

Qualitätsbericht 2011 der gastrointestinalen Endoskopie der Klinik Am Bürgerpark

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Jahr 2011 war erneut gekennzeichnet durch Bettennot infolge Renovierung. Trotzdem konnten wir unsere Fallzahlen noch ein wenig steigern. Erstmals wurde als neue Methode die endosonographisch gesteuerte Punktion und Kontrastierung des Gallengangs bei komplettem Papillenverschluss zum endosonographisch gesteuerten Rendezvous-Verfahren erfolgreich angewandt. Ansonsten war das Jahr 2011 sehr geprägt vom Ausbau des Darmkrebszentrums.

Die Zahl unserer jährlichen diagnostischen und therapeutischen Endosonographien hat mit über 400 einen neuen Höchststand erreicht. Die Methode ist mittlerweile nicht mehr wegzudenken aus dem klinischen Alltag.

Wie in jedem Jahr gibt die Endoskopieabteilung der Klinik Am Bürgerpark Auskunft über ihre Zahlen und Qualität.

Beispielhaft zeigt die nachfolgende Tabelle die entsprechenden Zahlen bei der ERCP und einen Vergleich mit Zahlen der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie, die aus einer neueren Publikation der OeGGH aus dem Jahre 2008 stammen.

	BÜPA 2005-2010	BÜPA 2011	ÖGGH ¹⁾
Zahl der ERCP's :	1850	305	
Technische Durchführbarkeit (= Vorgehen bis Papillenintubation)	1820/1850 (98,4%)	300/305 (98,4%)	95,7%
Erfolgreiche Darstellung des gewünschten Gangsystems (z.T. mehrzeitig)	1791/1854 (96,6%)	274/287 (95,4%)	91%
Erfolgreiche Papillotomien	714/726 (98,3%)	131/131 (100%)	98,3%
Erfolgreiche Steinentfernungen	482/492 (97,9%)	79/82 (96,3%)	85%
Erfolgreiche Stenose-Überbrückungen	920/930 (98,9%)	124/127 (97,6%)	84,8%
ERCP's in diagnostischer Indikation	142/1850 (7,4%)	9/305 (3%)	
ERCP's in therapeutischer Indikation	1708/1850 (92,6%)	296/305 (97%)	
Therapeutisch abgelaufene ERCP's	1481/1850 (80,0%)	261/296 (88,2%)	

ERCP-Komplikationen:	BÜPA 2005-08	BÜPA 2011	ÖGGH ¹⁾
Pankreatitis [davon schwer]	64(4,3%) [4]	2[1] (1%)	1,3-7,2%
Transfusionsbedürft. Blutung n. Papillotomie	1 (0,4%)	2 (0,7%)	0,5%
Cholangitis (ausgewertet ab 2011)		1 (0,33%)	1,9%
Luftembolie	-	1	
Notfall-Intubation (4/1850)	4 (0,2%)	0	
Mortalität (2/1850)	2 (0,1%)	1 (0,33%)	0,1-1,0%

1) Kapral C et al, Working Group on Quality Assurance and Endoscopy of the Austrian Society of Gastroenterology and Hepatology (OeGGH), Endoscopy 2008, 40, 625-630

Die teilweise etwas niedrigeren Erfolgsraten gegenüber den Vorjahren sind u.a auch durch ein schwierigeres Patientenklintel erklärt mit vielen großen Duodenaldivertikeln und auch 12 Pat. mit Z. n. BII-Operation/Pankreaskopfresektion oder biliodigestiver Anastomose, bei denen 8x die ERCP samt interventionellen Eingriffen trotzdem gelang.

Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft über einen Großteil der bei uns durchgeführten Untersuchungen des Jahres 2011.

Diagn. Endosonographien (Oesophagus, Magen, Duodenum, Pankreas)	375
Diagnostische Endosonographie Rektum	32
Endosonographisch gesteuerte Punktionen und Zystendrainagen	36
Gastroskopien	1333
Blutstillung oberer GI-Trakt (Clipping, Banding, Injektion, APC)	165
Bougierungen/Dilatationen Oesophagus und Kardiasprengungen	51
Polypektomie/Mucosektomie Magen	10
Mucosektomie Oesophagus (Barrettkarzinom/Dysplasien)	13
Mucosektomie Dünndarm/Duodenaladenome/Papillenadenome	11
Divertikulotomien bei Zenkerdivertikeln	10
PEG und PEJ	59
Selbstexpandierende Stents im Ösophagus/Magen/Duodenum	25/2/4
Vollständige Koloskopien	948
Partielle Koloskopien/Sigmoidoskopien	58
Schlingen-Polypektomien/Mucosektomien (Patienten)	241
Dilatationen/Bougierungen im Kolon	12
Clipping im Kolon	54
Argonplasmakoagulation	23
Blutstillung im Kolon	28
Prokto-Rektoskopien	123
PTC/D	3
Videokapselendoskopien	50
Ballon-/Spiralenteroskopien	35
Kontrastmittelsonographien des Abdomens	105

Ab sofort stehen 2 neue Methoden in unserer Klinik zu Verfügung: 1. die **Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus** mit der BRAVO-Methode, mit der ein Meß-Clip endoskopisch im distalen Ösophagus appliziert wird, der dann später per vias naturales abgeht. Dafür muss der Patient 48 Stunden in der Klinik bleiben. Weiterhin werden wir ab sofort für Patienten nach vollständiger Entfernung von Ösophagusfrühkarzinomen mit der **Radiofrequenzablation** der Rest-Barrett-Schleimhaut beginnen (sog. **BARR-X-Verfahren**).

Abschließend noch ein kurzes Wort zur Umstrukturierung unserer Abteilung. Dr. Sieweke wird leider zum 1.3.2012 ins Krankenhaus nach Otterndorf wechseln, was wir sehr bedauern. Ab 1.4.2012 wird dann Dr. Kerstan, bisher in Brake tätig, als Oberarzt tätig sein und wir wünschen ihm viel Glück bei uns.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. H.J. Schmeck-Lindenau
Chefarzt

T. Steffen
Oberarzt

Dr. M. Krakor
Oberarzt

Dr. W. Sieweke
Oberarzt