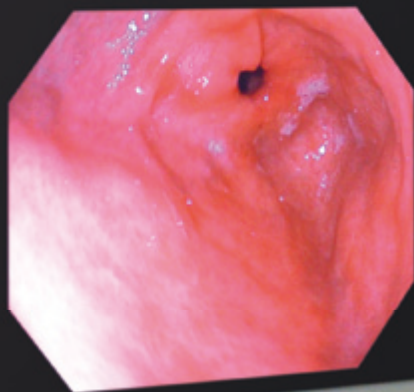


# OLYMPUS informiert

Die Vierteljahresschrift über flexible medizinische Endoskopie von der Olympus Deutschland GmbH.  
Ausgabe für Deutschland, Österreich und die Schweiz

Ausgabe 3 | 2012

Neues für die Gastroenterologie



- Mehr und präziser erkennen – Erweiterung der diagnostischen Möglichkeiten?

- Schlaglichter von der Digestive Disease Week
- Neue Telefonnummern beim Olympus Medical Service

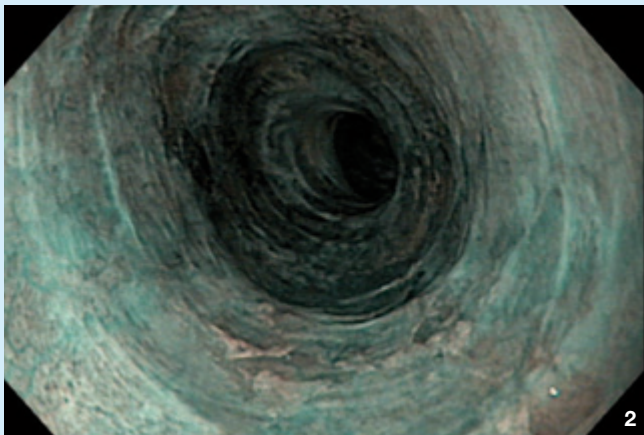
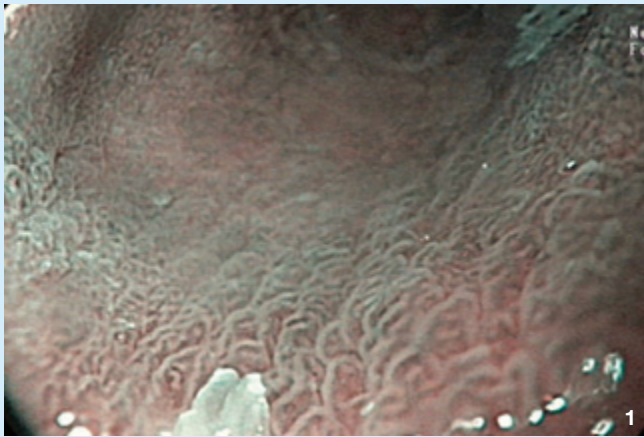
- Neue Produkte und Fortbildungstermine



## Mehr und präziser erkennen

Erweiterung der diagnostischen Möglichkeiten?

Der Barrett-Ösophagus ist der wichtigste Risikofaktor für das Adenokarzinom des Ösophagus, dessen Inzidenz kontinuierlich ansteigt. Die Standardendoskopie liefert zu wenig Detailinformation über die mukosale Oberfläche, um zwischen der intestinalen Metaplasie, der intraepithelialen Neoplasie oder gar deren Ausprägung zu differenzieren. Verschiedene technische Modifikationen in der Endoskopie, wie die Chromoendoskopie, narrow band imaging (NBI), Autofluoreszenz oder auch Vergrößerungsendoskopie und Endomikroskopie, wurden u. a. mit der Zielsetzung entwickelt, die Detektionsrate eines Barrett-Ösophagus zu erhöhen und eine Epitheldifferenzierung und damit die gezielte Biopsie zu ermöglichen.



Von

**PD Dr. med. Peter Sauer**

**Dr. med. Anja Schaible MSc**

Interdisziplinäres Endoskopie-Zentrum

Universitätsklinikum

Im Neuenheimer Feld 410

69120 Heidelberg

Deutschland

**Abb. 1:** Barrett-Epithel im NBI-Modus und Nahbereich

**Abb. 2:** Kontrolle nach definitiver Radiochemotherapie eines Plattenepithelkarzinomes des Ösophagus im NBI-Modus, welcher die verbesserte Lichtleistung demonstriert

Außer der Chromoendoskopie und der NBI-Technologie – und auch diese nur mit erheblichen Einschränkungen – hat aber kaum eine Technik Eingang in die tägliche Praxis gefunden. Eine Metaanalyse, basierend auf prospektiven Studien, belegt die Wertigkeit der NBI-Technologie in der Detektion der Barrett-Mukosa und der Identifizierung einer high-grade intraepithelialen Neoplasie (HGIEN) (Mannath et al., Endoscopy 2010; 42: 351). Allerdings gelang es bisher nicht, die relevanten endoskopischen Befunde standardisiert zu klassifizieren. Unterschiedliche Studiendesigns und Patientenkollektive oder die Erfahrung der Untersucher waren verantwortliche Faktoren, aber auch die optischen Limitierungen der NBI-Technologie. Mit der erheblich verbesserten Lichtleistung und Kontrastierung im NBI-Modus in der weiterentwickelten neuen EVIS EXERA III Serie könnte dieser Faktor eliminiert werden. Mittlerweile konnten wir die meisten unserer sechs fixen Arbeitsplätze mit dieser neuen Gerätegeneration bestücken, und die ersten persönlichen Erfahrungen unterstreichen diese eindrucksvolle optische Qualität (Abbildung 1). Die Aufgabe ist es nun, in prospektiven klinischen Studien diesen Zugewinn an optischer Leistungsfähigkeit zu validieren. Ob dann tatsächlich die Detektion von HGIEN verbessert wird oder die Quadrantenbiopsie durch eine NBI-gesteuerte gezielte Biopsie abgelöst werden kann, muss geprüft werden.

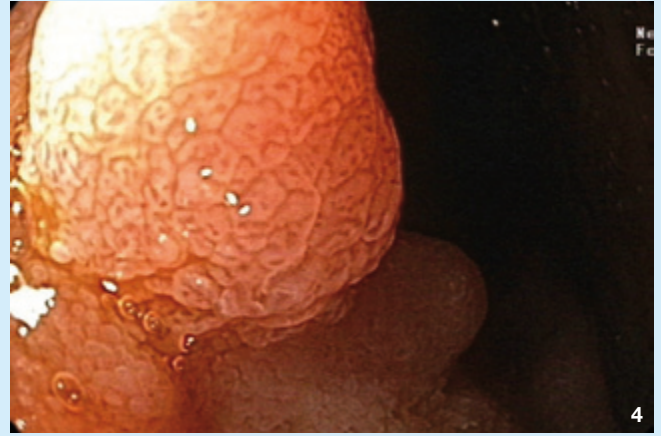
### **Neue Bildgebung auch hilfreich beim frühen Erkennen von Rezidiven?**

Die Identifizierung von HGIEN vor der Progression zum Adenokarzinom ist die Voraussetzung für eine endoskopische Resektion. In zahlreichen Studien wurden die Sicherheit und die Effektivität der lokalen endoskopischen Therapie belegt.

Selbst bei selektierten Frühkarzinomen erscheint das Risiko eines Lymphknotenbefalls oder einer hämatogenen Disseminierung ausreichend niedrig, um diesen onkologisch relativ konservativen endoskopischen Ansatz gegenüber einer Ösophagusresektion zu rechtfertigen. Die erzielten kompletten Remissionsraten sind ebenso variabel wie die Rezidivraten (Prasad et al., Gastroenterology 2009;137: 815). Allerdings konnten einige Faktoren, die mit dem Auftreten eines Rezidives nach lokaler Resektion assoziiert sind, identifiziert werden. Neben der Größe der Läsion, Ausdehnung des Barrett und Resektionstechnik ist auch eine verbliebene intraepitheliale Neoplasie ein Risiko für ein Rezidiv. Sowohl die Erkennung des verbliebenen dysplastischen Areals als auch eines Rezidives nach vollständiger Resektion ist schwierig. Auch bei dieser Fragestellung könnte die Verbesserung der endoskopischen Qualität eine Rolle spielen. Durch die Modifizierung der Schärfentiefe mit der Dual Focus Funktion gelingt die präzise Beurteilung im Nahbereich, so dass das Risiko, kritische Befunde zu übersehen, reduziert werden kann.

### **Weitere vielversprechende erste Erfahrungen mit neuer Gerätegeneration**

Vergleichbar zu der beschriebenen Problematik beim Barrett-Ösophagus ist die Schwierigkeit, bei der Nachsorge von Patienten mit Plattenepithelkarzinomen des Ösophagus nach einer definitiven Radiochemotherapie Schleimhautveränderungen zu erkennen. Auch hier ist die subtile Beurteilung des betroffenen Segmentes von herausragender Bedeutung. Erste Erfahrungen bei diesen Patienten mit der neuen Prozessor- und Gerätegeneration erscheinen uns vielversprechend (Abbildung 2). Ebenso überzeugend waren



**Abb. 3:** Duodenaladenomatose im Standard-Weißlicht

**Abb. 4:** Duodenaladenom bei FAP im Weißlicht

**Abb. 5:** Duodenaladenom im NBI-Modus

die detaillierten endoskopischen Bildinformationen, die wir bei Patienten mit familiärer adenomatöser Polyposis gewinnen konnten (Abbildung 3). Die FAP ist eine autosomal dominant vererbte Erkrankung, die neben den multiplen Kolonadenomen auch durch extrakolonische Manifestationen charakterisiert ist. Hierzu zählen vor allem die duodenalen Adenome, die in unterschiedlicher Ausprägung bei nahezu allen Patienten auftreten. Vermutlich analog der für das Kolonkarzinom beschriebenen Adenom-Karzinom-Sequenz entstehen vor allem peripapillär bei diesen Patienten Karzinome in 4 - 10%, welche die Haupttodesursache der kollektomierten Patienten darstellen. Es wurden verschiedene Versuche unternommen, die Patienten mit dem größten Risiko, ein Adenokarzinom des Duodenums zu entwickeln, zu identifizieren. Die Spigelman-Klassifikation (Spigelman et al., Lancet 1989; 2: 783) konnte sich am ehesten etablieren und beurteilt Anzahl und Größe der Polypen und deren Histologie. Bei ausgeprägten Befunden kommt als therapeutische

Maßnahme jedoch nur die pankreaserhaltende Duodenektomie in Betracht, die als technisch anspruchsvolle Operation eine substantielle Morbidität aufweist. Die jährliche Surveillance mit endoskopischer Beurteilung der Progression und PE der größten Adenome ist oft schwierig in der Beurteilung, eine PE von allen vorliegenden Adenomen meist aufgrund der Anzahl nicht möglich. Ziel der jährlichen Überwachung ist es, einerseits eine Einschätzung zur Progredienz des Befundes zu treffen, andererseits die größten Adenome zu biopsieren und malignitätsverdächtige Befunde zu identifizieren und damit den richtigen Zeitpunkt zur Operation nicht zu verpassen. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen noch keine belastbaren Daten vor, die über eine Oberflächenbeurteilung der Duodenaladenome zu den therapeutischen Entscheidungen beitragen. Vielleicht gelingt es mit dem Einsatz der neuen Gerätetechnik, vergleichbar zu den Klassifikationssystemen im Kolon, mittels präziser Deskription des Mukosabefundes bessere diagnostische Parameter zu entwickeln.