



endoscopy campus

> magazin 02.2020 · 6. Jhg.

- > COVID-19: Risikostratifizierung
- > Boston-Bowel-Preparation-Score
- > CIRS ERCP – Gallengangsperforation



THE HYGIENE SOLUTION THAT FITS



PENTAX Medical is using innovative products, optimizing processes, and integrating feedback from the market to directly tackle patient safety and infection prevention.

By offering solutions like the DEC™ Duodenoscope and the PlasmaTYPHOON endoscope drying and storage unit, we are reinforcing our strong commitment to these vital topics. But real change comes from understanding the landscape - and reshaping it. Which is why improved hygiene and safety are the pillars that support all our research and development.

We work closely with experts for market insight to ensure that all products are directly based on this need. Then we innovate for even better clinical outcomes - because a commitment is nothing without action.

PENTAX
MEDICAL

PLASMA BIOTICS®
IN ASSOCIATION WITH PENTAX MEDICAL

www.plasmabiotics.com
www.the-hygiene-solution-that-fits.com

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 !

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

trotz Lockdown in vielen Bereichen inklusive verschobener Kongresse viele Grüße aus dem Editorial Office – wir laden Sie herzlich zu unserem internationalen **Livestream Endoscopy On Air am 5. Juni 2020** ein, der aus 12 Städten und 5 Kontinenten weltweit übertragen wird. Auch die DGE-BV überlegt ja einzelne Veranstaltungen live zu gestalten, sodaß hier eine neue und vielleicht langfristig parallele oder kombinierte Fortbildungsstruktur entstehen wird. Kongreßankündigungen dagegen fallen vorerst aus ...

An Neuem haben wir Ihnen Einiges zu bieten: Eine Sektion über Verhaltensempfehlungen für Endoskopie-Personal bei COVID-19, eine weitere Klassifikation (Koloskopie-Vorbereitung) und Nachsorge-Empfehlungen nach Kolon-Polypektomie, zudem die neue Sektion CIRS gemeinsam mit der Sektion Endoskopie der DGVS.

Halten Sie sich wacker und bis bald !

Herzliche Grüße

Alexander Meining
DGE-BV

Till Wehrmann
DGE-BV

Thomas Rösch
Endoscopy Campus

Wissenschaftliche Redaktion

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

Sekretär DGE-BV

- T. Wehrmann, Wiesbaden

Sekretär Sektion Endoskopie DGVS

- H. Messmann, Augsburg

Wissenschaftlicher Beirat

- H.D. Allescher, Garmisch-Partenkirchen
- U. Beilenhoff, Ulm
- A. Eickhoff, Hanau
- S. Faiss, Berlin
- D. Graham, London/UK
- 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

Editorial 3

endoscopy campus 4

Teaching Modules
Bergung eines verlorenen Gallenblasensteins aus einem perihepatischen Abszess 6

Endoscopy On Air 10

Aktuell
COVID-19: Risikostratifizierung vor Endoskopien 12
COVID-19: Schutzkleidung an- und ausziehen 14

Klassifikationen
Boston-Bowel-Preparation-Score 18
Kontrollintervalle nach Polypektomie im Kolon 21

Image Challenge 24

Fallberichte
CIRS ERCP – Gallengangsp perforation 26
Abdominelle Lymphknoten-Tbc 28

Junge Endoskopiker 32

DGE-BV aktuell
Nachruf Professor Dr. med. Monther Bajbouj 38

Sponsoren 40

Inserentenverzeichnis / Kongressankündigung / Impressum 42

Beilage: Nachsorgeintervalle nach Polypektomie

e@ endoscopy campus live streaming educational videos special cases

**BERGUNG EINES VERLORENEN GALLENBLASENSTEINS
AUS EINEM PERIHEPATISCHEN ABSZESS**

U. Will, F. Meyer, V. Masaryk

Endoscopy Unlimited! endoscopy-campus.com

Videobeispiel

Uwe Will, Villiam Masaryk, Gera, Frank Meyer, Magdeburg

Untersuchtes Organ: Leber (incl. perihepatischer Raum), Magen

Untersuchungsgerät: Hitachi, Hi Vision Preirus

Prozedur: Transabdomineller Ultraschall, Sonographie-geführte perkutane Pigtail-Drainage des Abszesses in Freihand-Technik (wiederholt), Kontrastmittel-basierte röntgenologische Darstellung der Abszesshöhle, translumenale Endosonographie-geführte Platzierung eines „Lumen-apposing metal stents“, Ballondilatation des Stents

Untersuchung: Abszessdrainage; translumenale, durch den Stent geführte endoskopische Steinbergung mittels Dormia-Körbchen

Erkrankung: Perihepatischer Abszess durch verlorenen Gallenblasenstein

mehr unter www.endoscopy-campus.com

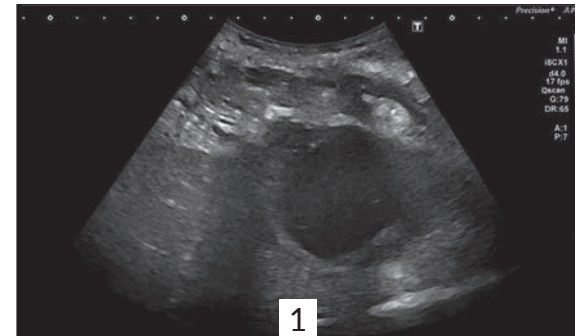


Abb. 1: Abszess: Initiale sonographische Darstellung des Abszesses mit Durchmesser von 5cm. Es erfolgt eine perkutane Drainage und Entlastung. Eine Ursache blieb unklar.

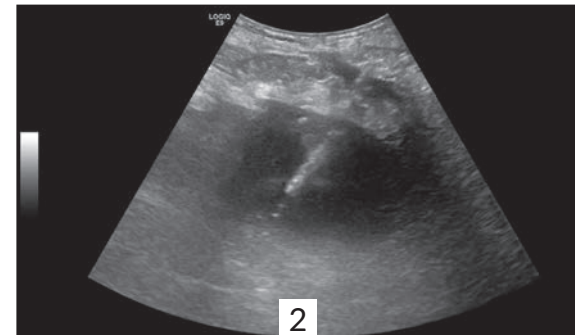


Abb. 2: Perkutane Drainage: Abszessrezidiv und eine erneute perkutane Drainage. Da es sich um ein Rezidiv handelte, wurde die Entscheidung zu einer endosonographisch-geführten transgastrischen Drainage mit „lumen-apposing metal stent“ getroffen.

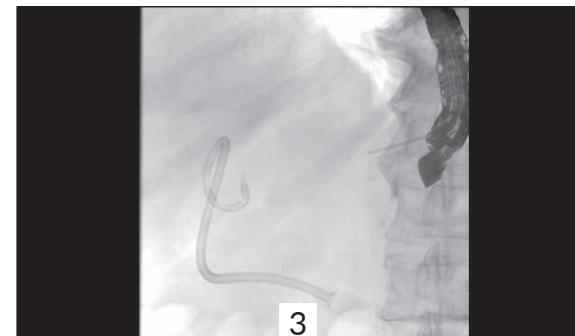


Abb. 3: EUS ohne KM: In der Endosonographie und in der Durchleuchtung erkennt man zunächst keine Ursache für den Abszess. Nebenbefundlich die falsch liegende Drainage im linken Leberlappen.

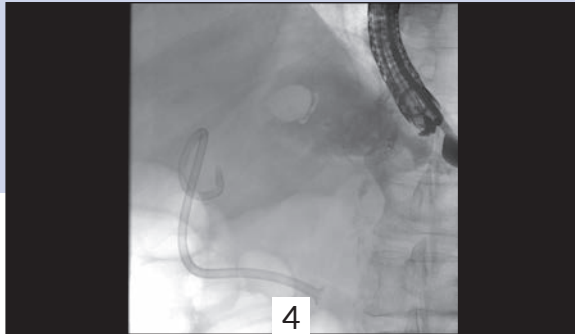


Abb. 4: EUS Kontrast: Nach Applikation von Kontrastmittel demaskiert sich eine ovale Aussparung. Man sieht ebenso den freigesetzten AXIOS Stent.

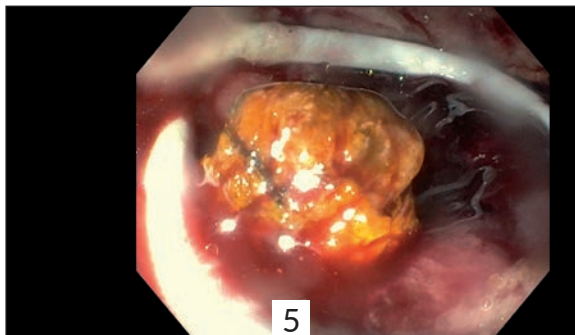


Abb. 5: Konkrement: In den nächsten Tagen wurde, nach vorheriger Ballondilatation, eine Endoskopie über den AXIOS Stent vorgenommen. In der Abszesshöhle wurde überraschendweise ein „verlorener“ Gallenblasenstein gefunden.

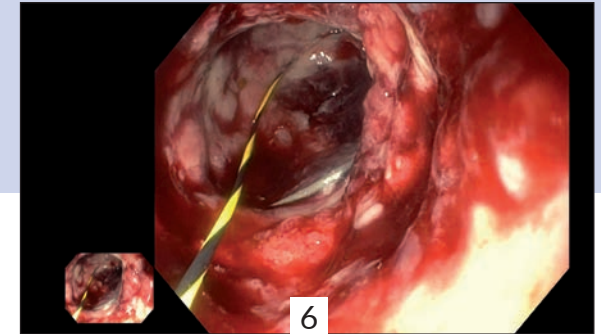


Abb. 6: Draht für Pigtail: Freigespülte Abszesshöhle. Der AXIOS Stent wurde entfernt und es erfolgt die Einlage von 2 Pigtailprothesen.

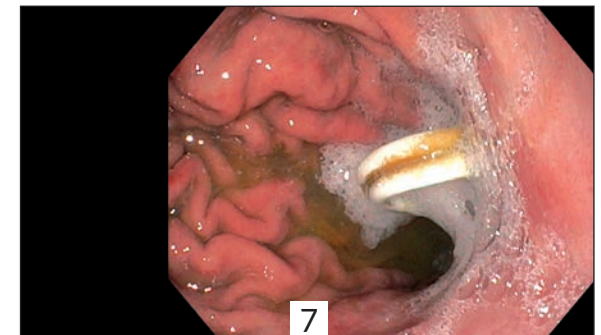


Abb. 7: ÖGD vor Entfernung: Endzustand nach 2 Monaten. Die Prothesen wurden problemlos entfernt. Seitdem war der Patient beschwerdefrei.

SAVE THE DATE

5 Continents, 12 Cities

JUNE 5, 2020 | CET 9am-5pm |

First Travel Free International Endoscopy Livestream

COURSE DIRECTORS

Alessandro Repici, Thomas Rösch



Join us at www.endoscopyonair.com

PROCEDURES

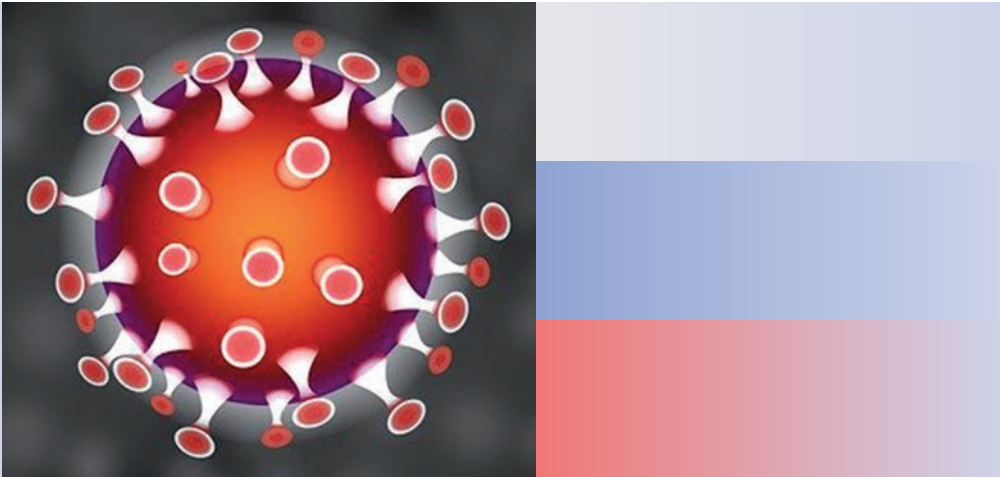
Barrett diagnosis
 Upper GI EMR
 Upper GI ESD
 Barrett ablation
 Barrett cryotherapy
 Full thickness resection
 POEM
 Tunnel resection
 Zenker therapy
 Hemostasis
 Antireflux procedure
 Endoscopic Gastroplasty
 ERCP/ cholangioscopy
 Stenting
 Anastomosis
 EMR colon
 Polypectomy colon
 and others

ENDOSCOPY TOOLBOX

Comprehensive
 Information on
 instruments
 and devices

FACULTY

Ji Young Bang
 Pradeep Bhandari
 Michael Bourke
 Amy Cai
 Philip Chiu
 Jacques Devière
 Evgeny Fedorov
 David Graham
 Rehan Haidry
 Cesare Hassan
 Robert Hawes
 Haruhiro Inoue
 Michal Kamiński
 James Lau
 Enquiang Linghu
 Alexander Meining
 Horst Neuhaus
 Ian Penman
 Nageswhar Reddy
 Alessandro Repici
 Douglas Rex
 Thomas Rösch
 Brian Saunders
 Amrita Sethi
 Prateek Sharma
 Siwan Thomas-Gibson
 Shyam Varadharajulu
 George Webster
 Naohisa Yahagi
 Ping-Hong Zhou



COVID-19: Risikostratifizierung vor Endoskopien

(nach Repici et al., Gastrointestinal Endoscopy 2020, doi: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.03.019>)

- Telefonische Kontaktaufnahme zu ambulanten Patienten einen Tag vor der geplanten Endoskopie
- Kontaktaufnahme mit der zuweisenden Abteilung/Krankenhaus

Hierbei Abfrage:

- Symptome? (Fieber > 37.5 °C, Halsschmerzen, Husten, respiratorische Probleme)
- Kontakte mit Personen mit Verdacht oder Nachweis einer CoV-2-Infektion?
- **Kein Zutritt für Begleitpersonen (Ausnahmen: spezifische Unterstützung oder Dolmetschen erforderlich). Reaktion. Lediglich regelrechte Epithelausrisse identifizierbar, keine ausreichenden Kriterien für Malignität.**

Klassifizierung der Patienten in Risikogruppen vor Endoskopie

Niedriges Risiko	<ul style="list-style-type: none"> • keine Symptome (Husten, Fieber, Luftnot, Diarrhoe) • keine Kontakte mit SARS-CoV-2 positiv getesteten Personen • keine Rückkehr aus Risikogebieten
Intermediäres Risiko	<ul style="list-style-type: none"> • Symptome, aber kein stattgehabter Kontakt mit SARS-CoV-2 positiv getesteten Personen und keine Rückkehr aus Risikogebieten • keine Symptome, aber stattgehabter Kontakt mit SARS-CoV-2 positiv getesteten Personen oder Rückkehr aus Risikogebiete
Hohes Risiko	<ul style="list-style-type: none"> • alle Notfallendoskopien ohne adäquate Anamnese • mindestens ein Symptom und eines der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> – Kontakt mit einer SARS-CoV-2 positiv getesteten Person – Rückkehr aus einem Risikogebiet

Risikoklassifikation und Schutzausrüstung Personal

Niedriges Risiko	Intermediäres Risiko	Hohes Risiko
<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgische Maske • Kopfhaube • Schutzbrille • Einmalkittel • Handschuhe 	Obere GIT-Endoskopie: hohes Risiko	<ul style="list-style-type: none"> • FFP2 oder FFP3-Maske • Kopfhaube • Schutzbrille oder -schild • langärmeliger, wasserfester Einmalkittel • 2 Paar Handschuhe
	Untere GIT-Endoskopie: niedriges Risiko	



Anlegen von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) bei aerosolbildenden Eingriffen / Maßnahmen



Prinzipien beim Anlegen von PSA

- Kurze saubere Nägel, keinen Nagellack, keinen Schmuck, keine Uhr
- Achten Sie auf einen sicheren Sitz Ihrer Brille, da Sie Ihr Gesicht / Ihre Brille danach nicht berühren sollten
- Binden Sie ggf. die Haare zurück
- Wählen Sie die geeignete PSA in der richtigen Schutzstufe /Größe aus
- Regelmäßiges Trainieren erhöht Sicherheit im Umgang mit PSA

Außerhalb des Eingriffsraumes

1. Händehygiene

Beachte: Händehygiene ist immer der Beginn

- Zum Eigenschutz
- Händedesinfektionsmittel mit mindestens „begrenzt viruzider“ Wirksamkeit
- Händedesinfektion 30 Sekunden



2. Haarschutz

Beachte: Haarschutz bei aerosolbildenden Maßnahmen empfohlen

- Während endoskopischer Eingriffe
- Während der Aufbereitung von Endoskopen



3. Körperschutz

Schutzkittel – flüssigkeitsabweisend, langärmelig (EN 14126)

- Kittel bedeckt den gesamten Körper und die Arme
- Kittelbündchen schließen am Handgelenk
- Kittel im Nacken und Taille schließen
- Ggf. beim Schließen des Kittels Hilfe in Anspruch nehmen



4. Gesichtsschutz

Chirurgischer Mundschutz (DIN EN 146683)

FFP2 / FFP3 Masken (DIN EN 149) je nach Risikobewertung

- Sicherem, engen Sitz der Haltebänder gewährleisten
- Nasenpartie des Mundschutzes / Maske an Gesichtsform anpassen, indem die Maske individuell an Nasenrücken durch leichten Druck anmodelliert wird, Maske soll Nase-Wange-Kinn fest umschließen
- Augenoptische Brille über Mundschutz/ Maske setzen, um ein Beschlagen der Brille zu vermeiden
- FFP2- / FFP3-Masken auf korrekte Funktion testen (siehe Hersteller)



Schutz von Maske und Gesicht durch Gesichtsschild oder Schutzbrille

- Schild bietet zusätzlichen Spritzschutz
- Schild oder Schutzbrille über Maske platzieren, Halterungen gut fixieren



5. Handschutz

Für Eingriffe – Untersuchungshandschuhe (EN 455)

Für Endoskopaufbereitung – Nitrilhandschuhe (EN 374)

- Sicherem Sitz der Handschuhe über Bündchen des Schutzkittels



Doppelte Handschuhe bei infektiösen Patienten



Entfernen der persönlichen Schutzkleidung (PSA) bei aerosolbildenden Eingriffen / Maßnahmen



Prinzipien

- PSA soll systematisch abgelegt werden, um das Risiko der Kontaminationen zu minimieren, ggf. Hilfestellung von Kollegen
- Regelmäßiges Trainieren erhöht die Sicherheit im Umgang mit PSA

Im Eingriffsraum

1. Handschuhe ablegen

Beachte: Handschuhe sind kontaminiert

- Außenseite des Handschuhs greifen, leicht anheben
- Handschuh in "Peel off" Technik entfernen
- Entfernten Handschuh in behandschuhter Hand halten
- Finger der nicht-behandschuhten Hand unter den verbleibenden Handschuh am Handgelenk schieben und verbleibenden Handschuh über dem ersten Handschuh abziehen, beide Handschuhe entsorgen



2. Händehygiene

Beachte: Hände sind nach dem Tragen von Handschuhen kontaminiert

- Hygienische Händedesinfektion 30 Sekunden
- zum Eigenschutz



3. Schutzkittel ablegen

Beachte: Kittel und Gesichtsschutz sind kontaminiert

- Lösen des Kittelverschlusses im Nacken und am Rücken ggf. Hilfe durch 2. Person
- Kittel möglichst nur an Innenseite berühren, Kittel in „Peel-Off“-Technik von Hals / Schultern nach vorne unten ziehen
- kontaminierte Außenseite dabei nach innen drehen
- Kittel zusammenrollen, entsorgen



4. Händehygiene

Beachte: Händedesinfektion vor Verlassen des Eingriffsraumes

- Hygienische Händedesinfektion 30 Sekunden
- um Keimverschleppung zu vermeiden



Außerhalb des Eingriffsraumes

5. Händehygiene

Beachte: Händedesinfektion vor Berühren des eigenen Gesichts

- Wiederholung der Händedesinfektion
- zum Eigenschutz



6. Gesichtsschutz ablegen

Beachte: Vorderseite von Schutzschild, Brille, Maske und Haarschutz sind kontaminiert

Systematisches Entfernen des Gesichtsschutzes:

Schutzschild / -brille → Maske → Haarschutz einzeln entfernen

- Haltebänder mit beiden Händen am Hinterkopf greifen, vorsichtig über den Kopf nach vorne ziehen
- bei Abziehtechnik Schutzschild / Brillen / Masken nur von hinten oder seitlich greifen
- bei Kontamination der Hände ggf. zwischendurch erneute Händedesinfektion durchführen



7. Händehygiene

Beachte: Händedesinfektion als finalen Schritt

- Hygienische Händedesinfektion, 30 Sekunden, ggf Händewaschen zum Eigen- und Fremdschutz





Anlegen von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) bei aerosol-bildenden Eingriffen / Maßnahmen

Außerhalb des Eingriffsraumes

1. **Händehygiene**



Hygienische Händedesinfektion

2. **Haarschutz**

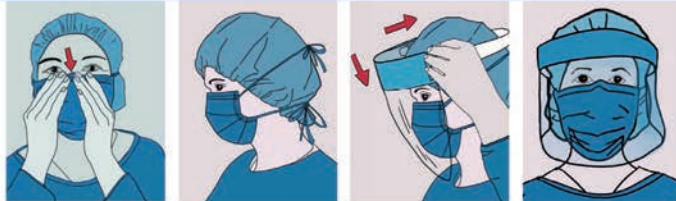


3. **Körperschutz**



Anlegen von Schutzkittel (langärmelig, flüssigkeitsabweisend)
Hinten schließen

4. **Gesichtsschutz**



Anpassen der Maske: an Nase, Wange und Kinn modellieren
Verwenden eines Schutzschildes, um Maske und Gesicht vor Kontamination zu schützen

5. **Gesichtsschutz**

Bei infektiösen Patienten



FFP 2/ FFP 3 Masken, Schutzbrille / Schutzschild verwenden

6. **Handschutz**



Handschuhe über Kittelbündchen ziehen
Doppelte Handschuhe bei infektiösen Patienten

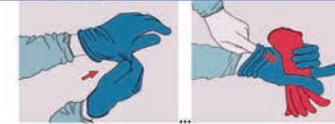


Entfernen der persönlichen Schutzkleidung (PSA) bei aerosolbildenden Eingriffen / Maßnahmen

Entfernen der PSA in systematischer Folge, um Kontaminationen zu minimieren

Im Eingriffsraum

1. **Handschuhe entfernen**



2. **Händehygiene**



3. **Schutzkittel ablegen**
4. **erneute Händehygiene**



Außerhalb des Eingriffsraums

5. **erneute Händehygiene**



Hygienische Händedesinfektion bevor das eigene Gesicht berührt wird

6. **Gesichtsschutz ablegen**



Schild, Brille, Maske nur hinten und seitlich anfassen

7. **Händehygiene**



Hygienische Händedesinfektion, 30 Sekunden als finalen Abschluß
ggf. Händewaschen

Boston-Bowel-Preparation-Score

Dörte Wichmann, Daniel Wulff, Tübingen

Empfohlene Dokumentation der Qualität der Darmvorbereitung

Verschiedene Maßnahmen haben die Mortalität des kolorektalen Karzinoms in den letzten Jahrzehnten in Deutschland gesenkt. Hierzu gehört auch die Vorsorge-Koloskopie, die Ende 2002 eingeführt wurde und derzeit für Männer ab dem 50. und für Frauen ab dem 55. Lebensjahr als Kassenleistung angeboten wird.

Die erfolgreiche Durchführung und die diagnostische Aussagekraft der Koloskopie werden hauptsächlich beeinflusst durch den Grad der Darmvorbereitung. Die DGVS empfiehlt in der S2k-LL „Qualitätsanforderungen in der flexiblen Endoskopie“, die Vorbereitungsqualität im Untersuchungsbefund zu dokumentieren und benennt den Boston-Bowel-Preparation-Score (BBPS) als geeignete Beurteilungs-Einteilung [1].

Bei dem BBPS handelt es sich um eine standardisierte 9-Punkte Beurteilungsskala für das Kolon. Der Kolonrahmen wird dabei in 3 Abschnitte unterteilt: rechts, mittig, links. Jeder Abschnitt wird bezüglich des Verschmutzungsgrades von 0 bis 3 eingeteilt. Die Summe der 3 Abschnitte entspricht den Grad der Verschmutzung hin, so gilt die Summe ≤ 5 Punkten als schlechte Darmvorbereitung, 6-7 als gute Darmvorbereitung und ≥ 8 als sehr gute Darmvorbereitung.

Die Autoren um Lai et al. konnten in ihrer Analyse eine leicht zu erlernende Anwendung und Praktikabilität des BBPS nachweisen [2]. Der BBPS wurde 2009 erstmals publiziert und ist der weltweit am häufigsten verwendete Score zur Beschreibung des Grades der Darmvorbereitung. Der BBPS ist in mehreren Studien hinsichtlich seiner Praktikabilität und Aussagekraft evaluiert worden und weist eine gute Inter- und Intra-Observer-Reliabilität ($\kappa = 0.78$, 95%, CI 0.73–0.84) auf [3].

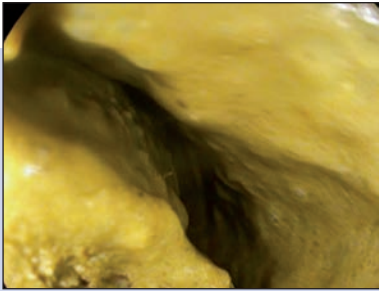
Tabelle 1: Boston-Bowel-Preparation-Score

Grad	Endoskopischer Befund
0	Entspricht einem nicht vorbereiteten Kolonsegment, die Mukosa ist wegen festen Stuhls nicht sichtbar, die Stuhlmassen können nicht entfernt werden.
1	Aufgrund von Verlegung mit Stuhl und/oder dunkler Flüssigkeit kann die Schleimhaut des Kolonsegments teilweise eingesehen werden, andere Areale im selben Segment sind nicht gut einzusehen
2	Die Schleimhaut des Kolonsegments ist gut einsehbar bei geringen Mengen restlicher Stuhlbelegung, kleine Stuhlfragmente und/oder dunkle Flüssigkeit
3	Die gesamte Schleimhaut des Kolonsegments gut einsehbar, keine Restverschmutzung

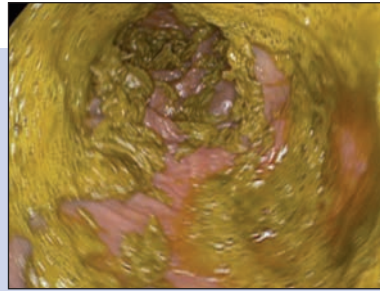
Dargestellt werden soll der BBPS im Untersuchungsbefund anhand der folgenden Dokumentation: Rechts / Mitte / Links; z.B. = 3/2/3 und die entsprechende Summe (BBPS = 8)

Lai et al. berichten über eine signifikant schlechtere Adenom-Detektionsrate bei schlecht vorbereitetem Darm (BBPS ≤ 5) im Vergleich zu einem guten Vorbereitungsgrad (BBPS > 5) [2]. Eine verbesserte Adenom-Detektionsrate konnte jedoch zwischen den Vorbereitungsqualitäten ‚gut‘ (2) und ‚sehr gut‘ (3) nicht bestätigt werden [4]. In der Konsequenz empfiehlt die S2k-LL „Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie“ die Anwendung eines vereinfachten BBPS mit Angabe des Grades für das schlechteste Segment [1]. Es wird angemerkt, dass die Adenom-Detektionsrate als Haupt-Surrogatparameter für die Outcome-Qualität der Koloskopie dient. Eine Wiederholung der Koloskopie sollte bei schlechter Darmvorbereitung, entsprechend einem BBPS von ≤ 5 oder einem vereinfachten BBPS von ≤ 1 , empfohlen werden.

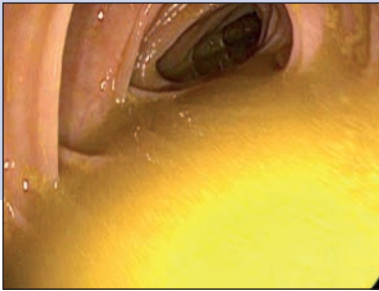
Die Befunddokumentation kann im Fließtext oder als Einzelpunkt erfolgen.



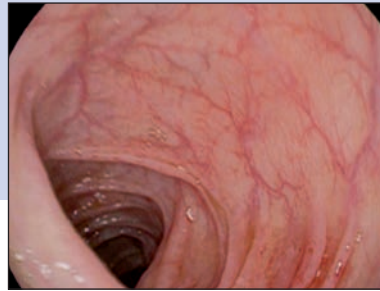
Befund entsprechend BBPS 0



Befund entsprechend BBPS 1



Befund entsprechend BBPS 2



Befund entsprechend BBPS 3

Kontrollintervalle nach Polypektomie im Kolon

Benjamin Walter, Ulm

Nachsorgeintervalle nach Polypektomie

Die Koloskopie ist das zuverlässigste Verfahren zur Detektion kolorektaler Karzinome und Polypen. Ziel einer Koloskopie muss das Erreichen eines polypenfreien Darms (clean-colon) sein, d.h. alle relevanten Polypen sollen vollständig entfernt werden. Die histologische Befundung der entfernten Polypen soll neben dem Wuchstyp eine Aussage zur Vollständigkeit der Abtragung (RO) beinhalten.

Neben der „klassischen Adenom-Karzinom-Sequenz“ existieren weitere Pfade der Karzinomentwicklung. Zum einen der sog. „serratierte Karzinogeneseweg“, als dessen Vorläuferläsion die Entität der sessil serratierten Läsion (SSL), bislang sessiles serratiertes Adenom (SSA) genannt, betrachtet wird. Zum anderen ein „Mischtyp“, der molekulare Charakteristika der beiden anderen Karzinogenesewege vereint: Dessen Vorläuferläsionen können wiederum das traditionelle serratierte Adenom (TSA) oder auch villöse Adenome sein.

Ein Problem stellen „Intervallkarzinome“ dar. Dies sind Tumore die im Intervall zwischen zwei Vorsorgekoloskopien auftreten. Intervallkarzinome sind größtenteils auf übersehene Läsionen („missed adenoma“) zurückzuführen. Weitere Faktoren sind die inkomplette Polypektomie, eine fehlende Nachkontrolle, sowie schnell wachsende sogenannte De novo-Tumore.

Die Festlegung der Untersuchungsintervalle nach Polypektomie hängt vom individuellen Risiko des Patienten ab. Das Risiko hängt entscheidend damit von der Anzahl, der Größe und Histologie der entfernten Adenome ab. Hierbei werden sessil serratierte Läsionen (SSL) wie Adenome behandelt.

References

1. Denzer, U., et al., [S2k guideline: quality requirements for gastrointestinal endoscopy, AWMF registry no. 021-022]. Z Gastroenterol, 2015. 53(12): p. E1-227.
2. Lai, E.J., et al., The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. Gastrointest Endosc, 2009. 69(3 Pt 2): p. 620-5.
3. Calderwood, A.H., et al., Boston Bowel Preparation Scale scores provide a standardized definition of adequate for describing bowel cleanliness. Gastrointest Endosc, 2014. 80(2): p. 269-76.
4. Mahadev, S., P.H. Green, and B. Lebowitz, Rates of Suboptimal Preparation for Colonoscopy Differ Markedly Between Providers: Impact on Adenoma Detection Rates. J Clin Gastroenterol, 2015. 49(9): p. 746-50.

Diese Nachsorge-Empfehlungen gelten nach der Index-Koloskopie, sowohl im Bereich der Vorsorge (erstmalig bei Männern ab dem 60., bei Frauen ab dem 55. Lebensjahr) wie auch im Bereich der diagnostischen Koloskopie unabhängig vom Alter. Individuelle Intervalle können bei deutlich jüngeren Patienten (z.B. unter 40 Jahren) individuell erwogen werden. Eine Stellungnahme für Patienten mit erhöhtem familiärem Risiko beinhaltet die Leitlinie nicht.

Eine einschränkende Bemerkung muss zu den beiden letzten Punkten (nicht sicher vollständige Abtragung) gemacht werden: Im Alltag wird in den pathologischen Berichten hierzu oft keine Stellung genommen, oder es kann eine sichere RO-Abtragung nicht garantiert werden. Die Konsequenz einer strengen Beachtung der Leitlinie auf Seiten von Pathologie und Endoskopie würde daher zu einem massiven Anstieg der Nachsorge-Koloskopien führen.

In diesem Heft finden Sie das herausnehmbare Falblatt für die empfohlenen Kontrollintervalle nach Polypektomie angelehnt an die aktuelle deutsche Leitlinie. Die Empfehlungen unserer Kollegen aus UK und USA unterscheiden sich hinsichtlich der Intervalle zum Teil deutlich voneinander. Näheres zu diesem Thema finden Sie auf www.endoscopy-campus.com zum Nachlesen.

Quellen

Aktualisierte Version: S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom Langversion 2.1.-Januar2019AWMF-Registernummer:021/007OL

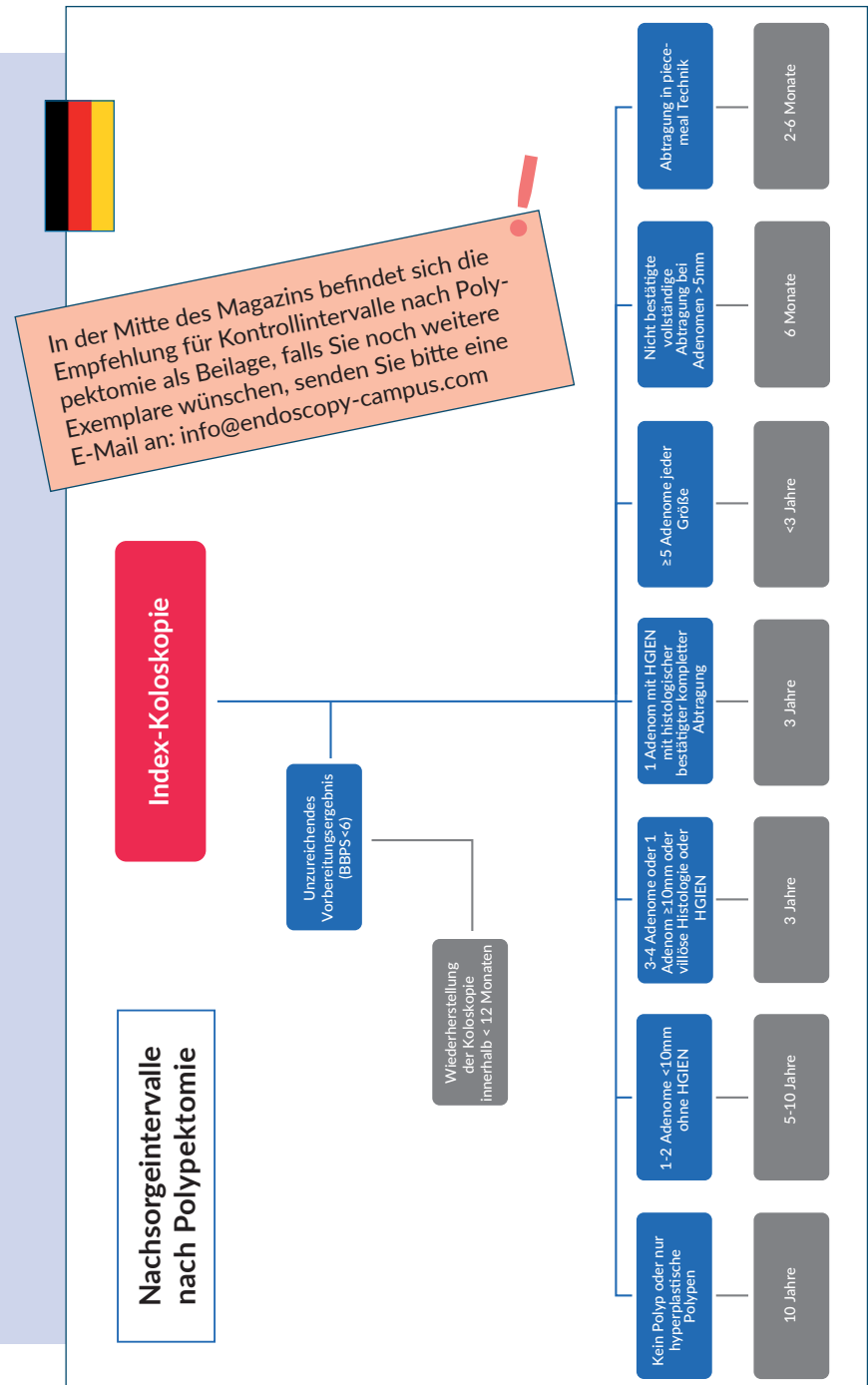
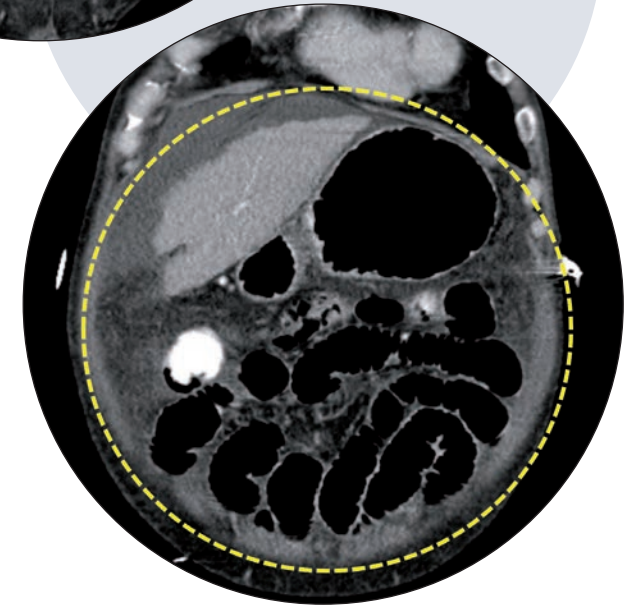
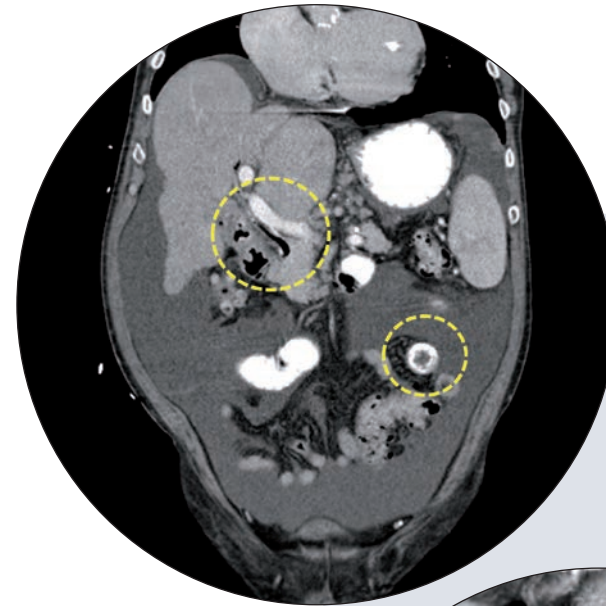
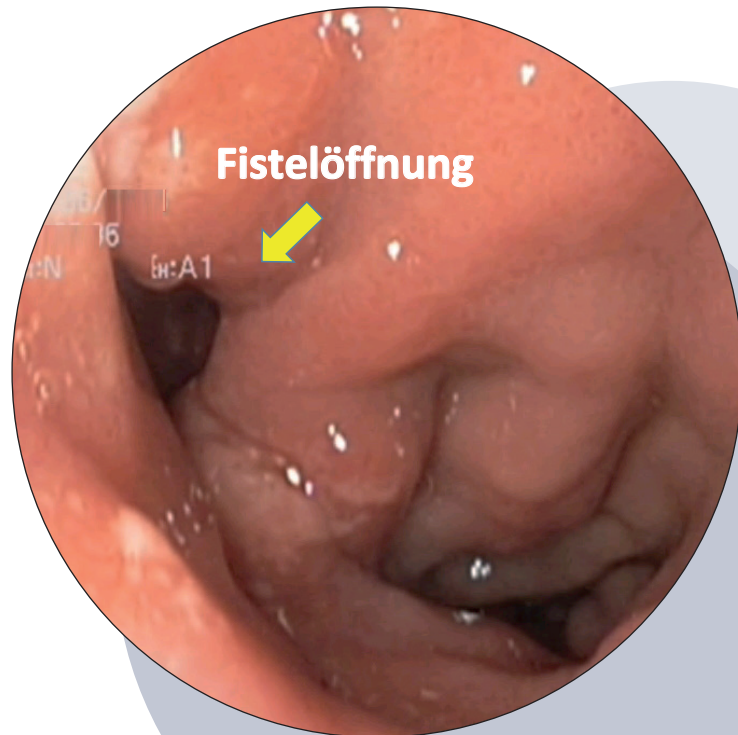


Image Challenge

Wie lautet Ihre Diagnose?

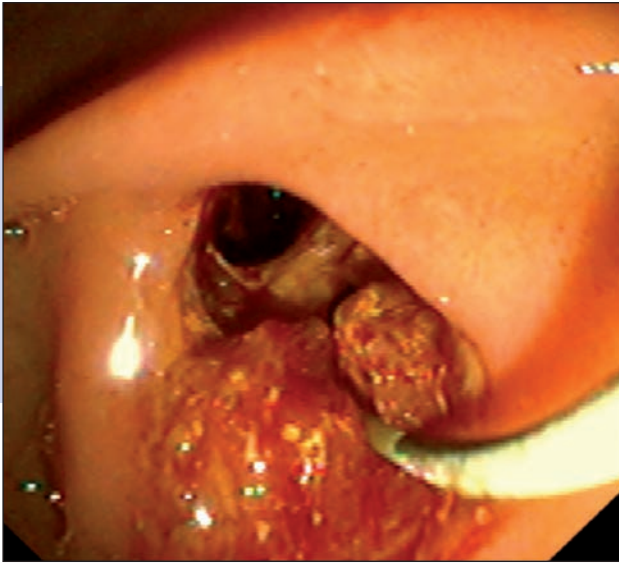
Das endoscopy campus Bilderrätsel

Wir präsentieren Ihnen auf S. 24 den Befund als Bild. Am Ende des Magazins finden Sie die Auflösung: die Diagnose (S.42)



Quelle

PD Dr. med. Oliver Götze, Medizinische Klinik und Poliklinik II, Uniklinik Würzburg



CIRS ERCP – Gallengangsp perforation

www.dgvs-cirs.de

Was ist passiert?

Patient mit einer klassischen Choledocholithiasis und Koliken erhält eine ERCP zur Steinentfernung. Patient ist im relativ guten Allgemeinzustand, steht jedoch unter Immunsuppression.

Da die Intubation der Papille nicht gelingt, erfolgt der Nadelmesservorschnitt; weiterhin keine Intubation möglich. Am nächsten Tag ERCP durch erfahrenen Kollegen, Nadelmesservorschnitt wird erweitert, trotzdem keine Intubation möglich. Verschlechterung des AZ mit zunehmender abdomineller Symptomatik. In der Schnittbildgebung V.a. Perforation des Gallengangs.

Eine anschließende PTCO ist erfolgreich. Die Umwandlung in einen normalen Gallengangsstenose gelingt. Weitere Verschlechterung des Patienten und Abszedierung im Retroperitonealraum. Einlage von mehreren Spüldrainagen. Durch die Vorerkrankung und Pleuraergüsse wird der Patient Intubationspflichtig. Weiterhin schwieriger Verlauf im Bereich der retroperitonealen Abszedierung. Operative Sanierung mit Einlage eines großlumigen Katheters. Nur langsame Verbesserung, auch aufgrund der respiratorischen Situation.

Vorschläge zur Verbesserung durch die/den Meldende(n):

Möglicherweise zu frühe Re-ERC nach Nadelmesservorschnitt. Erster Kollege hatte keinen erfahrenen Kollegen im Hintergrund, den er hätte hinzuziehen können. Die Immunsuppression wurde unterschätzt. Eine breite Antibiose wäre bereits im Initialstadium wünschenswert gewesen.

Feedback des CIRS – Teams:

Die erste Intervention wäre wahrscheinlich besser bereits vor dem Versuch einer Nadelmesserpapillotomie zu beenden gewesen, weil zu dem Zeitpunkt kein hierin Erfahrener als back-up zur Verfügung stand. Eine Nadelmesserpapillotomie bei bereits frustriert vorgeschchnittener Papille ist auch für den Erfahrenen schwieriger. Eine Pause von 2 Tagen zwischen den Interventionen hätte durch weiteres Abschwellen die Aussichten der Reintervention möglicherweise verbessert.

Eine primäre Antibiotikaprophylaxe bei Immunsuppression ohne Neutropenie wird in der Leitlinie „Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie“ nicht empfohlen. Eine erfolgreiche Nadelmesserpapillotomie ist ebenfalls keine Indikation zu einer prophylaktischen Gabe. Bei wiederholter ERCP mit Intervention – wie in diesem Fall – ist eine Antibiotikaprophylaxe als Einzelfallentscheidung aufgrund der Immunsuppression sinnvoll.

Bei V.a. Perforation bei ERCP sollte umgehend ein CT erfolgen. Bei Bestätigung ist eine antibiotische Therapie einzuleiten.

Literatur

Denzer U et al. S2k-Leitlinie Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie; Z Gastroenterol 2015; 53: E1-E227

mehr unter www.endoscopy-campus.com

Abdominelle Lymphknoten-Tbc

Dörte Wichmann, Ulrike Schempf, Tübingen

Vorgeschichte/Anamnese:

Ein 43-Jähriger, indischer Patient, der seit mehreren Jahren in Deutschland lebt, stellt sich mit abdominalen Beschwerden, Meteorismus und gespanntem Abdomen, Stuhlunregelmäßigkeiten und Appetitverlust hausärztlich vor. Er berichtet weiter von einer Gewichtsabnahme von 8Kg in 2 Monaten und Nachtschweiß.

Nach frustriertem konservativem Therapieversuch der abdominalen Symptomatik erfolgte ambulant indiziert die CT-Bildgebung mit folgendem Befund: V.a. ein peritoneal metastasiertes Pankreaskopf-Karzinom. Ein auswärtiger Quantiferon-Test war negativ.

Der Patient wird zur weiteren stationären Abklärung und Gewebegewinnung aufgenommen und zur Endosonographie mit Feinadelpunktion vorgestellt. Sonographisch Nachweis einer Lymphadenopathie im Oberbauch, V.a. solide Raumforderungen im Pankreaskopf ohne Gangaufstau. Nachweis von Aszites.

Endosonographie:

Direkt der Bulbuswand anliegende, echoinhomogene, kaum perfundierte, unscharf abgrenzbare Raumforderung mit V.a. Lufteinschlüsse, an den Pankreaskopf angrenzend, umgebend zahlreiche rundliche Lymphknoten. Es erfolgt die zweimalige endosonographisch gesteuerte Punktion mit Erhalt guter Ausstrichpräparate. Es besteht endosonographisch der V.a. Lymphknotenpakete im Bereich des Pankreaskopfes und der Leberpforte.

Mikrobiologie:

Mikroskopie Auramin / Ziehl-Neelsen: Kein Nachweis säurefester Stäbchen. Molekulare Untersuchungen: TB-PCR (Nativ) Nachweis von M. tuberculosis-Komplex-DNA
Kultureller Befund: Nachweis von Mycobacterium tuberculosis

Pathologie:

Granulationsgewebe und entzündliches Exsudat und teilweise auch granulomatöse Reaktion. Lediglich regelrechte Epithelausrisse identifizierbar, keine ausreichenden Kriterien für Malignität.

Diagnose:

Abdominelle, peritoneale Lymphknoten-Tbc peripankreatisch und mesenterial

Therapie/Verlauf¹:

Die abdominelle Tuberkulose (Darm, Peritoneum) ist in der Regel mit einer sechsmonatigen Standardtherapie erfolgreich zu behandeln.

Die Standard-Therapie beinhaltet Isoniazid (300mg/70Kg KG), Rifampicin (600mg/70Kg KG), Pyrazinamid (1750mg/70Kg KG) und Ethambutol (1200mg/70Kg KG). Es erfolgt eine initiale Vierfach-Therapie über 2 Monate mit Reduktion auf eine Zweifach-Therapie mit Isoniazid und Rifampicin für weitere 4 Monate.

Überblick extrathorakale Tbc:

Erreger: M. tuberculosis, aerobes, unbewegliches, langsam wachsendes Stäbchen der Familie der Mycobacteriaceae

Diagnosesicherung¹: Gewebegewinnung mittels Punktion und Einsendung von unfixiertem Gewebe in 0,9% NaCl-Lösung für histologische, mikrobiologische und kulturelle Untersuchungen.

Im Falle einer extrathorakalen Tbc-Manifestation ist das Abdomen am häufigsten betroffen, hier v.a. der Urogenitaltrakt. Bei einer abdominalen, nicht urogenitalen, Tuberkulose sind in 55–60 % die Lymphknoten, bevorzugt mesenterial und peripankreatisch, befallen. Sie weisen dann ein verkäsendes / nekrotisches Zentrum und einen mehr oder weniger stark Kontrastmittel aufnehmenden Randsaum auf. Die Lymphknoten-Tbc führt auch bei Befall ganzer Lymphknoten-Gruppen nur selten zu Harn- oder Gallenwegsauftau².

Ein endoskopisches Korrelat einer abdominalen Tbc ist das sogenannte Fleischer-Zeichen: eine verdickte, klaffende IC-Klappe und eine ulcerative Ileitis terminalis.

Literatur

1. Schaberg et al. S2k-Leitlinie Tuberkulose im Erwachsenenalter 06/2017. doi.org/10.1055/s-0043-105954. Pneumologie 2017; 71: 325–397
2. RKI-Ratgeber Tuberkulose 02.2013

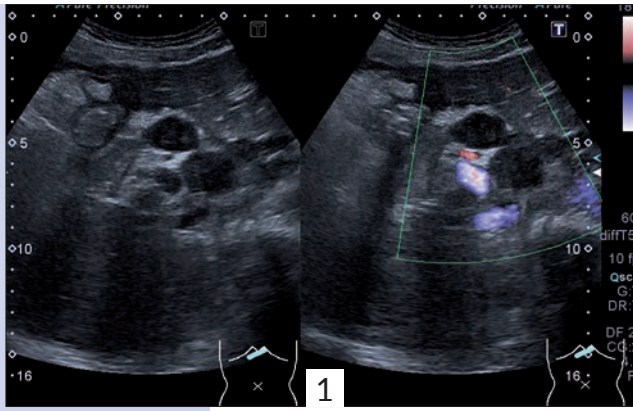


Abb. 1:
a) Sonographischer Befund der Lymphknotenpakete mit Farbdoppler

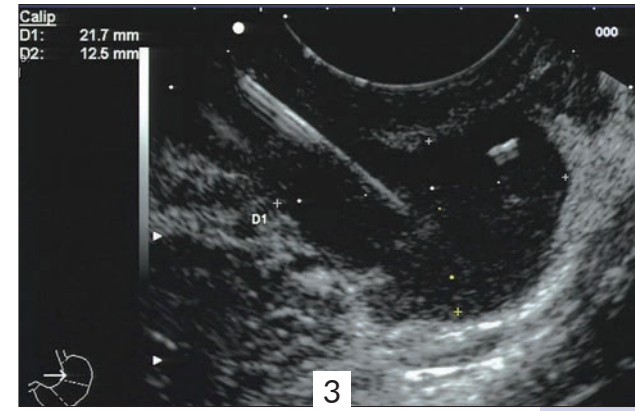


Abb. 3:
c) Punktion der peripankreaten Raumforderung

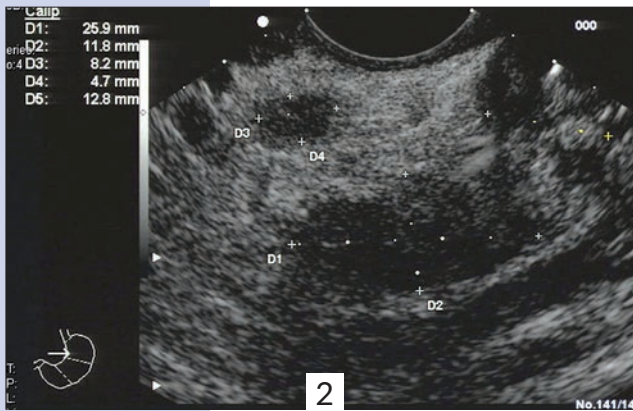


Abb. 2:
b) Endosonographischer Befund der Lymphknotenpakete Leberpforte



AG-Tätigkeit der Jungen Endoskopiker der DGE-BV

Dörte Wichmann, Edris Wedi

Liebe Junge Endoskopiker,

wir hoffen, dass es euch allen gut geht. An dieser Stelle wollten wir eigentlich über den dritten Workshop für die „Jungen“ berichten und ein erstes Resümee nach anderthalb Jahren AG-Tätigkeit ziehen. Nun kam durch das SARS-CoV-2 Alles anders. Aufgrund der Corona-Krise wurden, um das Infektionsrisiko zu reduzieren, sämtliche Kongresse, Weiterbildungsveranstaltungen mit Workshop-Charakter und Dienstreisen gestrichen.

Die Planungsarbeiten für „unseren“ dritten Tag der „Jungen“ liefen natürlich auf Hochtouren. Von möglichen 35 Teilnehmerplätzen, waren 33 bereits vergeben. Wir finden es persönlich sehr schade, sind aber erleichtert, dass die Infektionszahlen sich bereits zu stabilisieren scheinen und die stationären Fälle aufgrund von COVID-19-Infektion zurückgehen.

Wir hoffen, dass alle „Jungen Endoskopiker“ die Krise gesund überstehen und es Euch/Ihnen und Euren/Ihren Verwandten und Bekannten ebenfalls gut geht.

Unsere Erfahrungen aus der Planung für den dritten Workshop werden für kommende Veranstaltungen genutzt, entsprechende Kontakte einfach wieder aufgenommen.

Wenn wir nun also nicht über einen weiteren Workshop berichten können, nutzen wir hier die Möglichkeit Euch/Sie über den aktuellen Stand unserer AG-Tätigkeit zu informieren:

1. Die bestätigte Mitglieder-Zahl der Jungen Endoskopiker beträgt 155 (Stand Ende April 2020).
2. Dank Frau Jennifer Haas von der COCS und Frau Simone Schmidbaur sind die Jungen Endoskopiker auf den sozialen Netzwerken (Facebook und Instagram) sehr gut vertreten.
3. Der Facebook-Account wurde von 205 Personen abonniert, 202 Personen haben markiert, dass Ihnen die Seite gefällt.
4. Es wurden bereits zwei Workshops für Junge Endoskopiker, als sogenannte „Tage der Jungen“ mit viel Hands-on und interessanten Vorträgen von interdisziplinären Rednern durchgeführt. Der erste Workshop fand im Rahmen des 49. DGE-BV Jahreskongresses in Stuttgart, der zweite als Nikolaus-Workshop am Vivantes-Klinikum in Berlin statt.

5. Diese Workshops sind Dank Unterstützung durch die DGE-BV und die Industrie für die Mitglieder komplett kostenfrei gewesen.
6. Die Leitung der Jungen Endoskopiker, Frau Dr. Dörte Wichmann und Herr Dr. Edris Wedi, wurden als kooptierende Mitglieder des Beirats der DGE-BV 2019 gewählt und bestätigt.
7. Für den dritten Workshop der Jungen Endoskopiker, der aufgrund der Corona-Krise abgesetzt werden musste, wurden im Vorfeld Trainingsmodelle für Interventionen mit HF-Chirurgie und ERCP sowie Gastroskopie und Koloskopie als Tiermaterial-freie und Tiermaterial-basierte Modelle von allen namenhaften Modell-Anbietern in Deutschland organisiert. Es wurde eine Trainingsrotation je nach Erfahrungsstand der Teilnehmer geplant. Dies werden wir nachholen!
8. Wir konnten im Journal „Endoscopy Campus“ bereits 2 AG-Berichte veröffentlichen. Diese stießen bei zahlreichen Kollegen und DGE-BV-Mitgliedern auf positives Feedback.
9. Ein Treffen der Jungen Endoskopiker und von Herr Dr. Hollenbach von der JUGA bei Herrn Prof. Dr. T. Roesch in Hamburg zur Schärfung des aktuellen Profils der AG mit Fokus auf mögliche Hospitationen und berufspolitische Anstöße erfolgte im Februar 2020.

Wir freuen uns euch bald wieder zu sehen!!

Eure

Dörte Wichmann und Edris Wedi



www.dge-bv.de



DGE-BV aktuell

Liebe Mitglieder der DGE-BV und Freunde der Endoskopie,

üblicherweise würde ich Ihnen in diesem Newsletter über den Verlauf unseres Kongresses, vor allem die Ergebnisse der Mitgliederversammlung, z.B. bezüglich unserer Entscheidung zur geplanten Satzungsänderung und das Ergebnis der Wahlen kommentieren. Vor dem Hintergrund der Coronavirus-Pandemie mussten wir aber diesen Kongress leider entfallen lassen. Zu den Details verweise ich auf den Bericht unseres Kongresspräsidenten, Prof. Dr. Alexander Meining.

Auch das Abhalten einer Mitgliederversammlung war somit nicht möglich. Aus vereinsrechtlichen Gründen muss jedoch jährlich eine Mitgliederversammlung stattfinden. Ich habe daher von der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) die freundliche Zusage erhalten, dass wir eine solche Mitgliederversammlung im Rahmen des diesjährigen DGVS-Kongresses in Leipzig, im September 2020 (16.-19.09.2020, Congress-Zentrum, Leipzig), durchführen können. Hierfür bedanken wir uns bei der DGVS sehr herzlich. Der genaue Termin und Ort der Mitgliederversammlung steht noch nicht fest. Wer von Ihnen zu diesem Zeitpunkt bei der DGVS-Tagung anwesend ist, ist herzlich eingeladen an unserer Mitgliederversammlung teilzunehmen. Eine genaue Tagesordnung wird verschickt, sowie der definitive Termin und Ort feststeht.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Situation haben wir uns aber entschlossen, dass wir in diesem Jahr keine Neuwahlen, bezüglich des Vorstands und des Beirats der DGE-BV, durchführen werden. So soll der Kongress in Würzburg im nächsten Jahr, mit dem für dieses Jahr gewählten Kongresspräsidenten, in Würzburg durchgeführt werden. Alle weiteren geplanten Kongresse, z.B. der Kongress in Potsdam unter Leitung von PD Dr. Jörn Bernhardt bzw. der Kongress in Köln, unter der Leitung von Frau Prof. Andrea Tannenapfel (Co-Vorsitzender Prof. Arno Dormann), werden um jeweils 1 Jahr verschoben.

Insgesamt ist die Entwicklung des Vereins durchaus erfreulich, wir haben im Verlauf der letzten 5 Jahre einem moderaten Zuwachs der Mitgliederzahl von 1018 (2015) auf aktuell 1085 Mitglieder gehabt. Letztlich sind auch nur 3 % aller Mitglieder über 70 Jahre alt, immerhin 1/4 unserer Mitglieder sind in der Altersgruppe 30-39 Jahre. Eine sehr erfreuliche Entwicklung hat die AG Junge Endoskopiker genommen, die im August 2018 mit initial 15 Mitgliedern gestartet ist und inzwischen auf 155 Mitglieder angewachsen ist.

Auch unsere Kongresse haben sich sehr gut entwickelt, so lag die Teilnehmerzahl 2011 in München bei 1086 Teilnehmern und bei unserem letzten Kongress in Stuttgart bei 1217 Teilnehmern, ein außergewöhnliches Highlight war 2017 in Berlin der kombinierte DGE-BV Kongress mit dem Internationalen Symposium (Endoskopie-Live-Veranstaltung) mit 1691 Teilnehmern. Eine „Wermutstropfen“ ist die Tatsache, dass nur knapp 1/5 der Kongressteilnehmer Mitglieder unserer Gesellschaft sind, hier werden wir uns anstrengen, diesen Prozentsatz in Zukunft deutlich zu erhöhen um hierdurch auch eine Steigerung der Mitgliederzahlen zu erreichen.

Ich wünsche Ihnen alle das Sie gut - und vor allem gesund - durch diese schwierigen Zeiten kommen und freue mich, falls wir uns im September auf der DGVS-Tagung zur Mitgliederversammlung wiedersehen.

Herzlichst

Ihr

Till Wehrmann

www.dge-bv.de



DGE-BV aktuell

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe „DGE-BV'ler“,

der heutige Tag, an dem ich diese erklärenden Zeilen verfasste, wäre der Eröffnungstag unseres Jubiläumskongresses, der 50. Jahrestagung der DGE-BV gewesen. Gemeinsam mit den Vertretern der anderen zehn (!!) Fachgesellschaften hätte ich meine Grußworte an Sie gerichtet. Die beiden Festredner hätten anschließend die Geschichte der Endoskopie und Bildgebung rekapituliert und Zukünftiges uns nahegebracht. Insgesamt würden 296 Referenten und Vorsitzende gut vorbereitet in den Startlöchern stehen und sich auf ihren „Einsatz“ vorbereiten um das Aktuellste und Interessanteste was Endoskopie und Bildgebung derzeit bieten, jedem Teilnehmer nahezubringen.

Wir hätten Meinhard Classen, unseren im letzten Jahr verstorbenen Ehrenpräsidenten gedacht und hätten Horst Neuhaus als neuen Ehrenpräsidenten der Gesellschaft geehrt.

Bei bestem Frühlingswetter hier in Würzburg mit in voller Blütenpracht stehendem Residenzgarten hätte sich der Veranstaltungsort von seiner besten Seite gezeigt. Viele bleibenden Erinnerungen wären sicherlich hängengeblieben. Wir hätten ggf. eine Rekordteilnehmerzahl verzeichnen können; Abstracts wurden so viele wie selten zuvor eingereicht.

Und nun?

Absage! Keine Jahrestagung!

Der Grund muss nicht genannt werden. Die aktuelle Situation verbietet die Durchführung der Veranstaltung. Auch macht ein Verschieben auf einen späteren Termin dieses Jahr keinen Sinn. Zu unklar ist die Lage derzeit, zu viele Kollisionen mit anderen Tagungen wären die Folge.

Die DGE-BV-Jahrestagung, unser Kongress, war und ist nicht nur ein wissenschaftlicher Austausch, sondern auch ein geselliges Treffen Gleichgesinnter, mit ähnlichem fachlichen Interesse. Die Alternative, die Tagung „Web-basiert“ mittels Videoübertragungen der Sitzungen abzuhalten, wäre daher falsch. Das persönliche Gespräch untereinander, während und am Rande der Tagung, gehört eben auch dazu. Umso dankbarer bin ich daher meinen Vorstandskollegen, dass beschlossen wurde, in Anbetracht der Umstände das Jahr 2020 sozusagen einfach aus dem DGE-BV-Kalender zu streichen und die Jahrestagung auf den April 2021 zu verschieben. Auch wenn wir dann zwar den 126. Jahrestag der Entdeckung der Röntgenstrahlen feiern, so bleibt es dennoch „unser“ 50. Jubiläumskongress.

Das Motto bleibt gleich, viele Programmpunkte werden ebenfalls übernommen und nur das eine oder andere Thema wird aktualisiert. Der Festabend wird genauso in der Residenz stattfinden und hoffentlich, ja hoffentlich wird auch das Wetter mitspielen und die Stadt Würzburg sich nicht nur von ihrer frühlingshaft-schönen, sondern im Gegensatz zum heutigen Tag, auch lebendigen, lebensoffenen Seite wieder zeigen.

Hoffen wir, dass sich die Dinge wieder normalisieren. Wir haben bis zur 50. Jahrestagung ein ganzes Jahr Zeit. Vielleicht kommen im April 2021 dann ja auch nicht nur all die, welche sich bereits schon für dieses Jahr angemeldet haben, sondern auch diejenigen, die Kongress-Pause machen wollten, nach dem „Shutdown“ jedoch ein großes Bedürfnis verspüren, endlich wieder an einem DGE-BV-Kongress teilzunehmen. Mich würde es freuen!

Zu guter Letzt gilt es „Danke“ zu sagen: herzlichen Dank an Vorstand und Beirat für die immerwährende Unterstützung, Dank an die Kongress-Sekretäre, Dank an die Industriepartner, die hoffentlich nächstes Jahr wieder vor Ort sein werden, Dank an alle Partnergesellschaften, an alle Mitglieder und Gäste. Ganz großen Dank auch an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Firma COCS, die derzeit schwierige Zeiten durchleben müssen, da nicht nur ein Kongress ausfällt oder ausgefallen ist.

Die verpasste Jahrestagung wird auch unsere Gesellschaft finanziell treffen. Glücklicherweise können wir den Ausfall durch Ersparnis überbrücken. Dennoch: Zeigen Sie sich in diesen schwierigen Zeiten bitte solidarisch mit den Zielen unserer Gesellschaft. Bleiben Sie bitte Mitglied und werben Sie im Kollegenkreis für die Mitgliedschaft – gerade jetzt!

KOMMEN SIE AM 08.-10.04.2021 NACH WÜRZBURG UND BESUCHEN SIE DEN „50. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ENDOSKOPIE UND BILDGEBENDE VERFAHREN e.V.“!!!

Herzlichst

Ihr

Professor Alexander Meining

Vorsitzender der DGE-BV





Nachruf

Die Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren trauert um ihr Mitglied, Herrn Prof. Dr. med. Monther Bajbouj, der in der Nacht vom 12. auf den 13.05.2020 von uns ging. Er hinterlässt eine Ehefrau und drei minderjährige Söhne. Der Schmerz, den die Familie erleidet, den geliebten Ehemann und Vater zu verlieren, lässt sich nur erahnen. Wir empfinden ein tiefes Mitgefühl und trauern mit den Angehörigen.

Der Tod von Monther Bajbouj kam trotz seines noch jungen Alters nach langer Krankheit nicht unerwartet, dennoch sind wir schockiert. Es ist das eingetreten, was man nicht wahrhaben wollte. Die Lücke, die er hinterlässt, ist nicht aufzufüllen. Zu einzigartig war er! Er war zwar niemals im Beirat, geschweige denn im Vorstand unserer Gesellschaft, dennoch war er immer präsent. Jeder, der ihn auch nur entfernt kannte, erinnert sich sicherlich an seine Vorträge. Er referierte lehrreich und praxis-orientiert, amüsant, aber immer wissenschaftlich solide vorbereitet. Die meisten unter uns können sich wahrscheinlich noch an die Grillabende im Hause Bajbouj am Eröffnungstag der jeweiligen Jahrestagung (soweit München der Kongressort war) erinnern. In der Nähe des Kongresses, in Bogenhausen, wurde in ungezwungener Runde geredet, gefeiert, gegessen und getrunken. Vielen gefiel der inoffizielle Teil im Hause Bajbouj so gut, dass der Besuch des offiziellen Gesellschaftsabends manchmal in den Hintergrund rückte und man spät oder auch gar nicht dort erschien. Monther war der perfekte Gastgeber, jeder war willkommen (auch die nicht-eingeladenen Gäste), niemand war unerwünscht! An diesen Abenden zeigte er uns allen, wie er war: offen, liebenswert, loyal, zuverlässig, verständnisvoll und mit einem großen Herz ausgestattet.

Monther Bajbouj wurde am 21.12.1972 in Dortmund geboren. Er hatte immer eine starke emotionale Bindung zu seiner Heimatstadt – nicht zuletzt aus diesem Grunde war er auch ein enthusiastischer BVB-Fan. Obwohl er mehr als die Hälfte seines Lebens in Süddeutschland verbrachte, blieb er ein Kind des „Potts“ mit syrischen Wurzeln. Mit dem Abitur stellte sich die Frage, eine Karriere als Fußballer oder als Arzt zu beginnen. Er orientierte sich an seinem Vater, einem Pädiater, und beschloss sich der Medizin zu widmen. Eine gute Entscheidung!

Das Medizinstudium absolvierte er vor allem in Ulm. Dort erfolgte über die Dissertation der Einstieg in die Gastroenterologie. In Ulm lernte er auch seine spätere Frau, kennen und lieben. Mit dem Wechsel von Professor Roland Schmid von der Donau an das Klinikum rechts der Isar, kam auch Monther Bajbouj in der bayrischen Landeshauptstadt an. Er wollte sich schon frühzeitig eher der klinischen Forschung widmen. Und so kam der Kontakt zu den AGs Meining und Feussner. In einem unschlagbaren Team mit Stefan von Delius und Valentin Becker auf Seiten der Gastroenterologie und Dirk Wilhelm seitens der Chirurgie wurde Monther Bajbouj zum klinischen Forscher. Sein Themengebiet: Erkrankungen des Ösophagus – Ein Thema, das er als Schwerpunkt beibehielt. Monther habilitierte sich nahezu in Rekordzeit und engagierte sich stark in der Deutschen Gesellschaft für Dysphagie. Dass die DGD so stark an die DGE-BV assoziiert ist, ist sicherlich auch sein Verdienst. Vom „Lehrling“ wurde er zum „Lehrer“, er wurde Oberarzt, geschäftsführender Oberarzt und leitender Oberarzt, bevor er (in logischer Konsequenz) im Oktober 2017 Chefarzt der Abteilung Innere Medizin am Rotkreuzklinikum München wurde.

Leider ereilte ihn nur einige Monate nach dem Beginn seiner neuen Tätigkeit die Diagnose, die letztendlich zu seinem Ableben führte. Monther hat die Erkrankung offen und mit viel Humor – ganz nach seiner Art – kommuniziert. Wo viele andere in der Depression verschwinden, war er weiter präsent: am Vormittag die Chemotherapie, am Nachmittag Arbeiten in der Klinik. Wie er diese Krise bewältigte, machte ihn zum stillen Helden: Chapeau! Schließlich konnte er weder sein Team noch seine Patienten im Stich lassen. Am Ende blieb jedoch leider nichts übrig – Krankheit und Tod machten ihm einen Strich durch die Rechnung.

Er hinterlässt viele um ihn Trauernde: seine Patienten, seine Mitarbeiter und Kollegen, seine Freunde, seine Familie und nicht zuletzt seine Ehefrau und die drei Jungs.

Monther war ein guter, nein – er war ein sehr guter Arzt – einer, für den der Patient im Mittelpunkt steht. Er war einer der Sorte, die eher im Stillen wirkt und auch ohne die große Bühne auskommen. Er war jemand, der in seinem Gegenüber immer vor allem den Menschen sah und nie die Erkrankung, die fachliche Kompetenz oder Position. Alle, die ihn kannten wussten seine Empathie, seinen Humor aber auch sein großes Fachwissen zu schätzen.

Monther Bajbouj, du warst etwas ganz Besonderes! Wir werden dich vermissen – als Arzt, als Freund und als Mensch! Und wir sind dankbar, Dich gekannt zu haben!

Alexander Meining und Dirk Wilhelm im Namen des Vorstands der DGE-BV

Gold

Boston Scientific Medizintechnik GmbH



ERBE Elektromedizin GmbH



FUJIFILM Deutschland GmbH



KARL STORZ GmbH & Co. KG



Micro-Tech Europe GmbH



OLYMPUS Deutschland GmbH



Ovesco Endoscopy AG



PENTAX Europe GmbH



Silber

Cantel (Germany) GmbH



COOK Deutschland GmbH



Dr. Falk Pharma GmbH



Medwork GmbH



Norgine GmbH



Inserentenverzeichnis

PENTAX Europe GmbH	U2
Boston Scientific Medizintechnik GmbH	U3
ERBE Elektromedizin GmbH	U4

Kongressankündigung

23. Internationales Endoskopie Symposium Düsseldorf
04. - 06. Februar 2021 in Düsseldorf, Maritim Hotel
www.endo-duesseldorf.com



50. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie
und Bildgebende Verfahren e.V.
08. - 10. April 2021, Congress Centrum Würzburg
www.dge-bv.de

DGE-BV

Image Challenge: Diagnose

Die Diagnose lautet: Gallensteinileus (S. 24)

IMPRESSUM**Herausgeber:**

endoscopy campus GmbH
Tal 12 · 80331 München

ISSN 2365-6905

Layout, Satz und Herstellung:

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

 COCS MEDIA

ORISE™ Gel

Zum Anheben der Submukosa

**Boston
Scientific**
Advancing science for life™

LEISTUNG.
EFFIZIENZ.
KOMFORT.



Alle Fotos sind Eigentum von Boston Scientific. Alle Marken sind Eigentum ihrer jeweiligen Inhaber.
ACHTUNG: Aufgrund gesetzlicher Vorschriften dürfen diese Produkte ausschließlich an einen Arzt oder auf dessen Anordnung verkauft werden. Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweise und Gebrauchsanweisungen sind der Packungsbeilage und Etikettierung des jeweiligen Produkts zu entnehmen. Informationen zur Verwendung nur in Ländern mit gültiger Zulassung durch die Gesundheitsbehörden. Das Material ist nicht zur Verwendung in Frankreich vorgesehen. Die abgebildeten Produkte werden ausschließlich zu INFORMATIONSZWECKEN gezeigt und sind in bestimmten Ländern möglicherweise nicht zugelassen oder dürfen nicht verkauft werden. Informationen über die Verfügbarkeit erhalten Sie von Ihrem zuständigen Vertriebsmitarbeiter oder dem Kundenservice.

© 2019 Boston Scientific Corporation oder ihre Tochtergesellschaften. Alle Rechte vorbehalten. ENDO-702103-AA. Hergestellt von Gosling.

e-Learning mit Zertifikat

Elektrochirurgie – Funktionsweise und sichere Anwendung

**KOSTENLOSER E-LEARNING-KURS FÜR OPERATEURE,
OP-FACHKRÄFTE UND MEDIZINTECHNIKER**

Ihr Ziel ist unser Anspruch: Mehr Sicherheit in der Anwendung



Jederzeit an jedem Ort



In Ruhe von zu Hause



In kleinen Lerneinheiten



In meiner Geschwindigkeit



Bessere Merkfähigkeit



Abschluss mit Zertifikat

Registrieren Sie sich am besten gleich unter

WWW.ACADEMY.ERBE-MED.COM

erbe

Erbe Elektromedizin GmbH Tübingen Deutschland +49 7071 755 0 erbe-med.com