

Aus dem Inhalt

► Schwerpunkt: Endoskopie

Endoskopie mit oder ohne Anästhesisten?.....	Seite 4
Nicht indizierte Untersuchungen im US-Veteranen-Gesundheitssystem	Seite 6
Effektivität der peroralen endoskopischen Myotomie (POEM) bei Achalasie ..	Seite 8
Langfristige Lebensqualität nach POEM bei Achalasie-III-Patienten	Seite 8
Endoskopische Submukosa-Dissektion.....	Seite 8
Eingriff an den Gallenwegen bei Patienten mit Roux-y-Rekonstruktion	Seite 10
Management oberflächlicher Neoplasien des proximalen Ösophagus	Seite 10
Verbindung von D. Santorini und D. Wirsung bei Rinnen-Pankreatitis	Seite 11
Infektionsprävention bei kontaminierten Duodenoskopen	Seite 12
Lange Lernkurve bei der peroralen Myotomie.....	Seite 15
Endoskopische kolorektale Vollwandresektion mit neuartigem Clip.....	Seite 15
Endocuff-assistierte Koloskopie	Seite 16
Multizentrische Studie zur Endocuff-assistierten Koloskopie.....	Seite 16
Endocuff-assistierte versus Standard-Koloskopie	Seite 16
Zweite Screening-Koloskopie nach 10 Jahren.....	Seite 18
Endoskopisch-ultraschallgesteuertes „Rendezvous“-Verfahren	Seite 18

► Leber & Gallengänge

Kaffeekonsum und Mortalität bei HIV-HCV-Ko-Infektion	Seite 5
Alkoholabstinenz bei Überlebenden einer Alkohol-assoziierten Hepatitis.....	Seite 6
Mikrobiomtransfer bei Patienten mit Hepatischer Enzephalopathie	Seite 10
Allgemeine gegenüber priorisierter HCV-Therapie.....	Seite 11
Therapie mit einem HCV-kontaminierten Anti-D-Immunglobulin	Seite 12
HCV-Patienten auf einer Transplantations-Warteliste	Seite 16
Entwicklung chronischer Nierenerkrankung bei NAFLD-Patienten	Seite 18

► Gastroenterologische Onkologie

Roboter-assistierte vs. konventionelle Laparoskopie beim Rektumkarzinom..	Seite 5
Entzündungs-fördernde Ernährung und Kolorektalkrebs-Risiko	Seite 14

► Dünndarm & Kolon

Mittel zur Erhöhung der Rate für Beteiligung an Screening-Koloskopien.....	Seite 4
Erhöhter Tryptophan-Stoffwechsels bei entzündlichen Darmerkrankungen... Seite 6	
Aneuploidie und flache Dysplasien bei entzündlichen Darmerkrankungen .. Seite 12	
Mikrobiomtransfer mittels oraler Kapsel versus Koloskopie.....	Seite 14

► Pankreas

Pankreaszysten-Ablation ohne Einsatz von Ethanol.....	Seite 5
Faktoren für schwere Post-ERCP-Pankreatitis nach Atlanta-Klassifikation.. Seite 14	
Prognose-Score für chronische Pankreatitis.....	Seite 15

► Ösophagus & Magen

Determinanten für Reflux-induzierten chronischen Husten	Seite 11
---	----------

► Verschiedenes

Absetzen falscher Medikation bei Bewohnern von Pflegeheimen	Seite 4
---	---------

► Forschung, Hochschule & Verbände.....

.....	Seite 20
-------	----------

► Industrie.....

.....	Seite 24
-------	----------

► Termine.....

.....	Seite 27
-------	----------

Liebe Leserinnen und Leser,

Endoskopieren ist essenzieller Bestandteil der Tätigkeit eines Gastroenterologen. Die publikatorische Qualität zum Thema Endoskopie hat sich über die Jahre nachhaltig geändert. Wurden anfangs in mehr oder weniger großen Fallbeobachtungen über technische „Errungenschaften“ berichtet, bei denen jedwedem Basteltrieb Tür und Tor offenstanden, sowie einzelne „Heldentaten“, werden jetzt zunehmend Studien mit formaler Struktur und Artikel, die auch unser Tun kritisch hinterfragen, publiziert.

Eine eher unspektakuläre technische Neuerung ist der Endocuff (Koloskop mit Cap an der Spitze), die jedoch ein bedeutsames Ziel hat, nämlich die Verbesserung der Adenom-Detektionsrate. Gleich über 3 kontrollierte Studien ist zu berichten: 2 zeigten für den Capsignifikant überlegene Ergebnisse (Endoscopy 2017;49:1051-1060; Endoscopy 2017;49:1061-1068), während eine Studie keinen Unterschied finden konnte (Endoscopy 2017;49:1043-1050). Vielleicht, weil die Detektionsrate auch kleiner Polypen sehr gut ist, hat man eine Kontrolle nach einer Indexkoloskopie von 10 Jahren festgelegt. Wäre ein kürzerer Abstand nicht besser? Nein, sagt eine Studie mit Nicht-Risikopatienten: Weniger als 10 Jahre sind nicht notwendig (Endoscopy 2017;49:1229-1236). Immer war eine Perforation bei der Polypektomie eine gefürchtete Komplikation. Jetzt befinden wir uns in der Ära der endoskopischen Vollwandresektion – einer Technik, die die Möglichkeiten einer nicht operativen endoskopischen Therapie erweitert (Endoscopy 2017;49:1092-1097). Überhaupt werden die Grenzen für eine Polypektomie immer weiter ausgedehnt. Auch bei Colitis ulcerosa kann man mit endoskopischer Submukosadissektion (ESD) adenomatöse Neoplasien sicher entfernen (Endoscopy 2017;49:1237-1242).

Der Ösophagus und dortige Erkrankungen sind ein weiterer Schwerpunkt endoskopischer interventioneller Tätigkeit. Bisher wurde v. a. über die ESD von Barrettläsionen berichtet. Aber auch Tumore im proximalen Ösophagus (43 % hochgradige intraepitheliale Neoplasien, 57 % Plattenepithelkarzinome) konnten in einer Studie erfolgreich endoskopisch entfernt werden. In definierten Fällen erfolgte eine postinterventionelle Chemotherapie. Die 5-Jahres-Überlebensrate betrug 98 % (Ann Surg 2017;266:995-999). Mit der Einführung der per-

Herausgeber:
Prof. Dr. Wolfgang Kruis

oralen Myotomie (POEM) haben wir eine sehr effektive Langzeittherapie bei Achalasie zur Verfügung – allerdings nicht bei allen Typen und nicht bei allen Therapiezielen (Endoscopy 2017;49:1209-1218). Wahrscheinlich könnte der Erfolg einer POEM mit verbesserter präinterventioneller Diagnostik genauer vorausgesagt werden. Jedenfalls hat die Messung des 4-Sekunden-integrierten Relaxationsdruckes eine sehr gute präinterventionelle Voraussagekraft (Z Gastroenterol 2018;56(2):111-116). Zu beachten ist jedoch die technische Herausforderung einer POEM. Die Lernkurve ist lang, etwa 100 Prozeduren sind notwendig (Clin Gastroenterol Hepatol 2017 Dec 2. pii:S1542-3565(17)31421-0). Auch wenn es hier (noch) keine endoskopische Intervention gibt, bleibt eine häufige Ursache eines chronischen Hustens zu erwähnen. Eine 24-Stunden-Impedanz-Druckmessung findet häufigen Reflux, jedoch meist nicht mit Säure. Hier müssen wir und v. a. die Pulmonologen umdenken (Gut 2017;66:2057-2062).

Weltweit bewegt die Frage, ob eine Endoskopie mit oder ohne Anästhesisten durchgeführt werden soll, die Gemüter der Gastroenterologen. In einer großen US-Studie zeigte sich eine deutliche Zunahme der Mitbeteiligung von Anästhesisten. Bemerkenswerterweise hatte dies nichts mit den Patienten zu tun (z. B. Adipositas, Komorbidität u. ä.), sondern vorzugsweise etwas mit den örtlichen Voraussetzungen. Ein seltsames Argument (Gastroenterology 2017;153:1496-1503). Und noch eine andere kritische Studie aus den USA: Von mehr als 200.000 VA-Patienten erhielten ca.

Fortsetzung auf Seite 3 •••••►