

Newsletter für unsere interessierten Kolleg:innen

Frohe Ostern!



Erinnern Sie sich? Das Bild zeigt unsere letzte ENDO Live 2019 wirklich „live“... 2022 nun endlich wieder in Präsenz!

Gerne möchten wir Ihnen aus unserer Klinik berichten und in einen aktiven Austausch und Dialog mit Ihnen in der Praxis und in den zuweisenden Kliniken treten.

Sana Klinikum Lichtenberg
Gastroenterologie

Fanningerstraße 32 | 10365 Berlin
Telefon 030 5518-2211 | Telefax 030 5518-2250
kerstin.forchheim@sana-kl.de | www.sana-kl.de

Es erwartet Sie unsere Ausgabe No.8 | 2022



Liebe Kolleg:innen, liebe Freunde der Endoskopie,

jetzt ist endlich Schluss mit Virtuell und Online. Persönliche Präsenz ist doch viel besser.

Wie lange haben wir darauf verzichten müssen. [Endoskopie-Live 2022](#) ist die erste deutsche Endoskopie Live Veranstaltung 2022, die am 10. und 11. Juni 2022 in gewohnter Umgebung im Hotel Maritim proArte in Berlin wieder vor großem Publikum stattfinden wird.

» Melden Sie sich an. [Onlineanmeldeformular](#) » Nutzen Sie auch unser Teamticket.

Wir freuen uns auf ihr Kommen.

Für das gesamte Team aus Lichtenberg

Ihr



ENDOSKOPIE-LIVE
Freitag, 10. Juni 2022

SYMPOSIUM
Samstag, 11. Juni 2022

VORSYMPOSIEN
Donnerstag, 9. Juni 2022

TAGUNGORT
Maritim proArte Hotel, Berlin

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG
Prof. Dr. S. Faiss, Berlin





Unser Team – Ihre Ansprechpartner:innen



Prof. Dr. Siegbert Faiss

Chefarzt der Klinik für
Innere Medizin | Gastroenterologie
Sana Klinikum Lichtenberg

Telefon 030 5518-2210
siegbert.faiss@sana-kl.de
Sekretariat Frau Kerstin Forch-
heim
kerstin.forchheim@sana-kl.de



Dr. Kathleen Möller

Ltd. Oberärztin der Klinik für
Innere Medizin | Gastroenterologie
Sana Klinikum Lichtenberg
Telefon 030 5518-2211



Leitungsteam des Viszeralonkologischen Zentrum

Prof. Dr. Siegbert Faiss
Dr. Frauke Fritze-Büttner
Prof. Dr. Michael Heise
Telefon 030 5518-2016

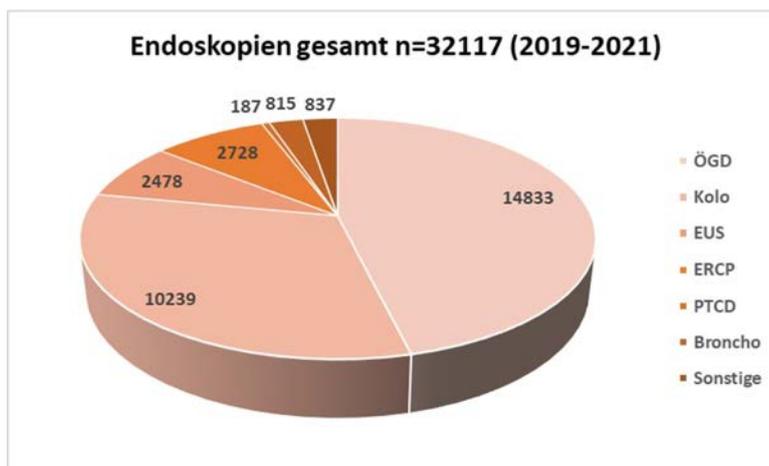




Leistungsdaten unserer Endoskopie der letzten 3 Jahre (2019-2021):

- >> 32.000 Endoskopien insgesamt
- >> 3000 EMR/Polypektomien
- >> 2750 ERCP
- >> 2500 EUS inkl. EUS-FNA, EUS-CD,...
- >> 200 ESD
- >> 100 Spiralenteroskopien
- >> 40 G-POEM
- >> 35 POEM

Und das Ganze trotz Corona. Man kann wohl sagen, wir sind ein High-volume Center,-) und Endoskopie ist unsere Leidenschaft.

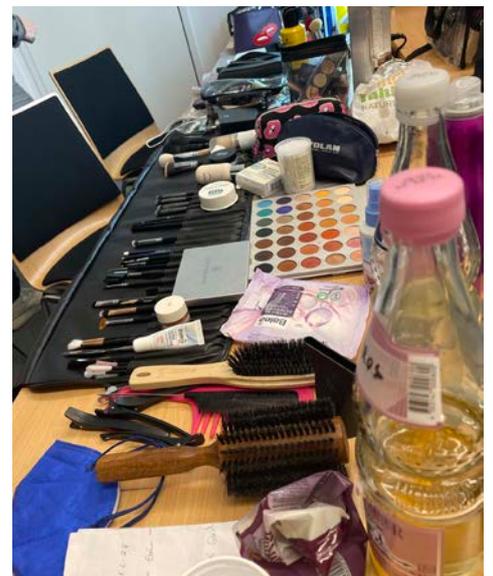




Mal was ganz anderes:

3 Tage Olympus-Fotoshooting in unseren neuen Endoskopie-Räumen mit professionellen Schauspieler:innen

Behind
the
scenes





Inhalte aus unserer neuesten Publikation zur Spiraleroskopie

Seit 2020 in Lichtenberg: motorisierte Spiraleroskopie. Unsere aktuelle Publikation in der ZfG mit unseren Daten ist erst die 4. Publikation zur Motorspirale weltweit.

Originalarbeit

Thieme

Ergebnisse der motorisierten Spiraleroskopie des Dünndarms an 83 konsekutiven Patienten

Results of motorized spiral enteroscopy in 83 consecutive patients

Autoren

Hendrik Buchholz, Matthias Mende, Steffen Hornoff, Siegbert Faiss

Institut

Gastroenterologie, Sana Klinikum Lichtenberg, Berlin, Germany

Schlüsselwörter

Enteroskopie bei Dünndarmerkrankungen, motorisierte Spiraleroskopie, Panenteroskopie, ERCP bei voroperierten Patienten mit Roux-Y-Anastomose

Key words

Enteroscopy in small bowel diseases, motorized spiral enteroscopy, panenteroscopy, ERCP in surgically altered anatomy with Roux-Y anastomosis

eingereicht 27.11.2021

akzeptiert 14.01.2022

Bibliografie

Z Gastroenterol 2022;1-9
DOI 10.1055/a-1744-6738
ISSN 0044-2771

© 2022, Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Siegbert Faiss
Sana Klinikum Lichtenberg
Gastroenterologie, Berlin, Germany
siegbert.faiss@sana-kl.de

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung Zu der motorisierten Spiraleroskopie des Dünndarms gibt es bislang nur wenige Daten. Wir berichten über unsere frühen Erfahrungen mit dieser Methode basierend auf einer retrospektiven Fallserie. Die vorliegende Fallserie an 83 konsekutiven Patienten ist die weltweit vierte Fallserie, die über die Ergebnisse bei 68 Dünndarm-Enteroskopien und bei 15 Enteroskopien/ERCs bei Patienten mit voroperiertem Situs berichtet.

Patienten und Methoden Die retrospektive Single-center-Studie wurde von 01/2020 bis 09/2021 an 83 konsekutiven Patienten durchgeführt. Indikationen waren entweder bekannte oder vermutete Erkrankungen des Dünndarms oder Erkrankungen der Gallenwege bzw. des Pankreasganges bei mit Roux-Y-Anastomosen voroperierten Patienten.

Ergebnisse Bei 68 Patienten mit der Indikation zur Dünndarmenteroskopie (38 m; 30 w; mittleres Alter 66,4 J) ergab sich eine diagnostische Genauigkeit von 86,8 % bei einem therapeutischen Erfolg von 41,2 %. Die mittlere Eindringtiefe in den Dünndarm lag bei 279 cm bei einer mittleren Untersuchungszeit von 64,3 min. Bei 13 Patienten (19,7 %) konnte eine Panenteroskopie durchgeführt werden. Bei nicht abdominal voroperierten Patienten lag die Rate intendierter kompletter Enteroskopien bei 46,2 %.

Bei 15 Patienten (9 m; 6 w; mittleres Alter 61,8 J) mit postoperativ veränderter Anatomie und Anlage einer Roux-Y-Anastomose lag die Rate der Erreichbarkeit der Papille bzw. einer biliodigestiven Anastomose bei 60 %.

Im gesamten Kollektiv betrug die Komplikationsrate 15,7 %. Major-Komplikationen wie z. B. Perforationen oder interventionspflichtige Blutungen traten nicht auf. **Diskussion** Unsere Fallserie zeigt, dass mit der motorisierten Spiraleroskopie eine hohe Panenteroskopierate des Dünndarms erreicht werden kann. Zudem sind die hierfür benötigten Untersuchungszeiten relativ kurz. Größere und vor allem vergleichende Studien müssen hier wie bei den ebenfalls gezeigten ermutigenden Daten zu ERCs bei mit einer Roux-Y-Anastomose voroperierten Patienten abgewartet werden.

ABSTRACT

Introduction For motorized spiral enteroscopy, only limited data are available. We report about our early experiences with the motorized spiral enteroscopy in a retrospective case series. The present worldwide study reported the results of motorized spiral enteroscopy in 68 patients with small bowel diseases and in 15 patients with ERCP and surgically altered anatomy.

Patients and methods This retrospective single-centre study was performed between 01/2020 and 09/2021 in 83 consecutive patients. Indications were known or suspected small bowel diseases or diseases of the bile or pancreatic duct after surgical altered anatomy with Roux-Y anastomosis.

Results In 68 patients (38 m/30 f; mean age 66.4 years) with an indication for small bowel enteroscopy, diagnostic and therapeutic yield was 86.8 % and 41.2 %, respectively. The average depth of maximum insertion was 279 cm with an average insertion time of 64.3 min. In 13 patients (19.7 %), complete panenteroscopy was achieved. In patients without prior abdominal surgery, the rate of complete enteroscopy was 46.2 %.

► Tab. 5 Ergebnisse der Dünndarmenteroskopie.

		Range	%
Zugangsweg			
• antegrad	n = 55		80,9
• retrograd	n = 13		19,1
Mittlere Zeit bis zum tiefsten Punkt	64,3 min.	0–120 min.	
Mittlere Eindringtiefe	278,9 cm	0–450 cm	
Vollständigkeit			
• primär antegrad	n = 11		16,7
• als Kombi antegrad & retrograd	n = 2		3,0
• nicht vollständig	n = 23		34,8
• nicht intendiert	n = 30		45,5
Diagnostischer Erfolg	n = 59		86,8
Diagnosen			
• Angiodysplasie	16		23,5
• Tumor	8		11,8
• M. Crohn	1		1,5
• Stenose	2		2,9
• Divertikel	4		5,9
• Sonstiges	15		22,1
• Unauff.	17		25,0
• Abbruch der Untersuchung	5		7,4
Therapeutischer Erfolg			
• erreicht	28		41,2
• nicht -erreicht	10		14,7
• keine Therapie erforderlich	30		44,1
Intervention			
• Biopsieentnahme	8		11,8
• Tuschemarkierung	16		23,5
• Polypektomie	4		5,9
• Dilatation	1		1,5
• APC-Therapie	16		23,5
• Injektionstherapie	1		1,5
• Clipping	4		5,9
• Sonstige	2		3,0
• Keine	16		23,5

► Tab. 2 Patientencharakteristika.

	Gesamt	Dünndarmenteroskopien	ERC/ERP
Anzahl	n = 83	n = 68	n = 15
Mittleres Alter	65,6 Jahre (19,4–87,5)	66,4 Jahre (19,4–87,5)	61,8 Jahre (49,8–74,5)
m/w	47/36	38/30	9/6
Vor-Operation	36/83 (43,4 %)	21/68 (30,9 %)	15/15 (100 %)

Zu guter Letzt noch ein spannender medizinischer Fall:

EUS-gesteuerte, radiologisch kontrollierte transgastrale Drainage mittels gecovertem Metallstent bei hochgradiger postoperativer Stenose/Verschluss einer Pankreaticojejunostomie

(Z.n. Pylorus-sparender Whipple-OP) und erheblichem Aufstau des Pankreasganges. (Anpunktion, Drahteinlage, Dilatation des Zugangsweges, Stenteinlage, Lagekontrolle mittels Kontrastdarstellung).
Jetzt fließt der Pankreassaft wieder. Top!

