

OLYMPUS

Ausgabe 3 | 2018

ERCP

INFORMIERT

Das Magazin für flexible medizinische Endoskopie.

TITELTHEMA

Stentanlagen bei Gallenwegs- obstruktion

WEITERBILDUNG

ESD- und
ERCP-Workshops
2019

PRODUKTE

Neu: Duodenoskop
TJF-Q190V

Alles Gute für das Endoskopiejahr 2019



Es ist kaum zu glauben, aber einige unserer Kunden haben tatsächlich jahrelang ihr geliebtes Olympus Duodenoskop

TJF-160VR mit seinem quadratischen Bildausschnitt und der 15° retrograden Optik gehegt und gepflegt, da sie den uneingeschränkten Blick auf die Papille der Vor-Vorgängergeneration nicht missen wollten. „Es war höchste Zeit, das TJF-Q190V auf den Markt zu bringen. Unser 160er Gerät war jetzt nicht mehr zu retten“, erzählte mir eine Endoskopieschwester. Und der Kommentar der ersten ärztlichen Evaluatoren lautete: „Ich traue mich jetzt, viel weiter zu papillotomieren, seit ich auf dem neuen Bildausschnitt die ganze Papille mit der darüber liegenden Falte sehen kann.“ Es kommt bei Ihnen, unseren Kunden, sehr gut an, dieses neue Duodenoskop der EXERA III Serie. Neben dem veränderten Bildausschnitt haben unsere Ingenieure

ausdrücklichen Wert auf eine vereinfachte Aufbereitung insbesondere des Distalendes gelegt. Nach dem Abnehmen der neuen Einweg-Aufsatzkappe sind alle Öffnungen sowie der Albarranhebel leicht zu bürsten und zu spülen, bevor das Gerät in das RDG-E wandert. Wir hoffen, dass Ihnen der veränderte Arbeitsablauf schnell in Fleisch und Blut übergeht und dazu beiträgt, die Anforderungen an eine einwandfreie Aufbereitung noch besser in die Praxis umzusetzen.

Der Herbst bringt weitere Neuigkeiten von Olympus. Norgine hat uns den Vertrieb der EndoCuff Vision Aufsatzkappen übertragen. Diese erhöhen nachweislich die Adenomdetektionsrate bei der Koloskopie, indem sie Darmfalten glätten und endoskopisch sichtbar machen, was sich dahinter verbirgt. Sie sind für alle Koloskoptypen erhältlich, auch für das neue PCF-H190T. Welche Vorteile Ihnen dieses dünne pädiatrische Koloskop bringt, verraten wir auf Seite 11.

Auch möchte ich Ihnen unser Titelthema biliäres Stenting empfehlen. Metallstents erfahren in diesem Bereich eine wachsende Bedeutung, da Tumor-Patienten aufgrund der Fortschritte in der Medikation immer länger leben. Beachten Sie hierzu auch die Vorstellung unserer neuen HANAROSTENT Metallstents, die neben klassischen gecoverten wie auch ungecoverten Versionen diverse Spezialstents für besonders herausfordernde anatomische Situationen umfassen. Unser Leitartikel erwartet Sie ab Seite 4.

Ich wünsche Ihnen mit unseren neuen endoskopischen Werkzeugen einen sanften Start in ein aufregendes, erfolgreiches und gesundes Endoskopiejahr 2019.

Ihre

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

In dieser Ausgabe



Aus der Praxis

Titelthema: Stentanlagen bei Gallenwegsobstruktion 04



Produkte

HANAROSTENT® biliäre Metallstents 08

Besser sehen, sicher therapieren 09

Mühelos manövrieren, effektiv intervenieren 11

Verbessern Sie Ihre Adenom-Detektionsrate (ADR) 12



Service

Der Leihgeräte-Service von Olympus 14



Weiterbildung

ERCP-Workshops 2019 15

ESD-Workshops 2019 16

15 Jahre „Endoskopisches Forum LIVE“ 17

Pflegefachtagung Endoskopie in Essen 18

Kalender 19

Impressum 19

20 Jahre „Thorakale Endoskopie“

Workshop-Jubiläum vom 24. bis 26. Januar in Hemer

Gemeinsam im Team ist man am stärksten! Daher richtet sich der 20. Workshop für Thorakale Endoskopie wieder an Ärzte und deren Assistenz. Der Teamgedanke ist eine Säule des Erfolgs dieser Fortbildung, eine andere die klare Struktur der drei lehrreichen Tage, zu denen 2019 wieder die Lungenklinik Hemer einlädt.

An drei Tagen im Januar 2019 wird ein aktueller Überblick über die Bronchoskopie und Thorakoskopie gegeben. Die Organisation um die drei langjährigen Leiter des Workshops, Dr. med. Franz Stanzel als Gastgeber 2019 sowie Prof. Dr. med. Ralf Eberhardt und Prof. Dr. med. Felix Herth, den Gastgebern der Thoraxklinik Heidelberg in geraden Kalenderjahren, hat wieder eine hochwertige endoskopische Fortbildung zusammengestellt:

Donnerstag, 24.01., steht im Zeichen von Updates zu interstitiellen Lungenerkrankungen und des Rundherds jeweils in einer Sitzung mit Bezug zu Fällen und zur Praxis. Das Assistenzpersonal trifft sich zudem am Abend zu einer Besprechung gemeinsamer Aktivitäten.

Am Freitagvormittag, 25.01., werden LIVE-Endoskopien direkt übertragen, dazwischen gibt es Vorträge zu wichtigen Themen der thorakalen Endoskopie. Am Nachmittag wird die Lungenvolumenreduktion einen Schwerpunkt einnehmen, gefolgt von einem Mix diverser Themen der Bronchoskopie.

Beim Hands-on am Samstag, 26.01., besteht die Möglichkeit für Assistenz und Arzt, gemeinsam an verschiedenen Arbeitsplätzen zu üben. Gerade hierfür ist eine rechtzeitige Anmeldung geboten, da die Erfahrung gezeigt hat, dass die Plätze hierfür schnell ausgebucht sind.

Lungenklinik Hemer
Zentrum für
Pneumologie und Thoraxchirurgie



Thorakale Endoskopie

20. Hands-On-Workshop

24. bis 26. Januar 2019
in der Lungenklinik Hemer
für Ärzte und Assistenzpersonal

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. F. Stanzel, Prof. Dr. med. E. Eberhardt, Prof. Dr. med. F. Herth
Veranstaltungsort: Lungenklinik Hemer, Großer Saal, Theo-Funckius-Straße 1, 58629 Hemer



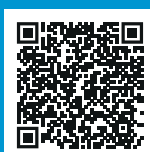
Weitere Informationen

Teilnahmegebühr und Anmeldung

Für Ärztinnen und Ärzte: 400 Euro, für Assistenzpersonal 75 Euro. Die Gebühr beinhaltet die Teilnahme an allen Programmpunkten inkl. Hands-on und die Bewirtung in der Lungenklinik.

Verbindliche Anmeldung bis zum 10.01.2019 an:
Pia Schenzer
pia.schenzer@lkhemer.de

Tel.: +49 2372 908-2201
Fax: +49 2372 908-9201



 www.lungenklinik-hemer.de

Auszug aus dem Programm vom 24. – 26.01.2019

Donnerstag

Block 1: Interstitielle Lungenerkrankungen
Block 2: Der Rundherd

Freitag

Block 3: Live-Fälle, Updates, Year in review
Block 4: Lungenvolumenreduktion
Block 5: Diverses, u. a. Sonographie, Ablationsverfahren, Organisation in der Bronchoskopie

Samstag

Hands-on, 7 Blöcke à 45 Minuten, u. a. ELVR, Stents, starre Bronchoskopie, Intubation, Ablation, Blutstillung, Rundherd, Navigation, Minisonde, Drainagen, Radiologie, Zytologie, sonografische Funktionen



TITELTHEMA

Stentanlagen bei Gallenwegsobstruktion

Zunehmende Verwendung von selbstexpandierenden Metallstents (SEMS)

Die ERCP wurde zunehmend zu einer therapeutischen Prozedur. Insbesondere das Stenting maligner und benigner Veränderungen der Gallenwege unterlag in den letzten Jahren einer raschen Entwicklung von reinen Plastikstents zu speziellen

selbstexpandierenden Metallstents (SEMS). Idealerweise gelingt dies transpapillär im Rahmen einer ERCP. Aber auch transkutane (PTCD) und endosonographisch-transluminale Zugänge ermöglichen mit diesen neuen Stents eine effektive Drainage.



Ein Artikel von:



Dr. med. Marcus Schmitt

Chefarzt der Klinik für Gastroenterologie, Stoffwechsel und Infektiologie

Klinikum Wilhelmshaven
Friedrich-Paffrath-Straße 100
26389 Wilhelmshaven, Deutschland
Marcus.schmitt@klinikum-whv.de



Technische Aspekte

Nachdem erstmals 1979 Soehendra und Reynders-Frederix die Einlage eines Kunststoffstents zur Drainage bei maligner Gallenwegsobstruktion beschrieben haben, nahm die Stententwicklung einen sprunghaften Fortschritt: Problemen wie Stentverschluss durch Gallesludge, Stentmigration, Biofilmbildung, Verkürzung oder auch mangelnde Sichtbarkeit in der Durchleuchtung wurde durch verschiedene Plastikmaterialien und Stentformen sowie durch die Entwicklung von selbstexpandierenden Metallstents (SEMS) seit den 1990er Jahren begegnet [1]. Diese SEMS kommen ohne Ummantelung (uncovered), mit einer Kunststoffmembran teilummantelt (partly covered = PC-SEMS) oder voll ummantelt (fully covered = FC-SEMS) in den Handel.

Als Indikationen sind die extra- und die intrahepatische (v. a. hiläre) Obstruktion zu unterscheiden. Diese werden jeweils weiter unterteilt in eine maligne und eine benigne Form. Leckagen und Steinleiden sind weitere Indikationen für eine Stentanlage.

Extrahepatische Striktur/Obstruktion

Die maligne extrahepatische Stenose (z. B. beim Pankreas-kopfkarzinom) wirft zuallererst die Frage nach der Operabilität auf. Der Endoskopiker muss daher schon früh eine mögliche präoperative von einer palliativen Situation unterscheiden.

Besteht eine zeitnahe Operationsmöglichkeit, sollte eine Stentanlage unterbleiben.

Jedoch auch in der präoperativen Situation sind die Cholangitis, die drohende Cholangiosepsis unbestrittene Indikationen zur raschen Galleableitung durch Stents. Hier wird ein selbstexpandierender Metallstent (SEMS) – idealerweise mit 10 mm Durchmesser – bevorzugt. Inwieweit ein Ikterus mit Bilirubinwerten ≥ 15 mg/dl auch eine derartige Indikation darstellt, ist noch unklar, die Datenlage hierfür weiterhin heterogen [2, 3].

Verzögert sich allerdings der Operationstermin oder besteht ein hoher Remissionsdruck und die Notwendigkeit einer zeitnahen (neoadjuvanten) Chemotherapie, so legen wir einen selbstexpandierenden Metallstent (SEMS). Hiermit gelingt häufig eine raschere Galleableitung. Dadurch verbessert sich die Leberfunktion und der Patient wird zügiger chemotherapiefähig, zudem lindern sich Symptome wie der Juckreiz [4].

Besteht eine palliative Situation, wird die Einlage eines voll gecoverten Metallstents (FC-SEMS) empfohlen, da dieser Plastikstents und auch ungecoverten SEMS überlegen ist [5]. Denn es treten verringertes Einwachsen des Tumors und weniger Stentverschlüsse auf. Geringe Nachteile sind allerdings, dass sich Sludge bilden kann, diese Stents (FC-SEMS) häufiger dislozieren und der Tumor an den Stentenden überwuchern kann.



Die alte Streitfrage, ob ummantelte Metallstents (PC-SEMS/FC-SEMS), die über den Abgang des D cysticus hinweggelegt werden, zu vermehrten Cholezystitiden führen, kann verneint werden. Mittlerweile gibt es zu dieser Frage bereits vier Metaanalysen, sodass FC-SEMS die erste Wahl werden.

Gibt es dann überhaupt noch eine Indikation für Plastikstents? Ja, insbesondere dann, wenn die Lebenserwartung des Patienten mit maligner biliärer Obstruktion weniger als drei Monate beträgt. Hier verwenden wir Plastikstents mit



Durchmessern bis 10F, es wird eine gute bis ausreichende Galleableitung erreicht. Häufige, dreimonatliche Stentwechsel sind nicht zu erwarten und die Prozedur ist kosteneffektiv.

Schwieriger stellt sich die Situation dar, wenn es sich nicht um eine eindeutige maligne Stenose handelt. Dann empfiehlt sich die Verwendung eines ummantelten Metallstents (idealerweise FC-SEMS). Diese Stents sind bei benignen

Stenosen mittlerweile zugelassen und können weitaus leichter und nebenwirkungsärmer entfernt werden als ungedeckte Metallstents.

Hiläre (intrahepatische) Stenosen

Besteht der dringende Verdacht auf hiläre (intrahepatische) maligne Stenosen, so sollte vor einer Galleableitung (ERCP/PTCD) eine Schnittbildgebung (CT/MRT/PET-CT) erfolgen und die Fragen nach Tumorausdehnung, nach Befall der Gallenwege und nach Resektabilität zunächst beantwortet werden. Stenteinlagen können nämlich durch morphologische Gewebeeränderungen die Genauigkeit dieser Schnittbildgebung beeinflussen [6].

Bei Resektabilität erfolgt kein Stenting. Bestehen Einwände gegen eine zeitnahe Operation wie eine Cholangitis, wie ein zu kleines Restlebertum nach Resektion, wie eine geplante Pfortaderembolisation, so sollte eine Gallenwegsdrainage durchgeführt werden. Vorzugsweise geschieht dies via ERCP durch einen Plastikstent, unsere japanischen Kollegen favorisieren in dieser Situation eine nasobiliäre Sonde [7, 8].

In der palliativen Situation einer malignen hilären Obstruktion ohne Operationsoption erfolgt eine Galleableitung mittels Stents. Therapieziel ist es, 50 % oder mehr des Lebertumens zu drainieren, nicht-drainierbare Regionen sollten erst gar nicht mit Kontrastmittel gefüllt und dargestellt werden. Gerade hierbei ist die präinterventionelle Schnittbildgebung sehr hilfreich, die einzelnen Drainagewege zu planen. Eine neuere Metaanalyse zeigte auf, dass die Drainage beider Leberlappen und die Verwendung von nicht-ummantelten SEMS von Vorteil sind. Offenheitsrate und Morbidität waren verbessert, die Zahl der Zweiteingriffe verringert [9].

Bei der Verwendung von SEMS und Drainage beider Leberlappen können die Stents Seite-an-Seite liegend eingebracht werden. Hier ist darauf zu achten, dass die distalen Stentenden entweder aus der Papille ragen oder aber im distalen DHC auf derselben Höhe liegen. Nur so kann später die Sondierung leicht gelingen und mit Stent-in-Stent oder Radiofrequenzablation bei Stentverschluss die Wiedereröffnung erfolgen. SEMS mit dünnkalibrigem Legebesteck können gleichzeitig im Arbeitskanal des Duodenoskops platziert, die Stents zeitgleich unter Sicht freigesetzt werden.

Alternativ kann die Stent-in-Stent-Technik benutzt werden, bei der durch einen ersten SEMS mit weiten Maschen in der Stentmitte ein zweiter Stent hindurch in das andere Gallenwegssystem geführt wird. Es liegen keine vergleichenden Studien vor, technisch erscheint dies aus unserer Erfahrung anspruchsvoller, wenn auch die wenigen Daten eine bessere Ableitung als die Seite-an-Seite-Technik vermuten lassen.

Gutartige Strikturen/Obstruktionen

Die meisten gutartigen Strikturen finden sich extrahepatisch im Ductus hepatocholedochus und sind Folge orthotoper Lebertransplantationen oder einer chronischen Pankreatitis. Diese Strikturen können entweder durch sequenzielle Applikation multipler Plastikstents („Costamagna-Konzept“) oder durch einen vollummantelten Metallstent (FC-SEMS) über die Zeit aufgedehnt werden. Bei Plastikstents werden alle drei Monate zunehmend mehr Stents (wenn möglich je drei Stents à 10F zusätzlich) über 12 bis 18 Monate über die Stenose hinweg gelegt.

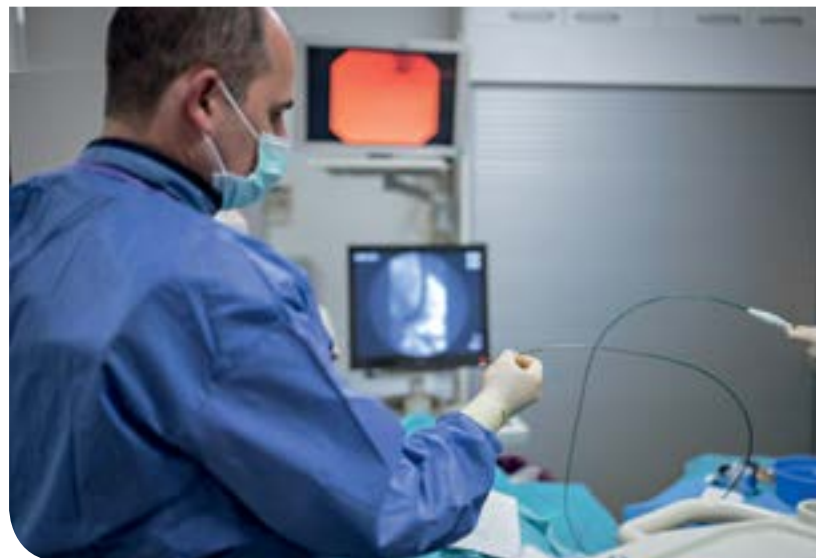
Alternativ kann auch ein voll ummantelter (FC-SEMS) verwendet werden, zuvor sollte jedoch eine Sphinkterotomie erfolgen. Auch die hilusnahe Anlage wird kontrovers betrachtet, hier scheint noch der Plastikstent bessere Ergebnisse zu liefern. Die Liegedauer des FC-SEMS beträgt sechs Monate, die ideale Liegedauer bleibt allerdings noch unklar [10].

Gallelecks und große Konkremente

Gallelecks können primär durch Sphinkterotomie und Einlage eines Plastikstents (7 – 10F) für 4 bis 8 Wochen behandelt werden. Führt dieses Vorgehen nicht zum Erfolg, sollte auf ein Mehrfachstenting verzichtet und zu einem ummantelten Metallstent gegriffen werden [11].

Plastikstents sind auch eine therapeutische Option bei primär nicht entfernbaren Konkrementen oder multimorbiden alten Patienten mit einer Choledocholithiasis.

Insgesamt geht der Trend zu SEMS und hier – außer bei hilären malignen Stenosen – zu FC-SEMS. Dieser Trend wird auch in der ESGE-Leitlinie 2018 mit Empfehlungen untermauert werden. Außer der wissenschaftlichen Datenlage sind die praktikable Freisetzung, der schnelle klinische Erfolg und



die technischen Vorteile gute Gründe für diese Zunahme in der Verwendung.



Literatur

- [1] Sohendra N; Reynders-Frederix V. Palliative Gallengangsdrainage: eine neue Methode zur endoskopischen Einführung einer Drainage. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1979;104:206-207.
- [2] van der Gaag NA, Rauws EA, van Eijck CH et al. Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the pancreas. N Engl J Med 2010; 362: 129-137.
- [3] Song TJ, Lee JH, Lee SS et al. Metal versus plastic stents for drainage of malignant biliary obstruction before primary surgical resection. Gastrointest Endosc 2016; 84: 814-821.
- [4] Gardner TB, Spangler CC, Byanova KL et al. Cost-effectiveness and clinical efficacy of biliary stents in patients undergoing neoadjuvant therapy for pancreatic adenocarcinoma in a randomized controlled trial. Gastrointest Endosc 2016; 84: 460-466.
- [5] Dumonceau JM, Tringali A, Blero D et al. Biliary stenting: indications, choice of stents and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline. Endoscopy 2012; 44: 277-298.
- [6] Mansour JC, Aloia TA, Crane CH et al. Hilar cholangiocarcinoma: expert consensus statement. HPB (Oxford) 2015; 17: 691-699.
- [7] Kawashima H, Itoh A, Ohno E et al. Preoperative endoscopic nasobiliary drainage in 164 consecutive patients with suspected perihilar cholangiocarcinoma: a retrospective study of efficacy and risk factors related to complications. Ann Surg 2013; 257: 121-127.
- [8] Kawakami H, Kuwatani M, Onodera M et al. Endoscopic nasobiliary drainage is the most suitable preoperative biliary drainage method in the management of patients with hilar cholangiocarcinoma. J Gastroenterol 2011; 46: 242-248.
- [9] Lee TH, Kim TH, Moon JH et al. Bilateral versus unilateral placement of metal stents for inoperable high-grade malignant hilar biliary strictures: a multicenter, prospective, randomized study (with video). Gastrointest Endosc 2017; 86: 817-827.
- [10] Khan MA, Baron TH, Kamal F et al. Efficacy of self-expandable metal stents in management of benign biliary strictures and comparison with multiple plastic stents: a meta-analysis. Endoscopy 2017; 49: 682-694.
- [11] Langerth A, Sandblom G, Karlson B-M. Long-term risk for acute pancreatitis, cholangitis, and malignancy more than 15 years after endoscopic sphincterotomy: a population-based study. Endoscopy 2015; 47: 1132-1136.



PRODUKTE

HANAROSTENT® biliäre Metallstents

Die moderne Produktpalette
jetzt exklusiv bei Olympus



Seit Anfang 2018 ist Olympus für den Vertrieb des gesamten HANAROSTENT® Sortiments des koreanischen Herstellers M.I.Tech für Deutschland und Österreich exklusiv verantwortlich. Die moderne Produktpalette umfasst Metallstents für Ösophagus, Duodenum, Kolon, den biliären Bereich sowie tracheobronchiale Stents. Die handgefertigten Stents zeichnen sich durch ihre hohe anatomische Anpassungsfähigkeit aus. Eine moderate Verkürzungsrate von im Schnitt ca. 22 % vereinfacht die Platzierung und verbessert die Zielgenauigkeit beim Legen.

Der Einsatz von Metallstents bei Patienten mit benignen und malignen biliären Erkrankungen bringt viele Vorteile mit sich. Olympus bietet hierfür das ideal geeignete Instrumentarium. Mit der umfangreichen Produktpalette der HANAROSTENT® wurde das gesamte Endo-Therapie-Portfolio nochmals erweitert. Im Notfall versuchen wir dank 24-Stunden-Lieferservice die erforderlichen Stents jederzeit schnell zur Verfügung zu stellen.

Neben den gängigen gecoverten und ungedeckten Stents der Serien BCB und BNA für die Überbrückung maligner wie auch benigner Strikturen und Anastomoseninsuffizienzen möchten wir auf die Spezialstents für die

Beherrschung von besonders herausfordernden anatomischen Situationen aufmerksam machen.

Intrahepatischer Einsatz: ungecoverter BNHS-Stent

Konzipiert für maligne Obstruktionen im hilären Bereich. Sein dünnes Einführbesteck von 5,9 French ermöglicht die simultane Platzierung zweier Stents in der Hepatikusgabel (Seite an Seite).

Als etwas aufwendigere Alternative gestattet das Modell BNL dank einer größeren Zellstruktur in der Mitte die Stent-in-Stent-Platzierung durch die Maschen des zuerst gelegten Stents.

Einzigartige Flaps gegen Migration

Um Abhilfe gegen die verbreitete Komplikation der Migration nach Stentplatzierung vor allem bei gecoverten Stents zu schaffen, bieten BCG- und BCT-Modelle neben der üblichen Tulpenform zum Schutz vor Dislokation auch integrierte Flaps. Erste Studienergebnisse* sind bezüglich einer deutlich reduzierten Migrationsrate sehr vielversprechend. So wurden bei 32 Patienten, davon 24 mit Strikturen und 8 mit Leckagen, gecoverte Metallstents als First-line-Therapie platziert. Darauf war bei allen Patienten ein unmittelbarer klinischer Erfolg zu

verzeichnen. Die Stents wurden nach einer durchschnittlichen Liegedauer von 124 Tagen wieder entfernt. In einem Fall kam es zu einer späten Migration des Stents nach 125 Tagen. Dies entspricht einer Migrationsrate von 3,3 %. Im Vergleich dazu liegt diese im Durchschnitt bei klassischen gecoverten biliären Stents bei ca. 30 %.

Der BCT-Stent integriert zwei Lassos für die Entfernung des Stents. Das lange Lasso ermöglicht eine besonders einfache Entfernung, da der Stent von proximal nach distal wie beim Ausziehen einer Socke umgekrempelt werden kann.

Neuartige Kombination

Der BMCL-Spezialstent verbindet die Eigenschaften eines gecoverten mit einem ungedeckten Stent. Sein Cover enthält multiple Öffnungen, die dafür sorgen sollen, dass der Stent sich besser im Gewebe verankert und damit Schutz vor Migration bietet. Gleichzeitig ist die Drainage des Ductus cysticus über die Öffnungen möglich.

* The Use of Double Lasso, Fully Covered Self-Expandable Metal Stents with New "Anchoring Flap" System in the Treatment of Benign Biliary Diseases, B. Mangiavillano – G. Manes – T. H. Baron – R. Frego – M. Dinelli – F. Radaelli – V. Teruzzi – A. Amato – S. Pallotta – T. Santoro – E. Masci, Springer Science+Business Media New York 2014

Schnelle Hilfe ist in diesem Bereich oftmals eine grundlegende Voraussetzung. Bis 15 Uhr eingehende Bestellungen werden in der Regel am Vormittag des Folgetages ausgeliefert. Sie erreichen unser Serviceteam unter 0800 200 444 212 täglich zwischen 8 und 17 Uhr.





PRODUKTE

Besser sehen, sicher therapieren

Das neue TJF-Q190V für optimierte ERCP

Vielen Gastroenterologen gilt die ERCP als Königsdisziplin in der Endoskopie. Das Auffinden der Vaterischen Papille, der Zugang zum, das Manövrieren im sowie die präzise Durchführung von nötigen therapeutischen Maßnahmen im Gallengang erfordern Orientierungsvermögen, Fingerspitzengefühl und Routine. Mit dem TJF-Q190V stellt Olympus ein neues Duodenoskop vor, das bei der ERCP im Zusammenspiel mit dem ERCP-Instrumentarium als V-System für bessere Sicht, mehr Ergonomie und leichtere Aufbereitung sorgt.

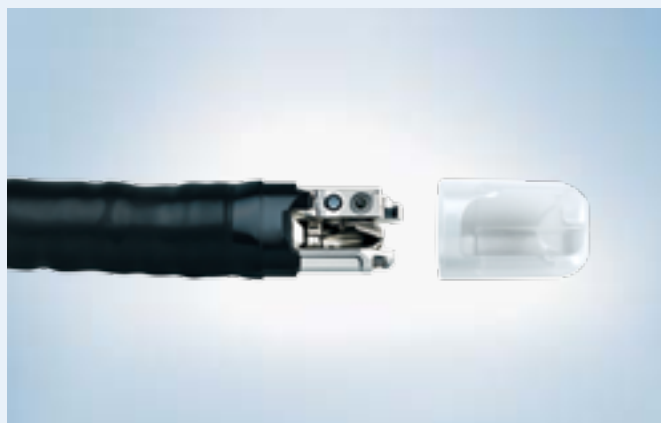
Das V-System von Olympus hat schon mit dem bisherigen Duodenoskop TJF-Q180V zu deutlichen Verbesserungen bei der Arbeit in Gallen- und Pankreasgang geführt. Dank maximaler Abwinkelbarkeit des Albarranhebels und der speziellen, V-förmigen Kerbe ist mit dem System ein kurzer oder langer Führungsdraht sicher fixierbar. Somit lassen sich die für die Arbeit notwendigen Instrumente wie Papillotom, Extraktionsballon oder mechanischer Lithotriptor problemlos wechseln.

Vorteile ausgebaut und von ersten Anwendern bestätigt

Nun stellt Olympus mit dem TJF-Q190V die Weiterentwicklung des bewährten Geräts vor und behält die erprobten und in der Praxis erfolgreichen Funktionen bei, um sie mit aktuellster Technologie und sinnvollen Neuerungen zu ergänzen. Das neue Duodenoskop ist wieder mit der bewährten 90° Verriegelung für die einfache, schnelle und sichere Arretierung kurzer oder langer Führungsdrähte ausgestattet. Und

neu sind die Erweiterung des Sichtfelds dank einem annähernd quadratischen Format sowie die optimierte Blickrichtung 15° retrograd. Beide führen zu einer deutlichen Erleichterung und Effizienzsteigerung bei der Kanülierung.

Diese Vorteile werden bereits aus der endoskopischen Klinik bestätigt. So etwa von Dr. med. Ulrich Rosien, Internist und Gastroenterologe am Israelitischen Krankenhaus in Hamburg: „Ich habe das neue Endoskop schon mehr als 20 Mal eingesetzt und kann insbesondere den erweiterten Sichtbereich loben. Dadurch habe ich einen besseren Blick auf die Papille während des Eingriffs. Da auch die Falte oberhalb der Papille direkt sichtbar ist, ist eine weite Papillotomie mit größerer Sicherheit durchführbar.“



Neu: die abnehmbare Einweg-Distalkappe erleichtert die manuelle Reinigung



Kontrollierte Aufbereitung gewährleistet ein hohes Sicherheitsniveau

Neben den Verbesserungen in punkto Optik und Ergonomie, die dem Endoskopiker die Arbeit erleichtern, ist das TJF-Q190V mit weiteren Innovationen ausgestattet, die Assistenz und Hygienefachpersonal im Alltag zugute kommen. So ermöglichen etwa die distale Einwegkappe MAJ-2315 und der neue Spüladapter MAJ-2319 einen einfachen Zugang zum Distalende des Duodenoskops während der manuellen Reinigung. Der neue Spüladapter sorgt für eine kontrollierte Verteilung von Reinigungs- und Desinfektionslösung im Distalende des Endoskops.



Gerade diese beiden Hilfsmittel wurden auch von Dr. med. Ulrich Rosien und seinem Team besonders hervorgehoben: „Die Einwegkappe ist einfach aufzusetzen bzw. abzunehmen und hält zuverlässig. Die manuelle Reinigung des Endoskops während der Aufbereitung kommt bei unserem Hygienefachpersonal gut an. Sie loben die effiziente und hygienische Reinigung durch das neue Design des Distalendes und die Verwendung des Spüladapters, der die Reinigung des Albarranbereichs beim Vorgängermodell mit der Bürste MAJ-1888 ersetzt.“ Weiterhin besitzt das TJF-Q190V einen wasserdichten „One-Touch“-Anschluss, der den Einsatz des Spiralkabels erspart und den Aufwand für die Einrichtung vor dem Einsatz deutlich reduziert. So ist die nächste Endoskop-Generation für die Königsdisziplin ERCP ebenso schnell wie sicher wieder startklar.

Produktbezeichnung	TJF-Q190V
Sichtfeld	100°
Blickrichtung	Retrograd 15°
Schärfentiefe	5–60 mm
Außendurchmesser Distalende	13,5 mm
Außendurchmesser Einführschlauch	11,3 mm
Innendurchmesser Instrumentierkanal	4,2 mm
Minimaler Sichtabstand	10 mm
Abwinkelung	Oben 120°, unten 90°, rechts 110°, links 90°
Arbeitslänge	1.240 mm
Gesamtlänge	1.560 mm

Technische Spezifikationen des TJF-Q190V



Das neue Duodenoskop TJF-Q190V überzeugt Anwender insbesondere durch den erweiterten Sichtbereich auf die Papille

Müheles manövrieren, effektiv intervenieren

Das neue PCF-H190TI/L, ideal für EMR und ESD

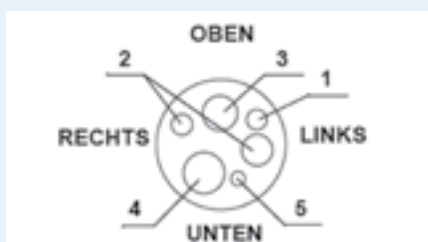


Die interventionelle Koloskopie gehört gewiss zu den herausfordernden Disziplinen in der Gastroenterologie. Um etwa bei der Entfernung von Läsionen die Patientensicherheit zu erhöhen und die Zahl von RO-Resektionen zu steigern, hat Olympus ein neues, besonders dünnes Koloskop entwickelt. Das PCF-H190TI/L besticht dabei durch eine hervorragende Manövrierfähigkeit.

Die effektive und sichere Entfernung von lokalisierten Läsionen z. B. im Sigma oder bei linker und rechter Flexur stellen Koloskopiker oft vor Herausforderungen. Zu diesen zählen u. a. eine schlechte Sichtbarkeit der vollständigen Läsion, eine instabile Endoskopposition oder eine eingeschränkte Manövrierfähigkeit des Gerätes. Zudem kommt es vor, dass die maximale Abwinkelung nötig ist, um die Läsion zu erreichen. Um unter diesen schwierigen Bedingungen auch Interventionen wie die EMR oder ESD sicherer und effizienter zu machen, ist das neue Koloskop PCF-H190TI/L die ideale Option. Es zeichnet sich durch eine herausragende Manövrierbarkeit aus. Für eine stabilere Positionierung ist ein optionaler Ballonüber tubing verfügbar.

Leichtere Läsionenabtragung und mehr entdecken

Zu den wichtigsten Eigenschaften zählt die 210°-Abwinkelung nach oben in Verbindung mit einem kürzeren Distalende,



das besonders enge Abwinkeln ermöglicht. So lassen sich die Positionierung zur Läsion und ihre Abtragung deutlich leichter durchführen. Auch wird somit das Koloskop im Zökum im Vergleich mit Routine-Koloskopen einfacher invertierbar, der Rückzug im rechtsseitigen Kolon kann dadurch auch in Inversion durchgeführt werden. Bei einer Live-Demonstration im Rahmen der GastroTage in Ludwigshafen im Sommer 2018 konnte auf diese Weise ein hinter einer Falte verstecktes, sessil serratiertes Adenom (SSA) gefunden werden.

Optimale Sicht durch gezieltes Spülen

Für verbesserte Arbeitsbedingungen sorgt außerdem das neu aufgebaute Distalende. Hier wurden die Positionen von Instrumentier- und Spülkanal geändert, sie befinden sich nun auf 6:30 Uhr und 5:30 Uhr. Der Effekt: Im Unterschied zur herkömmlichen 8:00-Uhr-Position wird damit gezielteres Spülen bei optimaler Sicht auf die Behandlungsstelle möglich. Hierdurch unterstützt das Gerät eine schnellere Identifizierung von Blutungsstellen und erleichtert die Hämostase.

Neuer Overtube, bewährtes Handling

In Kombination mit dem optionalen ST-CB1 Über tubing ermöglicht das

- 1 Luft-/Wasserdüse
- 2 Lichtleiterlinse
- 3 Objektiv
- 4 Instrumentierkanal
- 5 Spülkanal

PCF-H190TI/L eine stabile Positionierung im Kolon. Dies erleichtert komplexe Interventionen. Weiterhin ist das Endoskop mit der variablen Versteifung ausgestattet, so dass es sich „wie ein Routine-Koloskop schieben lässt“, wie Prof. Dr. Siegbert Faiss vom Asklepios Klinikum Barmbek befand. Auch die High Force Transmission des Koloskops führt zur verbesserten Übertragung von Rotationsmanövern und des Vorschubs. Die verschiedenen Vorteile



des Gerätes optimieren die interventionelle Endoskopie im Kolon und können die Erfolgsrate bei EMR und ESD erhöhen.

Einbindung in den Olympus Kosmos

Das neue interventionelle Koloskop ist Teil einer umfangreichen Komplettlösung. So kann das PCF-H190TI/L mit einer Vielzahl von ESD- und EMR-Instrumenten von Olympus genutzt werden. Für diese ist wiederum aktuell der neue HF-Generator ESG-300 verfügbar. Damit entsteht eine unvergleichliche Kombination aus einer Hand, die kaum von anderer Seite angeboten werden kann.

Produktbezeichnung	PCF-H190TI/L
Sichtfeld	140°
Abwinkelung	210°
Schärfentiefe	2 – 100 mm
Außendurchmesser Distalende	9,8 mm
Außendurchmesser Einführschlauch	10,5 mm
Innendurchmesser Instrumentierkanal	3,2 mm
Instrumentierkanal / Spülkanal	6:30 / 5:30 Uhr
Arbeitslänge	1.330 / 1.680 mm

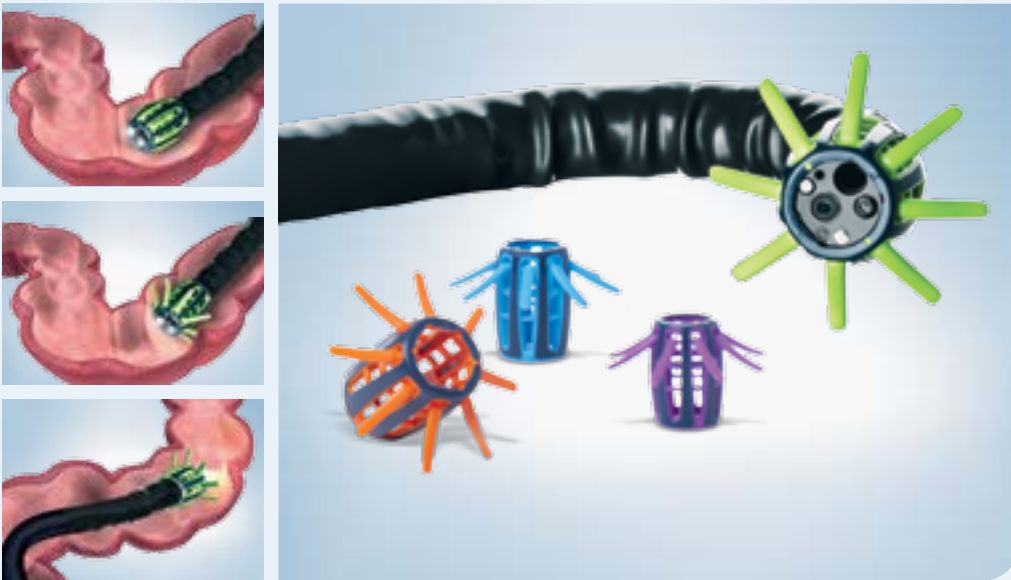
Technische Spezifikationen des PCF-H190TI/L



PRODUKTE

Verbessern Sie Ihre Adenom-Detektionsrate (ADR)

Jetzt exklusiv von Olympus: ENDOCUFF VISION™



Vorgehen beim Rückzug des Koloskops gewährleistet. Dabei öffnen sich die weichen Klapparme, wodurch größere Darmfalten schonend abgeflacht werden. Dies ermöglicht einen Blick hinter die Falten und macht dadurch schwer einsehbare Stellen sichtbar.

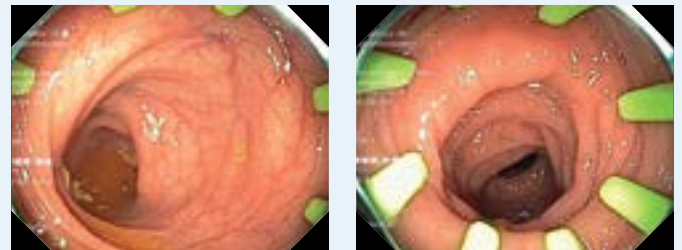
Die rundherum angebrachten Arme generieren eine Lücke zwischen den Seiten der Darmwand und der Linse, sodass kein „Red-out“ entsteht. Unterstützend kommt hinzu, dass die Arme

Mit ENDOCUFF VISION™ steht Endoskopieteams nun, exklusiv vertrieben durch Olympus, ein Hilfsmittel zur Verfügung, das das rechtzeitige Erkennen von Adenomen und das damit verbundene größere Darmkrebsrisiko erleichtert. Dafür sind die verschiedenen Einmal-Aufsätze mit technischen Merkmalen ausgestattet, die bei der Koloskopie sowohl Sicht als auch Handhabung verbessern.

für eine Zentrierung des Endoskops im Lumen sorgen und so den Arzt während der Untersuchung zusätzlich unterstützen.

Aufgrund ihres Materials und der besonderen Struktur bleibt die Kappe am Endoskop haften. Das weiche Material ist darauf ausgelegt, einen festen Sitz zu generieren, ohne das Endoskop dabei zu beschädigen.

Im Vergleich zu einer Standardkoloskopie kann eine Untersuchung mit ENDOCUFF VISION™ die ADR verbessern. Dies liegt vor allem an der Möglichkeit, Schleimhautfalten abzuflachen. Damit geht nachweislich [1] eine bessere Sicht auf die Dickdarmschleimhaut einher. Der Schlüssel hierfür ist das patentierte Klappdesign. Beim Einführen liegen die Arme am Koloskop flach an und ermöglichen somit ein sanftes Vorwärtsbewegen. Die bessere Sicht ist durch das



[1] Tsiamoulos ZP, Ravi M, et al. Impact of a new distal attachment on colonoscopy performance in an academic screening center. GIE Journal. 2017.

i Die exklusiven Vertriebsrechte für die vier Modelle von ENDOCUFF VISION™ liegen seit Oktober 2018 bei Olympus.

ENDOCUFF VISION™ Large Green	ENDOCUFF VISION™ Medium Blue	ENDOCUFF VISION™ XL Orange	ENDOCUFF VISION™ Small Purple
ARV120	ARV110	ARV140	ARV130

Weitere Informationen zu den farbig markierten Aufsätzen der hier aufgeführten Typen sind unter 0800 200 444 212 verfügbar.

Interview mit

Dr. med. Tobias Hoge zu den Vorteilen von ENDOCUFF VISION™



Chefarzt der Klinik für Innere Medizin

Krankenhaus St. Elisabeth
gemeinnützige GmbH
Lindenstraße 3-7
49401 Damme, Deutschland
E-Mail: hoge@krankenhaus-damme.de
www.krankenhaus-damme.de

Wie setzen Sie ENDOCUFF VISION™ (ECV) ein? Bei jeder Koloskopie oder in bestimmten Situationen?

Ich sehe die klassische Indikation in der Vorsorgekoloskopie oder diagnostischen Koloskopie. Ich persönlich setze den ECV immer ein, außer bei bekannter Stenose oder geplanten Eingriffen mit Abstandskappe wie z. B. Kappen-Mukosektomie.

Was sind die Vorteile von ECV?

- a) Das Verschieben des Endoskops mit ECV empfinde ich als leichter, auch bei einer ausgeprägten Divertikulose ohne signifikante Stenose. Die Arme spreizen das unübersichtliche Gebiet auseinander und stellen somit oft das „richtige Lumen“ dar. Insgesamt gesehen verkürzt sich die Cökum-Intubationszeit.
- b) Auf dem Rückzug streichen die Arme des ECV die Kolonfalten aus; die Bereiche hinter den Falten lassen sich zuverlässiger darstellen, so kann die Adenom-/Polypendetektionsrate erhöht werden oder anders ausgedrückt Polypen seltener übersehen werden, eines der, wie ich finde, wichtigsten Vorteile für die Patienten.

c) Durch die Arme des ECV entsteht eine deutlich verbesserte Sichtbarkeit der Kolonschleimhaut in einem „schlaffen Kolon“, wie z. B. im Sigmoidum. Es wird ein bestimmter Abstand zum Betrachtungsfeld hergestellt, die Schleimhaut „fällt dem/der Untersucher/-in nicht direkt vor die Linse“.

Gerade Areale mit Divertikulose können besser dargestellt werden. Ich erinnere daran, dass beim Rückzug des Koloskops Divertikel nur selten dargestellt werden. Durch die Arme des ECV werden auch beim Rückzug Divertikel und die sonst nicht einsehbare Umgebung gut sichtbar, was die ADR/PDR weiter verbessert.

Mittels ECV und verbesserter Darstellung der Divertikel konnte ich persönlich mehrere akute Divertikelblutungen sicher darstellen und entsprechend erfolgreich therapieren. Ansonsten ist die Darstellung eines blutenden Divertikels doch eher schwierig und oft nicht möglich.

- d) Der ECV verhindert ein schnelleres Zurückweichen des eingestellten Areals gerade bei vermehrter Darmkinetik. Entsprechende Untersuchungsareale lassen sich besser beurteilen und Prozeduren wie Schlingenpolypektomien oder EMR schneller und sicherer durchführen. Der Einsatz von Parasympathikolytika z. B. Scopolamin mit Nebenwirkungen z. B. Tachykardie ist bei Anwendung des ECV so gut wie nicht mehr erforderlich.
- e) Die Beurteilung der rektal-analen Region ist mittels des ECV erleichtert. Die Inversion des Rektums ist mit Aufsatz ohne erhöhtes Verletzungsrisiko durchführbar, beim Rückzug ist der Analkanal durch das Wegspreizen der Schleimhaut von der Endoskopiespitze deutlich sicherer zu beurteilen.

Worauf muss man beim Einsatz achten? Haben Sie Tipps für die Anwender von ECV?

Bei Patienten mit einer Stenose z. B. bei Divertikulose ist eine erhöhte Achtsamkeit der Untersucher geboten, um eine Perforation zu vermeiden. Ich empfehle einen Rückzug des Gerätes und Abnehmen des ECV bei geringstem Widerstand während des Vorschubs und das ausdrückliche Vermeiden von Druckausübung auf die Endoskopspitze. Ich persönlich vermeide den Einsatz des ECV bei bekannten Kolonschleimhautatrophien z. B. in vorbestrahlten Bereichen.

Wie ist Ihre Erfahrung mit der Intubation des terminalen Ileums?

Die Intubation der Ileozökal-Klappe ist mit dem ECV meines Erachtens leicht erschwert. Auch wenn in den ersten Anwendungen eine direkte Intubation nicht gelingt, wird durch die Arme die Ileozökal-Klappe oft so aufgespannt, dass in das terminale Ileum ausreichend eingesehen werden kann. Die Lernkurve und Erfolgsrate der erfolgreichen Intubation in das terminale Ileum ist aber aus meiner Sicht für regelmäßig endoskopisch aktive Untersucher/-innen schnell zu verbessern.

Insgesamt gesehen beurteile ich das ECV als einfaches, aber sehr effektives Verfahren zur Verbesserung der Diagnostik und Therapie im Bereich der Koloskopie. Auch wenn die Studienlage bezüglich des statistischen Nutzens unklar ist, haben sowohl das Assistenzpersonal in unserer Klinik als auch ich bei dem Einsatz des ECV ein besseres Gefühl und möchten dieses Verfahren nicht mehr missen.



SERVICE

Der Leihgeräte-Service von Olympus

Ein Tag beim Leihgeräte-Service von Olympus in Hamburg



Christoph Diener

Kundenberatung und
Logistik Leihgeräte

Medical Service
Olympus Deutschland GmbH

Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Leihgeräte-Service der Olympus Deutschland GmbH herrscht an jedem Werktag viel Betrieb. Das Team stellt Kliniken und Schwerpunktpraxen im Schadensfall zügig ein Ersatzgerät zur Verfügung. Neben flexiblen und starren Endoskopen können sich Kunden auch ETD-Systeme für die Aufbereitung und, falls benötigt, Prozessoren, Lichtquellen sowie HF-Generatoren ausleihen. Durch eine schnelle Verfügbarkeit des Leihgerätes und einen unkomplizierten Austausch

des Kundengerätes wird die Sicherung der Arbeitsfähigkeit und die Einhaltung von Patiententerminen optimiert.

Um 07:30 Uhr beginnt in der Leihgeräte-Abteilung in Hamburg ein geschäftiger Tagesablauf. Christoph Diener, seit dreieinhalb Jahren dort tätig, skizziert seine tägliche Arbeit: „Sobald die ersten Anfragen eingehen, prüfen wir, ob entsprechende Leihgeräte verfügbar sind. Dabei spielt es keine Rolle, ob uns die Anfragen per Telefon, E-Mail oder Fax erreichen. Viele Kunden bevorzugen den persönlichen Kontakt am Telefon über unsere kostenfreie Rufnummer 0800 200 444 264, da auf diese Weise immer die Möglichkeit besteht, im direkten Dialog bestimmte Themen vorab zu klären.“

Hin und wieder kann es vorkommen, dass die Nachfrage so groß ist, dass ein bestimmtes Leihgerät nicht sofort zur Verfügung gestellt werden kann. In diesem Fall prüft das Team vorab Alternativen und stimmt diese dann mit den Kunden ab. Wenn Kunden die in ihrer Abteilung ursprünglich verwendeten Geräte dann nach erfolgter Reparatur aus dem Olympus Repair Center zurück erhalten, ist ein umgehender Rückversand der Leihgeräte Ehrensache. Christoph Diener sagt dazu: „Der nächste Kunde wird seinen Vorgängern dankbar sein. Falls es jemand mal vergessen haben sollte, sein Leihgerät direkt zurück zu senden, erinnern wir ihn per Telefon oder E-Mail daran, immer im Sinne des nächsten Kunden. Außerdem ist der Aufbereitungsprozess vor und nach Nutzung eines Leihgerätes unentbehrlich. Das genutzte Leihgerät wird bei uns geprüft und gegebenenfalls repariert, um schnellstmöglich zurück ins Lager gesendet werden zu können. Von dort wird es oftmals noch am selben Tag wieder verliehen.“

Damit Christoph Diener und seine Kollegen beruhigt gegen späten Nachmittag in den Feierabend gehen können, überprüft das Team im Hamburger Zentrallager die Bestände regelmäßig und optimiert sie. So ist gewährleistet, dass Patienten von Flensburg bis Passau und von Aachen bis Berlin wie geplant untersucht werden können.

Leihgeräte-Bedingungen einhalten

Christoph Diener abschließend: „Weil ein Ausfall jeden Anwender treffen kann und damit alle Kunden unseren Service gerecht nutzen können, ist es wichtig, dass von jedem die Leihgerätebedingungen eingehalten werden.“

Wer sich darüber informieren möchte, findet die Dokumente unter www.olympus.de/imprint.



Weitere Informationen

Ihr direkter Kontakt zu dem Team des Leihgeräte-Service der Olympus Deutschland GmbH:
0800 200 444 264

 www.olympus.de/medical/de/Kontakt-Support/

Oder kommunizieren Sie per E-Mail: leihgeraete@olympus.de



ERCP-Workshops 2019

Grund- und Aufbaukurse für Einsteiger und erfahrene Teams



Orientiert an der Komplexität der Prozeduren, eignen sich beide ERCP-Kursarten ideal für den Besuch von Teams bestehend aus Arzt und Assistenz.

Die Grundkurse sind ideal auf die Bedürfnisse von ERCP-Anfängern abgestimmt. Die Kursleiter verbinden theoretische und praktische Komponenten gekonnt miteinander, sodass die Kleingruppen mittels Vorträgen und Trainings an Modellen einen guten Überblick über die interventionellen Verfahren der ERCP erhalten.

Ein Fokus liegt dabei auch auf dem Thema „Arbeiten mit dem Kurzdrahtsystem“ in Verbindung mit der Fixierung am Albarranhebel.

Die Aufbaukurse, die sich an Ärzte und Assistenzpersonal mit Erfahrung in der ERCP richten, bestehen zum einen aus Vorträgen zur aktuellen Methodik sowie Tipps und Tricks in der Durchführung der ERCP.

Zum anderen werden in Hands-on-Übungen am Modell die erworbenen Kenntnisse gefestigt, der Umgang mit neuen Verfahren und Instrumenten gelernt.

Zudem gehören vormittags Hospitationen und Live-Demonstrationen ausgesuchter Fälle mit zum Programm.

ERCP-Grundkurse 2019	
25.05.2019 Leitung PD Dr. Kilian Weigand , Universitätsklinikum Regensburg	
22.11.2019 Leitung Prof. Dr. Ahmed Madisch , Krankenhaus Siloah, Hannover	
09:00 Uhr	Begrüßung und Einführung
09:15 Uhr	Allgemeine Einführung und Vorträge zu: <ul style="list-style-type: none"> · Endo-Therapie-Instrumente und deren Anwendung · Kurzdraht vs. Langdraht · Kanülierungstechniken · Sphinkterotomie: Varianten und Alternativen · Risikominimierung in der ERCP
10:00 Uhr	Gruppeneinteilung, Führung durch die Endoskopie
10:30 Uhr	Kaffeepause
11:00 Uhr	Hands-on-Training an Modellen – Runde 1 + 2
13:00 Uhr	Mittagspause
14:00 Uhr	Hands-on-Training an Modellen – Runde 3 + 4
16:00 Uhr	Kaffeepause
16:15 Uhr	Praktische Fälle in der Videodemonstration
16:45 Uhr	Feedback, Ausgabe der Zertifikate und Verabschiedung

ERCP-Aufbaukurse 2019	
11.01.2019 Leitung Prof. Dr. Peter Sauer , Universitätsklinikum Heidelberg	
05.03.2019 Leitung Prof. Dr. Jörg Albert , Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart	
08:45 Uhr	Begrüßung
09:00 Uhr	Live-Demonstration ausgesuchter Fälle inkl. Vorbesprechung der Indikation sowie Diskussion und Analyse der Fälle unter ärztlichen und pflegerischen Gesichtspunkten
13:00 Uhr	Mittagspause und Impulsvortrag Thema in Heidelberg: „Akute Cholangitis: Endoskopische Intervention und Antibiotikamanagement“ Thema in Stuttgart: „Aktueller Stand der Cholangioskopie: Diagnostik und Interventionen“ Fragen, Diskussion, Tipps & Tricks
14:00 Uhr	Training am ERCP-Modell u. a. Intervention an den Gallengängen sowie Legen von Drainagen und Metallstents
17:00 Uhr	Ausgabe der Zertifikate

Weitere Informationen

Teilnahmegebühr und Zertifizierung

Die Kosten für die Grundkurse betragen jeweils 250 Euro und diejenigen für die Aufbaukurse liegen bei jeweils 350 Euro pro Team, bestehend aus Arzt/Ärztin und Endoskopieassistenz.

Die Zertifizierung für die Kurse wird bei den entsprechenden Landesärztekammern beantragt. Die Assistenz kann Punkte bei der freiwilligen Registrierung für beruflich Pflegende (www.freiwillige-registrierung.de) erwerben.

Weitere Informationen erhalten Sie von der

Olympus Endoskopie-Akademie, Tel.: +49 40 23773-5433, E-Mail: Endoskopie-Akademie@Olympus.de, www.olympus.de





WEITERBILDUNG

ESD-Workshops 2019

Sechs Richtige ganz in Ihrer Nähe

Sechs renommierte Referenten an sechs Orten während sechs Terminen erwarten Sie im Jahr 2019 zu den sehr gefragten ESD-Weiterbildungen, veranstaltet von der Olympus Endoskopie-Akademie.

Konzipiert für die Zielgruppe fortgeschrittener Endoskopiker und Endoskopie-Teams mit Erfahrung in der Mukosaresektion, ist diese Weiterbildung ein fester Bestandteil im Kurskalender von vielen Praktikern. Das liegt vor allem daran, dass neben den einleitenden Vorträgen besonders das Üben am Bio-Modell im Vordergrund der Workshops steht.

So lernen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum einen den Umgang mit verschiedenen ESD-Messern sowie die Vorteile und Einsatzgebiete der einzelnen Messer unterscheiden. Zum anderen bieten sich hervorragende Möglichkeiten des intensiven Wissensaustauschs zwischen den Trainern und dem Teilnehmerfeld. Dieses ist, um einen nachhaltigen Trainingseffekt zu erzielen, pro Arbeitsplatz auf drei Personen



begrenzt. Somit ist neben ausgiebigem und praktischem Training auch eine entspannte Atmosphäre mit großzügiger Gelegenheit zum Fachdialog und Diskussionen in Kleingruppen gewährt.

Ein kompletter Kurstag gefüllt mit ESD-Praxis und -Theorie

09:00 – 09:30 Uhr	ESD: Indikationen und praktisches Vorgehen
09:30 – 12:00 Uhr	Praktische Übungen am EASIE Trainingsmodell
12:00 – 12:45 Uhr	Mittagspause
12:45 – 13:00 Uhr	ESD: Komplikationsmanagement
13:00 – 16:00 Uhr	Praktische Übungen am EASIE Trainingsmodell
16:00 – 16:15 Uhr	Abschlussbesprechung und Zertifikate

Weitere Informationen

Teilnahmegebühr und Zertifizierung

Die Kosten für Ärzte betragen 300 Euro, im Team mit einer Assistenz 350 Euro inklusive 19% Mehrwertsteuer, Seminarunterlagen und Verpflegung.

Die Zertifizierung für die Kurse wird bei den entsprechenden Landesärztekammern beantragt. Für die Assistenz gibt es 8 Punkte bei der freiwilligen Registrierung für beruflich Pflegenden (www.freiwillige-registrierung.de).

Weitere Informationen erhalten Sie von der

Olympus Endoskopie-Akademie,
Tel.: +49 40 23773-5433
E-Mail: Endoskopie-Akademie@Olympus.de
www.olympus.de

ESD-Workshops 2019

16.02.2019

Leitung Prof. Dr. Franz Ludwig Dumoulin
Gemeinschaftskrankenhaus St. Elisabeth, Bonn

17.05.2019

Leitung Dr. Andreas Schäfer
Alfried Krupp Krankenhaus, Essen

12.07.2019

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

17.08.2019

Leitung Prof. Dr. Siegbert Faiss
EndoClub Akademie Hamburg

19.10.2019

Leitung Prof. Dr. Hans-Peter Allgaier
Diakoniekrankenhaus Freiburg

22.11.2019

Leitung Dr. Viktor Rempel
St. Anna Hospital Herne



15. Februar 2019

15 Jahre „Endoskopisches Forum LIVE“

Feiern Sie mit uns das Jubiläum!

Im Februar 2019 wird das „endoskopische Forum“, mittlerweile eine feste Größe für anspruchsvolle endoskopisch-interventionelle Live-Fortbildungen im Norden, schon 15 Jahre alt. Zu diesem Anlass präsentieren Ihnen die Endoskopiker und Referenten aus Celle und Hannover eine besondere „Jubiläums-Live-Veranstaltung“ am 15. Februar 2019. Wie immer wird diese zur Eröffnung des NDGG-Jahreskongresses in der MHH in Hannover stattfinden.

Seit 2003. Das „Forum“, live, multimedial, interaktiv

Es geschah zuerst im Oktober 2003: der damalige Chefarzt der Gastroenterologie im Klinikum Siloah (Hannover), Prof. Dr. med. Till Wehrmann versammelte weitere sechs durch Publikationen, Kurse und Vorträge ausgewiesene interventionelle Endoskopiker und praxisorientierte Kliniker um sich, um erstmals das „Endoskopische Forum LIVE“ als multimediale, interaktive Veranstaltung in den Nord-Bundesländern zu schaffen und zu etablieren. Mit von der Partie waren von Anfang an Joachim Arnold, Jürgen Hochberger, Stephan Hollerbach, Peter Meier, Hans Seifert und Till Wehrmann, später kamen Jochen Wedemeyer und Thomas von Hahn hinzu. Seither hat das „Forum“ 14 erfolgreiche und gut besuchte Live-Veranstaltungen durchgeführt, bei denen über 150 Patienten ausführlich besprochen, diskutiert, behandelt und nach-überwacht wurden.

Wichtigstes Anliegen des „Forums“ ist es bis heute, häufige – und auch für die niedergelassene Praxis höchst relevante – Krankheitsbilder und Behandlungstechniken vorzustellen und individuell zu diskutieren. Das „Forum“ war auch die erste Live-Veranstaltung im Norden, die das Assistenzpersonal eng in die Prozeduren und Show-Veranstaltungen eingebunden hat.

2019: „Abschieds-Symposium“ für Hans Seifert

Nachdem der erste „Matador“ und Pionier der interventionellen Endoskopie des „Forums“ voraussichtlich 2019 in den Ruhestand verabschiedet wird, planen wir zu dieser Gelegenheit ein „Abschieds-Symposium“ für Hans Seifert, dem wir viele spannende Live-Momente, neue Techniken, ernste Fachgespräche sowie tief sinnige und weitreichende Diskussionen (einschließlich Medizin-philosophischer und politischer Aspekte) verdanken.

Seien Sie dabei, wenn er mit uns noch einmal in „den Ring“ steigt und es nochmals heißt „...hier ist das Team Oldenburg!“. Verpassen Sie nicht eine lebendige, moderne, aber auch ins Detail gehende Fallvorstellung, die auch für Ihre tägliche Praxis viele Anregungen und Verbesserungen liefern kann. Sagen Sie uns dabei Ihre Meinung zu den vorgestellten Fällen, seien Sie „interaktiv“ dabei, wir freuen uns auf Sie! Stephan Hollerbach und Joachim Arnold

15. Endoskopisches Forum live 2019

Teamarbeit: Ärzte und Assistenz



Freitag, 15. Februar 2019
Symposium vor der
29. NDGG-Jahrestagung
Medizinische Hochschule Hannover
Hörsaal F

ENDOSKOPISCHES FORUM:
Joachim C. Arnold, Rottenburg - Thomas von Hahn, Hannover -
Jürgen Hochberger, Berlin - Stephan Hollerbach, Celle -
Peter N. Meier, Hannover - Hans Seifert, Oldenburg -
Jochen Wedemeyer, Gellinden

Programm-Highlights: Endoskopisches Forum LIVE

09:00 – 10:00 Uhr	LIVE-Demonstration I
10:00 – 10:30 Uhr	Hauptthema I
11:00 – 11:45 Uhr	LIVE-Demonstration II
11:45 – 12:15 Uhr	Hauptthema II
12:15 – 12:55 Uhr	LIVE-Demonstration III

Die Vorsitzenden sind: T. v. Hahn, P. N. Meier, J. Wedemeyer, J. Hochberger, J. C. Arnold, H. Seifert und S. Hollerbach

Weitere Informationen

Jahrestagung der NDGG 2019

Das Endoskopische Forum LIVE findet statt im Rahmen der Jahrestagung der NDGG.

Diese erwartet die Teilnehmerinnen und Teilnehmer am 15. und 16.02.2019 in der Medizinischen Hochschule in Hannover. Die wissenschaftliche Leitung hat Prof. Dr. med. Torsten Kucharzik, Lüneburg.

Anmeldung und Information:

www.ndgg.de

6. April 2019

Pflegefachtagung Endoskopie in Essen

Interessante Vorträge und reger Erfahrungsaustausch inklusive



Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e. V. ist der größte und bekannteste unabhängige Pflegeberufsverband in Deutschland. Der Regionalverband Nordwest des DBfK erwartet am 6. April 2019 im Universitätsklinikum Essen wieder eine große Zahl an Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur Pflegefachtagung Endoskopie.

Diese stets gut besuchte Frühjahrsveranstaltung bietet dem Assistenzpersonal von Endoskopieabteilungen und Schwerpunktpraxen während eines Tages mitten in der Metropolregion Rhein-Ruhr eine hervorragende Fortbildungsmöglichkeit.

Gebündeltes Fachwissen und viel Interaktion

Das Organisationsteam hat auch für die neueste Zusammenkunft wieder renommierte Referentinnen und Referenten aus NRW für praxisnahe Vorträge gewinnen können. Für abwechslungsreiche Diskussionen zwischen den Beiträgen und den weiteren Austausch von Erfahrungen sowie für das Wiedersehen und Kennenlernen bieten sich nicht nur während des Besuchs der Industrieausstellung zahlreiche Gelegenheiten.

Gut erreichbar: Veranstaltungsort Uniklinik Essen

Auch im Jahr 2019 ist der Treffpunkt für alle Interessierten wieder das Auditorium Maximum in der Universitätsklinik Essen, Hufelandstr. 55. Dieser Veranstaltungsort ist seit Jahren beliebt und bewährt, zum einen wegen seiner zentralen Lage, zum anderen wegen des großzügigen Platzangebots.

Weitere Informationen hierzu und zur Anmeldung erhalten Sie auf der Homepage des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe unter www.dbfk.de.

Das Programm der Pflegefachtagung Endoskopie 2019

09:30 Uhr	Eröffnung und Begrüßung Sigrun Kauertz, Sprecherin der AG Endoskopie im DBfK Nordwest e. V.
Moderation	Sigrun Kauertz, Dortmund; Monika Engelke, Herne; Doris Stiefenhöfer, Essen; Justine Scharek, Unna; Verena Baum, Wuppertal; Ingo Galla, Recklinghausen
09:40 Uhr	Aktuelles aus der Berufspolitik Burkhard Zieger, DBfK Nordwest
10:10 Uhr	Diskussion
10:20 Uhr	Bauchschmerzen und Darmflora-Bedeutung des Mikrobioms für den menschlichen Körper Prof. Dr. Philip Hilgard, Evangelisches Krankenhaus, Mülheim an der Ruhr
10:50 Uhr	Diskussion
11:00 Uhr	Endoskopaufbereitungseinheit – aktuell Sigrun Kauertz, Dortmund
11:20 Uhr	Diskussion
11:30 Uhr	Schnittstellenmanagement Endoskopie Verena Baum, Wuppertal
11:50 Uhr	Diskussion
12:00 Uhr	Pause und Besuch der Industrieausstellung
13:00 Uhr	Bronchoskopieren – aber sicher?! Dr. Funke, Rodion Kohlhoff, Ruhrlandklinik Essen
13:50 Uhr	Diskussion
14:00 Uhr	Schwamm drüber: Endoskopische Techniken bei chirurgischen Komplikationen Dr. K.-H. Husemeyer, Dorothee Heinemann, Knappschaftskrankenhaus Recklinghausen
14:30 Uhr	Diskussion
14:40 Uhr	ESD Dr. Viktor Rempel, St. Anna Hospital Herne
15:00 Uhr	Diskussion
15:15 Uhr	Ende der Veranstaltung

Weitere Informationen

Teilnahmegebühr und Anmeldung

Die Teilnahmegebühr beträgt 35 Euro, für DBfK- und DEGEA-Mitglieder 30 Euro.

Bitte melden Sie sich per E-Mail unter Nennung des Stichworts:
Pflegefachtagung 06.04.2019
an unter: nordwest@dbfk.de

Anmeldeschluss ist der 30. März 2019

Celle 

12.01.

**35. Gastroenterologisch-
Chirurgisches Winterkolloquium**

Congress Union Celle
Tel.: +49 5141 9193
E-Mail: info@congress-union-celle.de

Linz 

24.–25.01.

Endo Linz 2019

Jasmin Amon, Carmen Zavarsky MAW –
Medizinische Ausstellungs- und Werbe-
gesellschaft, Wien
Tel.: +43 1 53663-76
E-Mail: endolinz@maw.co.at

Berlin 

25.–26.01.

**13. Jahrestagung Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatology in Berlin und
Brandenburg**

Claudia Schäfer, Congress Organisation
C. Schäfer, München
Tel.: +49 89 8906770
E-Mail: claudia.schaefer@cocs.de
www.gghbb.de

Ballenstedt 

31.01.–02.02.

**26. Ballenstedter Endoskopiese-
minar „Thorakale Endoskopie“**

Dorothee Rieckmann, Lungenklinik
Ballenstedt / Harz GmbH
Tel.: +49 39483 700
E-Mail: dr@lk-b.de

München 

13.–16.03.

**60. Kongress der Deutschen
Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin**

wikonect GmbH, Wiesbaden
Tel.: +49 611 2048090
E-Mail: info@wikonect.de, www.pneumologie.de

Stuttgart 

28.03.–30.03.

**49. Kongress der Deutschen
Gesellschaft für Endoskopie und
Bildgebende Verfahren e. V.**

ICS Messe Stuttgart
Martina Wiederkrantz, Congress Organisation
C. Schäfer, München
Tel.: +49 89 8906770
E-Mail: martina.wiederkrantz@cocs.de
www.dge-bv.de

Herausgeber:

Olympus Deutschland GmbH
Medical Systems
Amsinckstraße 63, 20097 Hamburg

Redaktionsleitung (v.i.S.d.P.):

Barbara Opalka, Leitung Marketmanagement
Endo-Therapie CENTRAL
Barbara.Opalka@Olympus.de

**Verantwortlicher Redakteur bei der plus2
GmbH:**

Robert Timmerberg: rt@plus-2.de
Redaktionelle Mitarbeit: Jens Frantzen,
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 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.

Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 26.10.2018

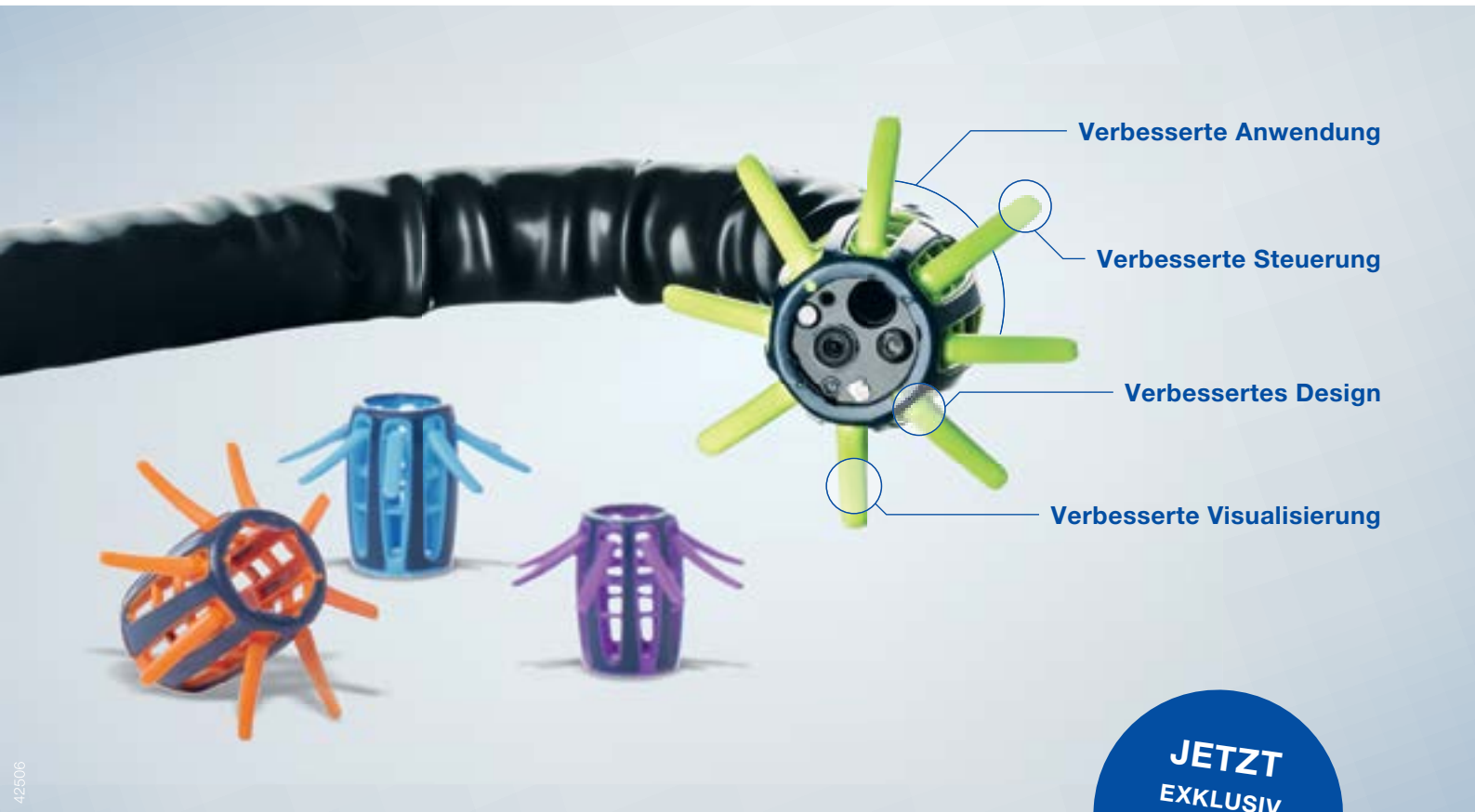
 OLYMPUS informiert ab sofort im Papier-Couvert

Papier statt Plastik beim Versand der OLYMPUS informiert

Sie haben es sicher beim Öffnen Ihrer Post sofort bemerkt: Diese
Ausgabe der OLYMPUS informiert ist für den Versand nicht mehr durch
Plastikfolie, sondern durch ein C4-Couvert aus Papier geschützt.

Wir möchten damit einen kleinen Beitrag mit hoffentlich großer Wirkung
gegen den Plastikmüll leisten und bedanken uns bei den Leserinnen und
Lesern, die uns zu diesem Schritt animiert haben.

OLYMPUS



**JETZT
EXKLUSIV
VERTRIEBEN VON
OLYMPUS**

ENDOCUFF VISION™

Verbessern Sie Ihre Adenom-Erkennungsrate (ADR)

Im Vergleich zu einer Standardkoloskopie verbessert eine Koloskopie mit ENDOCUFF VISION die ADR, weil durch die Abflachung der Schleimhautfalten nachweislich eine bessere Sicht auf den Dickdarm ermöglicht wird.¹

- Steuerung:** Die Endoskopspitze wird im Lumen verankert, was das Verrutschen und die Schlaufenbildung reduziert.
- Anwendung:** Der Einmal-Aufsatz (Hartplastikkörper) und ein fester, trockener Griff verhindern das Abrutschen und schützen das Distalende des Koloskops.
- Design:** Das patentierte Klappdesign ermöglicht ein flaches Anliegen der Arme am Koloskop, um eine sanfte Vorwärtsbewegung während des Einführens sicherzustellen.
- Visualisierung:** Beim Rückzug des Koloskops öffnen sich die Klapparme, um große Darmfalten schonend abzuflachen. Dies ermöglicht einen Blick hinter die Falten und macht dadurch schwer einsehbare Stellen sichtbar.

➤ www.olympus.eu/et-catalog

¹Tsiamoulos ZP, Ravi M, et al. Impact of a new distal attachment on colonoscopy performance in an academic screening center. GIE Journal. 2017