmbH

U2

OLYMPUS Deutschland GmbH

U4

SponsorenGold

Norgine GmbH



Boston Scientific Medizintechnik GmbH



ERBE Elektromedizin GmbH



FUJIFILM Deutschland



KARL STORZ GmbH & Co. KG



OLYMPUS Deutschland GmbH

Silber

COOK Deutschland GmbH



ovesco Endoscopy AG



© 2016 endoscopy campus

IMPRESSUM**Herausgeber:**

endoscopy campus GmbH
 Rosenheimer Str. 145c
 81671 München

ISSN 2365-6905

Layout, Satz und Herstellung:

COCS media GmbH übernimmt keine
 Gewähr für die Richtigkeit der Angaben.





DIE KOMPLETTLÖSUNG FÜR DEN EUS

Neue Möglichkeiten für Gastroenterologie und Pneumologie

Äußerst kompakt, in Trolleys integrierbar, mit optimierter Bildqualität und umfangreichen Funktionen: Der Ultraschallprozessor EU-ME2 bietet Ihnen dank innovativer Technologien in einem einzigen Gerät alle Optionen für den endoskopischen Ultraschall in der Gastroenterologie und Pneumologie.

- Universelle Kompatibilität mit allen Aspekten der Endosonographie – von Ultraschallendoskopen bis hin zu Rektal- und Minisonden
- Exzellente Bilddarstellung und umfassende Dopplermodi
- Modernste Bildgebungsverfahren wie CH-EUS und Elastographie*

Nähere Informationen erhalten Sie unter

 www.olympus.de