

OLYMPUS

Ausgabe 01 | 2022
Medical Endoscopy Group

INFORMIERT

Das Magazin für flexible medizinische Endoskopie.

ERCP

**Lösungen für
voroperierte
Patienten**

AUS DER PRAXIS: FALLBERICHT

**Drainage von Pankreas-
Pseudozysten**

JOURNAL CLUB

**Anastomosenstrikturen
bei Morbus Crohn**

Stent im Trend und erste Live-Lichtblicke



Nach zwei Jahren Pandemie bedingtem Stillstand bei allen Live-Veranstaltungen, angefangen von großen Kongressen bis hin zu den be-

liebten wie auch für die praktische Weiterbildung dringend benötigten Hands-on-Workshops, möchte ich Ihre Aufmerksamkeit in dieser ‚OLYMPUS informiert‘ ausnahmsweise zunächst auf die letzten Heftseiten lenken, unsere Termin- und Workshop-Empfehlungen. Endlich sind sie wieder da und die Hoffnung auf eine Durchführung live mit persönlicher Anwesenheit ebenso. Gerade die praktischen Übungskurse mit ihrem Angebot an hilfreichen Anleitungen und direkten Diskussionsmöglichkeiten haben viele von Ihnen schmerzlich vermisst. Melden Sie sich schnell an. Freie Plätze sind begehrt.

Machen Sie es sich anschließend gemütlich mit einem Getränk Ihrer Wahl, wenn Sie sich ausgiebig unserer Titelseite zur ERCP bei voroperierten Patienten widmen. PD Dr. Christoph Schlag zeigt detailliert die modernen endoskopischen Möglichkeiten für die Behandlung Ihrer Patienten auf. Die chirurgisch veränderte Anatomie dieser Patienten ist mit neuen Techniken wie Ballonenteroskopie oder der Powerspiral immer gezielter zu erreichen und zu behandeln.

Darüber hinaus verdienen die beiden Beiträge rund um den Einsatz spezieller Metalstents Ihre Aufmerksamkeit. Lumen Apposing Metal Stents unterstreichen schon seit längerem ihren Stellenwert für die Behandlung von Pankreaspseudozysten. Wohingegen Stents im Kolon bisher eher selten vorrangig im malignen Kontext eingesetzt

werden und bei vielen Anwendern aufgrund hoher Komplikationsraten nicht sonderlich beliebt sind. Im Journal Club besprechen wir einen neuen viel versprechenden Ansatz, Stents erfolgreich und komplikationsarm bei Morbus-Crohn-Stenosen einzusetzen.

Freuen Sie sich auf eine besonders dicke Ausgabe von ‚OLYMPUS informiert‘ und eine spannende Lektüre.

Ihre

Barbara Opalka
Leitung Marketmanagement
Endo-Therapie DACH

DRUCKFRISCH

Empfehlungen der Bundesärztekammer

Neue Zuschläge zu endoskopischen Leistungen für alle Fachrichtungen

Seit August 2020 haben endoskopierende Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, die Verwendung eines flexiblen digitalen Videoendoskops sowie Bildgebungsverfahren wie Narrow Band Imaging (NBI) als Zuschlag abzurechnen. Bislang machen nicht alle endoskopierenden Ärztinnen und Ärzte davon Gebrauch, dass die durch modernste Videoplattformen und Technologien geschaffenen Mehrwerte für Patientinnen und Patienten sich auch in der Abrechnung wiederfinden.

Wie funktioniert die Abrechnung?

Ein Videoendoskopie-Zuschlag darf nach Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhoben werden, wenn statt eines flexiblen

Glasfaser-Endoskops ein digitales Bilderzeugungs- bzw. Verarbeitungssystem eingesetzt wird, das einen Videochip im Endoskop verwendet. Dieser Einsatz einschließlich digitaler Bildweiterverarbeitung, wie etwa der Vergrößerung und Aufzeichnung, kann per GOÄ-Nr. 5298 in analoger Weise und ein Mal je Sitzung abgerechnet werden.

Das Honorar der analogen GOÄ-Nr. 5298 ist variabel. Es beträgt 25 v. H. des einfachen Gebührensatzes für die jeweilige Basisleistung, also die Endoskopie-Leistung. Da viele Softwaresysteme dieses Honorar automatisch errechnen, ist der Zuschlag direkt unterhalb der Leistungsziffer für die Endoskopie-Leistung in der Rechnung aufzuführen.

In dieser Ausgabe

Aus der Praxis

ERCP: Lösungen für voroperierte Patienten	04
Drainagetherapie mit LAMS	12
Deutsches ESD-Register	16
Pneumologie und Gastroenterologie eng verzahnt: Asklepios Klinik Barmbek	18

Journal Club

Selbstexpandierende Metallstents für Morbus-Crohn-Patienten	14
---	----

Druckfrisch

Neue OPS-Kodes: Periphere Bronchoskopie	17
Darmkrebsvorsorge – bringt Licht ins Dunkel	17

Hygiene

„Werterhaltende Aufbereitung flexibler Endoskope“	21
Neu: ETD Mini	22
Keine Kompromisse bei der Trocknung	23
Protech jetzt auch in XXL	24
Hytrack Aufbereitungsdokumentation	24

Produkte

Neu: StoneMaster V und Notfall-Lithotriptor	25
Vorbildliche Vielfalt: Hanarostents	26

Weiterbildung

ERCP heute: Von der EUS-Diagnostik zur Therapie	27
Interventionelle Endosonographie – Lumen Apposing Metal Stents	28
Optimierung der Diagnosestellung beim Lungenkarzinom	29
Pflegefachtagung Endoskopie in Herne	30

Kalender und Impressum	31
-------------------------------	----

Weitere Informationen

Das im Beitrag genannte NBI erlaubt eine zuverlässige optische Diagnose, indem ein starker Kontrast zwischen den Gefäßen und der umgebenden Schleimhaut erzeugt wird. Hierzu werden bestimmte grüne und blaue Wellenlängen genutzt. NBI unterstützt nicht nur eine frühere Erkennung von Läsionen, sondern ermöglicht auch eine detail- sowie kontrastreichere Darstellung und verbessert so die Qualität sowohl bei der Diagnose als auch bei der therapeutischen Videoendoskopie.

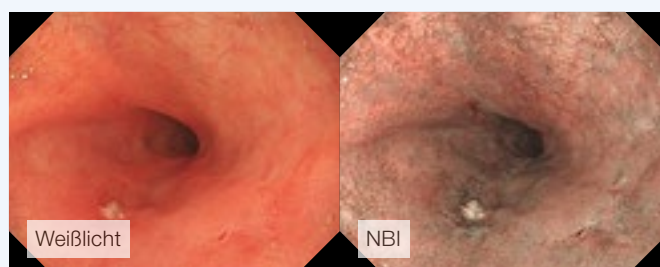
NBI ist Bestandteil von EVIS X1, der neuen Videoendoskopieplattform von Olympus. Das Unternehmen hat in EVIS X1 die vielen Vorteile der Systeme EVIS LUCERA ELITE und EVIS EXERA III mit dem Ziel vereint und weiterentwickelt, jeden Endoskopiker bestmöglich zu unterstützen, bei jedem Eingriff, jeden Tag.

Das System revolutioniert mit weiteren Bildgebungs-Technologien wie TXI, BAI-MAC, EDOF und RDI die Erkennung, Charakterisierung und Behandlung von gastrointestinalen und pneumologischen Erkrankungen und setzt durch deren Anwenderfreundlichkeit medizintechnisch neue Maßstäbe.

Mehr über das Produktportfolio von EVIS X1 und über die Endo-Therapie-Instrumente erfahren Sie unter Tel.: +49 40 23773-4777

Diese Empfehlung ist für Verfahren wie NBI ergänzt worden. Zur Abrechnung dieser Verfahren empfiehlt die Bundesärztekammer den analogen Ansatz der GOÄ-Nr. 634 „Lichtreflex-Rheographie“. Dabei handelt es sich um eine sogenannte „ärztliche Leistung“ aus dem Abschnitt F der GOÄ. Diese lässt sich über den „großen Gebührenrahmen“ abrechnen. Das heißt, prinzipiell ist der 1,0- bis 3,5-fache Gebührensatz zu erheben. Daraus ergeben sich folgende Honorare: 1,0-fach = 6,99 €, 2,3-fach = 16,09 €, 3,5-fach = 24,48 €. Bei Überschreitung des Schwellenwertes, der beim 2,3-fachen des Gebührensatzes liegt, sind Ärztin oder Arzt verpflichtet, eine Begründung in der Rechnung anzugeben.

→ Weitere Neuerungen finden Sie auf Seite 17.





THEMA: ERCP

Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie

Lösungen für voroperierte Patienten

Die endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) bei voroperierten Patienten, sprich bei Patienten mit chirurgisch veränderter Anatomie, bleibt weiterhin auch für den erfahrenen Endoskopiker eine Herausforderung. Nichtsdestoweniger haben technische Weiterentwicklungen

spezieller Endoskope [z. B. kurzes und langes Single-Ballon-Enteroskop (SBE) mit 3,2 mm Arbeitskanal oder Power-Spiralenteroskop] sowie die Etablierung neuer Techniken [z. B. Endosonographie (EUS)-gesteuerte ERCP] nochmals zu einer deutlichen Erweiterung der therapeutischen



Ein Artikel von:



PD Dr. med. Christoph Schlag

Leitender Arzt Endoskopie
Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie

Universitätsspital Zürich
Raemistrasse 100
8091 Zürich
Schweiz
Christoph.Schlag@usz.ch



Möglichkeiten beigetragen. Im Falle einer notwendigen Gallengangs- oder Pankreasgangintervention lassen sich heutzutage somit die meisten Situationen auch bei voroperierten Patienten endoskopisch lösen. Alternative perkutane oder operative Therapieverfahren, welche in der Regel eine höhere Komplikationsrate aufweisen und zudem mit einem niedrigeren Patientenkomfort einhergehen, können oftmals vermieden werden.

Herausforderungen und Vorbereitungen

Der Untersucher ist bei der Durchführung einer Endoskopie bei einem voroperierten Patienten prinzipiell mit folgenden Herausforderungen konfrontiert [1]:

1. Zugang über den afferenten Dünndarmschenkel zur Papille bzw. biliodigestiven oder pankreatikodigestiven Anastomose
2. Sondierung des Gallengangs oder Pankreasgangs in der neuen anatomischen Ausrichtung nach der Operation
3. Durchführung der Eingriffe mit speziellen Endoskopen und speziellem Zubehör

Die optimale Wahl des Endoskops für den Zugang zum afferenten Schenkel und zur Papille bzw. biliodigestiven oder pankreatikodigestiven Anastomose hängt zunächst einmal vom postoperativen Rekonstruktionstyp ab. Vor Beginn der Untersuchung ist daher die Kenntnis über die genauen postoperativen Gegebenheiten, optimaler Weise anhand der Sichtung des Operationsberichts, der erste wichtige Schritt. Während der Untersuchung können sich mögliche Schwierigkeiten insbesondere auf Grund limitierter endoskopischer Manövrierfähigkeit, die insbesondere durch eine starke Anastomosenangulation verursacht wird, eine schwierige Identifizierung des Eingangs zum afferenten Schenkel sowie postoperativen Adhäsionen ergeben.

Eine erfolgreiche Sondierung von Gallen- oder Pankreasgang sowie die Durchführung therapeutischer Maßnahmen (z. B. Ballondilatation, Stenteinlage) hängt neben der Erfahrung des Endoskopikers vom Zugang und Winkel zur Papille bzw. biliodigestiven oder pankreatikodigestiven Anastomose sowie der Art und Verfügbarkeit von endoskopischem Zubehör ab.

Prinzipiell kann bei voroperierten Patienten mit folgenden Szenarien gerechnet werden, Bild 1. Im Folgenden werden die einzelnen postoperativen Szenarien detaillierter beschrieben und mögliche endoskopische Lösungsansätze aufgezeigt.

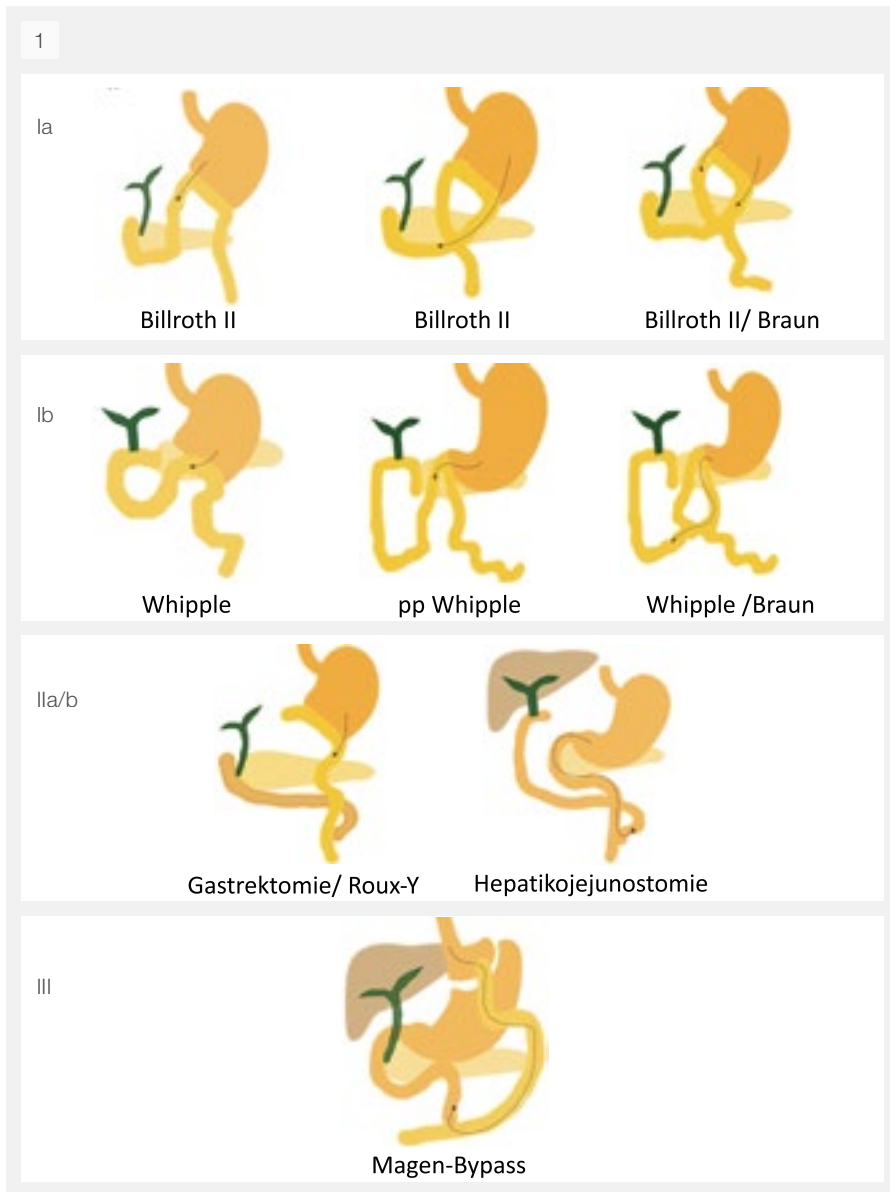


Bild 1: Übersicht vom Autor modifiziert nach Krutski C et al. [1]*
 Szenario Ia: Kurzer afferenter Schenkel und native Papille
 Szenario Ib: Kurzer afferenter Schenkel und biliodigestive Anastomose (BDA)
 Szenario 1la/b: Langer afferenter Schenkel mit nativer Papille/BDA
 Szenario III: Sehr langer afferenter Schenkel und native Papille (Magen-Bypass)

**Szenario Ia:
 Kurzer afferenter Schenkel und native Papille**

Dieses Szenario liegt typischerweise bei vorausgegangener Billroth-II (BII-) Gastrektomie vor, wenn auch dieser Situs auf Grund des abgenommenen Stellenwerts der Ulcus-Chirurgie nicht mehr so häufig wie früher anzutreffen ist. Bei einer BII-Rekonstruktion existieren verschiedene Modifikationen, welche sich dann durch Insertionsstelle und Länge des afferenten Schenkels unterscheiden können: Beim antiperistaltischen Typ befindet sich die Anastomose der afferenten Schlinge kleinkurvaturseitig, beim isoperistaltischen Typ großkurvaturseitig. Die Braun-Anastomose ist eine Modifikation, die den Gallenrückfluss in den Magen reduzieren soll, wenngleich diese dann oftmals eine schwierige endoskopische

Orientierung aufweist, Im Folgenden werden nun die einzelnen postoperativen Szenarien detaillierter beschrieben und mögliche endoskopische Lösungsansätze aufgezeigt, Bild Ia.

Generell kann bei BII-Anatomie auf Grund der regelhaft kurzen afferenten Schlinge (30–40 cm) mit hohen Raten einer erfolgreichen Durchführung der ERCP gerechnet werden. In einer aktuellen Metaanalyse, wenngleich größtenteils auf retrospektiven Daten beruhend, wird eine Erfolgsrate von 91 % für die Intubation des afferenten Schenkels bzw. 88 % für eine erfolgreiche selektive Kanülierung beschrieben [2]. Dies gilt sowohl für die Verwendung von Duodenoskopen als auch für die Verwendung von „forward-viewing“-Endoskopen, wobei hier der Gebrauch einer Abstandskappe große Vorteile bietet [3]. Als mögliche Komplikationen, welche mit

7 % angegeben werden, stehen höhere Perforationsraten der Duodenoskope höheren post-ERCP-Pankreatitisraten der forward-viewing-Endoskope gegenüber [2].

Im Falle des Gebrauchs eines Duodenoskops (Arbeitskanal 4,2 mm) oder therapeutischen Gastroskops (Arbeitskanal 3,8 mm), bestehen auch keine wesentlichen Limitationen in punkto der Verwendung von Standard-ERCP-Zubehör, einschließlich Cholangioskopen und möglicher Stent-Insertion. Sollte die Erreichbarkeit der Papille auf Grund starken Geräteaufschubs im Magen oder in der afferenten Schlinge nicht möglich sein, wird diese in der Regel mit einem kurzen pädiatrischen Koloskop (Gerätelänge 133 cm) gelingen, wengleich dann auf Grund des kleineren Arbeitskanals (3,2 mm) zumindest gewisse Limitationen beim endoskopischen Zubehör und bei der Stentauswahl in Kauf genommen werden müssen.

Eine Enteroskopie mit dem langen pädiatrischen Koloskop (Gerätelänge 168 cm) oder „device-assisted“-Enteroskopie-ERCP mit Ballonenteroskop oder Spiralerteroskop ist bei diesem Szenario sehr selten erforderlich, weil der Weg zur Papille eben nicht sonderlich lang ist. Die eigentliche Herausforderung besteht bei BII-Anatomie somit auch nicht in der Erreichbarkeit der Papille, sondern vor allem bei der Kanülrierung und Gangsondierung: Die Sondierungsrichtung und Schnittführung des Gallengangs steht nämlich „auf dem Kopf“, verläuft also anstelle gewohnter Weise nicht nach 11 Uhr sondern nach 5 Uhr. Für die Sondierung und Papillotomie können daher spezielle BII-Papillotome von Vorteil sein [2]. Eine weitere elegante Methode ist die Durchführung einer Nadelmesser-EPT unter zuvor in den Pankreasgang eingebrachten Prothesenschutzes [4].

**Szenario Ib:
Kurzer afferenter Schenkel und biliodigestive bzw. pankreatikodigestive Anastomose**

Dieses postoperative Szenario findet sich typischerweise nach einer Pankreatikoduodenektomie (Operation nach Kausch-Whipple). Neben dem „klassischen Whipple“ gibt es auch hier Variationen wie beispielsweise den „Pylorus-erhaltenden Whipple (pp Whipple)“ oder „Whipple mit Braunschauer Fußpunktanastomose“, Bild Ib. Endoskopisch befindet sich der Eingang in den afferenten Schenkel meistens in der 10-Uhr-Position relativ zur Gastro- bzw. Duodenojejunostomie. Es empfiehlt sich, dem gallehaltigen Schenkel gegen die Richtung der Peristaltik zu folgen. Eine gelegentliche Überprüfung der Geräteposition mittels Fluoroskopie vereinfacht die Orientierung. Wie eine aktuelle große retrospektive Multicenterstudie unserer Arbeitsgruppe zeigt, sind die ERCP-Erfolgsraten bei Whipple-Anatomie aber generell schlechter als bei einem BII-Situs (meist längerer afferenter

Schenkel und größere Angulation), wengleich sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verwendeten Endoskoptypen fanden [5].

Im klinischen Alltag ist bei diesem Szenario der Gebrauch eines Pädiaterkoloskops mit Abstandskappe besonders geeignet. Wenn die biliodigestive bzw. pankreatikodigestive Anastomose mit einem kurzen Gerätetyp (Gerätelänge 133 cm) erreicht werden kann, bestehen insgesamt weniger Limitationen bei der Verwendung von Zubehör und Stenttypen, wie z. B. bei der Einlage von selbstexpandierenden Metallstents (SEMS), Fallbeispiel 1.



Andernfalls sind auch die Verwendung von einem langen Pädiaterkroskop (Gerätelänge 168 cm) einem Ballonenteroskop oder gar einem Spiralerteroskop (s. S. 08) weitere Optionen.



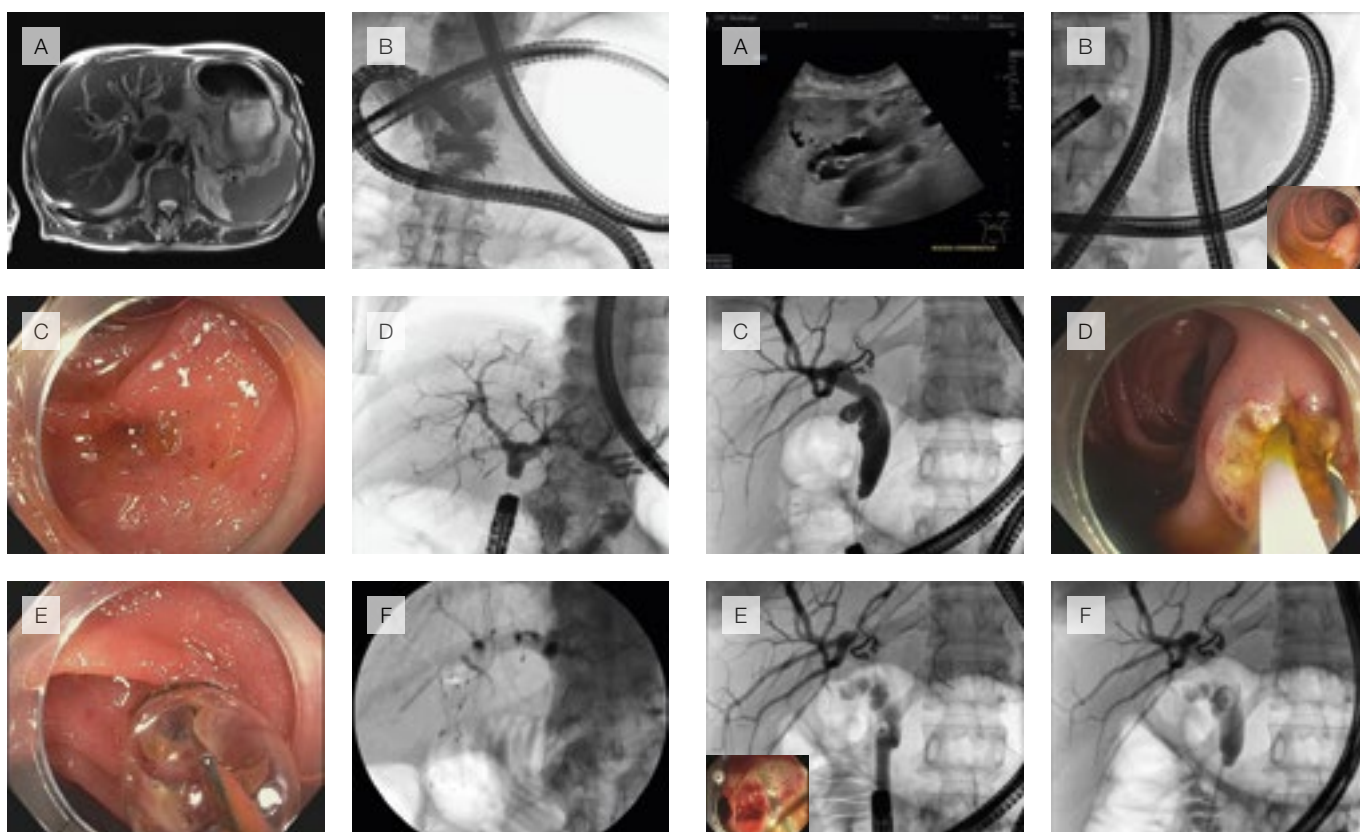
Szenario II a/b: Langer afferenter Schenkel und native Papille oder biliodigestive Anastomose

Ein langer afferenter Schenkel mit nativer Papille liegt bei einer Roux-Y-Rekonstruktion nach erfolgter Gastrektomie vor. Ein langer afferenter Schenkel mit biliodigestiver Anastomose findet sich nach vorausgegangener Leberchirurgie (Hepaticojejunostomie) oder manchmal auch nach einer Lebertransplantation. In allen Fällen sind die Raten für eine erfolgreiche Durchführung einer ERCP nochmals geringer als beim Whipple-Situs [5]. Die höchsten Erfolgsraten mit 78–96 % wurden bei der Verwendung von Ballonenteroskopen ohne Unterschied zwischen Single- und Doppelballonenteroskop beschrieben [6; 7], Fallbeispiel 2.

Die Verwendung von kurzen Gerätetypen (Gerätelänge 152 cm statt 200 cm, Arbeitskanal 3,2 mm), welche sowohl

als Singleballon- als auch als Doppelballonenteroskop-Variante existieren, können für diese Szenarien von Vorteil sein, weil sie mit weniger Limitationen bei der Verwendung von Zubehör und Stenttypen einhergehen und zudem eine schnellere Untersuchungsdauer ermöglichen. Exemplarisch lag die Erfolgsrate in einer retrospektiven Analyse von 117 konsekutiven Enteroskopie-ERCPs mit dem kurzen Singleballonenteroskop bei 82 % [8].

Eine weitere neue Option stellt bei diesem Szenario die Durchführung einer ERCP mit dem Power-Spiral-Enteroskop dar. Hierbei handelt es sich um eine neue Technologie (Markteinführung 2019), welche alle Vorteile der klassischen Spiraleroskopie bietet, aber gegenüber den herkömmlichen Enteroskopieverfahren eine kürzere Behandlungsdauer bei größerer Eindringtiefe verspricht, wie auch in zwei kürzlich abgeschlossenen internationalen Multicenter-Studien bestätigt wurde [9; 10].



Fall 1: 65-jähriger Patient mit Cholangitis bei Z. n. Roboter-assistierter pp Whipple-Operation mit Hepatico-Jejunostomie

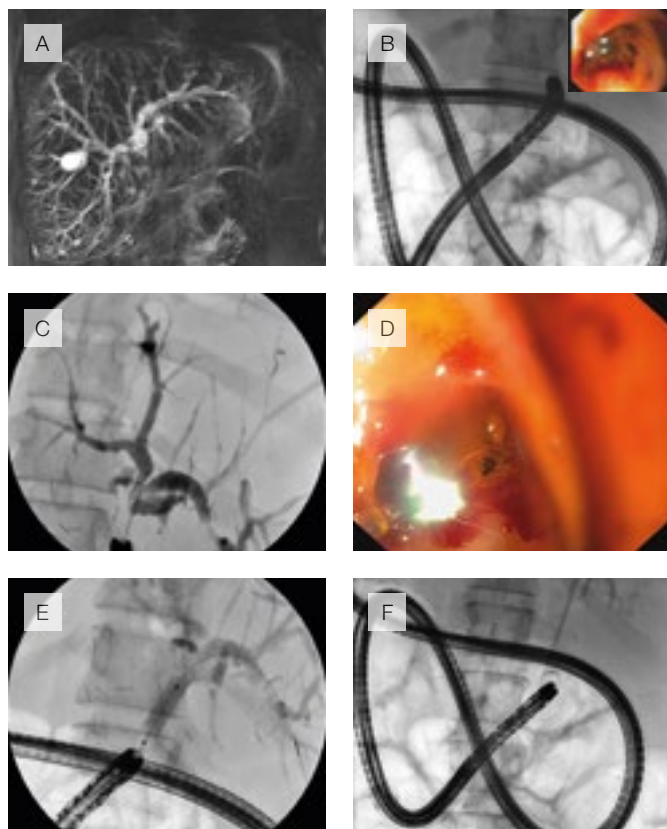
- A: MRT zeigt Cholestase bei V. a. BDA-Stenose
- B: Vorspiegeln mit dem PCF mit Kappe zum Ende des afferenten Schenkels, Schlingenbildung im Magen
- C: Endoskopischer Blick auf die BDA-Stenose
- D: Begradigte Geräteposition: Nach Kanülierung und KM-Darstellung Bestätigung der hochgradigen BDA-Stenose
- E: Drahtgeführte Ballondilatation unter endoskopischer Sicht
- F: Einlage eines 4 cm / 10 mm voll-gecoverten Metallstents über die Stenose

Fall 2: 41-jährige Patientin mit Cholestase nach Magen-Bypass

- A: Sono-Abdomen zeigt eine extrahepatische Cholestase
- B: Vorspiegeln mit dem Power-Spiral-Enteroskop mit Kappe über die Roux-Y-Anastomose retrograd zur Papille
- C: Nach KM-Darstellung kurzstreckige distale Gallengangsstenose (a. e. postentzündlich), zweiter Führungsdraht im Pankreasgang
- D: Retrograder Blick auf die Papille während Papillotomie, Papillotom im Gallengang, zweiter Führungsdraht im Pankreasgang
- E: Ballondilatation der distalen Stenose auf 8 mm
- F: Einlage eines 7 cm langen 7 Fr Doppel-Pigtailstent

Dieses Verfahren eignet sich somit auch zur Durchführung einer Enteroskopie-ERCP, und erste Studienergebnisse [11] bestätigen eigene sehr positive Erfahrungen hinsichtlich einer sicheren Durchführung und hoher Erfolgsraten. Es gilt zu beachten, dass auch die Power-Spiralenteroskopie eine Lernkurve aufzeigt und insbesondere die Passage in den afferenten Schenkel eine gewisse Erfahrung benötigt. Mögliche Limitationen können bei Patienten mit Verwachsungen oder Aszites bestehen, und der Eingriff sollte zum Aspirationschutz regelhaft in Intubationsnarkose erfolgen.

Als weitere gute Alternativen kommen beim Szenario des langen afferenten Schenkels, insbesondere bei malignen Erkrankungen (z. B. Rezidiv eines Klatskin-Tumors im Bereich der biliodigestiven Anastomose) EUS-gesteuerte Drainage-Verfahren wie eine EUS-gesteuerte Hepatiko-gastrostomie (EUS-HG) in Betracht, welche durch den erfahrenen interventionellen Endoskopiker gut und sicher durchzuführen ist



Fall 3: 22-jährige Patientin mit Cholangitis bei Zustand nach orthotoper Lebertransplantation mit Hepatikojejunostomie und Roux-Y-Anastomose
 A: MRCP zeigt Cholestase bei V.a. BDA-Stenose
 B: Mit dem SBE vorspiegeln bis zur BDA, welche vollständig durch Casts verlegt ist
 C: Cholangiogramm zeigt vollständigen Füllungsdefekt auf Höhe der BDA mit konsekutiver Cholestase
 D: Unter direkter Sicht erfolgt die Fragmentierung der impaktierten Casts mittels elektrohydraulischer Lithotripsie (EHL)
 E: Drahtgeführte Ballondilatation der BDA auf 8 mm
 F: Einlage eines 4 cm langen 7 Fr Pigtailstents über die BDA

und hohe Erfolgsraten aufzeigt [12], Fallbeispiel 3. Über einen solchen Zugang ist dann sowohl eine antegrade Dilatation/ Stenting einer möglichen BDA-Stenose als auch eine permanente retrograde Drainage durch die Insertion eines Stents (vorzugsweise halbgecoverter Metallstent) zwischen Magen und Leber möglich.

Szenario III: Sehr langer afferenter Schenkel und native Papille (Magen-Bypass)

Dieses Szenario nimmt auf Grund des zunehmenden Stellenwerts der Adipositas-Chirurgie in den letzten Jahren deutlich an Häufigkeit zu. Die Notwendigkeit einer ERCP ergibt sich bei diesen Patienten oftmals wegen des Risikos, auf Grund des schnellen Gewichtsverlustes postoperativ Gallensteine zu entwickeln (Inzidenz 7–8 %) [13]. Der Roux-Y-Magenbypass beinhaltet meistens einen sehr langen afferenten Schenkel von 100 bis teils > 200 cm und stellt dann eine große endoskopische Herausforderung dar. So verwundert es nicht, dass die therapeutische Erfolgsquote der ERCP sowohl mittels Pädiaterkoloskopie als auch mittels Ballonenteroskopie mit 60 % nicht sonderlich hoch ist [14].

Nachdem bereits eine erfolgreiche Anwendung der konventionellen Spiralenteroskopie in hoch spezialisierten Zentren mit Erfolgsraten von bis zu 86 %, bei allerdings durchschnittlicher Untersuchungsdauer von drei Stunden, beschrieben wurden [15], zeigen eigene Erfahrungen, dass auch die neu verfügbare Technik der Power-Spiral-Enteroskopie für dieses Szenario noch geeigneter erscheint. Ein wesentlicher Vorteil liegt hierbei in der vollständigen Respektierung der postoperativen anatomischen Gegebenheiten und regelhaften Erreichbarkeit des ausgeschalteten Magens und der davor liegenden Papille im Duodenum. Anspruchsvoll ist allerdings in diesem Falle die Kanülierung der nativen Papille, weil sich auf Grund der Endoskopräherung von hinten mit Geradeausoptik oftmals ungünstige Sondierungswinkel ergeben. Es gilt zudem zu beachten, dass sich analog zu einem langen pädiatrischen Koloskop (Gerätelänge 168 cm) auch Limitationen bei der Verwendung von Zubehör und Stenttypen ergeben, wobei die Insertion von 7 Fr Plastikstents sowie die Insertion spezieller Metallprothesen regelhaft möglich ist.

Eine weitere sehr elegante Alternative ist beim Szenario des Magen-Bypasses die Durchführung einer EUS-gesteuerten transgastrischen ERCP (EDGE). Hierbei erfolgt die ERCP nach vorausgegangener EUS-gesteuerter Gastro-Gastrostomie bzw. Jejuno-Gastrostomie, Bild 2a, 2b.

In einer aktuellen retrospektiven Vergleichsstudie hat sich die EDGE gegenüber der Ballonenteroskopie-basierten ERCP hinsichtlich technischer Erfolgsrate, Untersuchungsdauer

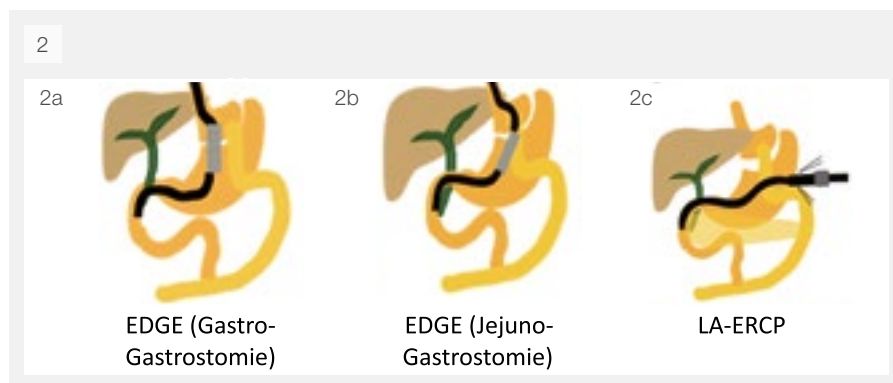


Bild 2: Übersicht vom Autor modifiziert nach Kruttsri C et al. [1]*
Magen-Bypass
Alternative Zugangswege zur Papille
2a: EDGE (Gastro-Gastrostomie)
2b: EDGE (Jejuno-Gastrostomie)
2c: LA-ERCP

sowie Hospitalisierungsdauer bei Patienten mit Magen-Bypass als vorteilhaft erwiesen [16]. Analog ist ein solches Vorgehen auch bei Notwendigkeit einer ERCP im Falle einer obstruktiven Magenausgangsstenose (zunächst Anlage einer EUS-gesteuerten Gastro-Jejunostomie, dann Durchführung einer „retrograden“ ERCP) bzw. im Falle eines „afferent loop Syndroms“ bei Z. n. Whipple oder Roux-Y möglich [17].

Ebenfalls kommt auch beim Patienten mit Magen-Bypass für den Gallenwegszugang die EUS-gesteuerte Hepatikogastrostomie (EUS-HG) in Betracht, welche in geübter Hand mit sehr hohen Erfolgsraten einhergeht [18]. Hierbei erfolgt die EUS-gesteuerte direkte Punktion des Lebersegmentes II oder III und gefolgt von der Vorlage eines transpapillären Drahts. Im Anschluss können dann nach erfolgter Punktion über diesen einliegenden Draht Prozeduren (z. B. Konkremententfernung) antegrad oder auch retrograd in Rendez-vous-Technik, allerdings auf Grund des langen Wegs zur Papille mit hoher Dislokationsgefahr, durchgeführt werden.

Alternativ ermöglicht auch der Einsatz einer laparoskopisch assistierten ERCP (LA-ERCP), Bild 2c, deren Durchführung bei sehr langem afferenten Schenkel und insbesondere im Falle einer gleichzeitig notwendigen Cholezystektomie besonders sinnvoll ist, eine hohe Erfolgsrate. In einer retrospektiven vergleichenden Studie wurden für die LA-ERCP eine höhere

Papillenidentifikationsrate, Kanülierungsrate und therapeutische Erfolgsrate gegenüber der Doppelballon-gestützten ERCP beschrieben (100 % vs. 72 %, 100 % vs. 59 % und 100 % vs. 59 %) [19]. Allerdings geht die LA-ERCP mit einer gewissen Invasivität einher, benötigt ein chirurgisches Setting im Operationssaal und birgt potenzielle Komplikationen der Laparoskopie (Port-Infektionen, Hernien), welche bei 1 – 20 % der Patienten zu beobachten sind [20].

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die ERCP bei Patienten mit chirurgisch veränderter Anatomie erfordert eine hohe interventionell-endoskopische Expertise sowie ein gutes Verständnis über die erfolgte Operation und damit einhergehende veränderte Anatomie (z. B. Länge des afferenten Schenkels). Hiernach richtet sich dann die Auswahl des am besten geeigneten Endoskops und Zubehörs sowie der am besten geeigneten interventionell-endoskopischen Technik. In Tabelle 1 und 2 sind Vorschläge hinsichtlich Endoskopwahl und Technik für die verschiedenen Szenarien zusammengefasst.

Gerätetyp	Szenarien	Gerätelänge	Arbeitskanal	Instrumentenlänge	Stents
Duodenoskop	BII, Whipple	1240 mm	4,2 mm	Standard	7 – 11,5 Fr, SEMS
Pädiatrisches Koloskop kurz	BII, Whipple	1330 mm	3,2 mm	Standard	7 Fr, SEMS
Pädiatrisches Koloskop lang	Whipple, Roux-Y, BII	1680 mm	3,2 mm	Lang	7 Fr, SEMS (1960 mm)
SBE/DBE kurz	Whipple, Roux-Y, BII	1520/1550 mm	3,2 mm	Standard	7 Fr, SEMS
SBE/DBE lang	Magen-Bypass, Roux-Y, Whipple, BII	2000 mm	3,2 mm (2,8 mm)	Lang	7 Fr
PowerSpiral	Roux-Y, Whipple, Magen-Bypass	1680 mm	3,2 mm	Lang	7 Fr, SEMS (1960 mm)

Tabelle 1

Weitere Alternativen	Szenarien	Beschreibung
EUS-gesteuerte ERCP (EDGE)	Magen-Bypass, ggf. auch Whipple, Roux-Y	EUS-gesteuerte Gastro-Gastrostomie, Jejuno-Gastrostomie oder Gastro-Jejunostomie, dann ERC
EUS-HG antegrad	Roux-Y, Whipple, Magen-Bypass	EUS-gesteuerter transhepatischer Zugang, z. B. antegrades Stenting der BDA
EUS-HG retrograd	Roux-Y, Whipple	EUS-gesteuerter transhepatischer Zugang, retrogrades Stenting (Hepatico-Gastrostomie)
EUS-Rendez-vous	BII, Whipple, Roux-Y, Magen-Bypass	EUS-gesteuerter transhepatischer Zugang, Rendez-vous an Papille bzw. BDA
Laparoskopie-gestützte ERCP (LA-ERCP)	Magen-Bypass	Laparoskopischer Zugang zum Magen, dann ERC

Tabelle 2



Literatur

- [1] Kruttsri C, Kida M, Yamauchi H, Iwai T, Imaizumi H, Koizumi W. Current status of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with surgically altered anatomy. *World J Gastroenterol.* 2019 Jul 14;25(26):3313-3333
*Bild 1, Bild 2, © The Author(s) 2019, distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0), <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>
- [2] Park TY, Song TJ. Recent advances in endoscopic retrograde cholangiopancreatography in Billroth II gastrectomy patients: A systematic review. *World J Gastroenterol.* 2019 Jun 28;25(24):3091-3107
- [3] Bove V, Tringali A, Familiari P, Gigante G, Bošković I, Perri V, Mutignani M, Costamagna G. ERCP in patients with prior Billroth II gastrectomy: report of 30 years' experience. *Endoscopy* 2015; 47: 611-616
- [4] van Buuren HR, Boender J, Nix GAJJ, van Blankenstein M. Needle-knifephincterotomy guided by a biliary endoprosthesis in Billroth II gastrectomy patients. *Endoscopy* 1995; 27: 229-232
- [5] Nennstiel S, Freivogel K, Faber A, Schlag C, Haller B, Blöching M, Dollhopf M, Lewerenz B, Schepp W, Schirra J, Schmid RM, Neu B. Endoscopic and percutaneous biliary interventions in patients with altered upper gastrointestinal anatomy-the Munich Multicenter Experience. *Surg Endosc.* 2021 Dec;35(12):6853-6864
- [6] Tanisaka Y, Mizuide M, Fujita A, Ogawa T, Suzuki M, Katsuda H, Saito Y, Miyaguchi K, Tashima T, Mashimo Y, Ryozaawa S. Recent Advances of Interventional Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography and Endoscopic Ultrasound for Patients with Surgically Altered Anatomy. *J Clin Med*
- [7] Yamauchi H, Kida M et al. Short-type single balloon enteroscope for endoscopic retrograde cholangiopancreatography with altered gastrointestinal anatomy. *World J Gastroenterol.* 2013 Mar 21; 19(11): 1728-1735
- [8] Yane K, Katanuma A, Maguchi H, Takahashi K, Kin T, Ikarashi S, Sano I, Yamazaki H, Kitagawa K, Yokoyama K, Koga H, Nagai K, Nojima M. Short-type single-balloon enteroscope-assisted ERCP in postsurgical altered anatomy: potential factors affecting procedural failure. *Endoscopy.* 2017
- [9] Beyna T, Arvanitakis M, Schneider M, Geroges C, Böing D, Devière J, Neuhaus H. Motorised spiral enteroscopy: first prospective clinical feasibility study. *Gut.* 2021 Feb;70(2):261-267
- [10] Beyna T, Moreels T, Arvanitakis M, Rath T, Schlag C, Agnholt J, Puustinen L, Saurin JC, Bjerregaard NC, Knabe M, Nennstiel S, Schneider M, Neurath M, Pioche M, Paulsen V, Aabakken, May A, Deviere J, Neuhaus H. Motorized spiral enteroscopy: results of an international multicenter prospective clinical trial (SAMISEN) including patients with postsurgical/alterd anatomy. *UEG 2021 (oral presentation)*
- [11] Schneider M, Neuhaus H, Beyna T: Motorized Spiral Enteroscopy-Assisted ERCP in Altered Gastrointestinal Anatomy: First Clinical Series. *Endoscopy* 2021; 53(S 01): S65-S66 (abstract)
- [12] Giovannini M. EUS-guided hepaticogastrostomy. *Endosc Ultrasound* 2019;8:S35-9
- [13] Snauwaert C, Laukens P, Dillemans B, Himpens J, De Looze D, Deprez PH, Badaoui A. Laparoscopy-assisted transgastric endoscopic retrograde cholangiopancreatography in bariatric Roux-en-Y gastric bypass patients. *Endosc Int Open* 2015
- [14] Shimatani M, Takaoka M, Tokuhara M, Miyoshi H, Ikeura T, Okazaki K. Review of diagnostic and therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography using several endoscopic methods in patients with surgically altered gastrointestinal anatomy. *World J Gastrointest Endosc* 2015; 7: 617-627
- [15] Ali MF, Modayil R, Gurrin KC, Brathwaite CEM, Friedel D, Stavropoulos SN. Spiral enteroscopy-assisted ERCP in bariatric-length Roux-en-Y anatomy: a large single-center series and review of the literature (with video). *Gastrointest Endosc* 2018; 87: 1241-1247
- [16] Bukhari M, Kowalski T, Nieto J, Kunda R, Ahuja NK, Irani S, Shah A, Loren D, Brewer O, Sanaei O, Chen YI, Ngamruengphong S, Kumbhari V, Singh V, Aridi HD, Khashab MA. An international, multicenter, comparative trial of EUS-guided gastrogastrostomy-assisted ERCP versus enteroscopy-assisted ERCP in patients with Roux-en-Y gastric bypass anatomy. *Gastrointest Endosc.* 2018
- [17] Schlag C, Abdelhafez: Erfolgreiches BDA-Stenting nach endoskopischer Duodenojejunosomie für eine Patientin mit Cholestase bei BDA-Stenose und afferent loop Syndrom. Abstract. *DGEBV* 2018
- [18] Hosmer A, Abdelfatah MM, Law R, Baron TH. Endoscopic ultrasound-guided hepaticogastrostomy and antegrade clearance of biliary lithiasis in patients with surgically-altered anatomy. *Endosc Int Open* 2018; 6: E127-E130 [PMID: 29399608 DOI: 10.1055/s-0043-123188]
- [19] Schreiner MA, Chang L, Gluck M, Irani S, Gan SI, Brandabur JJ, Thirby R, Moonka R, Kozarek RA, Ross AS. Laparoscopy-assisted versus balloon enteroscopy-assisted ERCP in bariatric post-Roux-en-Y gastric bypass patients. *Gastrointest Endosc* 2012; 75: 748-756.
- [20] Abbas AM, Strong AT, Diehl DL, Brauer BC, Lee IH, Burbridge R, Zivny J, Higa JT, Falcão M, El Hajj II, Tarnasky P, Enestvedt BK, Ende AR, Thaker AM, Pawa R, Jamidar P, Sampath K, de Moura EGH, Kwon RS, Suarez AL, Aburajab M, Wang AY, Shakhatreh MH, Kaul V, Kang L, Kowalski TE, Pannala R, Tokar J, Aadam AA, Tzimas D, Wagh MS, Draganov PV; LA-ERCP Research Group. Multicenter evaluation of the clinical utility of laparoscopy-assisted ERCP in patients with Roux-en-Y gastric bypass. *Gastrointest Endosc* 2018; 87: 1031-1039



Erfolgreiche Drainagetherapie mit LAMS bei infizierter WON

Fallbericht Plumberstent



Ein Artikel von:



**Prof. Dr. med.
Benjamin M. Walter**

Ärztlicher Leiter Zentrale Endoskopie

Klinik für Innere Medizin,
Universitätsklinikum Ulm
Albert-Einstein-Allee 223
89081 Ulm
Benjamin.walter@uniklinik-ulm.de



Der Stellenwert der interventionellen Endoskopie ist im Bereich der Drainage von Verhalten, die in Folge einer Pankreatitis entstanden sind, in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Die aktuelle Datenlage zeigt mittlerweile sogar eine Überlegenheit der interventionell endoskopischen Herangehensweise gegenüber der vormals üblichen chirurgischen Therapie.

Die akute Pankreatitis ist eine, von der Ätiologie her unterschiedliche und oft multifaktoriell induzierte, primär sterile Inflammation des Pankreas. Über die Freisetzung von proteolytischen und lipolytischen Enzymen, die Freisetzung von pro-inflammatorischen Zytokinen und vasoaktiven Peptiden führt diese zu einem unkontrollierten Gewebsuntergang, zu einer systemischen Inflammation und zu einer durch endotheliale Leckage induzierten,

generalisierten Extravasation von Flüssigkeit.

Wie in den revidierten Atlanta-Kriterien dargelegt, wird bei der komplikativ (15 – 20 %) verlaufenden Pankreatitis zwischen akuter interstitieller und akuter nekrotisierender Pankreatitis unterschieden.

Die auftretenden Flüssigkeitsverhalte werden daher als akute peripankreatische Flüssigkeitsansammlungen (APFC) oder akute nekrotische Verhalte (ANC) bezeichnet. Bei Persistenz wandeln diese sich im Verlauf von ≥ 4 Wochen in sogenannte pankreatische Pseudozysten (PP) oder Walled-off-Nekrosen (WON) unter Entwicklung einer Abkapselung von den Umgebungsstrukturen um.

Drainage einer infizierten Walled-off-Nekrose nach biliärer Pankreatitis

Eine Indikation zur interventionellen Therapie ergibt sich bei einer

klinischen Symptomatik, Infektion der Zyste oder lokalen Komplikationen wie z. B. Duodenal- oder Gallengangsstenosen. Die geeignete Therapie (Step-up approach) richtet sich daher nach Zeitpunkt seit Beginn der Erkrankung, dem klinischen Verlauf und dem geeigneten Zugangsweg. Während bei isolierten, oft rein flüssigkeitsgefüllten Pseudozysten oftmals die Einlage eines oder mehrerer Plastikstents (DPPS, Pigtailstents) ausreichend ist, ist bei der mit nekrotischem Material angefüllten WON die Anlage eines selbst-expandierenden Metallstents (SEMS) oder eines sogenannten ‚lumen apposing metal stents‘ (LAMS) sinnvoll. Diese ermöglichen einen direkten Zugang in die Nekrosehöhle zur Ausräumung von solidem Nekrosematerial.

Exemplarisch wird im Folgenden das Vorgehen in der Zentralen Endoskopie der Universitätsklinik Ulm dargestellt.

Der vorliegende Fall ist der einer infizierten WON bei einem 65-jährigen Patienten nach biliärer Pankreatitis (Bild 1).

Zunächst erfolgt transgastral, seltener ist ein transbulbärer Zugang, eine endosonografisch gesteuerte Punktion des Verhaltes. Sinnvoll ist die Verwendung des endosonografischen Flow modes (Bild 2), um das Risiko einer akzidentiellen Punktion kreuzender Gefäße vorab zu reduzieren.

Nach Überprüfung der korrekten Lage der Nadel im Verhalt kann zur mikrobiologischen Analyse mittels Aspiration Material gewonnen werden (Bild 3).

Zur Sicherung des Zugangsweges erfolgt die Einlage eines Drahtes. Nach Entfernung der Punktionsnadel in Seldingertechnik wird eine Erweiterung des Zugangsweges mittels Ringmesser durchgeführt. Alternativ kann auch ein Zystotom eingesetzt werden. Falls notwendig, kann in einem weiteren Schritt die Einstichstelle noch konventionell bougiert werden. Wichtig ist, die Distanz zwischen Magenwand und Verhalkapsel richtig einzuschätzen bzw. zu messen, um so die korrekte Stentgröße wählen zu können.

Der Stent wird mit der distalen Tulpe im Verhalt und mit der proximalen Tulpe im Magen entfaltet (Bilder 4 a – c).

Die Selbstexpansion des Stents mit einem Innendurchmesser von 16 mm ermöglicht den Zugang mit einem Standardendoskop zur Durchführung einer endoskopischen Nekrosektomie (Bilder 5 a und 5 b).

Im vorliegenden Fall konnten die Nekrosen über den geschaffenen Zugangsweg innerhalb von sechs Sitzungen vollständig entfernt werden. Die Entfernung des Hanarostents erfolgte nach Abschluss der Therapie problemlos. Der Patient konnte in einem guten Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden.

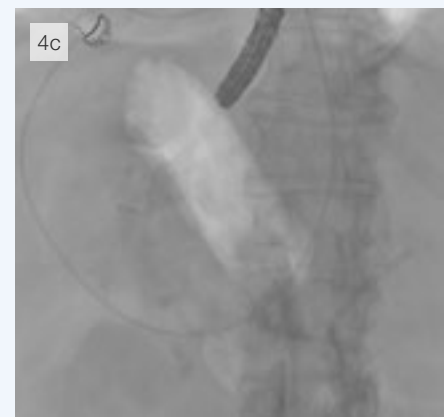
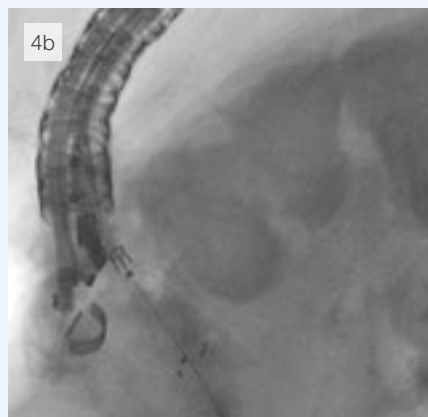


Bild 1: CT-Abdomen mit WON bei nekrotisierender Pankreatitis

Bild 2: Flow mode (EUS) zur Risikovermeidung von Gefäßpunktionen

Bild 3: Punktion des Verhaltes mit Aspirationsnadel, 19 G

Bild 4a: Endosonografische Kontrolle der Stentfreisetzung

Bild 4b: Radiologische Kontrolle der Stentfreisetzung

Bild 4c: Radiologische Lagekontrolle des Stents

Bild 5a und 5b: Endoskopische Nekrosektomie in mehreren Sitzungen

Selbstexpandierende Metallstents für Morbus-Crohn-Patienten

Vielversprechende Ergebnisse einer Single-Center-Studie

Therapeutic resolution of focal, predominantly anastomotic Crohn's disease strictures using removable stents: Outcomes from a single-center case series in the United Kingdom, Ronit Das et al., *Gastrointestinal Endoscopy*, Volume 92, Issue 2, 2020, 344-352

Deutschsprachige Zusammenfassung des Beitrags:
Barbara Opalka, Leitung Marketmanagement,
Endo-Therapie DACH, Olympus Deutschland GmbH

Fragestellung

Intestinale wie auch Anastomosenstrikturen bei Morbus Crohn können eine beachtliche Morbidität bedingen. Als möglicherweise sichere und effiziente endoskopische Alternative zu chirurgischen Eingriffen bei der Therapie von Strikturen wurde die Anwendung von selbstexpandierenden Metallstents (SEMS) untersucht. In der vorliegenden Studie werden Ergebnisse einer Single-Center-Patientenserie vorgestellt.

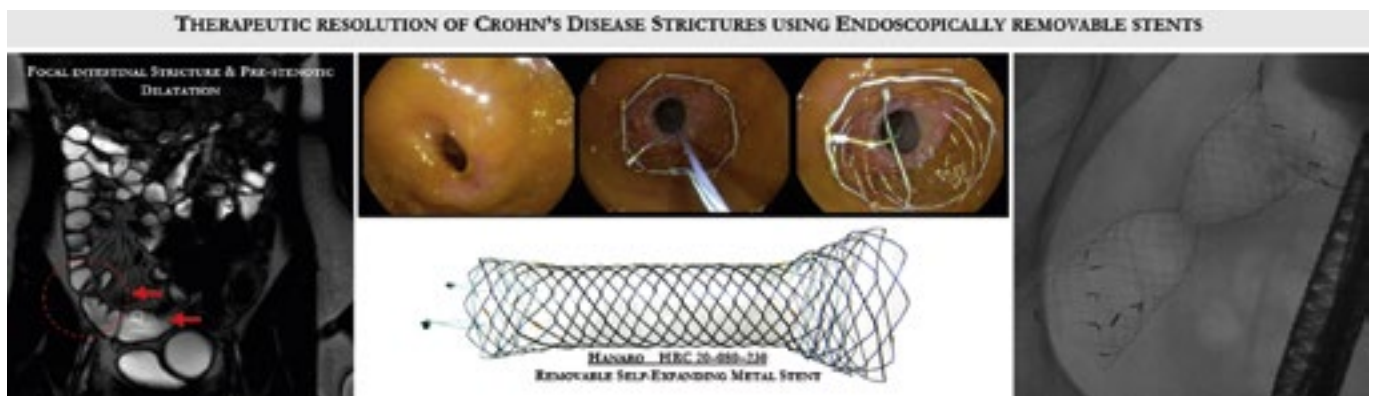
Hintergrund

Morbus Crohn als chronisch entzündliche Erkrankung ist gekennzeichnet durch eine granulomatöse transmurale Entzündung der Intestinalwand. Bedingt durch die wiederkehrenden

Entzündungen können als Folge Fisteln, Perforationen oder Strikturen entstehen. Innerhalb der ersten 10 Jahre nach Diagnosestellung entwickeln 30–50 % der Patienten behandlungsbedürftige, klinisch signifikante fibrostenotische Strikturen. Crohn-Stenosen verursachen eine signifikante Morbidität und stellen die häufigste Ursache für einen chirurgischen Eingriff bei dieser Erkrankung dar.

Trotz moderner Immunsuppression bleibt die Häufigkeit von Strikturen unverändert. Damit bleiben zur Lösung der Strikturen chirurgische oder endoskopische Methoden. Chirurgische Eingriffe wie die Strikturoplastie oder die Resektion sind klinisch wirksam, aber auch verantwortlich für einen Großteil der Hospitalisierungszeit und verursachen beachtliche Kosten. Sie sind ebenso verbunden mit unerwünschten Komplikationen wie Anastomosenleckagen, postoperativer Sepsis oder Wundinfektionen. All diese Faktoren zeigen die Notwendigkeit alternativer endoskopischer Methoden auf.

Die Ergebnisse der endoskopischen Ballondilatation sind in einer Metaanalyse zusammengefasst: einer hohen initialen Rate an technischem Erfolg stehen 4 % unerwünschte Ereignisse gegenüber. Strikturen länger als 4 cm sind mit einer erhöhten Perforationsrate verbunden. Im Follow-up sind in 56 % wiederholte Dilatationen notwendig, verbunden mit einer 27 %igen Weiterleitung zu chirurgischen Eingriffen.



© 2020 by the American Society for Gastrointestinal Endoscopy

Methode

Die Anwendung entfernbarer Metallstents für Crohn-Strikturen ist global nicht weit verbreitet. In einer prospektiven Serie wurden Ergebnisse und unerwünschte Ereignisse in einer Single-Center-Serie des Royal Derby Hospitals (University Hospitals of Derby and Burton NHS Foundation) geprüft für Patienten, die zur Stenttherapie bei stenotischem ileo-kolonischen Morbus Crohn überwiesen wurden.

Patientenselektion

Beim Routine-Follow-up wurden Patienten mit symptomatischem Crohn identifiziert. Diejenigen mit kurzen (≤ 6 cm) ileo-kolonischen anastomotischen Strikturen wurden für die Stenttherapie ausgewählt. Nur endoskopisch nicht passierbare Stenosen wurden behandelt, unzugängliche oder entzündliche Strikturen wurden ausgeschlossen. Unter endoskopischer und röntgenologischer Sicht wurde ein partiell gecoverter SEMS in 8 cm Länge mit 4 cm Beschichtung eingelegt (Hanaro HRC-20-080-230). Sieben Tage nach Stenteinlage erfolgte seine Entfernung.

Ergebnisse

Zwischen Januar 2015 und 2019 wurden aus einer Crohn-Patienten-Kohorte ($n = 245$) 21 Patienten mit Strikturen der Stenttherapie unterzogen und 23 Stents gelegt. Die Prozedur war technisch erfolgreich in 96 % der Versuche. Die Entfernung der Stents erfolgte mit 100 %igem Erfolg bei 20 von 20 Stents. Zu diesem Zeitpunkt war jede Striktur weit offen. 100 % der visualisierten Strikturen waren mindestens auf den Stentdurchmesser (20 mm) dilatiert.

Vor der Stenttherapie war die Symptom-Prävalenz abdominelle Schmerzen (91 %), Übelkeit (67 %) und Diarrhoe (62 %). Nach der Therapie reduzierten sich diese Symptome auf annähernd die Hälfte (56 % Schmerzen, 31 % Übelkeit, 31 % Diarrhoe).

Über alle Stentplatzierungen und -entfernungen wurden 5 unerwünschte Ereignisse beobachtet: 3 asymptomatische Stentmigrationen, 2 Vorstellungen mit abdominellen Schmerzen, während der Stent platziert war. Unter Letzteren musste nach Tag 6 der Stent in einer Notfallprozedur entfernt werden. Der zweite Schmerzpatient wurde analgetisch behandelt.

Diskussion

In dieser sorgfältig selektierten Patientenserie war die Stenttherapie technisch erfolgreich, sicher und klinisch effizient. Die Stentplatzierung konnte außer bei einem Patienten bei allen durchgeführt werden. Dies entspricht einer Erfolgsrate von 95 %. Die Stententfernung war zu 100 % erfolgreich ohne unerwünschte Ereignisse.

Im Vergleich zur Dilatation als First-Line-Therapie für kurze Crohn-Strikturen ist das komplette Fehlen von Perforationen bemerkenswert. Die Stenttherapie war effizient in der Lösung Striktur bezogener Symptome. 87,5 % (14 von 16) der Patienten bestätigten im CDAI-Scoring die Remission, 81,3 % (13 von 16) bestätigten einen klaren symptomatischen Benefit.

Die Haltbarkeit der Stenttherapie ist ungewöhnlich. Keiner der Patienten benötigte in der Follow-up-Periode (3 – 50 Monate) eine Striktur bezogene Operation. Bei nur 2 Patienten (9,5 %) war eine Reintervention nötig. Dies begünstigt die Therapie im Vergleich zur endoskopischen Dilatation mit einer chirurgischen Interventionsrate von 27 % im Follow-up von 15 – 70 Monaten. Der Langzeiterfolg der SEMS-Therapie muss allerdings bestätigt werden durch eine größere Patientenserie mit ausgedehntem Follow-up.

SEMS können effektiv sein bei der Symptombeseitigung für Crohn-Patienten mit kurzen Strikturen. Einige unerwünschte Ereignisse sind zu beobachten. Noch gibt es keine Langzeitstudien, die genaue Informationen über Sicherheit, Effizienz und Outcome der Stentanwendung bei Morbus Crohn aufzeigen. Bisher werden Stents nur routinemäßig für das Management kolorektaler Karzinome angewendet. Ein direkter Studienvergleich zwischen endoskopischer Dilatation und SEMS fehlt. Es ist möglich, dass SEMS klinisch effektiv und sicher angewendet werden und kurze Stenosen beseitigen können.

Weitere Informationen

Die Ergebnisse der Single-Center-Studie sind im Original und voller Länge hier nachzulesen:

 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016510720301218>





Deutsches ESD-Register

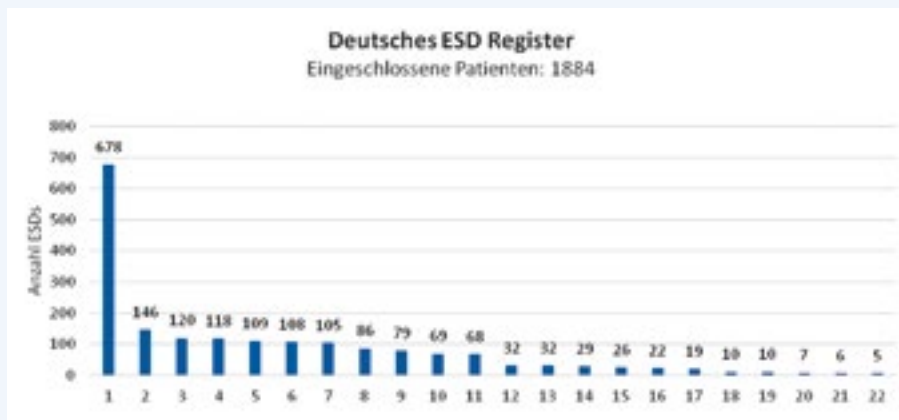
Auswertung und Zusammenfassung

Ein Beitrag von:



**OÄ Dr. med. Carola
Fleischmann (Lead-Autorin)**

Universitätsklinikum Augsburg A.ö.R.
Stenglinstraße 2
86156 Augsburg
carola.fleischmann@uk-augsburg.de



Aktueller Stand und Verteilung

Am Universitätsklinikum Augsburg werden seit dem 01.01.2017 in Deutschland durchgeführte endoskopische Submukosadissektionen zentral erfasst. Dies ist möglich durch das deutsche ESD-Register, eine prospektive, multizentrische Registerstudie. Unterstützt wurde das Projekt unter anderem durch die Firma Olympus.

Bislang stellt die endoskopische Submukosadissektion kein Standardverfahren zur endoskopischen Therapie von prämaligen und frühmaligen Läsionen im Gastrointestinaltrakt dar.

Ziel der ESD ist es, diese Läsionen en bloc zu resektieren, um eine histopathologisch klare Aussage hinsichtlich einer RO-Resektion sowie der Tiefeninfiltration treffen zu können.

Im asiatischen Raum liegen bereits Studien mit hohen Fallzahlen vor, mit sehr guten Ergebnissen unter anderem bezüglich der Rezidivrate. Aus Europa, Amerika oder Australien wurden bislang wenige Daten publiziert. Diese wurden zudem ausschließlich in Single-center-Studien erhoben.

Insgesamt fehlte bis zum deutschen ESD-Register eine systematische, deutschlandweite Datenerfassung.

Ziele und Patientenzahlen

Ziel des ESD-Registers ist es, die in Deutschland durchgeführten endoskopischen Submukosadissektionen systematisch zu erfassen und unter anderem hinsichtlich der Rezidivraten, Kosten, Komplikationen sowie der histopathologischen Beurteilung zu analysieren. Hiermit kann die ESD als Behandlungsmethode in Bezug auf Patienten-Outcome sowie Wirtschaftlichkeit weiter optimiert und etabliert werden.

1884 Patienten konnten in das Register eingeschlossen werden. Die Verteilung über die einzelnen Zentren ist im obenstehenden Diagramm zu sehen.

Ausblick und Publikation

Mit einer Patientenzahl von aktuell 1884 Patienten ist es gelungen, die mit Abstand größte prospektive Multicenter-Studie über die endoskopische Submukosadissektion in der westlichen Welt durchzuführen. Hiermit wird es möglich, die endoskopische Behandlung von Patienten mit neoplastischen Läsionen im GI-Trakt signifikant zu verbessern.

Wir werteten 1000 neoplastische Läsionen, welche in die Registerstudie eingeschlossen wurden, aus. Anhand

der erhobenen Daten konnte gezeigt werden, dass das Therapie-Outcome signifikant von der Anzahl der pro Jahr durchgeführten Untersuchungen abhängig ist. Dies wird die ESD als Behandlungsmethode in Deutschland weiter optimieren und zu einer Verbesserung der Patientenversorgung entscheidend beitragen.

Die vollständige Publikation wurde am 26.06.2021 online veröffentlicht und erschien 2021 in der Oktoberausgabe der Fachzeitschrift „Gastroenterology“ unter dem Titel: “Endoscopic Submucosal Dissection in Europe: Results of 1000 neoplastic lesions from the German ESD Registry.”

Sie finden alle Angaben sowie den kompletten Beitrag inklusive Literatur hier:

[https://
www.gastrojournal.org/
article/
S0016-5085\(21\)03163-2/
fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(21)03163-2/fulltext)





DRUCKFRISCH

Periphere Bronchoskopie

Neue OPS-Kodes für Deutschland

Seit Jahresbeginn 2022 können Kliniken, wenn sie eine Bronchoskopie mit einem ultradünnen Instrument unter 4 mm Außendurchmesser durchführen, wie etwa zur peripheren Lymphknotendiagnostik, diese direkt mit einer neuen OPS-Ziffer kodieren.

Ziffern wurden sowohl für die diagnostische als auch für die therapeutische Anwendung generiert. Diese lauten folgendermaßen:

Diagnostische Tracheobronchoskopie mit ultradünnem flexiblen Instrument

1620.30	Ohne weitere Maßnahmen
1620.31	Mit bronchoalveolärer Lavage
1620.32	Mit Alveoskopie
1620.3x	Sonstige

Vorstehende ultradünne Instrumente sind über ihren Außendurchmesser von 4 mm oder weniger definiert. Nachfolgende Codes sind nur für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 12. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben.

Thearapeutische Anwendung (z. B. thermische Dampfablation, Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Lunge)

5-339	Andere Operationen an Lunge und Bronchus
5-339b	Anwendung eines ultradünnen Tracheobronchoskops Dieser Kode ist ein Zusatzkode.



Bronchoskop BF-MP190F: Außendurchmesser Einführschlauch 3,7 mm, Distalende 3,0 mm, 1,7 mm Arbeitskanal

Weitere Informationen

Zum Bronchoskopie-Portfolio von Olympus beraten wir Sie gerne unter 49 40 23773-4777.

Darmkrebsvorsorge – bringt Licht ins Dunkel

Projekt am Universitätsklinikum Ulm



Trotz eindeutiger Studienlage zum Thema Darmkrebsprophylaxe und gesetzlicher Vorsorgemaßnahmen seit fast 20 Jahren, wird das Angebot seitens der Zielgruppen nicht im erforderlichen Umfang angenommen. Mit den Ursachen, zu denen Unsicherheiten und Ängste hinsichtlich der Fragen zählen, warum die Vorsorge wichtig ist und wie eine Darmspiegelung abläuft, befasst sich ein Vorsorgeprojekt der Endoscopy Research Unit am Universitätsklinikum Ulm auf kreative, patientenbezogene Weise. Dazu einer der Initiatoren, Professor Dr. med. Benjamin M. Walter, Ärztlicher Leiter Zentrale Endoskopie der Klinik für Innere Medizin am Universitätsklinikum Ulm: „Die Frage, die wir uns gestellt haben, war, wie können wir das Thema Darmkrebsvorsorge leicht zugänglich machen? Die Antwort, die wir realisiert haben, ist, verwenden wir etwas, das jeder kennt, aber in einem ungewohnten Kontext. Damit können wir die Zuschauenden auf einer außergewöhnlichen Weise zu diesem wichtigen Thema informieren.“

Das Ergebnis ist ein mit Hilfe der Stop-Motion-Technik entstandener 3-minütiger Informationsfilm. In diesem wird neben der Relevanz der Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge auch der Ablauf der Vorbereitung sowie die Durchführung einer Dickdarmspiegelung gezeigt. Das Besondere daran ist, dass die Szenen komplett in einer Welt aus Spielfiguren entstanden sind. Mit Hilfe dieses Mediums gelingt es Inhalte, die sonst oft angst- oder schambesetzt sind, so darzustellen, dass eine sinnvolle Distanz erreicht wird. Die Möglichkeit, sich objektiv und kindgerecht über das wichtige Thema zu informieren, bleibt dabei erhalten. Schauen Sie herein, und teilen Sie gerne den Link!

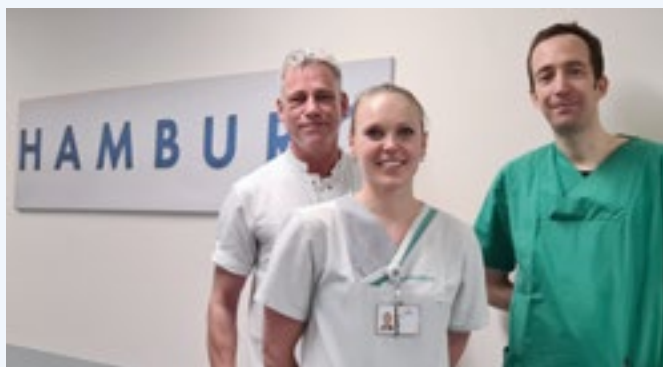
<https://www.youtube.com/watch?v=AZtoXlfEmPE>





Pneumologie und Gastroenterologie eng verzahnt: Asklepios Klinik Barmbek

„Unser Ziel ist es, den ‚State of the art‘ in der interdisziplinären Behandlung zu präsentieren.“



Im Gespräch: Professor Ralf Eberhardt

Sie sind im Mai 2021 von Heidelberg nach Hamburg gewechselt. Auf welcher Basis und mit welcher Zielsetzung wurde die Entscheidung bei Asklepios getroffen, mit Ihnen und Dr. Florian Bornitz auf eine pneumologische Doppelspitze zu setzen?

„Die Medizin im Allgemeinen und die Pneumologie im Speziellen entwickeln sich rasant und spezialisieren sich immer weiter. Als hier die Chefarztnachfolge für die Abteilung Pneumologie und internistische Intensivmedizin ausgeschrieben wurde, kam die Idee von Herrn Dr. Bornitz und mir, uns als neue Doppelspitze zu bewerben. Wir haben über 15 Jahre als Oberärzte der Thoraxklinik Heidelberg bereits gemeinsam viel Aufbauarbeit geleistet und immer gut harmoniert. Obwohl wir hier eine bereits gut funktionierende Abteilung vorgefunden haben, hatten wir die Motivation, die Abteilung gemeinsam noch weiter zu entwickeln. Da wir beide in Hamburg geboren sind, fiel uns dann die Entscheidung nicht mehr schwer, in den Norden zu wechseln.“

Wie teilen Sie sich die Pneumologie auf und welcher ist Ihr persönlicher Schwerpunkt für Ihre klinische Tätigkeit hier?

„Bereits in Heidelberg hatten Herr Dr. Bornitz und ich jeder seinen eigenen Schwerpunkt. Obwohl wir uns beide vertreten können und beide die allgemeine Pneumologie abdecken, hat Herr Dr. Bornitz seinen Schwerpunkt weiterhin auf der internistischen Intensivtherapie, der Beatmungsmedizin und dem Weaning von langzeitbeatmeten Patienten. Ich bin in Hamburg angetreten, um mit Herrn Professor von Hahn ein großes interdisziplinäres Zentrum für Endoskopie und interventionelle Pneumologie aufzubauen. Das Ziel ist es, alle Verfahren der diagnostischen und therapeutischen Bronchoskopie den Patienten im Großraum Hamburg auf höchstem medizinischem Niveau anzubieten.“

Ein Interview mit:



Prof. Dr. med. Ralf Eberhardt

Chefarzt Pneumologie und Internistische Intensivmedizin
Schwerpunkt Interventionelle Pneumologie

Prof. Dr. med. Thomas von Hahn

Chefarzt Gastroenterologie und Interventionelle Endoskopie

Stefanie Wischhusen

Funktionsdienstleitung Endoskopie
Gastroenterologie und Interventionelle Endoskopie

Asklepios Klinik Barmbek
Rübenkamp 220, 22307 Hamburg
Tel.: 040 1818820



Kurz vorgestellt

Asklepios Klinik Barmbek

1913 gegründet und seit 2005 in neu bezogenen Gebäuden, umfasst die Asklepios Klinik Barmbek 19 Abteilungen mit über 1.600 Mitarbeitenden. Jährlich finden dort über 35.000 stationäre und etwa 50.000 ambulante Behandlungen statt. Menschen aus Barmbek und Umgebung wenden sich bei allen gesundheitlichen Fragestellungen an das Haus, das gleichzeitig über Behandlungsschwerpunkte verfügt, die über Hamburgs Grenzen hinaus gefragt sind. So ist die Klinik Barmbek als Teil des Asklepios Tumorzentrums Hamburg auf die Behandlung von soliden Tumoren in Thorax und Bauchraum spezialisiert. Entsprechend arbeiten die Fachdisziplinen Gastroenterologie, Pneumologie, Radiologie, Thoraxchirurgie, Viszeralchirurgie, Onkologie und weitere eng verzahnt, wie auch das Interview zeigt.

Wie empfinden Sie Umstellung und Integration in ein interdisziplinäres Klinikteam im Vergleich zu Ihrer vorherigen Arbeit in einer spezialisierten Lungenfachklinik?

„Zunächst muss ich natürlich anmerken, dass wir durch die Zentrale Notaufnahme der AK Barmbek an der medizinischen Grund- und Regelversorgung der Hamburger Bürger beteiligt sind. Darüber hinaus sehen wir uns auch als Schwerpunkt-klinik für sämtliche pneumologische Krankheitsbilder und kooperieren hier mit den niedergelassenen Kollegen. Durch den Zusammenschluss der gastroenterologischen Endoskopie und der Bronchoskopie ergeben sich jetzt aber viele Synergien. Es ist nicht nur ein räumlicher Zusammenschluss, sondern wir können durch die ‚kurzen Wege‘ unsere Patienten nun gemeinsam und interdisziplinär bestmöglich und ggf. auch zeitgleich behandeln.“

Im Gespräch: Professor Thomas von Hahn

Sie sind in Ihrer Abteilung unter anderem auf die Behandlung von Frühkarzinomen im Verdauungstrakt und die hepatobiliäre Therapie spezialisiert. Beeinflusst die neue Interdisziplinarität Ihren Klinikalltag und welche Vorteile hat die enge Kooperation mit den Pneumologen?

„Ein klarer Vorteil ergibt sich bei Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenen Ösophagus- und Lungenkarzinomen, wo wir gemeinsam etwa Stenosen oder Fisteln behandeln, die die Atem- und Speisewege gleichzeitig betreffen. Dies war auch vorher möglich, aber der logistische Aufwand ist durch die räumliche Nähe viel geringer und die Abläufe klappen sehr gut. Es gibt darüber hinaus etliche kleinere Vorteile, wie die Durchführung von ÖGD und Bronchoskopie hintereinander, um mehrfache Sedierungen zu vermeiden oder die gemeinsame Nutzung von Ressourcen wie Notfallwagen oder Anästhesiezeiten.“

Langfristig hoffen wir, dass die tägliche Zusammenarbeit auch eine gute Basis ist, um Ideen und Techniken auszutauschen. Ich denke da zum Beispiel an die Nutzung von virtuellen Chromoendoskopieverfahren – da ist die gastrointestinale Endoskopie möglicherweise etwas weiter. Umgekehrt können wir in Sachen Atemüberwachung und -unterstützung während der Sedierung vielleicht von der Pneumologie lernen.“

Für die Realisierung Ihrer neuen interdisziplinären Endoskopie war ein Umbau notwendig. In wieweit waren Sie einbezogen und was empfehlen Sie jenen, die sich ähnlich zusammenschließen?

„Entscheidend ist eine frühzeitige Verständigung darüber, was realisiert werden soll und eine gemeinsame Planung. Dabei spielen auch Fachdisziplinen und Funktionen, die nicht

primär endoskopieren, eine wesentliche Rolle, etwa die Anästhesie, die Aufbereitung, die Medizintechnik oder der Krankentransport. Es hat eine Weile gedauert, bis wirklich alle Beteiligten an einem Tisch saßen. Dann muss man während der Umsetzung bei den Baubesprechungen immer wieder nachjustieren und Konflikte lösen. Entscheidend ist, dass alle, die später in der gemeinsamen Einheit arbeiten werden, in die Planung und Umsetzung involviert sind.“



Im Gespräch: Stefanie Wischhusen

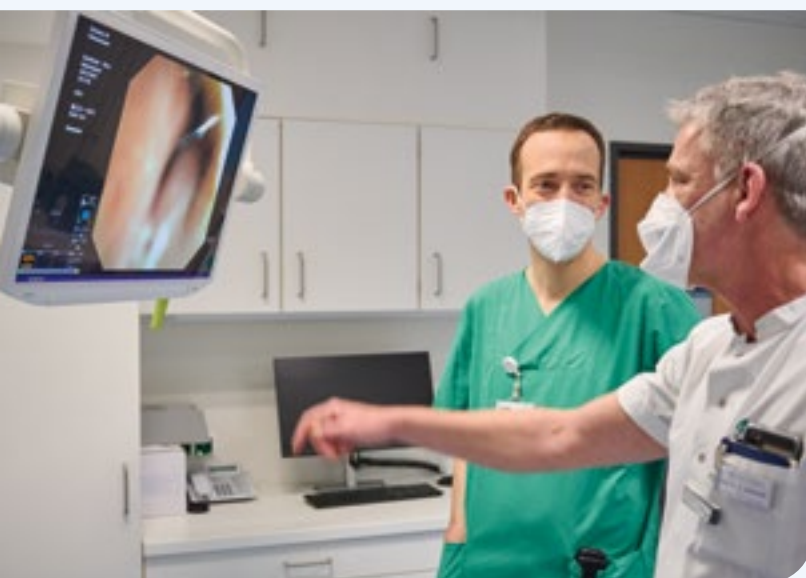
Sie leiten das pflegerische Assistenzteam für die gesamte Endoskopie. Konnten Sie Ihr Team wegen des zusätzlichen Arbeitsaufwands aufstocken?

„Seit September 2021 ist unsere Endoskopie um zwei Eingriffsräume vergrößert worden. Unser Barmbeker Team besteht nun aus insgesamt 19 Kolleginnen und Kollegen, von denen zwei überwiegend im Aufwachraum arbeiten.“

Alle anderen arbeiten variabel im Sonografiezentrum, der Anmeldung und den Eingriffsräumen. Dafür wurde auch zusätzliches Personal eingestellt, das wir aktuell einarbeiten.“

Wie haben Sie die vielköpfige Assistenz auf die Veränderung vorbereitet?

„Ich habe mein Team regelmäßig in unseren Dienstbesprechungen über alle relevanten Veränderungen der Abteilung informiert. Ich selbst war mit Prof. Eberhardt und Prof. von Hahn bei der Planung und Umsetzung, also den Baubesprechungen, immer mit vor Ort. So war ich über den aktuellen Baustand im Bilde und konnte diese Informationen transparent an das Team weitergeben.“



Was war für Sie persönlich die größte Herausforderung vor, in und nach dem Zusammenschluss? Welche Tipps können Sie anderen Endoskopieleitungen geben?

„Die größte Herausforderung während der gesamten Umbaumaßnahmen war eine wie gewohnt professionelle Versorgung unserer Patienten zu gewährleisten. Positiv erwähnen möchte ich aber eine sehr gute Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Ich kann anderen Endoskopieleitungen nur empfehlen, sich bei solchen Projekten von Anfang an mit in die Planung einzubringen. Zum einen macht es wahnsinnig viel Spaß und man lernt unfassbar viel dazu.“

Gemeinsame Ziele

Sie haben sich interdisziplinäre Fortbildung vorgenommen und sind am 5. Februar 2022 mit der Veranstaltung „Thorakale Tumore: Lunge & Ösophagus“ gestartet. Welche weiteren Themen dürfen Mediziner und Assistenzen in Hamburg und Norddeutschland erwarten?

„Unser Ziel ist es, den ‚State of the art‘ in der interdisziplinären Behandlung zu präsentieren. Natürlich wird es um endoskopische Diagnostik und Therapie gehen, aber auch die operativen Möglichkeiten und die Systemtherapie werden wir vorstellen. Lungenkarzinom und Ösophaguskarzinom erfordern beide ein starkes interdisziplinäres Team. Das haben wir hier und das wollen wir präsentieren.“

Wir möchten unsere gemeinsame Endoskopie außerdem dazu nutzen, um noch mehr als bisher Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Assistenzpersonal anzubieten.“

Über welche technischen Modernisierungen in Ihrer Endoskopie sind Sie nach dem Umbau besonders froh?

„Wir haben einen größeren und sehr professionellen Aufwachraum dazu gewonnen. Auch im Bereich der postinterventionellen Überwachung ist eine kritische Masse von Vorteil. Leider ist für uns – ebenso wie für viele Bereiche im Gesundheitswesen – die Gewinnung von qualifiziertem Personal eine große Herausforderung.“

Was wünschen Sie sich 2022 für Ihre gemeinsame Arbeit?

„Wir möchten kollegial zusammenarbeiten, voneinander lernen, uns weiterentwickeln und die besten möglichen Ergebnisse für unsere Patientinnen und Patienten erreichen.“

Frau Wischhusen, Herr Professor Eberhardt und Herr Professor von Hahn, vielen herzlichen Dank für dieses Interview!



HYGIENE

„Werterhaltende Aufbereitung flexibler Endoskope“

Neue AKI-Broschüre aus der Reihe:
Instrumenten-Aufbereitung richtig gemacht



Seit mehr als 40 Jahren ist die ‚Rote Broschüre‘ des Arbeitskreises Instrumenten-Aufbereitung (AKI) ein wertvoller Begleiter für Anwenderinnen und Anwender bei der Aufbereitung unterschiedlichster Medizinprodukte. Sie stellt eine wichtige Ergänzung zu nationalen und internationalen Richtlinien sowie zu den Angaben der Medizinproduktehersteller dar. Mit der nun vorliegenden neuen ‚Grauen Broschüre‘ legt der AKI ausschließlich den Fokus auf Anwendung und Aufbereitung flexibler Endoskope. Die Erstausgabe wurde im November 2021 auf dem WFHSS-Kongress in Genf vorgestellt.

Vor 45 Jahren gründete eine Expertinnen- und Expertengruppe den AKI mit dem Ziel der Erarbeitung, Zusammenführung sowie Publikation von Know-how aus den Fachbereichen der Entwicklung und Herstellung von Medizinprodukten, Reinigungs-Desinfektions-Geräten und Sterilisatoren, Prozesschemikalien sowie deren Interaktion während der Aufbereitungsprozesse. Basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie Erfahrung in der Aufbereitung wiederverwendbarer Medizinprodukte, wurden praxisorientierte Hilfestellungen mit dem Schwerpunkt der vorbeugenden Werterhaltung entwickelt und publiziert. Seit der Erstveröffentlichung 1979 sind mehr als 400.000 Exemplare in 20 Sprachen verbreitet worden. Die ‚Rote Broschüre‘ wird weltweit von Anwenderinnen und Anwendern wie auch zur Ausbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Aufbereitungseinheiten für Medizinprodukte (AEMP) geschätzt.

Die neue ‚Graue Broschüre‘ mit mehr Informationen über Anwendung und Aufbereitung flexibler Endoskope

Ein wichtiges Kapitel der ‚Roten Broschüre‘ hat Oberflächenveränderungen und Schäden an Instrumenten, welche bei der Aufbereitung beobachtet werden, zum Inhalt. Es werden mögliche Ursachen und Risiken benannt sowie Empfehlungen gegeben, wie derartige Schäden vermieden werden können. Im Rahmen einer europäischen Fachkonferenz zur Aufbereitung von Endoskopen im Jahr 2019 wurden in einer Session typische Schäden an flexiblen Endoskopen bei deren Aufbereitung vorgestellt. Es zeigte sich, dass in vielen

Fällen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Aufbereitungseinheiten unzureichende Kenntnisse hinsichtlich der Identifizierung, Interpretation und Bewertung von Schäden an flexiblen Endoskopen haben. In der Diskussion wurde die neue ‚Graue Broschüre‘ geboren, die eine mit der ‚Roten Broschüre‘ vergleichbare Publikation darstellt, die gleichwohl inhaltlich noch ausführlicher die werterhaltende Aufbereitung flexibler Endoskope behandelt. Bei der Umsetzung dieses Vorhabens wurde der AKI von Expertinnen und Experten führender Endoskop-Hersteller unterstützt. In der Schriftenreihe „Instrumentenaufbereitung richtig gemacht“ liegt nun die ‚Graue Broschüre‘ vor, die dem Aufbereitungspersonal in vielen interessanten Kapiteln Empfehlungen und Hinweise für eine fachgerechte und sichere Aufbereitung von flexiblen Endoskopen gibt und somit deren Funktion und Wert über einen langen Zeitraum zu erhalten hilft.

Weitere Informationen

Die erste Ausgabe der ‚Grauen Broschüre‘ ist in Englisch, Deutsch, Französisch, Spanisch, Russisch und Polnisch erhältlich. Alle Versionen können über die Webseite www.a-k-i.org gegen eine Schutzgebühr digital abgerufen oder als gedruckte Ausgabe bestellt werden. Für Letzteres nutzen Sie bitte folgende E-Mail-Adresse: bestellung@a-k-i.org



 www.a-k-i.org



 bestellung@a-k-i.org



HYGIENE

Neu: ETD Mini

Die flexible Aufbereitung für flexible Endoskope



Mit Olympus hat die Endoskopaufbereitung ab sofort noch mehr System und Flexibilität. Neben dem eigentlichen Reinigungsvorgang werden mittels des ETD Systems auch bei Transport, Trocknung und Lagerung sowie hinsichtlich einer lückenlosen Dokumentation höchste Standards zum Wohle von Patientinnen und Patienten sowie des Personals erfüllt. Der ETD Mini mit der Einzelkammeraufbereitung für flexible Endoskope steht in dieser Tradition und macht die Arbeit flexibler. Bei wenig Platzbedarf bringt dies Endoskopiepraxen wie Kliniken echte Mehrwerte. So ist eine Doppelvariante der kleinen Aufbereitungsautomaten interessant, da die Hygienekräfte die Möglichkeit haben, zwei vollkommen voneinander getrennte Systeme für maximale Flexibilität zu nutzen. Entweder unter Tisch oder übereinander angeordnet, ist dafür selbst in kleineren Räumen gut Platz zu finden.

Neben dem Plus an Flexibilität zählt gerade in Kliniken die Schnelligkeit. So empfiehlt sich der ETD Mini, der auch in einer Glutaraldehyd-Variante verfügbar ist, gerade bei eng getakteten Untersuchungsplänen für den Desinfektionsprozess mit Peressigsäure, wodurch die Endoskope bereits nach 20

Minuten wieder sicher aufbereitet zur Verfügung stehen. Ein weiterer Vorteil der asynchronen Aufbereitung: Eine normale 220 Volt-Steckdose reicht als Anschluss.



Olympus bietet auch bei der Aufbereitung das Komplettpaket

Seit über 30 Jahren setzt Olympus bei der Endoskophygiene auf eine enge Zusammenarbeit mit den Qualitätsherstellern Miele Professional und Ecolab. Die Kombination aus beispielloser Erfahrung und Expertise macht diese Kooperation auch von der Gerätetechnik und von der Aufbereitungsschemie her betrachtet so hochwirksam. Dies ist ein weiterer Vorteil für Hygienesicherheit und Lebensdauer flexibler Endoskope sowie für Arbeitssicherheit und Patientenschutz.

Im Falle des ETD Mini unterstreicht die Beladung des Aufbereitungskorbs außerhalb der Maschine zudem besonders die Aspekte des ergonomischen und sicheren Arbeitens. Zu einer gelungenen Aufbereitung flexibler Endoskope gehört bei dem kompaktesten System von Olympus auch die aktive Luftspülung. Durch sie entfallen zeitaufwändiges, fehlerhaftes manuelles Trocknen mit Druckluft. So steht dem Hygienepersonal ein so anwenderfreundliches und platzsparendes wie sicheres maschinelles Aufbereitungssystem zur Verfügung. Damit lassen sich in kleinen endoskopischen Praxen wie großen Kliniken die Arbeitsabläufe in der Hygiene deutlich erleichtern. Zum ETD System gehören auch der EDC plus Trockenschrank und einzigartige Dienstleistungen des Olympus Medical Service.

Olympus Medical Service

Verlässlicher Partner für Hygiene und Sicherheit auch bei der Aufbereitung

Wie bei den flexiblen und starren Endoskopen international geschätzt, steht der Olympus Medical Service mit vielfältigen Dienstleistungen auch für alle Bereiche der Aufbereitung zur Verfügung. Hierdurch können Sie zuverlässig über die gesamte Lebensdauer von den Vorteilen der ETD Mini und des EDC Plus profitieren.

Zu den Leistungen gehören im Einzelnen:

- Beratung, Installation, Inbetriebnahme, Erstvalidierung und Einweisungsschulung
- Jährliche Wartung und Revalidierung
- Reparaturservice vor Ort durch einzigartig flächendeckendes Netz mobiler Servicetechniker
- Eine Vielzahl an Hygieneserviceleistungen (z. B. hygienisch mikrobiologische Untersuchungen, Hygieneberatung) und Schulungen im Bereich CDS (Cleaning and Disinfecting Systems) des Technologie- und Marktführers in der flexiblen Endoskopie
- INFOCUS-Serviceverträge für hohe Verfügbarkeit und Budgetkontrolle

Keine Kompromisse bei der Trocknung

EDC Plus: flexibel, ergonomisch, sicher



Die zuverlässige und sichere Trocknung und Lagerung von flexiblen Endoskopen ist aus mehreren Gründen essentiell. Rekontaminationen werden vermieden, Endoskope werden vor Schäden bewahrt und Patienten werden so bestmöglich geschützt.

Der Trocken- und Lagerungsschrank EDC Plus beruht auf einem modularen Konzept, sodass die Anzahl der Endoskopplätze bedarfsgerecht ist. Die Kernmodule mit Platz für bis zu 4 oder 8 Endoskope können mit Erweiterungsmodulen ergänzt werden, sodass der EDC Plus eine Trocknung von 4, 8, 12 oder 16 Endoskopen ermöglicht. Neben der Modularität wurde beim Design des EDC Plus viel Wert auf die Ergonomie und die Prozesssicherheit gelegt.

Die Art der Gestaltung ist Grundbedingung einer schnellen und komfortablen Anwendung. Hierzu zählt z. B. das leichte Reinigen und Desinfizieren des Schrankinneren dank abgerundeter Ecken. Gleiches gilt für den leichten Zugang und die intuitive Bedienung. Der EDC Plus wird unkompliziert über einen Touchscreen gesteuert, der sogar mit Handschuhen nutzbar ist. Ein weiteres Plus für eine angenehme Arbeitsumgebung ist der sehr geringe Geräuschpegel des Trocken- und Lagerungsschranks. Wie bei Olympus üblich, ist auf die Kompatibilität mit unterschiedlichen Endoskoptypen geachtet worden. Daher sind alle gängigen Endoskop-Marken kompatibel.

Keine Kompromisse bei der Prozesssicherheit

Eine hohe Prozesssicherheit ist von zentraler Bedeutung für Patienten- und Personalgesundheit. Hierzu gehören eine eindeutige Anzeige bei Fehlern, Vermeidung der Verwechslungsgefahr, eindeutige Statusanzeigen und eine sichere Türverriegelung. Dank der Glastüren und LEDs an jedem Platz sind Statusänderungen auf einen Blick ersichtlich. Kommt es zu einem Fehler oder wurde die maximale Lagerungszeit eines Endoskops überschritten, leuchtet eine LED am entsprechenden Endoskopplatz rot auf. Wird das Endoskop noch getrocknet oder ist es bereits vollständig trocken, verändert sich die LED-Farbe entsprechend. Da auf dem Touchscreen dasselbe Farbschema verwendet wird, kann es zu keinen Verwechslungen kommen. Eine permanente Überwachung und Anpassung des Luftdrucks bei geöffneten Türen verringert zudem das Risiko von Kontaminationen.

Der EDC Plus startet den Trocknungsprozess nur dann automatisch, wenn sich der Luftstrom im Inneren des Endoskops



innerhalb der festgelegten Grenzwerte befindet. Flexibel am Boden befestigte Y-Halterungen verhindern, dass sehr lange Endoskope den Boden des EDC Plus berühren und sorgen so für eine Minimierung der Auflageflächen. In der Variante D des EDC Plus ist zusätzlich eine Verriegelungsfunktion enthalten. Ist diese aktiviert, können nur registrierte Anwender die Türen öffnen, was eine sichere Aufbewahrung und einen kontrollierten Zugang zu den Endoskopen gewährleistet.



Zusammengefasst ist der EDC Plus die ideale Wahl, wenn Endoskope unter kontrollierten Umgebungsbedingungen getrocknet und gelagert werden sollen. Die Modularität ermöglicht einen Einsatz sowohl in Praxen als auch in großen Kliniken. In Sachen Ergonomie und Prozesssicherheit ist der EDC Plus vorbildlich und erleichtert so den Alltag in der Endoskopieaufbereitung.

Weitere Informationen

Für weitere Informationen rufen Sie einfach an unter: +49 800 - 200 444 274 oder senden Sie eine Mail an customer.service@olympus.de

Sie finden darüber hinaus Informationen auf unserer Homepage im Menü ‚Serviceleistungen‘, besonders unter dem Stichwort ‚INFOCUS‘.



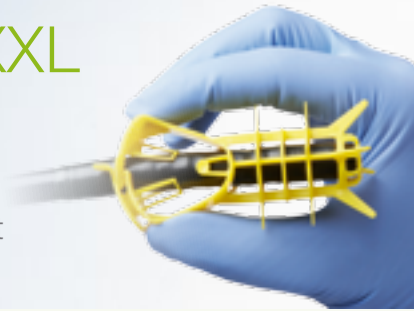
 INFOCUS



HYGIENE

Protech jetzt auch in XXL

Endoskopschutzkappen für sicheren Transport



Die Verwendung von Protech-Schutzkappen für flexible Endoskope rechnet sich ab der ersten Reparatur. Aus diesem Grund hat Olympus neue Modelle eingeführt. Waren bislang Varianten für das Distalende von Endoskopen mit Durchmessern von 2,9 mm bis 14,0 mm lieferbar, profitieren Abteilungen ab sofort auch für Endoskope mit Durchmessern von 17,9 mm. Die großen Endoskope sind besonders wertvoll und schützenswert. So sind etwa die Ultraschallendoskope am Distalende zusätzlich mit extrem empfindlichen Schallköpfen ausgestattet.

Konzipiert ist Protech generell für den Schutz beim Transport, beim Handling und bei der Lagerung. So ist das empfindliche Bauteil aller Endoskope vor jeder Form von Schlägen geschützt. Negative Folgen wie Kratzer, der Bruch der Decklinse sowie Defekte der Elektronik und des CCD-Chips werden vermieden. Diese Schäden, die im schlimmsten Fall zum kompletten Bildverlust führen, sind für 45 % aller Reparaturkosten verantwortlich. Um eine ordnungsgemäße Reinigung der Endoskope sicherzustellen, ist die Schutzkappe unmittelbar vor der Aufbereitung – ob in der Vorreinigung oder in den Aufbereitungsautomaten – abzunehmen. Nach dem Desinfektionsvorgang ist eine neue Kappe zu verwenden, die das Endoskop bis zur nächsten Reinigung begleitet. Ein weiterer großer Vorteil für Endoskopiepraxen und Klinikabteilungen ist die höhere Geräteverfügbarkeit durch ausbleibende Reparaturen. Von den dargelegten Vorzügen profitieren neben Untersuchenden, Medizintechnikern und dem Einkauf vor allem Hygienekräfte. Ohne die Sorge vor Schäden durch Anstoßen oder Erschütterungen kann das Fachpersonal die Arbeitsabläufe noch effizienter gestalten und sich auf Wesentliches konzentrieren.



Protech-Schutz jetzt auch für Endoskope mit Durchmessern von 17,9 mm

Hytrack Aufbereitungsdokumentation

Alles aus einer Hand bei Olympus



Wer bei der Aufbereitung von flexiblen Endoskopen bestrebt ist, die Vorgaben und Richtlinien des Gesetzgebers zu erfüllen und wer in Zukunft dabei papierlos und effizient dokumentieren will, ist bei Olympus richtig. Mit Hytrack steht eine moderne, leistungsstarke Software- und Dokumentationslösung zur Verfügung, die sich für alle Krankenhäuser sowie für medizinische Versorgungszentren und Praxen eignet, die RDG-E (Reinigungs- und Desinfektionsgeräte – Endoskopie) von Olympus im Einsatz haben.

Hytrack bietet eine beinahe vollständig digitalisierte Aufbereitungsdokumentation flexibler Endoskope inklusive der Erfassung aller maschinellen und manuellen Schritte der Aufbereitung. Es können alle Olympus Geräte, wie z. B. der Olympus ETD-Familie und Trockenschränke, Endoskope, wie teils auch Fremdendoskope, in einer Mischumgebung unterstützt und verwaltet werden. Notwendige Daten lassen sich im Rahmen der Dokumentationsanforderungen und an Drittsysteme weiterleiten. Die Aufbereitungsdokumentation mit Hytrack ist Ihr nächster Schritt zu einem noch sichereren Hygienemanagement.

Ihr Mehrwert in Kürze

- Lückenlose Dokumentation aller manuellen und maschinellen Aufbereitungsschritte
- Digitaler, prozessorientierter Workflow, der an Arbeitsanweisungen individuell angepasst werden kann
- Dokumentierbare Endoskop-spezifische Arbeitsschritte der manuellen Aufbereitung
- Zentrale Administration und Verwaltung
- Endoskop-Tracking
- Erweiterte Statistiken und Reports
- Offene Schnittstelle wie z. B. REST-API

Weitere Informationen

Mehr über das Produktportfolio und die ETD-Systeme von Olympus sowie über aktuelle Angebote erfahren Sie unter: +49 40 23773-4777



PRODUKTE

Neu: StoneMaster V und Notfall-Lithotriktor

Olympus ergänzt Produktpalette für die Entfernung von Gallengangsteinen



Für die Entfernung von großen Gallengangsteinen etabliert sich zunehmend auch die Papillendilatation. Zu diesem Zweck ergänzt Olympus beim StoneMaster V nun Modelle mit kleineren Dilatationsballons. Ein neuer Einweg-Notfall-Lithotriktor BML-610 A tritt zudem an die Stelle der bisherigen Mehrweglösung.

Mit dem StoneMaster V steht ein Instrument bereit, das Papillotomie und Ballondilatation vereint. Durch diese 2-in-1-Lösung entfällt nun auch bei kleinen Gallengangsteinen der aufwändige Instrumentenwechsel. Dies hilft dabei, das Verfahren zu vereinfachen und zu verkürzen. Die Ergänzung des bisherigen Portfolios (12, 15 und 18 mm) um Modelle mit kleineren 3-Stufen-Ballons der Größen 8, 10 und 12 mm geht beim Stonemaster V einher mit der Erweiterung möglicher Einsatzfälle, macht doch der Anteil der zu entfernenden Steine bis zu dieser Größe 79% aus. Daneben sind für die neuen sogenannten ‚Small Types‘ die Indikationen Gerinnungsstörung und erhöhtes Blutungsrisiko die Hauptargumente. Neben zuverlässiger Dilatation erleichtert die stabile Schneidedraht-Orientierung bei 11 Uhr die Kanülierung des Gallengangs, da sie das versehentliche Schneiden in Richtung des Pankreasgangs ausschließt.

Dank der distalen Sicherheitsbeschichtung am Schneidedraht, der mit Längen von 20, 25 und 30 mm erhältlich ist, werden unbeabsichtigte Schnitte vermieden. Ein weiterer Vorteil des StoneMaster V sind die separaten Lumen für Führungsdraht, Schneidedraht und Kontrastmittel, die das Kontrastieren bei liegendem Führungsdraht ermöglichen.

Einweg-Notfall-Lithotriktor: sicher für Patienten und Duodenoskope

Mit der Einführung des BML-610A setzt Olympus den Schritt der allgemeinen Umstellung von Mehrweg- auf Einweg-Instrumente fort. Die Notfall-Lithotripsie stellt eine sichere, zuverlässige Lösung dar, bei der die Notfall-Spirale aus Metall nach Entfernung des Duodenoskops über die Drähte des verwendeten Körbchens geführt wird. In Kombination mit dem stabilen Handgriff aus Metall mit Rastenfunktion lassen sich Körbchen risikoarm entfernen. Zudem kann durch die Anwendung der Notfallspirale außerhalb des Duodenoskops eine sehr hohe Kraft auf den Stein ausgeübt werden, ohne mögliche Beschädigungen am Arbeitskanal des verwendeten Duodenoskops zu riskieren.

Artikelbezeichnung	Artikelnummer	Menge	Min. Arbeitskanal ø	Arbeitslänge	Schneidedrahtlänge (B)	Ballongröße	Distalende ø	Distallänge (A)
BD-VC431Q-1840-20	N5400030	1	3,7 mm	1950 mm	20 mm	12 / 15 / 18 mm	4,4 Fr.	7 mm
BD-VC431Q-1840-25	N5400130	1	3,7 mm	1950 mm	25 mm	12 / 15 / 18 mm	4,4 Fr.	7 mm
BD-VC431Q-1840-30	N5400230	1	3,7 mm	1950 mm	30 mm	12 / 15 / 18 mm	4,4 Fr.	7 mm
BD-VC431Q-1240-20	N6010930	1	3,7 mm	1950 mm	20 mm	8 / 10 / 12 mm	4,4 Fr.	7 mm
BD-VC431Q-1240-25	N6011030	1	3,7 mm	1950 mm	25 mm	8 / 10 / 12 mm	4,4 Fr.	7 mm
BD-VC431Q-1240-30	N6011130	1	3,7 mm	1950 mm	30 mm	8 / 10 / 12 mm	4,4 Fr.	7 mm

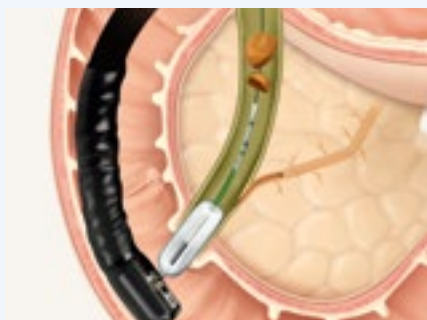
Tabelle: StoneMaster V – die 2-in-1-Lösung für die Papillendilatation

Weitere Informationen

Mehr über diese Endo-Therapie-Instrumente erfahren Sie unter: 040 23773-4777



ET-Katalog



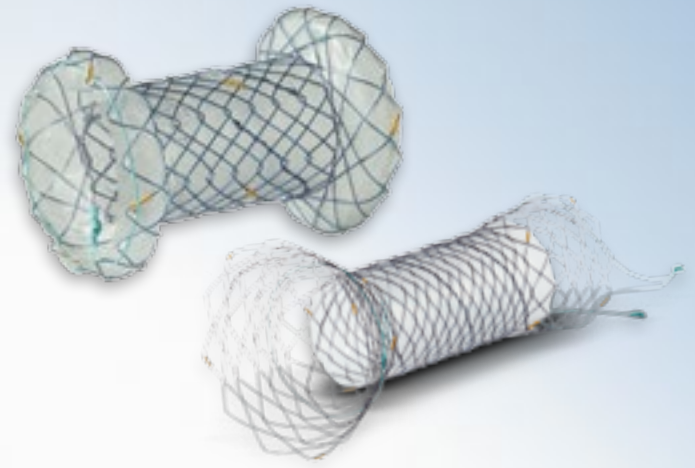
Papillotom mit Dilatationsballon kombiniert: StoneMaster V



PRODUKTE

Vorbildliche Vielfalt: Hanarostents

Selbstexpandierende Metallstents



Lumen Apposing Metal Stents – Plumberstent (BCF) für die Drainage von Pankreaspseudozysten

Circa ein Drittel der Patienten mit chronischer Pankreatitis entwickeln im Verlauf ihrer Erkrankung eine Pseudozyste. Zur Behandlung asymptomatischer Zysten empfiehlt die ESGE bevorzugt die endoskopische Drainage. Diese kann transpapillär, transmural über Magen oder Duodenum erfolgen oder in Kombination beider Zugangswege. Für die transmurale Anwendung ist der Plumberstent bestimmt.

Dieser Hanarostent ist in zehn verschiedenen Ausführungen verfügbar für die Einsatzmöglichkeit als Lumen-Apposing Metal Stent (LAMS) im Rahmen einer EUS-Intervention.

Über ein großes Lumen von 16 mm sorgt der ideale Stent nach der Platzierung für die effektive Drainage und erleichtert die endoskopische Nekroresektomie. Auch die Einführung eines Endoskops durch den großlumigen Stent ist gut möglich. Sowohl der proximale als auch der distale Ankerflansch sind so konzipiert, dass sie die Organwände gut aneinander halten und eine Stentmigration verhindern.

HRC-20 – Kolonstents für benigne und maligne Anwendungen

Auch bei den Kolonstents bietet die Olympus Deutschland GmbH mit den Hanarostents der Familie HRC-20 zuverlässige, sichere und leicht zu platzierende Metallstents an. Da die Strikturen des Zökums/Ileums sich stark von denen anderer Kolon-Bereiche unterscheiden, sorgen diese Hanarostents in asymmetrischer Ausführung für die optimale Anpassung an das Lumen.

Die HRC-20-Typen gehören zu den partiell gecoverten kolorektalen Stents und eignen sich sowohl für maligne als auch für benigne Indikationen wie z. B. Morbus-Crohn-Stenosen. In diesem Fall sind die aufgeweiteten Enden unbeschichtet. Eine große Tulpe am distalen Ende verhindert eine Stentmigration wirksam.

Abgestimmt auf die Darmmotilität und die anatomischen Anforderungen wurde beim Design dieser Stents auf eine hohe anatomische Anpassungsfähigkeit geachtet.

Artikelbezeichnung	Artikelnummer	Min. Arbeitskanal Ø	Arbeitslänge	Stentlänge	Stent ø	Legesystemlänge	Legesystem ø	Rückholschlinge	Max. ø Führungsdraht
BCF-10-020-180	E0422256	3,7 mm	13 mm	20 mm	22-10-22 mm	1800 mm	3,5/10,5 mm/Ch.	Ja (1)	0,035"
BCF-12-020-180	E0422257	3,7 mm	13 mm	20 mm	24-12-24 mm	1800 mm	3,5/10,5 mm/Ch.	Ja (1)	0,035"
BCF-12-030-180	E0422119	3,7 mm	23 mm	30 mm	24-12-24 mm	1800 mm	3,5/10,5 mm/Ch.	Ja (1)	0,035"
BCF-12-040-180	E0422120	3,7 mm	33 mm	40 mm	24-12-24 mm	1800 mm	3,5/10,5 mm/Ch.	Ja (1)	0,035"
BCF-14-020-180	E0422258	3,7 mm	12 mm	20 mm	26-14-26 mm	1800 mm	3,5/10,5 mm/Ch.	Ja (1)	0,035"
BCF-14-030-180	E0422121	3,7 mm	22 mm	30 mm	26-14-26 mm	1800 mm	3,5/10,5 mm/Ch.	Ja (1)	0,035"
BCF-14-040-180	E0422122	3,7 mm	32 mm	40 mm	26-14-26 mm	1800 mm	3,5/10,5 mm/Ch.	Ja (1)	0,035"
BCF-16-020-180	E0422259	3,7 mm	12 mm	20 mm	28-16-28 mm	1800 mm	3,5/10,5 mm/Ch.	Ja (1)	0,035"
BCF-16-030-180	E0422123	3,7 mm	22 mm	30 mm	28-16-28 mm	1800 mm	3,5/10,5 mm/Ch.	Ja (1)	0,035"
BCF-16-040-180	E0422124	3,7 mm	32 mm	40 mm	28-16-28 mm	1800 mm	3,5/10,5 mm/Ch.	Ja (1)	0,035"

Tabelle 1: BCF – beschichtete biliäre Stents (CCC), Einweg, TTS

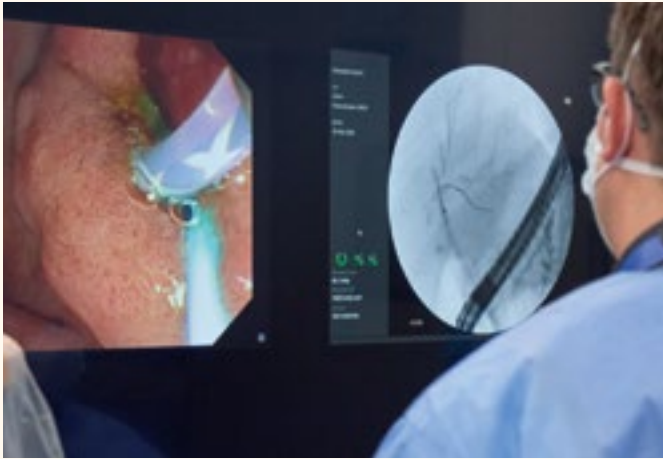
Artikelbezeichnung	Artikelnummer	Min. Arbeitskanal Ø	Arbeitslänge	Stentlänge	Stent ø	Legesystemlänge	Legesystem ø	Rückholschlinge	Max. ø Führungsdraht
HRC-20-060-230	E0422050	3,7 mm	20 mm	60 mm	40-20-26 mm	2300 mm	3,4/10,2 mm/Ch.	Ja (2)	0,035"
HRC-20-080-230	E0422051	3,7 mm	40 mm	80 mm	40-20-26 mm	2300 mm	3,4/10,2 mm/Ch.	Ja (2)	0,035"

Tabelle 2: HRC-20 – asymmetrische, teilbeschichtete Kolonstents (NCN), Einweg, TTS



ERCP heute: Von der EUS-Diagnostik zur Therapie

Ein Hands-on-Workshop am 24. und 25. Juni 2022 in Zürich



Unter der Leitung von PD Dr. med. Christoph Schlag richtet sich dieser neuartige Kurs als Teamworkshop gleichermaßen an Ärztinnen und Ärzte aus der Endoskopie sowie an deren Assistenzpersonal. Diese Weiterbildung findet am Universitätsklinikum Zürich in der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie in einem Format über 1,5 Tage statt und ist dadurch in der Lage, die Anforderungen an die patientengerechte ERCP abzubilden. Denn erstmalig ist der endoskopische Ultraschall in unser Training integriert. Beispielsweise zur Abklärung von Gallengangsteinen ist der EUS mittlerweile als fester Bestandteil der notwendigen Diagnostik vor Durchführung einer ERCP etabliert.

Neben einem theoretischen Grundlagenteil zu Indikationen, Durchführung und Komplikationsmanagement integriert der Workshop auch Live-Endoskopien, die Sie unmittelbar mitverfolgen können und im Anschluss das Vorgehen diskutieren.

Der zweite Tag gehört vor allem einem ausgiebigen praktischen Hands-on-Training am Modell, um das Gelernte in die Praxis umsetzen oder Techniken weiter ausfeilen zu lernen.

OLYMPUS CONTINUUM

Überblick zum Programm und den Workshops

Freitag, 24. Juni 2022	
13:00 Uhr	Eintreffen der Teilnehmenden und Mittagsimbiss
13:30 Uhr	Begrüßung und Einführung in den Kurs
13:45 Uhr	EUS vor ERCP: Warum? In jedem Fall? Indikationen und Richtlinien
14:15 Uhr	EUS-Patient live
15:00 Uhr	Kaffeepause
15:30 Uhr	ERCP: Indikationen, Kontraindikationen, Komplikationen. Ist die diagnostische ERCP noch indiziert?
16:00 Uhr	ERCP-Patient live
17:00 Uhr	Geräte-, Materialkunde, Aufbereitung Duodenoskop (Olympus)
19:00 Uhr	Gemeinsames Abendessen bei fachlichem Austausch und Feedback zum ersten Kurstag

Samstag, 25. Juni 2022	
09:00 Uhr	Einführung: Papillotomie, Steinextraktion, Drainage
09:45 Uhr	Hands-on an 4 Stationen
11:45 Uhr	Mittagspause
12:45 Uhr	Risikominimierung und Komplikationsmanagement
13:15 Uhr	Hands-on
15:15 Uhr	Abschlussbesprechung, Feedback, Verabschiedung

Weitere Informationen

Veranstaltungsort und Anmeldung

Universitätsspital Zürich,
Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie
Rämistrasse 100, 8091 Zürich

Bitte melden Sie sich online über folgende Homepage an:

 <https://www.olympus.de/medical/de/Professionelle-Fortbildung/>



Bei Rückfragen hilft Ihnen die Olympus Endoskopie-Akademie unter der Rufnummer +49 40 23773-5433.



Interventionelle Endosonographie – Lumen Apposing Metal Stents

Olympus Satellitensymposium jetzt als Webcast verfügbar

Erfahrung ist entscheidend beim Umgang mit Lumen Apposing Metal Stents (LAMS). Darin waren sich alle Referenten beim Satellitensymposium am 25. November 2021 einig. Der langjährige Endoskopiker sowie seine Patientinnen und Patienten profitieren von unterschiedlichen Vorzügen wie einer verkürzten Hospitalisierung und vereinfachten Prozeduren im Vergleich zur Anwendung anderer Lösungen und Systeme.

Als Gastgeber luden einmal mehr Professor Dr. Helmut Messmann und Professor Dr. Hans-Dieter Allescher zum endo-update 2021, das erneut wegen der Pandemie virtuell stattfand. So verfolgten fast 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer das einstündige Olympus Satellitensymposium zu Beginn des endo-update am 25. November 2021 live im Internet.

Und wenn die Pandemie etwas Gutes für die medizinische Weiterbildung hat, dann ist es die Aufzeichnung und nachfolgende jederzeitige Verfügbarkeit der Vorträge und Diskussionen der vielen digital aufgezeichneten Veranstaltungen. So steht auch dieses interessante wie lehrreiche Symposium nicht nur dem primären Auditorium, sondern auch Ihnen, unserer Leserschaft, nachträglich zur Verfügung. Das Gute dabei, Sie können sich ganz Ihrer Zeitplanung entsprechend mit dem Thema beschäftigen und gemäß Ihres eigenen Lernbedarfs vor- und zurückspulen, um die verschiedenen Aspekte in aller Ruhe zu verinnerlichen.

Hoher Lernwert – jetzt online verfügbar

Lumen Apposing Metal Stents erleben einen wachsenden Einsatzbereich in der Gastroenterologie. Aber, was viele Gastroenterologinnen und Gastroenterologen endoskopisch einsetzen möchten, ist gerade in diesem Fall gar nicht so einfach zu erlernen. Es erfordert nicht nur fortgeschrittene endoskopische Fähigkeiten, sondern auch umfangreiche EUS-Kenntnisse.

In diesem Umfeld soll Ihnen die Aufzeichnung unseres Symposiums wertvolle Hilfe leisten. An dieser Stelle sei unseren Referenten und Moderatoren noch einmal sehr herzlich für ihre lehrreichen Beiträge gedankt. Die Fakultät stand den Teilnehmenden ab Minute 48:30 für den größtmöglichen Mehrwert für Fragen und Antworten zur Verfügung. Diese werden Ihnen zusätzliche spannende Einblicke gewähren.

Die Beiträge im Einzelnen

Moderatoren



Prof. Dr. Helmut Messmann
Universitätsklinikum Augsburg



Prof. Dr. Hans-Dieter Allescher
Klinikum Garmisch-Partenkirchen

Referenten



Lumen Apposing Metal Stents – Indikationen Was ist heute möglich? Welche Voraussetzungen sollte der Anwender erfüllen?

Prof. Dr. Jan Borovicka
Kantonsspital St. Gallen
Inhalt: Studienüberblick, Anwendungen, Beispiele



Pankreas Pseudozystendrainage: Praktische Anwendung: Wie beuge ich Komplikationen vor? Was mache ich, wenn's doch mal passiert?

Prof. Dr. Benjamin Walter
Universitätsklinikum Ulm
Inhalt: Indikationen, Prozedurbeschreibung, praktische Anwendung, Komplikationsmanagement



EUS-geführte Hepatico-Gastrostomie: Praktische Anwendung: Wie beuge ich Komplikationen vor? Wie sieht die Zukunft der Methode aus?

Prof. Dr. Uwe Will
SRH Waldklinikum Gera
Inhalt: Indikationen, Zugangswege, Voraussetzungen, Durchführung anhand verschiedener Beispiele, Komplikationsmanagement

Weitere Informationen

Ihr direkter Link zum Olympus Webcast-Satellitensymposium beim endo-update 2021: Interventionelle Endosonographie – Lumen Apposing Metal Stents



<https://www.olympusprofed.com/profedwebcast/german/gastroenterology>



Optimierung der Diagnosestellung beim Lungenkarzinom

Interdisziplinärer Workshop im UKE, Hamburg am 7. Mai 2022

E I N L A D U N G

Interdisziplinärer Workshop zur Optimierung der Diagnosestellung beim Lungenkarzinom

Datum: Samstag, 07.05.2022
Uhrzeit: 10:00 – 16:30 Uhr
Ort: UKE
 Martinstraße 52
 20251 Hamburg



Eine Fortbildung von

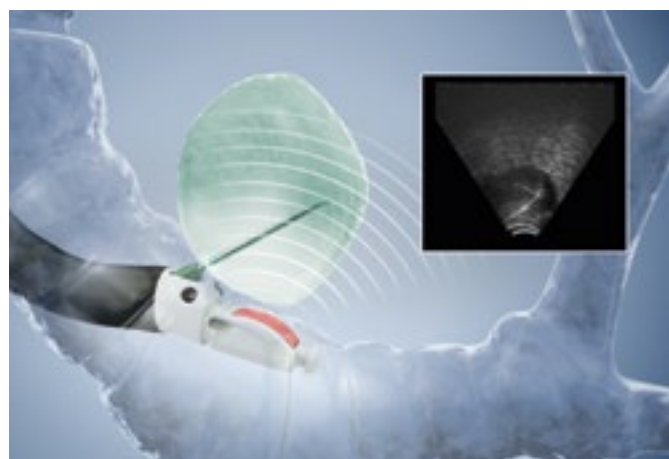
AstraZeneca **OLYMPUS**

In Kooperation mit



Es wird ein ebenso lehr- wie arbeitsreicher Tag, wenn sich Ärztinnen und Ärzte zu den drei Workshops am 7. Mai im Hamburger UKE treffen. Der Titel „Interdisziplinärer Workshop zur Optimierung der Diagnosestellung beim Lungenkarzinom“ gibt die Richtung vor. Der Vorsitzende PD Dr. med. Hans F. E. Klose hat den einzelnen Workshops ein kurzes generelles Update zum Lungenkrebs vorangestellt, in dem neben den neuesten Diagnoseoptionen auch der aktuelle Stand hinsichtlich der Therapie vorgestellt wird.

Auf die Teilnehmenden der Präsenzveranstaltung am 7. Mai 2022, die in der ENDO CLUB Academy des Universitätsklinikums Eppendorf unter den zum Zeitpunkt der Fortbildung bestehenden Corona-Regeln stattfinden wird, wartet ein exklusives Programm mit hochrangigen Referenten. Essenzieller Teil des Veranstaltungskonzepts ist, dass jeder Workshop dreimal angeboten wird. Auf diese Weise haben alle Teilnehmenden aus Pneumologie und Onkologie die Chance, in Kleingruppen den gleichen Erkenntnisgewinn zu erlangen. In angenehmer Atmosphäre besteht die Möglichkeit, in den interdisziplinären Austausch zu gehen. Inhaltlich stehen die Bronchoskopie, die Probenentnahme und -qualität bei der EBUS-TBNA sowie die Detektion neuer diagnostischer Marker bei der NSCLC im Vordergrund.



Überblick zum Programm und den Workshops

Das Programm am 7. Mai 2022

10:00 Uhr	Begrüßung Priv.-Doz. Dr. med. Hans F. E. Klose
10:05 Uhr	Update Lungenkrebs 2021
10:45 Uhr	Workshop 1/2/3
12:15 Uhr	Mittagspause mit kleinem Imbiss
12:45 Uhr	Lungenkrebscreening
13:15 Uhr	Teilnehmerwechsel Workshop 1/2/3
14:45 Uhr	Teilnehmerwechsel Workshop 1/2/3
16:15 Uhr	Verabschiedung Priv.-Doz. Dr. med. Hans Klose

Workshop 1

- Praktische Übungen zur Optimierung der Probenentnahme, maximaler Nutzen für den Patienten
- EBUS-TBNA Probenqualität mit unterschiedlichen Nadeln

Workshop 2

- Praxisnaher Überblick der Vielzahl neuer Marker und Verfahren in der Diagnostik des NSCLC und deren Relevanz für Ihren klinischen Alltag
- Anforderung an die Probe – Fallbeispiele

Workshop 3

- Periphere Bronchoskopie

i Weitere Informationen

Anmeldung und Veranstaltungsort

Die Veranstalter bitten um eine verbindliche Zusage bis zum 22.04.2022 unter

> Anne.schulze@astrazeneca.com
 oder Tel. 0162 1389194



UKE
 ENDO CLUB Academy, Gebäude O30
 Martinstraße 52
 20251 Hamburg

Die Veranstaltung ist zur Zertifizierung bei der Ärztekammer Hamburg angemeldet.



Pflegefachtagung Endoskopie in Herne

Präsenzveranstaltung des DBfK Nordwest e. V. am 14. Mai 2022

Nach zwei Jahren Pause kehrt die beliebte Fortbildungsveranstaltung Pflegefachtagung Endoskopie zurück. Da die Endoskopie vom Teamgedanken lebt, freut die Möglichkeit zum persönlichen Austausch Organisationsleitung und Teilnehmer gleichermaßen. Erstmals sind alle Aktivitäten im St. Anna Hospital in Herne zentriert. Am 14. Mai 2022 sind die gesamten Themen speziell auf die Bedürfnisse des Assistenzpersonals zugeschnitten.

Der Umzug vom Universitätsklinikum Essen nach Herne war bereits für das Jahr 2020 geplant. Gründe für den Umzug sind die Möglichkeit, die Industrieausstellung zu erweitern und vor allem wieder eine Live-Demonstration ins Programm aufzunehmen. Ansonsten setzt die Fachgruppe Endoskopie im DBfK Nordwest e. V. wieder auf erfahrene Referentinnen und Referenten aus der eigenen Berufsgruppe und der Ärzteschaft. Für einen größtmöglichen Mehrwert für die praktische Arbeit haben die Organisierenden auf eine Mischung aus berufspolitischen, organspezifischen, organisatorischen und hygiene-relevanten Themen geachtet. Um den interaktiven Charakter in der Endoskopie zu unterstreichen, wird nach den einzelnen Vorträgen ausreichend Raum für Diskussionen gelassen.

Die Veranstaltung beginnt um 9:30 Uhr und endet um 14:45 Uhr. Weitere Informationen hierzu und zur Anmeldung erhalten sie auch auf der Homepage des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe unter www.dbfk.de.

Veranstalter, Tagungsort, Referentinnen und Referenten

Der DBfK Nordwest e. V. im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe freut sich 2022 ganz besonders auf einen möglichst großen Teilnehmerkreis. Der Tagungsort im Kongresszentrum der St. Elisabethgruppe am St. Anna Hospital Herne, Am Ruschenhof 24, 44649 Herne, ist dafür ideal geeignet.

Eröffnet wir die Veranstaltung von Sigrun Kauertz, der Sprecherin der AG Endoskopie im DBfK Nordwest e. V., die folgende Referentinnen und Referenten begrüßt: Prof. Philip Hilgard und Doris Stiefenhöfer, Evangelisches Krankenhaus Mülheim, Dr. Viktor Rempel und Christian Schütte, St. Anna Hospital Herne, Verena Baum, Bildungszentrum Ruhr, Herne, sowie Dr. René Emminghaus, Christliches Klinikum Unna.

Auszug aus dem Programm

14. Mai 2022

09:30 Uhr	Eröffnung und Begrüßung
09:40 Uhr	Aktuelles aus der Berufspolitik
10:10 Uhr	Polypenmanagement 2022 – was gibt es Neues?
10:45 Uhr	Livedemo aus dem St. Anna Hospital Herne
11:45 Uhr	ERCP mit Kurzdraht und Langdraht
12:10 Uhr	Pause und Besuch der Industrieausstellung
13:10 Uhr	Eins rechts eins links eins fallen lassen!!
13:40 Uhr	„Interventionelle Endosonographie – gemeinsam ist mehr machbar!“
14:10 Uhr	„Crossroads – Über die Grenze hinweg. Möglichkeiten des LAMS“



Weitere Informationen

Teilnahmegebühr und Anmeldung

Die Teilnahmegebühr beträgt 50 Euro bzw. 45 Euro für DBfK- und DEGEA-Mitglieder.

Bitte melden Sie sich unter folgenden Links an:

 <https://t1p.de/Endoskopie-2022>



 <https://www.dbfk.de/de/bildungsangebote/termine/2021/Endoskopie-Fachtagung.php>



Prag

28.–30. April

ESGE Days 2022

Hybrid Event

Wissenschaftliches Programm,
Live-Endoskopie, Hands-on-
Training

Anmeldung und Informationen:

<https://esgedays.org>


Potsdam

19.–21. Mai

DGE-BV, Kongress der
Deutschen Gesellschaft für
Endoskopie und Bildgebende
Verfahren

Anmeldung und Informationen:

COCS GmbH Congress Organisation

C. Schäfer, München

Tel.: +49 89 890677-17

E-Mail: Martina.Wiederkrantz@coccs.de
<https://www.dge-bv.de>


Leipzig

25.–28. Mai

DGP

62. Kongress der Deutschen
Gesellschaft für Pneumologie

Anmeldung und Informationen:

wikonect GmbH, Wiesbaden

Tel.: +49 611 204809-0

E-Mail: info@wikonect.de
<https://pneumologie-kongress.de>


Berlin

10.–11. Juni

Endoskopie 2022 und
Endoskopie live Symposium

Anmeldung und Informationen:

COCS GmbH Congress Organisation

C. Schäfer, München

Tel.: +49 89 890677-17

E-Mail: Martina.Wiederkrantz@coccs.de
<https://www.endoskopie-live-berlin.de>


Zürich

29. Juni–1. Juli

Ultraschall 2022
25. Dreiländertreffen DEGUM,
ÖGUM, SGUM/SSUM

Anmeldung und Informationen:

Anja Rüdüsüli, Eventorganisation

Tel.: +41 44 6324580

E-Mail: ultraschall2022@ethz.ch
<https://ultraschall2022.ch>


Herne

10. September

14. Endosommer,
Expertenaustausch Live

Anmeldung und Informationen:

Ines Bicker, Antje Damaschke

Tel.: +49 2325 986-5152 und -2151

gastroenterologie@annahospital.de
<https://www.annahospital.de>
**Herausgeber:**

Olympus Deutschland GmbH

Medical Systems

Wendenstraße 20, 20097 Hamburg

Redaktionsleitung (v.i.S.d.P.)**für die Olympus Deutschland GmbH:**

Barbara Opalka, Leitung Marketmanagement

Endo-Therapie, DACH

Barbara.Opalka@Olympus.com

Redakteure für die Rubrik Hygiene:

Christian Roth, Market Manager CDS, DACH

Anja Schopenhauer, Market Manager CDS, DACH

Thomas Brümmer, Market Manager Sales CDS

Redakteurin für die Rubrik Service:

Sonja Haug, Produkt Manager Service

Verantwortlicher Redakteur**bei der plus2 GmbH,**

Hauptstraße 13, 42929 Wermelskirchen:

Robert Timmerberg: rt@plus-2.de

Redaktionelle Mitarbeit: Pascal Heithorn

Designkonzept:

syntese Design und Kommunikation GmbH

Gestaltung plus2 GmbH:Georg Mede: gm@plus-2.de**Druck:**

Backes Druck GmbH, Hans-Böckler-Straße 5

40764 Langenfeld

Foto:

© Soenne, Aachen

Diese Kundenzeitschrift von

Olympus Deutschland GmbH, Medical Systems,

ist kostenlos. Über Adressänderungen oder den

Wunsch um Aufnahme in den Verteiler unterrichten

Sie bitte die Redaktionsleitung: +49 40 23773-

4145 oder per E-Mail (s. o.).

Namentlich gekennzeichnete Beiträge sind nicht

unbedingt identisch mit der Meinung der Redak-

tion. Beiträge Ihrerseits sind nach Absprache

mit der Redaktionsleitung jederzeit willkommen.

Wir behalten uns Textkürzungen vor. Für unver-

langte Einsendungen von Manuskripten, Fotos,

Datenträgern übernimmt die Redaktion allerdings

keine Verantwortung. Nachdruck, Aufnahme in On-

line-Dienste und Internet sowie Vervielfältigungen

auch auf Datenträger nur mit vorheriger schriftlicher

Genehmigung der Redaktion und Quellenangabe.

Das Redaktionsteam spricht sich gegen jede

Art von Diskriminierung aus. Es verwendet das

gelegentlich zu findende generische Maskulinum

lediglich im Interesse einer besseren Lesbarkeit der

jeweiligen Beiträge.

Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 07.02.2022**OLYMPUS**

i OLYMPUS informiert: Kundenmagazin auch online

Neben den gedruckten Ausgaben, die Sie weiter per Post erhalten, ist unser Kundenmagazin über diese Webadresse zu finden:

<https://www.olympus.de/medical/de/Olympus-Info>

Sie können dort jederzeit alle Inhalte der aktuellen und der vorherigen Ausgaben, die Schwerpunktthemen und Autorenbeiträge abrufen.





Endoskopische Submukosadisektion optimieren

Nutzen Sie die maßgeschneiderten ESD- und POEM-Angebote von Olympus!

DualKnife J, HookKnife J und TriangleTipKnife J, in Kombination mit einer integrierten Spülung, vereinfachen den Eingriff und verkürzen die Prozedurdauer bei peroralen endoskopischen Myotomien (POEM) und endoskopischen Submukosadisektionen (ESD). Sichere und effiziente Abläufe werden durch Hochleistungsinstrumente – wie weiche Aufsatzkappen und die Coagrasper-Zange zur Blutstillung – weiter unterstützt.

EndoTherapy

Blättern Sie hier durch das umfangreiche Portfolio an **Endo-Therapie-Instrumenten**.

- www.olympus.eu/et-catalog
- www.olympus.eu/endothrapy

OLYMPUS CONTINUUM

Nutzen Sie unsere neue Trainingsplattform Olympus Continuum für die Anmeldung zu Trainingskursen oder die Auswahl von **Schulungsmaterial für ESD und POEM**.



Erfahren Sie mehr

