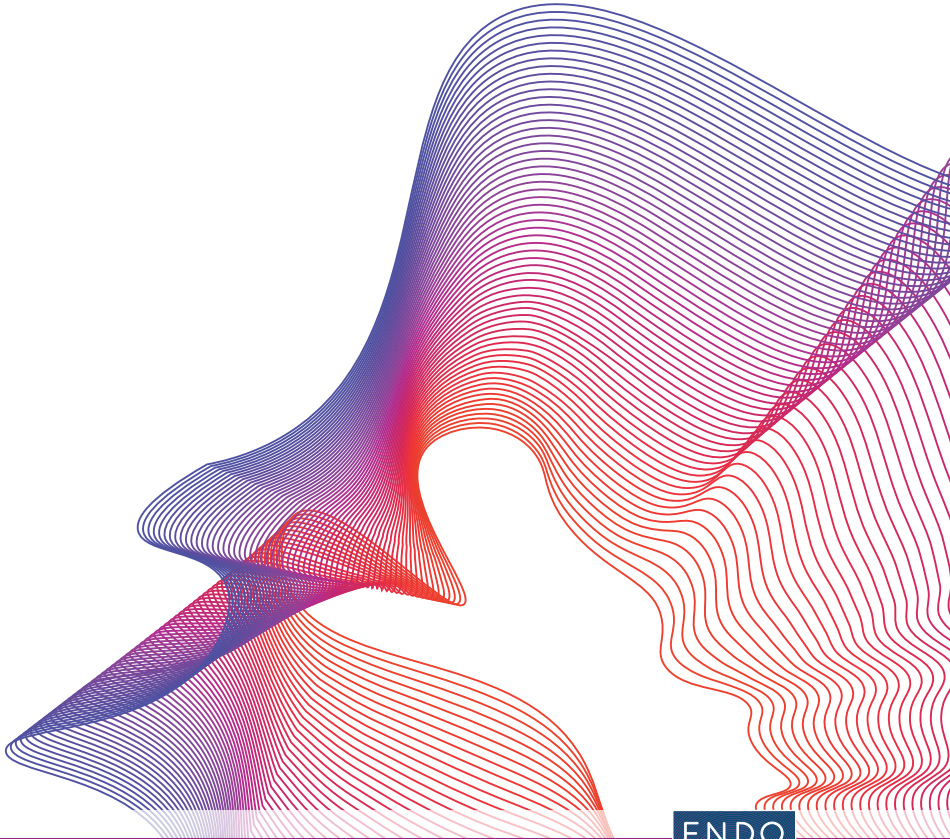




endoscopy
campus

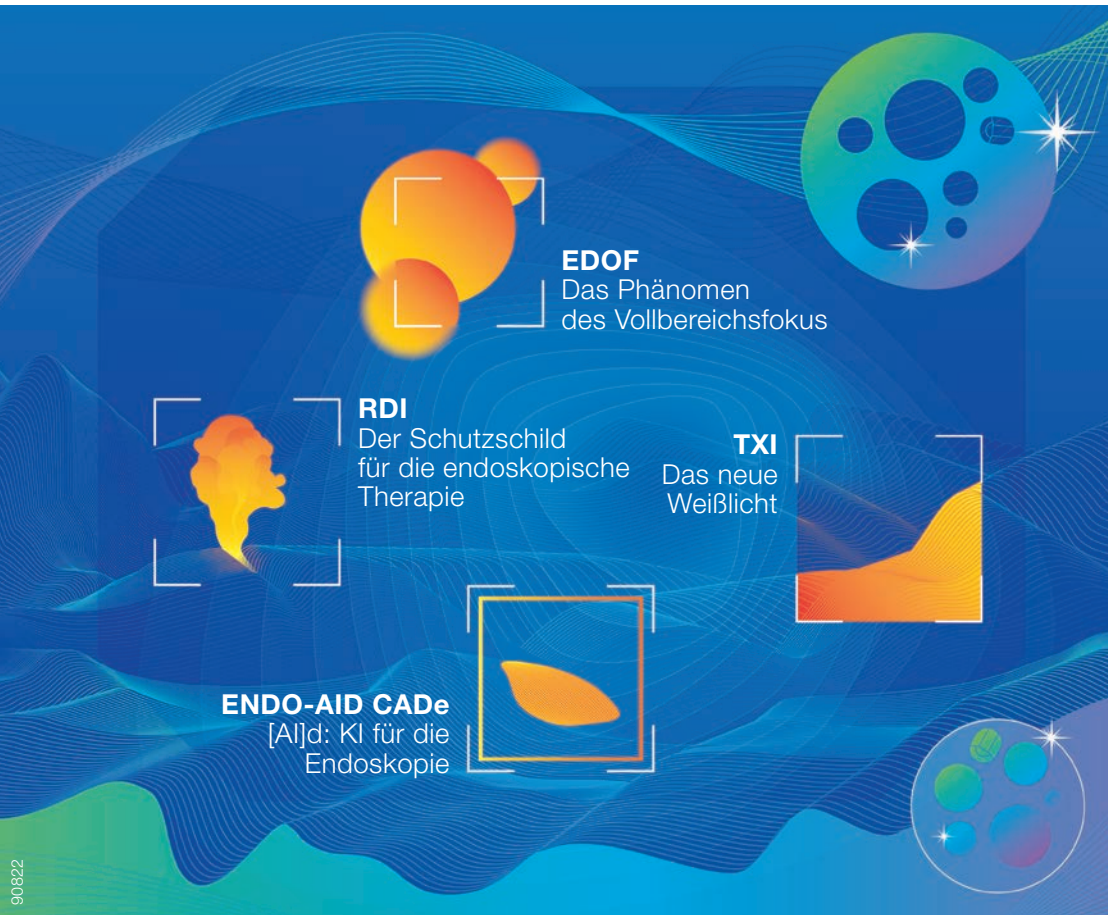
> magazin 02.2021 · 7. Jhg.



> Jetzt NEU ab 7. September 2021



- > Hiatushernien – Hill Klassifikation
- > Probenkontamination bei der Biopsie
- > Beilage: Boston-Bowel-Preparation-Scale



Let's Be Clear

Wir setzen neue Maßstäbe in der Endoskopie

www.olympus.de/evisx1

OLYMPUS DEUTSCHLAND GMBH

Wendenstraße 20, 20097 Hamburg, Deutschland | +49 40 23773-4777 | www.olympus.de

OLYMPUS AUSTRIA GES.M.B.H.

Shuttleworthstraße 25, 1210 Wien, Österreich | +43 1 29101-500 | www.olympus.at

OLYMPUS SCHWEIZ AG

Richtiring 30, 8304 Wallisellen, Schweiz | +41 44 94766-81 | www.olympus.ch

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 Kolleginnen und Kollegen,

alle warten wir gespannt, wie die anstehenden Kongresse und Meetings verlaufen werden – u.a. die DGVS Jahrestagung im September und später im Jahr der EndoClubNord in Hamburg und das endo-update in Augsburg. Aus dem vergangenen Jahr haben wir viel gelernt und freuen uns auf interessante Variationen in der Kombination von Präsenz und Online !

Der Endoscopy Campus setzt seine erfolgreiche Serie DGE-BV Online ab September fort – checken Sie die Termine und Themen auf der Website.

Und noch etwas neues – unser EndoPodcast ab 7. September, 7 Uhr, 14 tätig. Fritz Hagenmüller macht den Anfang als Interviewpartner zum Thema „Früher war alles besser“

<https://www.endoscopy-campus.com/endo-podcast/>

Besuchen Sie die nächsten Veranstaltungen:

ENDOCLUBNORD 2021

5. - 6. November 2021
www.endoclubnord.de

endo-update 2021

25. - 27. November 2021
www.endo-update.de

Viel Spaß beim Lesen

wünschen Ihnen mit herzlichen Grüßen

Alexander Meining
DGE-BV

Till Wehrmann
DGE-BV

Thomas Rösch
Endoscopy Campus

Wissenschaftliche Redaktion

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

A. Repici, Mailand/Italien
S. Varadarajulu, Orlando, Florida/USA

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
D. Graham, London/UK
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, Bad Salzuflen
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 Module

Videobeispiel: Lars explains anatomy – Hepatikojejunostomie 6

Klassifikation

Klassifizierung der Candida-Ösophagitis nach Kodsí 8

Hiatushernien – Hill Klassifikation 10

Case Report

Fortgeschrittene Techniken bei schwieriger Gallenwegsdrainage 12

Probenkontamination bei der Biopsie 16

Image Challenge 20

DGE-BV aktuell

DGE-BV intern 22

Impressum / Haftung 26

Sponsoren 28

Inserentenverzeichnis / Kongressankündigung 30

Beilage: Boston-Bowel-Preparation-Scale

Videobeispiel

Lars explains anatomy – Hepatikojejunostomie

Lars Aabakken, Oslo, Norwegen

Haben Sie sich jemals gefragt, wie man die definitive chirurgische Behandlung von iatrogenen Gallengangsverletzungen nur mit Brotteig und einigen Salamischeiben erklären kann? Sehen Sie sich unser neuestes Video zur Roux-Y Hepatikojejunostomie an.



Abb 1: Lars Aabakken in his bakery.

Abb 2:

Manchmal möchte man bei Verletzungen der extrahepatischen Gallengänge eine Hepatikojejunostomie durchführen, um die Galle direkt in das Jejunum umzuleiten.



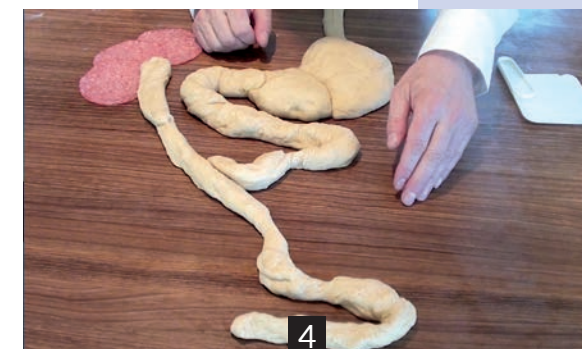
Abb 3:

Man durchtrennt dazu das Jejunum und zieht das distale Ende in Richtung Leber – dort fließt die Galle dann in den Darm.



Abb 4:

Um die Kontinuität des Darms wiederherzustellen, anastomosiert man das proximale Ende mit dem restlichen Jejunum (Roux-Y-Anastomose).



Klassifizierung der Candida-Ösophagitis nach Kodsí

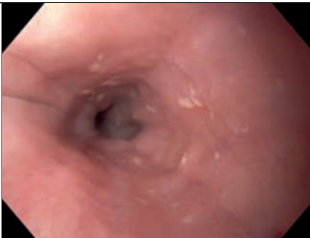
Daniel Fitting, Würzburg

Die Soor-Ösophagitis (Soor=altdeutsch „verwelken“) ist die häufigste infektiöse Ösophagitis. Bei ca. 4% der Patienten¹, die eine ÖGD erhalten, werden die charakteristischen, schwierig abwaschbaren, weißen Plaques detektiert. Diese bestehen aus Leukozyten, nekrotischer Mukosa und den Candida-Pseudohyphen. Häufigster Erreger ist *C. albicans* mit nur seltenem Vorkommen von *C. glabrata* oder *C. krusei*, so dass eine mikrobiologisch weiterführende Diagnostik vor Lokalthherapie mit Amphotericin B oder systemischer Triazoltherapie in der Regel nicht notwendig ist.

Klinisch manifestiert sich die Erkrankung durch Dysphagie, epigastische Schmerzen oder eine orale Candidose. 40% der Patienten bleiben asymptomatisch². Risikofaktoren einer Soorösophagitis sind eine Immunsuppression oder Motilitätsstörungen des Ösophagus. Aber auch temporäre Einflussfaktoren wie eine PPI-Therapie, lokale Steroide, Antibiotikatherapie, ein schlecht-eingestellter Diabetes und Mangelernährung begünstigen eine lokale Invasion der in der normalen Flora vorkommenden Hefen³.

Therapeutisch kann bei mildem Befall im oberen Ösophagus-Drittel eine Lokalthherapie mit Amphotericin B oder Nystatin diskutiert werden. In der Regel erfordert der Ösophagus-Befall jedoch eine systemische Therapie. Diese sollte mit Fluconazol 200-400mg/die oral über 14-21 Tage durchgeführt werden. Bei ausgeprägter Dysphagie kann ein parenteraler Therapiebeginn mit Fluconazol 6mg/kg KG/die notwendig sein. Für refraktäre Verläufe stehen Itraconazol/Voriconazol oder Echinocandine zur Verfügung⁴.

Endoskopisch kann das Ausmaß des ösophagealen Candidabefalls nach Kodsí klassifiziert werden². Diese Klassifikation korreliert mit dem Ausmaß der klinischen Symptomatik und bei HIV-Patienten mit der CD4-Zell-Zahl¹. Wie jede Klassifikation ermöglicht auch diese eine strukturierte Befundung auf hohem akademischen Niveau.

Kodsí I°		• Plaques $\leq 2\text{mm}^*$ • kein Ödem, keine Ulzeration
Kodsí II°		• Plaques $\geq 2\text{mm}^*$ • event. Ödem, keine Ulzeration
Kodsí III°		• linear-konfluierende Plaques und/oder • Ulzerationen
Kodsí IV°		• Grad III + • Schleimhautablösung, Lumeneinengung

*entspricht Dicke der Biopsiezange

Literatur

1. Asayama N, Nagata N, Shimbo T, et al. Relationship between clinical factors and severity of esophageal candidiasis according to Kodsí's classification. *Dis Esophagus* 2014; 27: 214–219.
2. Kodsí BE, Wickremesinghe C, Kozinn PJ, et al. Candida esophagitis: a prospective study of 27 cases. *Gastroenterology* 1976; 71: 715–719.
3. Mushi MF, Ngeta N, Mirambo MM, et al. Predictors of esophageal candidiasis among patients attending endoscopy unit in a tertiary hospital, Tanzania: a retrospective cross-sectional study. *Afr Health Sci* 2018; 18: 66–71.
4. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2016; 62: e1–50.

Hiatushernien – Hill Klassifikation

Florian Seyfried, Jana May, Würzburg

Die Herniation des Magens durch den Hiatus oesophagei in das Mediastinum wird als Hiatushernie bezeichnet und ist ein häufig gefundener Zufallsbefund während einer Gastroskopie. Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter und bei erhöhtem intra-abdominellen Druck (Adipositas, Schwangerschaft). Des Weiteren stellt das männliche Geschlecht einen Risikofaktor für das Vorliegen einer Hiatushernie dar [1].

Unterschieden werden drei Arten von Hiatushernien.

Die axiale Hiatushernie (Synonym: axiale Gleithernie, Hiatushernie Typ I), bei welcher der gastroösophageale Übergang und ggf. die Kardia nach supradiaphragmal „gleitet“, ist mit > 90 % die häufigste Form. Je nach Ausprägung kann dies eine räumliche Dissoziation des komplexen Schließmuskelapparates, bestehend aus den Zwerchfellschenkeln (Crura oesophagei) und glatter Wandmuskulatur der Kardia zur Folge haben. Dies kann zu einer Insuffizienz der Schließmuskelfunktion im Bereich des unteren Ösophagusphinkters führen. Die axiale Hiatushernie kann, muss aber nicht mit einer gastroösophagealen Refluxerkrankung assoziiert sein. Eine Behandlungsindikation der axialen Hiatushernie besteht nur bei funktionell bewiesener Refluxerkrankung, einer sekundären Ösophagusmotilitätsstörung oder Volumenreflux.

Sobald andere Anteile des Magens als der gastroösophageale Übergang oder respektive die Kardia nach supradiaphragmal hernieren, und damit neben der Speiseröhre zu liegen kommen, spricht man von paraösophagealen Hiatushernien (Synonym: Hiatushernie Typ II). Die Maximalvariante stellt der vollständige Thoraxmagen (sog. Upside-down stomach) dar.

Liegt eine Mischform aus axialer Gleithernie und paraösophagealer Hernie vor, handelt es sich um eine Typ III Hiatushernie.

Hiatushernien Typ II und III sind deutlich seltener und stellen aufgrund ihrer möglichen Komplikationen (Chronische Blutungen, Anämie, Inkarzeration) grundsätzlich eine Operationsindikation dar.

Um eine präzisere Aussage über die Kompetenz des ösophagogastralen Schließmechanismus zu ermöglichen, beschrieben Hill et al. 1996 eine praktikable Einteilung. Hierbei wird in Inversion die gastroösophageale Klappe inspiziert und in vier Klassen eingeteilt [2].

Abb 1:

Hill I: Wallartige gastroösophageale Klappe, stets fester Schluss um das Endoskop

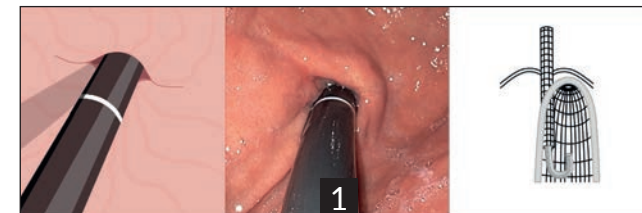


Abb 2:

Hill II: Gastroösophageale Klappe weniger ausgeprägt, atemabhängig auch unvollständiger Schluss des Endoskops um die Kardia

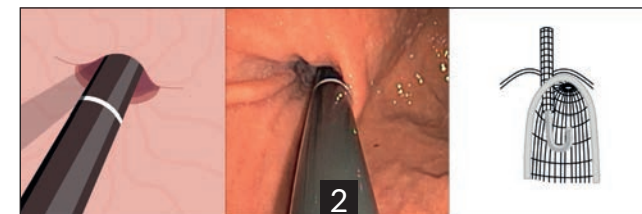


Abb 3:

Hill III: Gastroösophageale Klappe kaum noch vorhanden, kein Schluss um Endoskop

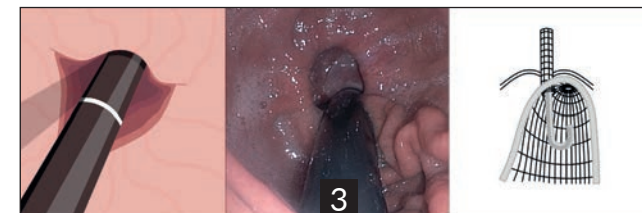
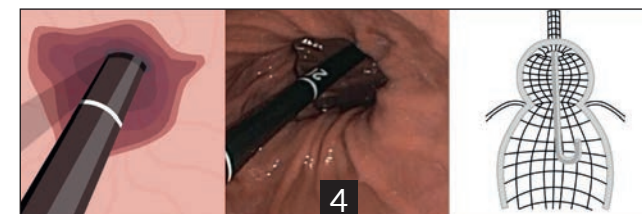


Abb 4:

Hill IV: Gastroösophageale Klappe nicht mehr vorhanden, dauerhafte Öffnung des gastroösophagealen Übergangs



Literatur

1. Menon, S. and N. Trudgill, Risk factors in the aetiology of hiatus hernia: a meta-analysis. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2011. 23(2): p. 133-8.
2. Hill, L.D. and R.A. Kozarek, The gastroesophageal flap valve. J Clin Gastroenterol, 1999. 28(3): p. 194-7.

Fortgeschrittene Techniken bei schwieriger Gallenwegsdrainage – transkutane SpyGlass-DS II gesteuerte Einlage eines selbstexpandierenden Metallstents in Rendezvous-Technik

C. Dietrich, E.-S. Fuchs, R. Jakobs, Ludwigshafen

Einleitung und Fallbericht:

Die nachhaltige Gallenwegsdrainage bei Cholestase oder Cholangitis ist häufig ein Wendepunkt in der Therapie maligner und infektiöser Erkrankungen mit hepatobiliärer Beteiligung. In diesem Fall war bei einer 76-jährigen Frau mit einem hepatisch metastasierten Pankreaskopfkarzinom ein endoskopisch retrograder Zugang bei bis in den Leberhilus reichender Tumormanifestation unmöglich. Alternative Verfahren stellen die transkutane Drainage (PTCD) oder endosonographisch gesteuerte Drainagetechniken mit jeweiligen Vor- und Nachteilen dar [1] (Diesbezüglich sei hier der Videobeitrag von B. Walter und A. Meining aus Ulm im Endoscopy Campus empfohlen [2]).

Ein transkutaner Ablauf der Galle nach PTCD ist möglich, geht aber mit einem komplikationsbehafteten Verlust von Flüssigkeit und Elektrolyten einher und ist gegenüber Dislokation anfällig. Bei längerfristiger Versorgung ist eine Internalisierung der transkutanen Drainage nach intestinal anzustreben. Dies gelang in diesem Fall auch nach Anwendung verschiedener Katheter als Führung, sowie diverser Drähte nicht. Wir stellen hier in Bildern eine fortgeschrittene Technik mit transkutaner SpyGlass-DS II gesteuerter Gallenwegsdrainage in Rendezvous-Technik mit abschließender Metallstenteinlage vor. In diesem Fall wurde dadurch eine ambulante Chemotherapie-Fähigkeit für die Patientin erzielt. Seit kurzem wurde eine spezielle perkutane SpyGlass-Version vorgestellt. In diesem Fall wurde das reguläre SpyGlass DS II verwendet – mit dem Vorteil gegenüber konventionellen Cholangioskopen, dass ein geringerer biliokutaner Trakt-Durchmesser (12 vs. 14-18 Fr.) erforderlich ist.

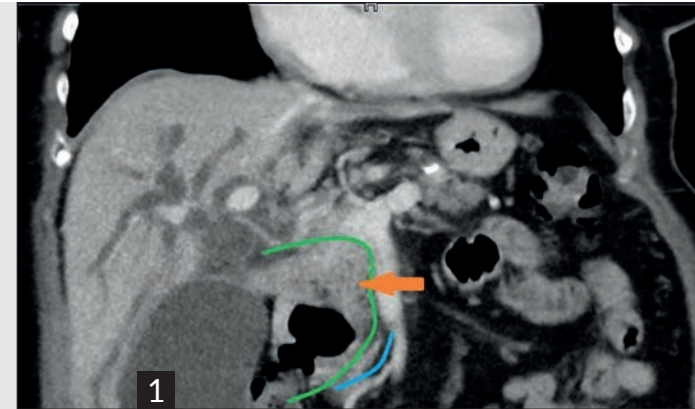


Abb 1:

Ausgangssituation im Oberbauch-CT (portalvenöse Phase): grün = DHC, blau = Pankreasgang. Pankreaskopfkarzinom (Pfeil) und großes juxtapapilläres Divertikel machen einen endoskopisch retrograden Gallenwegszugang unmöglich. Endosonografisch kein günstiger transduodener Zugangsweg.

Abb 2:

Transkutanes Cholangiogramm: Dilatiertes Gallenwegssystem mit Gangabbruch des mittleren DHC. Keinerlei Kontrastmittelabfluss über die Stenose ins Duodenum. Eine fluoroskopisch gesteuerte, perkutane Drahtpassage gelingt nicht. Der Trakt wird in zwei Sitzungen zunächst auf 13 Fr. bougiert und vorübergehend mit einer 12 Fr. biliären Drainage (Cook) gesichert.

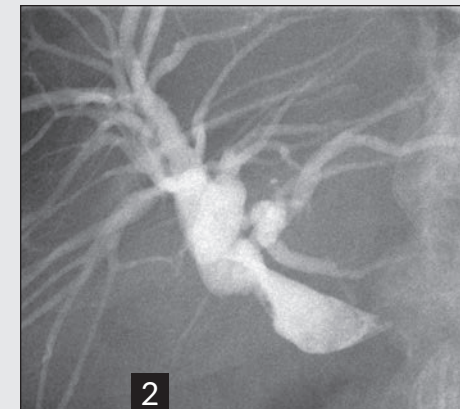


Abb 3:

Transkutan wird das SpyGlass DS-II® bis zur Tumorstenose eingebracht und ein langer Jagwire-Draht (450cm, 0,035inch) unter cholangioskopischer Sicht vorgeschoben. Der Pfeil markiert das im CT beschriebene Divertikel.



Abb 4:

Seltener duodenoskopischer Anblick an der Papille: Rendezvous mit dem transkutan eingebrachten SpyGlass®. Mit der Faszange wird der transkutane Draht oral über den Arbeitskanal des Duodenoskops ausgeleitet. Anschließend wird über den transkutan-transendoskopischen Draht in klassischer Technik der Metallstent über den Arbeitskanal implantiert.

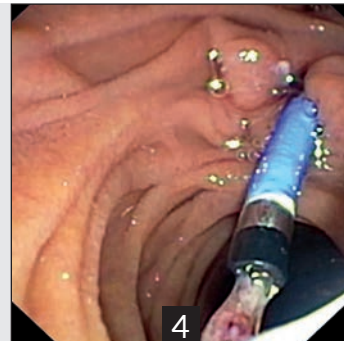
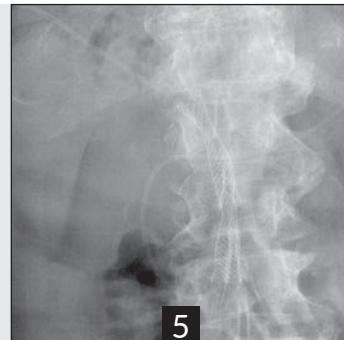


Abb 5:

Radiographisches Bild des über das Duodenoskop eingebrachten selbstexpandierenden Metallstents (10x60mm SEMS). Der hier noch einliegende transkutane Angiokatheter kann anschließend entfernt werden. Der transkutane Trakt verschließt sich anschließend rasch.



Literatur

1. Duan F, Cui L, Bai Y et al. Comparison of efficacy and complications of endoscopic and percutaneous biliary drainage in malignant obstructive jaundice: a systematic review and meta-analysis. Cancer Imaging. 2017 Oct 16;17(1):27. doi: 10.1186/s40644-017-0129-1.
2. B. Walter, A.Meining: Endoscopy Campus - Transgastrale Gallenwegsdrainage bei einem metastasierten Gallenblasenkarzinom (endoscopy-campus.com), <https://www.endoscopy-campus.com/lehrvideo/transgastrale-gallenwegsdrainage-bei-einem-metastasierten-gallenblasenkarzinom/>

Good Morning Endoscopy!

Jetzt NEU ab 7. September

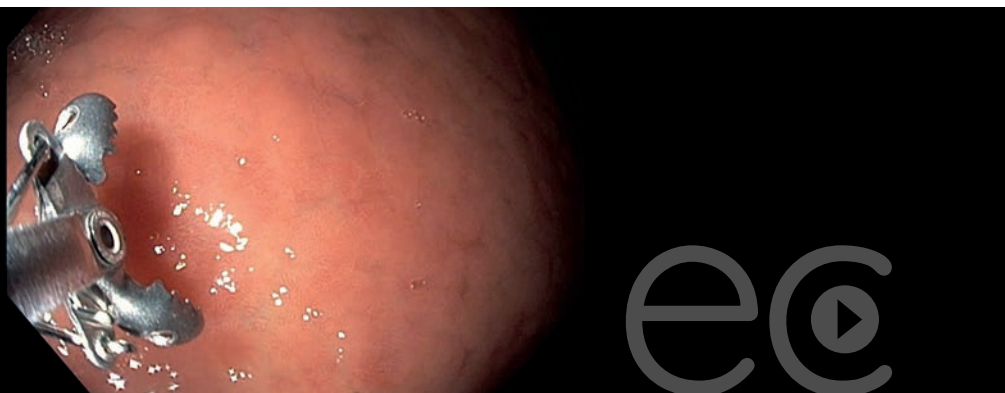
Gastgeber: Thomas Rösch, UKE, Hamburg

ENDO
POD
CAST

Erste Folge „Früher war alles besser“ am 7. September 2021

Gast: Friedrich Hagenmüller





Probenkontamination bei der Biopsie

www.dgvs-cirs.de

Der Fall

Die Patientin wurde zur Abklärung einer Eisenmangelanämie stationär aufgenommen. Es erfolgte eine endoskopische Diagnostik mittels Gastroskopie und Koloskopie. In der Gastroskopie zeigte sich makroskopisch lediglich eine narbig-noppige Schleimhaut im Bereich des Antrums. Aus den hier entnommenen Biopsien wurde als Zufallsbefund die Diagnose eines G2-Adenokarzinoms gestellt.

Es erfolgte eine erneute Gastroskopie mit erneuten Biopsien sowie ergänzend eine Endosonographie ohne Anhalt für ein malignes Geschehen. Es bestand somit Zweifel an der Malignomdiagnose.

Der Fall wurde ausführlichst im Tumorboard sowie mit unseren Pathologen diskutiert.

Das Probenentnahmen wurden nochmals überarbeitet. Mit Hilfe der Mikrosatelliten-Analyse auf DNA-Ebene konnte die Zugehörigkeit eines Gewebes zu einem anderen Patienten identifiziert werden. Dazu wurden auf DNA-Ebene die beiden Patienten miteinander verglichen. Es zeigte sich mit Hilfe des Mikrosatellitenmusters der extrahierten DNA, dass es sich tatsächlich um eine Kontamination eines anderen Patienten handelte. Es handelte sich hier um eine versehentliche Probenkontamination im Rahmen der Aufbereitung der Gewebeproben in der Pathologie, also ausdrücklich nicht um eine Patienten- oder Probenverwechslung.

Feedback des CIRS Teams

Ein interessanter Fall, der aufzeigt, dass auch an nicht-offensichtliche Ursachen einer Probenverwechslung gedacht werden muss. Der naheliegende Verdacht, dass eine Probenverwechslung direkt in der Endoskopieeinheit aufgetreten sein muss, konnte in diesem Fall aufwendig widerlegt werden. Es handelte sich in diesem Fall um eine Probenverunreinigung.

Prinzipiell spielen labormedizinische Untersuchungen eine wichtige Rolle in der Diagnostik, Patientenüberwachung und Therapieplanung. Die Richtigkeit der Ergebnisse ist in großem Maße von mehreren Stationen im Betriebsablauf abhängig. So geht es um korrekte Entnahmetechnik, Etikettierung und Transport sowie weiterführende Verarbeitung im jeweiligen Labor-/Pathologieinstitut.

In der Regel lässt sich verallgemeinernd festhalten, dass eine Probenverwechslung im Rahmen des voll beherrschbaren Risikos stattfindet. Das bedeutet, dass die Patient*in im Falle eines Fehlers nicht beweisen muss, dass die Behandler*in etwas falsch gemacht hat, sondern die Behandler*in muss beweisen, dass die Abläufe so organisiert sind, dass keine Probenverwechslung stattfinden kann (Beweislastumkehr). Dieser Beweis des organisierten Ablaufs wird i.d.R. durch einen sog. „immer-so-Beweis“ geführt. Hierzu müssen aber zwingend standardisierte Abläufe vorliegen, die den Mitarbeiter*innen bekannt und von ihnen verinnerlicht sein müssen.

Die vom Meldenden gegebenen Verbesserungshinweise sind richtig, eine Automatisierung verringert i.d.R. Probenverunreinigungen oder -verwechslungen.

degea live

Pflege führt Regie

Der interaktive Livestream für Endoskopiefachpersonal – Lernen Sie von Zuhause

Der Endoscopy Campus und die DEGEA haben zusammen ein interessantes Fortbildungsformat für Endoskopiefachpersonal entwickelt.

Der DEGEA-Live Stream betrachtet endoskopische Eingriffe durch die Brille der Assistenz und der begleitenden Pflege. Das Endoskopiefachpersonal führt dabei Regie, unterstützt durch kompetente ärztliche Partner, erfahrene Endoskopie-Teams und speziell die norddeutschen DEGEA-Endoskopie-Zirkel.

Endoskopische Untersuchungen, aber auch viele verschiedene Aspekte der Assistenz und Patientenversorgung werden durch bewegte Bilder transparenter und einprägsamer. Interventionen und die damit verbundene Assistenz werden durch Filme und Bilderserien erst richtig verständlich. Daher stellt die endoscopy campus Internetplattform eine hilfreiche Ergänzung zu gedruckten Fachinformationen wie Fachzeitschriften und Fachbüchern und zu den etablierten Fortbildungsveranstaltungen dar.

Der Endoscopy Campus bietet bereits

Lehrvideos · Interessante Fälle · Bildergalerien · Aufstellungen der gebräuchlichen endoskopischen Klassifikationen · zusammengefasste Highlights der Live-Veranstaltungen · Informationen zu Firmen und deren Produkten

Durch das neue Format kommen Fortbildungsinhalte für das Endoskopiefachpersonal hinzu. Dieses digitale Format lässt sich vielseitig nutzen, sei es als

Nachschlagewerk für Anfänger und Experten · Anschauungsmaterial beim Anleiten neuer Mitarbeiter · Zusätzliche Information bei der Einführung neuer Techniken

Unsere nächsten Online-Seminare:

20. OKTOBER 2021

**Interventionelle Endosonographie –
Teamarbeit ist alles**

18. NOVEMBER 2021

**Liegen Sie sicher und warm – Lagerung in
der Endoskopie richtig gemacht**

1. DEZEMBER 2021

**Künstliche Intelligenz und virtuelle Realität –
Erkennen und Lernen**

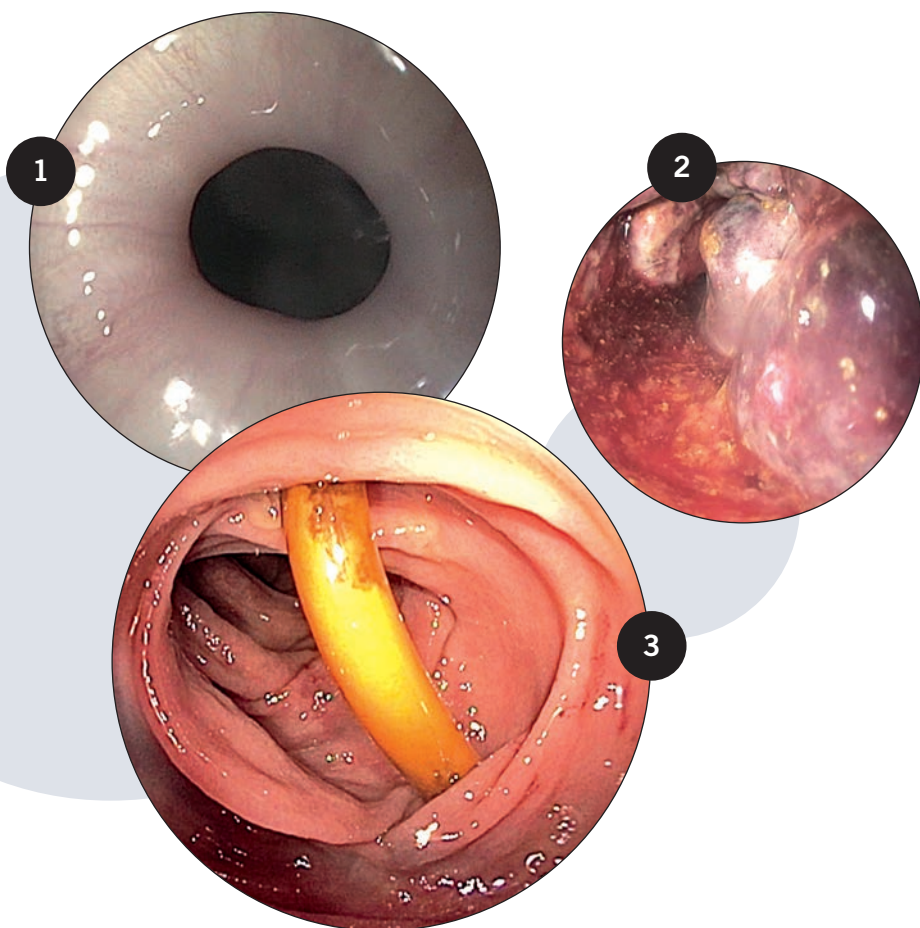
Informationen & kostenfreie Registrierung unter:
www.endoscopy-campus.com | www.degea.de

Image Challenge

Wie lautet Ihre Diagnose?

Das endoscopy campus Bilderrätsel

Wir präsentieren Ihnen auf S. 20 einen Befund als Bilder. Am Ende des Magazins finden Sie die Auflösung: die Diagnose (S. 30)



Beitrag zur Senkung der Darmkrebsrate...

unter Berücksichtigung der neuesten Richtlinien konzentrieren wir unsere Innovationen auf die Optimierung der sicheren und vollständigen Entfernung von kolorektalen Läsionen.

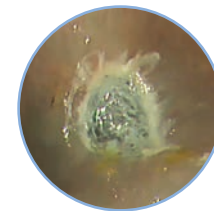
DIMINUTIVE (≤ 5 mm) & KLEINE (6-9 mm) LÄSIONEN:

- **Richtlinie:**
Kaltschlingenpolypektomie bietet eine hohe vollständige Resektionsrate, Effizienz in Technik und Sicherheit.^{1,3}
- **Exacto® Kaltschlinge:**
Klinisch erwiesen für die sichere und effiziente Kaltresektion von kleinen und großen Polypen (>1cm).²



NICHT GESTIELTE (10-19 mm) LÄSIONEN:

- **Richtlinie:**
Kalte oder heiße Schlingenpolypektomie wird empfohlen, um nicht gestielte Läsionen mit einer Größe von 10-19 mm zu entfernen.^{1,3}
- **CoinTip™ Polypektomieschlinge:**
Das dynamische Design unterstützt heiße und kalte Resektion verschiedener Arten von Polypen.



Scannen Sie den QR Code für weitere Informationen oder besuchen Sie www.steris.com/endoscopy!



1. T. Kaltenbach, J. Anderson, C. Burke, J. Dominitz, S. Gupta, D. Liberman, D. Robertson, A. Shaikat, S. Syngal, D. Rex. "Endoscopic Removal of Colorectal Lesions – Recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer." *Gastrointestinal Endoscopy* (2020). liquam erat volutpat
2. All data on file at STERIS Endoscopy
3. M. Ferlitsch, A. Moss, C. Hassan, P. Bhandari. "Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline" *Endoscopy* 2017; 49(03): 270-297



DGE-BV aktuell

Liebe Mitglieder der DGE-BV und Freunde der Endoskopie,

unser Anfang April von Herrn Prof. Dr. Alexander Meining toll organisierter virtueller Jahres- und Jubiläums-Kongress in Würzburg war ein voller Erfolg, wir hatten mit mehr als 2.200 Teilnehmern einen sehr, sehr guten Response. Hierfür geht unser besonderer Dank an Herrn Prof. Meining und sein Team, das diese schwierige Aufgabe hervorragend gemeistert hat! Letztlich ist es auch gelungen, diesen Kongress ohne einen Verlust finanziell abzuschließen (bisher ist ein Gewinn von mehreren 10.000 € projiziert).

Auch wenn wir uns natürlich das leibhaftige Wiedersehen wünschen würden, muss man sagen, dass dieses Format sich im Rahmen dieser Tagung sehr bewährt hat. Für die wenigen Personen, die vor Ort präsent waren (wie ich selbst), war dies ebenfalls eine sehr schöne Veranstaltung, da der Austausch untereinander hier natürlich intensiver war, wie bei einem großen Präsenz-Kongress.

Auch unsere Mitgliederversammlung war mit 56 Mitwirkenden ebenso gut besucht, wie in den Präsenzkongressen der Vorjahre. Im Rahmen der Mitgliederversammlung wurde die Satzungsänderung unserer Gesellschaft (einschließlich Wegfall der Geschäftsordnung), bei einer Gegenstimme und 9 Enthaltungen, von den übrigen Anwesenden mehrheitlich angenommen.

Für das Jahr 2024 wurde Herr Privatdozent Dr. Dirk Hartmann, Marienhaus Klinikum Mainz, bei nur 5 Enthaltungen, ohne Gegenstimme, zum Vorsitzenden gewählt. Er hat die Wahl angenommen, die Gesellschaft gratuliert ihm hierzu sehr herzlich.

Bei den Wahlen zum Beirat waren 6 Kandidaten zu wählen, hier wurden (in der Reihenfolge der Anzahl der positiven Stimmen) Herr Prof. Rösch, Hamburg, Herr Prof. Pech, Regensburg, Herr Prof. Seewald, Zürich, Herr Dr. Jenssen, Strausberg, Herr Prof. Hörmann, Mannheim, sowie Herr Dr. Wittenberg, Erlangen, für die Amtszeit 2022-2026, gewählt. Auch diese Kandidaten haben die Wahl sämtlich angenommen und wir wünschen Ihnen für ihre Tätigkeit für unsere Gesellschaft alles Gute.

Unser kommender Kongress im Jahre 2022 ist bisher als Präsenzveranstaltung geplant und zwar für die Zeit vom 19.5.2022 bis zum 21.5.2022 in Potsdam. Motto des Kongresses ist „Konstanz in der Dynamik“. Unser Vorsitzender (PD Dr. Jörn Bernhardt, Rostock) stellte im Rahmen der Mitgliederversammlung die sehr gute zentrale Verkehrslage des Standorts und die Vorteile der Kongress-Location am Seeufer im Detail vor. Auch die Industrieausstellung kann über die gesamte Kongressfläche

verteilt werden und ist somit nicht auf einen isolierten Bereich beschränkt, was den Austausch mit der Industrie erleichtern dürfte. Wir hoffen daher alle sehr, dass wir uns in Potsdam dann auch tatsächlich real wiedersehen können.

Aktuell erfolgte am 20.7.2021 eine virtuelle Vorstandssitzung. Hierbei betonte unser Vorsitzender, Herr PD Dr. Bernhardt, dass weiterhin eine Präsenzveranstaltung für den Kongress im Mai in Potsdam geplant ist. Sollten aktuelle Umstände (Corona-Pandemie o. ä.) eine Präsenzveranstaltung nicht ermöglichen, sind er und sein Team auf eine virtuelle Kongress-Veranstaltung vorbereitet. Die Planungen für das Programm und die Festveranstaltung schreiten zügig voran, es werden umfangreiche „Hands-on“-Trainingskurse, sowohl für Endoskopie als aber auch für interventionelle Sonografie und Kontrastmittelsonografie, angeboten. Das Vortrags-Programm selbst wird parallel in 4 Räumen abgehalten werden.

Ansonsten war der wesentliche Schwerpunkt der Diskussion im Vorstand die Frage, wie zukünftig unsere Kongresse abgehalten werden sollen, ob im Wesentlichen als Präsenzveranstaltung (wie für Potsdam 2022 vorgesehen) oder unter Einbeziehung virtueller Elemente, als sogenannte Hybrid-Kongresse. Bisher ist diese Diskussion im Vorstand Ergebnis-offen, wir werden uns bezüglich des Kongresses für das Jahr 2023, noch im Laufe dieses Jahres, positionieren.

Hinsichtlich der Wahlen im Mai 2022 in Potsdam, wurde für den Vorsitz unserer Gesellschaft im Jahr 2025, vom Vorstand Frau Prof. Dr. Andrea Riphaut, Frankfurt, ohne Gegenstimme, als Kandidatin nominiert.

Zudem genehmigte der Vorstand einstimmig die weitere Finanzierung der Aktivitäten unserer Arbeitsgemeinschaft „Junge Endoskopiker“ (unter Federführung von Dr. Edris Wedi und Frau Dr. Dörthe Wichmann). Diese AG erlebte in der Zwischenzeit eine weitere Steigerung der Zahl ihrer Mitglieder, auf aktuell 204 Mitglieder.

Ich freue mich schon sehr auf das hoffentlich persönliche Wiedersehen mit Ihnen, während unseres Kongresses in Potsdam und wünsche Ihnen weiterhin möglichst beste Gesundheit und uns allen möglichst wenige Einschränkungen durch die CoVid-19-Pandemie !

Mit ganz herzlichen Grüßen

Ihr

Till Wehrmann

Schriftführer

2022

DGE-BV

notizen



Konstanz
in der
Dynamik

DGE-BV 2022

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

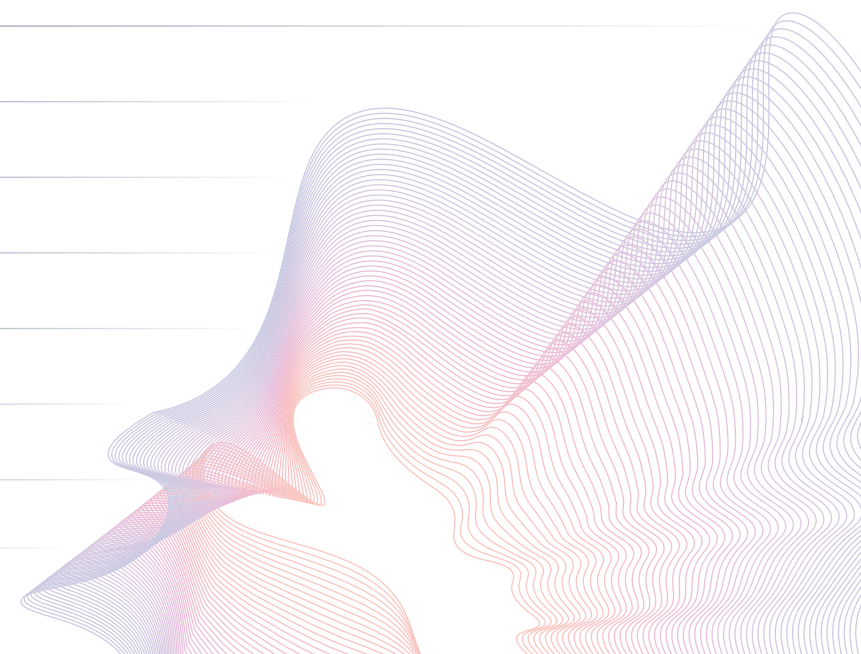
19. - 21. Mai 2022, Potsdam

Vorsitzender: Priv.-Doz. Dr. habil. Jörn Bernhardt

zusammen mit den Fachgesellschaften der

CAES, DEGEA, DGD, CTAC, DGBMT, ÖGGH, bng, SGS, GPGE, DEGUM

www.dge-bv.de



Impressum

Herausgeber:

endoscopy campus GmbH
Tal 12 · 80331 München

ISSN 2365-6905

Layout, Satz und Herstellung:

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



Haftung für Inhalte:

Als Herausgeber sind wir gemäß § 7 Abs.1 TMG für eigene Inhalte auf diesen Seiten nach den allgemeinen Gesetzen verantwortlich. Nach §§ 8 bis 10 TMG sind wir als Diensteanbieter jedoch nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tätigkeit hinweisen.

Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung von Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen werden wir diese Inhalte umgehend entfernen.

Haftung für Links/Verweise:

Unser Angebot enthält Links bzw. Verweise zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalte wir keinen Einfluss haben. Deshalb können wir für diese fremden Inhalte auch keine Gewähr übernehmen. Für die Inhalte der verlinkten Seiten ist stets der jeweilige Anbieter oder Betreiber der Seiten verantwortlich. Die verlinkten Seiten wurden zum Zeitpunkt der Verlinkung auf mögliche Rechtsverstöße überprüft. Rechtswidrige Inhalte waren zum Zeitpunkt der Verlinkung nicht erkennbar.

Eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten ist jedoch ohne konkrete Anhaltspunkte einer Rechtsverletzung nicht zumutbar. Bei Bekanntwerden von Rechtsverletzungen werden wir derartige Links umgehend entfernen.

Urheberrecht:

Die durch den Herausgeber erstellte Inhalte und Werke auf diesen Seiten unterliegen dem deutschen Urheberrecht. Die Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtes bedürfen der schriftlichen Zustimmung des jeweiligen Autors bzw. Erstellers.

Soweit die Inhalte auf dieser Seite nicht vom Herausgeber erstellt wurden, werden die Urheberrechte Dritter beachtet. Insbesondere werden Inhalte Dritter als solche gekennzeichnet. Sollten Sie trotzdem auf eine Urheberrechtsverletzung aufmerksam werden, bitten wir um einen entsprechenden Hinweis. Bei Bekanntwerden von Rechtsverletzungen werden wir derartige Inhalte umgehend entfernen.

live stream

DGE-BV online

Livestreams der DGE-BV online erwarten Sie!

- Aktuelle Themen aus der Endoskopie
- Viele Expert*innen aus der Endoskopie
- Live Untersuchungen aus den Kliniken

Save The Date:

29. September 2021 · 16.00 – 18.00 Uhr
Hot Topics der Koloskopie

27. Oktober 2021 · 16.00 – 18.00 Uhr
ERCP im 21. Jahrhundert

17. November 2021 · 16.00 – 18.00 Uhr
Endoresektion – Update

8. Dezember 2021 · 16.00 – 18.00 Uhr
Das kleine Einmaleins der Polypektomie



Kostenlose Registrierung unter:

www.endoscopy-campus.com | www.dge-bv.de

Gold

Boston Scientific Medizintechnik GmbH

FUJIFILM Deutschland,
Niederlassung der FUJIFILM Europe GmbH

KARL STORZ SE & Co. KG



Micro-Tech Europe GmbH



OLYMPUS Deutschland GmbH



ovesco Endoscopy AG



PENTAX Europe GmbH

STERIS Endoscopy
STERIS Deutschland GmbH

Silber

Cantel (Germany) GmbH



COOK Deutschland GmbH



ERBE Elektromedizin GmbH



Norgine GmbH



Inserentenverzeichnis

OLYMPUS Deutschland GmbH	U2
STERIS Deutschland GmbH	S. 21
Ovesco Endoscopy AG	U3
FUJIFILM Deutschland, Niederlassung der FUJIFILM Europe GmbH	U4

Kongressankündigung**ENDOCLUBNORD 2021**

5. – 6. November 2021
www.endoclubnord.de

ENDOCLUBNORD

endo-update 2021

25. – 27. November 2021
www.endo-update.de

**Image Challenge: Diagnose**

Seite 20

Abb. 1: Spasmus im Ösophagus**Abb. 2:** Ischämische Kolitis**Abb. 3:** Perforation des colon transversum mit PEG

endoscopy-campus.com



LiftUp®

The durable solution.

**Try this with other injection solutions!**

LiftUp® erzeugt aufgrund seiner thermoreversiblen Eigenschaften bei Körpertemperatur ein Gelkissen in der Submukosa. Es ist eine Injektionslösung für eine sichere und einfache¹ endoskopische Resektion, wie zum Beispiel Polypektomie, EMR und ESD. Das ausgeprägte Sicherheitspolster bleibt selbst nach Inzision der Mukosa bestehen.²

Gewebeschichten und -strukturen werden gut voneinander abgegrenzt und exponiert, wodurch die Resektion erleichtert wird. Das lang anhaltende Lifting verringert die Notwendigkeit zur Nachinjektion und spart somit Zeit.³ Jedes Fläschchen enthält 20 ml LiftUp® mit Methylenblau und ist sofort einsatzbereit.

¹ Wedi, E., Ho, C.-N., Conrad, G., Weiland, T., Freidinger, S., Wehrmann, M., Meining, A., Ellenrieder, V., Gottwald, T., Schurr, M.O., Hochberger, J. (2019). *Preclinical evaluation of a novel thermally sensitive co-polymer (LiftUp) for endoscopic resection*. Minim Invasive Ther Allied Technol, 28(5), 277–284. doi: 10.1080/13645706.2018.1535440

² Wedi, E., Koehler, P., Hochberger, J., Maiss, J., Milenovic, S., Gromski, M., Ho, C.-N., Gabor, C., Baulain, U., Ellenrieder, V., Jung, C. (2019). *Endoscopic submucosal dissection with a novel high viscosity injection solution (LiftUp) in an ex vivo model: a prospective randomized study*. Endosc Int Open, 07(05). doi: 10.1055/a-0874-1844

³ Meier, B., Wannhoff, A., Klinger, C., & Caca, K. (2019). *Novel technique for endoscopic en bloc resection (EMR+) – Evaluation in a porcine model*. World J Gastroenterol, 25(28), 3764–3774. doi: 10.3748/wjg.v25.i28.3764

www.ovesco.com



RESECT+
LIFTUP®

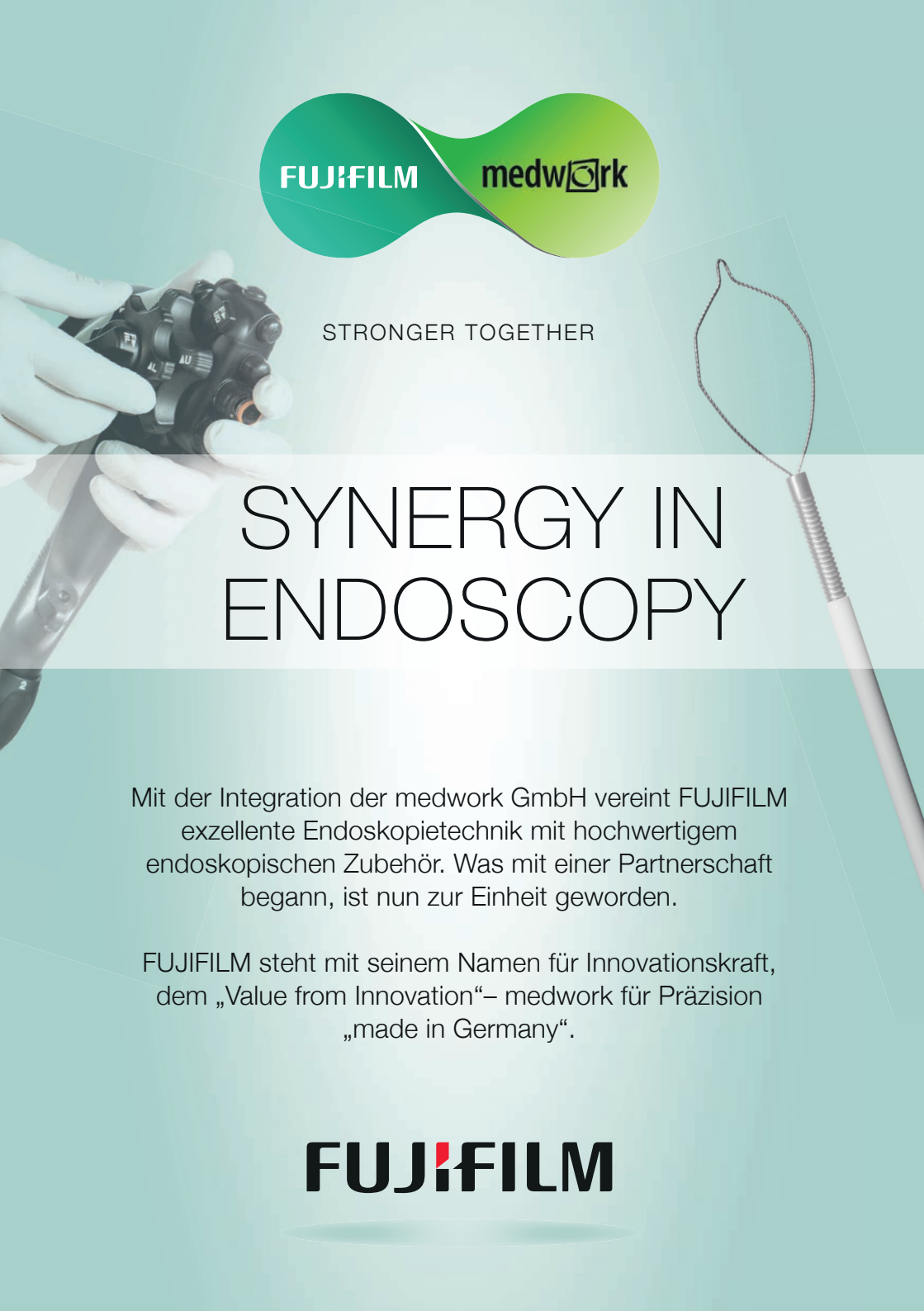
The Fujifilm logo, consisting of the word "FUJIFILM" in a bold, sans-serif font, with a red vertical bar between the "J" and "I".

FUJIFILM

The medwork logo, featuring the word "medwork" in a lowercase, sans-serif font, with a stylized square icon containing a circle and a dot, resembling a medical symbol.

medwork

STRONGER TOGETHER

The background of the advertisement features a light teal gradient. On the left, a gloved hand holds a black endoscopic control handle with various buttons and dials. On the right, a long, thin endoscopic instrument with a coiled wire loop at the tip is visible. The text "SYNERGY IN ENDOSCOPY" is centered in a large, white, sans-serif font.

SYNERGY IN ENDOSCOPY

Mit der Integration der medwork GmbH vereint FUJIFILM exzellente Endoskopietechnik mit hochwertigem endoskopischen Zubehör. Was mit einer Partnerschaft begann, ist nun zur Einheit geworden.

FUJIFILM steht mit seinem Namen für Innovationskraft, dem „Value from Innovation“ – medwork für Präzision „made in Germany“.

FUJIFILM