

Gesunder Darm ?

Polyp-Abtragung im Dickdarm

Technik und Ausblick

Dr. med. Andreas Große



Themen-Übersicht

- Polyp-Klassifikation
- Grenzen zur / der Bösartigkeit
- Polypektomie-Techniken
- Statistische Auswertung
- Perspektiven
- Neue Daten zur Altersentwicklung





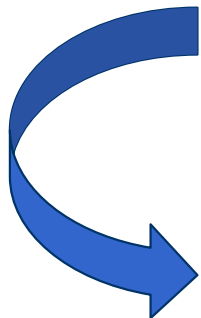
Statistik Kolon-Carcinom (Krebsregister; D)

Aktuelle Häufigkeit	45 (w) – 70 (m) / 100.000
Maximum	350 / 100.000
Enddarm	20 %
Neuerkrankungen	60.000 / Jahr
Mortalität	25.000 / Jahr (-20% in 10 Jahren !)

Vorsorge-Koloskopie seit 2003
Polypektomie-Technik (EMR / ESD / FTRD)
Hygiene (bilaterale Aufbereitung)

Radiologie (Primovist-MRT der Leber)
OP-Technik (Minimal invasiv /12 LK)
Pathologie (Kras / Mercury / MSI)
Chemotherapie (neoadjuvant / EGF-Rezeptor-AK)
Strahlentherapie (Intensitätsmodulation IMRT)
Tumor-Board (interdisziplinär)

ERFAHRUNG & ZERTIFIZIERTES DARMZENTRUM





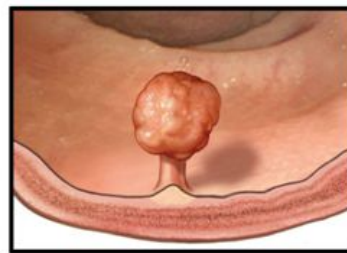
Qualitative & quantitative Anforderungen eines zertifizierten DZ

- Untersucher: > 200 Koloskopien / Jahr (> 25 Polypektomien / Jahr)
- Vollständigkeit *elektiver* Koloskopien (Coecum) > 95%
- Polyp-Erkennungsquote (Polyp detection rate; ADR) > 20 %
- Rückzugszeit > 6 min
- Komplikationsrate therapeutischer Koloskopien < 0.5%
(Blutung & Perforation)

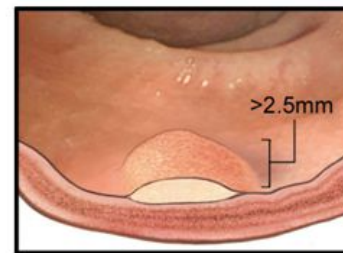


Paris-Klassifikation (Kolon-Polypen)

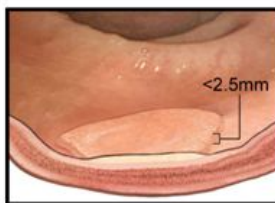
Paris shape classification



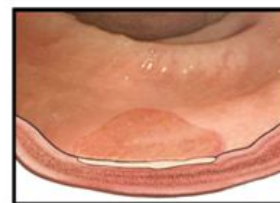
1p - pedunculated



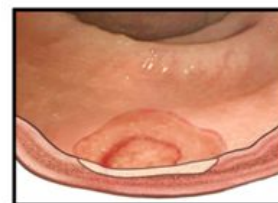
1s - sessile



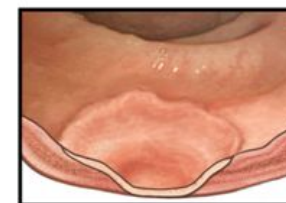
2a - flat, slightly elevated



2b - flat, completely flat



2c - flat, depressed



3 - flat, ulcerated

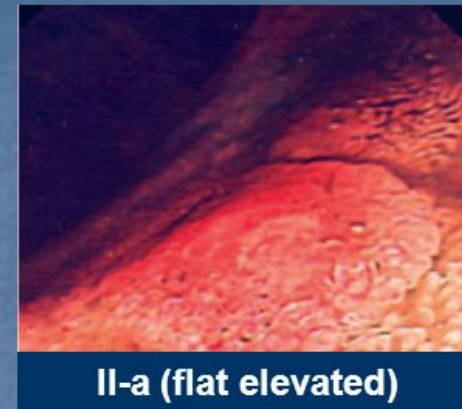
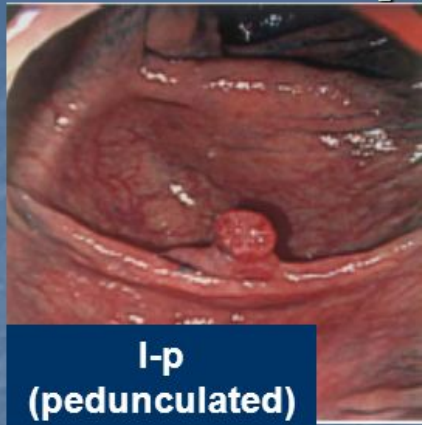
"Flat" polyps: Lesions with < 2.5mm elevation (width of snare catheter/bx cable)

Paris-Klassifikation (Kolon-Polypen)



AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT

Paris Classification



Kudo-Klassifikation ("pit-pattern" NBI)



AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT

Type	Schematic	Endoscopic	Description	Suggested Pathology	Ideal Treatment
I			Round pits.	Non-neoplastic.	Endoscopic or none.
II			Stellar or papillary pits.	Non-neoplastic.	Endoscopic or none.
III _s			Small tubular or round pits that are smaller than the normal pit	Neoplastic.	Endoscopic.
III _l			Tubular or roundish pits that are larger than the normal pits.	Neoplastic.	Endoscopic.
IV			Branch-like or gyrus-like pits.	Neoplastic.	Endoscopic.
V _i			Irregularly arranged pits with type III _s , III _l , IV type pit patterns.	Neoplastic (invasive).	Endoscopic or surgical.
V _w			Non-structural pits.	Neoplastic (massive submucosal invasive).	Surgical.

Histologie-Kongruenz



Normal & Hyperplasie

75% n=157

Adenom

94% n=3186

Carcinom

85% n=95

Kudo,S. Gastrointest Endosc, 1996, 44, 8-14

Kato,S. Endoscopy, 2001, 33, 306-10



AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT

Entartungsrisiko von Kolon-Polypen

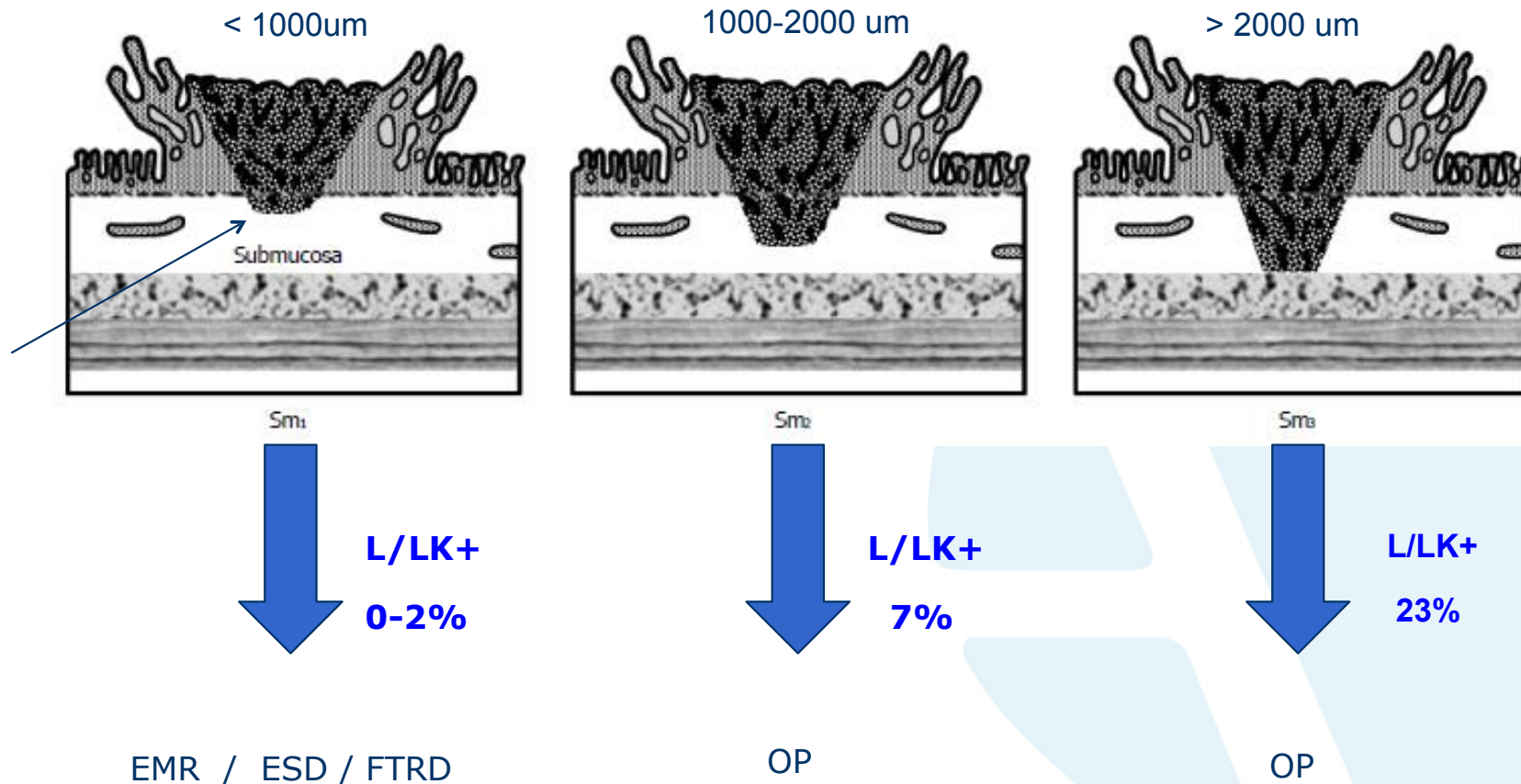
Adenom-Größe (cm)	<1	0.9
	1-2	8.4
	2-3	30.1
	3-4	53.3
	>4	78.2
Histologie	Tubulär	3.1
	Tubulovillös	23.1
	Villös	46.2
Wachstumsform	gestielt	3.1
	tailliert	3.8
	sessil	12.6
	SSA (sessil serratiert)	15-25

%

(Erlanger Polyp-Register, N = 14082)



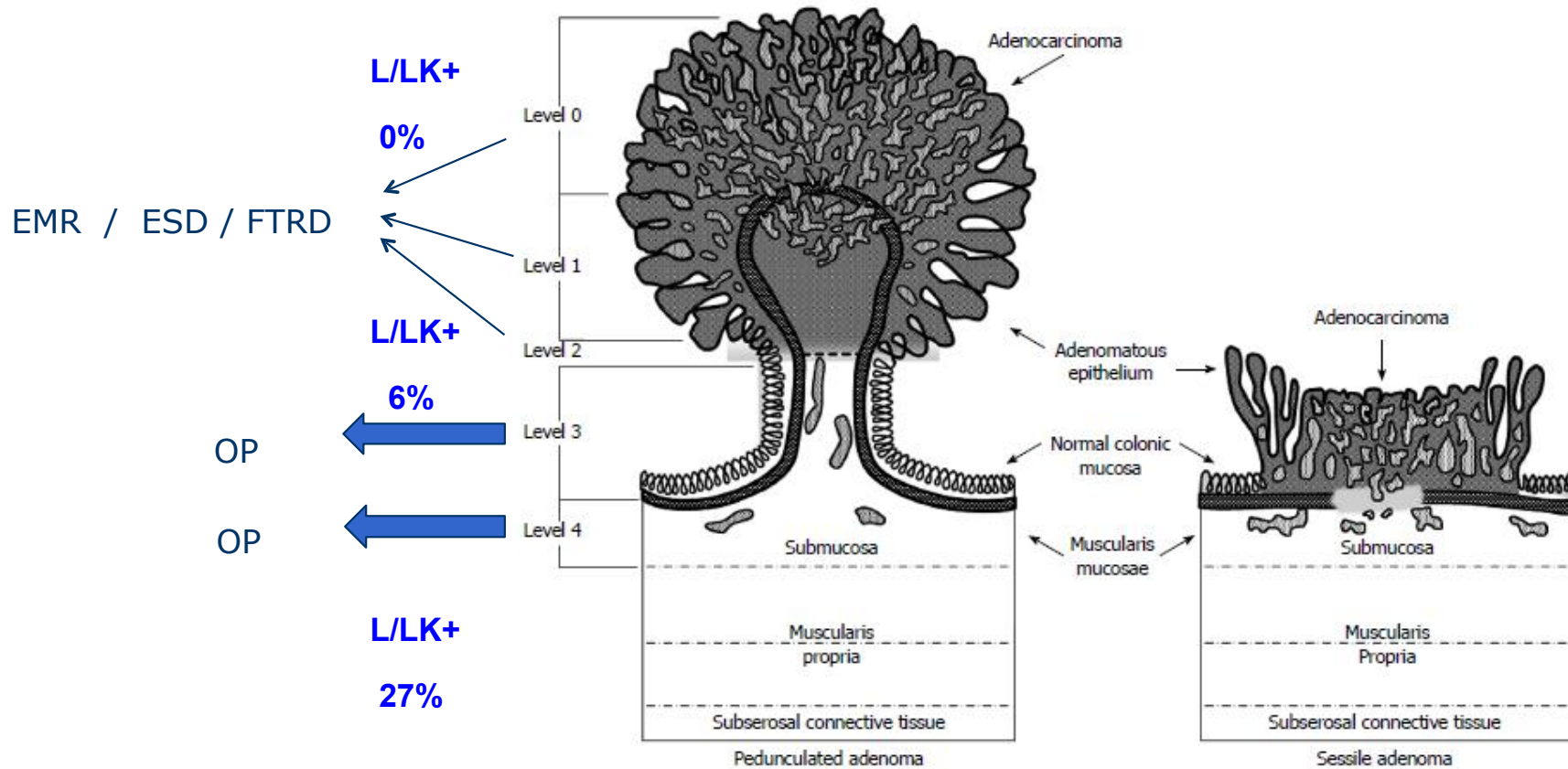
Submukosa-Budding (Maligner Kolon-Polyp; T1)





Submukosa-Budding

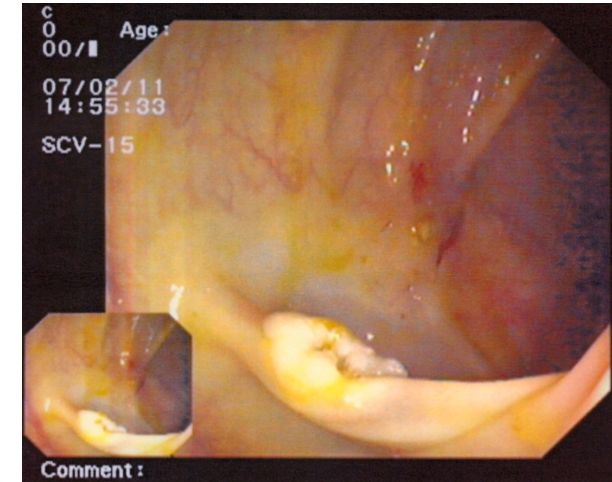
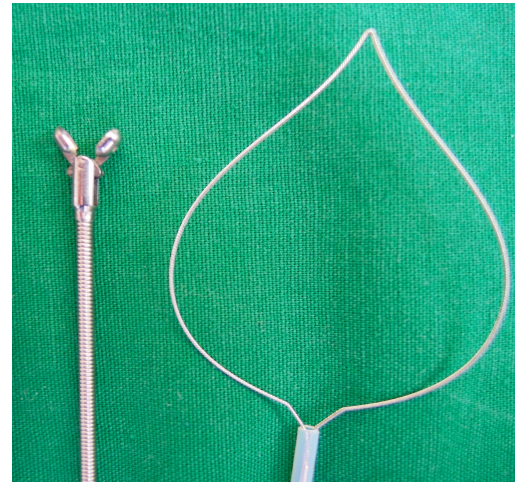
(Maligner Kolon-Polyp Paris Typ I; Haggitt-Level)





AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT

Endoskopische Polypektomie (EPE)



Technik

HF-Schlinge

R0

95%

Blut. / Perf.

2-7 / 2 %

Vorteil

sofort möglich, 15-30 min, ges. Kolon,
MK 50,- Euro

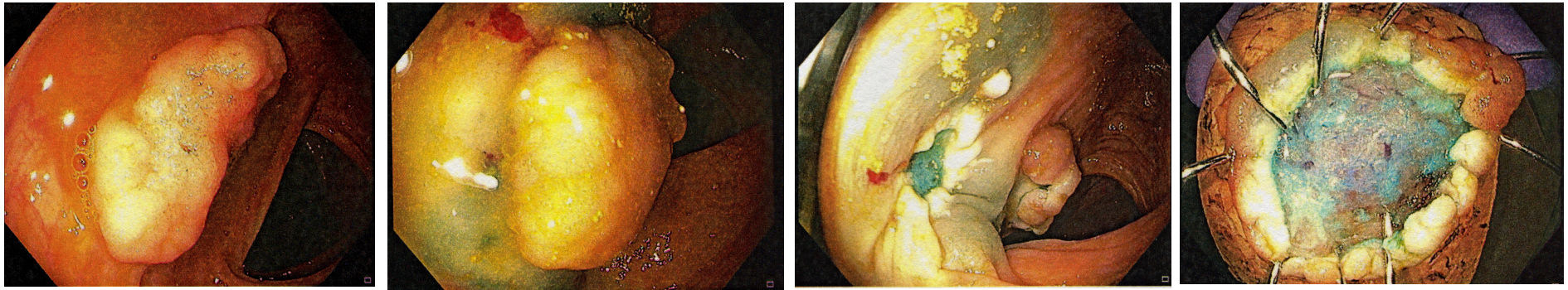
Nachteil

Paris Ip + Is (II + III ungeeignet)



AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT

Endoskopische Mukosaresektion (EMR)

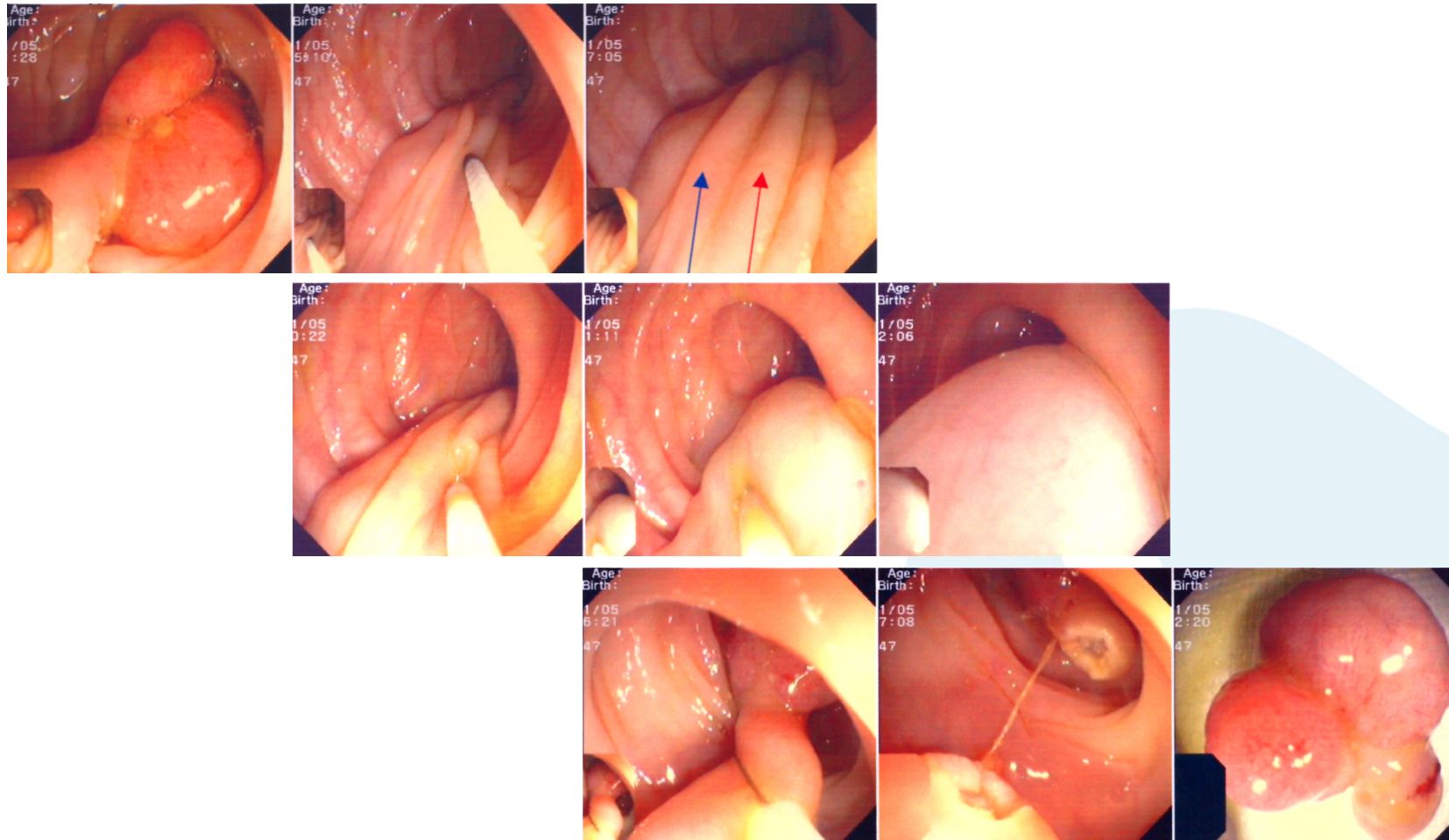


Technik	HF-Schlinge +/- Kappe, Lifting , Netz, Kork
R0	80 %
Blut. / Perf.	2-7 / 2 %
Vorteil	sofort möglich, 30-45min, gesamtes Kolon, MK 129 Euro
Nachteil	(> 20mm oft "piece meal"); Rezidiv < 22%



AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT

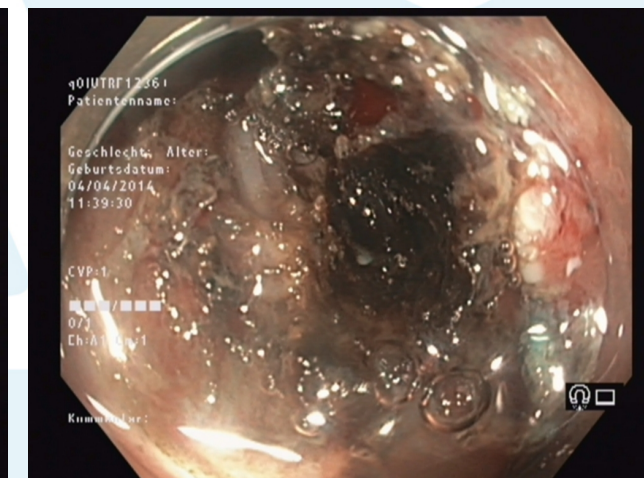
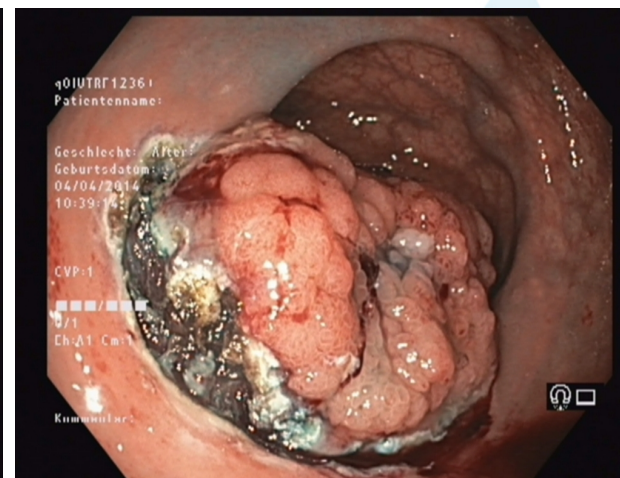
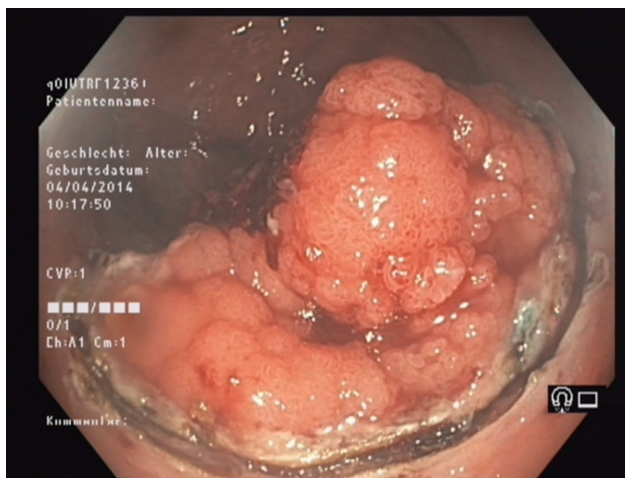
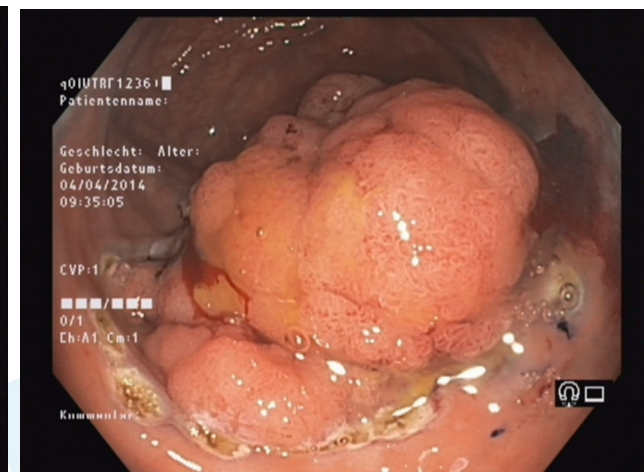
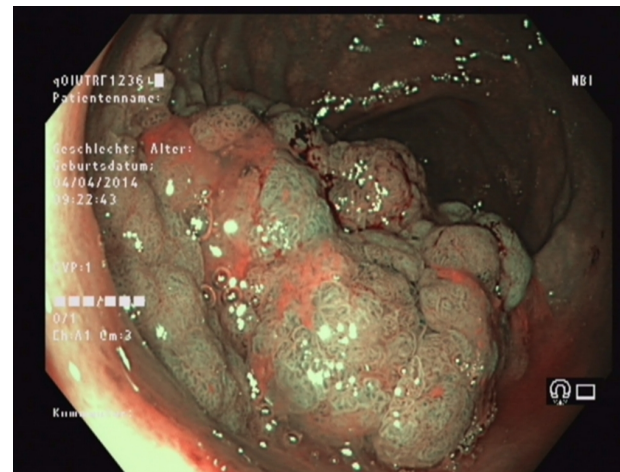
Präventive Blutstillung (Endoskopischer Doppler / Endo-Loop....)





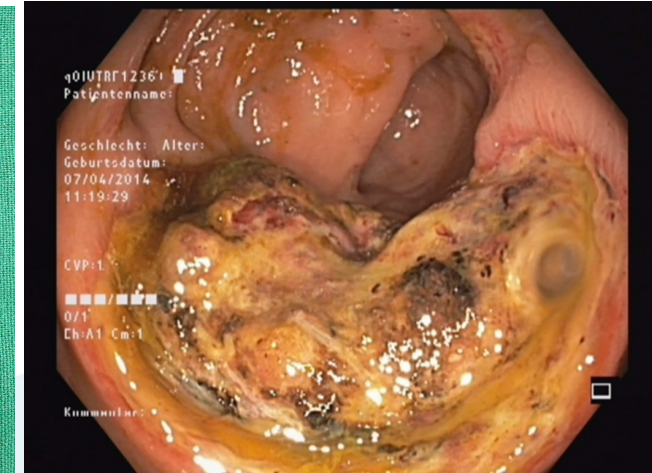
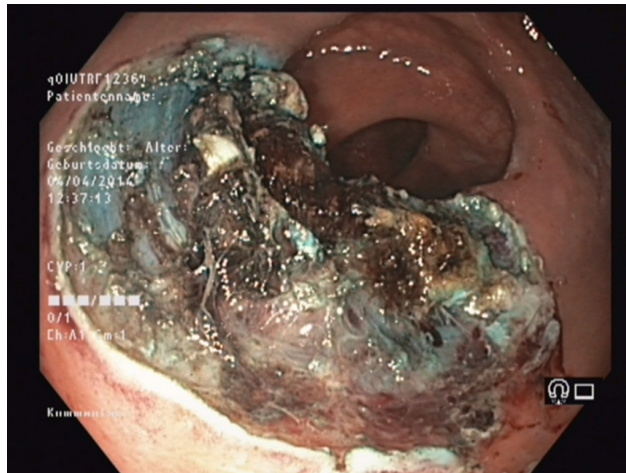
AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT

Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD)





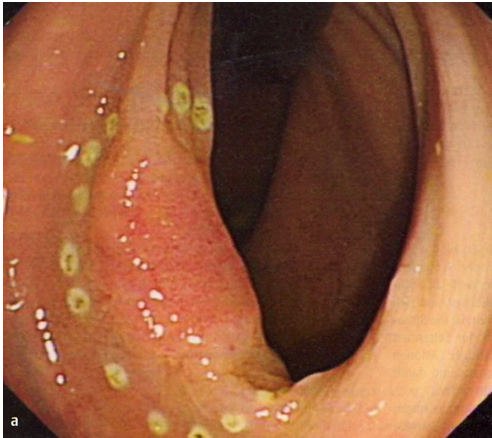
Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD)



Technik	APC, Lifting, Knife, CO2, Endowasher.....
R0	> 95%
Blut. / Perf.	4-16 / 2-14 %
Vorteil	Paris I-III inkl. T1 sm1, < 70mm, Rezidiv < 5%
Nachteil	130-200 min, 4.Assistenz, Erfahrung, IMC/ITS, MK 1410,- Euro, Planung, bevorzugt Rektum



Endoskopische Vollwand-Resektion (Full Thickness Resection Device FTRD)

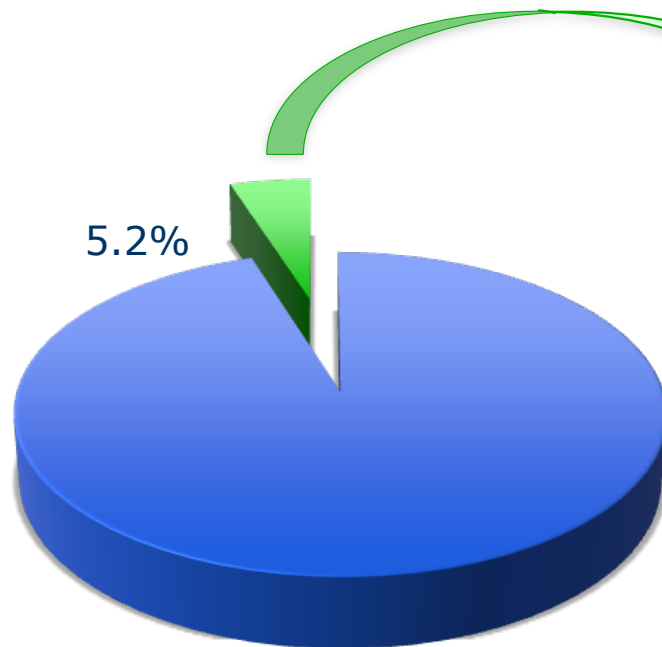


Technik	modifiziertes Clip-System (OTSC) ohne Lifting
R0	87 - 100 %
Blut. / Perf.	5 - 30 / ? % (n.d.)
Vorteil	keine Rezidive; Kontrollen ↓; MK 908,- Euro
Nachteil	3x Koloskopie, Clip in situ (MRT möglich), < 30 mm

Kolon-Polypektomie-Statistik 2016-2017 (Agaplesion Elisabethenstift)



AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT

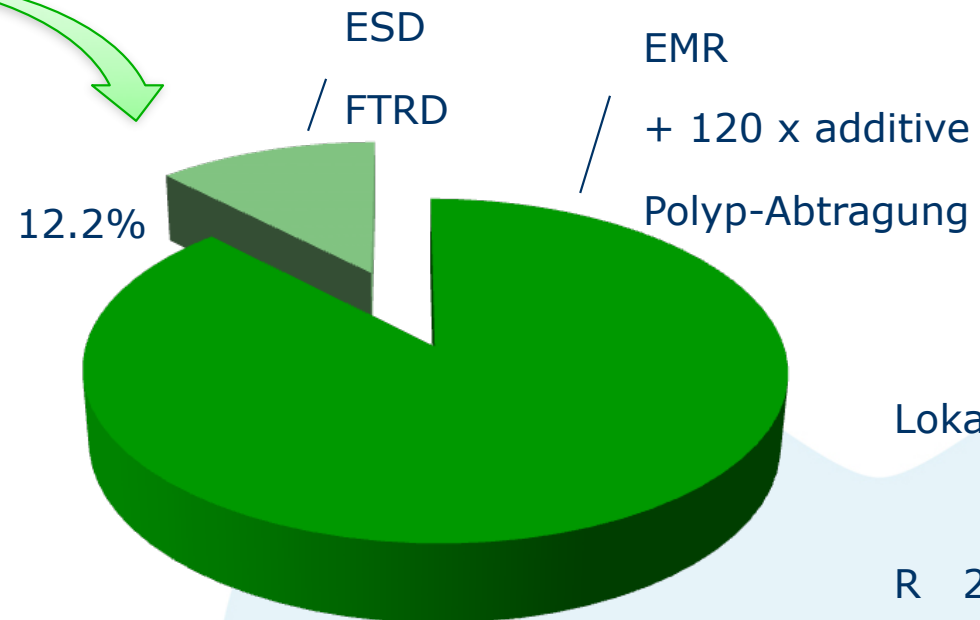


Polypektomie

n = 1900

Blutung 6 (0.3 %)

Perforation 3 (0.15 %)



EMR / ESD / FTRD

n = 98

Blutung 3 (3%)

Perforation 0 (0 %)

Lokalisation
(%)

R 23

S 23

D 9

T 12

A 21

C 12

Kolon-Polypektomie-Statistik

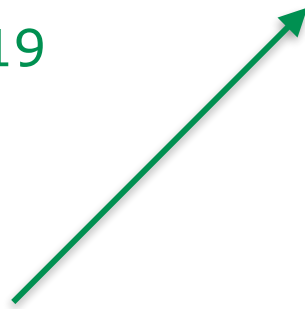
2016-2017 Agaplesion Elisabethenstift



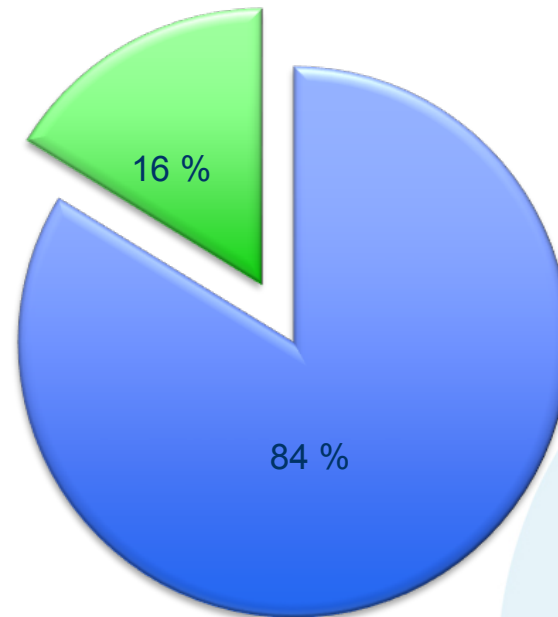
AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT

Spot-Markierung + **OP**

n = 19



- Größe
- Non-Lifting
- Position
- Rezidiv
- Carcinom



EMR + ESD + FTRD

n = 98

Vorstellung zur endoskopischen Resektion (n = 117)

Tendenz: Weitere Zunahme (insbesondere EMR & FTRD)



Kolon-Polyp-Abtragung 2019 (Perspektiven)

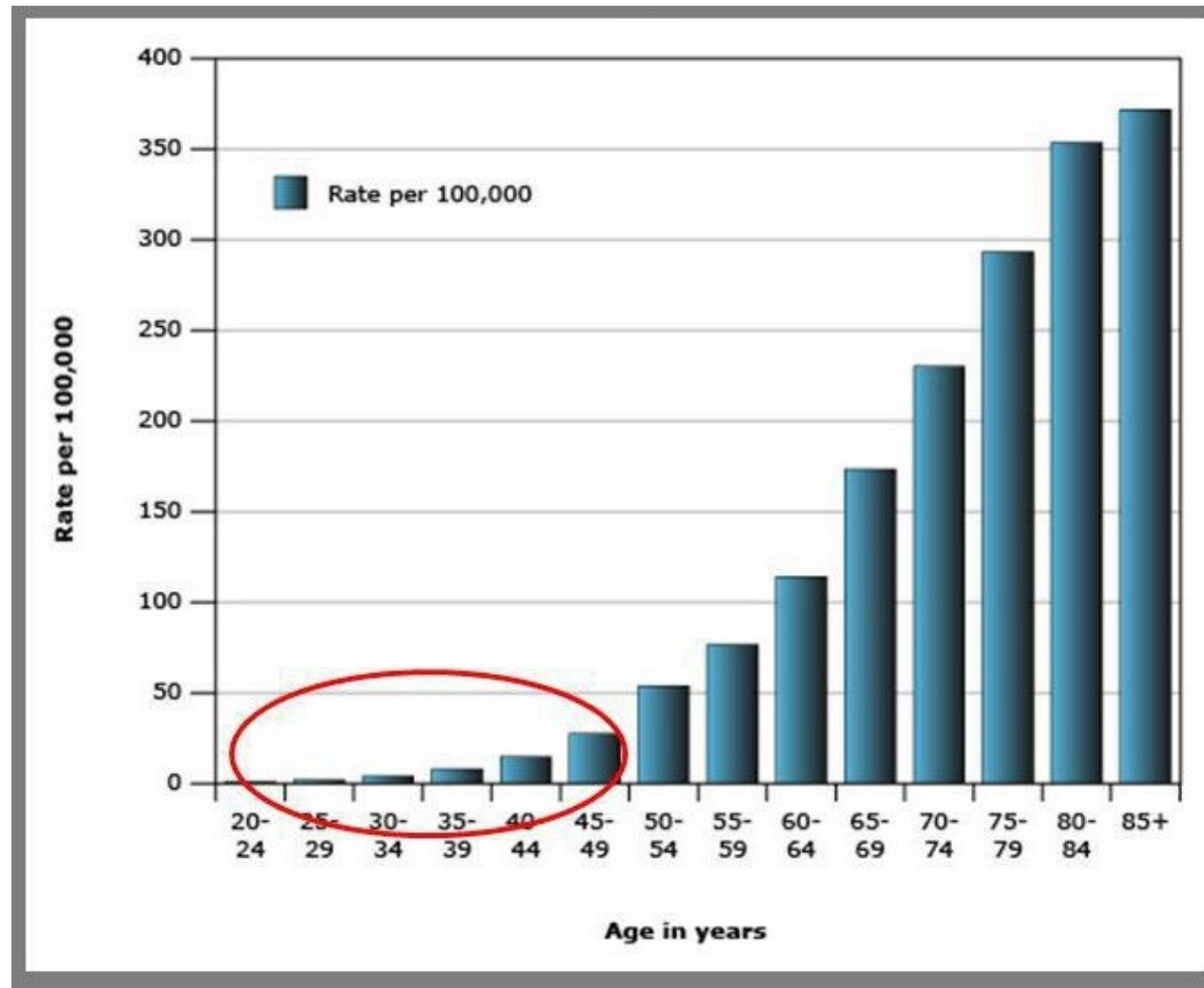
1. Die Methoden haben in erfahrenen Händen extrem geringe Komplikationen
2. Kontinuierliche technische Innovationen (Mikroskopie...)
3. Die Rate an Kolon-Carcinomen wird weiter gesenkt !
4. Forderung: Anpassung des DRG-Systems (Vergütung)
5. Hygiene im Fokus (bilaterale Aufbereitung, Trockenschränke)



Neue Hygiene-Zone am Agaplesion Elisabethenstift Darmstadt



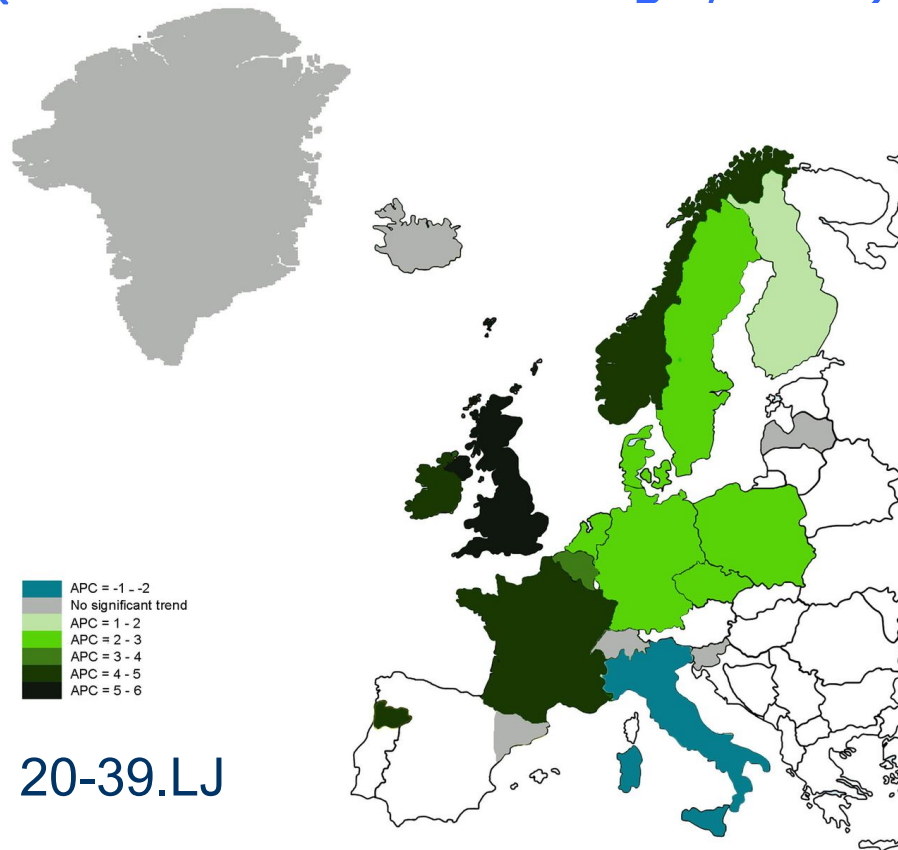
Altersverteilung Kolon-Carcinom





AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT

Altersverteilung Kolon-Carcinom (Annual Percent Change; APC)



20 Länder (EU)
144 Millionen Menschen
Alter 20-49 LJ
Zeitraum 1990 bis 2016

FAZIT

Alter 20-29 LJ
Zunahme von 0.8 *auf* 2.3% /
100.000

Alter 20-39 LJ
Zunahme um 6.4 *bis* 9.3% /y

Increasing incidence of colorectal cancer in young adults in Europe over the last 25years
Spaander, Manon; Vuik, Fanny et al
University Rotterdam NL; Department of Gastroenterology and Hepatology
GUT, 2019, 0, 1-7



AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT

Vorsicht !

Jüngere Menschen können auch Dickdarm-Krebs entwickeln !

Statistische Zunahme in Europa !

An die Indikations-Koloskopie denken !



AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT

Vorsorge-Strategie (Koloskopie)

Wenn das rechts auch dein Handy war und das links auch dein WhatsApp, dann hattest du eine geile Kindheit und solltest bald zur Darmspiegelung gehen.



Frauen 55.LJ
Männer 50.LJ
FAP 10.LJ
HNPCC 25.LJ



AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT



Endoskopie Team
Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit