

RESECT+

Welche Bedeutung hat das „+“ bei den Techniken EMR+, ESD+ und Hybrid-ESD+?

Das „+“ steht für die Nutzung des externen Arbeitskanals AWC® (Additional Working Channel), der aus einem Einkanal-Endoskop eine Doppelkanalfunktionalität herstellt. Über diesen zweiten Kanal kann ein zusätzliches Instrument genutzt und damit das Prinzip von Zug und Gegenzug eingesetzt werden. Das bedeutet z.B. bei EMR+ die Kombination aus Schlinge und Greifer bzw. Anker und bei der ESD+ eine Kombination aus HF-Messer und Greifer. Die Hybrid-ESD+ ist eine Kombination aus beiden Techniken, bei der zunächst in ESD-Technik begonnen wird und nach erfolgter Inzision und partieller Dissektion zu EMR+ gewechselt wird. So kann das Resektat kontrolliert mittels Greifinstrument und Schlinge entfernt werden.

Sollte Sab über den Spülkanal des Endoskops verwendet oder in das LiftUp injiziert werden?

Um eine Schaum- oder Bläschenbildung bei der Verwendung von viskösen Injektionslösungen zu verringern, können Entschäumer, wie z.B. Sab verwendet werden. Diese können in die Spülflüssigkeit gegeben werden, mit der über den Spülkanal des Endoskops oder einer extern angeschlossenen Spülpumpe gearbeitet wird.

Hat Sab nicht die Gefahr der Filmbildung und ist daher eigentlich nicht mehr von Seiten der Hygiene erlaubt?

Ein Verbot oder Regelungen bezüglich der Hygiene sind nicht bekannt.

Wie kann man vernarbtetes Gewebe, wie zum Beispiel bei Rezidiven, besser hochspritzen?

In der Regel ist dies nicht möglich. Gegebenenfalls können visköse Injektionslösungen helfen, da sie eine stärkere Konsistenz haben und damit mehr Druck auf das Gewebe ausüben können. Falls es sich um ein non-lifting sign handelt, ist von einer weiteren Unterspritzung allerdings abzuraten, da die Übersicht erschwert werden könnte. Es sollten dann alternative Therapien, wie z.B. Avulsion (hot/cold), EFTR oder Unterwasser-EMR, in Betracht gezogen werden.

FTRD® System

Gibt es besondere Gefahren, bei der Verwendung des FTRD an der Bulbushinterwand?

Bei dieser Lokalisation liegt eine gewisse Schwierigkeit in der Erreichbarkeit der Läsion und aufgrund der anatomisch engeren Verhältnisse ist die Stenose-Gefahr erhöht. Saugung während der Mobilisation des Gewebes in die FTRD-Kappe sollte möglichst vermieden werden, da umliegende Strukturen (Ligamentum hepatoduodenale, Gallenblase, etc.) mit angesaugt und bei der Resektion verletzt werden könnten.

Welche Antibiotika Prophylaxe wird standardmäßig am Appendix empfohlen?

Hier gibt es keine Leitlinienempfehlung. Empirisch erfolgt eine single-shot-Gabe bei Resektion und eine Fortführung mit z.B. Ceftriaxon/Clont für zwei weitere Tage.

Gibt es Vergleichs-Studien hinsichtlich Abstand der FTRD zur EMR (direkt nach der EMR vs. im Abstand von ca. 6 Wochen)? Welchen Abstand würden Sie empfehlen, wenn die Hybrid-FTRD in zwei Sitzungen durchgeführt wird?

Dazu sind keine Studien bekannt. In der retrospektiven Arbeit von [Mahadev et al. \(2021\)](#) bzgl. EFTR und Hybrid-Technik waren die Ergebnisse beim Hybrid zumindest nicht schlechter als bei der standalone-EFTR.

Von Anwendern, die diese Technik bereits regelmäßig durchführen, wird empfohlen, das Verfahren in einer Sitzung durchzuführen, da es sonst zu einer zusätzlichen Vernarbung auf der EMR-Fläche kommen kann, die den Gewebeeinzug bei der FTRD dann negativ beeinträchtigen kann. Außerdem wird dem Patienten so eine erneute Sedierung und Sitzung erspart.

Die Durchführung in zwei Sitzungen ist nur zu empfehlen, wenn der Patient vorab nicht für die EFTR aufgeklärt wurde.

Wie werden die Patienten für eine Hybrid-FTRD aufgeklärt?

Bei der Überweisung von komplexen Läsionen bietet es sich an, den Patienten bereits komplett über alle Verfahren aufzuklären, um dann alle in Frage kommenden Verfahren bei Bedarf anwenden zu können. Hierfür eignet sich z.B. der [Aufklärungsbogen von Thieme](#), der alle Resektionstechniken (inkl. der EFTR mit FTRD) abdeckt.

Gibt es ein erhöhtes Perforationsrisiko bei der Hybrid-FTRD?

Gemäß der publizierten Daten, sowie der Berichte von Anwendern ist das Perforationsrisiko nicht höher als bei einer konventionellen FTRD. Der Clip wird grundsätzlich in eine intakte Muskelschicht (plus teilweise Submukosa) appliziert und hat dort ausreichend Halt. Des Weiteren zeigt sich bei vielen Hybrid-Anwendungen, dass der Clip meist in gesundes Gewebe appliziert wird, da so viel Gewebe in die Kappe mobilisiert werden kann, dass die gesamte EMR-Fläche mit eingezogen wird.

Gibt es Schulungstermine bzw. Workshops, die von Ovesco durchgeführt werden oder finden sie Vorort in der Klinik statt?

Das Angebot an Schulungskursen und Workshops variiert, je nach Verfahren und Produkt.

Mehr Informationen finden Sie dazu in unserem [Fortbildungsbereich](#) oder direkt über Ihren [zuständigen Außendienstmitarbeiter](#).