



Neues aus Endoskopie und Onkologie

Thomas Rösch

Kolon: Das Problem mit den großen Adenomen

Neue Eingriffe durch Anastomosenstents

**Barrett, Reflux, Ösophaguskarzinom:
Mehr oder weniger**

Relevanz von Adenomen?

Intervallkarzinome im Vergleich zur Normalbevölkerung

Kleine Adenome (85% ADR)

Fortgeschrittene Adenome (AA)

gleich
Falscher Fokus ?
2-3fach höher !

N=5779, Cottet et al. Gut 2012

N=40826, Loberg et al. NEJM 2014

N=15935, Click et al. JAMA 2018

N=186046, Lee et al. Gastro 2019

N=236089, Wieszczy et al. Gastro 2020

N=40293, Jodal et al. APT 2021

Metaanalyse, 12 Studien n=510019, Duuvvuri et al. Gastro 2021

Metaanalyse, 55 Studien, Baile-Maxia et al. CGH 2022

Intervallkarzinome nach Resektion von AA

Mögliche Gründe

- Schlecht reseziert
- Risiko auch andernorts erhöht ± übersehen
- Schlecht nachverfolgt

Rezidivrate nach großen Adenomen (≥ 2 cm)



Submit a Manuscript: <https://www.f6publishing.com>

World J Gastroenterol 2022 August 7; 28(29): 4007-4018

DOI: 10.3748/wjg.v28.i29.4007

ISSN 1007-9327 (print) ISSN 2219-2840 (online)

META-ANALYSIS

Recurrence rates after endoscopic polyps: A systematic review and

Carola Rotermund, Roupen Djinbachian, Mahsa Tagh
Renteln

Table 1 Factors influencing local recurrence for polyps ≥ 10 mm at 0–12 mo' follow-up

Subgroups	LRR % (95%CI)	P %	Studies, n	Polyps, n
Resection method, polyps ≥ 10 mm				
Hot EMR, no margin ablation	15.2 (12.5–18.0)	0	4	650
Hot EMR, some margin ablation	16.5 (15.2–17.8)	0	6	3013
Hot EMR, with margin ablation	3.3 (2.2–4.5)	NA	2	947
ESD	1.7 (0.0–3.4)	NA	3	221

15%
ohne weitere Maßnahmen

N=34 Studien

Rezidivrate nach großen Adenomen

ESD en bloc – alles gut ?

EMR plus ?

EMR kalt oder heiß

RCT N=360, flache Adenome > 25 mm
ESD vs EMR mit Randkoagulation

Eingriffszeit	20 min vs. 61 min
Komplikationen	36.5% vs 24.5
Karzinom	3.5% vs 0.5%
Rezidiv/Rest (6 Mo)	0.6% vs. 5.1%

Australien RCT	5% vs 21%
Australien Serie	3.6% vs. 31.6%
Französischer RCT	5.1%
US Serie (ab 4 cm)	9%
Kanadische Analyse	8.8% vs. 23.4%

Klein et al. Gastro 2018
Arisha et al. GIE 2023
Jacques et al. Ann Int Med 2021
Nader et al. GIE 2023
Dijnbachan et al. Gut 2023

Thermal ablation after endoscopic mucosal resection of large colorectal polyps: not only the margins, but also the base?

Roupen Djinbachian ¹, Heiko Pohl,² Douglas K Rex,³ John M Levenick,⁴ Douglas K Pleskow,⁵ Michael B Wallace,⁶ Mouen Khashab ⁷, Ajaypal Singh,⁸ Joshua Melson,⁹ Dennis Yang,¹⁰ Aleksandar Gavrić,¹¹ Daniel von Renteln ¹²

Retrospektive Fallserie (n=427)	Kontrolle	23.4%
	Randkoagulation	8.8%
	Rand/Basiskoag	0.9%

Flache Adenome > 20/25 mm

Komplikationen versus Rezidiv

Steinbrück et al., Albeniz et al Late breaking abstracts UEGW 2023

Erster RCT für große Adenome (D)

N=394, flache Adenome ≥ 20 mm

Heiß mit Randkoagulation 30%

Komplikationen	1.0% vs 8.0%
----------------	--------------

Perforation	0% vs 4.0%
-------------	------------

Nachblutung	1.0% vs 4.5%
-------------	--------------

Erster RCT für große Adenome (D)

N=394, flache Adenome ≥ 20 mm

Heiß mit Randkoagulation 30%

Rezidive 4 Mo	24.8% vs 15.0%
---------------	----------------

LST mixed type	43.8% vs 16.7%
----------------	----------------

LST granular	33.3% vs 23.9%
--------------	----------------

SSL	5.9% vs 5.3%
-----	--------------

Zweiter RCT für große Adenome (E)

N=229, flache Adenome ≥ 20 mm

Heiß mit Randkoagulation 30%

Nachblutung	2.6% vs 3.5 %
-------------	---------------

Perforation	0 vs 0
-------------	--------

Rezidive	33.6% vs. 16.7%
----------	-----------------

Kaltschlingenresektion bei großen Adenomen

SSL

ja

Adenome

größenabhängig

< 10 mm ja ?

> 20 mm nein ?

? Kalt plus

RCT

N=298	Rezidive bei 2-3 cm	9.5% vs 11.7% 3.4% vs 13.1%
N=105	Rezidive	2% vs 15 % (n.s.)
N=147	Rezidive bei 3-4 cm	15.1% vs 24.6% (n.s.) 6% vs 43%

Sanchez et al. GIE 2023

Lenz et al. GIE 2023

Nagl et al. Gastroenterology 2021

Intervallkarzinome nach Resektion von AA

Mögliche Gründe

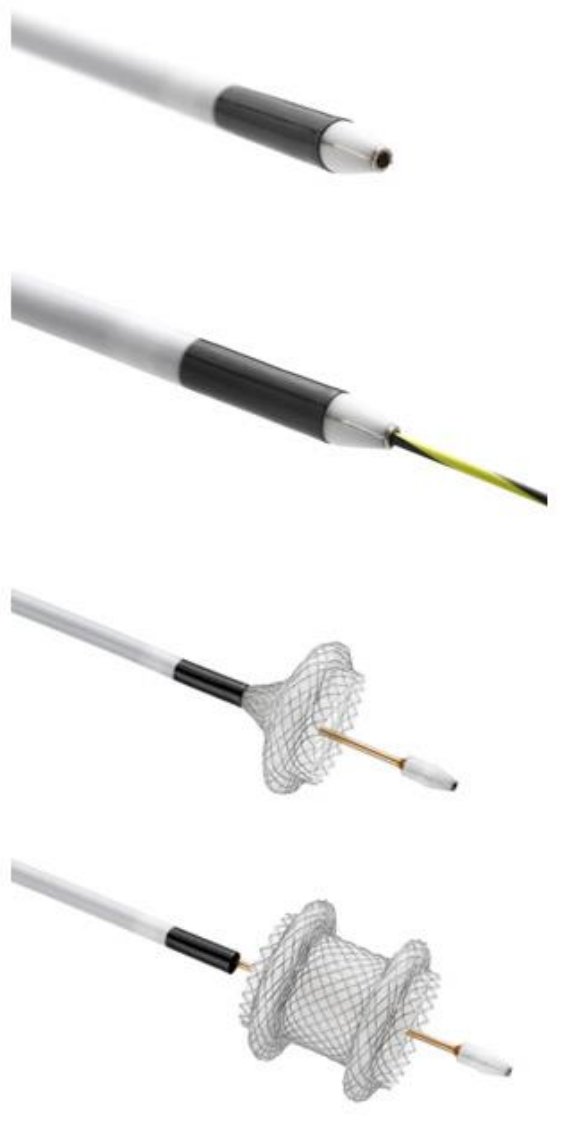
- Schlecht reseziert
- Risiko auch andernorts erhöht ± übersehen
- **Schlecht nachverfolgt**

Kolon: Das Problem mit den große Adenomen

Neue Eingriffe durch Anastomosenstents

Barrett, Reflux, Ösophaguskarzinom:
Mehr oder weniger

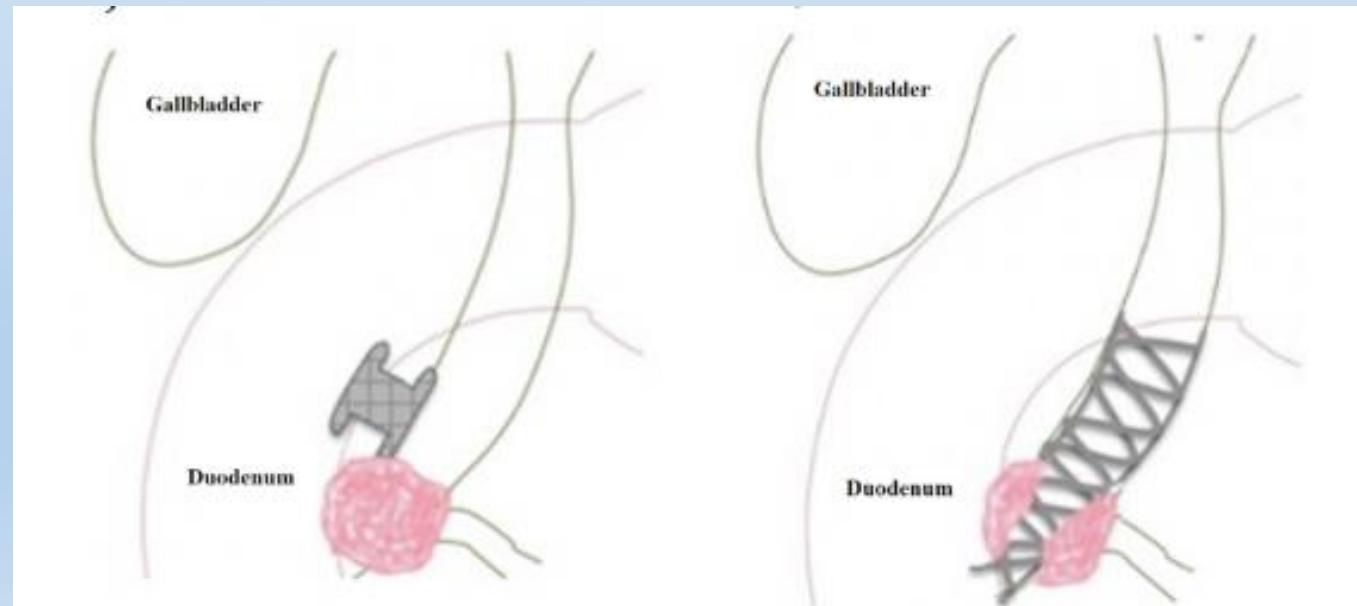
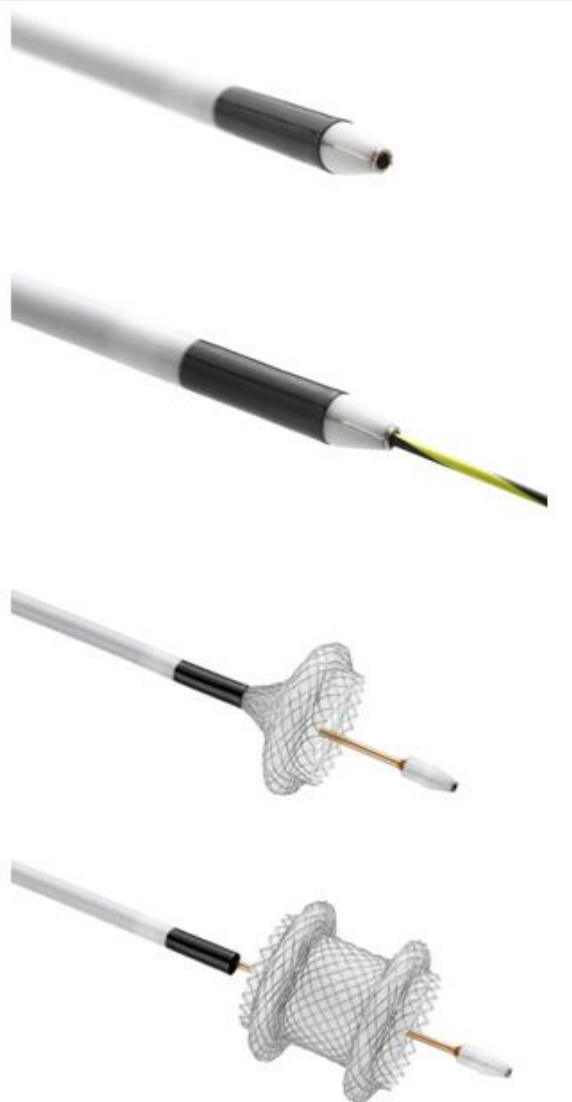
Anastomosenstents



- Pankreascysten/-nekrosen
- Biliäre Zugänge
 - Gallenblase
 - Gallenwege
- Gastroenterostomie u.ä.



Gallengangsdrainage



Palliatives Stenting EUS vs. ERCP (RCT)

Erfolgsrate	96% vs 76%	90% vs 83%
Komplikationen 30/14 T	16.6% vs 17%	12% vs 13%
Stent-Offenheit 1 J	91% vs 88%	90% vs 91%

*N=155, Teoh et al. Gastroenterology 2023
n=144 Chen et al. Gastroenterology 2023*

Review

Thieme

EUS-guided gastroenterostomy vs. surgical gastrojejunostomy and enteral stenting for malignant gastric outlet obstruction: a meta-analysis

OPEN
ACCESS



Authors

Corey Miller^{1,2}, Joshua A Benchaya^{3,1}, Myriam Martel⁴, Alan Barkun⁵, Jonathan M Wyse¹, Lorenzo Ferri⁶, Yen-I Chen^{5,2}

Kolon: Das Problem mit den große Adenomen

Neue Eingriffe durch Anastomosenstents

**Barrett, Reflux, Ösophaguskarzinom:
Mehr oder weniger**

Review

 Thieme

Effect of biopsy protocol adherence vs non-adherence on dysplasia detection rates in Barrett's esophagus surveillance endoscopies: a systematic review and meta-analysis

**OPEN
ACCESS**

Metaanalyse von 4 (guten) Studien 2fache Ausbeute

Barrett neoplasia miss rate

Gastroenterology 2023;165:909–919

Magnitude and Time-Trends of Post-Endoscopy Esophageal Adenocarcinoma and Post-Endoscopy Esophageal Neoplasia in a Population-Based Cohort Study: The Nordic Barrett's Esophagus Study

Sachin Wani,¹ Dag Holmberg,² Giola Santoni,² Joonas H. Kauppila,^{2,3} Martti Farkkila,⁴ My von Euler-Chelpin,⁵ Nicholas J. Shaheen,⁶ and Jesper Lagergren^{2,7}

¹Division of Gastroenterology and Hepatology, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, Colorado; ²Department of Molecular Medicine and Surgery, Karolinska Institutet and Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ³Department of Surgery, Oulu University Hospital and University of Oulu, Oulu, Finland; ⁴Clinic of Gastroenterology, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland; ⁵Department of Public Health, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ⁶Division of Gastroenterology and Hepatology, University of North Carolina, Chapel Hill, North Carolina; and ⁷School of Cancer and Pharmaceutical Sciences, King's College London, London, United Kingdom

Zwei Datenbanken 17-23%

Outcomes

Patients diagnosed with EAC
(overall database) n=293

**Post-Endoscopy esophageal
adenocarcinoma (PEEC)**
EAC diagnosed 30 – 365 days
from BE diagnosis
n= 69 (23.5%)

Patients diagnosed with
HGD/EAC
[Swedish database] n=279

**Post-endoscopy esophageal
neoplasm (PEEN)**
High-grade dysplasia/EAC
diagnosed 30 – 365 days from
BE diagnosis.
n= 48 (17.2%)

Article published online: 2023-10-09

Guideline

Thieme

Diagnosis and management of Barrett esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline



Authors

Bas L. A. M. Weusten^{1,2}, Raf Bisschops³ , Mario Dinis-Ribeiro⁴, Massimiliano di Pietro⁵, Oliver Pech⁶, Manon C. W. Spaander⁷ , Francisco Baldaque-Silva^{8,9} , Maximilien Barret¹⁰, Emmanuel Coron^{11,12}, Glòria Fernández-Esparrach¹³, Rebecca C. Fitzgerald⁵, Marnix Jansen¹⁴, Manol Jovani¹⁵ , Ines Marques-de-Sa⁴ , Arti Rattan¹⁶, W. Keith Tan⁵, Eva P. D. Verheij¹⁷, Pauline A. Zellenrath⁷, Konstantinos Triantafyllou¹⁸ , Roos E. Pouw¹⁷

Gastroenterology ▶ aga



N=33939, 542 operiert
OP vs Med Risiko **1.9fach**

Risiko allgemein **nimmt über die Zeit zu**
1.8fach nach 1-4 Jahren, 4.4fach nach 10-32 Jahren

Ösophagus(früh)karzinome: Risikoprofil

Low risk darf endoskopisch behandelt werden
T1a/bsm1 G1/2 L+V+

High risk muß operiert werden

Warum ?

Wegen (LK)Metastasen



ARTICLE: ENDOSCOPY

Clinical Outcomes After Endoscopic Management of Low-Risk and High-Risk T1a Esophageal Adenocarcinoma: A Multicenter Study

Kamboj, Amrit K. MD^{1,*}; Goyal, Rohit MBBS^{1,*}; Vantanasiri, Kornpong MD¹; Sachdeva, Karan MBBS¹; Passe, Melissa RN¹; Lansing, Ramona RN¹; Garg, Nikita MBBS¹; Chandi, Paras S. MBBS¹; Ramirez, Francisco C. MD²; Kahn, Allon MD²; Fukami, Norio MD²; Wolfsen, Herbert C. MD³; Krishna, Murli MD⁴; Pai, Rish K. MD, PhD⁵; Hagen, Catherine MD⁶; Lee, Hee Eun MD, PhD⁶; Wang, Kenneth K. MD¹; Leggett, Cadman L. MD¹; Iyer, Prasad G. MD, MS¹

Author Information

The American Journal of Gastroenterology ():10.14309/ajg.0000000000002554, October 27, 2023. | DOI: 10.14309/ajg.0000000000002554

Metastasen

Mukosakarzinom

high risk n=45

G3, L+V+

11.1%

Low risk n=143

1.4%

Mortalität angeblich < 3 % in Zentren

Morbidität hoch

Ösophagus(früh)karzinome: OP-Mortalität

TABLE 1

Hospital mortality and length of hospital stay per surgical procedure

Surgical procedure/organ system operated	Cases n (%)	Age 0–54 yrs, %	Age 55–75 yrs, %	Age ≥ 75 yrs, %	Mean length of hospital stay, (SD)	Hospital mortality, % [95%CI] (n)
Inguinal hernia	506,383 (15.4)	49.9	35.7	14.4	2.1 (2.2)	0.04 [0.03; 0.05] (207)
Esophagus	24,582 (0.8)				8.6 [8.25; 8.95] (2127)	
Colorectal surgery	577,325 (17.6)	18.9	48.8	33.1	20.2 (16.6)	7.5 [7.43; 7.57] (43461)
Pancreas	66,929 (2.4)	24.5	53.7	21.7	25.4 (19.7)	6.9 [6.71; 7.10] (4658)
Liver	18,849 (0.6)	25.2	57.7	17.1	21.0 (17.5)	7.7 [7.32; 8.1] (1465)
Esophagus	24,582 (0.8)	22.7	61.5	15.8	30.0 (25.8)	8.6 [8.25; 8.95] (2127)
Gastrointestinal system	37,440 (1.1)	17.2	49.2	33.6	24.5 (18.7)	11.7 [11.37; 12.03] (4368)

yrs. Years; CI, confidence interval; n, sample size; SD, standard deviation

Ösophagus(früh)karzinome: OP-Mortalität

2013-5 n=36 operierte T1-Karzinome

Mortalität 11.1%

Grundsatzfragen

Lokale und/oder systemische Erkrankung

Lokale Resektion und/oder systemische Therapie

Wie radikal muß eine Entfernung sein

Zu wenig radikal ?

Organerhalt

Endoluminale R0-Resektion en bloc

Laparoskopisches LK Sampling

Grundsatzfragen

Lokale und/oder systemische Erkrankung

Resektion und/oder systemische Therapie

Wie radikal muß eine Entfernung sein

Limitierte Resektion PLUS

Risiko der Operation – Patient, Tumor, Eingriff

Risikoabschätzung und Individualisierung

Neudefinition Risikofaktoren

G3 kein unabhängiger Risikofaktor !

	LVI-, % (95%CI)	LVI+, % (95%CI)	Tumor size
sm1	5.9 (2.3–11.2)	15.7 (6.0–29.3)	<20 mm
sm2	7.3 (2.6–13.8)	19.3 (6.3–36.8)	
sm3	14.1 (7.9–21.9)	34.7 (19.7–50.8)	
sm1	16.1 (6.2–29.2)	38.8 (17.0–61.4)	≥20 mm
sm2	19.4 (8.6–32.2)	45.6 (20.8–67.9)	
sm3	35.2 (25.8–44.7)	70.1 (60.5–78.7)	

N=230 **T1b-AEG-Karzinome**, Gotink et al. Endoscopy 2021

High risk Läsionen



Allgemeine adjuvante Therapie

Allgemeine adjuvante Therapie beim SCC

Gastroenterology 2023;164:296–299

**Final Analysis of Diagnostic Endoscopic Resection Followed by
Selective Chemoradiotherapy for Stage I Esophageal Cancer:
JCOG0508**



N=102, high risk, 5-Jahre Tumorfrees Überleben 87.5-90-9%

Laparoskopisches LK Sampling



Gezielte adjuvante Therapie

Welche Läsion ist (nicht) resektabel ?

Versuchen

ESD

Komplikationsmanagement

Adjuvante Therapie OP, RCT...

Neoadjuvanz plus Endotherapie ?