



ec
magazin

02.2018 · 4. Jhg.

endoscopy campus

Jetzt neu !

- Best of DGE-BV Live Demo 2018
- Endosonographische Zangenbiopsie einer Pankreascyste
- Endoskopische Scores bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen
- Live Demos



www.endoscopy-campus.de



DGE-BV

one & done

Ovesco OTSC® – The ultimate hemostasis device*

*Proven clinical benefit:

OTSC® in first-line therapy significantly reduces re-bleeding risk and bleeding associated mortality in UGIB (FLETRock evaluation¹).

Compared to Rockall's validated prediction, re-bleeding risk and bleeding related mortality were significantly reduced from 53.2% to 21.4% ($p < 0.001$) and 27.9% to 10.9% ($p = 0.011$), respectively in high-risk Rockall score (score 8) patients treated with the OTSC.

OTSC® significantly improves outcome of hemostasis in patients randomized to OTSC® or standard therapy (STING trial²).

Successful hemostasis was achieved in 93.8% vs 56.3% ($p < 0.001$) of otherwise unsuccessfully treated patients, now receiving either OTSC or injection plus other clips or thermal coagulation.

¹ Wedi E. et al. (2017), **Multicenter evaluation of first-line endoscopic treatment with the OTSC in acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding and comparison with the Rockall cohort: the FLETRock study**, Surgical Endoscopy, doi:10.1007/s00464-017-5678-7.

² Schmidt A. et al. (2017), **STING trial – Randomized controlled trial shows breakthrough in treatment of recurrent bleeding**, 47th DGE-BV Congress, Berlin, Germany, April 6-8, 2017.



OTSC®
SYSTEM

saving lives

Herzlich willkommen auf der Online-Fortbildungsplattform der DGE-BV gemeinsam mit der DGVS und den vier deutschen Live-Endoskopie-Veranstaltungen !

Endoscopy Unlimited – der neue Endoscopy Campus für Sie alle !

Liebe DGE-BV-Mitglieder und Freunde der Endoskopie,

diesmal haben wir wieder neue Videofälle von der Live-Übertragung der DGE-BV zum Thema Proktologie, bislang ja eher unterrepräsentiert auf dem Campus, dann zwei endosonographische Spezialtechniken, die Platzierung von Fiducials in Tumoren zur Bestrahlungsplanung und die Zangenbiopsie durch die Punktionsnadel bei zystischen Pankreastumoren. Weiterhin Videos von Tokyo Live mit prominenten japanischen Experten. Und schließlich eine weitere Klassifikation, nämlich Entzündungsaktivitäts-Scores bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.

Bitte besuchen Sie uns vor allem auch im Internet unter www.endoscopy-campus.de!

Als nächste Veranstaltungen nach der Sommerpause warten auf Sie:

Viszeralmedizin 2018

Jahrestagung der DGVS mit Sektion Endoskopie
12. - 15. September 2018, München, www.dgvs.de

ENDOCLUBNORD 2018

2. - 3. November 2018, Hamburg, www.endoclubnord.com

Herzliche Grüße

Alexander Meining
DGE-BV

Till Wehrmann
DGVS

Thomas Rösch
Endoscopy Campus

DGE-BV

Deutsche Gesellschaft für Endoskopie
und Bildgebende Verfahren e.V.



1913 DGVS

Deutsche Gesellschaft für
Gastroenterologie,
Verdauungs- und
Stoffwechselerkrankungen

Wissenschaftliche Redaktion

T. Rösch, Hamburg; S. Groth, Hamburg S. Varadarajulu, Orlando, Florida/USA

Sekretär DGE-BV

A. Meining, Ulm

Sekretär Sektion Endoskopie DGVS

T. Wehrmann, Wiesbaden

Wissenschaftlicher Beirat

H.D. Allescher, Garmisch-Partenkirchen M. Kamiński, Warschau, Polen

U. Beilenhoff, Ulm R. Kiesslich, Wiesbaden

A. Eickhoff, Hanau J. Martinek, Prag, Tschechien

S. Faiss, Hamburg H. Messmann, Augsburg

M. Häfner, Bozen, Italien H. Neuhaus, Düsseldorf

F. Hagenmüller, Hamburg H. Neumann, Mainz

D. Hartmann, Berlin O. Pech, Regensburg

J. Hochberger, Berlin H.-J. Schulz, Berlin

A.-M. Kassem, Kairo, Ägypten J. Weigt, Magdeburg

G. Kähler, Mannheim D. Wilhelm, München

Technische Redaktion

K. Schlosser, LUX AV Audiovisuelle Kommunikation GmbH, Lohfelden

Editorial 3

endoscopy campus 4

Teaching modules

Videobeispiel 1: Best of DGE-BV Live Demo 2018 6

Videobeispiel 2: Endosonographische Zungenbiopsie einer Pankreascyste 10

Videobeispiel 3: Lars explains Anatomy – Whipple Operation 12

Klassifikation

Endoskopische Scores bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen 14

Live Demos 23

DGE-BV aktuell 32

Inserentenverzeichnis 34

Kongressankündigung 34

Impressum 34

Sponsoren 35

Videobeispiel 1

Best of DGE-BV Live Demo 2018

Dirk Wilhelm, München

Der Schwerpunkt der Live-Übertragung aus dem Klinikum Rechts der Isar war die Diagnose und Therapie ausgewählter proktologischer Erkrankungen.

Zur Diagnose wurde eine Analkanometrie eines Patienten mit Urge-Inkontinenz nach tiefer anteriorer Rektumresektion mit coloanaler Anastomose gezeigt, sowie als radiologisches Verfahren die MR-Defäkographie.

Ein weiterer Schwerpunkt war die endoskopische Beurteilung des Analkanals und Rektums. Neben der klassischen Proktoskopie, die hier auch als Video-Proktoskopie gezeigt wurde, wurde der Einsatz unterschiedlicher Kappen zur Durchführung einer Proktoskopie im Rahmen des Workflows einer Koloskopie gezeigt. Auch der Nutzen hochflexibler Inversionsendoskope wurde demonstriert.

Bzgl. der Therapie zeigte Frau Bachmann eine BOTOX-Injektion bei hypertensivem Sphinkter mit konsekutiver outlet obstruction (Anismus). Herr Wilhelm demonstrierte eine Fissurektomie, sowie eine multimodale Therapie bei einem ausgeprägten Fistel-leiden im Rahmen einer Acne inversa mit videoassistierter Fisteltherapie, Seton-Drainagen Einlage und Clipverschluss.

mehr unter www.endoscopy-campus.de

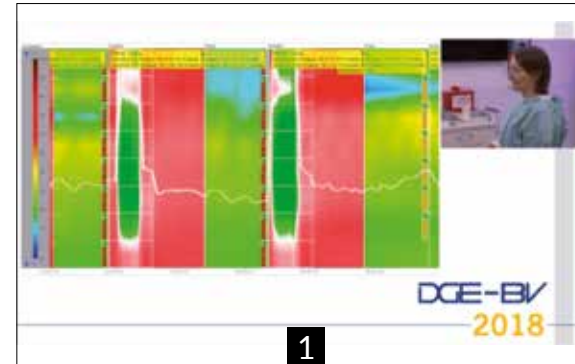


Abbildung 1: Analkanometrie eines Patienten mit Urge-Inkontinenz. Bei erhaltener Externus Funktion (Abbildung), zeigt sich in Ruhe ein deutlich abgeschwächter Tonus mit vor allem nächtlicher Inkontinenz. Therapiemöglichkeiten bestehen zum Beispiel in nervaler Stimulation (SNS), Irrigation oder in der Verwendung von Bulging-Substanzen.



Abbildung 2: Intrasphinktäre BOTOX-Injektion bei einer Patientin mit Anismus. Eine erste, erfolgreiche Injektion war bei der Patientin bereits 3 Monate zuvor erfolgt. Die Injektion erfolgt zwischen die Sphinkteren, oder etwa 1cm lateral des Anus.



Abbildung 3: Proktoskopie während der Koloskopie. Mittels Distanzkappe und im BLI-Modus kann der Hämorrhoidalplexus ausreichend gut dargestellt werden.



Abbildung 4: Eine weitere Alternative für die Proktoskopie im Rahmen einer Koloskopie ist ein trichterförmiges Instrument, welches prototypisch derzeit evaluiert wird.



Abbildung 5: Darstellung einer chronischen Analfissur mittels Videoproktoskopie (links) und nach erfolgter Fissurektomie (rechts)

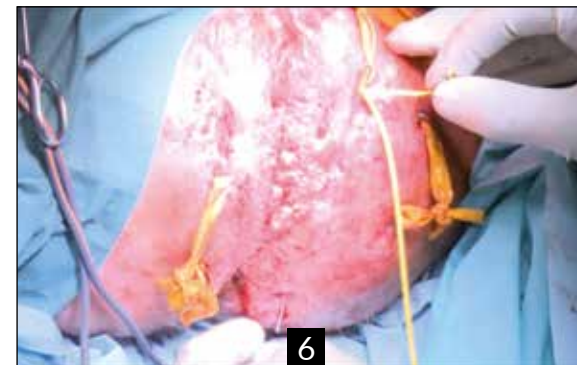


Abbildung 6: Multimodale Therapie eines schweren Fistelleidens bei Acne inversa. Dargestellt ist die Platzierung eines Setondrains (Vesselloops) mittels Sonde.



Abb. 1: CT einer cystischen Pankreaskopfraumforderung

Videobeispiel 2

Endosonographische Zangenbiopsie einer Pankreascyste Helge Otto, Hamburg

Pankreascysten werden häufig als Zufallsdiagnose im Rahmen einer Schnittbildgebung gefunden. Eine eindeutige Diagnose mit der Entscheidung ob es sich um eine benigne, maligne oder semimaligne Cyste handelt ist nur selten möglich. Die Untersuchung der Cystenflüssigkeit hat keine klaren Cut-Off-Werte ergeben, die solch eine Differenzierung erlauben. Bei Feinnadelpunktionen wird häufig kein verwertbares Material für eine Histo- oder Cytologie gewonnen. Herr Helge Otto aus dem KH Altona in Hamburg, zeigt in diesem hochinteressanten Videobeitrag, eine neue Biopsietechnik mittels Hohlnadel und Moray-Zange durch die eine Zangenbiopsie der Cystenwand möglich ist.

mehr unter www.endoscopy-campus.de

Abb. 2: EUS Darstellung der multicystischen, septierten Raumforderung



Abb. 3: Moray-Zange durch eine Hohlnadel (EUS-Nadel) eingeführt



Abb. 4: EUS gesteuerte Biopsie der Cystenwand mit der Moray-Zange





Abb. 1: Lars Aabakkens Backstube

Videobeispiel 3

Lars explains Anatomy – Whipple Operation

Lars Aabakken, Oslo, Norwegen

Die Operation nach Whipple ist das Standard-Operationsverfahren zur Resektion von Pankreas-kopf- oder Papillentumoren. Bei der Operation wird das Duodenum und somit auch die Papilla major reseziert. Dies erschwert evtl. Folgeeingriffen am Gallengangssystem oder Pankreasgang deutlich. Der Zugang zu den beiden Organen gelingt nur über die Anastomosen mit den häufig sehr unterschiedlich langen und evtl. fixierten Dünndarmschlingen. Lars Aabakken erklärt hier die Anatomie nach einer Standard-Whipple-OP.

mehr unter www.endoscopy-campus.de



Abb. 2: Anatomie des Magen und Dünndarms – Fingerzeig auf den Resektionsort am Duodenum / Pankreas



Abb. 3: Anatomie nach Pankreaskopfresektion und Anlage einer biliodigestiven Anastomose

Endoskopische Scores bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Thomas Klag und Martin Götz, Tübingen

Einleitung

Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) Morbus Crohn (MC) und Colitis ulcerosa (CU) können unter anderem durch endoskopische Scores in Bezug auf die endoluminale entzündliche Aktivität klassifiziert werden. Die Endoskopie ist somit zentraler Bestandteil der Therapieentscheidung und insbesondere der Therapiesteuerung (z.B. Beurteilung des Ansprechens auf eine Therapie) (1). Bei Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa haben sich hierzu unterschiedliche Scores etabliert. Durch die endoskopischen Scores soll versucht werden, eine Objektivierbarkeit zu gewährleisten. Die individuelle Einschätzung von z.B. Intensität einer Schleimhautrötung kann sich jedoch einer subjektiven Einschätzung schwerlich entziehen. Eine Bedeutung kommt den Scores vor allem im Studien-Setting zu, um eine standardisierte Beurteilungsbasis zu geben (2). Die Klassifikation nach Befallsmuster/Lokalisation ist nicht Gegenstand der aktuellen Darstellung, hierzu sei auf das kürzlich erschienenen DGVS-Projekt zur Terminologie verwiesen (3).

Endoskopische Scores – Morbus Crohn

Der „Crohn`s Disease Endoscopic Index of Severity“ (CDEIS) war der erste endoskopische Aktivitätsindex bei Morbus Crohn. Aufgrund der Komplexität des Scores war er für den klinischen Alltag jedoch nicht geeignet. Es wurde daher der einfacher zu bestimmende „Simple Endoscopic Score for Crohn`s Disease“ (SES-CD) entwickelt (4). Dieser Score basiert auf der Beurteilung von fünf definierten Darmabschnitten (Rektum, Sigma + Colon descendens, Colon transversum, Colon ascendens, terminales Ileum) bei denen das Vorhandensein und die Größe von Ulzerationen, das Ausmaß der entzündlichen Fläche sowie Stenosen, jeweils bezogen auf das jeweilige Darmsegment beurteilt werden. Eine Graduierung der pathologischen Veränderungen erfolgt über eine Skala von 0-3. Die Punktzahlen der einzelnen Darmsegmente werden zu einem Gesamtscore addiert (siehe Tabelle 1) (4).

Tabelle 1: „Simple Endoscopic Score for Crohn`s Disease“ (SES-CD) (4).

Schweregrad	0	1	2	3
Ulzerationen	keine	aphtoid <0,5cm	0,5 - 2cm	>2cm
Ulzerierte Oberfläche	keine	<10%	10 - 30%	>30%
Entzündete Oberfläche	keine	<50%	50 - 75%	>75%
Stenose	keine	singulär, passierbar	multipel, passierbar	nicht passierbar

Beispiele finden sich in den folgenden Bildern (Abb. 1a-d)

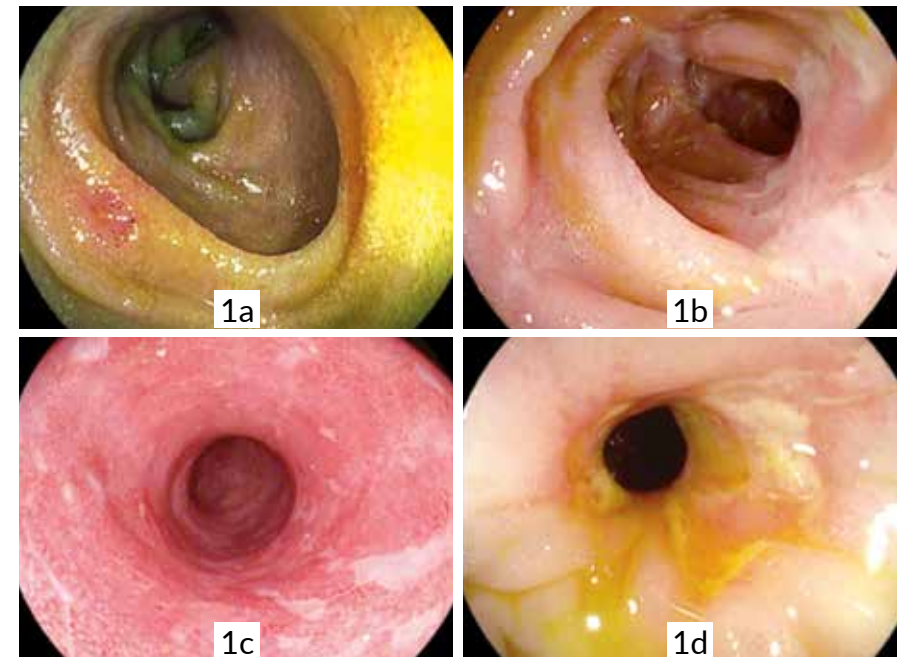


Abb. 1: SES-CD:

- a) SES-CD-Ulzeration 1: Aphthe im term. Ileum.
- b) SES-CD-Ulzeration 3: Ulcus > 2 cm im term. Ileum.
- c) SES-CD-Entzündete Oberfläche ausgedehnt trotz nur kleiner Ulzerationen.
- d) SES-CD-Stenose 3: nicht passierbar (in der Folge dilatiert)

Der **Rutgeerts Score** wurde zur Beurteilung des post-operativen Verlaufs nach Resektion (Ileocecalresektion) entwickelt. Beurteilt werden entzündliche Läsionen im Anastomosenbereich (ulzerierend/aphtoid), welche prädiktiv für den weiteren klinischen Verlauf sind (höhere Wahrscheinlichkeit für neuerlichen Erkrankungsschub) (5,6). Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Abstufungen des Scores.

Tabelle 2: „Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease“ (SES-CD) (4).

Schweregrad	Endoskopischer Befund
i0	keine Läsionen
i1	<5 Läsionen aphtoide im neoterminalen Ileum
i2	>5 aphtoide Läsionen; oder tiefe Ulzerationen (skip lesions); oder Läsionen im Bereich der Anastomose
i3	diffuse Ileitis
i4	diffuse Ileitis mit tiefen Ulzerationen und/oder Stenose

Beispiele finden sich in den folgenden Bildern (Abb. 2a-d)



Abb. 2: Rutgeerts-Score.
 a) i1: <5 Läsionen aphtoide im neoterminalen Ileum.
 b) i2: Läsionen im Bereich der Anastomose inkl. passierbare Stenose.

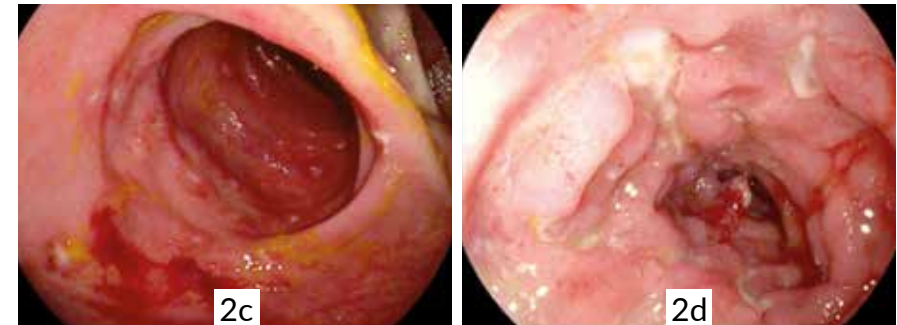


Abb. 2: Rutgeerts-Score.
 c) i3: diffuse Ileitis, Anastomose gut sichtbar, ausreichend weit.
 d) i4: diffuse Ileitis mit tiefen Ulzerationen

Endoskopische Scores – Colitis ulcerosa

Das endoskopische Assessment der Krankheitsaktivität bei Colitis ulcerosa kann über mehrere Scores erfolgen. Beispielhaft soll der „Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity“ (UCEIS), der Baron-Score und der Mayo-Score erläutert werden. Im Rahmen von Studien ist der UCEIS der am besten validierte, da er mit klinischen Symptomen korreliert und prädiktive Eigenschaften aufweist. Gefäßzeichnung, Blutung und Erosionen/Ulzerationen werden beurteilt (Tabelle 3) (7), wobei kritisch die etwas unscharfe Trennung von Erosionen von oberflächlichen Ulzerationen bemerkt werden muss.

Tabelle 3: „Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity“ (UCEIS) (7).

Kategorie (schwerwiegenste Veränderung wird gewertet)	Definition (Likert-Skala)
Gefäßzeichnung	1 = normal 2 = teilweiser Verlust 3 = vollständiger Verlust
Blutung	1 = keine 2 = mukosal 3 = luminale Blutung (mild) 4 = luminale Blutung (stark)
Erosionen/Ulzerationen	1 = keine 2 = Erosionen 3 = oberflächliche Ulzerationen 4 = tiefe Ulzerationen

Beispiele finden sich in den folgenden Bildern (Abb. 3a-e)

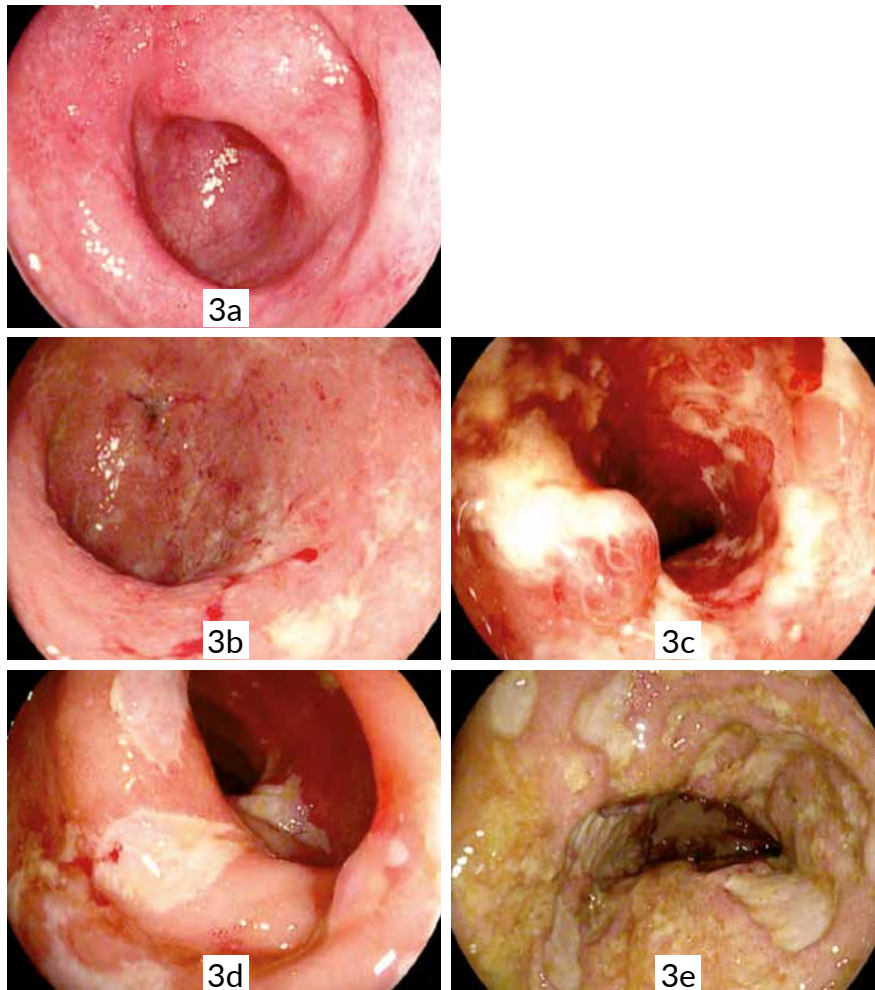


Abb. 3: UCEIS.
 a) Gefäßzeichnung: teilweiser Verlust.
 b) Blutung luminal, mild.
 c) Blutung luminal, stark.
 d) oberflächliche Ulzerationen.
 e) tiefe Ulzerationen

Der **Baron-Score** beurteilt mukosale Veränderungen in 3 Kategorien: 0=normale Mukosa; 1=entzündliche Veränderungen ohne Hämorrhagie; 2=Blutung bei leichter endoskopischer Manipulation; 3= Spontanblutung (8). Eine Remission ist definiert als Baron-Score ≤ 1 .

Der **Mayo-Score** ist eine Hybridform von klinischen und endoskopischen Variablen; Stuhlfrequenz, Blutung, Aktivität in der Sigmoidoskopie, Gesamtbeurteilung des Arztes sowie die Alltagsbelastbarkeit des Patienten werden beurteilt (Tabelle 4) (9). Ein Abfallen des Scores um 3 Punkte wird in Studien häufig als Therapieansprechen gewertet. Für die Beurteilung des endoskopischen Ansprechens wird häufig der endoskopische Subscore verwendet. Als Mukosaheilung wird meist 0 oder 1 verwendet, wobei bei 1 eine endoskopisch deutlich sichtbare Restaktivität bestehen kann. Der Mayo-Score ist lange Zeit vor den heute gängigen HD-Endoskopen publiziert.

Tabelle 4: „Mayo-Score“ (9)

	0	1	2	3
Stuhlfrequenz (über normal)	0	1 - 2	3 - 4	>5
Rektaler Blutabgang	kein	wenig	Blutbeimengung	immer blutig
Sigmoidoskopie	inaktiv	mild	moderat	schwer
Gesamtbeurteilung des Arztes	normal	mild	moderat	schwer
Alltagsbelastbarkeit	normal	leicht eingeschränkt	deutlich eingeschränkt	massiv eingeschränkt

Beispiele finden sich in den folgenden Bildern (Abb. 4a-d)

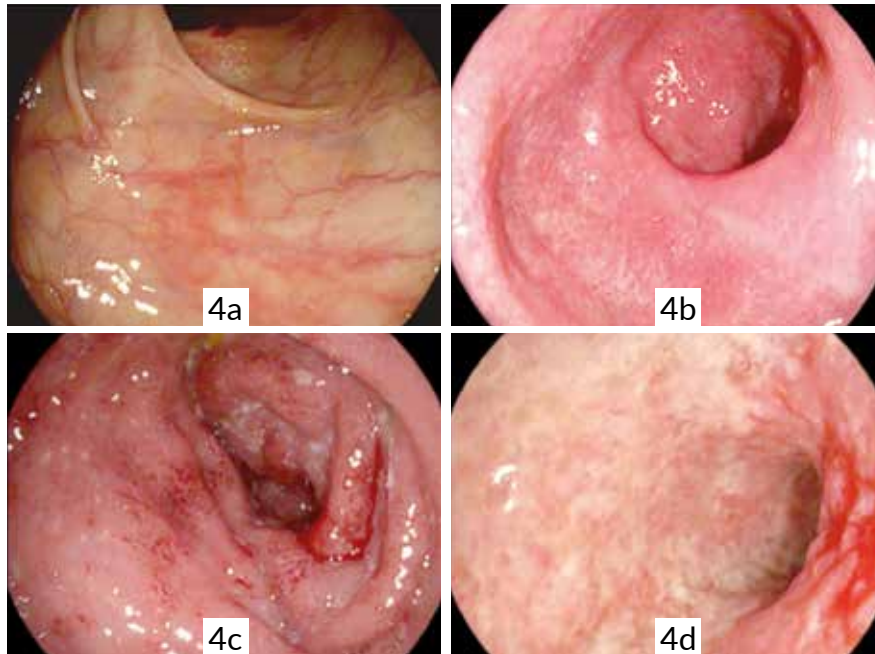


Abb. 4: Endoskopischer Subscore, Mayo-Score.

- a) inaktiv
- b) mild
- c) moderat
- d) schwer

Die o.g. Scores sind v.a. für die Erfassung einer floriden Erkrankung geeignet. Innerhalb der klinischen Remission gewinnt jedoch die Abschätzung der endoskopisch-histologischen Restaktivität bzw. der Mukosaheilung zunehmend an Bedeutung. Ein hierfür bei der Colitis ulcerosa validierter Score ist der PICaSSO-Score (Paddington international virtual chromoendoscopy score) (10). Dieser umfasst zwei Kategorien: mukosale Veränderungen + Gefäßveränderungen (Tab. 5), die jeweils bei Bedarf nochmals in Subkategorien/nach Größe des befallenen Schleimhautareals unterteilt werden können.

Tabelle 5: „PICaSSO-Score“ (10).

	0	I	II	III
Schleimhautveränderungen	keine	Mikroerosionen/ Kryptenabszesse	Erosionen < 5mm	Erosionen > 5mm
Vaskuläre Veränderungen	Nicht dilatierte Gefäße	dilatierte Gefäße	Intramukosale Blutung	Luminale Blutung

Bisher nicht suffizient in Scores erfasst sind Veränderungen, die weniger mit der Entzündung als mit dem chronischen Schleimhautumbau vergesellschaftet sind, jedoch dennoch mit Funktionseinschränkung (z.B. ausgedehnte Vernarbung) oder mit Schwierigkeiten in der Überwachung (multiple Pseudopolypen, villös-hypertropher Schleimhautumbau) einhergehen.

Beispiele finden sich in den folgenden Bildern (Abb. 5a-d)

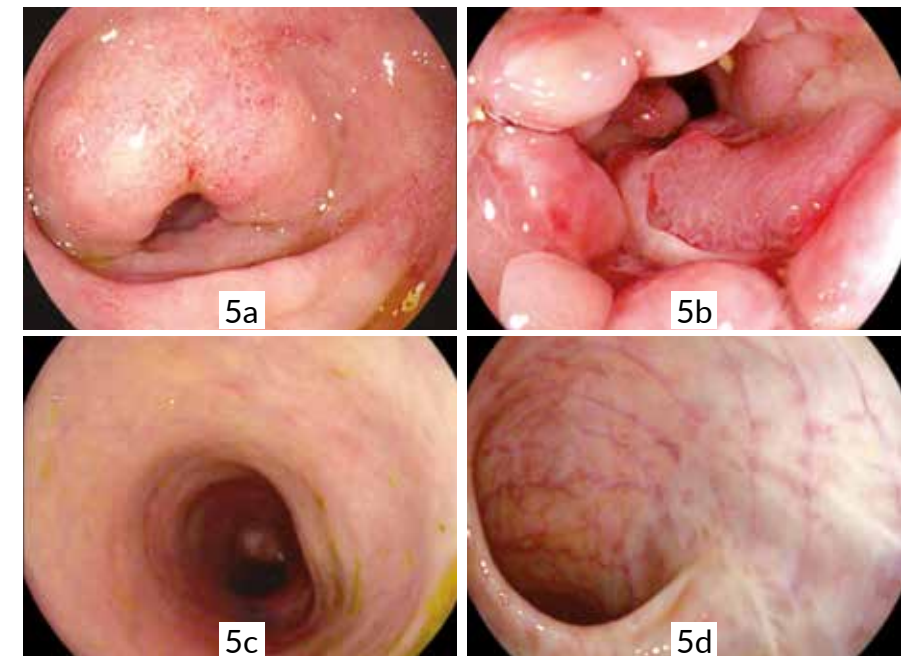


Abb. 5: nicht in Scores berücksichtigt:

- a) villöser Umbau des Kolons
- b) Pseudopolypen
- c) ausgedehnte Atrophie des Kolons
- d) Vernarbung des Kolons

Literatur

1. Goetz M. Endoscopic Surveillance in Inflammatory Bowel Disease. *Visc Med* 2018;34:66-71.
2. Wehkamp J, Götz M, Herrlinger K, Steurer W, Stange EF. Inflammatory Bowel Disease. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113:72-82.
3. Alexander Meining, Werner Schmidbaur, Brigitte Schumacher, Thomas Toermer, Martin Keuchel, Peter Baltés, Ulrike Denzer, Martin Götz, Ralf Jakobs, Jochen Klaus, Gero Moog, Ulrich Rosien, Stefan von Delius, Till Wehrmann, Markus M. Lerch, Frank Lammert. Neufassung der Terminologie in der gastroenterologischen Endoskopie – Ergebnis eines Konsensusprojekts der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen. *Z Gastro* 2017, 55:1233-1240
4. Daperno M, D'Haens G, Van Assche G, Baert F, Bulois P, Maunoury V, et al. Development and validation of a new, simplified endoscopic activity score for Crohn's disease: the SES-CD. *Gastrointest Endosc* 2004; 60:505-512.
5. Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G, Beyls J, Koremans R, Hiele M. Predictability of the postoperative course of Crohn's disease. *Gastroenterology* 1990; 99: 956-563.
6. Sostegni R, Daperno M, Scaglione N, Lavagna A, Rocca R, Pera A. Review article: Crohn's disease: monitoring disease activity. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17:11-17.
7. Travis SP, Schnell D, Krzeski P, et al. Developing an instrument to assess the endoscopic severity of ulcerative colitis: the Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS). *Gut* 2012; 61:535-542.
8. Baron J, Connell A, Lennard-Jones J. Variation between observers in describing mucosal appearances in proctocolitis. *BMJ* 1964; 1:89.
9. Schroeder KW, Tremaine WJ, Ilstrup DM. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderate active ulcerative colitis. A randomized study. *N Engl J Med* 1987; 26:1625-1629.
10. Iacucci M, Daperno M, Lazarev M, Arsenascu R, Tontini GE, Akinola O, Gui XS, Villanacci V, Goetz M, Lowerison M, Lethebe BC, Vecchi M, Neumann H, Ghosh S, Bisschops R, Kiesslich R. Development and reliability of the new endoscopic virtual chromoendoscopy score: the PICaSSO (Paddington International Virtual Chromoendoscopy ScOre) in ulcerative colitis. *Gastrointest Endosc* 2017, 86(6):1118-1127

LIVE DEMOS

Liebe Endoscopy-Campus User!

Weltweit finden jedes Jahr zahlreiche Fortbildungen mit Live-Endoskopien statt. Die Übertragungen sind sowohl von didaktischer Seite, als auch von der technischen Qualität auf höchstem Niveau. Leider sind diese Live-Demos häufig nur im Rahmen des Kongresses für die Zuschauer vor Ort verfügbar und das gewonnene Videomaterial fristet ein bescheidenes Dasein auf einem Datenträger.

Wir sind daher mit zahlreichen Kongressausrichtern in Kontakt getreten um das Videomaterial und diese lehrreichen Fälle einem breiten Publikum zugänglich zu machen. Auf dem Endoscopy-Campus finden sie unter dem Reiter „Live-Demos“ die ersten Sammlungen von Live-Endoskopie Kongressen weltweit.

Neben der Kongress-Sortierung ist es möglich die Videos nach bestimmten Themengebieten (z.B. EUS, POEM, ESD) zu sortieren und sich so seine persönliche Fortbildungsveranstaltung zusammenzustellen. Wir möchten Ihnen hier die aktuell teilnehmenden Kongressveranstaltungen vorstellen:

TOKYO Live, Japan



Kongresspräsident: Prof. Dr. Haruhiro Inoue

Der Endoskopie-Kongress TOKYO-Live feierte in diesem Jahr sein drittes Jubiläum. Die Übertragungen kommen aus dem Showa University Koto Toyosu Hospital in Tokyo, der Arbeitsstätte von Kongresspräsident Haruhiro Inoue. Der Kongress geht über 3 Tage und legt den Fokus auf Themen der ERCP, EUS-FNA, ESD, Ballon-Enteroskopie und hochauflösenden endoskopischen Diagnostik. Zudem wurden in diesem Jahr speziell die detaillierten technischen Aspekte des POEM und des ARMS (Anti-Reflux Mucosectomy) Verfahrens demonstriert und diskutiert. Die Fälle werden von japanischen Experten und einer internationalen Faculty durchgeführt. Die Kongresssprache ist Englisch und aktuell sind die Beiträge aus dem Jahr 2016 und 2017 verfügbar, wobei die aktuellen Aufnahmen vom April 2018 in Kürze folgen.

Nächster Termin: April 26 – 28, 2019

Website: www.coac.jp/tokyolive/english/

endo-update, Augsburg, Deutschland



Kongresspräsidenten: Prof. Dr. H. Messmann, Augsburg
Prof. Dr. H.-D. Allescher, Garmisch-Partenkirchen

Die Live-Endoskopie-Veranstaltung in Augsburg zeigt seit 2006 in bewährter Weise neue Entwicklungen, aber auch etablierte Verfahren. Die crème de la crème der nationalen und internationalen Endoskopie mit Experten aus ganz Europa aber auch Japan und Australien findet sich Jahr für Jahr beim endo-update ein. Die Live-Übertragungen finden sowohl vom Klinikum Augsburg als auch aus dem Klinikum in Garmisch-Partenkirchen statt. Der Kongress-Donnerstag beginnt mit 2 interessanten Satelittensymposien (In diesem Jahr mit dem Update CED 2018 und endoskopisches Management von gastrointestinalen Tumoren). Zudem werden in mehreren Workshops am Kongress-Freitag aktuelle endoskopische Themen vorgestellt und diskutiert.

Nächster Termin: 30. November – 01. Dezember 2018

Website: www.endoupdate.de

Endoskopie Live, Berlin, Deutschland



Der Hauptstadtkongress wurde von Prof. Dr. Hans-Joachim Schulz ins Leben gerufen und wird seit 2014 von PD Dr. Dirk Hartmann fortgeführt. Nationale und internationale Experten zeigen die Standards und Innovationen der endoskopischen Diagnostik und Therapie. Das Programm richtet sich sowohl an niedergelassene Kollegen, Klinikärzte und insbesondere auch an das für die Endoskopie unverzichtbare und für alle sehr wichtige Assistenzpersonal. Am Kongress-Samstag werden ausgewählte Fälle vom Vortag nochmals intensiv besprochen und die histopathologischen Ergebnisse demonstriert.

Als Neuerung wurde in diesem Jahr, am Vortag des Kongresses (Donnerstag) für den endoskopischen Nachwuchs ein speziell zugeschnittenes Symposium angeboten. Junge Endoskopiker mit einem Alter bis 37 Jahren diskutieren gemeinsam mit renommierten Experten spezielle Themen der endoskopischen Diagnostik und Therapie. Aktuell sind auf dem Endoscopy-Campus die Fälle vom Kongress 2017 verfügbar, in Kürze wird aber auch mit den Beiträgen von diesem Jahr gerechnet.

Nächster Termin: 10. – 11. Mai 2019

Website: www.endoskopie-live-berlin.de

Endo Club Nord, Hamburg, Deutschland



Kongresspräsidenten: Thomas Rösch
Siegbert Faiss
Jürgen Pohl

Der ENDOCLUBNORD ist der größte Kongress für Live-Endoskopie weltweit. Die Kongressteilnehmer des ENDOCLUBNORD können die endoskopischen Eingriffe und Operationen aus den drei Hamburger Kompetenzzentren, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, der Asklepios Klinik Altona und der Asklepios Klinik Barmbek, live mitverfolgen.

Die Qualität der ausgewählten Experten und die Vielzahl der Eingriffe werden weltweit als einmalig eingestuft. Neben der Live-Übertragung werden Vorträge und Diskussionen zu neuen Techniken und Entwicklungen im Bereich der Diagnose und Therapie angeboten. Der ENDOCLUBNORD am Samstag bringt eine ausführliche Aufarbeitung und Besprechung der Fälle vom Vortag wie auch ausgesuchter Fälle aus dem Vorjahr. Die histologischen Diagnosen werden demonstriert und das Patientenmanagement nach Leitlinien und Evidenz besprochen. Experten aus verschiedenen Ländern stellen die neuesten endoskopischen Innovationen vor.

Nächster Termin: 02. – 03. November 2018

Website: www.endoclubnord.de



Endo Club Spring, Hamburg, Deutschland



Kongresspräsidenten: Thomas Rösch
Siegbert Faiss
Jürgen Pohl

Der ENDOCLUB Spring ist ein „neuer“ Live-Kongress, der das Ziel hat, interaktive Live-Demonstrationen zu ausgesuchten Teilbereichen der diagnostischen und therapeutischen Endoskopie zu präsentieren und diese ausführlicher und detaillierter zu demonstrieren. Die Premiere des ENDOCLUB Spring im Jahr 2017 mit dem Thema „Endoskopische Resektionen“ war bereits ein toller Erfolg und komplett ausgebucht.

Beim ENDOCLUB Spring 2018 wurden biliäre und pankreatische Erkrankungen in den Mittelpunkt gestellt. Wie in 2017 wurde hierfür einen bewusst „familiären Rahmen“ mit begrenzter Teilnehmerzahl gesetzt, um gemeinsam mit den Teilnehmern und ausgewiesenen nationalen Experten Techniken sowie Tipps und Tricks zu diskutieren. Die einzelnen Live-Prozeduren haben extra lange Zeitfenster und erlauben Schritt-für-Schritt Erklärungen sowie ein interaktives Trouble-Shooting für Endoskopiker und Assistenz.

Nächster Termin: 22. Februar 2019

Website: www.endoclubspring.de



EndoSwiss – Live, Zürich, Schweiz



Kongressorganisatoren: Stefan Seewald
Andreas Müller
Philipp Bertschinger
Bernhard Sauter

Der Endoskopie Kongress EndoSwiss findet im 2-jährigen Rhythmus statt und ging im letzten Jahr in die 5. Auflage. Der Kongress findet in den Räumlichkeiten der renommierten Hirslanden Klinik in Zürich statt und besteht aus 2 Kongresstagen, wobei am ersten Tage ein Vorsymposium mit einem Schwerpunktthema durchgeführt wird. Im letzten Jahr wurde hierbei das Thema endoskopische Bildgebung mit Detektion und Klassifikation von Frühkarzinomen, bzw. deren Vorstufen mit japanischen Experten diskutiert. Am zweiten Kongresstag werden Live-Endoskopien von komplexen therapeutischen Eingriffen wie ERCP, ESD, EUS, EMR gezeigt und die entsprechenden Themen mit Vorträgen ergänzt. Die Kongresssprache ist Englisch mit simultaner Übersetzung ins Russische.

Nächster Termin: Juni 2019

Website: www.endoswiss.ch

DEGEA Live, Deutschland



Pflege führt Regie - Der interaktive Live Stream für Endoskopiefachpersonal

Der Endoscopy Campus und die DEGEA haben zusammen ein interessantes Fortbildungsformat für Endoskopiefachpersonal entwickelt. Mit dem Startschuss im März 2018 zum Thema „Koloskopie“ wird nun in regelmäßigen Abständen ein Live Stream mit endoskopischen Eingriffen durch die Brille der Assistenz und begleitenden Pflege betrachtet. Das Endoskopiefachpersonal führt dabei Regie, unterstützt durch kompetente ärztliche Partner, erfahrene Endoskopie-Teams und speziell die norddeutschen DEGEA-Endoskopie-Zirkel.

Termine und Themen 2018:

- 21.3.2018 Koloskopie mit Polypektomie (bereits online abrufbar)
- 13.6.2018 ÖGD, Reflux und Barrett
- 26.9.2018 ERCP – Basics Gallenwege

Live-Stream jeweils 17.00-18.30 Uhr auf dem Endoscopy Campus, von wo aus ein direkter Link zur DEGEA-Website geschaltet wird.

Nächster Termin: 26. September 2018

Website: www.degea.de · www.endoscopy-campus.de

EUS – St. Petersburg

Im Jahr 2012 hat in St. Petersburg ein EUS-Kongress mit Live-Übertragung aus Deutschland stattgefunden. Es sind insgesamt 8 interessante Fälle mit interessanter endosonographischer Diagnostik entstanden. Präsentiert wurden die Fälle von Prof. Rob Hawes, Prof. Bertrand Napoleon, Prof. Siegbert Faiss, Prof. Thomas Rösch und PD Dr. Ulrike Denzer.

Image Live Endoscopy, Mailand, Italien



Kongresspräsidenten: A. Repici, S. Carrara, A. Anderloni

In diesem Jahr wird bereits zum neuten Mal der Mailänder Endoskopie-Kongress "Image Live" stattfinden. Hierbei werden neue und bewährte Techniken der diagnostischen und interventionellen Endoskopie demonstriert. In dem aktuellen Programm sind neben Live-Endoskopien auch Update-Symposien über die "Hot-Topics" der Endoskopie und Gastroenterologie integriert. Die Kongresssprache ist Englisch und die Fälle werden sowohl von italienischen Experten, als auch einer internationalen Faculty mit Top-Experten demonstriert und diskutiert.

Auf dem Endoscopy-Campus werden in Kürze die Fälle vom Jahr 2017 verfügbar sein.

Nächster Termin: 14. – 16. Juni 2018

Website: www.imageliveendoscopy.com



DGE-BV aktuell

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder der DGE-BV!

Im Rahmen der Sommerausgabe des „Endoscopy-Campus-Magazins“ geht immer der Blick zurück auf die Jahrestagung im Frühjahr. Es herrschte ja etwas die Sorge, dass nach dem Berliner Mega-Kombi-Event „DGE-BV meets Endoskopie Live“ der Weg zurück schwierig werden könnte. Dies war nicht der Fall. Der Vorsitzende und seine Kongresssekretäre haben ein gelungenes Programm zusammenstellen können. Neu und auch im Rahmen der Live Demo aus dem Klinikum Rechts der Isar als Schwerpunkt gewählt war der Focus auf die Proktologie. Dies ist sicherlich ein Thema mit dem wir uns in der Gesellschaft in den nächsten Jahren vermehrt beschäftigen werden. Somit war die Akzeptanz hoch, belegt durch die Besucherzahl mit über Tausend. Mehr Teilnehmer hätten auch den räumlichen Rahmen in München gesprengt. Mein Dank geht daher an alle, die an der Organisation und Durchführung unserer 48. Jahrestagung beteiligt waren! Gut gemacht!

Im nächsten Jahr steht dann Stuttgart mit Prof. Caca als Präsidenten an. Das Motto lautet „Multidisziplinarität und Integration neuer Techniken“ und passt damit hervorragend in die Ausrichtung unserer Gesellschaft. Tragen Sie sich daher bitte in Ihren Terminkalender jetzt schon den 28.3. -30.3.2019 (ICS Messe Stuttgart) ein und besuchen Sie gelegentlich die Homepage um immer aktuell informiert zu sein.

Aber auch die Wahlen standen im Zeichen der Multidisziplinarität dieses Jahr. In den Beirat wieder-gewählt wurden die Herren Stasche (als Vertreter der HNO-Ärzte) und Moog (als Vertreter der niedergelassenen Gastroenterologen). Zum Vorsitzenden 2021 wurde der Kollege Bernhardt (als Vertreter der endoskopierenden Chirurgen) gewählt. Gratulation an die genannten Kollegen. Ich freue mich sehr auf die Zusammenarbeit in den nächsten Jahren! Weitere Einzelheiten zur Wahl und zur Mitgliederversammlung können Sie auch im Protokoll auf unserer Homepage (www.dge-bv.de) nachlesen.

Ansonsten konnten wir auch letztes Jahr leicht steigende Mitgliedszahlen verzeichnen. Etwas unzufrieden bzgl. der Struktur unserer Mitglieder bin ich jedoch. So haben wir noch erhebliches Potential was die Zahl niedergelassener Kollegen und was die Zahl von Mitgliedern unter 40 Jahren betrifft. Für die niedergelassenen Kollegen werden wir daher den Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen (bng) verstärkt in die Planung und Durchführung unserer Jahrestagung einbinden. Ich hoffe sehr, dass sich diese Maßnahme auszahlt. Was den Nachwuchs betrifft, gibt es ein Treffen Ende Juli von aktiven Jung/Neu-Mitgliedern, die dem Vorstand dann klare Handlungsan-

weisungen zur Förderung des Nachwuchses mit auf dem Weg geben sollen. Unser Schatzmeister ist hier offen für jegliche Fördermaßnahmen in einem gewissen Rahmen. Mal sehen, was da so an neuen Ideen und Konzepten entsteht. Ich werde auf jeden Fall berichten!

Soviel zu Ihrer aktuellen Information. Bitte zögern Sie nicht, mich bei Fragen und Kommentaren zu kontaktieren.

Ansonsten wünsche ich Ihnen schon jetzt eine erholsame Ferienzeit und verbleibe bis zum nächsten Mal

Ihr

Alexander Meining
Sekretär der Gesellschaft

Inserentenverzeichnis

ovesco Endoscopy AG

U2

ERBE Elektromedizin GmbH

U4

Kongressankündigung

Viszeralmedizin 2018

12. – 15. September 2018

73. Jahrestagung der DGVS mit Sektion Endoskopie

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie,

Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

Messegelände München

www.dgvs.de



ENDO CLUB NORD

02. – 03. November 2018

Hamburg, Messe Eingang West

www.endoclubnord.com

ENDOCLUBNORD

Endoskopie Workshop EVK Düsseldorf 2018

07. November 2018

Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf

www.cocs.de



endo-update 2018

30. November - 01. Dezember 2018

Kongress am Park Augsburg

www.endoupdate.de



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.



Gold

Boston Scientific Medizintechnik GmbH



ERBE Elektromedizin GmbH



FUJIFILM Deutschland GmbH



KARL STORZ GmbH & Co. KG



Micro-Tech Europe GmbH



Norgine GmbH



OLYMPUS Deutschland GmbH



ovesco Endoscopy AG



Silber

COOK Deutschland GmbH



Dr. Falk Pharma GmbH



Medwork GmbH



BY DOCTORS FOR DOCTORS

erbe
power your performance.

Basics of Electrosurgery in Endoscopy



erbe+ academy

Webcast
please watch!

DR. AXEL EICKHOFF
MEDIZINISCHE KLINIK II
KLINIKUM HANAU

© Erbe Elektromedizin GmbH 2018 2018-01 DO46896 non-US only

FiAPC®-Sonden

Die sterile Sonde mit Sicherheitsfilter

Argonplasma-Koagulation:
Sicher und kontrollierbar – mit optimaler
Plasmazündung

- ☑ Keine Kontamination des Geräts
- ☑ Kein Wechsel des Membranfilters
- ☑ Keine Aufbereitung erforderlich
- ☑ Niedrige Kosten pro Anwendung
- ☑ Plug and play