



ec
magazin

04.2018 · 4. Jhg.

endoscopy campus

Jetzt neu !

- DEGEA LIVE – Pflege führt Regie
- WASP Classification – optical diagnosis of polyps <10mm
- BING Klassifikation Frühneoplasien Barrett-Ösophagus



www.endoscopy-campus.de



DGE-BV

Die SureClip™ Familie

Herausragende Leistung in drei Größen.



Die neue MICRO-TECH Clip-Familie läßt sich präzise positionieren und bietet eine höchst zuverlässige Haltekraft. Dank 360° Drehung, großen Spannweiten und einer kurzen Cliphalterlänge von nur 5 bzw. 6 mm wird die Applikation des Clips deutlich erleichtert. Mehr Informationen auf www.micro-tech-europe.com

MT MICRO-TECH



Herzlich willkommen auf der Online-Fortbildungsplattform der DGE-BV gemeinsam mit der DGVS und den vier deutschen Live-Endoskopie-Veranstaltungen !

Endoscopy Unlimited – der neue Endoscopy Campus für Sie alle !

Liebe DGE-BV-Mitglieder und Freunde der Endoskopie,

ein spannendes Jahr geht zu Ende und wir freuen uns sehr, dass wir Ihnen zu den Festtagen eine weitere Ausgabe des EC-Magazins präsentieren dürfen. Wir hatten einen hervorragenden und gut besuchten DGVS-Jahreskongress in München, von dem einige Inhalte auf den Campus übernommen werden konnten. Es sind zahlreiche Live-Kongressübertragungen hinzugekommen und der Bereich Klassifikationen wächst stetig und erfreut sich großer Beliebtheit!

Für den nächsten DGE-BV Kongress in Stuttgart laufen die Vorbereitungen bereits auf Hochtouren und es sind viele interessante Inhalte und Projekte geplant, über die wir Sie gerne auf dem Laufenden halten werden. Wir möchten uns auf diesem Wege bei den vielen Autoren aus der DGE-BV, sowie von extern für die zahlreichen Beiträge bedanken und freuen uns auf eine weitere gute Zusammenarbeit für das nächste Jahr!

Als nächste Veranstaltungen im neuen Jahr warten auf Sie:

21. Internationales Endoskopie Symposium Düsseldorf
7. - 9. Februar 2019, Maritim Hotel Düsseldorf-Airport
www.endo-duesseldorf.com

49. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren e.V.
28. - 30. März 2019, ICS Messe Stuttgart
www.dge-bv.de

Herzliche Grüße

Alexander Meining
DGE-BV

Till Wehrmann
DGVS

Thomas Rösch
Endoscopy Campus

Wissenschaftliche Redaktion

T. Rösch, Hamburg; S. Groth, Hamburg S. Varadarajulu, Orlando, Florida/USA

Sekretär DGE-BV

A. Meining, Ulm

Sekretär Sektion Endoskopie DGVS

T. Wehrmann, Wiesbaden

Wissenschaftlicher Beirat

H.D. Allescher, Garmisch-Partenkirchen M. Kamiński, Warschau, Polen

U. Beilenhoff, Ulm

R. Kiesslich, Wiesbaden

A. Eickhoff, Hanau

J. Martinek, Prag, Tschechien

S. Faiss, Hamburg

H. Messmann, Augsburg

M. Häfner, Bozen, Italien

H. Neuhaus, Düsseldorf

F. Hagenmüller, Hamburg

H. Neumann, Mainz

D. Hartmann, Berlin

O. Pech, Regensburg

J. Hochberger, Berlin

H.-J. Schulz, Berlin

A.-M. Kassem, Kairo, Ägypten

J. Weigt, Magdeburg

G. Kähler, Mannheim

D. Wilhelm, München

Technische Redaktion

K. Schlosser, LUX AV Audiovisuelle Kommunikation GmbH, Lohfelden

Editorial 3

endoscopy campus 4

Teaching modules

Videobeispiel 1: DEGEA LIVE – Pflege führt Regie 6

Videobeispiel 2: Polypektomie kleiner Polypen –
ESGE Leitlinie empfiehlt Kaltschlinge 8

Videobeispiel 3: Neues vom ENDO CLUB NORD 10

Videobeispiel 4: Dünndarm-Kapselendoskopie
Normale Anatomie 12

Klassifikation

WASP classification – optical diagnosis of polyps <10mm 14

BING-Klassifikation Frühneoplasien Barrett-Ösophagus 22

Fallbericht

Befundkonstantes Strahlen-Ulkus nach selektiver
interner Radiotherapie (SIRT) 27

DGE-BV aktuell 30

Sponsoren 32

Inserentenverzeichnis 34

Kongressankündigung 34

Impressum 35



Abb. 1: Frau Corinna Wietfeldt und Herr Prof. Thomas Rösch in der Moderation

Videobeispiel 1

DEGEA-LIVE – Pflege führt Regie

Nils Andersen, Silke Bichel, Petra Holzky-Haselbach, Kornelia Wietfeldt

Am 14. September war es wieder soweit! Nach den ersten beiden erfolgreichen Live-Streams über die Themen „Koloskopie“ und „endoskopische Resektionen“, folgte nun Teil 3 mit dem Thema „ERCP“. Ein Team aus Kiel, ein Team aus Berlin und eins aus Hamburg präsentierten 3 interessante ERCP-Fälle mit dem Fokus auf die Assistenz, sowie Material und Methoden. Ein Schwerpunkt war die optimale Lagerung des Patienten zur ERCP. Häufig müssen die Patienten bei der Untersuchung über einen relativ langen Zeitraum in Bauchlage positioniert sein, was das Auftreten von Druckstellen, bis hin zu Lagerungsschäden erhöht. Hierzu wurde von Silke Bichel aus dem Klinikum Nordfriesland ein Kissenlagerungssystem der Firma „Mediplac“ demonstriert. Des Weiteren wurde die Anwendung des Kurzdrahtsystems und steriles Arbeiten am ERCP-Tisch vom Klinikteam der Universität Kiel (Petra Holzky-Haselbach und Dr. Mark Ellrichmann) und der Umgang mit einer naiven Papille von Silke Bichel in Zusammenarbeit mit Dr. Gottschalk aus Neubrandenburg gezeigt. Eine Einführung in die Anatomie und die Technik der ERCP von Prof Rösch sowie die Moderation der Chatdiskussion mit Cornelia Wietfeldt runden das Thema hervorragend ab. Für alle, die den Stream verpasst haben oder ihn sich nochmal ansehen wollen, findet sich jetzt die komplette Version auf dem Endoscopy-Campus!

[mehr unter www.endoscopy-campus.de](http://www.endoscopy-campus.de)



Abb. 2:
Team Kiel bei der ERCP
mit Kurzdrahtsystem

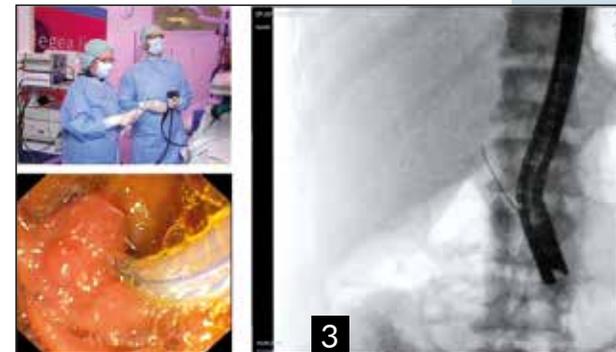


Abb. 3:
Team Hamburg bei der
Sondierung des DHC mit
Paillotom und Terumo

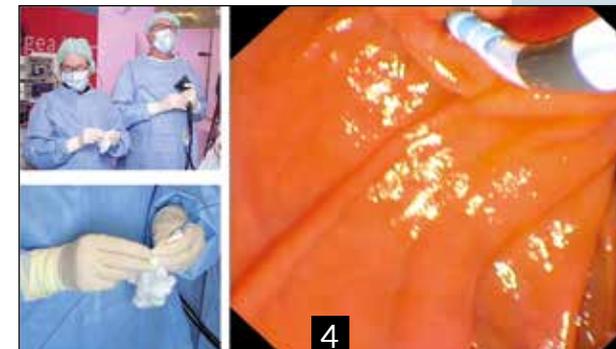


Abb. 4:
Team Berlin bei der
Sondierung der Papilla
major mittels Balltip Katheter

Videobeispiel 2

Polypektomie kleiner Polypen – ESGE Leitlinie empfiehlt Kaltschlinge

Jochen Weigt – Magdeburg

Die ESGE Leitlinie sieht seit dem Jahr 2017 vor, kleine und insbesondere Diminutive Polypen nicht mehr mit der Standard-Schlinge abzutragen (Endoscopy 2017; 49(03): 270-297). Grund hierfür ist die relativ geringe Rate an sicheren R0 Resektionen und die gleichzeitig geringe Adhärenz der Nachsorgeempfehlungen.

Die Aktuelle Empfehlung lautet, solche Polypen mit der Kaltschlinge abzutragen.

Bis vor wenigen Jahren gab es kaum Schlingen, die extra für die Kaltabtragung hergestellt wurden. Mittlerweile gibt es aber zahlreiche Anbieter auf dem Markt (z.B. Micro-Tech, Medwork, Boston etc.).

Die Komplikationsrate bei Kaltschlingenresektionen sind im Allgemeinen sehr gering, da Diathermieeffekte, wie das Postpolypektomie Syndrom nicht relevant sind. Die Abtragungsstelle weist häufig kleine Stiele auf. Diese sind keine Gefäßstümpfe wie oft fälschlicherweise angenommen oder berichtet, sondern bestehen aus Submucosa oder der L. muscularis mucosa.

Polypen bis ca. 10-12 mm Größe lassen sich problemlos kalt abtragen, trotzdem ist es ratsam über die Anschaffung von Hybridschlingen nachzudenken, die die Kaltabtragung und Diathermieabtragung ermöglichen. So können mit einem Instrument größere und kleinere Polypen abgetragen werden.

Ein ausführliches Video hierzu finden sie auf dem Endoscopy-Campus!



Abb. 1:
Polyp unter 10mm
im Colon

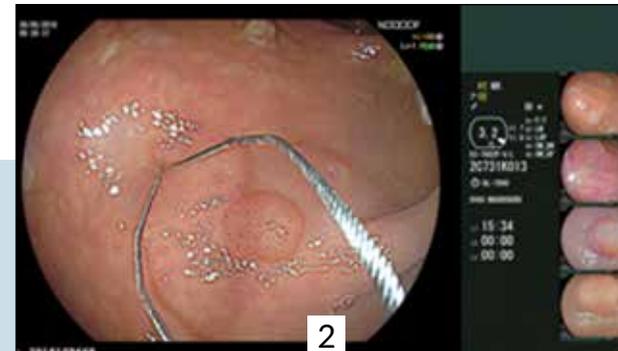


Abb. 2:
Positionierung der
Kaltschlinge

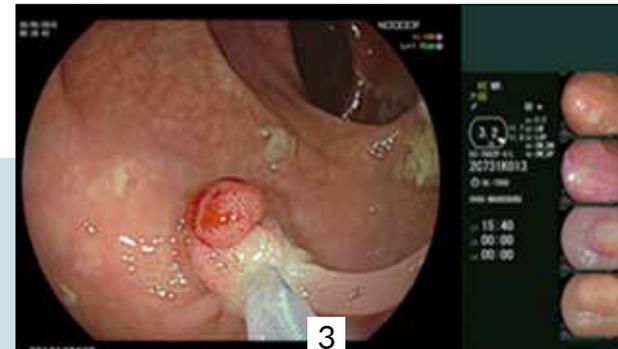


Abb. 3:
Fassen des Polypen mit
Sicherheitsabstand

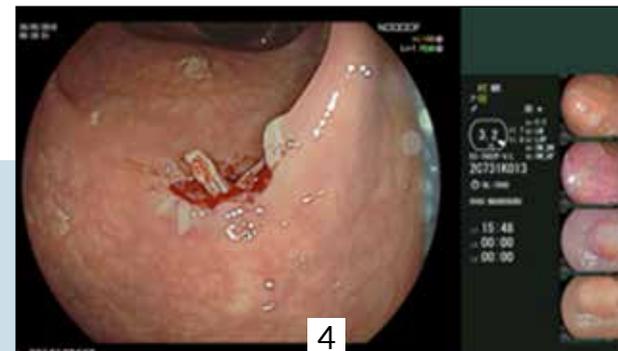


Abb.4:
Abtragungsergebnis
mit typischem kleinen,
zentralen Stiel

Videobeispiel 3

NEUES VOM ENDOCLUBNORD 2018

Die ersten Videos mit Follow-up Information - jetzt online auf dem Campus

Sehen Sie die Fall-Zusammenschnitte mit Histologie- und Follow-up-Informationen:

Die Standards der Rektumpolypektomie, vom Großmeister der Koloskopie,
Douglas Rex



Endoskopische Mukosaresektion eines Rektumadenoms – Endo Club Nord 2018

[mehr unter www.endoscopy-campus.de](http://www.endoscopy-campus.de)

Zwei parallele Fälle von Bougierungen mit Bougies und der neuen Aufsatzkappe,
gezeigt von Stefan Groth und Alexander Meining



Bougierungstherapie bei narbigen Stenosen – Endo Club Nord 2018

Das Prinzip der Tunnel-ESD im Ösophagus, demonstriert von Guido Schachschal



ESD eines Plattenepithel Ca im Ösophagus – Endo Club Nord 2018

Videobeispiel 4

Dünndarm-Kapselendoskopie Normale Anatomie Peter Baltes – Hamburg

Die Video-Kapselendoskopie hat die Diagnostik im Dünndarm revolutioniert. Nach ihrer Einführung im Jahr 2000 hat vor allem eine Verlängerung der Batterielaufzeit, aber auch die Verbesserung der Optik dazu geführt, dass eine immer sensitivere Diagnostik von Pathologien im Duodenum, Jejunum und Ileum erfolgen kann. Neue Algorithmen in der Auswertungssoftware, sowie elektronische Farbfilter ermöglichen eine schnellere und genauere Auswertung. Herr Peter Baltes aus dem Bethesda Krankenhaus in Hamburg-Bergedorf erklärt in seinem Video einen Normalbefund der Kapselendoskopie mit typischen Bildern von den anatomischen Landmarken, die bei einer Kapselendoskopie passiert werden.



Abb. 1: Typisches Kapselendoskopie Bild der Z-Linie

Abb. 2: Aufnahme aus dem Magenkorpus

Abb. 3: Kapsel mit Aufnahme des Pylorus

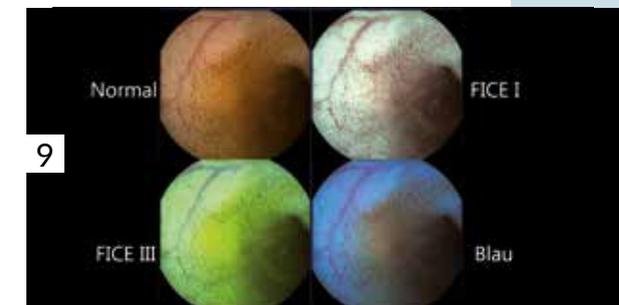


Abb. 4: Bild aus dem Duodenum mit Darstellung der Zotten

Abb. 5: Lage im Bulbus duodeni mit den typischen Brunner-Drüsen

Abb. 6: Darstellung der Papilla major, sowie Gallenflüssigkeit

Abb. 7: Passage des Jejunum mit typischem Zottenrelief

Abb. 8: Kapsel rutscht in das Colon mit Darstellung der Ileocaecalklappe

Abb. 9: Elektronische Chromoendoskopie (FICE)

WASP classification – optical diagnosis of polyps <10mm

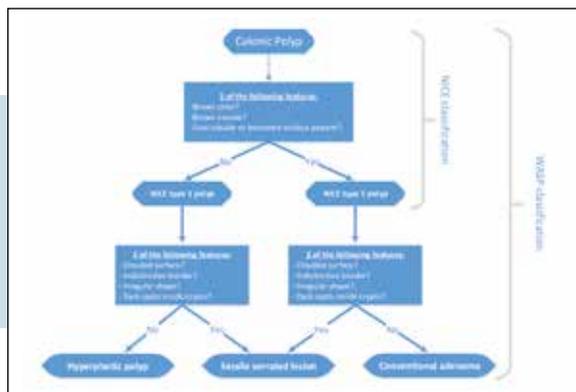
A.G.C. Bleijenberg, Amsterdam

Historically, polyps were divided into mainly adenomas and hyperplastic polyps (HPs). Adenomas were thought to be the sole precursor lesion to colorectal cancer (CRC), whereas HPs were considered harmless. Optical diagnosis strategies have therefore focused on differentiation between adenomas and HPs. For example, the Kudo, NBI International Endoscopic (NICE) and Japanese NBI Expert Team (JNET) classifications are very useful and effective for differentiation between adenomatous and non-adenomatous polyps.¹⁻³

Recently, however, sessile serrated lesions (SSLs) have been recognized as another important precursor lesion to CRC. SSLs are thought to be responsible for 15–30% of colorectal cancer.^{4,5} SSL is also often referred to as sessile serrated polyp (SSP), sessile serrated adenoma (SSA) or SSA/P.

Unfortunately, SSLs are often diagnosed as non-neoplastic using the JNET or NICE classifications.^{3,6} New optical diagnosis strategies have therefore been developed to include identification of SSLs as well.

One such classification method is the WASP classification.⁷ The WASP aims to differentiate between 1) Hyperplastic polyps; 2) Sessile serrated lesions and 3) conventional adenomas. It uses the NICE classification² as a first step to differentiate between type 1 and type 2 polyps. In the second step, the presence of several "SSL-like features" is assessed.⁸ These SSL-like features are unique to SSLs, and are less often seen in adenomas or HPs. Figure 1 shows the step-wise classification.



Step 1 – Differentiation between NICE type 1 and NICE type 2 polyps

Characteristic 1: Color



Type 1 polyp
Same or lighter than background

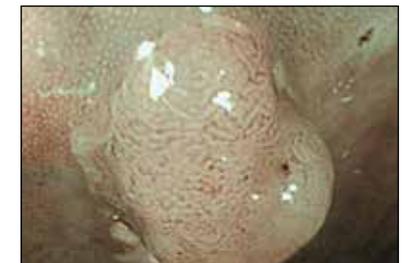


Type 2 polyp
Brownier relative to background

Characteristic 2: Vessels



Type 1 polyp
None, or isolated lacy vessels



Type 2 polyp
Brown vessels surrounding white structures

Characteristic 3: Surface pattern



Type 1 polyp
Dark or white spots of uniform size, or homogenous absence of pattern.



Type 2 polyp
Oval, tubular or branched white structures surrounded by brown vessels

Step 2 - Differentiation between hyperplastic polyp, sessile serrated lesion and adenoma based on the presence of SSL-like features

Characteristic 1 - Surface



Sessile serrated lesion
Cloud-like surface



Hyperplastic polyp
Smooth surface



Adenoma
Smooth surface

Characteristic 2 - Border



Sessile serrated lesion
Indistinct/vague border



Hyperplastic polyp
Sharp demarcated border



Adenoma
Sharp demarcated border

Characteristic 3 - Shape



Sessile serrated lesion
Irregular shape



Hyperplastic polyp
Symmetric shape



Adenoma
Symmetric shape

Characteristic 4 - Crypts



Sessile serrated lesion
Dark spots inside the crypts

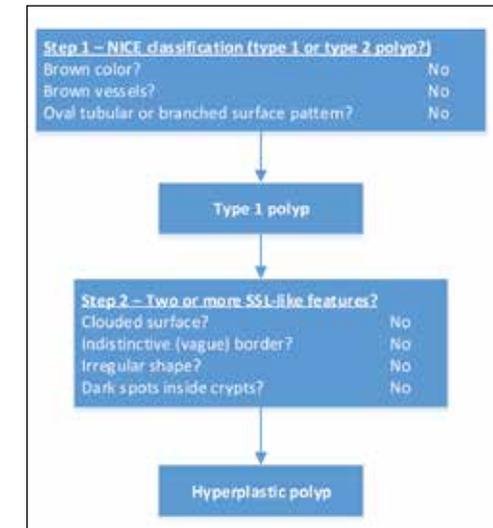


Hyperplastic polyp
No dark spots inside crypts

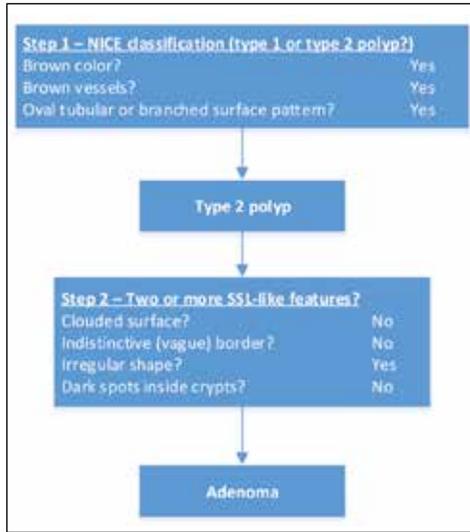


Adenoma
No dark spots inside crypts

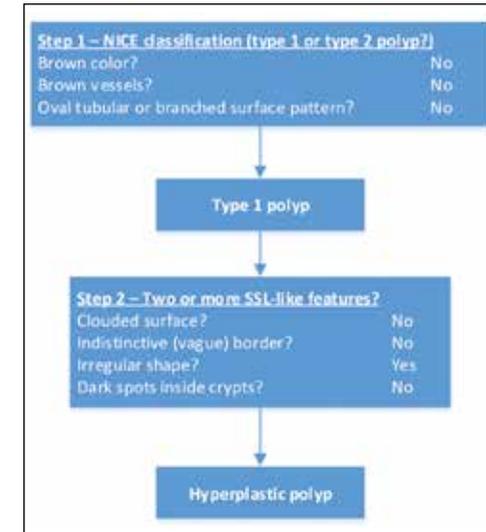
Example 1



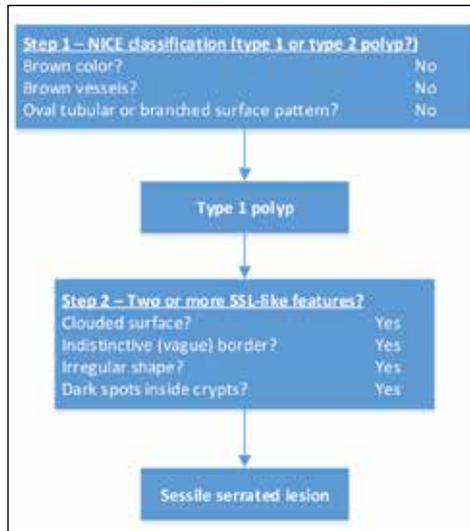
Example 2



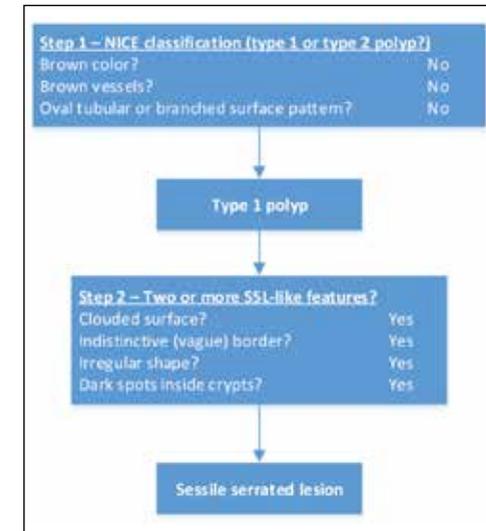
Example 4



Example 3



Example 5



These images are property of the Academic University Medical Centers Amsterdam, AMC, department of Gastroenterology and hepatology. Not to be reproduced without permission.

Referenzen

1. Kudo S, Tamura S, Nakajima T, et al. Diagnosis of colorectal tumorous lesions by magnifying endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1996;44:8-14.
2. Hewett DG, Kaltenbach T, Sano Y, et al. Validation of a simple classification system for endoscopic diagnosis of small colorectal polyps using narrow-band imaging. *Gastroenterology* 2012;143:599-607.e1.
3. Sano W, Sano Y, Iwatate M, et al. Prospective evaluation of the proportion of sessile serrated adenoma/polyps in endoscopically diagnosed colorectal polyps with hyperplastic features. *Endosc Int Open* 2015;3:E354-8.
4. Jass JR. Classification of colorectal cancer based on correlation of clinical, morphological and molecular features. *Histopathology* 2007;50:113-130.
5. Rex DK, Ahnen DJ, Baron JA, et al. Serrated lesions of the colorectum: review and recommendations from an expert panel. *The American journal of gastroenterology* 2012;107:1315-29; quiz 1314, 1330.
6. Sumimoto K, Tanaka S, Shigita K, et al. The diagnostic performance of JNET classification for differentiation among noninvasive, superficially invasive, and deeply invasive colorectal neoplasia. *Gastrointest Endosc* 2017.
7. Ijspeert JEG, Bastiaansen BaJ, van Leerdam ME, et al. Development and validation of the WASP classification system for optical diagnosis of adenomas, hyperplastic polyps and sessile serrated adenomas/polyps. *Gut* 2016;65:963-70.
8. Hazewinkel Y, López-Cerón M, East JE, et al. Endoscopic features of sessile serrated adenomas: Validation by international experts using high-resolution white-light endoscopy and narrow-band imaging. *Gastrointestinal Endoscopy* 2013;77:916-924.

Junge Endoskopiker
der DGE-BV



DGE-BV – Es gibt etwas Neues!

- Zur Förderung des Nachwuchses in der Endoskopie wurde die Arbeitsgruppe „**Junge Endoskopiker**“ im Sommer 2018 gegründet.
- Als „Junge Endoskopiker“ können sich alle aktuellen DGE-BV-Mitglieder aufnehmen lassen. Für Kollegen und Studenten, die jünger als 40 Jahre alt sind, ist dann auch die **DGE-BV Mitgliedschaft kostenlos**. Bitte informieren Sie Ihre Assistenten und Studenten über die Möglichkeit die DGE-BV aktiv mitzugestalten und von ihr profitieren zu können.
- Bei Interesse sich in der AG zu engagieren schreiben Sie an: info@dge-bv.de.

www.dge-bv.de

BING-Klassifikation Frühneoplasien Barrett-Ösophagus

Dominic Brookman-Amisshah und Oliver Pech, Regensburg

Die multimodale Therapie von Barrett-Frühneoplasien (endoskopische Resektion aller sichtbaren Neoplasien, gefolgt von einer ablativen Behandlung der residuellen, nicht dysplastischen Barrett-Schleimhaut) hat sich als Therapie-Standard etabliert und ist in nationalen und internationalen Leitlinien verankert. Nach wie vor bleibt die Detektion dieser dysplastischen Läsionen schwierig. Diskrete dysplastische Schleimhautveränderungen präsentieren sich oftmals sehr klein, flach (Paris IIb) sowie unregelmäßig und werden dadurch häufig nicht erkannt. Bisher empfohlene Überwachungs-Protokolle mit Quadranten-Biopsien (z.B. Seattle-Protokoll) in HR-Weißlicht-Endoskopie erfassen zudem lediglich 4-5% der gesamten Barrettmukosa-Oberfläche, der größte Teil des Barrett-Epithels bleibt dadurch nicht untersucht [1].

Gegenüber der reinen Weißlicht-Endoskopie lassen sich mit Hilfe des NBI-Modus besonders die flachen, diskreten Schleimhautveränderungen und deren Ausdehnung innerhalb einer sonst homogenen intestinalen Metaplasie deutlich besser differenzieren [2].

Die "Barrett's International NBI Group - BING" (Barrett-Experten Kommission aus den USA, Europa und Japan: University of Kansas, University of Chicago, Academic Medical Center Amsterdam, Universität Augsburg, Hokkaido University, Jikei University) hat 2016 eine Klassifikation zur Identifikation von dysplastischen Arealen bzw. Frühkarzinomen innerhalb der Barrett-Schleimhaut mittels Narrow Band Imaging (NBI) entwickelt.

Gemäß der sogenannten BING-Klassifikation ergeben sich bei der Entstehung von Dysplasien oder Frühneoplasien im Vergleich zum nicht dysplastischen Barrett-Ösophagus (NDBE) Veränderungen des mukosalen Oberflächenmusters sowie der mukosalen Gefäßarchitektur (Tab. 1). Durch diese validierte Einteilung lassen sich innerhalb dieser häufig flachen, schlecht detektierbaren Areale histopathologische Vorhersagen zum Vorliegen einer möglichen High grade Dysplasie bzw. eines Frühkarzinoms treffen.

Die Evaluation der Arbeitsgruppe erbrachte bei beträchtlicher Inter-Observer-Übereinstimmung ($\kappa = 0,681$) eine hohe Treffsicherheit (92%), Sensitivität (91%), Spezifität (93%), sowie einen hohen positiv prädiktiven (89%) und negativ prädiktiven Wert (95%) [3].

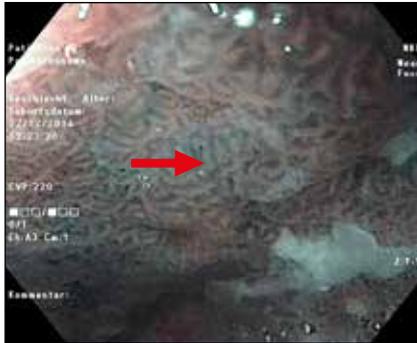
Konsensus-basierte NBI-Klassifikation von Barrett-Epithel

Morphologische Charakteristika	Klassifikation
Mukosale Oberfläche	
Zirkuläres, villöses/gyriertes oder tubuläres Oberflächenmuster	regulär
Fehlen o.g. Charakteristika oder irreguläre Schleimhautmuster	regulär
Fehlen o.g. Charakteristika oder irreguläre Schleimhautmuster	irregulär
Mukosale Gefäßarchitektur	
Gefäße regelrecht entlang des Schleimhautmusters ausgerichtet, mit normaler, länglicher Verzweigung	regulär
Fokal oder diffus verteilt, elongiert, kornenzieherartig, der Verlauf folgt nicht der Mukosa, kurz und irregulär verzweigt	irregulär



Beispiel 1: nicht dysplastisches Barrett-Epithel (NDBE), HR-Endoskopie, NBI-Modus

Zirkulär angeordnetes mukosales Muster (gelber Pfeil), der Gefäßverlauf regelrecht entlang der mukosalen Architektur (roter Pfeil)



Beispiel 2 und 3:
nicht dysplastisches Barrett-Epithel (NDBE),
HR-Endoskopie, NBI-Modus



Villös gyriertes Schleimhautmuster,
Gefäße regelrecht entlang der mukosalen
Windungen angeordnet (rote Pfeile)



Beispiel 3:
dysplastisches Barrett-Epithel (DBE),
HR-Endoskopie, NBI-Modus

Irregulär und longitudinal angeordnetes
Epithel, verzweigte Gefäßarchitektur,
dem mukosalem Verlauf nicht folgend
(rote Pfeile)

Beispiel 4:
dysplastisches Barrett-Epithel (DBE),
HR-Endoskopie, NBI-Modus

Irreguläres mukosales Muster mit
elongierten, stark verzweigten Gefäßen,
der Epithelarchitektur nicht folgend
(rote Pfeile)



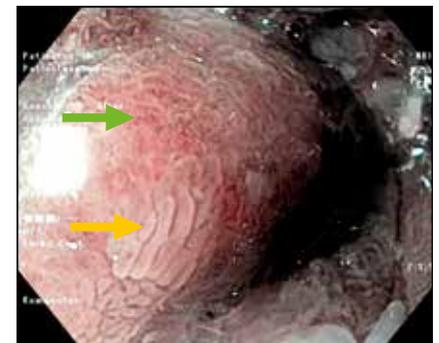
Beispiel 5:
dysplastisches Barrett-Epithel (DBE),
HR-Endoskopie, NBI-Modus

Elongierte, stark verzweigte Gefäße,
der Epithelarchitektur nicht folgend
(rote Pfeile)



Beispiel 6:
dysplastisches Barrett-Epithel (DBE),
HR-Endoskopie, NBI-Modus

Irreguläres mukosales und vaskuläres
Muster (gelber Pfeil) neben regulären
Schleimhautwindungen (grüner Pfeil)



Eine NBI-gestützte Schleimhautbeurteilung verbessert durch gezielte Biopsien signifikant die Detektionsrate dys- bzw. frühneoplastischer Barretttschleimhaut und sollte zusätzlich zur Quadranten-Biopsie angewendet werden.

Literatur

1. Koop H et al. S2k-Leitlinie: Gastroösophageale Refluxkrankheit, Z Gastroenterol 2014; 52: 1299-1346
2. Levine DS et al. Safety of a systematic endoscopic biopsy protocol in patients with Barrett's esophagus, Am J Gastroenterol 2000; 95:1892-1898
3. Sharma P et al. Standard endoscopy with random biopsies versus narrow band imaging targeted biopsies in Barrett's oesophagus: a prospective, international, randomized controlled trial, Gut 2013; 62:15-21
4. Sharma P et al. Standard endoscopy with random biopsies versus narrow band imaging targeted biopsies in Barrett's oesophagus: a prospective, international, randomized controlled trial, Gut 2013; 62:15-21

Fallbericht: Befundkonstantes Strahlen-Ulkus nach selektiver interner Radio- therapie (SIRT)

Dörte Wichmann und Ulrike Schempff;
Interdisziplinäre Endoskopie der Universitätsklinik Tübingen

Die SIRT ist eine nuklearmedizinische, interventionelle Therapieoption nicht resezierbarer primärer Lebertumore und -Metastasen. Mikrosphären als Träger eines β -Strahlers (Yttrium 90) werden intraarteriell im Tumorgewebe platziert. Die lokale Strahlenwirkung erreicht ca. 11 Millimeter um die Mikrosphären. Es handelt sich um eine zielgerichtete Tumor-Behandlung, da hepatische Tumore meistens arteriell versorgt werden, das normale Lebergewebe sein nährstoffreiches Blut hingegen überwiegend aus der Pfortader bezieht.

Der postinterventionelle Abtransport der Mikrosphären aus der Leber in Nachbarorgane kann schwerwiegende Komplikationen verursachen. Standardisiert werden Leber-MRT und Angiographie des Oberbauches durchgeführt, um eventuelle Shunts auszuschließen und diese ggf. angiographisch zu verschließen.

Wir berichten über einen 46-jährigen Patienten mit einem HCV-assoziierten, multi-lokulären, hepatozellulären Karzinom. Eine Sorafenib-Therapie musste bei massiven Nebenwirkungen abgebrochen werden. Im interdisziplinären Tumorboard wurde die SIRT empfohlen. Die Applikation der Mikrosphären erfolgte zweimalig im Februar und April 2016, jeweils nach den entsprechenden Voruntersuchungen.

Im Oktober 2016 entwickelte der Patient eine OGI-Blutung. In der Gastroskopie fand sich ein fibrinbedecktes Kardia-Ulkus minorseitig von 2x2cm Größe. Das Ulkus wurde biopsiert und im histologischen Präparat fanden sich multiple Mikrosphären. Im Verlauf wurden bei Ulkus-Blutungen endoskopische Interventionen nötig. Aufgrund progredienter Ösophagusvarizen wurde der Patient engmaschig kontrolliert, so dass wir eine 12-monatige Verlaufsdokumentation des Strahlenulkus vorstellen können.

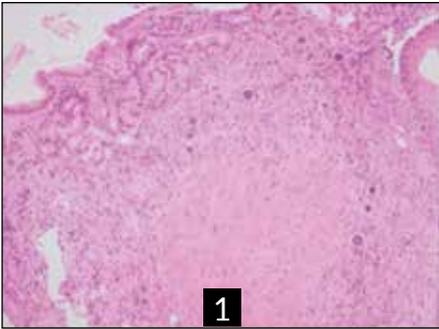


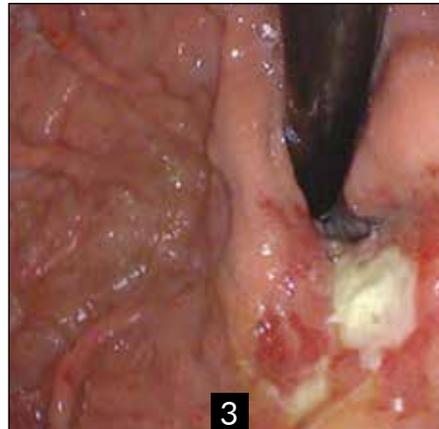
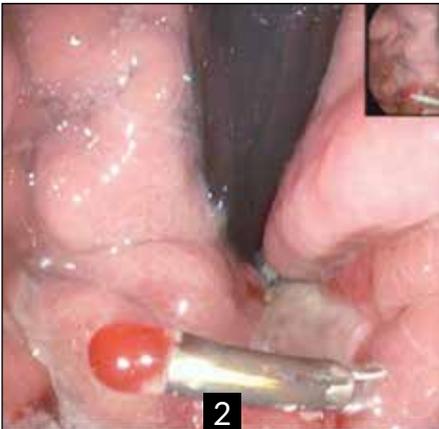
Abb. 1: Histologie 10.16., HE-Färbung, 100x Vergrößerung:
Sichtbare Mikrosphären im gastralen Biopsat

Abb. 2: ÖGD 10.2016, Inversion, Blick auf die Kardia

Abb. 3: ÖGD 02.17, Inversion, Blick auf die Kardia

Abb. 4: ÖGD 03.2017, Inversion, Blick auf die Kardia

Abb. 5: ÖGD 09.2017, Inversion, Blick auf die Kardia



Autor:

Dr. med. Dörte Wichmann
Interdisziplinäre Endoskopie der Universitätsklinik Tübingen,
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie
Hoppe-Seyler-Str. 3 · 72076 Tübingen
doerte.wichmann@med.uni-tuebingen.de
Tel.: 07071-2968143

Co-Autor:

Dr. med. Ulrike Schempf
Interdisziplinäre Endoskopie der Universitätsklinik Tübingen
Medizinische Klinik I
Ottfried-Müller-Str. 10 · 72076 Tübingen
ulrike.schempf@med.uni-tuebingen.de
Tel.: 07071-268758



DGE-BV aktuell

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder der DGE-BV!

Dieser Newsletter im Rahmen der Winterausgabe des „Endoscopy-Campus-Magazins“ ist mein letzter Bericht an Sie als in meiner Funktion als Sekretär der Gesellschaft. Mit dem Jahr 2019 trete ich meinen Vorsitz als Kongresspräsident 2020 an. Der Posten des Sekretärs wird durch Wahl während der Mitgliederversammlung neu besetzt.

Ein Grund daher, etwas zurück zu blicken. Was hat sich in den letzten sieben Jahren getan?

Die DGE-BV hat es geschafft sich mit einer Mitgliederzahl von konstant über 1000 gut zu etablieren, die Jahrestagungen treffen jedes Jahr auf konstant hohe Zustimmung, die finanzielle Lage ist positiv (v.a. dank Ihrer Mitgliedsbeiträge und der fördernden Mitglieder der Gesellschaft), wir haben mit Endoscopy Campus den Schritt zu einem eigenen Magazin mit erfolgreicher Online-Fortbildungsplattform geschafft, last not least haben wir durch die Kooperation mit vielen anderen Fachgesellschaften über die Jahre hinweg die Interdisziplinarität unserer Gesellschaft nicht nur platiert, sondern auch gelebt. Somit sind für mich wesentliche Ziele erreicht worden.

Was hat nicht so geklappt, wie erwünscht? Wenig, aber doch Nennenswertes! So ist das Konzept der Hospitationszentren zur gezielten Weiterbildung (bisher) noch nicht richtig aufgegangen. Auch hat die Förderung unseres Nachwuchses noch nicht in erwünschter Weise gefruchtet. Die Gesellschaft ist leider etwas zu alt. Wir haben daher seitens des Vorstands im Sommer einen Neustart bezüglich unserer Aktivitäten zur Nachwuchspflege beschlossen. Es gibt jetzt unter Leitung von Dörte Wichmann und Edris Wedi eine Arbeitsgruppe „Junge Endoskopiker“ in der DGE-BV. Die „Jungen“ nehmen jetzt das Heft selbst in die Hand und machen ihr eigenes Programm einschließlich der Durchführung von Trainingskursen. Mehr hierzu finden Sie bitte auf unserer Homepage (<https://www.dge-bv.de/ag-junge-endoskopiker/vorstellung-junge-endoskopiker/>). Eine wunderbare Initiative, so dass ich mir sicher bin, dass dieser „Malus“ der letzten Jahre bald verschwunden ist und wir eine Vielzahl von neuen, jungen Kollegen demnächst in der DGE-BV begrüßen dürfen.

Zu guter Letzt möchte ich diesen letzten Newsletter auch nutzen, um mich für die lange, intensive und fruchtbare Zusammenarbeit zu bedanken. Mein Dank geht an den Vorstand, den Beirat und die Geschäftsstelle für die uneingeschränkte Unterstützung und den Willen gelegentlich auch mal neue Wege zu gehen. Ganz besonders möchte ich mich aber bei Ihnen als Mitglied bedanken, eine Fachgesellschaft lebt von ihren Mitgliedern nicht von den Köpfen an ihrer Spitze! Es war mir eine Freude und Ehre dieses Amt auszuüben und Ihr Vertrauen zu haben.

Bleiben Sie der Gesellschaft treu, bringen Sie sich in die Gesellschaft mit ein und kommen Sie am 28.-30. März zu unserer Jahrestagung nach Stuttgart.

2020 gibt es dann vom 16.-18. April einen Pflichttermin für alle! Wir feiern 50 Jahre DGE-BV und 125 Jahre medizinische Bildgebung (Entdeckung der Röntgenstrahlung). Wo? ... Dort, wo die Röntgenstrahlen erstmals entdeckt wurden: in Würzburg!

Ansonsten wünsche ich Ihnen erholsame und besinnliche Feiertage und eine guten Start ins neue Jahr.

Herzlichst

Alexander Meinung
Sekretär der Gesellschaft

MULTIDISZIPLINARITÄT & INTEGRATION NEUER TECHNIKEN

28. - 30. März 2019, ICS Messe Stuttgart

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

Vorsitzender: Prof. Dr. Karel Caca, Ludwigsburg



Platin

OLYMPUS Deutschland GmbH



Gold

Boston Scientific Medizintechnik GmbH



ERBE Elektromedizin GmbH



FUJIFILM Deutschland GmbH



KARL STORZ GmbH & Co. KG



Micro-Tech Europe GmbH



Norgine GmbH



ovesco Endoscopy AG



Silber

Apollo Endosurgery, Inc.



COOK Deutschland GmbH



Dr. Falk Pharma GmbH



Medwork GmbH



Inserentenverzeichnis

MICRO-TECH Europe GmbH

U2

KARL STORZ SE & Co. KG

U4

Kongressankündigung

21. Internationales Endoskopie Symposium Düsseldorf

7. - 9. Februar 2019, Maritim Hotel Düsseldorf-Airport
www.endo-duesseldorf.com



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

28. - 30. März 2019, ICS Messe Stuttgart
www.dge-bv.de

DGE-BV

Endoskopie Live

10. - 11. April 2019, Berlin, Hotel Maritim pro Arte
www.endoskopie-live-Berlin.de



IMPRESSUM

Herausgeber:

endoscopy campus GmbH
Rosenheimer Str. 145c
81671 München

ISSN 2365-6905

Layout, Satz und Herstellung:

COCS media GmbH übernimmt keine
Gewähr für die Richtigkeit der Angaben.

 COCS MEDIA



GE 29_2.0 01/2018/A-D

Slim-Koloskope

jetzt in allen Versionen mit Water-Jet-Kanal

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE

THE DIAMOND STANDARD