



endoscopy campus

> magazin 03.2019 · 5. Jhg.

- > Interessante Fälle: Kaposi, Barrett-Karzinom
- > Fälle von EndoSwiss
- > NEU: ASGE Journal Scan



Jetzt im neuen Layout!



red dot award 2019
winner

STERILE



Das HyDOME™ System

- Steriles HYDOME™ Albarran-Modul
- Sichere Positionierung mit nur einem „Klick“
- Bürstenreinigung auch des Albarran-Kanals durchgängig möglich

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

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 !

Alles neu macht der Herbst !

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sicher haben Sie bemerkt, daß diese Printausgabe ein vollkommen neues Layout hat – so auch die Internetseite des Campus! Hier haben wir viele neue Features, einen Live Channel, den schon die Endoskopie-Assistenz mit mittlerweile 4 Livestreams (Pflege führt Regie) eingeweiht hat und auf dem in loser Folge Deutschland- und weltweite Live-Veranstaltungen übertragen werden. Weiterhin starten wir eine Kooperation mit der ASGE und ihrem wöchentlichen Journal Scan, den wir auf der Campus-Seite abbilden und von dem wir die wichtigsten Beiträge auch hier im Heft bringen. Weiterhin finden Sie Fallberichte und Hinweise auf Videos von Live-Veranstaltungen, diesmal vom Endoswiss 2019.

Und last not least – wir freuen uns immer über Beiträge wie die von den Jungen Endoskopikern der DGE-BV in den letzten Monaten.

Besuchen Sie auch die nächsten Veranstaltungen:

6th International Symposium on Complications in GI Endoscopy – CIE 2019
31 October 2019, Hotel Radisson Blu Hamburg

EndoClubNord
1. - 2. November 2019, Hamburg Messe-West

*Auch im Live-Stream über
endoscopy-campus.com*

Herzliche Grüße

Helmut Messmann
DGVS

Thomas Rösch
Endoscopy Campus

Till Wehrmann
DGE-BV

Wissenschaftliche Redaktion

- T. Rösch, Hamburg
- A. Meining, Würzburg
- A. Hann, Würzburg
- A. Repici, Mailand/Italien
- S. Varadarajulu, Orlando, Florida/USA
- S. Groth, Zürich/Schweiz

Sekretär DGE-BV

- T. Wehrmann, Wiesbaden

Wissenschaftlicher Beirat

- H.D. Allescher, Garmisch-Partenkirchen
- U. Beilenhoff, Ulm
- A. Eickhoff, Hanau
- S. Faiss, Berlin
- 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, Mainz
- O. Pech, Regensburg
- H.-J. Schulz, Berlin
- J. Weigt, Magdeburg
- D. Wilhelm, München

Technische Redaktion

- H. Kupetz, Röhl Media GmbH, Habichtswald

Sekretär Sektion Endoskopie DGVS

- H. Messmann, Augsburg

Editorial 3

endoscopy campus 4

Teaching modules

- Videobeispiel
- Endoskopische Entfernung eines Buried Bumper mit dem Flamingo-System 6

ASGE Journal Scan

- Tumor Seeding Risk From Colonoscopy 8
- Is There an Endoscopic Option to the Management of Type 2 Diabetes? 10
- Estimated Costs of Reusable Colonoscopes 11
- Comparing One-Time Colonoscopy and Sigmoidoscopy With Repeated FIT for CRC Screening: What's the Right Spin? 12

Bildergalerie

- Intestinales Kaposi-Sarkom 14

Live Report

- Interessante Fälle von EndoSwiss 2019 16

Image of the week

- Duodenum 21

DGE-BV aktuell 22

Sponsoren 24

Inserentenverzeichnis / Kongressankündigung 26

Impressum 27

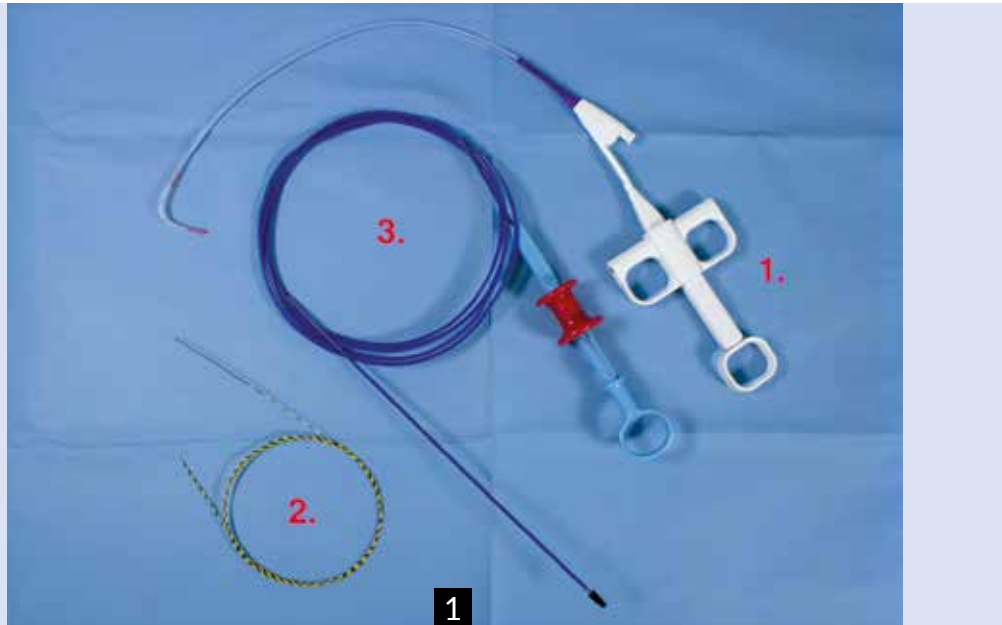


Abb. 1: Flamingo-System der Firma medwork

Videobeispiel

Endoskopische Entfernung eines Buried Bumper mit dem Flamingo-System

Dr. Moritz Schäfer, Dr. Andreas Wannhoff, Prof. Dr. Karel Caca

Interessenskonflikte:

Die Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie wird von der Firma medwork GmbH mit Forschungsgeldern für die Durchführung einer prospektiven Studie unterstützt.

[mehr unter endoscopy-campus.com](http://meh.underendoscopy-campus.com)



Abb. 2: Eingewachsene PEG-Sonde (Buried-Bumper-Syndrom)



Abb. 3: Flamingo-System durch die PEG-Sonde eingeführt

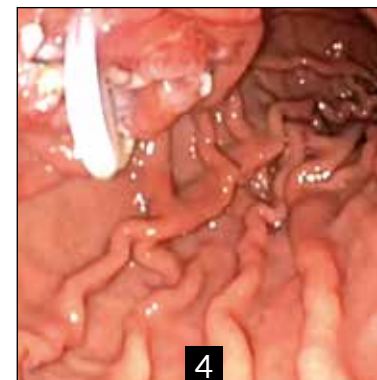


Abb. 4: Schnittführung mit dem Schneidedraht des Flamingo-Systems

Douglas K. Rex,
MD, FASGE
Editor-in-Chief
Colon



Vanessa M. Shami,
MD, FASGE
Associate Editor
Stomach and Small Bowel



Tumor Seeding Risk From Colonoscopy

Douglas K. Rex, MD, FASGE reviewing Backes Y, et al. *Gastroenterology* 2019 Aug 13.

ORIGINAL ARTICLE

Dutch investigators report evidence that metachronous colorectal cancers (CRCs) may rarely result from manipulations performed during the colonoscopy that diagnosed and obtained biopsies from the original CRC.

First, in several cases in which CRC was diagnosed and biopsied, and then metachronous cancer developed in a colon section where polypectomy was performed after cancer biopsies were obtained, it was shown that the molecular profiles of the metachronous cancer and the original cancer were identical. The chance of an identical molecular profile occurring randomly in a primary and metachronous cancer, if the metachronous cancer is not a result of seeding from the other cancer, is rare (<1%).

Second, it was shown that after biopsy of a colon cancer, the working channel can become contaminated with cancer cells, and the researchers proved that needles passed down the channel can become contaminated with viable tumor cells. This channel contamination was not cleared by repetitive channel flushing.

Third, by evaluating cases in a cancer registry in which there appeared to be a risk for tumor seeding based on the procedures performed during colonoscopy, the risk of metachronous cancer from tumor seeding was estimated at 0.3% to 0.6%.

Comment

Although this study does not prove that colonoscopic biopsy of CRC can be followed by tumor seeding, the data are suggestive and sobering. Pending further data, the following are recommended:

- When cancer is encountered, clear the remaining colon before taking biopsies of the cancer. (In a nonobstructing cancer, it might be best to clear distally first and then clear proximal to the tumor [viable tumor cells might be on the outside of the scope after passing the tumor], though no data support the need to clear distally before clearing proximally).
- Second, after clearing the remaining colon, approach the tumor and place any necessary tattoos distal to the tumor and sufficiently far enough away to eliminate the risk of hitting the tumor with the needle.
- Third, as the final step, biopsy the cancer.

Note to readers: At the time we reviewed this paper, its publisher noted that it was not in final form and that subsequent changes might be made.

Citation(s)

Backes Y, Seerden TCJ, van Gestel RSFE, et al. Tumor seeding during colonoscopy as a possible cause for metachronous colorectal cancer. *Gastroenterology* 2019 Aug 13. (Epub ahead of print) (<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.07.062>)

Is There an Endoscopic Option to the Management of Type 2 Diabetes?

Vanessa M. Shami, MD, FASGE reviewing van Baar ACG, et al. Gut 2019 July 22.

ORIGINAL ARTICLE

The morbidity and mortality of type 2 diabetes (T2DM) remain significantly high, especially in individuals with poor glycemic control. Bariatric surgery is a viable option in a subset of these patients; however, it is invasive and not readily reversible. Duodenal mucosal resurfacing (DMR) is a new endoscopic procedure, which consists of a specially designed catheter that provides circumferential hydrothermal ablation of the duodenal mucosa. There are limited data that support the use of DMR to improve glycemic control in patients with T2DM. This prospective, multicenter study examines the safety and efficacy of DMR in patients with inadequate glycemic control.

This study enrolled 46 patients with suboptimally controlled T2DM, of whom 37 (80%) underwent successful, complete DMR (as defined as a duodenal ablation zone of 9 to 10 cm). Ultimately, 36 patients were included in the final analysis. Twenty-four patients experienced at least one adverse event; one of these patients had severe adverse events (transient fever and malaise). Baseline HbA1c was reduced by 10 ± 2 mmol/mol ($0.9\% \pm 0.2\%$ [mean \pm SD]; $p < 0.001$) at 24 weeks, and the effect was sustained at 12 months. The homeostatic model assessment for insulin resistance was reduced by 2.9 ± 1.1 at 24 weeks ($p < 0.001$) and by 3.3 ± 0.09 at 12 months ($p < 0.001$). Fasting plasma glucose was reduced by 1.7 ± 0.5 mmol/l ($p < 0.001$) and 1.8 ± 0.5 mmol/l ($p < 0.001$) at 24 weeks and 12 months, respectively.

Comment

Identification and development of minimally invasive techniques to improve glycemic control in patients with suboptimally controlled T2DM are invaluable. Prospective randomized studies are needed to further examine the safety and efficacy of DMR in patients with T2DM.

Citation(s)

van Baar ACG, Holleman F, Crenier L, et al. Endoscopic duodenal mucosal resurfacing for the treatment of type 2 diabetes mellitus: one year results from the first international, open-label, prospective, multicentre study. Gut 2019 July 22. (Epub ahead of print) (<https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-318349>)

Estimated Costs of Reusable Colonoscopes

Douglas K. Rex, MD, FASGE reviewing Larsen S, et al. Gut 2019 Aug 4.

ORIGINAL ARTICLE

Single-use duodenoscopes will likely be available soon in the U.S., though initially on a limited basis. Disposable colonoscopes may follow, but the rationale is less than that for duodenoscopes, as there is no track record of infection outbreaks despite proper high-level disinfection. A major component of the feasibility discussion regarding disposable colonoscopes is the per-use cost of reusable colonoscopes.

A new estimation of reusable colonoscope costs considered costs associated with capital and repair, reprocessing, and hospitalizations due to infection transmission by the colonoscope, which was estimated at 1.6 or 3.7 infections per 1000 procedures (based on two previous studies). Costs related to colonoscope-transmitted infections accounted for about 10% to 20% of total costs, depending on the assumed infection rate and the center's procedure volume.

Assuming 20 colonoscopes and 1000 colonoscopies per year in the center, total costs were \$521 per use at the lower end of the infection rate, but there was a much lower cost of \$209 per use at 3000 colonoscopies per year. Total costs were also highly dependent on the total number of colonoscopes in the unit.

Comment

The suggestion here is that the competitive position of disposable colonoscopes must be considered in the context of procedure volume and number of colonoscopes in the unit. Disposable scopes make more sense when there is low procedure volume or, perhaps, patients who are high risk for infection or would not tolerate infection. Several factors require more evaluation, including the real rate at which postprocedure infection is directly transmitted by colonoscopes and, particularly, the functionality of single-use colonoscopes. Any loss of cecal intubation rates, image resolution, or performance speed, or inability to complete polyp resections, will create additional costs. In my opinion, functionality will be the key driver in whether and how soon a market develops for disposable colonoscopes.

Citation(s)

Larsen S, Kallou A, Hutfless S. The hidden cost of colonoscopy including the cost of reprocessing and infection rate: the implications for disposable colonoscopes. Gut 2019 Aug 4. (Epub ahead of print) (<https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-319108>)

Comparing One-Time Colonoscopy and Sigmoidoscopy With Repeated FIT for CRC Screening: What's the Right Spin?

Douglas K. Rex, MD, FASGE reviewing Grobbee EJ, et al. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2019 Aug 13.

ORIGINAL ARTICLE

Several trials are currently comparing the fecal immunochemical test (FIT) to colonoscopy for colorectal cancer (CRC) screening. These trials are based on the concept that, although the one-time sensitivity of FIT is lower than colonoscopy, the frequent intervals of FIT could allow it to catch up with or surpass colonoscopy performance.

In this study, Dutch investigators extracted and compared data from 3 separate screening trials. FIT was biennial, with the cut-off for positivity set at 10 mcg Hgb/gm feces. Sigmoidoscopy was done with one enema, and a post-sigmoidoscopy colonoscopy was triggered by detection of advanced adenoma, ≥ 3 adenomas, sessile serrated polyp, or CRC.

Advanced neoplasia (AN) was the primary endpoint. Cumulative FIT participation (77%) was higher than sigmoidoscopy (31%) and colonoscopy (24%) participation. By intent to screen, FIT yield for AN was 4.5%, colonoscopy 2.2%, and sigmoidoscopy 2.3%. Based on those actually screened, FIT yield for AN was 6.1%, sigmoidoscopy 7.4%, and colonoscopy 9.1%. Cancer yields were similar between tests. Interval cancer rates in screen-negative persons were substantially higher for FIT and sigmoidoscopy than colonoscopy.

The authors concluded that FIT is the best screening test, with comparable cancer yields and fewer colonoscopies.

Comment

It's possible to look at these results and draw different conclusions. First, in the U.S., we already have high penetration of colonoscopy, so adherence rates to the different tests are already different than reported here. Second, we have limited organized screening in the U.S., and adherence to repeated FIT falls off rapidly outside organized screening. Third, randomized trials indicate that sequential testing (offering colonoscopy first with FIT offered to those who decline, a strategy often used in the U.S. and not tested here) leads to screening rates as high as offering FIT alone and maximizes use of the most effective test. Fourth, the interval cancer rate is very important in opportunistic screening, and these results favor colonoscopy.

Citation(s)

Grobbee EJ, van der Vlugt M, van Vuuren AJ, et al. Diagnostic yield of one-time colonoscopy vs one-time flexible sigmoidoscopy vs multiple rounds of mailed fecal immunochemical tests in colorectal cancer screening. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2019 Aug 13. (Epub ahead of print) (<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.08.015>)

Intestinales Kaposi-Sarkom

Dr. med. K. Steding, PD Dr. med. B. Walter
Klinik für Innere Medizin 1, Universitätsklinik Ulm

Anamnese und klinischer Befund: Vorstellung eines 38-jährigen Mannes in deutlich reduziertem Allgemeinzustand zur Abklärung einer Hb-relevanten GI-Blutung mit Absetzen von Teerstühlen bei transfusionsrefraktärer Thrombopenie. Bei Erstdiagnose einer HIV-Infektion (CDC Stadium C3) erhielt der Patient bereits eine HIV-Medikation mit Truvada und Tivicay sowie Norvir und Prezista bei schwerem klinischen Verlauf.

Laborchemische Diagnostik (zum Untersuchungszeitpunkt):

klinische Chemie:

Leukozyten 6,2 Giga/l, Hämoglobin 6,2 g/dl, Thrombozyten 2 Giga/L

Virologie:

HIV-1-RNA quantitativ 840000 GÄ/ml (keine Resistenzmutation)

HHV -8 DNA positiv 1e+07 GÄ/ml

Endoskopie: In der notfallmäßig durchgeführten Gastroskopie zeigten sich gastral als auch duodenal multiple, hellrote polypoide Läsionen, die zur weiteren Abklärung biopsiert wurden.

Nebenbefundlich zeigte sich eine große axiale Hernie, eine Refluxösophagitis Grad A, ein Schleimhauterythem im Corpus sowie im Antrum, fibrinbelegte erhabene Erosionen im Duodenum sowie ein Schleimhauterythem im Bulbus duodeni.

Koloskopisch zeigte sich kein Hinweis auf eine aktive untere GI-Blutung. Auch hier zeigten sich multiple hellrote polypoide Läsionen.

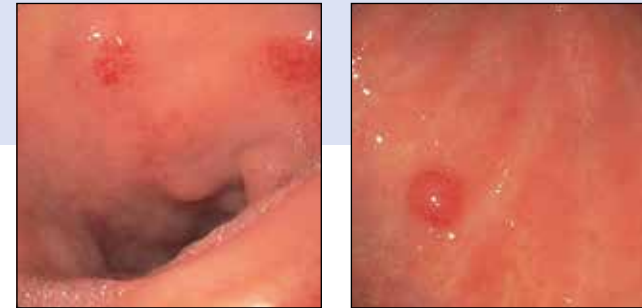
Als mögliche Blutungsquelle sahen wir eine diffuse Schleimhautblutung bei therapie-refraktärer Thrombopenie.

[mehr unter endoscopy-campus.com](http://mehr.unter.endoscopy-campus.com)

1. Gastroskopie



2. Koloskopie



Pathologischer Befund

Makroskopie: Zwei 1-2 mm messende PE aus dem Bulbus duodeni distal

Epikritischer Bericht: In der Zusammenschau handelt es sich um Duodenalschleimhaut mit Proliferaten CD31-positiver, D2-40-positiver Zellformationen und einzelnen, immunhistologisch HHV8-positiven Zellen. CD34 negativ.

In der PCR-Analyse Nachweis von HHV8-DNA.

Bei dieser Befundkonstellation muss von einem Kaposi-Sarkom mit ungewöhnlichem, CD34-negativem Immunphänotyp ausgegangen werden.

Klinischer Verlauf: Nach Diagnosesicherung eines Kaposi-Sarkom des Gastrointestinaltraktes sowie der Haut erhielt der Patient bei therapie-refraktärer Thrombopenie sowie dialysepflichtigem Nierenversagen und diffusen Hb-relevanten Schleimhautblutungen unter Verdacht eines „Kaposi Sarcoma inflammatory Cytokine Syndrom“ eine Therapie mit Rituximab. Hierunter waren Verbesserungen von Thrombozyten und Nierenfunktion zu verzeichnen.



Abb. 1: Internationale und nationale Faculty beim EndoSwiss 2019 Live

EndoSwiss 2019

„Welcome to Zurich“ hieß es am 21. und 22. Juni 2019 aus der Hirslanden Klinik in Zürich.

Bereits zum 6. Mal fand hier der EndoSwiss-Kongress unter der Leitung von Stefan Seewald, mit Liveübertragungen aus der Klinik Hirslanden und dem Baldota Institute of Digestive Sciences (BIDS) in Mumbai, statt.

Schon das Preemeeting «Masterclass Imaging-Teaching Course» überzeugte am Vortag alleine durch die internationalen Experten. Fokus des Meetings waren die Detektion, die Beschreibung und Klassifizierung von frühkarzinomatösen GI-Läsionen mit Hilfe der neuesten hochauflösenden Endoskopiotechnologien anhand von ausgesuchten Fallbeispielen und Vorträgen.

LIVE +++ LIVE +++ LIVE +++ LIVE

Der Kurs wurde von der Japanischen Gesellschaft für Gastroenterologische Endoskopie (JGES) und der Schweizerischen Gesellschaft für Gastrointestinale Pathologie (SAGIP) separat organisiert und durchgeführt. Es war das erste interaktive Livemeeting dieser Art von Pathologen und Endoskopikern.

Die neuesten Entwicklungen wurden dann am Folgetag bei den Live-Demonstrationen präsentiert, ergänzt durch interessante Fallberichte, Präsentationen und „State-of-the-Art“-Vorträge.

Die Veranstaltung wurde simultan vom Englischen ins Russische übersetzt.

Das besondere Feature in diesem Jahr war der Live-Stream beider Veranstaltungstage auf dem Endoscopy Campus und der Endo Academy. Zuschauer, die nicht aktiv in der Schweiz vor Ort sein konnten, hatten so die Möglichkeit, an dem interaktiven Kongress teilzunehmen. Neben den 220 Teilnehmern vor Ort waren 871 Teilnehmer im Live-stream. Dabei fanden sich aktive Gruppen von Endoskopikern in Bogota, Baku und Perth zusammen, die den Kongress auf Leinwänden aktiv verfolgten und auch mitdiskutierten.

Alle Präsentationen und Live-Demonstrationen werden demnächst auf dem Endo Swiss Youtube Channel und auf dem Endoscopy Campus „on demand“ zur Verfügung gestellt.



Abb. 2: Endoskopische Beurteilung eines Plattenpithefrühkarzinoms des Ösophagus durch Haruhiro Inoue und Patrick Aepli

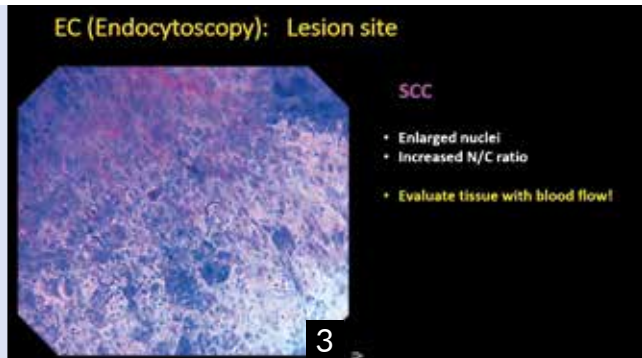


Abb. 3: Neueste Olympus Live Endozytoskopie-Technologie zur Beurteilung eines Plattenepithelfrühkarzinoms des Ösophagus

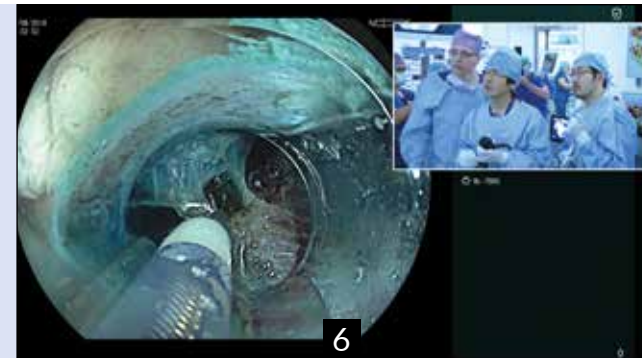


Abb. 6: ESD eines kompakten Rectumadenoms mit Hironori Yamamoto und Vladislav Yakovenko in Tunneltechnik



Abb. 4: Spiralenteroskopie mit Horst Neuhaus und Vladislav Yakovenko



Abb. 7: Papillektomie eines Papillenadenoms durch Jacques Devière



Abb. 5: Endoskopische Resektion eines Duodenaladenoms durch Stefan Groth und Thomas Rösch



Abb. 8: Aufgepinntes Präparat der Papillektomie

LIVE +++

Paradigms of IEE that work

Leave diminutive RS HPs in place Ignore normal path reports for obvious diminutive adenomas

9

EndoSwiss

Abb. 9: Kolonoskopie im Jahre 2030 – Douglas Rex

BLINC Classification

	Non-neoplastic	Neoplastic
Pit pattern	Type: Circular, tubular or branching	Disturbed
Distribution	Regular	Irregular, crowded, focal absent/multifocal
Density	Normal	Increased
Vessel pattern	Type: Non dilated	Dilated
Distribution	Peri-cryptal	Non-cryptal
Density	Normal	Increased
Colonic	Red	Red-darkness

Sensitivity = 96.7%, NPV = 95.9%

Subramanian S, et al. *BMJ* 2017; *FGAC* 2018

10

EndoSwiss

Abb. 10: Barrett Klassifikationen – Krish Ragnath

Image of the Week

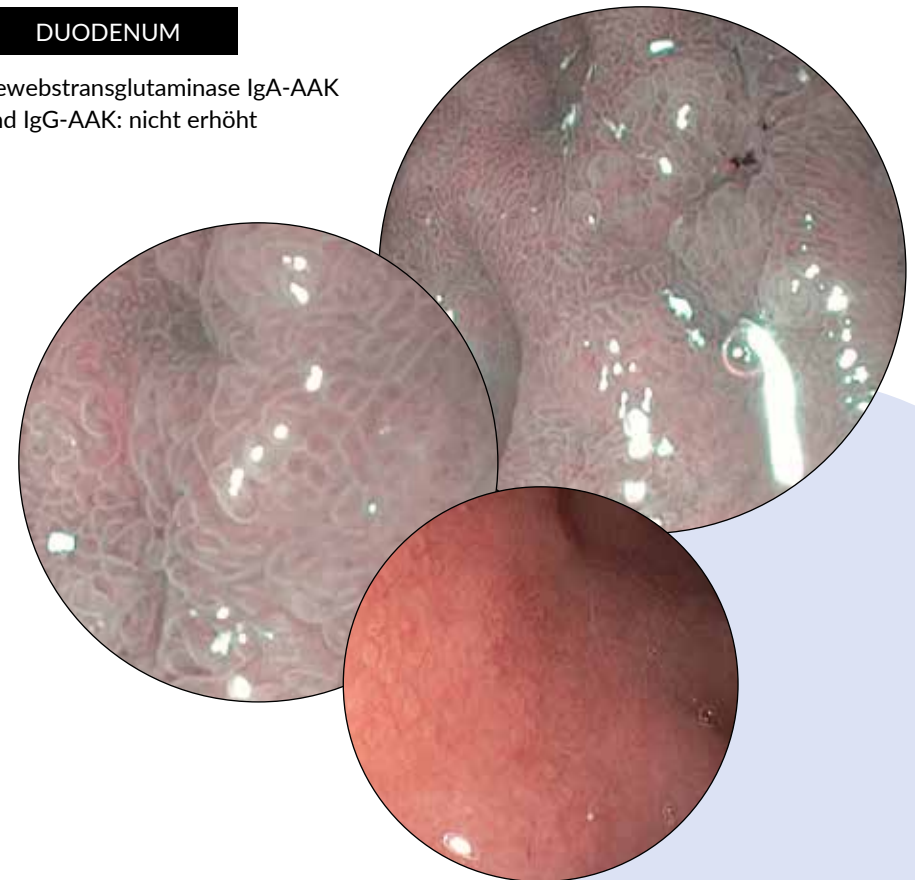
Wie lautet Ihre Diagnose?

Das endoscopy campus Bilderrätsel

Wir präsentieren Ihnen einen Befund als Bild. Am Ende des Magazins finden Sie die Auflösung: die Diagnose (S. 26)

DUODENUM

Gewebsstransglutaminase IgA-AAK und IgG-AAK: nicht erhöht





DGE-BV aktuell

Liebe Mitglieder der DGE-BV und Freunde der Endoskopie,

mit diesem Newsletter möchte ich Sie über die Ergebnisse unserer Vorstandssitzung am 26.7.2019 in München informieren.

1.

Bezüglich unseres kommenden 50. Jubiläums-Kongresses vom 16. bis 18. April 2020 im Kongresszentrum in Würzburg vermeldete unser Vorsitzender, Prof. Meining, dass das Programm nahezu fertiggestellt ist. Neben dem wissenschaftlichen Programm werden die bewährten Endoskopie-Kurse zu interventionellen Techniken sowie zwei Ultraschallkurse im Rahmen des Kongresses angeboten. Wie auch schon im letzten Jahr wird die Arbeitsgemeinschaft „Junge Endoskopiker“ ein eigenes Programm am Mittwoch durchführen. Neu in 2020 wird die Beteiligung der Schweizer Gesellschaft für Gastroenterologie und der Gesellschaft für Gastroenterologie in der Pädiatrie sein.

2.

Auch der Kongress für das Jahr 2021, unter der Leitung von PD Dr. Jörn Bernhardt, ist schon in Planung, der voraussichtliche Termin wird vom 6. - 8. Mai 2021 in Potsdam sein. Die Tagung wird im Kongresszentrum am ehemaligen Zeppelinheim (im Kongresshotel Potsdam) abgehalten werden, es ist eine wunderschöne Location und - falls das Wetter mitspielt - sollten Sie auf jeden Fall eine See-Bootsfahrt mit einplanen.

3.

Wie schon in meinem ersten Newsletter angekündigt, habe ich mich um eine Aktualisierung der Satzung unserer Gesellschaft bemüht. Die aktuell geltende Satzung (die Sie im Detail der Homepage unserer Gesellschaft entnehmen können, nebst auch einer Geschäftsordnung) ist schon weit mehr als 10 Jahre alt und es finden sich hier zum Teil Inhalte, die schon lange so nicht mehr gelebt werden. Darüber hinaus besteht auch eine - in unseren Augen nicht sinnhafte - Diskrepanz zwischen den Amtszeiten des Schriftführers und des Schatzmeisters (bisher je 6 Jahre) und den Amtszeiten der jeweiligen Stellvertreter (bisher je 2 Jahre). Im Rahmen der Vorstandssitzung im Juli haben wir hier eine Amtszeit von jeweils 5 Jahren, für alle Funktionen (wie auch z.B.

die Amtszeit der Beiratsmitglieder) für sinnvoll erachtet. Dies zum Einen vor dem Hintergrund der Kontinuität, zum Anderen aber auch um eine Rotation bei den Mandatsträgern zeitgerecht zu ermöglichen. Wir haben Ihnen hierzu einen Vorschlag zur Änderung der Satzung (und auch Abschaffung der, aktuell nicht mehr erforderlichen, bisherigen Geschäftsordnung) unterbreitet. Die Details dieser Vorschläge entnehmen Sie bitte der nachfolgenden Information.

Der Beirat unserer Gesellschaft wird die Satzungsänderung am 16. April 2020 abstimmen und (vorausgesetzt der Zustimmung, eine Vorab-Information des Beirats - ohne Gegenstimmen - ist schon erfolgt) und Sie werden dann über diese vorgeschlagene Änderung, im Rahmen der Mitgliederversammlung am 17. April 2020 in Würzburg, definitiv abstimmen können. Für diesbezügliche Rückfragen stehe ich Ihnen gerne jederzeit per Mail zur Verfügung (till.wehrmann@helios-gesundheit.de).

Einstweilen verbleibe ich, mit den besten Wünschen für den Herbst des Jahres 2019, herzlichst

Ihr Till Wehrmann
Schriftführer der Gesellschaft

Gold

Boston Scientific Medizintechnik GmbH



ERBE Elektromedizin GmbH



FUJIFILM Deutschland GmbH



KARL STORZ SE & Co. KG



Micro-Tech Europe GmbH



OLYMPUS Deutschland GmbH



ovesco Endoscopy AG



Silber

Apollo Endosurgery, Inc.



Cantel (Germany) GmbH



COOK Deutschland GmbH



Dr. Falk Pharma GmbH



medwork GmbH



Norgine GmbH



Inserentenverzeichnis

KARL STORZ SE & Co. KG, Tuttlingen U2
 OLYMPUS Deutschland GmbH, Hamburg U4

Kongressankündigung

6th International Symposium on Complications in GI Endoscopy – CIE 2019
 31 October 2019, Hotel Radisson Blu Hamburg
www.complications-in-endoscopy.com



UEGW – UEG Week Barcelona 2019
 27th United European Gastroenterology Week
 19 - 23 October 2019, Barcelona Fira Gran Via
www.ueg.eu/week



EndoClubNord
 1. - 2. November 2019, Hamburg Messe-West
www.endoclubnord.de



Image of the week: Diagnose

Sprue-ähnliche Enteropathie unter Olmesartan

IMPRESSUM

Herausgeber:

endoscopy campus GmbH
 Rosenheimer Str. 145c
 81671 München

ISSN 2365-6905

Layout, Satz und Herstellung:

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



©Image Titel: shutterstock
 ©Font Titel: Google Fonts

Motorisiertes Spiraleroskop



Spiralüberzug mit weichen Lamellen

PowerSpiral

Take Endoscopy to the Next Level

Diese innovative Technologie ermöglicht einen schnellen und schonenden Zugang tief in den Dünndarm hinein. Dabei wird der Dünndarm mithilfe eines Spiralüberzugs auf das Endoskop aufgefädelt. Das Zusammenspiel von integriertem Motor und weichen spiralförmigen Lamellen bietet mehrere Vorteile:



Schonendes und tiefes Einführen.



Präzise Positionierung bei therapeutischen Eingriffen.



Erhebliche Verkürzung der Eingriffsdauer.

Weitere Informationen:

➔ www.olympus.eu/powerspiral