

Moderne Endoskopie

Rainer Schöfl

Ich habe als modern gewertet, was in den letzten 5 Jahren entstanden oder erstmalige Verbreitung erfahren hat und was in den nächsten 5 Jahren möglicherweise kommen könnte.

Einige Krankheitsbilder, die vor 10 Jahren noch unbeachtet waren, sind wichtig geworden: der Barrettösophagus - wegen seines Entartungsrisikos - dem durch Vorsorgeuntersuchungen vorgebeugt werden kann; die hypertensive Gastro- und Enteropathie, die als Blutungsquelle bei portaler Hypertension fast ebenso wichtig zu sein scheint wie die Varizen; das MALT-Lymphom, das durch routinemäßige Biopsie bei der Gastroskopie öfter entdeckt wird und als Frühform durch die Helicobactereradikation heilbar ist; die NSAR induzierten Läsionen im Dün- und Dickdarm, die Stenosen, Blutungen und Durchfälle verursachen können etc..

Die Gerätetechnik verbessert sich laufend: größere CCD-Chips in der Endoskopspitze, Färbeendoskopie, digitale Bildbearbeitung (z.B. structure enhancement), narrow band imaging, optische Kohärenztomographie und konfokale Lasermikroskopie bzw. -endoskopie (jeweils von Olympus Co., Tokio) sind die wichtigsten Fortentwicklungen der letzten Jahre, manche von ihnen noch in Erprobung.

Die Kapselendoskopie stellt einen gänzlich neuen Zugangsweg zum Dünndarm dar: die okkulte Blutung, ebenso wie der Verdacht auf isolierten Mb. Crohn des Dünndarms und die Suche nach Dünndarmpolypen bei Polyposesyndromen stellen bereits etablierte Indikationen dar. Mit einer zukünftigen Steuerbarkeit der Kapsel scheint in fernerer Zukunft auch die Ablöse der konventionellen Gastroskopie und Coloskopie möglich.

Seit kurzem wurde es möglich, die Refluxkrankheit der Speiseröhre endoskopisch durch Raffern, Unterfüttern oder Koagulieren der Cardia zu behandeln.

Wir lernen immer besser, maligne Frühveränderungen oder deren Vorstufen im gesamten Magen-Darm-Trakt zu erkennen. Die Mukosaresektion und die Entfernung mit photodynamischer Therapie oder Argonplasmakoagulation lassen uns sie wenig invasiv entfernen und können manchmal die ausgedehnte Resektion vermeiden.

Die Endosonographie ist die präziseste Methode zum lokoregionären Tumorstaging, sie hat vor allem am Ösophagus und Rektum Bedeutung erlangt. Daneben sind Magenlymphome, Pankreastumore und submuköse bzw. extrinsische Prozesse gute Indikationen. Die endosonographisch gezielte Punktion kann einfach Klärung bei Tumoren im Mediastinum, perigastral, perirektal oder im Retroperitoneum bringen, die bislang schwer einer Gewebentnahme zugänglich waren. Endosonographisch gezielte Drainagen können Pankreaszysten oder perirektale Abszesse zur Abheilung bringen.

Die Perfektionierung der Metallstents erweiterte die Indikationen vom Gallengang und Ösophagus zum Dün- und Dickdarm. Gecoatete Metallstents sorgen heute für eine längere Durchgängigkeit. In Zukunft werden strahlende und Zytostatika abgebende Stents das Behandlungsergebnis optimieren und selbstauflösende Stents den bedenkenlosen Einsatz bei benignen Stenosen ermöglichen.

Bald wird nicht mehr jeder Internist oder Chirurg, und auch nicht mehr jeder Gastroenterologe die anspruchsvollen therapeutischen endoskopischen Eingriffe durchführen, es wird zu einer weitergehenden Spezialisierung kommen. Die Ausbildung wird vom autodidakten Lernen zum Simulatortraining und strukturierten Kursangeboten übergehen und so die Qualität der Endoskopie heben.