

## MUKOSEKTOMIE (EMR) / SUBMUKOSADISSEKTION (ESD) IM MAGEN-DARMTRAKT

	<b>ESD-Indikation</b> (EMR, wenn en-bloc Resektion)	T- Kategorie	Risiko N1+
Ösophagus	Plattenepithel- / Adeno-Ca (oder HGIEN) <ul style="list-style-type: none"> <li>• T0m1 oder m2</li> <li>• T1sm1 (&lt;200 µm sm-Invasion), L0, ohne Ulkus, klinisches staging cN0</li> </ul>	T1a, T1b	≤4%
Magen	Adeno-Ca (intestinaler Typ) ohne Ulkus: <ul style="list-style-type: none"> <li>• T1m beliebiger Größe</li> <li>• T1sm1 (&lt;500 µm sm-Invasion) und ≤3 cm Größe [• T1m &lt;3 cm mit Ulkus (erweiterte Indikation)]</li> </ul> Adeno-Ca (diffuser Typ) ohne Ulkus, <2 cm Größe	T1a, T1b	2%
Kolon	Lateral-spreitende Tumore (LST, Adenome) <ul style="list-style-type: none"> <li>• vom nicht granulären Typ</li> <li>• vom gemischten Typ mit Knoten / Pseudodepression (• vom granulären Typ)</li> </ul> Läsionen Typ 0-IIC, oder 0-IIa/b mit Pit pattern IIIs / V ohne sm-Invasion (HR-EUS und positives lifting sign)	T1a, T1b	<5%

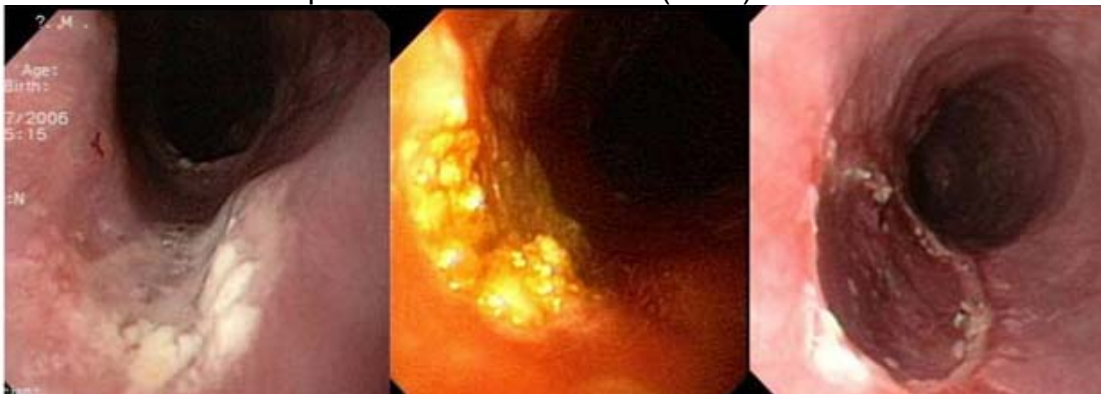
Nach Gotoda T. et al. 2007, Fujishiro M. 2008, Uraoka T. et al. 2006

### Plattenepithel-Frühkarzinom (pT1 G2) der Speiseröhre

Links: Endoskopie Nativbild

Mitte: Lugolfärbung

Rechts: nach endoskopische Mukosaresektion (EMR)



## EMR eines Barrett-Frühkarzinoms

Mitte oben: Endosonographie

Links unten: Ligatur und Abtrennung

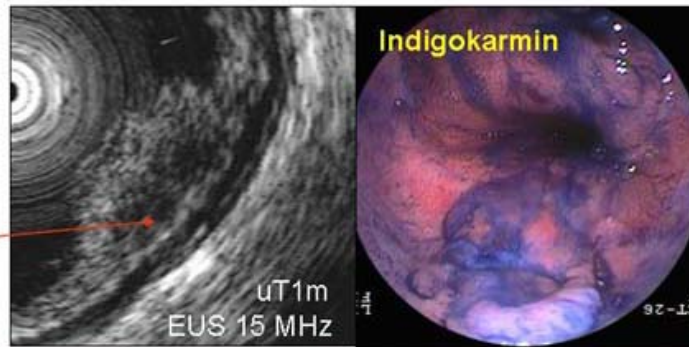
Rechts unten: nach Abheilung

Rechts oben: Indigokarmin-Färbung

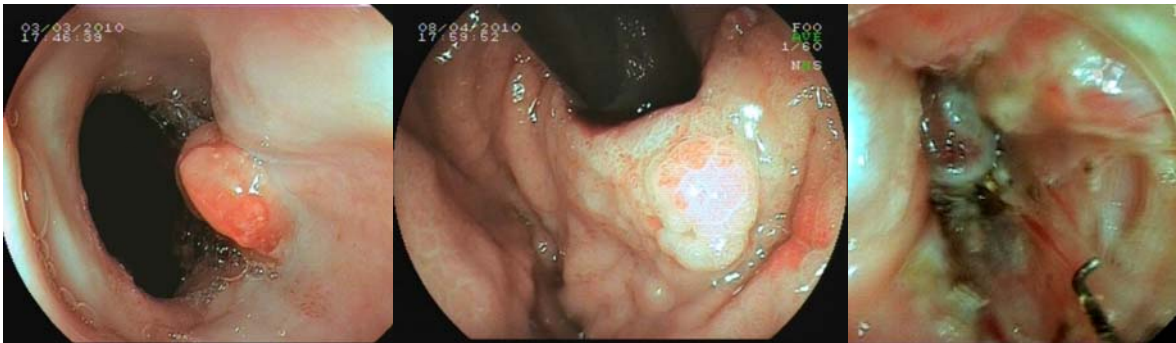
Mitte unten: Schleimhautdefekt nach EMR

### Endoskopische Mukosektomie

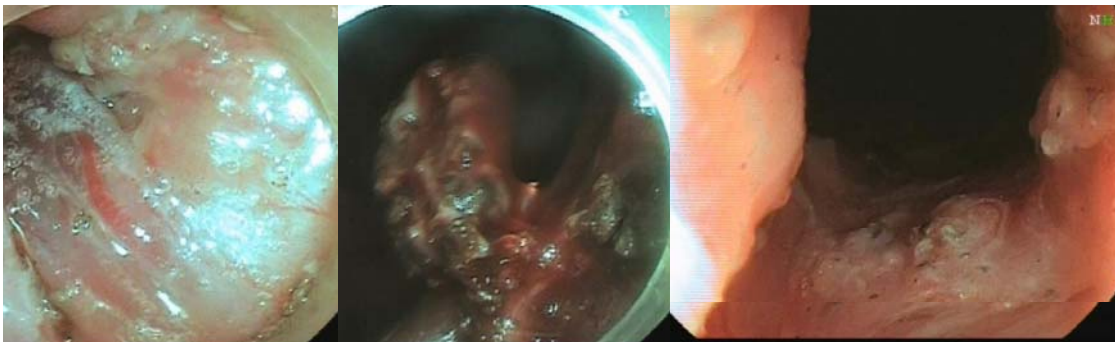
Barrett-Frühkarzinom  
auf die Schleimhaut (m)  
beschränkt [ pT1 G1]



## Endoskopische Submukosadisektion (ESD, Ösophagus und Mageneingang) Fortgeschrittene Leberzirrhose (CP-C) mit Varize (im Bild links bei 2 Uhr)



Links/Mitte: Barrett Läsion Typ I-s mit hochgradigen Dysplasien  
Rechts: Hook-Knife ESD in dem Mageneingang (Sphincterbereich)



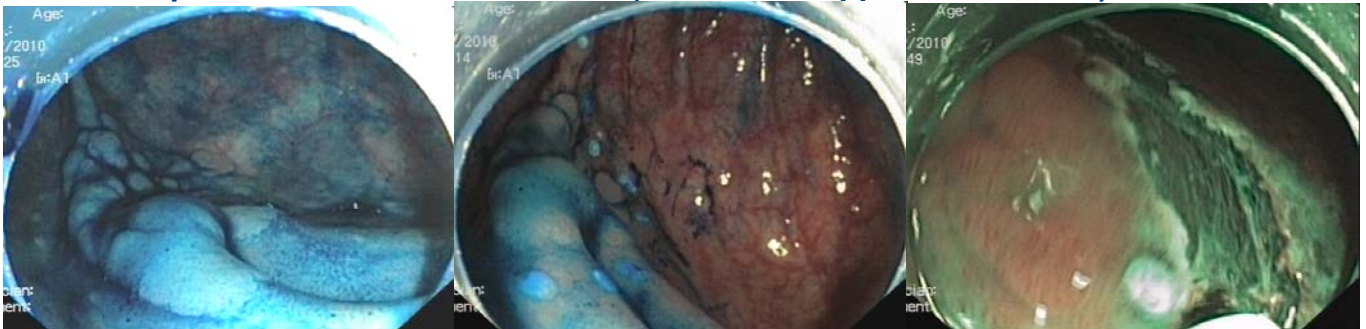
Links/Mitte: submuköse Dissektion und Ablösung des Präparates zum Magen hin  
Rechts: Resektionsbett



Links: Präparat (linke Seite Magenrand mit Koagulationsschäden, dort R1, im Übrigen R0)  
Mitte/Rechts: abheilendes Ulkus nach 1 Monat, Ösophagus bzw. Mageneingang



## Endoskopische Submukosadisektion (Ileocoecalklappe und Coecum)



Links: lateral-spreitender Tumor (LST, mixed-type, Indigocarmin), Pit Pattern III-L+III-s, Adenom  
Mitte/Rechts: Koagulationsmarkierung des Randes, Präparation



Links/Mitte: Resektionsbett im Coecum bzw. Klappenrand  
Rechts: Resektat en-bloc (R1 in der Klappe, tubulovillöses Adenom, herdförmig hochgradige Dysplasie)

## Endoskopische Submukosadisektion (Rektum)



Links: Läsion 0-IIb (Indigocarmin), Pit Pattern III-s, Adenom  
Mitte/Rechts: zirkuläre Randumschneidung

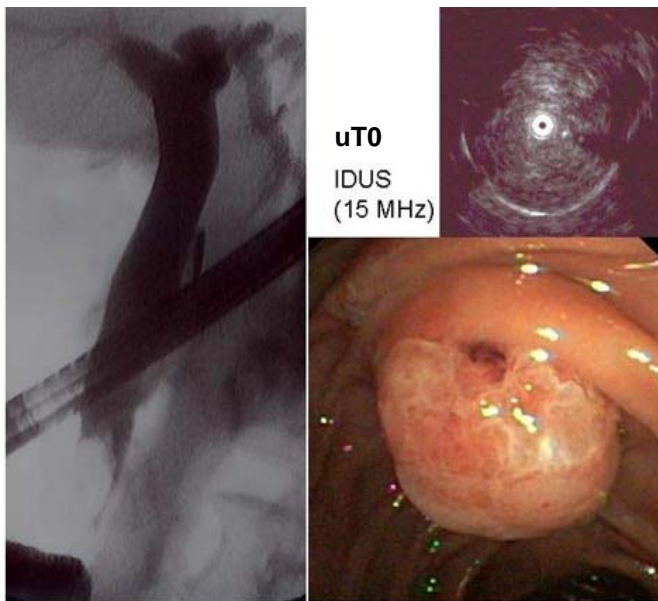


Links/Mitte: Unterspritzung und Resektionsbett  
Rechts: Präparat (R0, hochgradige Dysplasie = de-novo Karzinom laut japan. Literatur)

## Kriterien für endoskopische Papillektomie

Selektion:

- Größe < 3 cm (5 cm)
- Insuspekt
- uT0 (m. sph. Oddi)
- Intraduktal < 1,5 cm
- Bx: kein Karzinom



Links: „Zapfen“ des Adenoms in der Lichtung des Gallengangs (ERC-Bild)

Rechts oben: intraduktale Ultraschallaufnahme

Rechts unten: tubuluvillöses Adenom ohne Dysplasien

## Endoskopische Papillektomie eines Papillenadenoms



Innere Medizin I:

**Gastroenterologische Endoskopie**

OA Univ.-Doz. Dr. G. Wolkersdörfer, OA Dr. T. Haas

Leiter: Univ.-Prof. Dr. F. Berr

Anmeldung: Tel +43(0)662 4482-57197 DGKS Maria Fuschlberger

[www.salk.at/m1.html](http://www.salk.at/m1.html)



## Polypektomie im Dickdarm

(einfache Schlingenabtragung bei gestielten Läsionen (Typ 01))

Links: gestieltes Adenom („Polyp“)

Rechts: nach Elektroschlingenabtragung

