



You Tube

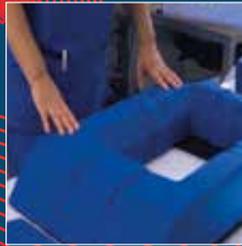


endoscopy-campus.de

ec

endoscopy campus

> magazin 02.2019 · 5. Jhg.



DGE-BV

- > Klassifikation – Akute Cholangitis: Tokyo Guidelines
- > DEGEA-LIVE – Pflege führt Regie
- > Bildergalerie – Invasive Amöbiasis

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

Endoscopy Unlimited – der neue Endoscopy Campus für Sie alle !

Liebe DGE-BV-Mitglieder und Freunde der Endoskopie,

sicher ist Ihnen schon unser neues Design aufgefallen – ab Herbst dann auch auf der Website mit zahlreichen neuen Features, Live Stream Kanal, Image Challenge und vielem mehr.

Wir freuen uns sehr, in dieser Ausgabe der Pflege breiten Raum zu geben – DEGEA Live mit Auszügen aus den letzten Livestreams.

Im Übrigen gibt es interessante Fälle und eine neue Klassifikation.

Besuchen Sie auch die nächsten Veranstaltungen:

Viszeralmedizin 2019

Jahrestagung der DGVS

2. - 5. Oktober 2019, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

6th International Symposium on Complication in GI Endoscopy – CIE 2019

31 October 2019, Hotel Radisson Blu Hamburg

EndoClubNord

1. - 2. November 2019, Hamburg Messe-West

Herzliche Grüße

Till Wehrmann
DGE-BV

Helmut Messmann
DGVS

Thomas Rösch
Endoscopy Campus

Wissenschaftliche Redaktion

T. Rösch, Hamburg
 A. Meining, Würzburg
 A. Hann, Würzburg

S. Varadarajulu, Orlando, Florida/USA
 S. Groth, Zürich/Schweiz

Sekretär DGE-BV

T. Wehrmann, Wiesbaden

Sekretär Sektion Endoskopie DGVS

H. Messmann, Augsburg

Wissenschaftlicher Beirat

H.D. Allescher, Garmisch-Partenkirchen
 U. Beilenhoff, Ulm
 A. Eickhoff, Hanau
 S. Faiss, Berlin
 M. Häfner, Bozen/Italien
 F. Hagenmüller, Hamburg
 D. Hartmann, Mainz
 J. Hochberger, Berlin
 A.-M. Kassem, Kairo/Ägypten
 G. Kähler, Mannheim

M. Kamiński, Warschau/Polen
 R. Kiesslich, Wiesbaden
 J. Martinek, Prag/Tschechien
 H. Neuhaus, Düsseldorf
 H. Neumann, Mainz
 O. Pech, Regensburg
 H.-J. Schulz, Berlin
 J. Weigt, Magdeburg
 D. Wilhelm, München

Technische Redaktion

H. Kupetz, Röhl Media GmbH, Habichtswald

Editorial 3

endoscopy campus 4

Teaching modules

Videobeispiel 1
 DEGEA-LIVE – Pflege führt Regie – Steriler Tisch für ERCP 6

Videobeispiel 2
 DEGEA-LIVE – Pflege führt Regie – Lagerung am Patienten 11

Videobeispiel 3
 DEGEA-LIVE - Pflege führt Regie – Lagerungsvarianten bei der ERCP 14

Klassifikation

Akute Cholangitis: Tokyo Guidelines 21

Forrest classification 24

Bildergalerie

Invasive Amöbiasis im Kolon 28

Light Blue Crest sign (LBC) 31

AG Bericht

Arbeitsgruppenbericht „Junge Endoskopiker“ 34

Image of the week 38

Barett-Karzinom an der Z-Linie 39

DGE-BV aktuell 42

Sponsoren 44

Inserentenverzeichnis / Kongressankündigung 46

Impressum 47

→ KEIMREDUZIERTE ARBEITSWEISE MIT FOKUS AUF TISCHVORBEREITUNG

1. Variante mit Einmalmaterialien



Abb. 1: Einmaltuch mit 4 Ablagetaschen, in die die Instrumente abgelegt werden können, als Ordnungssystem

DEGEA-LIVE – Pflege führt Regie

Videobeispiel 1

Steriler Tisch für ERCP

Ulrike Beilenhoff, Ulm

Zur ERCP bietet ein steriler Tisch die besten Voraussetzungen für ein Arbeiten unter keimarmen Kautelen. Verschiedenen Optionen für einen ERCP-Tisch geben Hilfestellungen für die Umsetzung in der eigenen Abteilung.

mehr unter www.endoscopy-campus.de



Abb. 1a: Zwei farblich unterschiedliche Gefäße (möglich blau für Kochsalz und farblos für Kontrastmittel)



Abb. 1b: Sterile Einmalkompressen

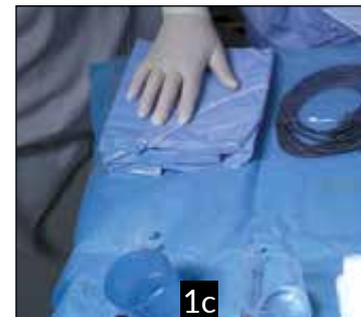


Abb. 1c: Handschuhe und sterilen Kittel für Untersucher



Abb. 1d: Im Set sind zwei Spritzen jeweils mit Luer-Lock zur sicheren Applikation von Flüssigkeiten. Hier der Hausstandard: 10ml für Kontrastmittel und 20ml für Kochsalz (kann variieren)



Abb. 1e: Sterile Abdeckungen für Rönt-
engeräte

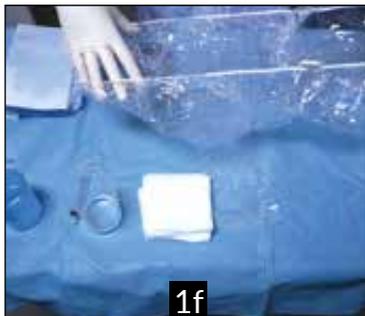


Abb. 1f: Foliensystem mit Gummizug für
Durchleuchtungssystem



Abb. 1g: Einmalfolie für Fernbedienungen



Abb. 1h: Sterilisiertes, mehrfachverwendbares
Hochfrequenzkabel - kann autoklaviert werden

2. Tisch



Abb. 2: In der Wanne können Instrumente
sortiert werden, falls man
keinen Instrumententisch
mit hoher Reling hat.
Neben der Wanne ist
Platz für Flüssigkeiten,
Kompressen, Handschuhe
und andere sterile Sachen

3. Nachhaltiger ERCP-Tisch



Abb. 3/3a:

- Steriles Tuch, welches mit zwei Saugtaschen beklebt worden ist. Einmal eingeschlagen, um Halterung für Instrumente zu schaffen
- 2 wiederaufbereitbare Schüsseln mit Kontrastmittel und Kochsalz
- Verschiedene Kontrastmittel in unterschiedlichen Stärken
- Instrumentenklammern, sterile Kompressen, Kittel und Handschuhe

→ LAGERUNG AM PATIENTEN

1. Linksseitenlagerung mit dem Arm nach vorne



Abb. 1: Kopfkissen (speziell für die ERCP konzipiert) mit Mulde und abgesengtem vorderen Teil, damit man gut an den Mund des Patienten gelangt

DEGEA-LIVE - Pflege führt Regie

Videobeispiel 2

Lagerung am Patienten
Ulrike Beilenhoff, Ulm

mehr unter www.endoscopy-campus.de



Abb. 1a: Mund und Ohr liegen frei, der linke Arm ist nach vorne um die Flexüle anzubringen

Abb. 1b: zusätzliche Fixierung des Armes durch Moltex möglich



Abb. 1c: Der rechte Arm wird gut ausgelagert, damit keine Schädigung der Bänder entstehen

Abb. 1d: Im Rückenbereich dient eine Schale mit Polsterung als Kippschutz



Abb. 1e: Zur Sicherung der Hüft- und Knieregion wird ein Sicherheitsgurt umgeschlagen. Der Patient ist nun auf dem Tisch gut fixiert. Der Patient wird vorher darüber informiert und sein Einverständnis wird erbeten.

2. Kombinationslagerung aus Linksseitenlage und kompletter Bauchlagerung



Abb. 2: Der linke Arm wird geschützt in der Armschale gelagert wobei der knöcherne Anteil noch auf der Matte liegt und vor Druckstellen geschützt ist

Abb. 2a: Das Stabilisationskissen kann für die Bauchlage entfernt werden



Abb. 2b: Der Patient liegt nun in kompletter Bauchlage



LAGERUNGSVARIANTEN BEI DER ERCP



Abb. 1: Bauchlagerungsset

DEGEA-LIVE – Pflege führt Regie

Videobeispiel 3

Lagerungsvarianten bei der ERCP

Ulrike Beilenhoff, Ulm

Alle Kissen sind aus viskoelastischem Schaumstoff. Dieser geht nach Belastung immer wieder in die Ausgangslage zurück und wirkt druckentlastend. Sie sind mit einem abwischbarem und Flächendesinfektionsmittel-beständigem Überzug bezogen.

mehr unter www.endoscopy-campus.de

Variationen des Bauchlagerungskissen:



Abb. 1a: Ausschnitte für die untere Körperhälfte bei Männern



Abb. 1b: Ausschnitte für den Hals bei Frauen



Abb. 1c: Zusätzliches Kissen für die Bauchlage für 20° Hochlagerung

Kopflagerungskissen:



Abb. 1d: Wirbelsäule und Kopf müssen in einer Linie liegen. Das Kopfkissen ist nicht so hoch aufgebaut wie das Bauchlagerungskissen. Man kann somit in der Höhe variieren.

Seitenlagerung:



1e

Abb. 1e: Keilkissen für Stabilisierung des Patienten in der Seitenlagerung (ohne Bauchlagerungsset)



1f

Abb. 1f: Armlagerungsschalen lassen sich unter die Röntgenschutzmatte legen (unterschiedliche Größen verfügbar)



1g

Abb. 1g: Armlagerungsschalen werden unter die Röntgenmatte gesteckt

Klassische Bauchlage:



1h

Abb. 1h: Auf dem Röntgentisch liegen eine Grundmatte aus viskoelastischem Schaumstoff und das Bauchlagerungskissen. Wichtig: Trochanter muss vollständig auf dem Kissen liegen



1i

Abb. 1i: Bauch und Thorax-Bereich im Wesentlichen frei. Für den Brustbereich wurde hier ein Teil des Kissens entfernt



1j

Abb. 1j: Der Kopf wurde nach links gelagert und die Wirbelsäule liegt mit dem Kopf in einer Linie



1k

Abb. 1k: Die Arme liegen in beiden Schalen auf der Polsterung



Abb. 1l: Die Knie sind abgepolstert und können durchhängen (nicht durchgestreckt)



Abb. 1m: Die Füße liegen etwas erhöht und die Fußrücken sind entspannt



Abb. 1n: Andere Untersuchungstechniken erfordern andere Lagerungen: Das zusätzliche Kissen würde rechts die Körperseite ca. 20° erhöht lagern



Abb. 1o: Linksseitenlage-Variante (individuelle Variationen möglich): Beide Arme sind vor dem Körper, der Zugang wäre auf dem rechten Handrücken



Abb. 1p: Der Kopf und die Wirbelsäule liegen in einer Linie



Abb. 1q: Das Stützkissen für den Rücken



Abb. 1r: Die Handgelenke sind ausgestreckt und nicht herunterhängend



Abb. 1s: Unter den Knien liegt eine Stütze (Abpolsterung)



Abb. 1t: Eine leichte Hochlagerung und Abpolsterung im Fußbereich

Ein Beingurt (nicht im Video demonstriert) ist immer notwendig, damit der Patient in einer wachen Phase der Sedierung nicht vom Tisch rutschen kann!

Akute Cholangitis: Tokyo Guidelines

P. Sauer, Heidelberg

Die akute Cholangitis ist das Resultat einer biliären Abflussstörung und einer bakteriellen Infektion. In den Publikationen der letzten beiden Dekaden liegt die Letalität der akuten Cholangitis bei 3-10% und bleibt trotz der Verbesserung der Prognose gegenüber früheren Studien weiterhin eine gefürchtete Komplikation der biliären Obstruktion. Häufigste Ursache der Abflussstörung ist die Choledocholithiasis, gefolgt von malignen und benignen Stenosen (1). Eine möglichst rasche endoskopische Beseitigung der biliären Obstruktion und unverzügliche Antibiotikatherapie reduziert die Letalität signifikant (2).

Die klinische Präsentation der akuten Cholangitis ist nicht immer eindeutig. Die in den Standardwerken typischerweise beschriebene Charcot-Trias wurde in verschiedenen Studien in nur 16 bis maximal 72% der Fälle beobachtet (3).

Die Diagnosekriterien der 2018 aktualisierten Tokyo-Leitlinie (Tabelle 1) ermöglichen eine hohe diagnostische Genauigkeit in der klinischen Routine, bieten reproduzierbare Parameter für klinische Studien und sind mittlerweile in weitere Empfehlungen und Leitlinien eingebunden worden (4).

Tabelle 1: Kriterien für eine akute Cholangitis

A Systemische Inflammation	
	Fieber (>38°C) oder Schüttelfrost
	Laborchemische Entzündungskonstellation (Leukozyten <4.000 oder >10.000/µl; CRP > 1mg/dl)
B Cholestase	
	Ikterus (Bilirubin > 2mg/dl)
	Erhöhte Cholestaseparameter und Transaminasen (ALP, gGT, AST, ALT [IU] > 1,5 x oberes Limit)
C Bildgebung (primär transabdominelle Sonographie, gefolgt von Endosonographie oder MRCP)	
	Gallengangsdilatation > 7mm
	Nachweis eines Konkrementes oder Obstruktion

Bei Vorliegen pathologischer Befunde aller drei diagnostischer Kriterien (A+B+C) kann eine obstruktive Cholangitis als gesichert angenommen werden. Liegt ein pathologischer Befund aus Kategorie A und ein weiterer aus Kategorie B oder C vor, kann zumindest der dringende Verdacht auf eine obstruktive Cholangitis geäußert werden.

Auch der Schweregrad einer akuten Cholangitis wird in den Tokyo-Leitlinien definiert (Tabelle 2). Dieser bestimmt maßgeblich die Notwendigkeit und den Zeitpunkt einer frühzeitigen Intervention zur biliären Drainage sowie die Indikation zu intensivmedizinischen Maßnahmen (5). Konsekutiv wurde daher auch in der aktualisierten S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Gallensteinleiden (4) sowohl bei obstruktiver steinbedingter akuter Cholangitis als auch bei der biliären Pankreatitis mit Cholestase/Ikterus und/oder Cholangitis eine Intervention mit Steinextraktion oder Drainage so rasch wie möglich empfohlen. Im Falle einer schweren Cholangitis (Grad III) ist eine Drainage oder Beseitigung der Obstruktion unverzüglich erforderlich. Wichtig ist es, den Schweregrad der Cholangitis nicht nur bei Erstkontakt sondern auch im Verlauf zu beurteilen, denn eine Verschlechterung des Schweregrades mit ungünstiger Prognose kann sich insbesondere bei unzureichender biliärer Drainage entwickeln.

Tabelle 2: Schweregrad der akuten Cholangitis

I Milde akute Cholangitis	
Cholangitis ohne die Kriterien für eine Grad II oder III akute Cholangitis	
II Mäßig schwere akute Cholangitis	
Cholangitis mit Nachweis von mindestens zwei der folgenden Kriterien:	
	Leukozytose >12.000/µl oder Leukopenie <4.000/µl Fieber > 39°C Alter > 75 Jahre Bilirubin > 5mg/dl Albumin < 25 g/l
III Schwere akute Cholangitis	
Cholangitis mit Dysfunktion eines der folgenden Organe / Organsysteme	
	Schock mit Katecholaminpflichtigkeit Bewusstseinstörung Lungenversagen Nierenversagen Leberversagen Versagen der Gerinnung

Referenzen

1. Kimura Y, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013; 20: 8-23.
2. Ayub K, Imada R, Slavin J. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in gallstone-associated acute pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004: CD003630. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2010:CD003630.
3. Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018; 25: 41-54.
4. Gutt C, Jenssen C, Barreiros AP, et al. Updated S3-Guideline for Prophylaxis, Diagnosis and Treatment of Gallstones. German Society for Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) and German Society for Surgery of the Alimentary Tract (DGAV) - AWMF Registry 021/008. *Z Gastroenterol.* 2018; 56: 912-966.
5. Miura F, Okamoto K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018; 25: 31-40.

Forrest classification

S. Groth, Zürich/Schweiz

Forrest classification was first described in 1974 by J.A. Forrest et al. in the Lancet¹. This classification is a widely used classification of ulcer-related upper gastrointestinal bleeding. It was initially developed to unify the description of ulcer bleeding amongst endoscopists for better communication. However, the Forrest classification is nowadays used as a tool to identify patients who are at an increased risk for bleeding, rebleeding and mortality²⁻⁴.

Forrest Classification

Acute haemorrhage	
Forrest Ia	Active spurter
Forrest Ib	Active oozing
Signs of recent haemorrhage	
Forrest IIa	Non-bleeding visible vessel
Forrest IIb	Adherent clot
Forrest IIc	Flat pigmented haematin on ulcer base
Lesions without active bleeding	
Forrest III	Clean-based ulcer

Example illustration

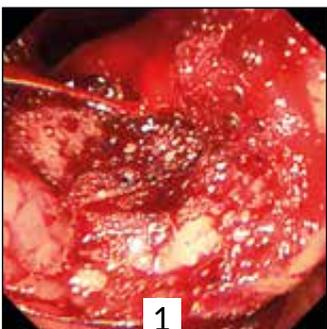


Figure 1:
Forrest Ia gastric ulcer with active spurter

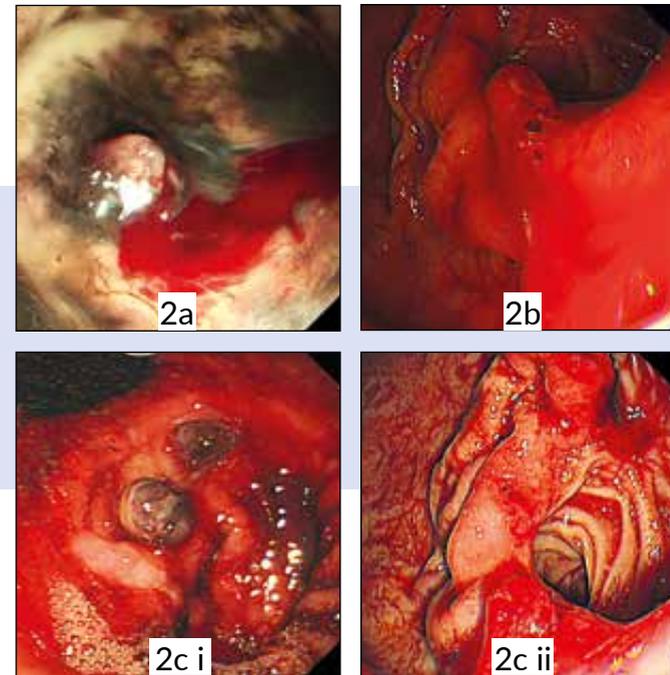


Figure 2a:
Forrest IB ulcer with active oozing

Figure 2b:
Forrest IB ulcer with active oozing

Figure 2c (i):
Forrest Ib ulcer at the gastrojejunal anastomosis, with visible vessel and active oozing.

Figure 2c (ii):
Same ulcer as above but after injection of adrenaline. This showed a visible vessel at the anastomotic ulcer.

Figure 3a:
Forrest IIa ulcer with visible vessel

Figure 3b (i):
Forrest IIb ulcer at incisura. It is important that for ulcers with adherent clot, that the clot must be removed by vigorous and meticulous flushing in order to reveal underlying visible vessels.

Figure 3b (ii):
The same ulcer as above but after the clot was removed. It revealed an underlying visible vessel.

Figure 4a:
Forrest IIb ulcer with adherent clot

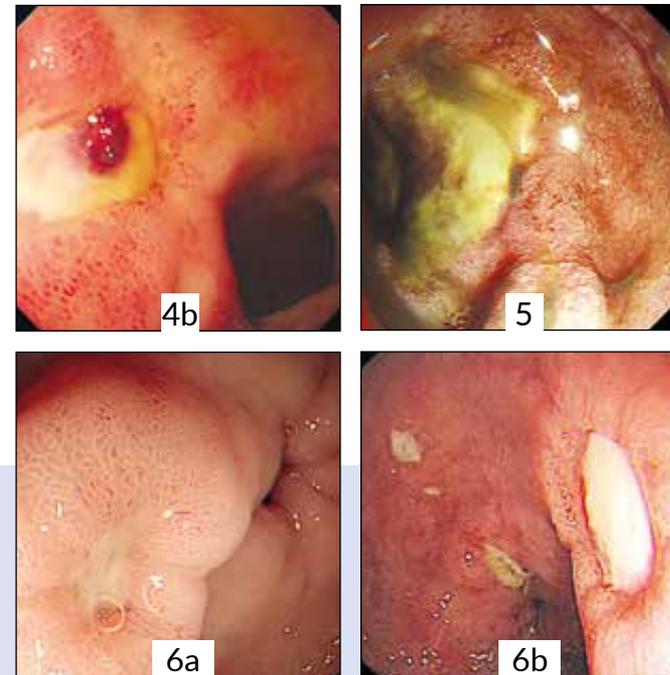
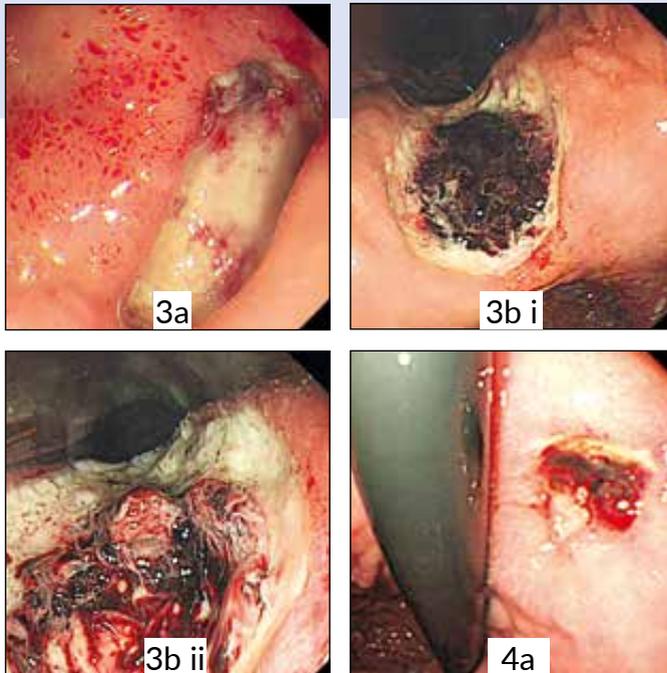


Figure 4b:
Forrest IIb ulcer with adherent clot

Figure 5:
Forrest IIc ulcer with pigmented spot

Figure 6a:
Forrest III ulcer at antrum with clean base

Figure 6b:
Forrest III ulcer at anterior wall of D1/2 with clean base

References:

1. Forrest, JA.; Finlayson, ND.; Shearman, DJ. (Aug 1974). "Endoscopy in gastrointestinal bleeding". *Lancet*. 2 (7877): 394-7.
2. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1996; 38: 316-321
3. Guglielmi A, Ruzzenente A, Sandri M et al. Risk assessment and prediction of rebleeding in bleeding gastroduodenal ulcer. *Endoscopy* 2002; 34: 778-786

Invasive Amöbiasis im Kolon

Dres. med. Ulrike Schempf und Dörte Wichmann
Interdisziplinäre Endoskopie der Universitätsklinik Tübingen

Anamnese, klinischer Befund: Vorstellung eines 73-jährigen Herrn in sonst gutem Allgemeinzustand mit seit wenigen Tagen bestehenden rezidivierenden Fieberschüben und rechtsseitigen Oberbauch-Schmerzen. Anamnestisch war der Patient wenige Monate vor dem Ereignis in Indien, wo er an einem fieberhaften Durchfall-Infekt erkrankt war.

Labor: Es lag eine akute Entzündungskonstellation mit 17210 Leukozyten/ μ l und einem CRP von 6,7mg/dl vor. Die AP war mit 162U/l leicht erhöht, γ GT mit 219 erhöht, Bilirubin normwertig. Im großen Blutbild waren Monozyten (11070/ μ l) und Neutrophile (13180/ μ l) erhöht.

Bildgebung: Bei der stationären Aufnahme erfolgte eine CT-Abdomen-/Becken in der eine große, hypodense Läsion rechts hepatisch mit randlicher Kontrastmittelaufnahme und durchschnittlich liquiden Dichtewerten gesehen wurde (Bild 1). Aufgrund der starken Schmerzen und der Größe der Läsion wurde sie bei Verdacht auf einen Leberabszess, drainiert. Es ließ sich putrides Sekret aspirieren.

Mikrobiologie: Der serologische Befund für *Entamoeba histolytica* IgG positiv. Die initial durchgeführten Stuhlproben waren negativ für die Testung auf *Entamoeba histolytica*.

Verlauf: Drei Tage nach Anlage der Abszessdrainage entwickelte der Patient eine Hb- und Kreislauf-relevante untere gastrointestinale Blutung. Die Bilder der Notfall-Koloskopie sind in den Bildern 2, 3 und 4 dargestellt. Im C. ascendens wurden in unmittelbarer Nähe zur Ileocoekalklappe mehrere Ulcerationen ohne akute Blutungsstigmata detektiert. Das terminale Ileum war ohne Ulcerationen und blutfrei. Die hieraufhin erneut auf *Entamoeba histolytica* untersuchten Stuhlproben fielen positiv aus (Nachweis von Zysten im Stuhl).

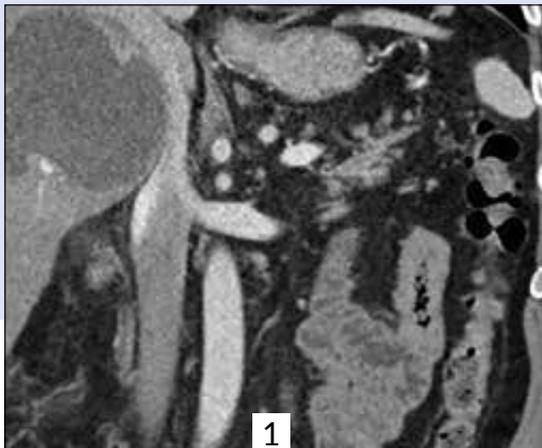


Abb. 1:
Angio-CT des Oberbauches
mit großem intrahepatischem
Abszess

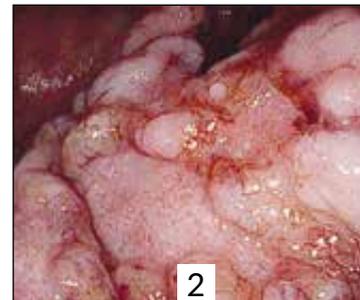


Abb. 2:
Koloskopiebefund Blick vom C. ascendens
Richtung Coecum

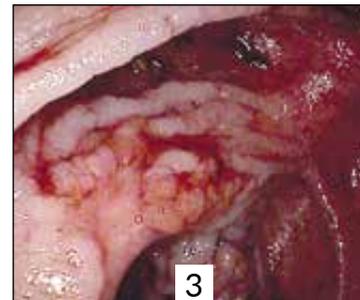


Abb. 3:
Blick vom C. ascendens in Richtung Coecum /
IC-Klappe-tragende Falte

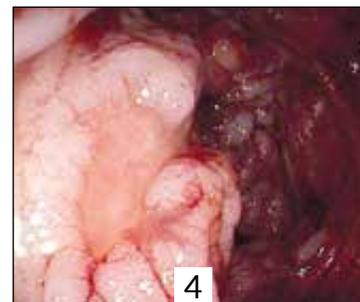


Abb. 4:
Großes Ulkus im proximalen C. ascendens

Zusammenfassend: Der Patient war an einer invasiven Amöbiasis erkrankt.

Wissenswertes über die Amöbiasis:

Erreger: Parasit *Entamoeba histolytica*, Darmprotozoon, Trophozoit (vegetativ, nicht infektiös) oder Zystenform (Magna- und Minutaform, infektiös, ggf. invasiv)

Übertragung/Infektion: kontaminierte Lebensmittel

Vorkommen: Tropen und Subtropen

Verlauf:

1. Asymptomatischer Verlauf (90%), Erkrankte sind symptomlose Ausscheider
2. Invasive Amoebiasis, Bildung von Ulcerationen und intestinalen Abszessen, typischer Befund: Himbeergelee-artiger Stuhl
3. Extraintestinale Amöbiasis, Abszessbildung in Leber (95%) oder anderen Organen.

Häufigkeit: WHO schätzt jährlich 50.000 Neuerkrankungen, bis zu 110.000 Todesfälle/Jahr, Letalität ca. 1%

Therapie: Metronidazol intravenös oder oral bei invasiver Amöbiasis über 10 Tage, und ein-oder zweizeitige Eradikation bei Darmlumen-Infektion mit Paromomycin 3x500mg/d über 10 Tage

Literatur: S1-Leitlinie 042-002: Diagnostik und Therapie der Amöbiasis

Light Blue Crest sign (LBC)

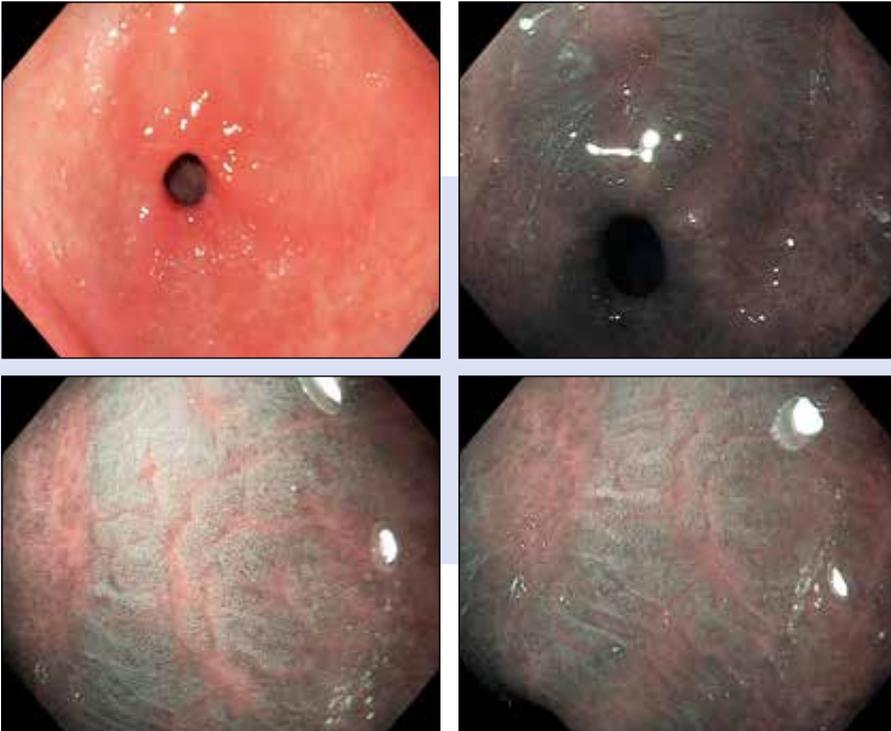
Rami Esmat

Die intestinale Metaplasie des Magens ist ein Risikofaktor für Magenkrebs. Weißlicht-Bildgebung (White Light Imaging, WLI) war unzureichend, um IM im Magen zu erkennen¹. Narrow Band Imaging (NBI) mit und ohne Vergrößerungsfunktion (ME) kann die intestinale Metaplasie mit guter histologischer Übereinstimmung hervorragend diagnostizieren. Mit Hilfe der ME-NBI verwendeten Uedo et al. einen hellblauen Kamm (Light Blue Crest, LBC) auf der Epitheloberfläche als Marker für die Diagnose von intestinaler Metaplasie mit einer Sensitivität und Spezifität von 89% bzw. 93%². LBC ist eine feine, blau-weiße Linie auf den Kämmen der Epitheloberfläche und kann nur bei Wellenlängen von 400-430 nm nachgewiesen werden.

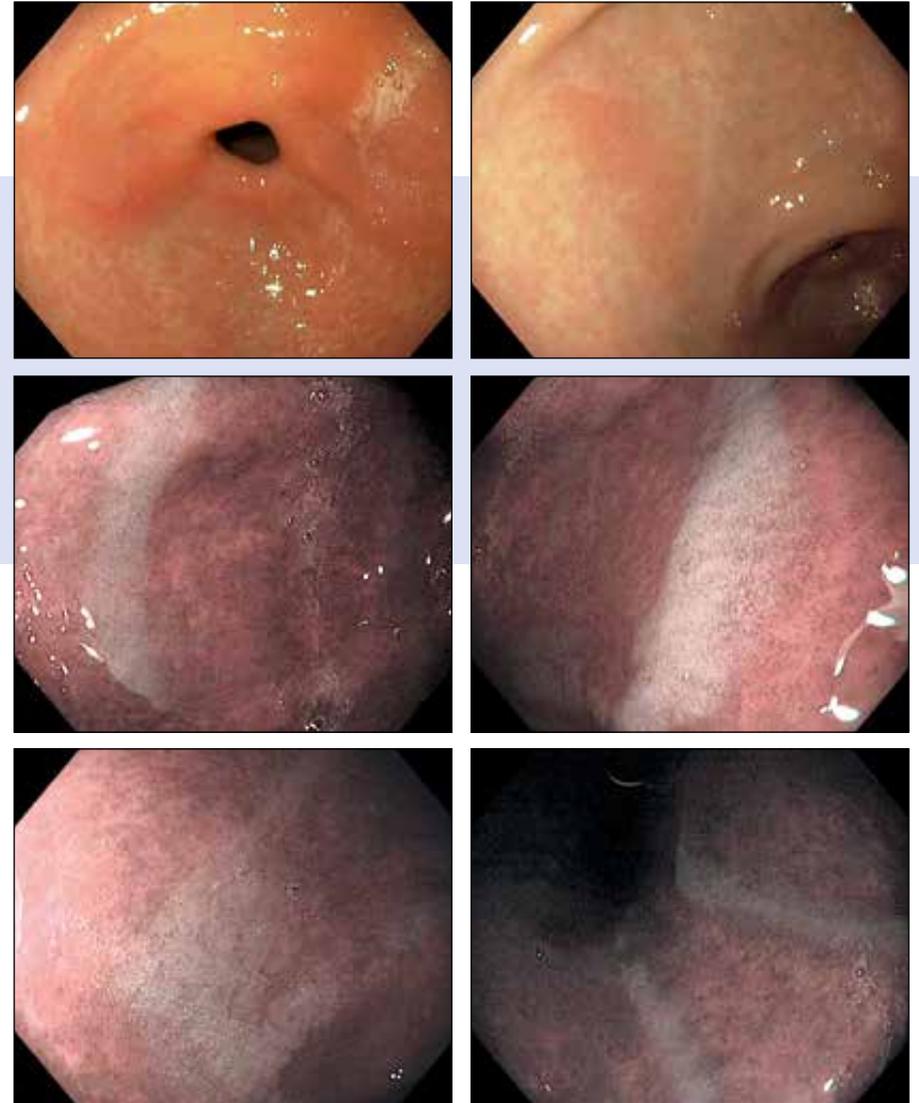
Nicht vergrößertes NBI zeigt die nicht-metaplastische Schleimhaut braun und die Darmmetaplasie als Bereiche mit hellblauen Kämmen (LBC).

1. M. M. Walker, "Is intestinal metaplasia of the stomach reversible?" Gut, vol. 52, no. 1, pp. 1-4, 2003.
2. N. Uedo, R. Ishihara, H. Iishi et al., "A new method of diagnosing gastric intestinal metaplasia: narrow-band imaging with magnifying endoscopy," Endoscopy, vol. 38, no. 8, pp. 819-824, 2006.

FALL A



FALL B



Arbeitsgruppenbericht vom 1. Tag der „Jungen Endoskopiker der DGE-BV“ vom 27.03.2019

Die Vorgeschichte

Die „Jungen Endoskopiker“ sind eine im Juli 2018 auf Initiative von Herrn Prof. Dr. Meining und Herrn Prof. Dr. Hochberger hin gegründete Arbeitsgruppe der DGE-BV. Die Gründung erfolgte, um neue und vor allem junge Mitglieder, die klinisch und wissenschaftlich an der Endoskopie interessiert sind, zu erreichen und zur aktiven Mitarbeit in der DGE-BV zu ermutigen. Das Konzept für die AG bestand darin, die „Jungen“ selbst machen zu lassen, dies allerdings gesponsert durch die DGE-BV und mit aktiver Unterstützung durch die Kongressorganisation COCS, hier allen voran Frau Jennifer Haas. Als Leitung der „Jungen Endoskopiker“ wurden Herrn Dr. Edris Wedi (Göttingen, Gastroenterologie) und Frau Dr. Dörte Wichmann (Tübingen, Chirurgie) benannt, eine studentische Aushilfsstelle für Social-Media-Arbeiten (Instagram und Facebook) wurde für Frau cand. med. Simone Schmidbauer geschaffen. Weitere Gründungsmitglieder bei dem ersten Treffen im Juli 2018 waren Frau Dr. Anjali Röth, Herr PD Dr. Peter Klare und Herr Dr. Benjamin Walter.

Die Planung

Schnell war klar, dass wir „uns“ auf dem Jahreskongress der DGE-BV mit einem eigenen Workshop für die „Jungen Endoskopiker“ präsentieren und bewerben möchten. Die Planung des Workshops nahm im Rahmen der DGVS im September 2018 weitere Gestalt an. Darüber hinaus wurde uns durch Herrn Prof. Dr. Caca und Herrn Dr. Kayser im Rahmen des Hauptkongresses eine eigene Session angeboten. Es wurden die Didaktik-Phantome für die flexible Endoskopie von Herrn Prof. Dr. Grund, Tübingen, und 2 EASIE-Modelle eingeplant. Wir wollten neben dem praktischen Training ein interessantes Vortragsprogramm zusammenstellen und konnten als Referenten die Herren Dr. Benjamin Walter, PD Dr. Alexander Hann, PD Dr. Dirk Wilhelm, Prof. Dr. Marc Schurr und Prof. Dr. Thomas von Hahn gewinnen.

Die Umsetzung

Seit Oktober 2018 gab es zunächst eine Präsenz der „Jungen“ auf der Homepage der DGE-BV, dann ein Facebook-Profil und einen Instagram-Account. Der Workshop für die „Jungen Endoskopiker“ wurde für den 27.03.2019 geplant, also einen Tag vor der Eröffnung des DGE-BV Jahreskongresses. Die Ärztekammer Baden-Württemberg zertifizierte den Workshop der „Jungen Endoskopiker“ mit 11 Fortbildungspunkten. Wir konnten uns über frühzeitige Unterstützung durch Endoskopie-ausgerichtete Firmen und Industrie freuen.

DFG Förderung

Wir haben bei der Deutschen Forschungsgemeinde (DFG) eine Förderung für die Gründung eines wissenschaftlichen Netzwerkes beantragt. Im Antragsschreiben wurden didaktische Projekte mit Ausarbeitung von Lehr- und Lernveranstaltungen für junge Assistenzärzte und Studenten in den Fokus gerückt. Pünktlich 2 Wochen vor der DGE-BV und dem Tag der „Jungen“ haben wir die die positive Bewertung der DFG bekommen und können uns freuen, für insgesamt 3 Jahre, gefördert zu werden.

Der „Tag der Jungen Endoskopiker der DGE-BV“

Der Workshop begann am 27.03.2019 zunächst mit einer Kennenlernrunde bei Kaffee und Croissants. Uns standen 2 Räume in den Messe Hallen in Stuttgart zur Verfügung, wobei der eine Raum als „dry lab“ für die Grund'schen Phantome und der andere Raum als „wet lab“ für die Easie-Modelle genutzt wurden.

Wir wurden dankenswerter Weise durch 4 tatkräftige und motivierte Endoskopiefachpflege-Damen unterstützt: Birgit Schwenk, Felicitas Ruckh, Anette Schöttle und Songsa Dammer wiesen die Trainees geduldig und kompetent in den Umgang mit dem flexiblen Endoskop, die Gastro- und Koloskopie bzw. verschiedene Resektionstechniken ein. Darüber hinaus standen aus Göttingen Frau cand. med. Emily Fiedler und Kathrin Salzmann bei allen Fragen zur Verfügung. Neben den Pflegekräften erfolgte ein ärztliches Tutoring von Herrn Ulrich Schweizer, Herrn Prof. Dr. Grund, Herrn Dr. Carlo Jung und den anwesenden Gründungsmitgliedern der „Jungen Endoskopiker“. Bei „unserem“ Workshop waren auch erfahrene Oberärzte dabei, die nach kurzer Zeit ebenfalls mit dem aktiven Tutoring starteten. Praktische Tipps und Tricks in der Anwendung verschiedener Clips, Schlingen und HF-chirurgischen Einstellungen gab es direkt von den Anbietern. Nach insgesamt 4,5 Stunden praktischen Trainings und Unterweisungen ging es weiter mit der Vortragsrunde. Exzellente Redner und interessante Themen standen hier auf dem Programm, die weit über den Tellerrand der klinischen Endoskopie hinausgingen, so dass auch der theoretische Teil kurzweilig und für alle Teilnehmenden ein Gewinn. Während des gesamten Tages und des gesamten Kongresses postete Simone Schmidbauer Bilder und Eindrücke, auch ein informelles Treffen konnte dank ihr problemlos umgesetzt werden.

Der „Abend der Jungen Endoskopiker“

Zum Abschluss des Tages lud die DGE-BV zu einem gemeinsamen Abendessen alle Referenten und Teilnehmer in der Hausbrauerei im Parkhotel Stuttgart ein. Es entwickelte sich ein geselliger Abend, bei dem insbesondere die Wünsche der „Jungen Endoskopiker“ und Anregungen für weitere Projekte gesammelt wurden.

Das Ergebnis

Am „Tag der Jungen Endoskopiker“ haben 16 Assistenzärzte, 5 Fachärzte und 4 Studenten teilgenommen. Es wurden ca. 20 EMR durchgeführt, 20 Perforationen verschlossen und mindestens 500g Gummibärchen in den Trocken-Phantomen sortiert. Die Wünsche der „Jungen“ nach Rangplätzen:

Platz 1: weitere Workshops, wie der beschriebene, mit der Zielgruppe Anfänger

Platz 2: Hands-on ERCP-Modell

Platz 3: Mehr interventionelle Arbeitsplätze für das Hands-on

Platz 4: Austauschplattform für die Ausbildung, wissenschaftliches Forum

Platz 5: Gegenseitige Hospitationen

Platz 6: Virtual Reality Simulator für die Hands-on

Zusammenfassend

Wir hatten einen tollen Tag in Stuttgart mit tatkräftiger Unterstützung vieler, vieler Personen, gefördert durch die DGE-BV und durch COCS. Wir danken allen Teilnehmern und Sponsoren und freuen uns auf weitere Workshops der „Jungen“. Aktuell, Mai 2019, können wir uns über insgesamt 86 „Junge Endoskopiker“ freuen.

Der Ausblick

Wir planen aktuell einen weiteren Workshop in Berlin zum Ende des Jahres und werden auf der Homepage der DGE-BV, Facebook und Instagram zeitnah informieren, wann, wo und mit wem dieser Workshop stattfinden wird. Soviel sei verraten: Geplant ist das Tutoring durch die Absolventen des ersten Workshops.

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.

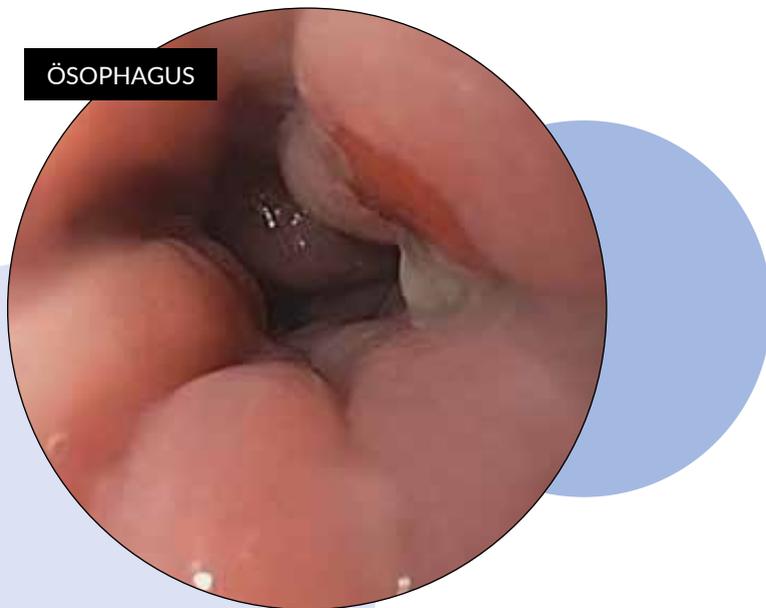
www.dge-bv.de

Image of the Week

Wie lautet Ihre Diagnose?

Das endoscopy campus Bilderrätsel

Wir präsentieren Ihnen einen Befund als Bild. Am Ende des Magazins finden Sie die Auflösung: die Diagnose (S. 46)



Barrett-Karzinom an der Z-Linie

Prof. Dr. Mario Anders

Vivantes Wenckebach Klinikum, Berlin

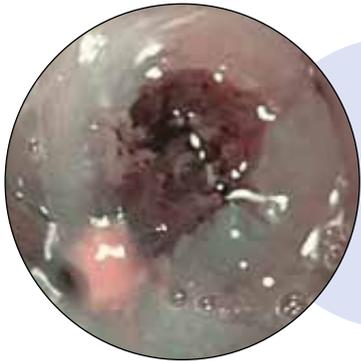
Anamnese, klinischer Befund: Konsiliarische Vorstellung eines 47-jährigen, multimorbiden Patienten bei dem in einem externen Krankenhaus zuvor mittels EMR ein Barrettfrühkarzinom abgetragen wurde (pT1b, pL0, pV0, pR1 auch basal). Trotz der basalen R1 Situation und des Patientenalters aufgrund des reduzierten AZ und der Begleiterkrankungen keine chirurgische Intervention.



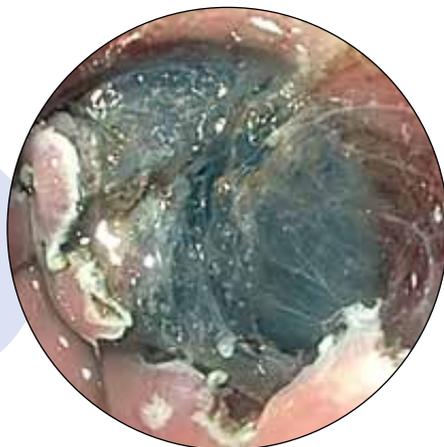
Befund während der zuvor in einem externen Krankenhaus erfolgten EMR, basal bereits makroskopisch unzureichende Abtragung



Endoskopiebilder: Auffallend war zunächst nur die Vorwölbung an der Z-Linie; bei näherer Betrachtung zeigte sich dann ein irreguläres Aral zentral mit V.a. unterminierendem Wachstum unter das Plattenepithel



Endoskopische Therapie: Die geplante endoskopische Resektion beginnt mit einer Markierung um die Läsion mit ausreichendem Sicherheitsabstand



Z.n. ESD unter Erfassung aller Markierungen



Histologie: Submukosainvasives Karzinom T1b (sm1 max. 160 µm), L0.V0, R0 G1, Wachstum teils das Plattenepithel unterminierend

Weiteres Vorgehen: Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz, aufgrund der Multimorbidität kein chirurgisches Vorgehen; Nachbeobachtung (Endoskopisch/ CT)



Kontrolle 6 Monate nach ESD: Makroskopisch und histolog. kein Rezidiv; Im CT keine suspekten Lymphknoten



DGE-BV aktuell

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

erstmal darf ich Ihnen den Rückblick auf unsere Jahrestagung geben.

Nach Berlin 2017 und München 2018 fand unser diesjähriger Kongress im schönen Kongresszentrum von Stuttgart statt. Die Veranstaltung wurde von unserem Vorsitzenden, Prof. Karel Caca und seinem Team, hervorragend organisiert. Mit 1.217 Teilnehmern war der Kongress herausragend besucht. Allerdings waren wieder nur knapp 20 % aller Teilnehmer Mitglieder der veranstalteten medizinischen Fachgesellschaften. Dies war leider auch in den Kongressen der vergangenen Jahre so, ein Punkt an dem man sicherlich in Zukunft ansetzen sollte.

Insbesondere die Veranstaltung der Arbeitsgemeinschaft „Junge Endoskopiker“ war extrem gut besucht und es haben sich im Rahmen des Kongresses - aus diesem Kreis - zahlreiche neue Mitglieder unserer Gesellschaft angeschlossen. Wir sind hier den Organisatoren, Frau Dörte Wichmann (Tübingen) und Herrn Edris Wedi (Göttingen), zu Dank verpflichtet.

Unser nächstjähriger 50. Jubiläums-Kongress wird in Würzburg vom 16.4. bis 18.4.2020 stattfinden und wird vom nächstjährigen Vorsitzenden und langjährigem Schriftführer unserer Gesellschaft, Prof. Alexander Meining (Würzburg), sicher perfekt gemanagt. Ich möchte Sie bitten, sich diesen Termin schon jetzt zu notieren.

Ein Schwerpunkt der Mitgliederversammlung war das Thema Wahlen. Zur neuen Vorsitzenden für 2022 wurde Frau Prof. Andrea Tannapfel, Bochum, gewählt, als Co-Vorsitzender wird Herr Prof. Arno Dormann, Köln, fungieren. Beiden können wir sehr herzlich zur Wahl gratulieren. Einstimmig wurden Herr Prof. Hans-Dieter Allescher, Garmisch-Partenkirchen (als stellvertretender Schriftführer, Wiederwahl) und ich (als Schriftführer, Neuwahl) gewählt. Zudem wurden in den Beirat Frau Prof. Riphaut (Frankfurt), Frau PD Dr. Schaible (Heidelberg) und Herr Prof. Melzer (Leipzig) wiedergewählt. Neu in den Beirat eintreten werden, Herr Dr. Beyna (Düsseldorf), Herr Dr. Dollhopf (München) sowie Herr Dr. Neye (Berlin). Gratulation allen neu Gewählten an dieser Stelle.

Ich selbst möchte mich noch einmal ganz besonders bei Ihnen für das mir entgegengebrachte Vertrauen bedanken.

Darüber hinaus wurden Frau Dr. Wichmann und Herr Dr. Wedi als Vertreter der AG „Junge Endoskopiker“ als kooptierte Mitglieder in den Beirat aufgenommen.

Weitere Einzelheiten zur Wahl und zur Mitgliederversammlung können Sie auch im Protokoll auf unserer Homepage (www.dge-bv.de) nachlesen.

Wie geht es weiter? Im Juli 2019 wird in München eine Sitzung des Vorstandes stattfinden, hierfür werde ich zunächst einmal jetzt beginnen, unsere Satzung und Geschäftsordnung nach möglichen Punkten durchzusehen, die eventuell einer Erneuerung bedürfen. Die Ergebnisse unserer Vorstandssitzung werden Sie dann im Newsletter nachlesen können.

Eine sehr erfreuliche Entwicklung nimmt auch unsere Internetplattform „Endoscopy Campus“, welche nun auch international, sowohl in den angelsächsischen Staaten als auch im asiatischen Raum, großen Anklang findet. Die monatlichen „Clicks“ auf diese Seite haben sich, seit der Erstauflage, fast verzehnfacht. Hier wird aktuell eine neue Internetseite designt, welche das Manövrieren auf dieser Seite und das Anwählen der verschiedenen Inhalte noch einfacher und übersichtlicher macht. Lassen Sie sich überraschen.

So viel zu Ihrer aktuellen Information, bitte sprechen Sie mich jederzeit mit Vorschlägen, Fragen oder Kritik an.

Ansonsten wünsche ich Ihnen eine erholsame Ferienzeit und verbleibe bis zum nächsten Mal mit herzlichen Grüßen

Ihr Till Wehrmann
Schriftführer der Gesellschaft

Gold

Boston Scientific Medizintechnik GmbH



ERBE Elektromedizin GmbH



FUJIFILM Deutschland GmbH



KARL STORZ GmbH & Co. KG



Micro-Tech Europe GmbH



OLYMPUS Deutschland GmbH



ovesco Endoscopy AG



Silber

Apollo Endosurgery, Inc.



Cantel (Germany) GmbH



COOK Deutschland GmbH



Dr. Falk Pharma GmbH



Medwork GmbH



Norgine GmbH



Inserentenverzeichnis

Boston Scientific

U4

Kongressankündigung

Viszeralmedizin 2019

Jahrestagung der DGVS

2. - 5. Oktober 2019, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

www.dgvs.de



6th International Symposium on Complication in GI Endoscopy – CIE 2019

31 October 2019, Hotel Radisson Blu Hamburg

www.complications-in-endoscopy.com



UEGW – UEG Week Barcelona 2019

27th United European Gastroenterology Week

19 - 23 October 2019, Barcelona Fira Gran Via

www.ueg.eu/week



EndoClubNord

1. - 2. November 2019, Hamburg Messe-West

www.endoclubnord.de



Image of the week: Diagnose

Ösophagus: Karzinom in kurzem Barrett-Ösophagus

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.



©Image Titel: shutterstock

©Font Titel: Google Fonts

Infektionsprävention Portfolio



*Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass dieses Produkt keinen Schutz gegen Gesundheits- oder Sicherheitsrisiken bietet. Der EndoArmor+ hat den Test nach den Anforderungen der DIN EN 14126:2005 Abschnitt 4.1.4 bestanden. Klasse 4: Klassifizierung von Durchdringungswiderstand durch kontaminierte Flüssigkeiten unter hydrostatischem Druck (Teil 4.1.4.1., Test gemäß ISO 16603 und ISO 16604). Klasse 6: Klassifizierung von Durchdringungswiderstand durch infektiöse Stoffe aufgrund von mechanischem Kontakt mit Substanzen, die kontaminierte Flüssigkeiten enthalten (Teil 4.1.4.2., Test gemäß EN ISO 22610). Klasse 3: Klassifizierung von Durchdringungswiderstand durch kontaminierte flüssige Schwebstoffe (Teil 4.1.4.3., Test gemäß EN 22611). Klasse 3: Klassifizierung von Durchdringungswiderstand durch kontaminierte Feststoffteilchen (Teil 4.1.4.4., Test gemäß EN ISO 22612).

Alle Marken- und Urheberrechte gehören den entsprechenden Rechteinhabern. VORSICHT: Diese Produkte dürfen nur durch oder im Auftrag eines Arztes erworben werden. Indikationen, Kontraindikationen, Warnungen und Anleitungen zur Benutzung sind der dem Produkt beigegebenen Gebrauchsanweisung zu entnehmen. Informationen nur für die Verwendung in Ländern mit gültigen Produktregistrierungen bei den zuständigen Gesundheitsbehörden.

Boston Scientific Medizintechnik GmbH
Daniel-Goldbach-Straße 17-27
40880 Ratingen
Telefon: +49(0)2102 4893
e-Mail: cwc-endo-marketing@bsci.com