

Kongressbericht

49. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren e.V. (DGE-BV)

Zusammen mit den Fachgesellschaften der CAES, CTAC, DEGEA, DEGUM, DGBMT, DGD, ÖGGH und bng

28. – 30. März 2019, Stuttgart

Vorsitzender: Prof. Dr. Karel Caca, Ludwigsburg

Ovesco-Produkte waren in neun Workshops zu drei Themenkreisen präsent (Blutstillungstechniken (OTSC®) unter der Leitung von A. Nägel beziehungsweise M. Raitchel, Komplikationsmanagement: Perforationen und postoperative Leckagen (OTSC®) unter der Leitung von J. Wedemeyer, und ESD Techniken (RESECT+) unter der Leitung von E. Wedi, J. Hochberger, F.L. Dumoulin, beziehungsweise E. Kruse). Außerdem gab es ein AG Treffen Junge Endoskopiker zu OTSC® und RESECT+, ein Lunch-Symposium zum Thema „EFTR mit dem FTRD® – wo stehen wir heute?“, sowie mehrere Vorträge und Poster, die sich mit den Produkten von Ovesco beschäftigten.

Die Weiterentwicklung von ESD und EMR ist Gegenstand der aktuellen endoskopischen Forschung – auch bei Ovesco!

RESECT+

Die neue hochvisköse Injektionslösung LiftUp® für die ESD bewirkt einen langanhaltenden „Lifting“ Effekt und könnte die ESD-Prozedur effektiver machen

Die Endoskopische Submukosa Dissektion (ESD) ist ein etabliertes Verfahren zur endoskopischen Behandlung von Früh-Neoplasien. Ein wichtiger Schritt des komplexen Verfahrens ist die submukosale Injektion einer idealerweise hochviskösen Lösung.

E. Wedi et al., Universitätsmedizin Göttingen, präsentierten die Ergebnisse einer präklinischen Studie, in der die neue Polymer-Injektionslösung LiftUp mit NaCl 0,9 % und Hydroxyethylstärke (HAES 6 %) verglichen wurde. Insgesamt wurden 60 standardisierte ESD-Prozeduren von je 3x3 cm im Bereich des Korpus am Schweinemagen durchgeführt (n=20 pro Injektionslösung). Alle 60 Läsionen konnten in ESD Technik erfolgreich reseziert werden. Eine R0-Resektion wurde mit LiftUp in 95 % (n=19), mit HAES in 100 % (n=20) und mit NaCl in 80 % (n=16) der Fälle erreicht. Es gab keine Perforation in der LiftUp Gruppe, wohingegen eine Perforation in der HAES-Gruppe und 2 Perforationen in der NaCl-Gruppe zu verzeichnen waren. Ein adäquates mukosales Lifting wurde in 80 % (n=16) der LiftUp-Gruppe, in 30 % (n=6) der HAES-Gruppe und in 30 % (n=6) der NaCl-Gruppe erreicht. In der LiftUp-Gruppe war die durchschnittliche Resektionszeit kürzer als in den beiden anderen Gruppen, der Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant.

Die Autoren schlussfolgerten, dass LiftUp eine sichere Alternative zu den gängigen Injektionslösungen darstellt. Insbesondere erreicht LiftUp einen länger anhaltenden „Lifting“ Effekt bei reduziertem Injektionsvolumen und könnte somit die ESD-Prozedur effektiver machen.

Eine neue hochvisköse Injektionslösung (LiftUp) für die Endoskopische Submukosa Dissektion (ESD). Eine prospektive Vergleichsstudie mit zwei etablierten Injektionslösungen

E. Wedi¹, C. Jung¹, J. Hochberger², J. Maiss³, C.-N. Ho⁴, G. Conrad⁴, U. Baulain⁵, V. Ellenrieder¹, P. Köhler⁵
¹Göttingen, ²Berlin, ³Forchheim, ⁴Tübingen, ⁵Mariensee

Die EMR+ Technik erlaubt bi-manuelles Arbeiten mittels Triangulation

R.F. Knoop et al., Universitätsmedizin Göttingen, präsentierten die Ergebnisse einer präklinischen Studie, die eine modifizierte EMR-Technik (EMR+) mit zusätzlichem Arbeitskanal (Additional Working Channel - AWC®) hinsichtlich Effektivität und Sicherheit mit der klassischen ESD vergleicht. Insgesamt wurden 40 standardisierte Läsionen (3x3 cm) am EASIE-R-Simulator im Bio-Model gesetzt. Es wurden jeweils 20 Läsionen mit der neuen EMR+ Technik und 20 Läsionen mittels ESD reseziert und verglichen. Die mediane Untersuchungszeit war in der EMR+ Gruppe signifikant kürzer (Median 10,5 Minuten, Spannweite 4,4 – 24 Minuten) als in der ESD Gruppe (Median 32 Minuten, Spannweite 14 – 61,6 Minuten, $p < 0,0001$). Die mediane Resektionsfläche pro Minute war signifikant größer in der EMR+ Gruppe (Median 53,2 cm^2/min , Spannweite 15,6 – 370,4 cm^2/min) als in der ESD Gruppe (Median 28,1 cm^2/min , Spannweite 12,7 – 64,4 cm^2/min , $p < 0,0001$). Die mediane Resektatgröße war geringer in der EMR+ Gruppe (Median 6 cm^2 , Spannweite 2,5 – 30 cm^2 vs. Konstant 9 cm^2). Die Rate der en-bloc Resektionen war signifikant geringer in der EMR+ Gruppe (38 %) gegenüber der ESD Gruppe (95 %, $p < 0,0001$). Es ereigneten sich 2 Perforationen in der EMR+ Gruppe. In der ESD Gruppe traten keine Perforationen auf.

Die Autoren schlussfolgerten, dass die EMR+ Technik mit dem AWC die Transformation eines Standard-Einkanal-Endoskops zu einer Doppel-Kanal-Funktionalität erlaubt mit der Möglichkeit eines bi-manuellen Arbeitens mittels Triangulation. Diese Technik ist eine kostengünstige Option, um Limitationen sowohl der herkömmlichen EMR als auch der ESD zu überwinden.

Vergleichsstudie zwischen der Endoskopischen Submukosadisektion und einer modifizierten EMR-Technik mit einem zusätzlichen Arbeitskanal (EMR+)

R.F. Knoop¹, C. Jung¹, C.-N. Ho², G. Conrad², J. Maiss³, U. Baulain⁴, V. Ellenrieder¹, P. Köhler⁴, E. Wedi¹
¹Göttingen, ²Tübingen, ³Forchheim, ⁴Mariensee

Die BougieCap führt zu einer hohen Dilatationsrate bei benignen Ösophagusstenosen und einer signifikanten Verbesserung klinischer Dysphagie-Symptomatik.

BougieCap

Eine Bougierung mit der BougieCap führt zu signifikanter Verbesserung der Dysphagie-assoziierten Symptome (Regression des DHI-Wertes von 51,6 auf 27,9)

B. Walter und Kollegen, Universitätsklinikum Ulm, präsentierten die erste prospektive multizentrische Studie zum Einsatz der BougieCap für die endoskopische Behandlung gutartiger Ösophagusstenosen. Die Verwendung der BougieCap erlaubt im Gegensatz zu herkömmlichen Savary-Bougies eine direkte optische Kontrolle der Bougierung, eine Röntgendurchleuchtung ist dabei nicht notwendig. 50 Patienten (m25/w25, medianes Alter 67,1 \pm 16,8 Jahre) mit gutartigen Ösophagusstenosen und klinisch apparenten Dysphagiesymptomen wurden in die Studie eingeschlossen. Die Genese der Stenosen war peptisch (n=23), strahlenbedingt (n=13), postoperativ (n=6), die Folge einer Laugenverätzung (n=4), Zustand nach ESD (n=2), eosinophile Ösophagitis (n=1) und unbekannt (n=1). Der prä-interventionelle Durchmesser der Stenose betrug im Median 7,5 mm (\pm 2,4 mm). Eine erfolgreiche Bougierung gelang in 96 % der Fälle (n=48). Die durchschnittliche Anzahl der Bougierungsvorgänge lag bei 2,3 (\pm 0,7). Ein Führungsdraht wurde in 10 Fällen verwendet, in 8 dieser Fälle wurde mit einem pädiatrischen Endoskop gearbeitet, in den restlichen beiden mit einem Standard-Gastroskop. In 2 Fällen musste die Bougierung abgebrochen werden, da sich das Endoskop nicht vom Pharynx in den Ösophagus vorschieben ließ. In diesen beiden Fällen war kein Führungsdraht verwendet worden. Die Dysphagiesymptome waren von einem mittleren DHI-Wert von 51,6 (\pm 14,4) vor Bougierung auf 27,9 (\pm 9,3) 14 Tage nach Bougierung regredient (Mann-Whitney: $p < 0,0001$). Schwere Komplikationen waren nicht zu verzeichnen. In zwei Fällen wurde eine BougieCap im Magen verloren, woraus keine klinischen Beschwerden resultierten.

Ergebnisse einer prospektiven multizentrischen Studie zur endoskopischen Behandlung gutartiger Ösophagusstenosen (BougieCap Studie)

B. Walter¹, S. Schmidbaur¹, I. Rahman², B. Schumacher³, D. Albers³, A. Meinung¹
¹Ulm, ²Southampton/UK, ³Essen

Das FTRD® wird bei kolorektalen Karzinomen zur Risikostratifizierung eingesetzt.

FTRD System

Eine Vollwandresektion mittels FTRD bei kolorektalen Karzinomen erlaubt eine exakte histologische Risikoeinteilung und erspart somit Patienten mit „low-risk“ Befunden (62 % der Kohorte) eine Operation

A. Küllmer et al., Universitätsklinikum Freiburg, präsentierten eine multizentrische retrospektive Studie, die Effektivität, Sicherheit und klinischen Nutzen des FTRD System bei kolorektalen Karzinomen untersuchte. Daten von 1234 Patienten, die aufgrund verschiedener Indikationen an 96 Endoskopiezentren mit dem FTRD behandelt worden waren, wurden auf die Erfüllung der Einschlusskriterien untersucht. 156 Patienten mit histologischem Nachweis eines Adenokarzinoms konnten identifiziert werden. Diese Kohorte enthielt 64 Fälle, die nach inkompletter Resektion eines malignen Polypen nachreseziert wurden (Gruppe 1) und 92 non-lifting Läsionen (Gruppe 2). Endpunkte der Studie waren: Technischer Erfolg, Rate an R0-Resektionen, klinische Komplikationen und die erfolgreiche Unterscheidung zwischen „low- und high-risk“ Befunden sowie Notwendigkeit einer onkologisch-chirurgischen Resektion.

144/156 Patienten (92,3 %) konnten technisch erfolgreich behandelt werden. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 42 Minuten. Eine R0-Resektion konnte in 112/156 (71,8 %) der Fälle erreicht werden. Die Subgruppenanalyse zeigte eine R0-Resektionsrate von 87,5 % in Gruppe 1 und 60,9 % in Gruppe 2 ($p < 0,001$). Zu schweren klinischen Komplikationen im Zusammenhang mit dem FTRD-Eingriff kam es in 3,9 % der Fälle.

In 155/156 (99,3 %) der Fälle konnte erfolgreich zwischen low- und high-risk“ Befunden unterschieden werden. 84,1 % der Fälle aus Gruppe 1 konnten als „low-risk“ Läsionen klassifiziert werden, während dies auf 16,3 % aus Gruppe 2 zutraf. Insgesamt 53 Patienten (34 %) wurden einer onkologischen Nachresektion aufgrund von „high-risk“ Befunden unterzogen, wohingegen 98 Patienten (62 %) eine endoskopische Nachsorge erhielten.

Die Autoren schlussfolgerten, dass die endoskopische Vollwandresektion mittels FTRD bei kolorektalen Karzinomen technisch durchführbar und sicher ist. Sie erlaubt eine exakte histologische Risikoeinteilung und kann Patienten mit „low-risk“ Befunden eine chirurgische Resektion ersparen.

Endoskopische Vollwandresektion von kolorektalen Karzinomen mit dem FTRD-System - eine retrospektive multizentrische Studie

A. Küllmer¹, J. Mueller¹, K. Caca², P. Aepli³, D. Albers⁴, B. Schumacher⁴, A. Glietsch⁵, H. Albrecht⁶, I. Wallstabe⁷, C. Hofmann⁸, A. Erhardt⁹, B. Meier², D. Bettinger¹, R. Thimme¹, A. Schmidt¹, und die FTRD Studien Gruppe

¹Freiburg, ²Ludwigsburg, ³Luzern/Schweiz, ⁴Essen, ⁵Greifswald, ⁶Neumarkt i.d.OPf., ⁷Leipzig, ⁸Mainz, ⁹Wuppertal

Das Risiko einer Appendizitis ist nach FTRD-Resektion am Appendixabgang erhöht

A. Wannhoff und Kollegen, Klinikum Ludwigsburg, stellten eine Studie zur Untersuchung des Risikos einer postinterventionellen Appendizitis nach FTRD-Resektion am Appendixabgang vor. Die Daten aller Patienten des Klinikum Ludwigsburg oder Universitätsklinikum Ulm, bei denen zwischen 2014 und 2018 eine endoskopische Vollwandresektion mit dem FTRD-System im Bereich des Appendixabgangs durchgeführt worden war, wurden retrospektiv untersucht. Die verfügbaren Follow-up Daten wurden in Bezug auf die Entwicklung einer Appendizitis ausgewertet. Patienten, bei denen bereits vor der FTRD-Resektion eine Appendektomie erfolgt war, wurden ausgeschlossen.

Insgesamt 44 Patienten (medianes Alter 68 Jahre, Altersspanne 47-85 Jahre, n=25 weiblich) erfüllten die Einschlusskriterien. In allen Fällen gelang die erfolgreiche Resektion. Während des medianen Follow-up von 21 Wochen (Spannweite 0-126 Wochen) trat bei neun Patienten (23,7 %) eine akute Appendizitis auf. Bei fünf Patienten trat die Appendizitis binnen 10 Tagen nach Resektion auf, in den übrigen Fällen erst mehr als einen Monat danach. In sechs Fällen erfolgte eine Appendektomie und in drei Fällen eine konservative Therapie. Alle Patienten erholten sich vollständig.

Die Autoren schlussfolgerten, dass eine akute Appendizitis nach FTRD-Resektion am Appendixabgang auftreten kann. Dies kann sowohl frühzeitig als auch nach längerer Latenzzeit geschehen. Patienten sollten vor dem Eingriff über das Appendizitis-Risiko und die eventuelle Notwendigkeit einer Operation aufgeklärt werden.

Untersuchung des Appendizitis-Risikos nach FTRD-Resektion am Appendixabgang

A. Wannhoff¹, B. Walter², T. Kreutzer¹, S. Schmidbaur², B. Meier¹, A. Meining², K. Caca¹

¹Ludwigsburg, ²Ulm

Die Anwendung des FTRD System kann vielen Patienten mit kolorektalem Rezidiv-Adenom eine Operation ersparen

A. Schmidt, Universitätsklinikum Freiburg, referierte über die Behandlung von Rezidiv-Adenomen im Kolorektum. Nicht-gestielte kolorektale Adenome werden zumeist mittels EMR reseziert. Meta-Analysen zeigen, dass das Risiko eines Rezidiv-Adenoms nach dieser Resektionsmethode bei 15 % liegt. Ein wesentlicher Risikofaktor für die Rekurrenz des Adenoms ist die Piece-meal Resektion. Nach Piece-meal Resektion liegt das Rekurrenz-Risiko bei 20 % während es nach en bloc Resektion nur bei 3 % liegt ($p < 0.0001$). Nach ESD liegt die Rezidivrate bei etwa 4,8 %. Für die Nachresektion problematisch ist vor allem die Tatsache, dass die Vortherapie in einer Vernarbung der Resektionsstelle resultiert, das Rezidiv-Adenom weist in den meisten Fällen ein non-lifting sign auf. Eine EMR ist bei non-lifting Läsionen in der Regel nicht möglich, eine ESD ist zeitaufwändig und außerhalb des Rektums technisch extrem schwierig, die Perforationsgefahr ist bei dieser Methode hoch. Ein weiteres Problem in der Behandlung von Rezidiv-Adenomen ist, dass endoskopische Re-Examinationstermine zur Nachkontrolle nur von etwa 62 % der Patienten wahrgenommen werden, was bedeutet, dass residuale Läsionen und Rezidiv-Adenome unentdeckt bleiben oder schon relativ groß bei der nächsten Untersuchung sind.

Das FTRD System ist für die Therapie von Rezidiv-Adenomen im Kolorektum sehr gut geeignet. Zum einen kann es im gesamten Colon und Rektum eingesetzt werden, zum anderen sind auch non-lifting Läsionen mit dem FTRD gut resezierbar. Mehrere mono- und multizentrische klinische Studien, unter anderem die prospektive multizentrische WALL RESECT Studie an 181 Patienten, zeigten eine technische Durchführbarkeit in etwa 90 % der Fälle, RO-Resektionsraten von etwa 80 % und eine Rate an schwerwiegenden Komplikationen von etwa 2 %. Die FTRD Anwendung ist mit einer kurzen Prozedurzeit verbunden und relativ einfach. Eine Limitation für die FTRD Anwendung stellen große Läsionen dar, die optimale Läsionsgröße liegt für diese Methode bei ≤ 2 cm. Für größere Läsionen sind häufig Hybridverfahren möglich (z.B. EMR + FTRD). Zusammenfassend bedeutet die FTRD-Applikation für viele Patienten mit kolorektalem Rezidiv-Adenom die Vermeidung einer Operation.

Rezidiv-Adenome im Kolorektum: Immer FTRD?

A. Schmidt¹,
¹Freiburg

Für weitere Informationen:

Ovesco Endoscopy AG
Friedrich-Miescher-Straße 9
D-72076 Tübingen
science@ovesco.com