

## Kongressbericht der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren e.V. 2023

**52. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren e.V. (DGE-BV)** zusammen mit den Fachgesellschaften der **CAES, DEGEA, DGD, CTAC, DEGUM, DGBMT, ÖGGH, bng, GPGE, SGG** und dem **Gastland Türkei**

**1.–3. März 2023 in Köln**

**Vorsitzende:** Prof. Dr. Andrea Tannapfel, Bochum  
**Co-Vorsitzender:** Prof. Dr. Arno J. Dormann MHM®, Köln

### Ovesco Preis der CAES 2023

#### **CAES ehrt Dr. Stanislaus Reimer mit dem Ovesco Preis für seine herausragende Arbeit auf dem Gebiet der endoskopischen Vakuumtherapie**

Die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Endoskopie und Sonographie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (CAES) verlieh am 3. März 2023 den Ovesco Preis an Herrn Dr. Stanislaus Reimer, Universitätsklinikum Würzburg, Deutschland, für seine 10-jährige Untersuchung der endoskopischen Vakuumtherapie (EVT) als primäre versus sekundäre Behandlungsoption bei Magenleckagen nach bariatrischer Chirurgie. Die Preisverleihung fand im Rahmen des wissenschaftlichen Programms der DGE-BV durch die Kongressvorsitzenden Prof. Dr. Tannapfel und Prof. Dr. Dormann statt.

Bereits seit der Firmengründung besteht eine große Verbundenheit zwischen Ovesco und dem Fachbereich der chirurgischen Endoskopie. Gerade deshalb sind wir besonders stolz diesen Preis der CAES finanziell unterstützen zu dürfen und sprechen dem Preisträger Dr. Reimer ganz herzliche Glückwünsche aus.

### FTRD® System

#### **Hybrid-FTRD® im oberen und unteren Verdauungstrakt: Ergebnisse einer großen Schweizer Patientenkohorte**

Dr. Heinrich, Clarunis Universitäres Bauchzentrum, Basel, Schweiz, berichtete in einem Vortrag über den klinischen Einsatz des Hybrid-FTRD Verfahrens für verschiedene Läsionen im Verdauungstrakt.

In einer retrospektiven Analyse wurden Daten von insgesamt 40 Patienten (13 w, 27 m) ausgewertet, welche sich im Zeitraum von 2017 bis August 2022 aufgrund von unterschiedlichen Läsionen einer hybriden EMR-FTRD unterzogen hatten. Die Hybrid-FTRD Verfahren umfassten 13 klassische Hybrid-EMR-FTRDs, 3 ESD-FTRDs, 9 CAP-O-Clip-FTRDs und 15 Clip-Over-Loop (COL)-FTRDs. Die Läsionen befanden sich im oberen (n=7), im mittleren (n=8) und im unteren Verdauungstrakt (n=25). Unter den Läsionen waren submuköse Ösophaguszysten und fibrinoide Magenpolypen (n=2), submuköse Läsionen des Magens und Ösophagus (n=5), Duodenaladenome und neuroendokrine Tumore (NET) des Duodenums (n=8), NET/Lipome/Kolonpolypen > 3 cm (n=13), Adenome des Sigmas (n=3) und Kolonpolypen < 3 cm (n=9). Das Durchschnittsalter betrug 61,3 Jahre (27–91 Jahre). Studienparameter waren der technische Erfolg, die histologische Bestätigung einer randlosen Resektion (R0-Resektion) und mögliche unerwünschte Nebenwirkungen.

Die Ergebnisse der Untersuchung von Heinrich et al. zeigten, dass 80 % (32/49) der Läsionen makroskopisch vollständig reseziert werden konnten. Die Vollwandresektion wurde in allen Fällen erreicht. Die histologische Aufarbeitung der Vollwandproben ergab bei 37/40 Patienten freie Seitenränder (92,5 % R0-Resektionsrate) und bei 3/40 Patienten positive Ränder. Einer dieser Patienten erhielt eine erfolgreiche EMR-Behandlung mit negativer Histologie bei der Indexendoskopie. In der Hybrid-EMR/ESD-Gruppe traten bei 3/16 Patienten Blutungen auf, die einen Krankenhausaufenthalt erforderten; bei 1/16 Patienten war ein Krankenhausaufenthalt aufgrund einer periprozedural verschlossenen Perforation notwendig. In der CAP-O-CLIP- und COL-FTRD-Gruppe wurden 4/24 Patienten aufgrund von Komorbiditäten oder aus Altersgründen hospitalisiert.

Dr. Heinrich schlussfolgerte aus der Studie, dass die Hybrid-FTRD-Techniken für Läsionen innerhalb des gesamten Verdauungstraktes sicher und effektiv sind, mit einer R0-Resektionsrate ähnlich dem konventionellen FTRD-Verfahren.

#### **Hybrid FTRD in the upper and lower GI tract: results of a large Swiss patient cohort**

Heinrich H<sup>1</sup>, Gutknecht S<sup>2</sup>, Bauerfeind P<sup>3</sup>; <sup>1</sup>Clarunis Universitäres Bauchzentrum, Gastroenterologie, Basel, Schweiz, <sup>2</sup>Stadtspital Triemli, Viszeralchirurgie, Zürich, Schweiz, <sup>3</sup>St Anna, Gastroenterologie, Luzern, Schweiz

#### **Retrospektive multizentrische Analyse der topographischen Wirksamkeit und Sicherheit der endoskopischen Vollwandresektion in den Kolonsegmenten - Erkenntnisse aus der klinischen Praxis**

In einem Vortrag stellte Dr. Albrecht, Medizinisches Versorgungszentrum Internisten am Ring, Nürnberg, Deutschland, eine retrospektive multizentrische Analyse über die topographische Wirksamkeit und Sicherheit der endoskopischen Vollwandresektion (EFTR) in den Kolonsegmenten vor.

Laut Dr. Albrecht sei die EFTR des Dickdarms bereits als wirksame und praktikable Methode zur Resektion rezidivierender/fortgeschrittener neoplastischer Läsionen beschrieben, ihre Durchführung und ihr Erfolg können jedoch je nach Lage der Läsion im entsprechenden Dickdarmsegment schwierig oder unterschiedlich sein. Ziel der Studie war es deshalb, die segmentspezifische Wirksamkeit und Sicherheit der EFTR im Kolon mit dem FTRD anhand von Daten aus der Praxis zu untersuchen. Dazu wurden Patientendaten von vier teilnehmenden Zentren im Zeitraum 2014 bis 2020 untersucht. Die EFTR mit dem FTRD System wurde bei Patienten durchgeführt, nachdem eine vorangegangene Koloskopie zu einer für die EFTR geeigneten Diagnose geführt hatte. Das primäre Maß für die Wirksamkeit der EFTR war die histologisch vollständige Resektion (R0) der Läsion. Die Sicherheit wurde anhand der Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen (AE) untersucht, die während oder nach der EFTR auftreten.

Insgesamt wurden 105 Patienten (39 w, 66 m; Median 70 Jahre) in die Analyse einbezogen. Die FTRD war in 101/105 Fällen (96,2 %) mit einer medianen Läsionsgröße von 20 x 19 mm technisch erfolgreich. Die histologische R0-Resektion wurde bei 77,1 % (81/105) der Patienten erreicht, mit einer segmentspezifischen Spanne der R0-Resektion von 90 % (Rektum), 70,6 % (Sigma), 78,6 % (absteigendes Kolon) bis 62,5 % (querverlaufendes Kolon); im aufsteigenden Kolon und im Zökum konnten Resektionsraten von 76,9 % und 83,3 % erzielt werden. Bei 33/105 Patienten (31,4 %) wurden unerwünschte Ereignisse (AE) dokumentiert, wobei nur eine Perforation im Sigma (0,95 %) auftrat; die anderen waren geringfügig, wie z.B. abdominelle postoperative Schmerzen (18,1 %), Hämatochezie (9,5 %) und Hämoglobinabfall (7,6 %). Die topografische Analyse ergab, dass die meisten AEs im transversalen Kolon (12,5 %) auftraten, während die Rate der AEs in den anderen Segmenten jeweils ≤ 8,2 % lag; die wenigsten AEs wurden im Rektum mit 1,4 % festgestellt.

Dr. Albrecht folgerte aus seiner Untersuchung, dass die EFTR eine wirksame Methode zur endoskopischen Behandlung kolorektaler Läsionen ist. Die besten Ergebnisse wurden im Rektum (hohe R0-Rate, niedrige AE), gefolgt vom Zökum, erzielt. Die anderen Segmente schienen schwieriger vollständig zu resektieren zu sein und wiesen eine höhere AE-Rate auf. Das transverse Kolon zeigte die niedrigsten R0-Resektionsraten und die höchste AE-Rate. Während nur eine größere Komplikation auftrat, lagen die kleineren Komplikationen in allen anderen Segmenten unter 8,2 % und waren von kurzer Dauer.

#### **Retrospective multicenter analysis of topographical efficacy and safety of endoscopic full thickness resection in the segments of the colon – insights from clinical practice**

Albrecht H<sup>1</sup>, Schäfer C<sup>2</sup>, Stegmeier A<sup>3</sup>, Raithel M<sup>4</sup>; <sup>1</sup>Medizinisches Versorgungszentrum, Internisten am Ring, Nürnberg, Deutschland, <sup>2</sup>Klinikum Neumarkt, Medizinische Klinik II, Neumarkt, Deutschland, <sup>3</sup>Kreisklinik Roth, Gastroenterologie, Roth, Deutschland, <sup>4</sup>Malteser Waldkrankenhaus Erlangen, Medizinische Klinik II, Erlangen, Deutschland

### **Weitere Vorträge mit Einbeziehung von Ovesco-Produkten**

#### **Blutungen in der Endoskopie**

Dr. Wedi, Sana Klinikum Offenbach, Offenbach, Deutschland, ging in seinem Vortrag über „Blutungen in der Endoskopie“ ausführlich auf das OTSC® System als sinnvolles First-Line-Verfahren für hoch-Risiko-Patienten ein und beschrieb die HemoPill acute als ein zukünftig wichtiges Tool zur Triage bei Verdacht auf akute OGI- und Duodenal-Blutungen.

Zunächst stellte Dr. Wedi das Wesentliche der aktuellen Leitlinien zur gastrointestinalen (GI) Blutungsbehandlung (Addendum von Dezember 2021 zur S2k-Leitlinie „Gastrointestinale Blutungen“ der DGVS und Update 2021 zur ESGE Guideline „Endoscopic diagnosis and management of NVUGIH“) vor und nannte die Lokalisation von GI-Blutungen (80 % im oberen, 5 % im mittleren und 15 % im unteren GI-Trakt) und die Ätiologie

von NVUGIB. Dann beschrieb er die verschiedenen Hämostase-Verfahren: Injektion (mit NaCl, Adrenalin und Fibrinkleber), thermische Verfahren (APC, Hitzesonde und Laser), mechanische Verfahren (Hämoclip und OTSC) und andere hämostatische Verfahren (Hemo-Spray und Gel).

Anhand der Studiendaten von FLETROCK und STING-2 hob Dr. Wedi hervor, dass OTSC in der First-Line-Therapie bei Hoch-Risiko-Blutungen der Standardtherapie überlegen ist. Zudem zeigte er die Ergebnisse einer multizentrischen internationalen RCT-Studie von Chan et al., welche den Einsatz von OTSC gegenüber der Standardtherapie zur Prävention von Re-Blutungen von großen peptischen Ulcera ( $\geq 1,5$  cm) untersuchte. Danach stellte Dr. Wedi die Daten von Hollenbach et al. über den Vergleich des a- und t-Typs des OTSC vor und empfahl den Einsatz des a-Typs für den Verschluss von blutenden Duodenal-Ulcera, um das Re-Blutungsrisiko zu verringern.

Im Anschluss gab Dr. Wedi einen Einblick in die Daten seiner aktuellen Studie „Prophylactic clipping using the OTSC system after complex ESD and EMR of large ( $\geq 20$  mm) superficial colorectal lesions“ (Blasberg, Wedi et al.). Aufgrund der zunehmenden Ambulantisierung in Deutschland sieht er eine höhere Notwendigkeit darin, Wunden nach komplexen Resektionen prophylaktisch mit OTSC zu verschließen. Die Studie untersucht primär die Anzahl der eingesetzten OTSC-Clips pro Läsionsstelle nach ESD und EMR. Bisher wurden in die Studie 59 Patienten (19 w, 40 m; Median 64,5 Jahre) mit folgenden Komorbiditäten aufgenommen: Nierenerkrankungen (1 %), Diabetes Mellitus (19 %), Lungenerkrankungen (22 %), onkologischen Erkrankungen (22 %) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der mediane Läsionsdurchmesser betrug  $63 \pm 29,5$  mm. Die Läsionen befanden sich im rechten Hemikolon (39 %), Rektum (34 %), oder linken Hemikolon (7 %); in 29 % der Fälle wurden keine Angaben gemacht. Die Ergebnisse der Studie zeigen aktuell folgende Aufteilung der Resektionsverfahren und Anzahl an Clips pro Läsion: EMR (n=21, Clips 1-5), ESD (n=38, Clips 1-3).

Am Ende des Vortrags stellte Dr. Wedi die schluckbare Sensorkapsel HemoPill® acute vor, welche als wichtiges Tool in der prä-endoskopischen Diagnostik zur besseren Triage bei Verdacht auf akute OGI- und Duodenal-Blutungen eingesetzt werden soll.

*Wedi E, Sana Klinikum Offenbach, Offenbach, Deutschland*

### **Perforationen im GIT**

In einem Vortrag präsentierte Dr. Meining, Uniklinikum Würzburg, verschiedene Methoden und Produkte für das Perforationsmanagement im oberen und unteren GI-Trakt. Er sieht das OTSC System nach wie vor als ein sicheres und bedeutendes Produkt für das Perforationsmanagement. Im Anschluss an den Vortrag kamen einzelne Fragen über die Auswahl der richtigen Clip-Größe und des Clip-Typs auf. Der Referent beantwortete diese, in dem eher auf die Einzigartigkeit jeder Perforation hinwies und empfahl keinen speziellen Clip-Typ oder Clip-Größe als Musterlösung für bestimmte Situationen.

*Meining A, Uniklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland*

### **Stentkomplikationen in der Endoskopie**

Prof. Dr. Kahl, Clarunis – Universitäres Bauchzentrum Basel, referierte in einem Vortrag über allgemein auftretende Komplikationen bei und nach dem Einsatz von gastrointestinalen Stents. Er präsentierte stentfix OTSC® als gute Lösung gegen Stentmigration und sichere und einfache Möglichkeit für die Stentfixierung. Die in seinem Vortrag genannten Daten basieren auf den eigenen Erfahrungen von Prof. Dr. Kahl.

*Kahl S, Clarunis – Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel, Schweiz*

*Kontaktieren Sie uns bei Fragen oder für weitere Informationen:*

Ovesco Endoscopy AG

Friedrich-Miescher-Str. 9

72076 Tübingen / Deutschland

science@ovesco.com

[www.ovesco.com](http://www.ovesco.com)