

Lunchsymposium zum FTRD® beim DGE-BV Kongress 2019

Im Rahmen des 49. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren e.V. (DGE-BV), stattfindend vom 28. bis zum 30. März 2019 in Stuttgart, wurde in einem Lunchsymposium der aktuelle Stand des klinischen Einsatzes des FTRD von Experten evaluiert und diskutiert.

Das FTRD System ist für die Vollwandresektion im Kolon seit seiner Einführung in die Klinik nun gut etabliert und kann von Krankenhäusern aller Versorgungsstufen sicher und effektiv angewandt werden.

Prof. Dr. Karel Caca, Ludwigsburg: Die EFTR mittels FTRD gilt als Standardverfahren für primär nicht resezierbare und primär nicht sicher resezierbare Läsionen im Kolon

K. Caca, Klinikum Ludwigsburg, stellte mehrere aktuelle Studien zur Verwendung des FTRD vor. Das FTRD wird vor allem im deutschen Raum klinisch bereits breit eingesetzt und hat sich als effektives und sicheres Verfahren etabliert. Für die Resektion von Läsionen im Rektum, die mit herkömmlichen Resektionstechniken primär nicht resezierbar sind (z.B. non-lifting Adenome) oder nicht sicher resektabel sind (z.B. Läsionen in Divertikeln) ist die EFTR mit dem FTRD System heutzutage das Verfahren der Wahl. Für große, teilweise non-lifting Läsionen kommen Hybrid-Techniken mit Kombination mit der EMR oder auch ESD zum Einsatz.

Auch im oberen Gastrointestinaltrakt wird das FTRD System zunehmend eingesetzt. Hier wird es aktuell vorzugsweise zur Resektion von Rezidivadenomen im Duodenum mit non-lifting sign und für die Resektion submuköser Tumore verwendet. Des Weiteren erlaubt eine Resektion mittels FTRD eine sichere Diagnosestellung von Läsionen in Duodenum und Magen.

Zusammenfassend erklärte Professor Caca, dass sich die endoskopische Vollwandresektion mit dem FTRD System zu einem Standardverfahren in der interventionellen Endoskopie entwickelt hat. Limitationen der EFTR seien Größe und Lokalisation der Läsion, sowie Verfügbarkeit von endoskopischem Equipment und Expertise. Professor Caca betonte die Wichtigkeit von Expertise und enger Kooperation mit chirurgischen Partnern.

Ist das FTRD heute ein Standard bei endoskopischen Resektionsverfahren? Eine Positionsbestimmung

K.Caca¹

¹Ludwigsburg

PD Dr. Arthur Schmidt, Freiburg: Prospektive Daten des Deutschen colonic FTRD Registers bestätigen die Effektivität und Sicherheit des colonic FTRD in breiter klinischer Anwendung

A. Schmidt, Universitätsklinikum Freiburg, präsentierte eine Abschlussauswertung des Deutschen colonic FTRD Registers. Zwischen 09/2015 und 12/2018 wurden im Register prospektiv Daten aus 64 endoskopischen Zentren in Deutschland gesammelt, um die Sicherheit und Effektivität des colonic FTRD im klinischen Routineeinsatz in Kliniken verschiedener Versorgungsstufen zu evaluieren. Daten zu insgesamt 1176 Patienten (Altersmedian 69 Jahre, Altersspanne 11 – 93 Jahre, 39,7 % weiblich) wurden ausgewertet. Primäre Endpunkte waren Technischer Erfolg (erfolgreiche Clipapplikation und Resektion mit dem FTRD System) und R0-Resektionsrate. Sekundäre Endpunkte waren Vollwandresektionsrate, Eingriffsdauer, Komplikationen und Follow-up Befund. Indikation zum FTRD Einsatz waren non-lifting Rezidiv-Adenom (n=454), nicht vorbehandeltes non-lifting

Adenom (n=223), Adenom an Divertikel (n=10), Adenom an Appendixmündung (n=87), Nachresektion eines malignen Polypen (n=171), Frühkarzinom (n=64), submuköser Tumor (n=74), diagnostische FTRD ohne Läsion (n=20) und andere (n=73). Die Lokalisation der Läsion und des Eingriffs war zu 52,1 % im Rektum, zu 14,2 % im Sigma, zu 5,3 % im Colon descendens, zu 12,8 % im Colon transversum, zu 18,3 % im Colon ascendens, zu 19,2 % im Coecum und zu 5,2 % an sonstigen Lokalisationen (rechte Flexur, Appendix, terminales Ileum, rektosigmoidaler Übergang, linke Flexur, Coecumpol). Die durchschnittliche Läsionsgröße betrug 15 mm (Spannweite 2 – 56 mm, die Läsionen mit sehr großem Durchmesser wurden meist in Hybridtechnik reseziert). Die Eingriffsdauer betrug im Median 35 min (Spannweite 2 - 203 min), die technische Erfolgsrate lag bei 89,5 %, die Vollwandresektionsrate bei 87,3 %, und die R0-Resektionsrate bei 77,3 %. Leichte oder moderate Komplikationen (nicht OP-bedürftig) traten in 14,5 % der Fälle auf, schwere Komplikationen (OP-bedürftig) in 1,8 %. Ein Follow-up Befund im Mittel nach 4,8 Monaten lag von 595 Patienten vor. Hierbei wurde eine Rx/R1 Situation bei 43 Patienten (7,2 %) diagnostiziert, ein Verdacht auf Lokalrezidiv bei initial R0 bei 38 Patienten (6,4 %). Bei den meisten dieser Patienten wurde anschließend eine erneute EFTR durchgeführt (33,3 %) oder durch eine EMR/ESD weiter therapiert (30,8 %).

(Hinweis: Bei den oben aufgeführten Daten handelt es sich um eine vorläufige Auswertung, da weiterhin noch Informationen bezüglich der Eingriffe von den Anwendern nachgeliefert werden. Dadurch könnten sich manche Werte noch einmal ändern. Die finalen Daten werden dann der folgenden Publikation zu entnehmen sein.)

Zusammenfassend stellte Schmidt eine gepoolte Anteilsanalyse der Registerdaten in Bezug zu aktuellen Meta-Analysen zur EMR/ESD großer Adenome (> 2 cm) zum orientierenden Vergleich dar. Hinsichtlich technischer Erfolgsrate und R0-Resektionsrate liegt die EFTR im Bereich der Erfolgsraten der ESD, deutlich höher als die Erfolgsraten der EMR. Hinsichtlich Komplikationsraten entspricht die perioperative Blutungsrate der EFTR in etwa der der konventionellen Resektionstechniken, die Perforationsrate bei EFTR entspricht etwa der der EMR und ist deutlich niedriger als die Perforationsrate bei ESD. Die Notwendigkeit einer Operation aufgrund von Komplikationen ist nach EFTR in etwa so hoch wie nach konventionellen Resektionstechniken, was aber häufig einer falschen Sequenz der Eingriffsschritte geschuldet ist. Zusammenfassend erklärte Schmidt, dass das Deutsche colonic FTRD Register die Sicherheit und Effektivität des colonic FTRD bestätigt; die Ergebnisse gleichen denen in klinischen Studien, zum Beispiel in der Wall Resect Studie, einer prospektiven multizentrischen Studie. Das colonic FTRD hat also Anwendung in der breiten Masse gefunden mit vergleichbarer Qualität zu großen Zentren.

Deutsches colonic FTRD Register – Abschlussauswertung über 1176 Fälle

A. Schmidt¹

¹Freiburg

Prof. Dr. Peter Bauerfeind, Zürich: FTRD im oberen Verdauungstrakt setzt mehr Erfahrung voraus, aber ist machbar, effektiv und sicher

P. Bauerfeind, Stadtspital Triemli in Zürich, Schweiz, stellte anhand von exemplarischen klinischen Fällen die Anwendung des FTRD im oberen Gastrointestinaltrakt vor. In drei Fällen wurde das FTRD im Duodenum angewendet, in einem Fall im distalen Ösophagus und in einem weiteren Fall im Magen. Bei Patient 1 zeigte sich histologisch im Vollwandresektat ein gut differenzierter neuroendokriner Tumor (NET G1) mit Infiltration der Lamina propria (ca. 4 mm DM), die Resektionsränder waren tumorfrei. Bei Patient 2 handelte es sich um ein tubulovillöses Adenom mit fokaler high-grade Dysplasie im duodenojejunalen Übergang, die Vollwandresektion gelang ohne Komplikationen, histologisch konnten adenom- und dysplasiefreie seitliche und tiefe Abtragungsränder festgestellt werden. Patient 3 wies ein Rezidivadenom im Duodenum mit non-lifting sign auf, auch hier gelang die Vollwandresektion mittels FTRD. Aus Zeitgründen ging Prof. Bauerfeind dann direkt auf Patient 5 ein, bei diesem lag ein GIST an der Magenbasis mit Rx/R1 Situation vor. Die Nachresektion mittels FTRD war effektiv und komplikationslos.

Die Anwendung des FTRD im oberen Verdauungstrakt ist in einigen Punkten technisch anspruchsvoller als die Anwendung im unteren GI-Trakt: zum einen stellt der Pylorus eine schwer passierbare Engstelle dar und muss dilatiert werden, zum anderen ist die Schleimhaut des Magens sehr mobil, was dazu führt, dass vor allem bei submukösen und kleinen Läsionen nicht immer erkennbar ist, ob die Einsaugung des Zielgewebes in die Kappe des Endoskops vollständig erfolgt ist. Vor Anwendung des FTRD im Duodenum sollte die Lokalisation der Papille

sicher identifiziert sein. Das Nachblutungsrisiko ist im oberen Gastrointestinaltrakt im Vergleich zum unteren GI-Trakt erhöht und liegt bei etwa 10 %. Dies sollte bei der Aufklärung des Patienten angesprochen werden. Sichtbare Gefäßstümpfe sollten immer nach FTRD-Applikation verödet werden. Durch engmaschige Nachbeobachtung des Patienten kann im Falle einer Nachblutung zeitnah endoskopisch interveniert werden.

Trotz dieser technischen Besonderheiten ist das FTRD auch für den oberen Gastrointestinaltrakt ein sehr vielversprechendes Instrument, erste klinische Anwendungen zeigen sehr gute Ergebnisse. Vor allem für submukosale Tumore (NET, GIST...) bis 1,5 cm ist das FTRD indiziert, außerdem für Adenome und Rezidivadenome mit und ohne non-lifting sign und für Adenome bei nicht operablen Patienten. Des Weiteren eignet sich das FTRD gut als Methode der Nachresektion bei endoskopisch vorbehandelten Läsionen mit R1-Befund.

FTRD im oberen Verdauungstrakt: Duodenum und Magen

P.Bauerfeind¹

¹Zürich, Schweiz

Für weitere Informationen:

Ovesco Endoscopy AG

Friedrich-Miescher-Straße 9

D-72076 Tübingen

science@ovesco.com