

Neues in der Endoskopie

Prof. Dr. med. Michael SACKMANN

Med. Klinik II, Klinikum der Sozialstiftung Bamberg

Ösophagus: Hochauflösende Videoendoskopie zusammen mit Zoomendoskopie verbessert Detaildiagnostik im Bereich des Ösophagus und der Kardia. Lugol-Farbstoff für Plattenepithel, Indigokarmin (Methylenblau nicht ganz sicher nicht mitogen) für Barrett. Narrow-band imaging („NBI“) bzw. computerisierte virtuelle Chromo-Endoskopie (CVC, „FICE“) erlauben Beurteilung mit „Färbung auf Knopfdruck“. Konturen und Gefäßversorgung werden hervorgehoben und erlauben Abgrenzung von Schleimhautauffälligkeiten. Bisher unzureichende Daten, ob mit NBI bzw. FICE herkömmliche Färbetechniken abgelöst werden.

Konfokale Laser-Mikroskopie via Endoskop nach Gabe beispielsweise von Fluorescein erlaubt eine nahezu histologische Beurteilung in Auflichtmethode mit bis zu 1000-facher Vergrößerung. Faszinierende feingewebliche Bilder. In ersten Studien intraepitheliale Neoplasien mit hoher Sensitivität und Spezifität erkannt. Zur Beurteilung neben herkömmlichen endoskopischen auch eingehende histopathologische Kenntnisse nötig. Fluoreszenz-Endoskopie hierdurch derzeit etwas in den Hintergrund getreten, kann aber mithilfe der Fluoreszenz-Spektroskopie ebenfalls gut zwischen normal und dysplastisch unterscheiden.

Neben der Endosonographie wird auch die fast histopathologisch auflösende optische Kohärenztomographie (OCT) zur Beurteilung der Ausdehnung von Läsionen untersucht. Für Barrett-Frühkarzinome hat sich die endoskopische Mukosaresektion in grossen Serien in Zentren als sichere und effektive Tumorthherapie erwiesen; die 5-Jahres-Überlebensraten liegen nahe denen der Normalbevölkerung, die Morbidität und Letalität unter den Daten der operativen Therapie. Rezidive und metachrone Karzinome müssen im Follow-up beachtet werden.

Endoskopische Antirefluxverfahren hingegen konnten bisher noch nicht überzeugen.

Magen: Zoom- und Chromoendoskopie, meist mit Indigokarmin, verbessern die Detailbeurteilung. Analog zu oben bisher ungeklärt, ob FICE / NBI dies ersetzen können. Magenfrühkarzinome mit spezifischen Kriterien können in Zentren sicher endoskopisch abgetragen werden. Grössere Patientenserien hierzu bisher überwiegend aus Japan. Mit Rezidiven und metachronen Karzinomen muss gerechnet werden, deshalb engmaschiges Follow-up nötig.

Endosonographie: Je nach lokaler Expertise mit hoher Sensitivität und Spezifität wie auch MRCP zur Diagnose oder zum Ausschluss Choledocholithiasis geeignet; bei hoher Wahrscheinlichkeit von Steinen jedoch umgehende ERCP zielgerichteter.

Endosonographisch-gezielte Punktion sicher und aussagefähig, zytologische Expertise muss vorhanden sein. Bei zystischen Pankreasläsionen zusätzliche CEA-Bestimmung aus Zystenflüssigkeit zur DD maligne/benigne derzeit am besten geeignet.

Dünndarm: Kapselendoskopie eröffnete neue diagnostische Dimension, bei vermuteten Stenosen ggf. selbstaflösende Patency-Kapsel vorab. Mit Doppelballon-Enteroskopie (DBE, „push and pull“) ist bei Vorgehen von proximal und von distal meist komplette Intestinoskopie möglich, wenn erforderlich. Hiermit neben hochauflösender videoendoskopischer Diagnostik auch Therapie (Blutstillung, Polypektomie, ggf. Strikturtherapie, mitunter auch ERCP bei BII-Situationen) möglich. Risiken insgesamt gering, bei proximalem Zugang geringes Pankreatitisrisiko, bei Polypektomie dünnarmtypisch relativ hohes Risiko.

Kolon: Chromo- und Zoomendoskopie analog zu oben. NBI/FICE werden multizentrisch fürs Kolon evaluiert, Pilotstudien uneinheitlich. Flache Adenome („flat adenoma“) und Dysplasien bei chron.-entzündl. Darmerkrankungen erfordern besonders sorgfältige Detailbeurteilung. Aberrante Krypten-Foci als Adenomvorstufen können detektiert werden. Polypenoberflächen können nach japan. pit-pattern-Klassifikation eingeteilt werden; hohe aber nicht absolute Übereinstimmung pit-pattern mit Histologie. Fluoreszenz-Endoskopie wird noch evaluiert. Im Tierversuch erscheint die near-infrared-Fluoreszenz (NIRF) nach Gabe von Sensitizern als vielversprechende Möglichkeit, Adenome zum „Leuchten“ zu bringen und damit deren Detektion zu erleichtern („red flag – Technik“).

Wichtig bei Koloskopie sorgfältiger, ausreichend langsamer (>8-10 min.) Rückzug zur verbesserten Polypendetektion.

In Zentren können heute auch grossflächige Adenome mit niedrigem Risiko endoskopisch abgetragen werden.