

OLYMPUS

Ausgabe 2 | 2018

Von der Diagnostik zur Resektion

INFORMIERT

Das Magazin für flexible medizinische Endoskopie.



AUS DER PRAXIS

Erfahrungen mit dem HF-Generator ESG-300

AUS DER PRAXIS

Neoplasien mit NBI differenzieren

TITELTHEMA

EMR, ESD und FTRD

Endoskopie-Herbst 2018 mit Überraschungen?



Wenn wir bei Olympus neue Produkte für die flexible Endoskopie auf den Markt bringen, wissen wir genau, welche Features

wir für die Highlights dieser Fabrikate halten. Spannend wird es noch einmal, wenn wir Endoskope oder Instrumente das erste Mal klinisch mit Ihnen, unseren Anwendern, evaluieren. Manchmal kristallisieren sich dann ganz unerwartete Produkteigenschaften, viel bedeutender als von uns erwartet, heraus. So geschehen auch bei unserem neuen Hochfrequenzchirurgie-Generator ESG-300. Ausgezeichnet wird neben der intuitiven, einfachen Bedienung und präzisen Schnittführung vor allem der kabellose Fußschalter. Der überraschende Begeisterungssturm lobt vor

allem den Wegfall einer Stolperfalle in der Endoskopie, aber auch ein Plus bei der Hygiene durch die Reduktion der Aufbereitungsaufwendungen für das Kabel.

Ich bin sehr gespannt, wie nach seinem ersten Praxistest im Klinikum Ludwigshafen unser neues Duodenoskop TJF-V190 bei Ihnen ankommen wird. Das Gerät wird in den nächsten Wochen kommerziell verfügbar sein. Mit einer abnehmbaren Einweg-Distalkappe, einem einfach zu handhabenden Schlauchset für die effektive Reinigung und dem neuen quadratischen Bildauschnitt, der die Papille besser in den Mittelpunkt des Eingriffs rückt, möchte ich Sie schon einmal auf unsere Highlights des Geräts neugierig machen. Schauen wir mal, ob sich unsere Erwartungen mit Ihrer Einschätzung decken.

Aber bevor es so weit ist, informieren wir über aktuelle Möglichkeiten zur Detektion von Läsionen und unterschiedliche Verfahren zu ihrer Abtragung. Übrigens kann Ihnen unser ebenfalls neues Koloskop PCF-1TH190 durch eine Abwinkelung von 210 Grad nicht nur bei der Detektion von Läsionen, sondern durch seine Wendigkeit ebenso bei der Abtragung derselben helfen.

Freuen Sie sich auf eine informative Lektüre vor einem ereignisreichen Endoskopie-Herbst 2018.

Ihre

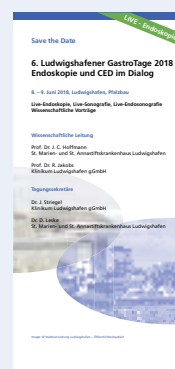
Barbara Opalka
(Leitung Produktmanagement Endo-Therapie CENTRAL Medical Systems)

Viel Neues bei den Ludwigshafener GastroTagen

Rückblick auf die Veranstaltung und die Premiere von zwei Video-Endoskopen

Die Ludwigshafener GastroTage wurden am 8 und 9. Juni 2018 zum sechsten Mal gemeinsam von der Medizinischen Klinik C des Klinikums Ludwigshafen, Direktor, Prof. Dr. R. Jakobs, sowie der medizinischen Klinik II des St. Marien-Stiftskrankenhauses Ludwigshafen, Chefarzt, Prof. Dr. J. C. Hoffmann, veranstaltet.

Im Zentrum des ersten Veranstaltungstages standen die Live-Demonstrationen mit einem breiten Spektrum endoskopischer sowie sonographischer Untersuchungen von Diagnostik bis hin zu komplexen Interventionen. Umrahmt



wurden die Live-sessions von Übersichtsvorträgen über die wesentlichen aktuellen Publikationen zu verschiedenen Schwerpunktbereichen der Endoskopie und Sonographie. Neben den Teams der beiden veranstaltenden Kliniken waren auch in diesem Jahr national und international renommierte Experten vertreten. Besonderer Wert wurde dabei stets auf eine praxisrelevante bzw. umsetzbare Aufbereitung

In dieser Ausgabe

Aus der Praxis

Titelthema: EMR, ESD und FTRD 04

„Die Eingriffe sind weniger traumatisch,
und wir können viel sicherer arbeiten“ 08

„Differenzierung von (Prä-)Neoplasien im
Gastrointestinaltrakt mit NBI“ 10

Service

Kostenvoranschläge nun noch transparenter 13

Produkte

VISERA ELITE II: Schalten Sie einfach
um auf NIR ... 14

Weiterbildung

ERCP-Grund- und Aufbau-Kurse 16

Endosummer 2018 am St. Anna Hospital Herne 17

ENDOCLUBNORD in Hamburg 18

endo-update in Augsburg 18

ESD-Tutoring mit japanischen Experten 19

Update Darmkrebs 2018 19

Forum Endoskopie in Stuttgart 20

Kalender 20

Impressum 21

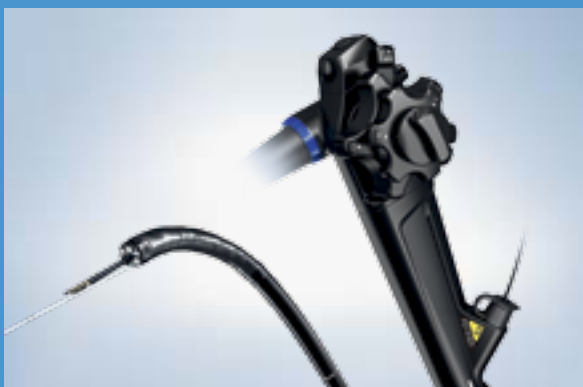


Bild oben: TJF-V190, unten: PCF-1TH190

der jeweiligen Vortragsthemen gelegt, so beispielsweise auch in den diesjährigen Vorträgen zur Verbesserung der endoskopischen Adenomdetektionsrate oder zum Komplikationsmanagement in der Sedierung.

Den zweiten Schwerpunkt stellten die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen dar. Wie gewohnt, wurden sowohl aktuelle Entwicklungen in der Therapie wie auch Fragen der täglichen Praxis behandelt. Namhafte Experten aus dem In- und Ausland boten in praxisorientierten Vorträgen einen aktuellen Überblick. Die Vortragsthemen reichten von Mikrobiom-basierten Behandlungsstrategien über wesentliche Aspekte bei Kinderwunsch bzw. Schwangerschaft bis zur Supportivtherapie bei CED.

Abgerundet wurde die Veranstaltung durch einen Themenblock zur gastrointestinalen Onkologie (AEG-Tumoren, Magen, HCC, Komplementärmedizin) sowie ein State-of-the-art-Referat über die Therapie der chronischen Hepatitis C.

Fortsetzung auf Seite 15 →



TITELTHEMA

EMR, ESD und FTRD

Das ABC der endoskopischen Resektionstechniken

Die endoskopischen Resektionstechniken haben sich in den letzten Jahren entscheidend weiterentwickelt, und entsprechend hat sich auch das Indikationsspektrum erweitert. Die Bandbreite reicht von der Cold-Snare-Polypektomie bis hin zur Vollwandresektion komplizierter Läsionen. Derzeit bilden die endoskopische Mukosaresektion (EMR), die

endoskopische Submukosadisektion (ESD) und die endoskopische Vollwandresektion mittels Full-Thickness Resection Device (FTRD) das Rückgrat der endoskopischen Resektionsverfahren im Gastrointestinaltrakt. Die genannten Verfahren sollen in diesem Beitrag näher dargestellt werden.



Ein Artikel von:



Dr. Andreas Wannhoff
Oberarzt

Prof. Dr. Karel Caca
Ärztlicher Direktor

Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie, Hämato-Onkologie, Pneumologie, Diabetologie und Infektiologie
Medizinische Klinik I, Klinikum Ludwigsburg
Posilipostraße 4, 71640 Ludwigsburg, Deutschland
andreas.wannhoff@kliniken-lb.de
karel.caca@kliniken-lb.de
www.kliniken-lb.de



Endoskopische Mukosaresektion

Die EMR stellt das Standardresektionsverfahren im Gastrointestinaltrakt dar. Die üblicherweise verwendete Technik zur EMR beruht auf der submukosalen Injektion einer verdünnten Suprareninlösung zum Anheben der Läsion und der anschließenden Schlingenresektion. Läsionen bis etwa 2 - 2,5 cm können mittels EMR in toto reseziert werden, bei größeren Läsionen muss die Resektion in mehreren Anteilen erfolgen (piece-meal EMR). Die Technik kann im gesamten Gastrointestinaltrakt eingesetzt werden und ist zumeist ein sehr sicheres Verfahren. Der wesentliche Nachteil bei größeren Läsionen liegt in der Piece-meal-Resektion begründet. Diese bedingt einerseits das Risiko der inkompletten Resektion (ca. 15%), und andererseits ist die Abtragung im Gesunden (RO-Resektion) nicht mehr sicher nachzuweisen. Im Vergleich zur ESD ist die EMR aber einfacher zu erlernen, komplikationsärmer und weniger zeitintensiv.

Weitere EMR-Verfahren neben der oben beschriebenen „inject and cut“-Technik sind beispielsweise Kappenbasierte EMR-Techniken oder die Ligatur-EMR. Diese Techniken spielen aber lediglich im Ösophagus eine Rolle.

Endoskopische Submukosadisektion

Die ESD erlaubt im Gegensatz zur EMR - bei je nach Lokalisation aber auch erhöhter Komplikationsgefahr – die komplette En-bloc-Resektion und somit die Beurteilung des Resektionsstatus. Bei der ESD wird nach vorheriger Markierung der Läsion diese anschließend ebenfalls unterspritzt. Dann erfolgt mit speziellen Resektionsmessern die zirkuläre Inzision und anschließende Dissektion entlang der Submukosa. Als relativ neues Messer steht hierzu von der Firma Olympus das DualKnife J zur Verfügung, welches eine hohe Sicherheit mit der Zeitersparnis dank integrierter Injektionstechnik verbindet (Bild 1).

Die ESD wird in Deutschland und Europa derzeit vor allem im Magen und Ösophagus sowie im Rektum eingesetzt. Im übrigen Kolon muss dagegen die deutlich höhere Komplikationsrate abgewogen werden.

Die klassische Indikation für die ESD ist die Resektion des Magenfrühkarzinoms. Die Entscheidung, ob eine Läsion primär endoskopisch zu therapieren ist, hängt von der Histologie, der Größe und dem Vorhandensein eines Ulkus ab. Es wird unterschieden zwischen den Standardkriterien und den erweiterten Kriterien.



Ob die Resektion letztlich aber tatsächlich als kurativ gilt oder ob das Risiko für eine lymphogene Metastasierung zu hoch ist und daher eine chirurgische Nachresektion erfolgen sollte, hängt von der pathologischen Aufarbeitung des Resektats ab. Nach endoskopischer Resektion sollten im ersten Jahr Kontrollen alle 3 Monate, im zweiten Jahr alle 6 Monate und dann jährlich erfolgen.



Im Ösophagus kommt die ESD sowohl beim Adenokarzinom als auch beim Plattenepithelkarzinom zum Einsatz. Wichtig hierbei sind die unterschiedlichen Kriterien für eine kurative endoskopische Resektion zwischen beiden Karzinomtypen: Beim Adenokarzinom sollte eine Ösophagusresektion beim Vorliegen einer Lymph- (L1) oder Gefäßinvasion (V1), bei schlechter Differenzierung (G3) oder bei

Submukosainfiltration $> 500 \mu\text{m}$ erfolgen. Im Gegensatz dazu wird beim Plattenepithelkarzinom die Infiltration der Submukosa nicht toleriert. Größere Resektionen im Ösophagus bergen ein nicht unerhebliches Risiko für postinterventionelle Strikturen. Das Risiko kann mit einer lokalen oder systemischen Steroidtherapie wahrscheinlich reduziert werden. Kommt es dennoch zum Auftreten einer Striktur, kann diese in den meisten Fällen endoskopisch behandelt werden.

Bei größeren Adenomen im Kolorektum wird mittels ESD im Vergleich zur Piece-meal-EMR häufiger eine komplette Resektion mit folglich niedriger Rezidivrate erreicht. Dem steht der erhöhte Zeitbedarf und die vor allem im Kolon erhöhte Komplikationsrate entgegen. Mit dem Aufkommen der endoskopischen Vollwandresektion, welche auch in Kombination mit einer Piece-meal-EMR erfolgen kann, spielt die ESD im Kolon in unserer Abteilung nur noch eine untergeordnete Rolle. Demgegenüber ist die ESD im Rektum deutlich sicherer und ermöglicht hier die En-bloc-Resektion auch sehr großer Adenome, insbesondere bei Läsionen für die aufgrund ihrer Morphologie (u. a. NICE-, Paris- und LST-Klassifikation) ein erhöhtes Risiko für eine Submukosainvasion angenommen werden muss (Bild 1).

Endoskopische Vollwandresektion

Die Vollwandresektion mit dem FTRD-System stellt eine relativ neue Resektionstechnik dar, die aber das Repertoire der endoskopischen Resektionsverfahren in mehrerlei Hinsicht erweitert. Hierbei wird die Zielläsion zunächst mittels Zange oder Anker in die Kappe des Systems gezogen.



Bild 1: Endoskopische Submukosadisektion im Rektum

- 1a) Bei diesem Patienten lag ein ca. 8 cm großer lateral spreading tumor (LST) vom granulären Typ im Rektum vor
- 1b, 1c) Dieser wurde mit dem Olympus DualKnife J in ESD-Technik in toto reseziert
- 1d) Die histopathologische Aufarbeitung des Resektionspräparats erbrachte ein tubulo-villöses Adenom mit high-grade intraepithelialer Neoplasie

Wichtig ist die Markierung der Läsion, um so das vollständige Einziehen in die Kappe verifizieren zu können. Im nächsten Schritt erfolgt die Freisetzung des Over-the-Scope-Clips und im letzten Schritt die Resektion mit der im FTRD vorgeladenen elektrischen Schlinge. Diese findet lumenseitig vom freigesetzten Clip statt. Die notwendigen Einstellungen für die Resektion sind auch im neuen Olympus Hochfrequenzgenerator ESG-300 hinterlegt. Gut evaluiert ist das Verfahren im Kolon und Rektum und ermöglicht hier die endoskopische Resektion insbesondere von schwierigen Adenomen, also Rezidivadenomen, Adenomen mit negativem Lifting-Zeichen oder bei Adenomen am Appendixabgang oder im Divertikel (Bild 2).

Obwohl die Resektion der Zielläsion in fast allen Fällen gelingt, muss insbesondere bei ausgeprägter Divertikulose mit einem erschwerten Vorspiegeln mit aufgesetztem FTRD gerechnet werden. Ferner muss bei Resektionen am Appendixabgang mit dem geringen Risiko einer Appendizitis gerechnet werden. Eine Kombination aus EMR und FTRD ist ebenfalls möglich (Hybrid-FTRD).

Zum Einsatz des FTRD-Systems im oberen Gastrointestinaltrakt liegen inzwischen ebenfalls Erfahrungen vor. Diese umfassen in erster Linie die Resektion von Duodenaladenomen. In bestimmten Fällen kann die FTRD-Resektion aber auch zur Diagnosesicherung eines szirrhösen Magenkarzinoms genutzt werden.

Weitere Resektionstechniken

Vor allem im oberen Gastrointestinaltrakt existieren daneben für spezielle Indikationen weitere Resektionsverfahren. Für subepitheliale Tumoren im Ösophagus ist die Resektion nach vorheriger submuköser Tunnelung analog zur peroralen endoskopischen Myotomie (POEM) möglich (sog. STER-Technik, Bild 3). Für größere, im Magen gelegene subepitheliale Tumoren ist ebenfalls eine endoskopische Vollwandresektion möglich. In diesem Fall kann diese unter anderem nach Applikation von transmuralen Nähten mit Bildung eines Pseudopolypen und anschließender Schlingenresektion erfolgen.

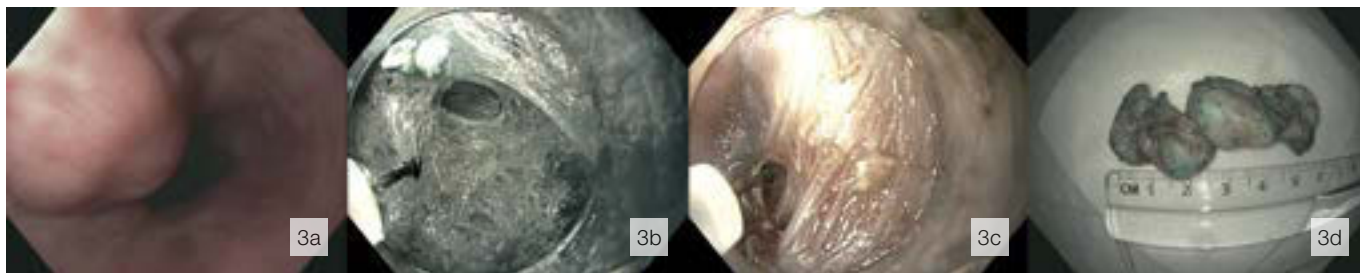
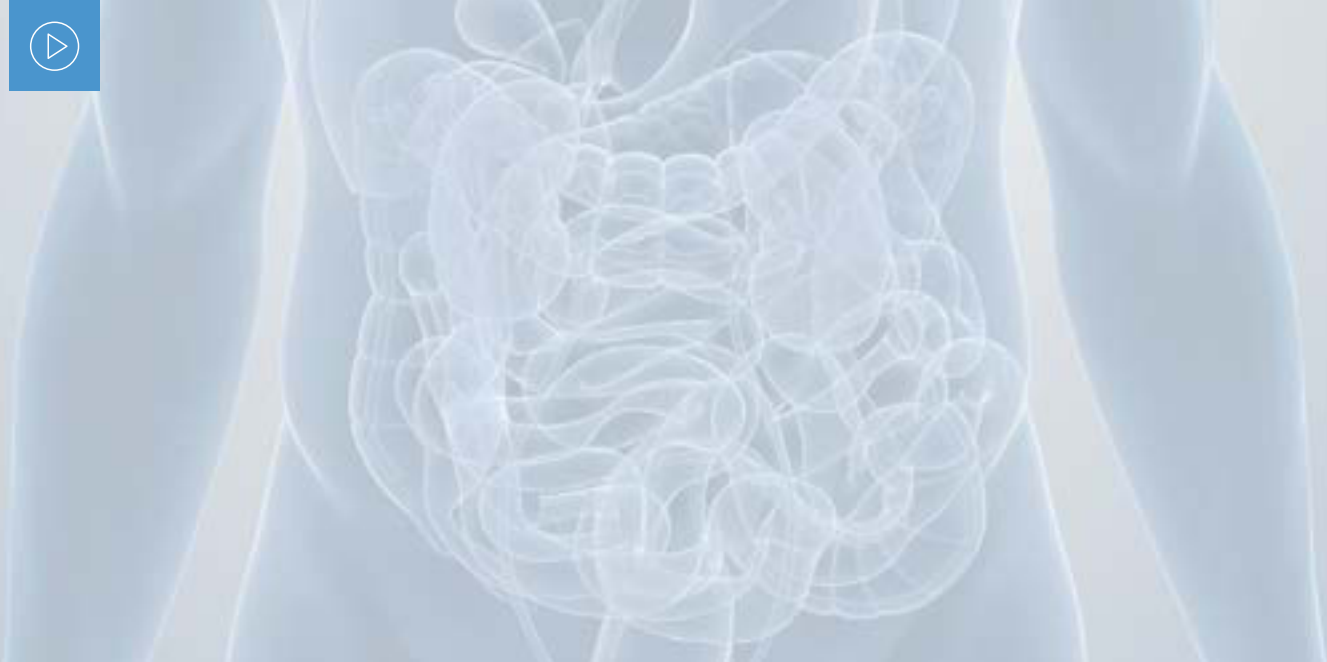


Bild 2: FTRD-Resektion zweier Polypen im Divertikel

- 2a) Innerhalb dieses Sigmadivertikels zeigten sich zwei kleine Polypen
- 2b, 2c) Diese wurden mittels endoskopischer Vollwandresektion mit dem FTRD-System reseziert

Bild 3: Resektion eines subepithelialen Tumors am gastroösophagealen Übergang in STER-Technik

- 3a) Zur Resektion dieses subepithelialen Tumors am gastroösophagealen Übergang wurde die STER-Technik verwendet
- 3b, 3c) Analog zur POEM erfolgte hierbei die Bildung eines submukösen Tunnels im distalen Ösophagus mit dem Olympus TriangleTipKnife J
- 3d) Das endgültige Resektionspräparat zeigte eine Größe von ca. 6 cm und konnte komplikationslos entfernt werden



AUS DER PRAXIS

„Die Eingriffe sind weniger traumatisch, und wir können viel sicherer arbeiten“

Erfahrungen aus einem Facharztzentrum mit dem Hochfrequenz-Generator ESG-300



Dr. Christoph Weber ist seit dem Jahr 2000 niedergelassener Gastroenterologe in Königstein. Im Facharztzentrum am Taunus, in dem er mit drei weiteren Gastroenterologen tätig ist, werden jedes Jahr rund 1.000 Gastroskopien und weit über 4.000 Koloskopien durchgeführt. In diesem Jahr wurde ein neuer Hochfrequenz-Generator benötigt, weshalb das Team den ESG-300 von Olympus testete. Über seine Erfahrungen mit dem System gibt das nachfolgende Interview mit Dr. Christoph Weber Auskunft.

jährlich 1.000 Gastroskopien und weit über 4.000 Koloskopien durch, mit einer hohen Adenom-Detektionsrate von 28 %. Wir entfernen größere Polypen mit der Schlinge. Polypen kleiner als 5 mm werden mit der Zange abgetragen, ggf. auch mit Argonplasmakoagulation. Sofern erforderlich, werden verbliebenes Restgewebe oder offensichtliche und oberflächliche Gefäße mit der möglichen Gefahr einer Nachblutung ggf. noch mit Argonplasma koaguliert.

Interview mit:



Dr. med. Christoph Weber

Arzt für Innere Medizin – Gastroenterologie

Facharztzentrum am Taunus
Dr. med. Wolfgang Tacke,
Dr. med. Christoph Weber und
Dr. med. Stephan Dols (GbR)
Kirchstraße 9, 61462 Königstein,
Deutschland
E-Mail:

koenigstein@facharztzentrum-taunus.de
www.facharztzentrum-am-taunus.de

Herr Dr. Weber: Warum haben Sie den ESG-300 getestet?

Unsere HF-Generatoren sind inzwischen gut 15 Jahre in Betrieb. Die Sonden unserer bisherigen Geräte werden vom Hersteller nach und nach durch neuere Modelle ersetzt und auch die Ersatzteile vom Markt genommen. Da steht ein Austausch der Geräte an.

Wofür setzen Sie das ESG-300 ein?

In unserer Praxis verfügen wir über drei Endoskopieräume und führen

Wie lange haben Sie für die Einarbeitung mit dem ESG-300 benötigt?

Es war überhaupt kein Problem, unsere bisherigen Modi auf das neue Gerät zu übertragen. Das ging ziemlich schnell, und damit konnten wir auch sofort arbeiten. Die größere Variationsfähigkeit lässt Raum zum Ausprobieren, zum Beispiel bei der Schnittführung, im Rahmen derer sich sehr dicke gefäßreiche Polypenstiele oder aber sehr breitflächige rasenartige Veränderungen in einem Stück abtragen

lassen. Das Ausprobieren und Testen dauert natürlich seine Zeit. Nach 15 Jahren mit den alten Geräten ist das in etwa so, als ob man von einem Fiberendoskop auf die aktuellen HD-Endoskope der Serie EVIS EXERA III umsteigt.

Wie einfach fielen Ihnen Umstellung und Bedienung beim ersten Einsatz?

Wenn man eine Schulung hat, ist das sehr unproblematisch. Das ist ein einfaches, intuitives Hineinfinden. Nachdem wir die Einstellungen des alten Gerätes angeglichen hatten, kamen wir sehr gut damit klar. Und zwar sofort mit exzellenten Ergebnissen.

Welchen Vorteil sehen Sie im ESG-300-System im Vergleich zum bisher genutzten Generator?

Was mir sehr gut gefällt, sind die vielfältigen Modi, die eine sehr präzise und definierte Schnittführung ermöglichen. Das hatte übrigens sofort Auswirkungen auf die Patienten: Die Eingriffe sind weniger traumatisch, weil durch die genaue Einstellung der einzelnen Schneide- und Koagulationsmodi am Generator exaktes Schneiden ohne breite Koagulationsränder, aber dennoch keine vermehrte Blutungsneigung gelingt. Dadurch können wir viel sicherer arbeiten. In der Polypektomie, bei der wir Hämostaseclips einsetzen, haben wir eine deutliche Abnahme an Blutungskomplikationen festgestellt. Die sehen wir praktisch gar nicht mehr.

Wenn man als niedergelassener Gastroenterologe so viele Endoskopien macht, ist das Handling für die Abläufe in der Praxis von großer Bedeutung. Wie zufrieden waren Sie in dieser Hinsicht?

Das System funktioniert sehr einfach. Die Benutzerführung ist dabei wirklich übersichtlich und intuitiv. Den Einschaltknopf drücken, und schon geht es ganz unproblematisch los. Was mir sehr gut gefallen hat, ist der Fußschalter, ...

... der ohne Kabel auskommt.

Genau. Das ist eine extrem elegante Lösung. Der hat kein Kabel, deshalb kann ich ihn mit dem Fuß einfach dahin schieben, wo ich ihn brauche, ohne Anstrengung und ohne Stolpergefahr. Es macht richtig Spaß, den Fußschalter zu benutzen. Das ist übrigens auch im Bereich der Assistenz viel einfacher. Zum Beispiel bei ganz banalen Dingen, die Zeit sparen: Kein Kabel heißt eben auch, dass ich kein Kabel mehr reinigen muss. Das ist also nicht nur gut im Handling, sondern auch von der Hygiene her betrachtet eine richtige Arbeitserleichterung.



Eine der wichtigsten Anforderungen an HF-Generatoren ist die Sicherheit für Patient und Anwender. Ihr Urteil in dieser Hinsicht über den ESG-300?

Wir haben keinerlei Komplikationen gehabt. Im Gegenteil. Der Generator misst durchgehend den Gewebewiderstand, damit die Stromabgabe nicht zu hoch ist. Die Sicherheitseinstellungen sind narrensicher. Also bei uns lief das zu jedem Zeitpunkt störungsfrei.

Sie haben auch das Argonplasma-Gerät APU-300 genutzt, das exakt auf den ESG-300 abgestimmt ist. Wofür und mit welchem Ergebnis?

Unsere Einsatzgebiete lagen vor allem bei Abtragungen im Randbereich von Polypen, nach Schlingenabtragung oder Abtragungen von Restgewebe. Auch bei ungünstigen Positionen oder kleineren Läsionen und manchmal auch zur prophylaktischen Blutstillung nutzen wir die Argonplasma-Einheit. Da gilt Ähnliches wie für den ESG-300: Wir können das Gerät sehr vielseitig und flexibel einsetzen.

Ihr Resümee: Haben sich Ihre Erwartungen erfüllt?

Mehr als das: Sie wurden übertroffen, vor allem, was die Schnittführung betrifft.





Differenzierung von (Prä-)Neoplasien im Gastrointestinaltrakt mit NBI

Hilfe bei der Oberflächenbeurteilung von Schleimhautläsionen



Ein Beitrag von:



**Professor Dr. med.
Helmut Messmann**

Direktor III. Medizinische Klinik

Klinikum Augsburg
Stenglinstraße 2
86156 Augsburg
Deutschland
E-Mail:
helmut.messmann@klinikum-augsburg.de

Die Detektion und die Differenzierung von (Prä-)Neoplasien sind die beiden wichtigsten Herausforderungen für den Endoskopiker, um die richtigen Entscheidungen für eine Therapie zu stellen. Für die Vorsorgekoloskopie konnte längst die Bedeutung der Rückzugszeit im Kolon für die Adenomdetektionsrate gezeigt werden. Auch für den Barrettösophagus konnte gezeigt werden, dass mit längerer Inspektionsdauer mehr dysplastische Areale entdeckt werden. Und ähnlich dürfte es für andere Neoplasien im gesamten GI-Trakt sein. Im Folgenden wollen wir die Bedeutung der Differenzierung von (Prä-)Neoplasien im GI-Trakt aufzeigen.

Die exakte Beschreibung einer Läsion erlaubt eine Unterscheidung zwischen benignen und malignen Befunden auf der einen Seite und die Einschätzung der Invasionstiefe einer malignen Läsion auf der anderen Seite. Aus Japan gibt es zahlreiche Klassifikationssysteme, die alle das Ziel verfolgen, mit hoher Genauigkeit obige Phänomene vorauszusagen.

Das Prinzip der Beschreibung einer Läsion stützt sich dabei im Wesentlichen immer wieder auf zwei Punkte: das Oberflächenrelief einer Läsion (mucosal pattern) und das Gefäßmuster (vascular pattern). In zahlreichen Studien wurde zur Beurteilung des „mucosal pattern“ und des „vascular pattern“ die Technik des Narrow Band Imaging (NBI) eingesetzt. NBI nutzt kurzwelliges blaues Licht und lässt damit Gefäße dunkler erscheinen. Dies erlaubt es, das Gefäßnetzwerk besser zu beurteilen und auch die Beziehung der Gefäße zur Oberfläche besser einzuschätzen.

Ösophagus: Plattenepithelkarzinom

Die japanische Klassifikation zur Beurteilung von Neoplasien im Plattenepithel berücksichtigt im Wesentlichen die Gefäßstruktur. Auch wenn die Zoom-

Endoskopie hier sehr hilfreich ist, so kann man mit der „near focus“ Option die Gefäßarchitektur gut beurteilen. Es lassen sich insgesamt drei Kategorien einteilen, die in Abbildung 1 dargestellt sind.

Die Kategorie B1 ist eine klare Indikation für eine endoskopische Resektion, idealer Weise mittels ESD bei Läsionen > 10 mm. Die Kategorie B3 mit verdickten und irregulären Gefäßen weist auf eine Submukosainvasion hin. Solche Läsionen haben bereits ein Lymphknotenmetastasenrisiko von mehr als 20 % und stellen eine Kontraindikation für eine endoskopische Resektion dar. Läsionen der Kategorie B2 sind Grenzfälle, bei denen wir eine diagnostische ESD-Resektion durchführen und dann eine definitive Histologie haben, um das Risiko von Lymphknotenmetastasen besser abzuschätzen.

Ösophagus: Barrettkarzinom und Dysplasien

Zur Beurteilung von Barrettneoplasien liegen zahlreiche Klassifikationen (Kansas-City, Amsterdam, ...) vor, die jedoch nie Eingang in die klinische Praxis fanden, da die Beschreibung v. a. des

Vascular classification	Case 1	Case 2	Invasion depth
B1 Loop shaped irregular vessels			EP - LPM
B2 Non-loop shaped irregular vessels			MM - SM1
B3 Thick vessels (3 times as thick as B2)			SM2

Bild 1: Japanische Klassifikation von Plattenepithelneoplasien (mit freundlicher Genehmigung von T. Oyama, Nagano, Japan)

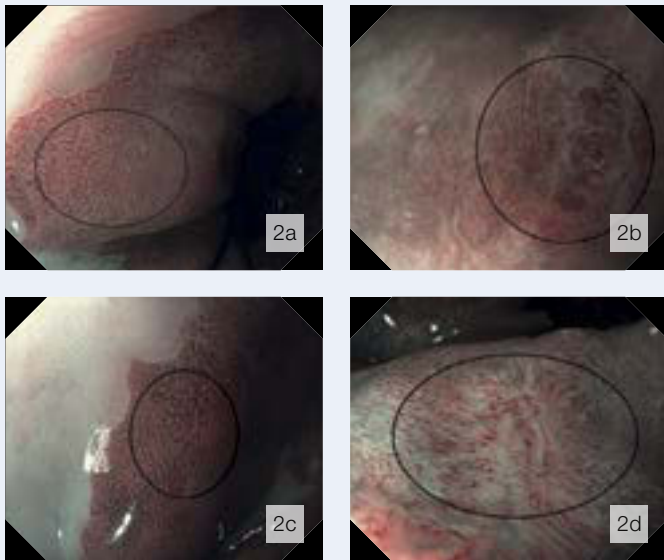


Bild 2: BING-Klassifikation mit regular und irregular mucosal bzw. vascular patterns
 2a: Regular Mucosal Pattern
 2b: Irregular Mucosal Pattern
 2c: Regular Vascular Pattern
 2d: Irregular Vascular Pattern

V: microvascular pattern

- Subepithelial capillary (SEC)
- Collecting venule (CV)
- Pathological microvessels (MV)

S: microsurface pattern

- Marginal crypt epithelium (MCE)
- Crypt opening (CO)
- Inverting part (IP) between crypts

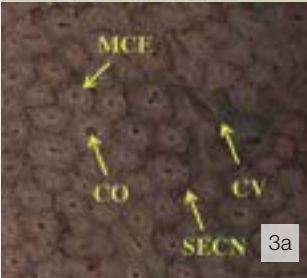
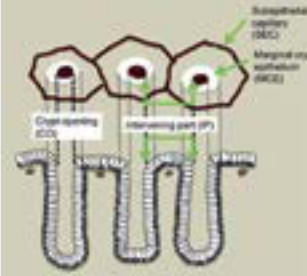
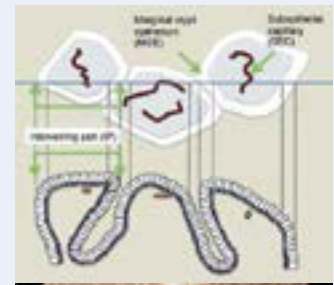


Bild 3a: Oben schematische Darstellung der Magenschleimhaut im Corpus, unten endoskopische Aufsicht mit Zoom, Yao K. Annals of Gastroenterology 2013, 26: 11-22

Bild 3b: Oben schematische Darstellung der Magenschleimhaut im Antrum, unten endoskopische Aufsicht ohne und mit Zoom, Yao K. Annals of Gastroenterology 2013, 26: 11-22

„mucosal pattern“ (ridge, villous, circular) sehr kompliziert und praxisfremd ist.

Eine neue Klassifikation, die sogenannte BING-Klassifikation, die von sechs Experten entwickelt wurde, hatte zum Ziel, möglichst einfach nur zwischen „regular“ und „irregular“ beim „mucosal“ bzw. „vascular pattern“ zu differenzieren (Bild 2).

Im Rahmen der Studie konnte bei hoher Konfidenz eine Genauigkeit von 92,3 %, eine Sensitivität von 90,7 %, Spezifität von 93,3 % und negative bzw. positive Vorhersagewerte von 94,4 % bzw. 89 % erzielt werden, um normale Barretttschleimhaut von High-grade-Dysplasien bzw. Mukosakarzinomen zu unterscheiden.

Die BING-Klassifikation ist demzufolge hilfreich, um gezielter beim Barrettösophagus zu biopsieren und könnte damit helfen, die Quadrantenbiopsie zur Detektion von Dysplasien abzuschaffen. In der Praxis bedeutet dies, dass bei „regular mucosal“ und „vascular pattern“ mit 95 % Sicherheit keine Dysplasien zu erwarten und somit keine ungezielten Biopsien erforderlich sind.

Magenkarzinom

Im Magen präsentiert sich normale Magenschleimhaut im Antrum und Corpus unterschiedlich, was auf die verschiedene Konfiguration der Foveolae zurückzuführen ist (Bild 3 a und b).

Analog zum Barrettösophagus wird auch im Magen eine Läsion nach Gefäßarchitektur (vascular) oder Oberflächenrelief (surface) beurteilt. Dabei wird zwischen „regular“ für Normalbefunde und „irregular“ bzw. „absent“ für pathologische bzw. neoplastische Befunde differenziert (Bild 3 c).

Diese Klassifikation ist in der Praxis vor allem hilfreich, eine Läsion sicher von benignen entzündlichen Schleimhautveränderungen zu differenzieren und die laterale Begrenzung einer malignen Läsion vor einer endoskopischen Resektion genau festzulegen.

Kolorektale Neoplasien

Im Kolon gibt es eine Vielzahl von Klassifikationen und die Verwirrung ist groß. Die Sano-Klassifikation wurde 2006 publiziert und nutzt ausschließlich das Gefäßmuster, um hyperplastische Polypen

von Adenomen bis hin zu Karzinomen mit tiefer submuköser Invasion zu unterscheiden. Insgesamt hat man dabei vier unterschiedliche Muster definiert.

2008 wurde die Hiroshima-Klassifikation eingeführt, die neben dem Gefäßmuster auch das Oberflächenmuster berücksichtigt. Die Tatsache, dass fünf verschiedene Typen beschrieben werden, zeigt, wie kompliziert diese Klassifikation ist und deswegen offensichtlich hierzulande nie eingesetzt wurde.

Deutlich einfacher ist die sogenannte NICE-Klassifikation, die überwiegend von westlichen Experten 2009 beschrieben wurde. Neben Gefäß- und Oberflächenmuster wird auch die Farbe der Polypen im NBI-Modus berücksichtigt. Mit diesen drei Kriterien lassen sich recht einfach hyperplastische Polypen von Adenomen und Karzinomen unterscheiden. Das Ziel dieser Klassifikation lag besonders darin, hyperplastische Polypen sicher endoskopisch zu detektieren und damit auf Biopsien oder Resektion zu verzichten oder nach Resektion keine histologische Begutachtung durchzuführen („resect and discard“).

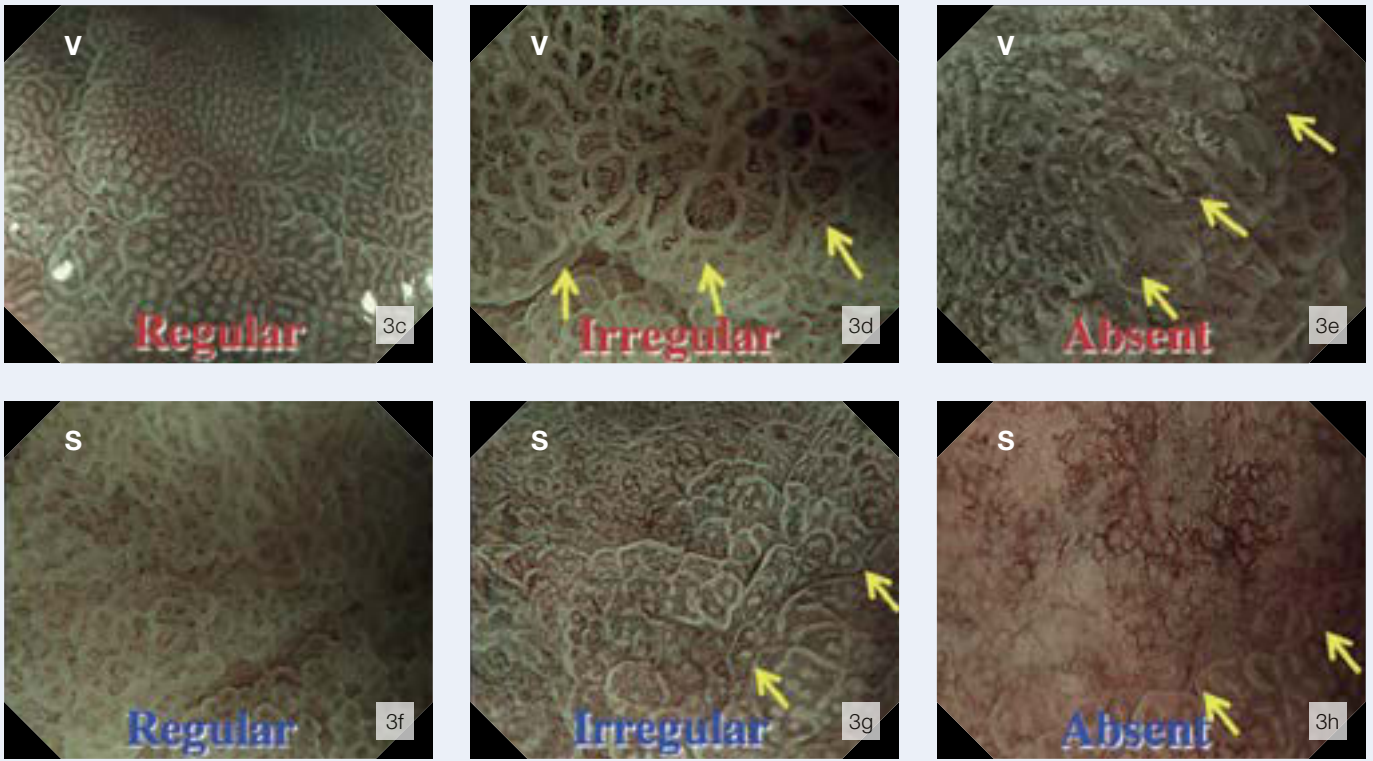


Bild 3c-3h: VS-Klassifikation im Magen

Ziel ist es vor allem, die Kosten für die histopathologische Beurteilung zu reduzieren. Der Nachteil dieser Klassifikation ist, dass sie eine Differenzierung von Karzinomen (mukosal bzw. oberflächlich submukös invasiv vs. tief submukös invasiv) nicht ermöglicht. Solch eine Einteilung ist deswegen erforderlich, weil sie die Grenze für eine endoskopische Therapie darstellt.

Die aktuellste Klassifikation und wohl jetzt der Standard für die Beurteilung von Kolonneoplasien ist die sogenannte JNET-Klassifikation (Bild 4).

Sie differenziert hyperplastische Polypen (Typ 1) von Adenomen mit

leichtgradigen Dysplasien (Typ 2a), Adenomen mit schwergradigen Dysplasien bzw. Mukosakarzinomen und Karzinome mit oberflächlicher submuköser Invasion (Typ 2b) sowie Karzinome mit tiefer submuköser Invasion (Typ 3).

Diese Klassifikation hat mehrere Vorteile: mit vier unterschiedlichen Neoplasietypen ist sie überschaubar und vor allem relevant für die tägliche Praxis. Typ 1 Läsionen (hyperplastische Polypen) im linken Kolon müssen nicht zwingend biopsiert oder entfernt werden. Typ 2a Läsionen können herkömmlich mit EMR reseziert werden. Typ 2b Läsionen sollten wegen des Risikos der Invasion in die Submukosa mit ESD

behandelt werden und Typ 3 Läsionen sind eine Indikation zur Operation.

Zusammenfassung

Die Oberflächenbeurteilung von Schleimhautläsionen im Gastrointestinaltrakt ist essentiell für die richtige Therapieplanung. NBI ist dabei ein wesentlicher Bestandteil der Differenzierung, da es die Beurteilung des Gefäßmusters erleichtert. Für Plattenepithelkarzinome im Ösophagus ist es vor allem die Struktur der Gefäße, die eine Einschätzung hinsichtlich endoskopischer Resektabilität ergibt. Die BING-Klassifikation beim Barrettösophagus ist nützlich, um dort ungezielte Biopsien zu reduzieren. Die VS-Klassifikation erlaubt eine Differenzierung und gute Abgrenzung von malignen Läsionen im Magen vor eventueller endoskopischer Resektion, und die JNET-Klassifikation ist ebenfalls ein wichtiges Werkzeug, um EMR, ESD und OP bei Kolonneoplasien richtig einzuordnen.

4

	Type 1	Type 2A	Type 2B	Type 3
Vessel pattern	• Invisible ^{*1}	• Regular caliber • Regular distribution (meshed/spiral pattern) ^{*1}	• Variable caliber • Irregular distribution	• Loose vessel areas • Interruption of thick vessels
Surface pattern	• Regular dark or white spots • Similar to surrounding normal mucosa	• Regular (tubular/branched/papillary)	• Irregular or obscure	• Amorphous areas
Most likely histology	Hyperplastic polyp/ Sessile serrated polyp	Low grade intramucosal neoplasia	High grade intramucosal neoplasia/ shallow submucosal invasive cancer ^{*2}	Deep submucosal invasive cancer
Endoscopic image				

^{*1} If visible, the caliber in the lesion is similar to surrounding normal mucosa.
^{*2} Micro-vessels are often distributed in a punctate pattern and well-bordered reticular or spiral vessels may not be observed in depressed lesions.

Bild 4: JNET-Klassifikation für Kolonpolypen, Tanaka S, Sano Y, Digestive Endoscopy 2011; 23: 131-139

i Schauen Sie Prof. Naohisa Yahagi bei der ESD live über die Schulter, und diskutieren Sie Ihre Fragen mit dem japanischen Experten und den Spezialisten aus dem Klinikum Augsburg!

Anmeldung über das Sekretariat der III. Med. Klinik bei Gudrun Konzett, Tel.: +49 821 400-2351 oder E-Mail: Sekretariat.med3@klinikum-augsburg.de



Kostenvoranschläge nun noch transparenter

Für optimale Diagnose und Prävention von Schäden

Der Medical Service der Olympus Deutschland GmbH hat das Dienstleistungsspektrum seit Anfang Mai 2018 für unsere Kunden erweitert: Um den Kostenvoranschlag bei kostenintensiven Reparaturen an flexiblen Endoskopen verständlicher zu gestalten, erhalten Kunden ab sofort noch ausführlichere Befundungsergebnisse. In den Berichten sind neben einer detaillierten Beschreibung der einzelnen Prüfpunkte der Reparatur, das Ergebnis der Befundung sowie Bilder der Schäden enthalten. So lassen sich vor allem größere Schäden und deren Reparaturen besser bewerten.

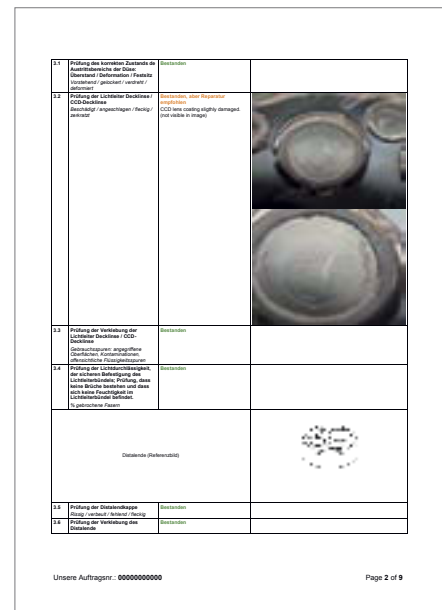
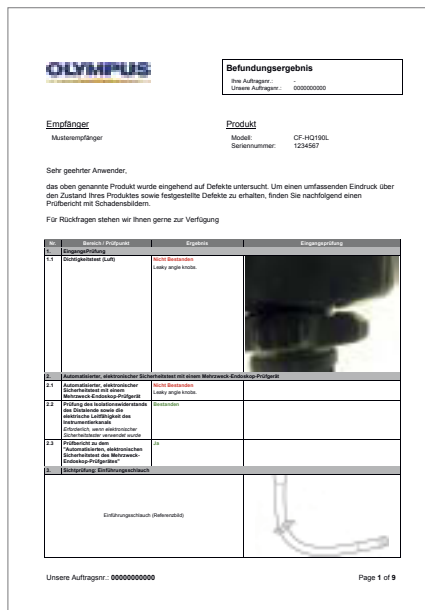
Die Erstellung und Versendung der Befundungsergebnisse sind für die Kunden des Olympus Medical Service kostenlos und ein zusätzlicher Bestandteil der Leistungen rund um die Reparaturprozesse. Auf diese Weise leistet Olympus auch einen wichtigen Beitrag, um Defekte an den empfindlichen Bauteilen, der hochwertigen flexiblen Endoskope und anderem medizintechnischem Gerät zu vermeiden.

Fortbildungen für Techniker und Assistenz in der Olympus Endoskopie-Akademie

Zum vielfältigen Serviceangebot von Olympus gehören im Bereich Schadensprävention auch Trainings für Krankenhaus-techniker und für das Endoskopie-Assistenzpersonal. Der Kurs „Handhabung und Schadensprävention“ führt z. B. die Assistenz Schritt für Schritt zu einem sicheren Umgang mit ihren Geräten. Unter anderem durch die Vermittlung von Aufbau und Handhabung der flexiblen Endoskope und der Vermeidung von Fehlern in der Untersuchungspraxis und Aufbereitung der Geräte wird so ein Beitrag zur Schadensprävention geleistet.

Für alle an Technik interessierte Kunden

Der Workshop „Technische Kompetenz Video-Endoskopie-Systeme“ erlaubt es den Mitarbeitern des jeweiligen technischen Service in Kliniken und Schwerpunktpraxen



Die ersten beiden Seiten eines exemplarischen Befundungsergebnisses

selbstständig einfache Reparaturen an Lichtquellen und Video-Prozessoren durchzuführen. Zudem sind die Teilnehmer im Anschluss berechtigt, Originalersatzteile von Olympus zu bestellen, für deren Einbau sie auf Grundlage der Medizinprodukte-Betreiberverordnung nach § 7, Absatz 3 eine entsprechende Unterweisung benötigen.

Weitere Informationen

Einen Überblick über alle medizinischen Kurse und Trainings für Ärzte, Assistenz und Techniker finden Sie unter diesem Link:

www.olympus.de/medical/de/Aus-und-Weiterbildung/



Oder wenden Sie sich bitte an die Olympus Endoskopie-Akademie unter der Tel.-Nr. +49 40 23773-5433 oder per E-Mail: endoskopie-akademie@olympus.de



PRODUKTE

Schalten Sie einfach um auf NIR ...

... und reduzieren Sie Risiken bei der MIC!



Mit der Nahinfrarot-(NIR)-Technologie stellt Olympus Laparoskopikern ein weiteres innovatives Bildgebungsverfahren in der Videosystem-Plattform VISERA ELITE II zur Verfügung. Dieses liefert wertvolle visuelle Zusatzinformationen, dank derer sich z. B. die Durchblutung des Darms während der OP überprüfen lässt.

Das Unterscheiden von Strukturen ist mitentscheidend für einen gelungenen Eingriff. Mit Hilfe der neuen Technologie profitieren Viszeralchirurgen z. B. bei laparoskopischen Operationen von einer verbesserten Darstellung der strukturellen Anatomie. Die Vorzüge von Nahinfrarotlicht gehen auf die Verwendung fluoreszierender Farbstoffe zurück. Mit deren Hilfe eröffnet NIR bei der Arbeit in Operationssälen neue Möglichkeiten bei der Darstellung und Beachtung von vaskulären Strukturen. Zusätzlich unterstützt durch NIR-Bildgebung, können nun vor allem Chirurgen und deren Teams beispielsweise während einer Ösophagektomie oder im Verlauf von Kolonresektionen vom standardmäßigen Weißlichtbild umschalten, um bei minimal-invasiven Eingriffen eine zusätzliche Bildinformation über die Durchblutung zur Vermeidung von Anastomoseninsuffizienzen zu erhalten.

Resektionsflächen mit neuen Augen sehen dank NIR

Der Vorteil von Nahinfrarotlicht liegt in seiner guten Gewebepenetration, die auf eine geringe Absorption durch Hämoglobin und Melanin zurückzuführen ist. Damit die NIR-Bildgebung während laparoskopischer Eingriffe bei der optimalen Visualisierung der zu resezierenden Partien helfen kann, ist es nötig, den entsprechenden Lichtbereich technisch zu filtern. Dazu wird den Patienten vorab Indocyaningrün (ICG) zur Fluoreszenzmarkierung injiziert. Das ICG bindet sich an das Blutplasma und gelangt über den Blutkreislauf zu den Organen. Anschließend wird es von der Leber über den Stoffwechselprozess abgebaut.

Während der Anwendung des Verfahrens wird das Nahinfrarotlicht so gezielt eingesetzt, dass das mit ICG markierte Blut zum Fluoreszieren angeregt wird. Die entsprechenden Videobilder werden auf den OP-Monitor übertragen und zeigen in Echtzeit die gut durchbluteten Stellen, z. B. im Kolon, grün leuchtend und damit sehr gut sichtbar an. Die Visualisierung des Blutflusses ermöglicht neben der Kontrolle der Durchblutung während der OP vor allem eine genauere Definition der Resektionsgrenzen. Auf diese Weise kann der Operateur sicherer beurteilen, an welcher Stelle beispielsweise der Darm abgetrennt wird. Schließlich ist es das Hauptziel, den ungesunden Teil des Kolon zu entfernen und sicher zu stellen, dass die wieder zu verbindenden Darmabschnitte gut verheilen können.

Gewebe, Blutgefäße und gerade die hepatische Arterie sowie der Gallengang werden durch das fluoreszierende Medium sehr gut sichtbar gemacht. Das Operationsteam kann daher durch die bessere Darstellung besonders in kritischen Situationen präziser entscheiden, wie operiert wird, was genau zu entfernen und wieder zu verschließen ist, um gegebenenfalls spätere Komplikationen etwa durch Anastomoseninsuffizienzen zu vermeiden.

Neben Narrow Band Imaging, das außer Gastroenterologen vor allem HNO-Ärzte und Urologen für ihre Verfahren nutzen, bietet die NIR-Technologie nun Laparoskopikern die Möglichkeit, von Standardweißlicht auf eine zusätzliche Bildgebungstechnologie umzuschalten, die wertvolle Zusatzinformationen für die Beurteilung von Gewebe bietet. Darüber hinaus zeichnet sich VISERA ELITE II durch modernste HD- und 3D-Bildgebung aus und verbindet als eine weitere Videoplattform von Olympus neben EVIS EXERA III größte Vielseitigkeit mit höchster Effizienz.

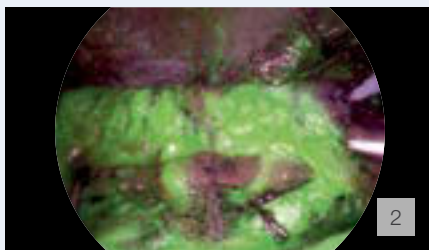


Bild 1: Gewebestrukturen lassen sich bei minimal-invasiven Eingriffen in der Weißlichtdarstellung oft nicht einfach unterscheiden

Bild 2: Durch den Einsatz von ICG und NIR-Bildgebung im System VISERA ELITE II von Olympus ist die Gewebedurchblutung präziser erkennbar

i Sie haben Rückfragen zu VISERA ELITE II und NIR? Kontaktieren Sie bitte Carina Lorth, Produktmanagement Chirurgie, Tel.: +49-40-23773-7218 oder carina.lorth@olympus.de

Viel Neues bei den Ludwigshafener GastroTagen

Rückblick auf die Veranstaltung und die Premiere von zwei Video-Endoskopen

→ Fortsetzung von Seite 3

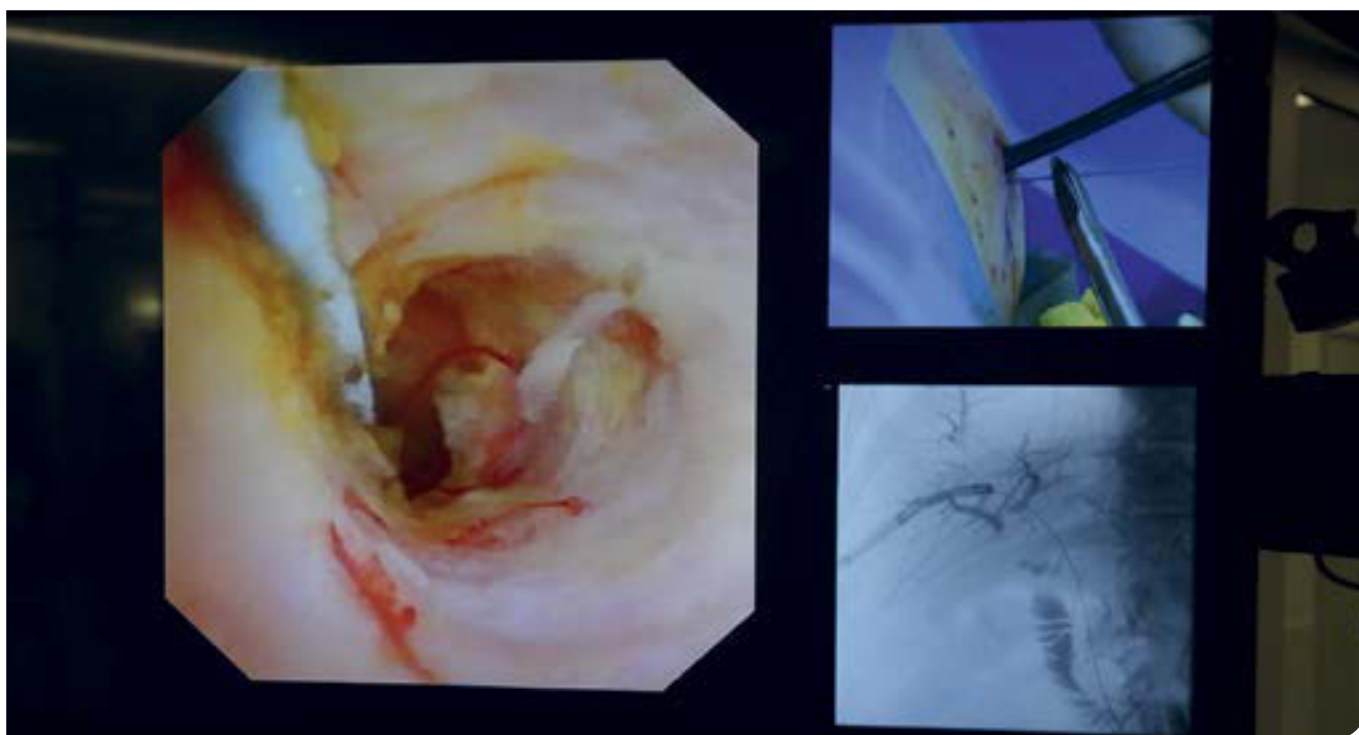
Mit mehr als 270 angemeldeten Teilnehmern erhielt die Veranstaltung sehr gute Resonanz sowohl bei Gastroenterologen als auch bei endoskopischem Assistenzpersonal.

Sicherere Hygiene und noch mehr Übersicht durch neues Duodenoskop und neues Koloskop von Olympus

Im Rahmen der Live-Demonstrationen wurden zwei Endoskop-Prototypen erstmalig eingesetzt und konnten zusätzlich über einen Zeitraum von drei Wochen in der veranstaltenden Klinik getestet werden: Zum einen das neue Duodenoskop vom Typ TJF-V190 aus der Serie EVIS EXERA III von Olympus. Dieses Gerät bietet eine 15-Grad-Retro-Seitblick-optik, die im Vergleich zum Vorgängermodell im quadratischen Bild ein vergrößertes Sichtfeld oberhalb der Papille realisiert und so eine optimierte Einstellung der Papille auch bei maximal abgewinkeltem Albarran-Hebel ermöglicht, was zu einer erleichterten und effizienteren Kanülierung beiträgt. Die Handhabung von Kurzdrähten, z. B. VisiGlide, erwies sich als unproblematisch.

Die Distalkappe des Duodenoskops ist ein einfach handhabbares Einmalprodukt und wird vor der hygienischen Aufbereitung des Endoskops an einer Sollbruchstelle von der Endoskopspitze getrennt. Vor der maschinellen Aufbereitung wird die Endoskopspitze in ein mitgeliefertes Schlauchset eingespannt und kann so im hygienisch sensiblen Bereich um den Albarranhebel einfach und effektiv vorgereinigt werden.

Beim zweiten vorgestellten Endoskop-Prototyp handelte es sich um das Koloskop PCF-1TH190, ebenfalls aus der Serie EVIS EXERA III. Trotz eines Durchmessers von nur 10,5 mm (distal 9,8 mm) zeigte es im Praxistest im Vergleich zu den Standardgeräten eine sehr gute Stabilität insbesondere beim Vorschub. Die 210-Grad-Abwinkelung des verkürzten Distalendes ermöglicht eine hohe Flexibilität auch in Kurven. Sowohl in diagnostischer Intention, etwa bei der Polypendetektion in Inversion hinter den Falten, als auch bei therapeutischen Interventionen, insbesondere im Flexurenbereich, lässt sich mit Hilfe der Neuheit eine deutlich verbesserte Übersicht erzielen.





WEITERBILDUNG

ERCP-Grund- und Aufbau-Kurse

Auch in Ihrer Nähe

Ein Schlüssel für den fortlaufenden Erfolg der Olympus Endoskopie-Akademie ist die stetige Anpassung der Fortbildungsangebote an den praktischen Alltag. Einen weiteren stellt die Verbreitung der Fortbildungsstätten über weite Teile des Gebiets der Bundesrepublik dar: Von Hannover bis Stuttgart, von Chemnitz bis Münster. So lässt sich die Anreisedauer der Teilnehmer von Ärzten und Assistenz begrenzen.

Ein wichtiger Baustein des Akademieprogramms sind von September 2018 bis März 2019 die ERCP-Kurse. Die Grundkurse richten sich dabei an Einsteiger und Endoskopiker, die ihr Wissen wieder auffrischen möchten. Die Aufbaukurse ermöglichen erfahrenen Untersuchern und deren Teams den Ausbau ihres persönlichen Wissens. In allen Kursen spielt der Teamgedanke eine große Rolle, schließlich sollen die in Kleingruppen von 12 bis 20 Personen erlernten Inhalte erfolgreich in den Praxisalltag transferiert werden.

Für die ERCP mit ihren verschiedenen Interventionen unterschiedlicher Komplexität ist ein intensiver Erfahrungs-, Wissens- und Meinungsaustausch außerordentlich wichtig. Neben einer entspannten Arbeitsatmosphäre profitieren die Teilnehmer von einer gesunden Mischung aus theoretischen und praktischen Inhalten. Im praktischen Bereich besteht dabei die Möglichkeit, entweder ganz nah bei Live-Untersuchungen dabei zu sein oder an unterschiedlichen Modellen effektiv zu trainieren.

Die Kurse sind individuell auf die Bedürfnisse der Teilnehmer, die Möglichkeiten des Veranstaltungsortes sowie die



persönlichen Schwerpunkte der einzelnen Ausbilder abgestimmt. Aus diesem Grund bietet es sich – bei entsprechend vorhandenem Zeitbudget – sogar an, die Ausbildungssaison zum persönlichen ERCP-Jahr zu erklären.

Nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre ist eine frühzeitige Anmeldung zu empfehlen. Aufgrund der hohen Nachfrage vergibt die Akademie-Leitung die Plätze nach dem Prinzip „Wer zuerst kommt, mahlt zuerst.“

ERCP-Grundkurse

Hannover, 21.09.2018

Leitung: Prof. Dr. Ahmed Madisch

KRH Klinikum Siloah
Gastroenterologie, Interventionelle Endoskopie, Diabetologie
Stadionbrücke 4, 30457 Hannover

Münster, 26.01.2019

Leitung: PD Dr. Anton Gillissen

Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup GmbH
Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie
Westfalenstraße 109, 48165 Münster

ERCP-Aufbaukurse

Karlsruhe, 19.10.2018

Leitung: Prof. Dr. Thomas Zöpf

ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe
Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr
Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie
Diakonissenstraße 28, 76199 Karlsruhe

Chemnitz, 09.11.2018

Leitung: Prof. Dr. Ulrich Stölzel

Klinikum Chemnitz gGmbH
Standort Flemmingstraße
Klinik für Innere Medizin II, Zentrale Endoskopie
Flemmingstraße 2, 09116 Chemnitz

Heidelberg, 11.01.2019

Leitung: Prod. Dr. Peter Sauer

Universitätsklinikum Heidelberg
Interdisziplinäres Endoskopiezentrum (IEZ)
Im Neuenheimer Feld 672, 69120 Heidelberg

Stuttgart, 05.03.2019

Leitung: Prof. Dr. Jörg Albert

Robert-Bosch-Krankenhaus
Abteilung für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie:
Endoskopie
Auerbachstraße 110, 70376 Stuttgart

Weitere Informationen

Anmeldung und Zertifizierung

Detaillierte Informationen und direkte Anmelde-möglichkeiten unter: www.olympus.de/training

Sie erreichen uns auch unter:
Tel.: +49 40 23773 - 5433 oder
endoskopie-akademie@olympus.de

Die Zertifizierung der Kurse ist bei der jeweils zuständigen Ärztekammer sowie bei der Registrierung beruflich Pflegenden beantragt.



Am 8. September

Endosommer 2018 am St. Anna Hospital Herne

Größer als je zuvor

Freuen Sie sich auf Live-Endoskopie, Vorträge und Diskussionen! Bereits zum 11. Mal findet am 08.09. ab 9 Uhr die Fortbildungsveranstaltung Endosommer des zertifizierten Zentrums für Viszeralmedizin am St. Anna Hospital Herne statt. Hier wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gastroenterologie und Viszeralchirurgie seit 2000 täglich gelebt, denn die Herner Mediziner haben früh erkannt, dass nur so eine optimale viszeralmedizinische Versorgung der Patienten gewährleistet werden kann.

2018 lädt Dr. Werner Hoffmann erstmals gemeinsam mit Dr. Viktor Rempel ein. Der Grund: Nach fast 25 erfolgreichen Jahren als Leitung der Gastroenterologie wird Dr. Hoffmann beim Endosommer offiziell den Stab an Dr. Rempel als Nachfolger übergeben. Sie warten mit einem exklusiven Programm rund um die endoskopische Diagnostik und Therapie auf und laden alle ein, die endoskopisch arbeiten, ob Internisten, Viszeralmediziner, interessierte Mitarbeiter aus Pflege und Praxis oder Studenten. Denn sie sind überzeugt, dass nur die Expertise des gesamten Endoskopieteams den Erfolg und die Sicherheit von Interventionen gewährleisten können.

Als Besonderheit beginnt das Programm 2018 erstmals einen Tag früher mit einem ESD- und Komplikationsmanagement-Workshop. Nach kurzen Vorträgen haben die Teilnehmer hier die Gelegenheit, in kleinen Gruppen selbst an EASIE-Modellen zu praktizieren. Hierfür konnten Dr. Hoffmann und Dr. Rempel zu ihrer großen Freude unter anderem den „Weltmeister und einen der Erfinder der ESD“, Prof. Dr. Naohisa Yahagi als Tutor gewinnen.

Live-Demonstrationen und internationale Experten

Die Veranstaltung wird in diesem Jahr größer und internationaler als je zuvor: Prof. Yahagi aus Tokio, Hon. Prof. Dr. Siegbert Faiss aus Hamburg und Priv.-Doz. Dr. Dirk Hartmann aus Berlin werden neben den Mitarbeitern des St. Anna Hospitals über die neuesten Erkenntnisse aus dem Bereich der Endoskopie referieren. Auch werden sie sich bei Live-Untersuchungen über die Schulter schauen lassen. Herzstück der Veranstaltung bleiben nämlich die Demonstrationen in HD-Qualität aus der modernen Endoskopie und dem OP, wo Teams aus Gastroenterologie und Viszeralchirurgie neueste endoskopische und operative Techniken demonstrieren werden.



Dr. Werner Hoffmann



Dr. Viktor Rempel

Überblick über das Programm am 8. September 2018

Ab 09:00 Uhr	Begrüßung durch Dr. Viktor Rempel
09:10 Uhr	Live-Endoskopie
10:30 Uhr	Endoskopische Therapie des schwierigen Kolonpolypen Hon. Prof. Dr. Siegbert Faiss
10:45 Uhr	Pause
11:00 Uhr	Der erfolgreiche Zugang zum Gallengang: Tipps und Tricks Priv.-Doz. Dr. Dirk Hartmann
11:15 Uhr	Spezifische Komplikationen nach komplett minimal-invasiver Ösophagektomie Dr. Nurettin Albayrak
11:30 Uhr	Live-Endoskopie
12:45 Uhr	Gemeinsames Mittagessen
13:30 Uhr	Grußworte Theo Freitag, Dr. Werner Hoffmann, Dr. Viktor Rempel
14:00 Uhr	Festvortrag: Minimally invasive treatment in GI neoplasia Prof. Dr. Naohisa Yahagi
	Danach Verabschiedung durch Dr. Viktor Rempel

Weitere Informationen

Mehr Details und Anmeldung

Weitere Informationen finden Sie online unter:
www.annahospital.de

Bitte melden Sie sich per E-Mail oder Telefon bei Ines Bicker oder Antje Damaschke an:
medklinik2@annahospital.de
oder +49 2325 986-5152
oder +49 2325 986-2151

Am 21. September in Freiburg:

ESD-Tutoring mit japanischen Experten

Drei hochinteressante ESD-Fälle an Oesophagus und Magen sowie Vorträge

Erfahrung ist das A und O in der Endoskopischen Submukosa Dissektion (ESD). Da Endoskopiker im Reich der aufgehenden Sonne in diesem Bereich weiterhin zu den innovativsten Anwendern mit großer Praxisroutine zählen, sind Fortbildungen, bei denen man japanische Referenten hautnah bei der ESD erleben kann, sehr sinnvoll.

Eine frühzeitige Registrierung für das ESD-Tutoring am 21. September 2018, das Prof. Dr. H.-P. Allgaier als ärztlicher und Herr M. Decker als kaufmännischer Direktor veranstalten, ist daher nur zu empfehlen. Denn die Teilnahme im Freiburger evangelischen Diakoniekrankenhaus wird in der Reihenfolge der Anmeldungen bestätigt.

Der größte Anteil der hochkarätig besetzten Fortbildungsveranstaltung ist der klinischen Intervention an drei Patienten vorbehalten. Unter Anleitung der japanischen Professoren Oyama und Takahashi können Endoskopiker mit ersten eigenen Erfahrungen Interventionen an Patienten in kleinen Gruppen hautnah miterleben und so einen größtmöglichen Mehrwert für ihren klinischen Alltag erfahren. Zur Einführung sind den Tutorials die Vorstellung der Patientenkasuistiken vorangestellt. Nach der Abschlussbesprechung bieten die japanischen Experten noch vertiefende Vorträge an. Bei einer gemeinsamen Mittagspause lassen sich in entspannter Atmosphäre zudem eigene Fälle mit den Experten und den anwesenden Kollegen diskutieren.

Am 3. Dezember in Aalen:

Update Darmkrebs 2018

ESD-Live-Untersuchungen mit japanischen Tutoren

Die Vorteile der En-bloc-Resektion mit ESD gegenüber der Piecemeal-Mukosektomie sind hinreichend belegt. Neben einer drastisch reduzierten Rezidivrate bei kolorektalen Adenomen gehört auch eine Organ erhaltende Therapie von Frühkarzinomen zu den Pluspunkten. Dennoch ist die ESD aufgrund ihrer technischen Komplexität in der westlichen Welt noch nicht allzu weit verbreitet. Dies zu ändern, hat sich das Update Darmkrebs 2018 auf die Fahnen geschrieben. Die Zielgruppe der Fortbildung am 03.12.2018 in Aalen sind in erster Linie Gastroenterologen, die bereits erste eigene Erfahrungen mit der ESD haben und ihre Fähigkeiten im Hinblick auf Diagnostik von Läsionen und Abtragungstechnik erweitern möchten.

Prof. Gerhard Kleber hat in den Kliniken Ostalb am Campus Aalen ein hoch interessantes, praxisbezogenes Tutoring-Update zusammengestellt. Dabei setzt er darauf, dem Teilnehmerkreis die ESD über eine klinische Begleitung durch japanische Experten nahe zu bringen. Von 09:00 bis 17:00 Uhr ermöglichen Interventionen an Patienten und in kleinen Gruppen besondere Einblicke in die Klassifikation durch High-resolution-Endoskopie, den Ablauf und die neuesten Techniken der ESD. Unterstützung erhalten die aus Japan angereisten Professoren Oyama und Takahashi durch drei führende europäische Experten.

Ab 08:30 Uhr werden die Fälle mit den Experten besprochen. Zudem ergänzen die Veranstalter die Tutorials durch ein Minisymposium zur Prävention, Diagnostik und Therapie von Darmkrebs.

Weitere Informationen

Veranstaltungsort und Zeiten

Ev. Diakoniekrankenhaus Freiburg
Wirthstr. 11, 79110 Freiburg
08:00 Uhr Treffpunkt, Hörsaal A, 3. OG
08:30 Uhr ESD-Tutoring, Raum Endo 1 und 2, Nr. 0.14.03, EG Endoskopie
17:30 Uhr Veranstaltungsende

Anmeldung und Information

Prof. Dr. H.-P. Allgaier, Chefarzt
Sekretariat: +49 761 1301-233
Fax: +49 761 1301-633
E-Mail: innere@diak-fr.de
www.diakoniekrankenhaus.de

Weitere Informationen

Veranstaltungsort und Zeiten

Zentrum für Endoskopie, Ebene 2,
Kliniken Ostalb, Campus Aalen,
Kälblesrain 1, 73430 Aalen
08:30 Uhr Besprechung der Fälle in Konferenzraum 1
09:00 Uhr ESD-Live-Untersuchungen in den Endoskopieräumen
17:00 Uhr Veranstaltungsende

Anmeldung und Information

Prof. Dr. G. Kleber, Chefarzt
Kliniken Ostalb, Campus Aalen
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm
Kälblesrain 1, 73430 Aalen
Sekretariat: Tel.: +49 7361 55-1211 und -1274
Gerhard.Kleber@kliniken-ostalb.de

Am 2. und 3. November:

ENDOCLUBNORD in Hamburg

Neues und Bewährtes aus der Endoskopie



Über 2.500 Teilnehmer werden erwartet, wenn sich Endoskopiker aus der ganzen Welt in Hamburg zum ENDOCLUBNORD treffen. Neben der ständigen Innovation auf dem Gebiet der Endoskopie hat die Qualität der Experten und die Vielzahl der Live in HD-Qualität mit zu verfolgenden Eingriffe dazu geführt, dass der Kongress in der Fachwelt als weltweit einmalig eingestuft wird. 2018 ist zum zweiten Mal die Hamburg Messe der Schauplatz der Live-Übertragungen aus den drei Hamburger Kompetenzzentren, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Asklepios Klinik Altona und Asklepios Klinik Barmbek.

Neben den Live-Demonstrationen werden wieder interessante Vorträge und Diskussionen zu neuen Techniken und Entwicklungen in Diagnose und Therapie angeboten. Der zweite Tag steht ganz im Zeichen der Aufarbeitung und Besprechung der Fälle vom Vortag wie auch ausgesuchter Fälle aus dem Vorjahr. Histologische Diagnosen werden demonstriert und das Patientenmanagement nach Leitlinien und Evidenz besprochen.

Bereits am Vortag treffen sich renommierte Endoskopiker unter dem Titel „Endoscopic Imaging 2020“ zu einem Olympus Vorsymposium im Logenhaus Hamburg.

Am 30. November und 1. Dezember:

endo-update in Augsburg

Live-Endoskopie aus den Kliniken Augsburg und Garmisch-Partenkirchen



Prof. Dr. Naohisa Yahagi und Prof. Dr. Tsuneo Oyama führen beim endo-update 2018 ein über 20-köpfiges Team aus hochklassigen Referenten aus dem In- und Ausland an. So viel geballte endoskopische Kompetenz hat sich auch in den Nachbarländern herumgesprochen. Bei der alljährlichen Augsburger Tagung steigen die Teilnehmerzahlen aus Österreich, Tschechien und der Schweiz stetig und befruchten den internationalen Charakter dieser beliebten Live-Veranstaltung zusätzlich.

Die Organisatoren, die Professoren Messmann und Allescher, haben dem Programm am Vortag der Tagung wieder zwei Satellitensymposien vorangestellt. Diese beschäftigen sich in diesem Jahr mit den Themen „Update CED 2018“ und „Endoskopisches Management von gastrointestinalen Tumoren“.

Bei der eigentlichen Veranstaltung stehen vielfältige Informationen und neue Entwicklungen zu etablierten Verfahren im Vordergrund. Ausreichend Raum für interdisziplinäre Diskussionen ist dabei gegeben. Bewährt haben sich auch Workshops, die den Freitag wieder abrunden werden. Die Übertragungen erfolgen live aus dem Klinikum Augsburg und dem Klinikum in Garmisch-Partenkirchen zum internationalen Teilnehmerfeld, das sich im Kongress am Park Augsburg einfindet.

Weitere Informationen

Anmeldung

www.endoclubnord.de

Zertifizierung

Zertifiziert mit 14 Fortbildungspunkten der Ärztekammer Hamburg.

Veranstaltung und Organisation

COCS GmbH - Congress Organisation C. Schäfer
Rosenheimer Str. 145c | 81671 München
Tel.: +49 89 8906770 | endoclubnord@cocs.de

Weitere Informationen

Anmeldung

kongress.cocs.de/endoupdate2018

Tagungsort

Kongress am Park Augsburg
Gögginger Str. 10, 86159 Augsburg

Veranstaltung und Organisation

COCS GmbH - Congress Organisation C. Schäfer
Rosenheimer Str. 145c | 81671 München
Tel.: +49 89 8906770 | jennifer.haas@cocs.de

Am 6. Oktober in Stuttgart:

Forum Endoskopie für das Pflegepersonal

Von und mit Ärzten und Kollegen lernen



Der deutsche Berufsverband für Pflegeberufe lädt am 06.10. in das Robert-Bosch-Krankenhaus nach Stuttgart ein. Vier thematische Blöcke sorgen dafür, dass die Teilnehmer mit den Experten der Pflegebranche und ausgewählten Medizern in einen vertiefenden Austausch gehen können.

Dabei haben im Atrium des Irmgard-Bosch-Bildungszentrums alle immer das Ziel vor Augen, nicht nur über Hygiene, Blutstillung, PEG und ein Managementthema zu berichten, sondern auf diese Weise einen größtmöglichen Mehrwert für den anschließenden Klinikalltag zu vermitteln. Zur Wissensverbreitung setzt die Leitung dieser Fachtagung des DBfK Südwest e. V. dieses Jahr in Stuttgart auf Kurzvorträge von insgesamt neun Referenten.

Durch die informative, lehrreiche Veranstaltung führen die erfahrenen Moderatorinnen Elisabeth Kern-Waechter und Andrea Wurster. Die Qualität der Veranstaltung ist bescheinigt. Registriert beruflich Pflegenden erhalten nach der Teilnahme 6 Fortbildungspunkte.

Höhepunkte des Programms

09:30 Uhr	Eröffnung und Begrüßung
09:45 Uhr	Blutstillung
10:45 Uhr	Hygiene
13:15 Uhr	Planung und Umbau einer Endoskopieabteilung
15:45 Uhr	Rund um die PEG
16:15 Uhr	Zusammenfassung

Weitere Informationen

Anmeldung und Teilnahmegebühr

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK Südwest e. V.
Eduard-Steinle-Straße 9, 70619 Stuttgart
Tel.: +49 711 475063
E-Mail: suedwest@dbfk.de
www.dbfk.de/de/bildungsangebote

DBfK-Mitglieder EUR 50,00

Nichtmitglieder EUR 60,00

Bei Gruppenanmeldungen ab 5 Personen wird 10% Rabatt gewährt

München 

12.–15.09.

**73. Jahrestagung der DGVS,
12. Herbsttagung der DGAV**

INTERPLAN Congress, Meeting & Event
Management AG, München
Tel.: +49 89 5482340
E-Mail: info@interplan.de

Salzburg 

20.–22.09.

**49. Jahrestagung der Österreichischen
Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM)**

Mondial Congress & Events, Wien
Tel.: +43 1 588 04-0
E-Mail: oegim2018@mondial-congress.com
www.oegim.at

Ulm 

21.–22.09.

**32. Fortbildungstage der Süddeutschen
Gesellschaft für Pneumologie**

Heidrun Daldrup, Agentur KONSENS GmbH,
Werne
Tel.: +49 2389 5275-0
E-Mail: daldrup@agentur-konsens.de
www.sdgp.de

Interlaken 

27.–28.09.

**Jahreskongress der Schweizerischen
Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG)**

Gabriela Kaufmann, Bern
E-Mail: info@gkaufmann.ch
www.sggssg.ch

Innsbruck 

28.–29.09.

EASIE-Kurs Blutungen

ÄRZTEZENTRALE MED.INFO, Wien
Tel.: +43 1 531 16-70
E-Mail: azmedinfo@media.co.at

Altötting 

28.–29.09.

Spektrum der klinischen Pneumologie

Antje Wellbrock-Wicknig, Intercongress GmbH, Düsseldorf

Tel.: +49 211 585897-80

E-Mail: info.dusseldorf@intercongress.de

www.spektrum Pneumologie-aoe.de

Fulda 

30.09.–02.10.

DGSV Kongress 2018 (Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V.)

Congress Compact 2C GmbH, Berlin

Tel.: +49 30 32708233

E-Mail: info@congress-compact.de

Graz 

04.–05.10.

EASIE ERCP-Kurs

ÄRZTEZENTRALE MED.INFO, Wien

Tel.: +43 1 531 16-70

E-Mail: azmedinfo@media.co.at

Nürnberg 

05.–06.10.

35. InterPneu

Sonja Lamberth, C.T.I. GmbH, Düsseldorf

Tel.: +49 211 542518-0

E-Mail: slambertz@@cti-kongresse.com

Stuttgart 

06.10.

Forum Endoskopie

Klaus Kraft, DBfK Südwest e.V., Stuttgart

Tel.: +49 711 475063

E-Mail: kraft@dbfk.de

www.dbfk.de

München 

20.–21.10.

57. Bayerischer Internisten-Kongress

MCN Medizinische Congressorganisation, Nürnberg

Tel.: +49 911 39316-39

E-Mail: bik@mcnag.info

www.mcn-nuernberg.de

Bonn 

07.–09.11.

Heiner-Brunner-Seminar mit Endoskopie-, Sonographie- und pH-Metrie-Workshop

Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e. V.

E-Mail: JFrenz@schmidt-roemhild.com

www.pgge.de

Ludwigsburg 

15.–16.11.

ERCP-Aufbaukurs

(Modul 2 zur Erlangung des DGVS Zertifikates Endoskopie ERCP)

Klinikum Ludwigsburg, Sekretariat Prof. Caca, Frau R. Jäckel

Tel.: +49 7141 99-67201

E-Mail: rita.jaeckel@kliniken-lb.de

Bad Kreuznach 

16.–17.11.

33. Jahrestagung der GARPS 2018

Gaby Kneissler, GARPS, Deidesheim

Tel.: +49 6326 962887

www.garps.de

Wien 

23.–24.11.

Endoskopie Postgraduiertenkurs 2018

Medizinische Ausstellungs- und

Werbe-gesellschaft, Wien

Jasmin Schneckenburger, Barbara Winder,

Tel.: +43 1 531 16-76

E-Mail: postgraduiertenkurs@media.co.at

Ludwigsburg 

28.11.

Refresher-Endoskopiesedierung Sedierung und Notfallmanagement in der Endoskopie (DEGEA / S3-Leitlinie AWMF)

Informationen: Ralf Burkhard, RKH-Akademie, ralf.burkhard@rkh-akademie.de

Herausgeber:Olympus Deutschland GmbH
Medical Systems
Wendenstraße 14-18, 20097 Hamburg**Redaktionsleitung (v.i.S.d.P.):**Barbara Opalka, Leitung Produktmanagement
Endo-Therapie CENTRAL
Barbara.Opalka@Olympus.de**Verantwortlicher Redakteur bei der plus2 GmbH:**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, 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 Redaktion. Beiträge Ihrerseits sind nach Absprache mit der Redaktionsleitung jederzeit willkommen. Wir behalten uns Textkürzungen vor. Für unverlangte Einsendungen von Manuskripten, Fotos, Datenträgern übernimmt die Redaktion allerdings keine Verantwortung. Nachdruck, Aufnahme in Online-Dienste und Internet sowie Vervielfältigungen auch auf Datenträger nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung der Redaktion und Quellenangabe.

Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 26.06.2018**OLYMPUS**



ECHTE LEISTUNG ...

speziell für Sie

Mit der Entwicklung des ESG-300 hat Olympus einen Generator speziell für die Anforderungen des Endoskopikers geschaffen. Die Komplexität herkömmlicher Multifunktionsgeneratoren ist beim ESG-300 deutlich reduziert, der so eine intuitiv zu steuernde, sichere und smarte Energiequelle darstellt.

ESG-300: Für mehr Vielfalt

➤ www.olympus.eu/ESG-300