

Im Team zum Erfolg - einfache und komplexe Läsionen mit dem FTRD resezieren

PD Dr. med Henriette Heinrich
Leiterin Interventionelle Endoskopie
Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel
Universitätsspital Basel
Basel, Switzerland



Inhalt

- Patientenauswahl
- Aufklärung
- Welche Indikation/en am Anfang ?
- Was ist eine „einfache“ FTRD?

Patientenauswahl



- Unklare oder tumorverdächtige Läsion unter 2 cm gross
- Patient endoskopiefähig
- Endoskopisch erreichbar
- Patient kann/will nicht operiert werden
- Metastasiertes Tumorleiden ausgeschlossen
- Patient einverstanden

Aufklärung – was will der Patient wissen ?

- Vorbereitung wie normale Koloskopie mit dem untersuchungsspezifischen Risiko

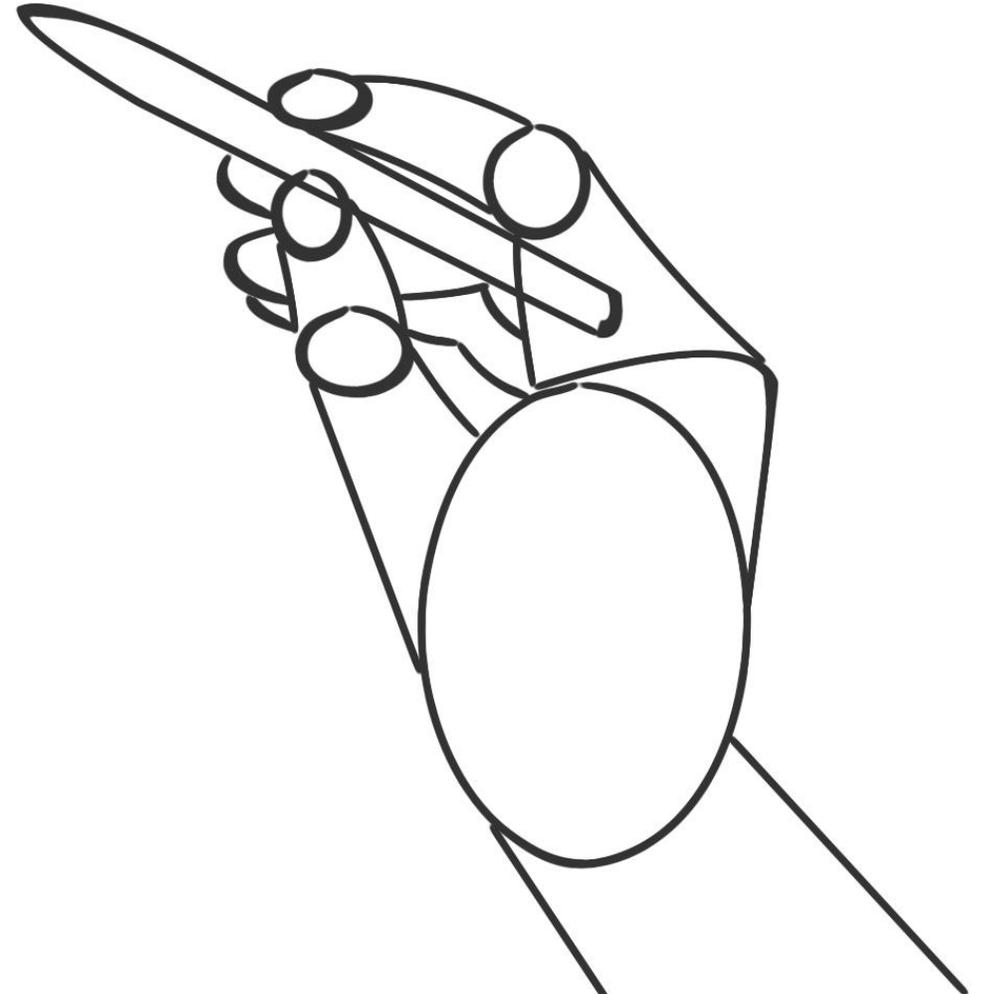
- Zusatzblatt !

- Wird das erfolgreich sein ?

In bis zu 90% der Fälle erfolgreich

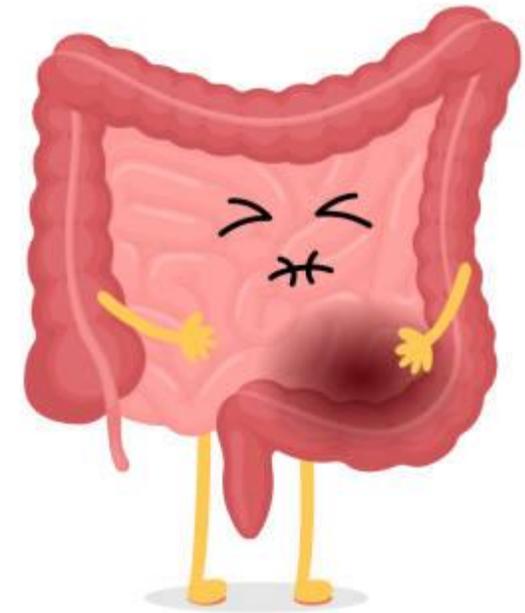
- Wird es komplett draussen sein ?

In bis zu 80% vollständige Entfernung möglich

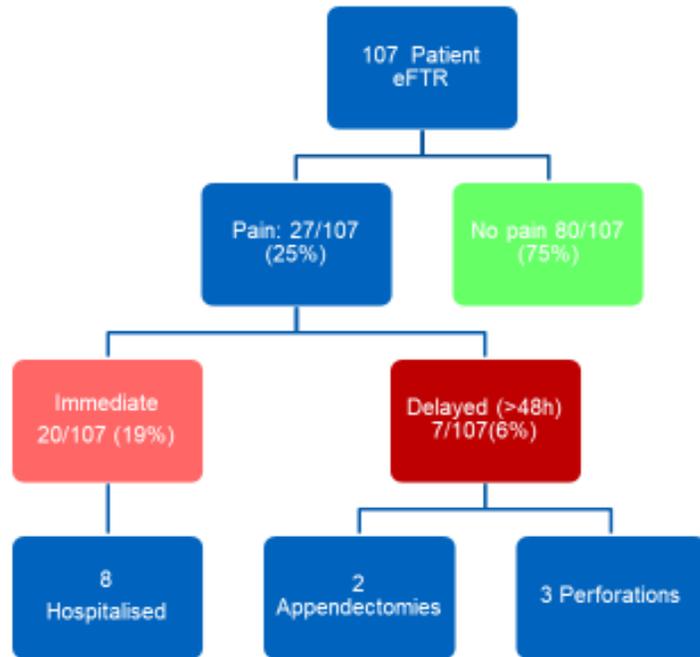


Nebenwirkungen/Aes ?

	Schmidt (N=25) Endoscopy 2015	Schmidt (N=181) GUT 2017	Valli (N=60) Surg Endoscopy 2018	Meier (n=1178) Am J Gastro 2021
Adverse events	3/25 (12%)	18/181 (9.9%)	4/60 (6.6%)	142/1178(12.1%)
Severe	0	8 (4.4%)	2 (3.3)%	37 (3.1)%
Perforation	0	6	1	29 (2.5%)
Surgery	0	4	1	23 (2.0)
Mortality	0	0	0	0



Schmerzen als Warnzeichen



Antikoagulation

High bleeding risk procedures (30-d risk of major bleed >2%)	Low/moderate bleeding risk procedures (30-d risk of major bleed ≤2%)
Polypectomy (≥1cm)	Gastroscopy +/- biopsy
Endoscopic mucosal resection	Colonoscopy +/- biopsy
Endoscopic submucosal dissection	Polypectomy (<1cm), especially using cold snare technique
Endosonography with fine-needle aspiration	Endosonography without fine-needle aspiration
Endoscopic retrograde cholangiopancreatography with biliary or pancreatic sphincterotomy	Endoscopic retrograde cholangiopancreatography without sphincterotomy, with (biliary or pancreatic) stent placement, with papillary balloon dilatation
Therapeutic device-assisted enteroscopy	Video capsule endoscopy
Ampullectomy	Push enteroscopy and diagnostic device-assisted enteroscopy
Cystogastrostomy	Argon plasma coagulation
Endoscopic hemostasis (excl. Argon plasma coagulation)	Balloon dilatation of luminal stenosis
Laser ablation (incl. tumor ablation) & coagulation	Enteral stent deployment
Percutaneous endoscopic gastrostomy / jejunostomy	Marking (including clipping, electrocoagulation, tattooing)
Pneumatic or bougie dilatation for esophageal strictures	
Pneumatic dilatation or peroral endoscopic myotomy for achalasia	
Radiofrequency ablation	
Treatment of varices (incl. band ligation)	
Zenker Diverticulotomy	

Table 4: Empiric endoscopic procedural bleeding risk stratification (adapted from Ref. 6).

Was ist eine „einfache“ FTRD? Welche Indikationen ?

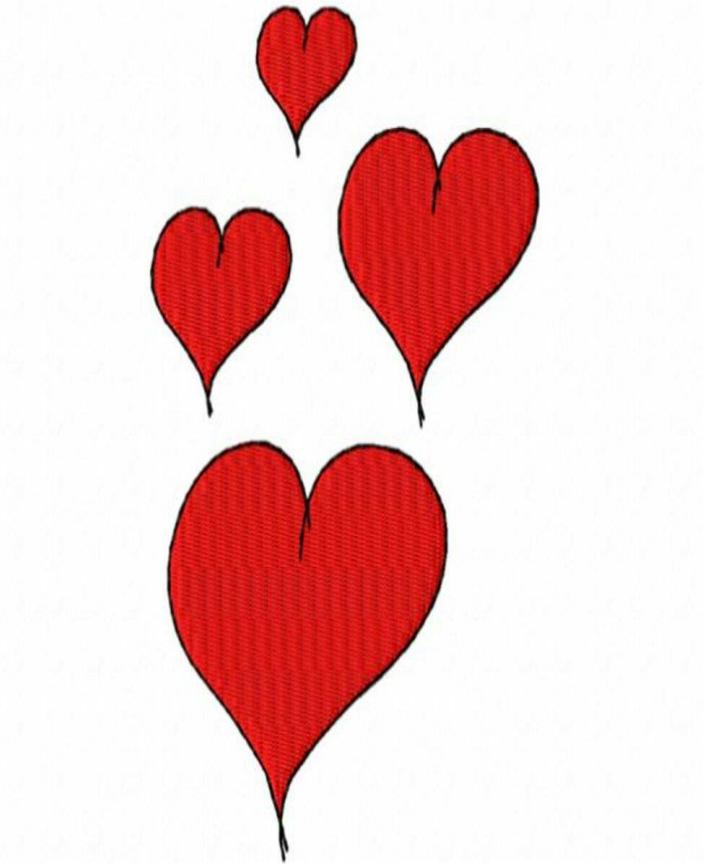
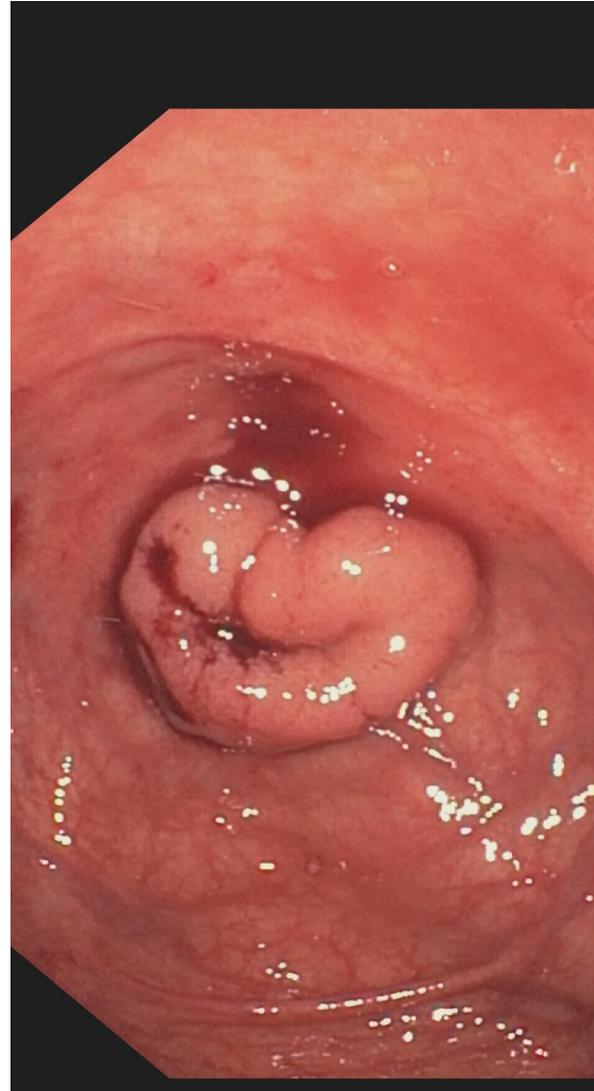
- «Einfach» und schnell zu erreichen
- Gute Positionierung der Läsion auf Höhe des Arbeitskanals möglich (keine Verrenkungen)

(NET im mittleren Rektum, kleiner Polyp mit high risk features im nicht mit Divertikeln durchsetzten Sigma...)

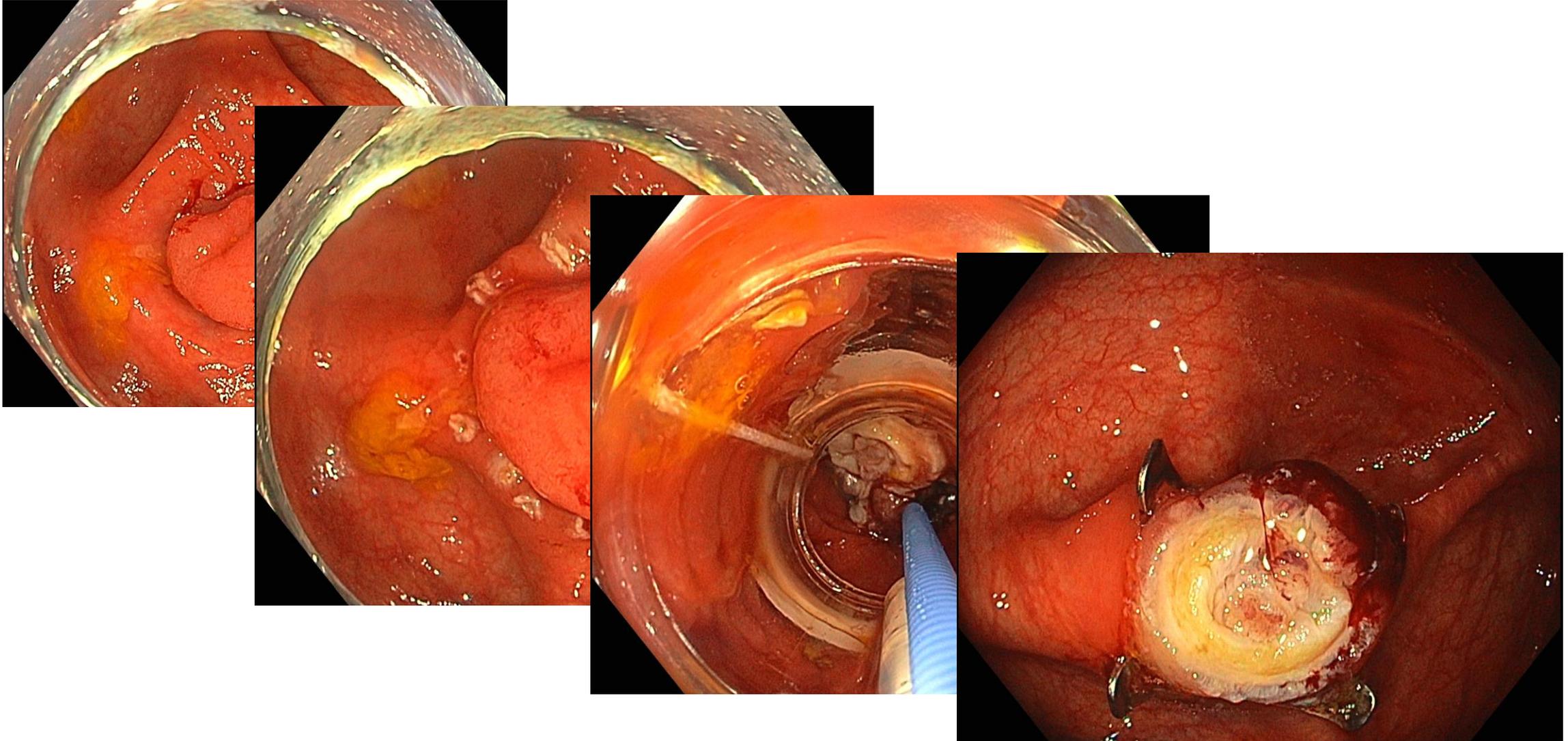


Der erste Fall

- 56 - jähriger Patient
- St.n rezidivierenden Divertikuitiden
- St.n Hemicolektomie links plus Gelegenheitsappendektomie
- Erster konventioneller Abtragungsversuch
tubuläres Adenom mit HGD, unvollständig entfernt



FTRD Appendix



Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit!

