

Einzelpreis: Euro 8,90

G 62609

Aus dem Inhalt

► Gastroenterologische Onkologie

Pankreaskarzinom bei bereits langer Diabeteserkrankung	Seite 5
Fruquintinib beim metastasierenden Kolorektalkarzinom	Seite 6
Pankreasenzym-Ersatztherapie beim nicht resektablen Pankreaskarzinom	Seite 8
Lebermetastasen beim Kolorektalen Karzinom	Seite 8
KEYNOTE-061-Studie zum Magen- oder Kardialkarzinom	Seite 9
KEYNOTE-224-Studie zum fortgeschrittenen Hepatozellulären Karzinom	Seite 10
Ablationsverfahren beim HCC innerhalb der Mailand-Kriterien	Seite 14
Präoperative Radiochemo-, adjuvante Chemotherapie beim Rektumkarzinom	Seite 14
Darmkrebsprognose	Seite 14
Systemische Behandlung des Hepatozellulären Karzinoms	Seite 15
Frühdiagnose eines HCC bei Leberzirrhose	Seite 16
Risikofaktoren für kolorektale Adenokarzinome	Seite 18
Calciumaufnahme und Risiko für Kolorektalkrebs	Seite 19
Ablehnung einer Screening-Koloskopie nach positivem gFOBT	Seite 20

► Ösophagus & Magen

AspECT-Studie zum Barrett-Ösophagus	Seite 9
---	---------

► Pankreas

Exokrine Pankreasinsuffizienz, Mangelernährung bei chronischer Pankreatitis	Seite 5
Cholezystektomie bei biliärer Pankreatitis	Seite 5
Diabetesneuerkrankung beim resezierten duktalem Adenokarzinom des Pankreas	Seite 6
Borderline-resektables duktales Adenokarzinom des Pankreas	Seite 8
Komplikationsrate bei akuter Pankreatitis	Seite 12
Unerwünschte Ereignisse und erneute Interventionen nach PES	Seite 15

► Dünndarm & Kolon

Vedolizumab bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa	Seite 4
Anämie bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen	Seite 6
Einsatz verschiedener PPI und mikroskopische Kolitis	Seite 15
METRIC-Studie zum Morbus Crohn	Seite 18
Meta-Analyse zur Dünndarm-Kapselendoskopie	Seite 22

► Leber & Gallengänge

Prävention spontaner bakterieller Peritonitis bei Zirrhose mit Aszites	Seite 10
Metaanalyse zur nicht invasiven Diagnose der Leberfibrose	Seite 12
Vorteile einer EUS-geführten Gallengangdrainage gegenüber ERCP	Seite 12
Krankheitsprogression bei Primär Sklerosierender Cholangitis	Seite 19
Hoher BMI im späten Teenager-Alter sagt schwere Lebererkrankungen voraus	Seite 20

► Verschiedenes

Zöliakieprävalenz unter Osteoporosepatienten	Seite 4
USA: Infektionsraten nach Koloskopie und Ösophagogastroduodenoskopie	Seite 9
Bakterien aus dem Verdauungstrakt auf Duodenoskopen	Seite 10
Weizenintoleranz und chronische gastrointestinale Symptome	Seite 16
Mikrobiota in randomisierten kontrollierten Studien	Seite 16

► Forschung, Hochschule & Verbände

► Industrie

► Termine

Editorial

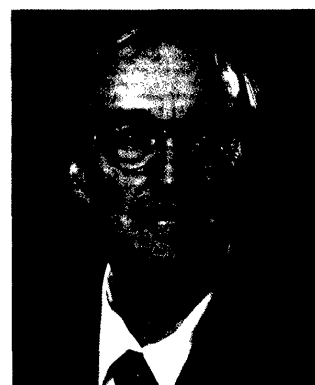
Wie gefährlich ist das Infektionsrisiko nach Endoskopie?

Liebe Leserinnen und Leser,

die Auswahl der Arbeiten fiel mir dieses Mal leicht, da der Umfang des Heftes deutlich größer sein durfte. Gerade in der Onkologie hält die personalisierte Medizin weiter Einzug. Die genetische Charakterisierung des Tumors entscheidet über die Art der Chemotherapie und lässt Aussagen zur Prognose zu. Zwei Arbeiten zum Infektionsrisiko nach Endoskopie sollten gelesen werden.

Ösophagus, Magen

Die Radiofrequenzapplikation darf schon als Standard in der Therapie des Barrett mit niedriggradiger Dysplasie betrachtet werden. Barrett ohne Dysplasie wird bislang nur überwacht und mit Standard-Dosis-PPI behandelt, da die Radiofrequenzablation nicht nebenwirkungsfrei ist. Aufgrund der Ergebnisse einer multizentrischen Studie aus Großbritannien und Kanada muss jetzt die Hochdosis-Therapie mit PPI (2 x 40 mg Esomeprazol) in Kombination mit ASS (300 mg) als „Chemoprophylaxe“ gegen die Entwicklung einer Dysplasie und eines Barrett-Karzinoms diskutiert werden (Jankowski JAZ et al. Lancet 2018;392(10145):400-408). PPI gehören zu den meist verordneten und auch relativ sicheren Medikamenten. Ich darf auf meine vor 2 Jahren im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlichte Übersicht verweisen (Mössner J. Dtsch Arztebl Int 2016;113:477-483). Es sind aber unterschiedlichste Nebenwirkungen, z. B. ein erhöhtes Risiko für Oberschenkelhalsfrakturen, beschrieben. Jetzt wird in einer epidemiologischen Erhebung aus Dänemark auch über ein erhöhtes Risiko einer mikroskopischen Kolitis berichtet (Bonderup OK et al. Aliment Pharmacol Ther 2018;48:618-625). Säureblockade mit H2-Blockern zur Stressulcus-Blutungsprophylaxe auf der Intensivstation galt als Pneumonie-Risiko. Dies wurde aber kontrovers diskutiert. In einer großen europäischen Multicenter-Studie wurde bezüglich dieser Frage jetzt der PPI Pantoprazol, 40 mg täglich i. v., untersucht. Es bestand zwischen Placebo und PPI kein Unterschied bezüglich der 90-Tages-Letalität und



Herausgeber:
Prof. Dr. Joachim Mössner

wichtiger Komplikationen wie gastro-intestinaler Blutung, Pneumonie, Clostridium-difficile-Infektion oder Myokardinfarkt (Krag M et al. N Engl J Med 2018 Oct 24. [Epub ahead of print]).

Dünn- & Dickdarm

Die transabdominale Ultraschalluntersuchung des Dünndarms zeigt eine gute Sensitivität bezüglich Ausdehnungsdiagnostik eines M. Crohn, die MR-Enterographie („MR-Sellink“) hat aber eine höhere Sensitivität (Tailor SA et al. Lancet Gastroenterol Hepatol 2018;3:548-558). Dem Problem Anämie bei M. Crohn muss mehr Beachtung geschenkt werden (Eriksson Cet al. Aliment Pharmacol Ther 2018;48:638-645). Retrospektive Kohortenstudien haben nicht den höchsten Evidenzgrad, spiegeln aber, wie die Autoren schreiben, die „Real World“ wider. Der Integrin-Inhibitor Vedolizumab ist bezüglich Remissions-Induktion und -Erhaltung bei M. Crohn und Colitis ulcerosa effektiv (Kotze PG et al. Aliment Pharmacol Ther 2018;48:626-637). Schade, dass bis heute keine randomisierten, prospektiven Doppelblind-Studien zu anti-TNFalpha versus anti-Integrin vorliegen. Interessant ist die Frage des postoperativen Infektionsrisikos, wenn innerhalb der letzten 30 Tage Biologika bei CED eingesetzt wurden. Zwischen anti-TNFalpha-Therapie und Vedolizumab bestand kein

Fortsetzung auf Seite 2