

4. MucMAG Termin 2020

Endosk. Therapie von Stenosen im GI-Trakt

Medizinische Klinik und Poliklinik II, LMU Klinikum
05.12.2020 | Prof. Dr. David Anz



Leitlinien und Positionspapiere zur Dilatation und Bougierung

DGVS: S2k-Leitlinie Qualitätsanforderungen in der gastro- intestinalen Endoskopie 2015

**S2k-Leitlinie Qualitätsanforderungen in der gastro-
intestinalen Endoskopie, AWMF Register Nr. 021–022**
Erstauflage 2015

S2k guideline: quality requirements for gastrointestinal
endoscopy, AWMF registry no. 021–022

Autoren

U. Denzer¹, U. Beilenhoff², A. Eickhoff³, S. Faiss⁴, P. Hüttl⁵, S. In der Smitten⁶, R. Jakobs⁷, C. Jenssen⁸, M. Keuchel⁹,
F. Langer¹⁰, M. M. Lerch¹¹, P. Lynen Jansen¹², A. May¹³, R. Menningen¹⁴, G. Moog¹⁵, T. Rösch¹⁶, U. Rosien¹⁷,
T. Vowinkel¹⁴, T. Wehrmann¹⁸, U. Weickert¹⁸

DGVS S2k-Leitlinie Qualitätsanforderungen in der gastro- intestinalen Endoskopie

Inhaltsverzeichnis		Seite
Kap. 4	Prozessqualität – Standards für endoskopische Prozeduren	E044
Kap. 4.1	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	E044
4.1.1	Spezielle Vorbereitung	E044
4.1.2	Durchführung	E044
4.1.3	Prozedurabhängige Nachsorge	E048
4.1.4	Komplikationen	E048
4.1.5	Spezifische Qualitätsindikatoren Diagnostische ÖGD	E048
Kap. 4.7	Endoskopische enterale Dilatation, Bougierung und Stenteinlage in der Therapie von Stenosen in Ösophagus, Magen, Duodenum, Kolon und postoperativen Leckagen	E094
4.7.1	Spezielle Vorbereitung	E094
4.7.2	Durchführung	E094
4.7.3	Prozedurabhängige Nachsorge	E102

Beispiel ÖGD

4.1.2 Durchführung

4.1.2.1 Allgemeine Qualitätskriterien

Empfehlung

Jede diagnostische ÖGD soll komplett erfolgen, sofern keine Kontraindikationen vorliegen (verbliebene Speisereste im Magen, nicht passierbare Stenose).

Starker Konsens

Kommentar

Eine komplette Ösophagogastroskopie beinhaltet die Beurteilung des Ösophagus ausgehend vom oberen Ösophagusphinkter bis ins Duodenum Pars II und stellt ein Qualitätskriterium dar [329]. Bei Vorliegen von Verunreinigungen oder schaumigem Speichel sollte die Mukosa freigespült werden, um eine komplette Inspektion zu gewährleisten. Neben der alleinigen Beurteilung der Mukosa sollte die Inspektion auch die Beweglichkeit der Magenwand während und nach der Entfaltung der Magenfalten unter Luftinsufflation beinhalten. Kardial und Magenfundus werden in Inversion beurteilt. Die Ösophagusschleimhaut wird im Rückzug bis zum oberen Ösophagusphinkter gespiegelt. Die Z-Linie und ggf. das Ausmaß einer axialen Hernie und ggf. Barrett-Metaplasie kann auch bereits beim Vorspiegeln beurteilt und durchgemessen werden.

Klinische Daten zur diagnostischen Effektivität bzw. zur Frequenz übersehener Befunde bei inkompletter Spiegelung liegen nicht vor.

Empfehlung

Neben der Dokumentation von pathologischen Befunden soll eine Bilddokumentation mindestens folgender Landmarken erfolgen: Z-Linie, Antrum, Corpus, Kardial in Inversion, Duodenum Pars II.

Starker Konsens

Leitlinien und Positionspapiere zur Dilatation und Bougierung

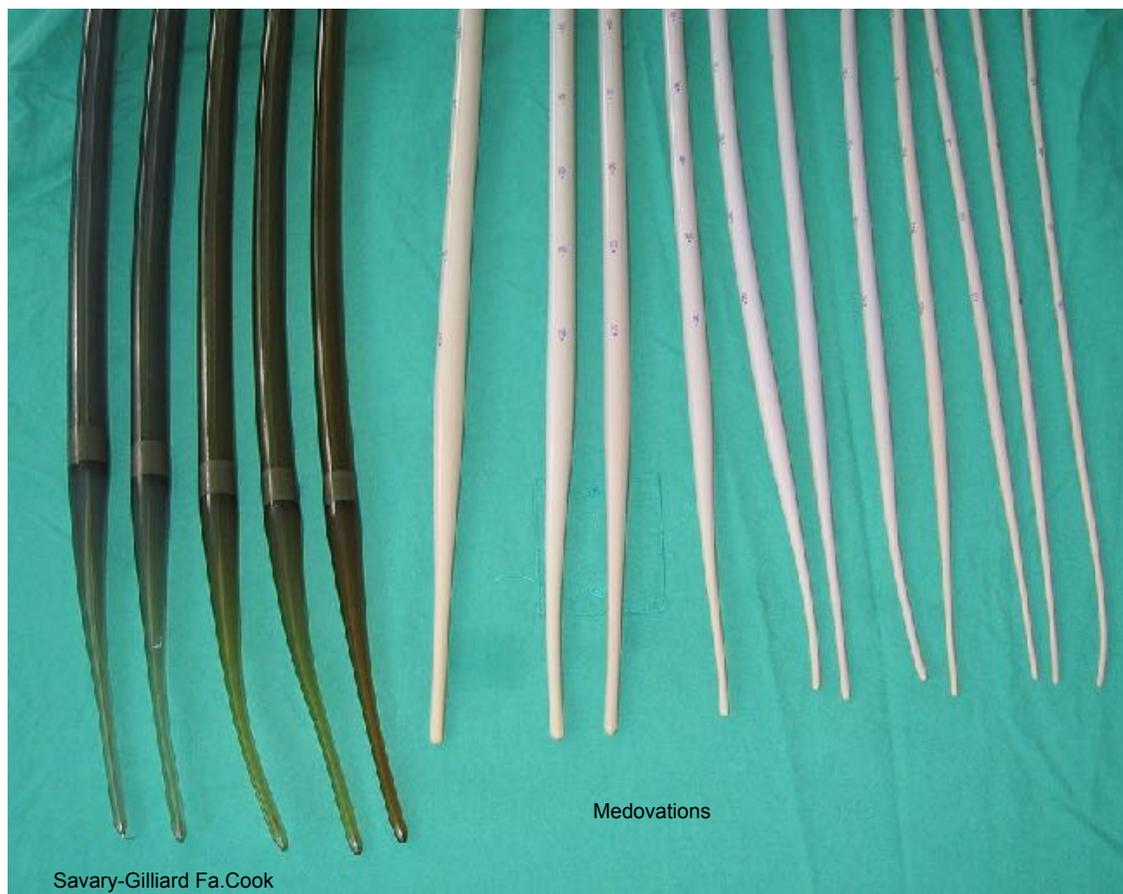
Statusreport der ASGE 2013



STATUS EVALUATION REPORT

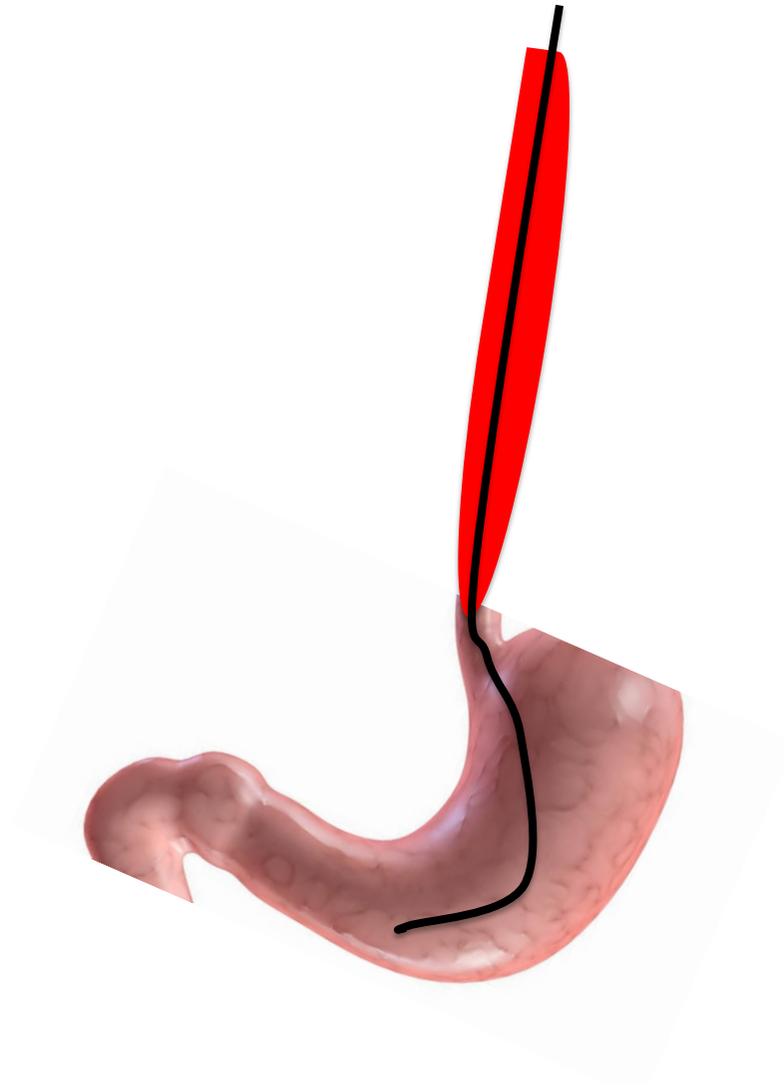


Tools for endoscopic stricture dilation



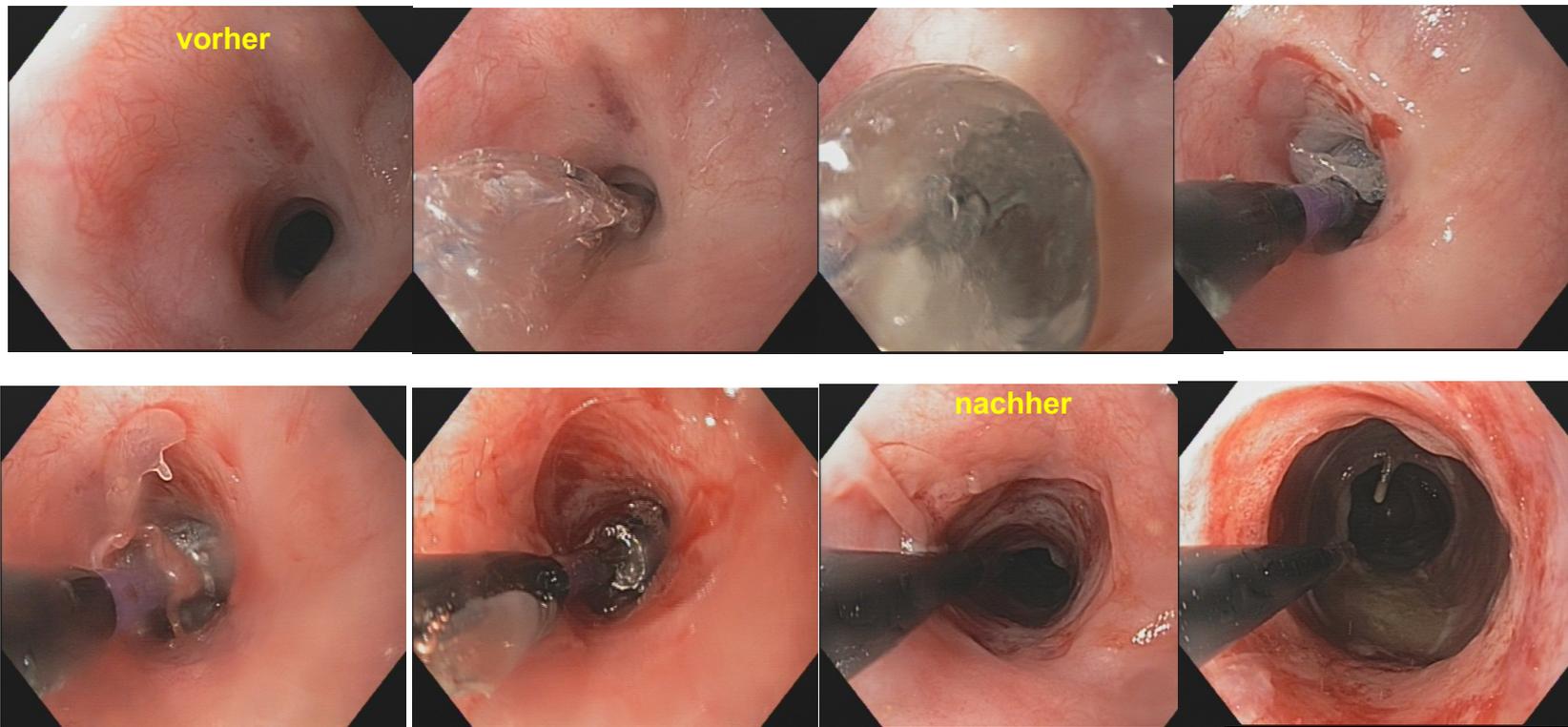


Bougierung

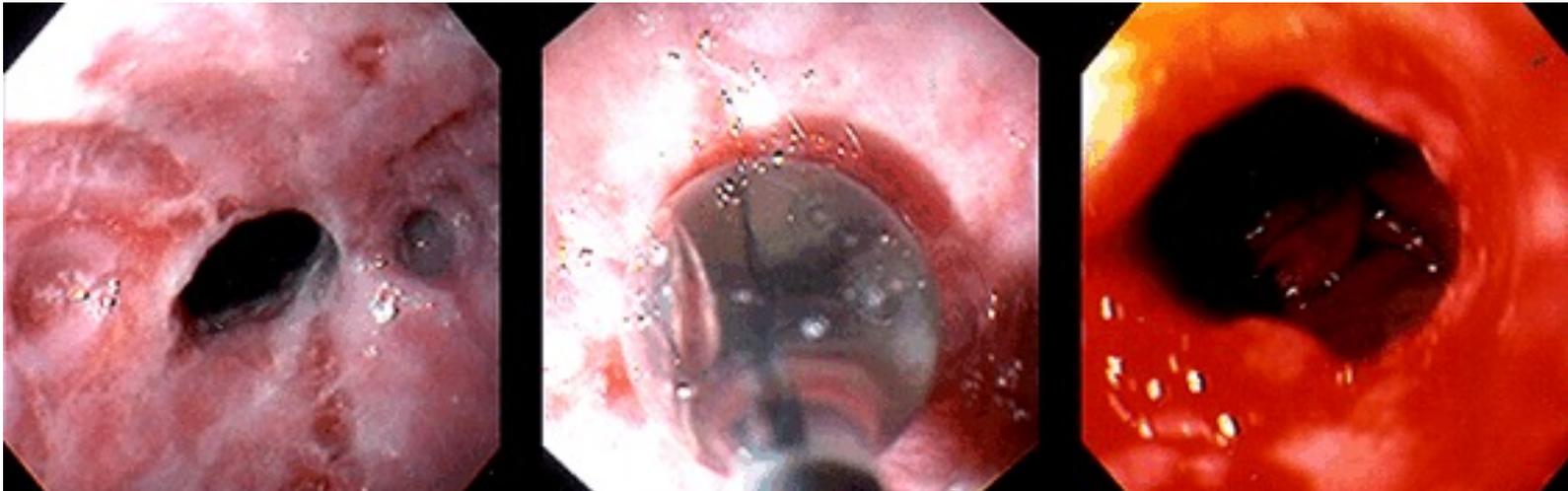




Dilatation Anastomosenstenose Ösophagus



Dilatation



Wann **Bougie**, wann **Ballon**?

Wann **Röntgen**? Oder geht's auch **ohne**?

Wie **weit** darf man denn dehnen? Wie weit soll es am **Ende** werden?

Periinterventionelle **Antibiose**?

Erfolgsaussichten?

Komplikationen?

Wann Bougie und wann Ballon?

Ösophagusstenosen

Ballon oder Bougie

Ergebnisse gleich,
Untersucherpräferenz,
Preis, Länge und Lage der Stenose

Magen und unterer GI-Trakt

Ballon

Wann Bougie und wann Ballon?

Pro Bougie:

Mehr Gefühl für die Stenose

Proximale Stenosen

Kurze, einfache Stenosen

Pro Ballon:

Dilatation unter Sicht

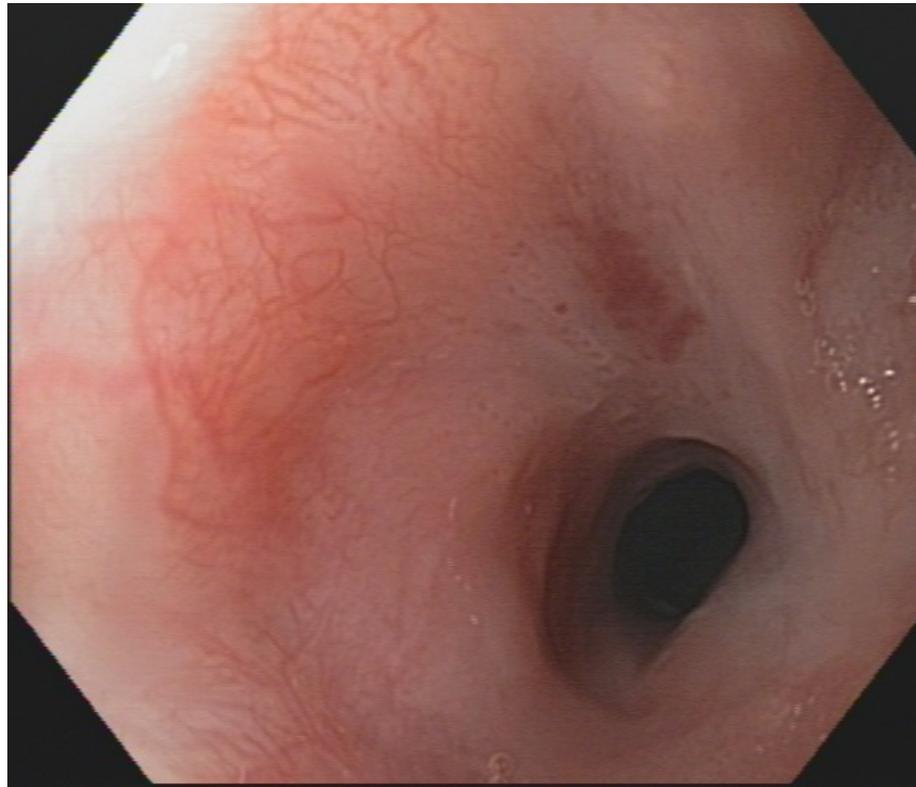
Distale Stenosen

Langstreckige, komplexe Stenosen

Aktuelle Meta-Analyse: Gastroenterol Res Pract. 2018; 2018: 5874870

Outcome Bougie vs. Ballon gleich bzgl. Erfolg und Komplikationsrate

Röntgen: ja oder nein?



Röntgen: ja oder nein?

Empfehlung

Die Bougierung oder Dilatation soll unter endoskopischer oder bei hochgradiger Stenose ohne sichere endoskopische Drahteinlage unter fluoroskopischer Kontrolle erfolgen.

Starker Konsens

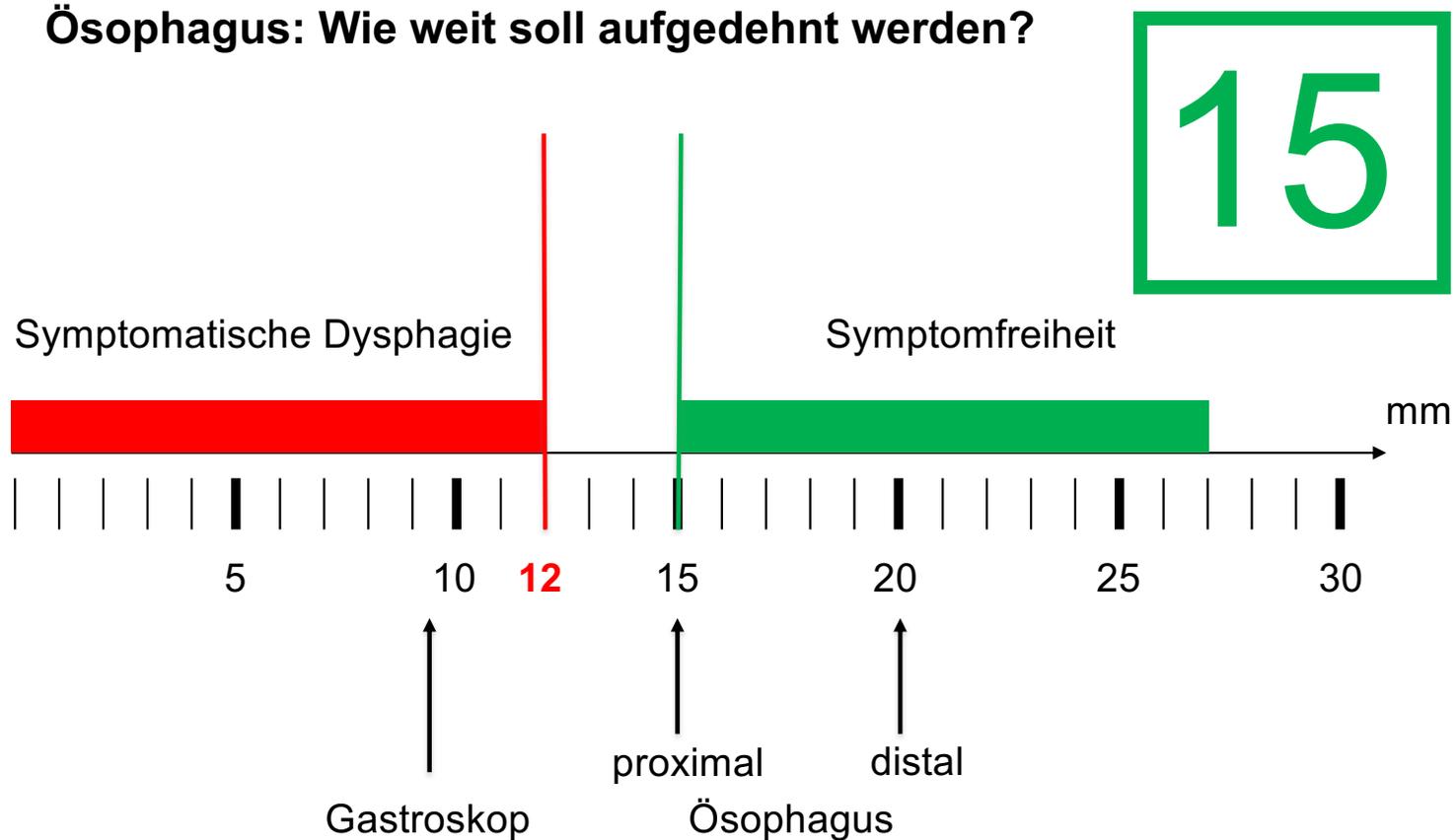
Ja, wenn:

- **Stenose endoskopisch nicht passierbar**

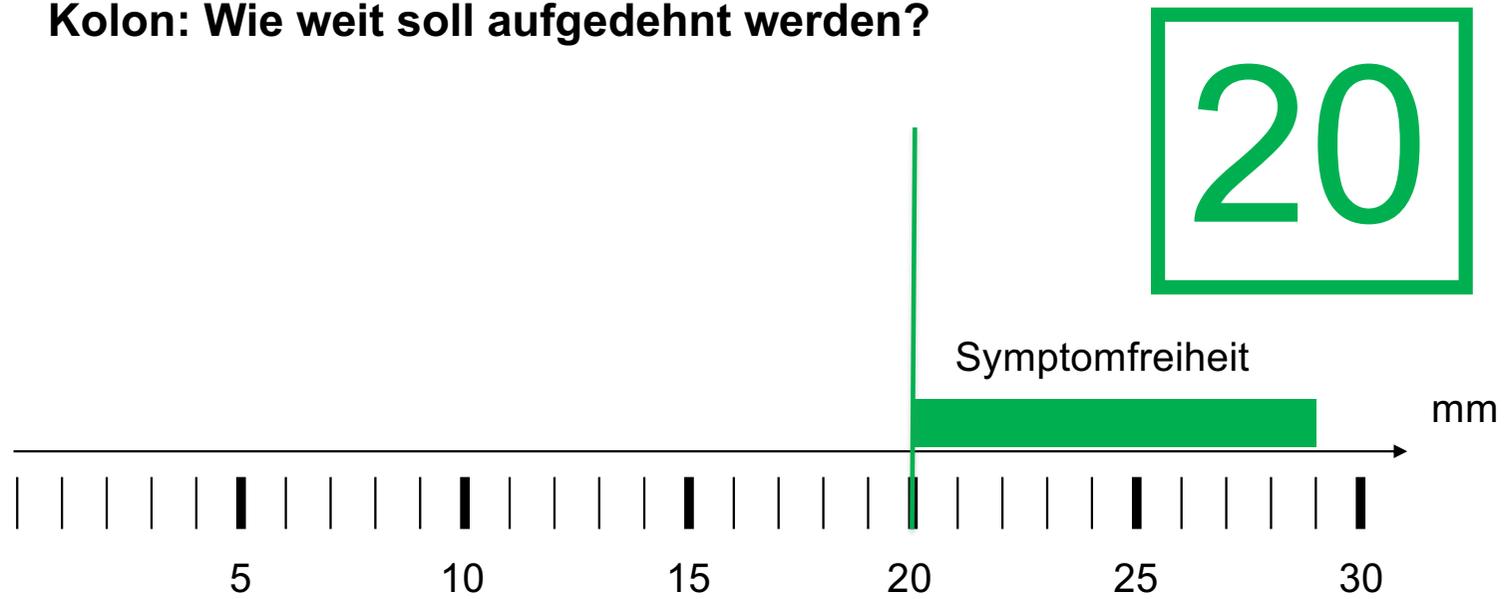
Nicht zwingend:

- **Stenose endoskopisch passierbar**

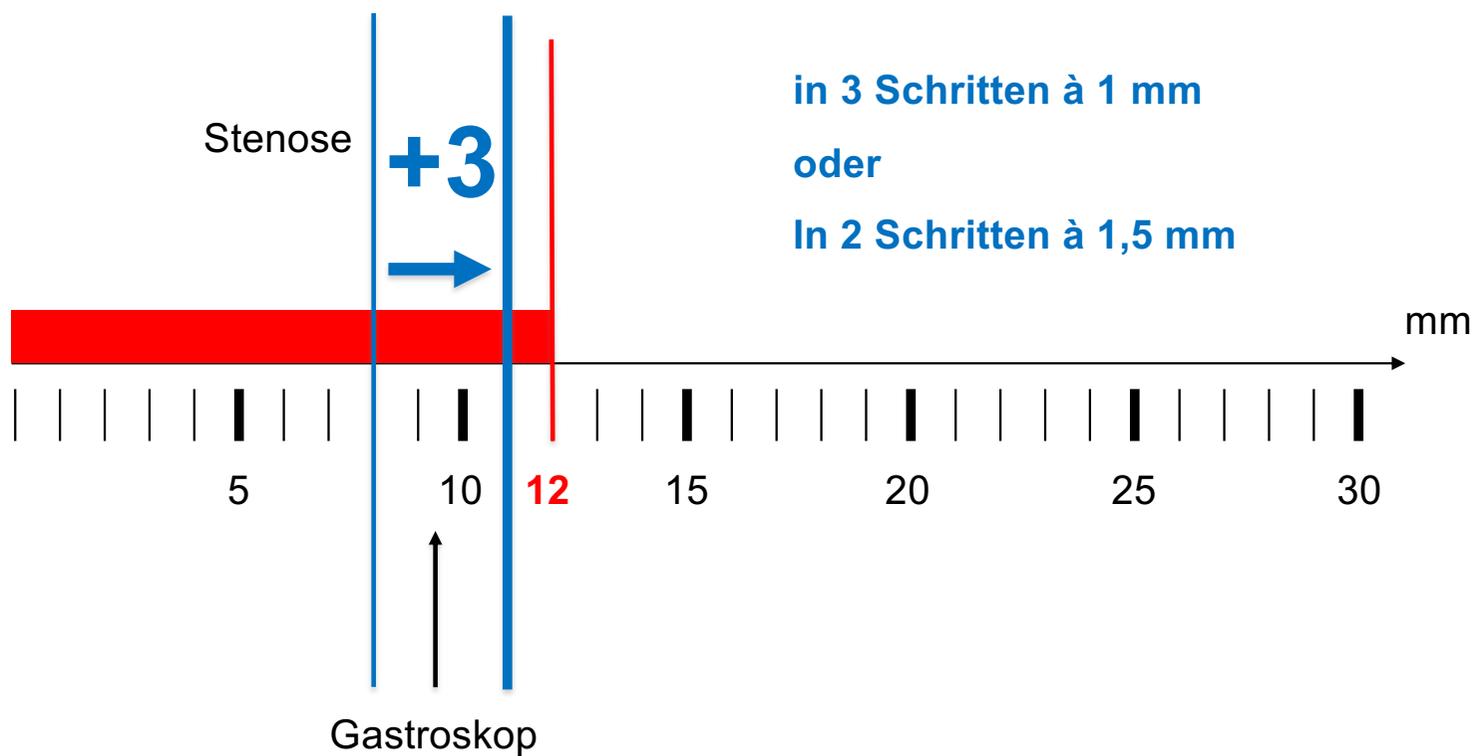
Ösophagus: Wie weit soll aufgedehnt werden?



Kolon: Wie weit soll aufgedehnt werden?



Ösophagus: Wie weit soll pro Sitzung dilatiert werden?



Antibiotikaprophylaxe?

Nicht grundsätzlich.

Ja, bei Aszites, künstlichen Herzklappen.

Wie erfolgreich ist die Bougierung bzw. Dilatation?

Ösophagus (stark abhängig vom Schweregrad):
Hohe initiale Erfolgsrate, aber nur 40% Rezidivfreiheit

Kolon postoperativ: 70% dauerhafter Erfolg

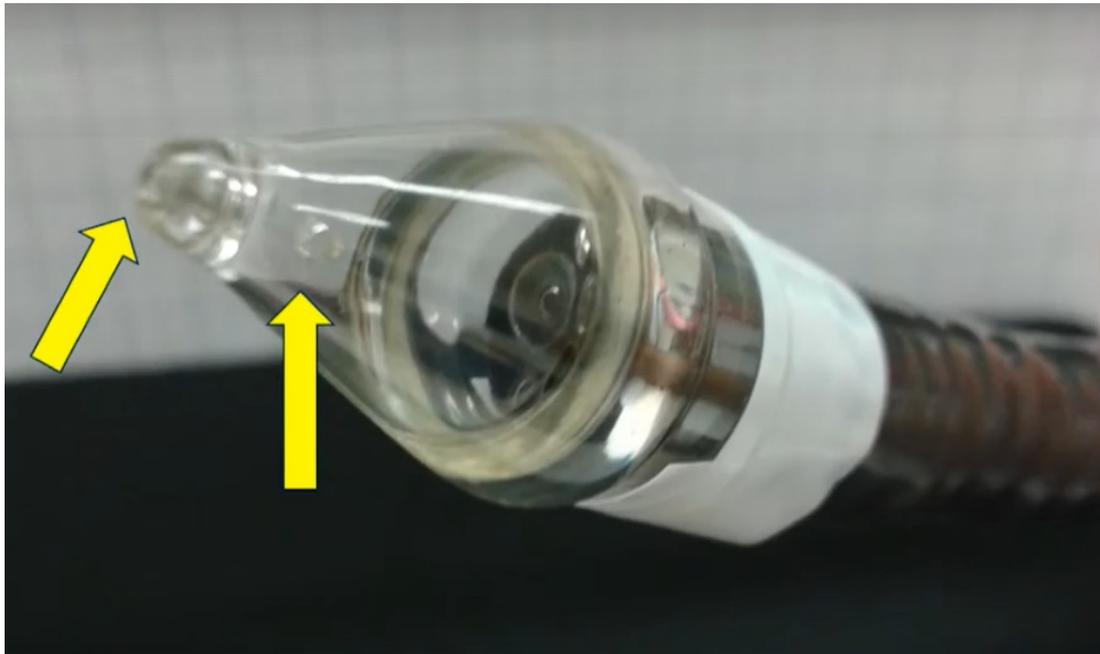
Kolon CED: 60-70% Erfolg (Beobachtung 3 Jahre)

Wie hoch ist die Rate an Komplikationen?

1-2 % je nach Schweregrad der Stenose

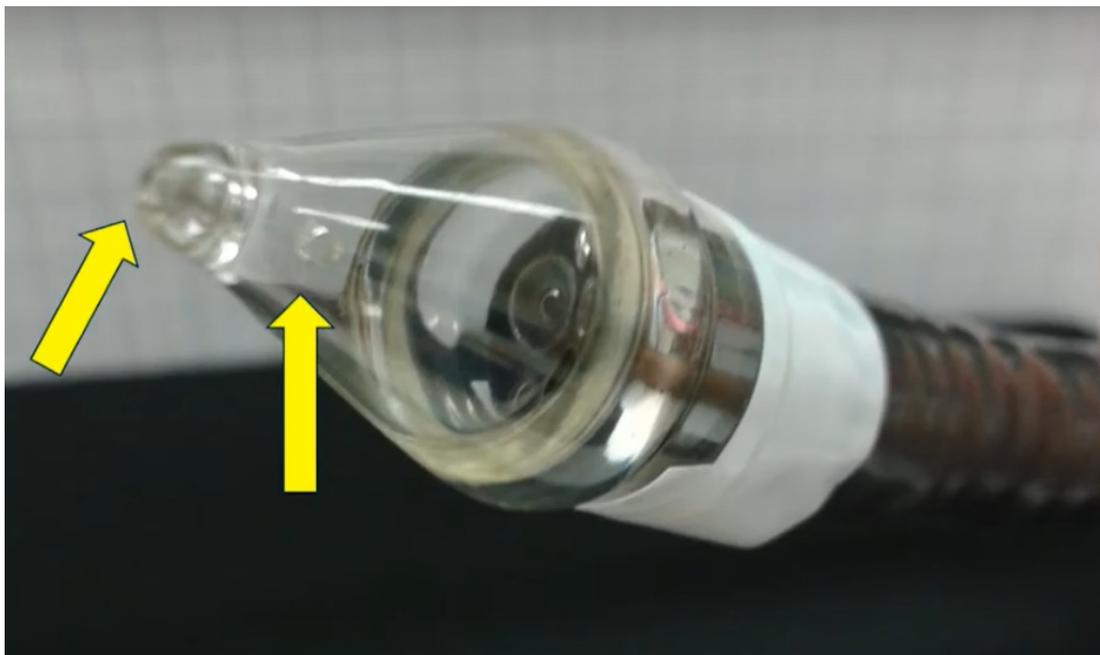
Blutung, Perforation, Infektion

Neuigkeiten und Reserveverfahren



Ovesco Bougie Cap

Neuigkeiten und Reserveverfahren

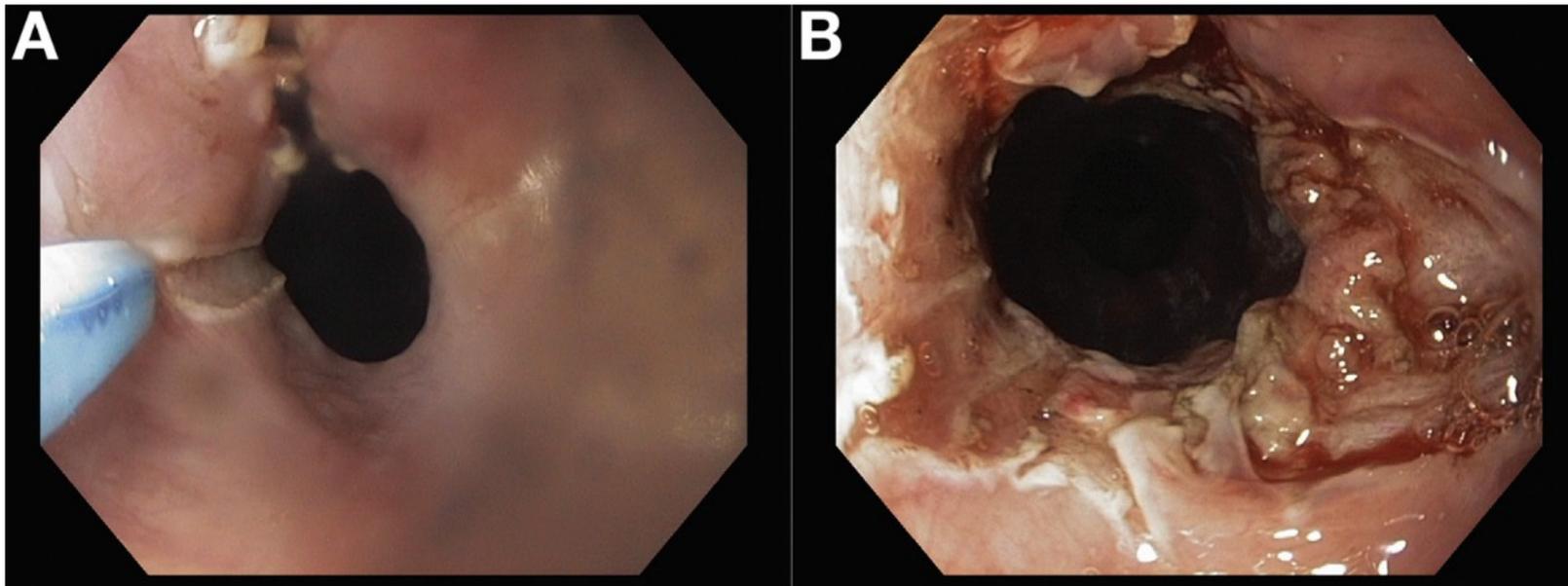


Ovesco Bougie Cap

Video: Endoscopy Campus



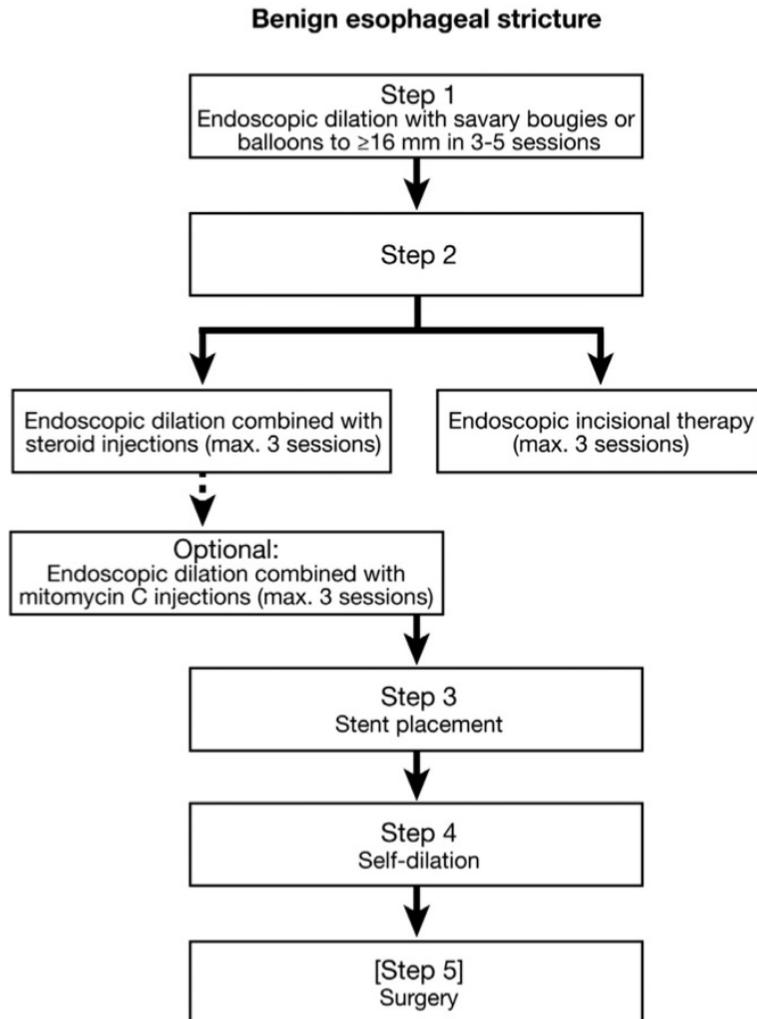
Reserveverfahren



inzisionsverfahren

Siersema, PD. Gastroenterology 2019;156:7-10

Reserveverfahren



Steroidinjektion:

Triamcinolonacetonid 40 mg/ 1 ml + 1 ml NaCl Lösung

4 x 0,5 ml Portionen zirkulär injizieren

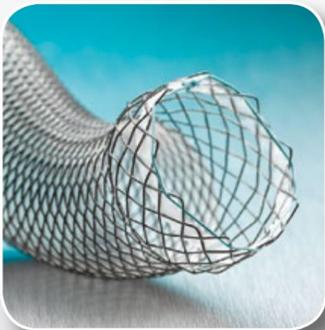
Reserveverfahren

3 ESGE suggests that fully covered SEMSs be preferred over partially covered SEMSs for the treatment of refractory benign esophageal strictures, because of their lack of embedment and ease of removability (weak recommendation, low quality evidence).

WallFlex Fully Covered Esophageal Stent*



WallFlex Partially Covered Esophageal Stent



Boston Scientific



Ovesco Stent fix

