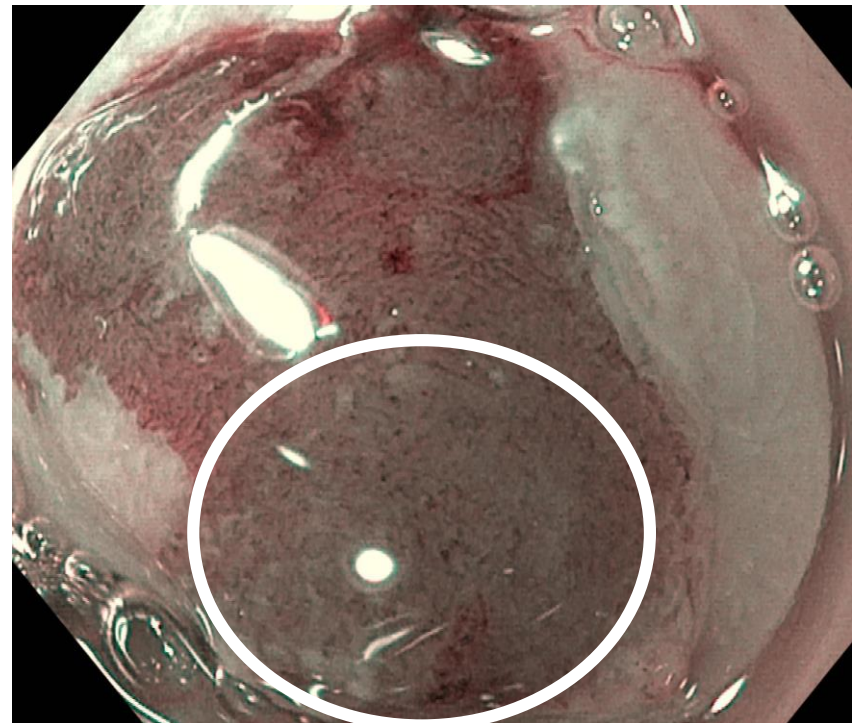
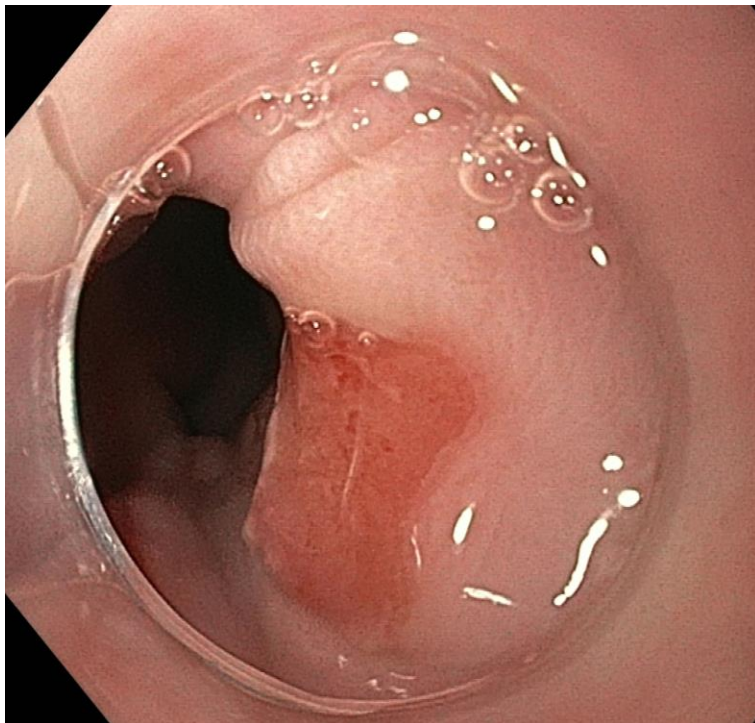
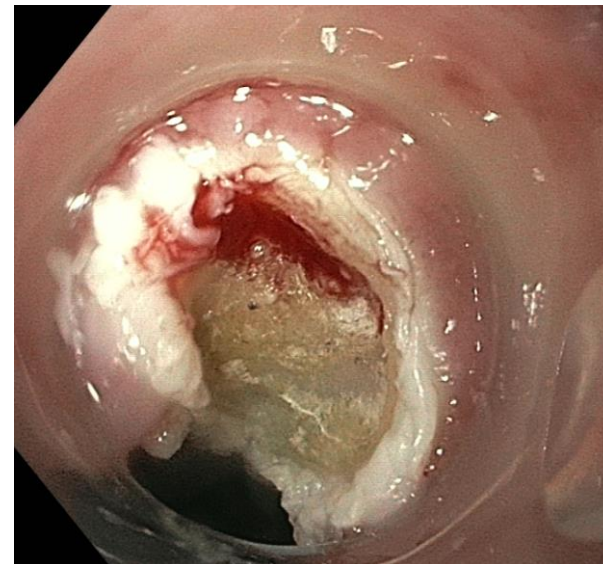
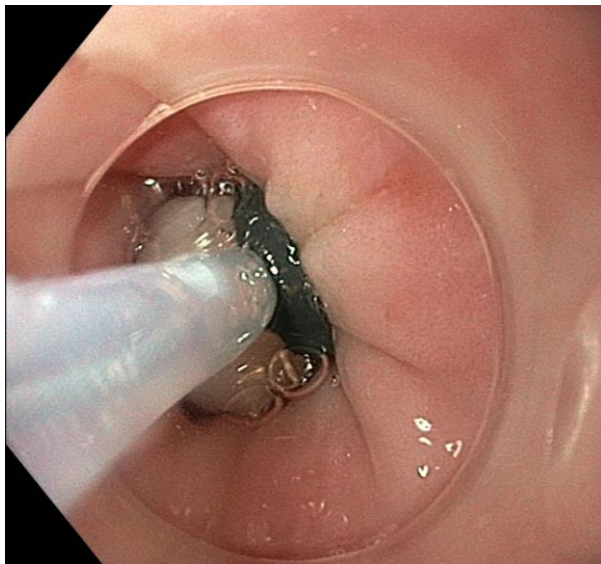
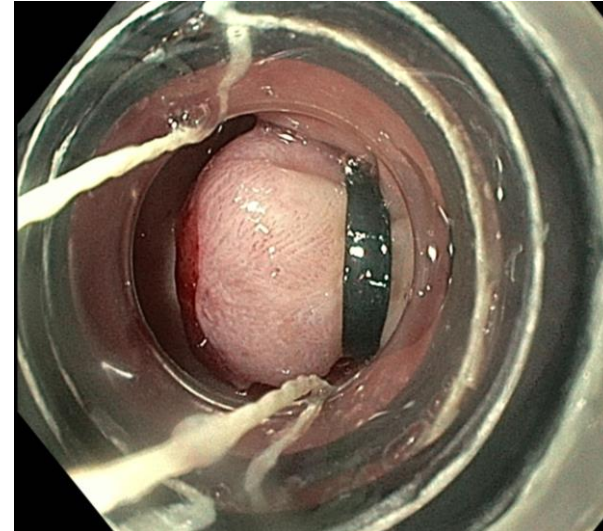
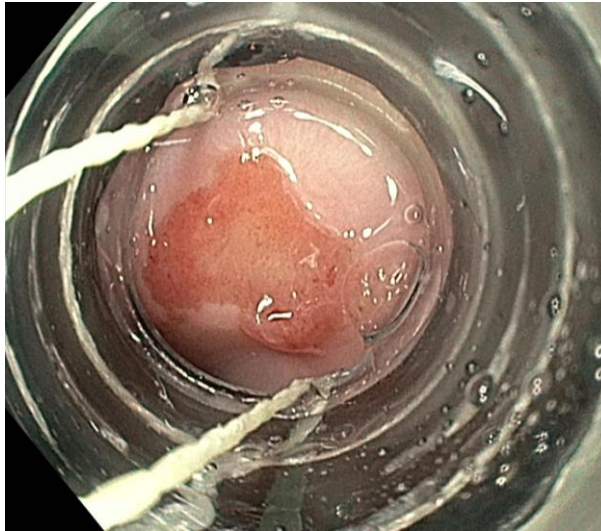


Die 66-jährige Patientin stellte sich zur Mitbeurteilung bei bislang extern kontrollierter Barrett-Schleimhaut mit Nachweis einer low-grade Dysplasie vor. Etwa 5mm proximal der Z-Linie fand sich eine Barrettschleimhautinsel von maximal 8mm Durchmesser. Unter Verwendung von Distanzkappe und NBI im *near focus*-Modus zeigten sich einige Areale mit fokalen Irregularitäten, der untere Anteil war leicht erhaben (Kreis). Wie wäre das weitere Vorgehen?





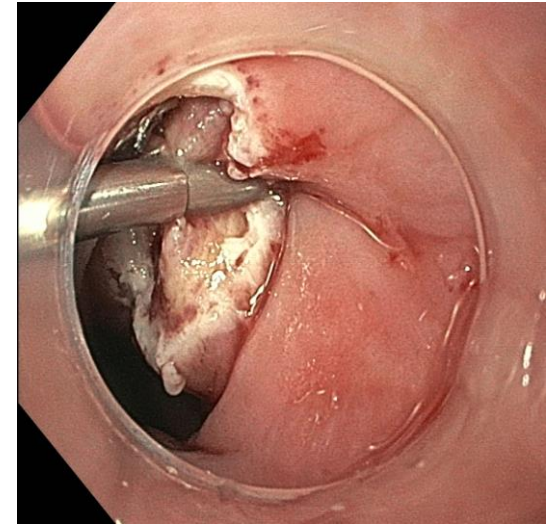
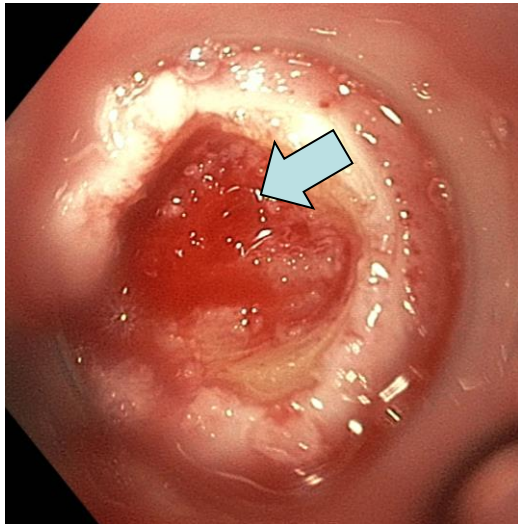
Bei der Barrett-Schleimhaut sollen sichtbare dysplastische Areale endoskopisch abgetragen werden. Neben der Biopsie kann das *narrow band imaging* während der Gastroskopie durch die Darstellung von irregulären Schleimhautmustern (*pit pattern*) und Gefäßverläufen Dysplasie-suspekte Areale anzeigen. Es existieren verschiedene NBI-Klassifikationssysteme (Amsterdam-Klassifikation, Kansas-Klassifikation, BING-Kriterien), welche teilweise komplex sind und eine hohe Inter-Observer-Variabilität aufzeigen. Der Nachweis von irregulären NBI-Mustern sollte jedoch Anlass zur Biopsie oder endoskopischen Abtragung umschriebener Areal führen (siehe SOP des IEZ zur Barrett-Schleimhaut). Entsprechend erfolgte bei der Patientin zunächst endosonographisch der Ausschluss einer Muskularis-Infiltration der Läsion (kein uT2). Dann erfolgte die endoskopische Abtragung mittels des Duette® Multiband Systems (siehe Abb.). Hierbei wird die Läsion in eine Kappe auf dem Gastroskop eingesaugt und durch ein Gummiband – ähnlich dem Ligaturband für Ösophagusvarizen – abgeschnürt. Anschließend erfolgt die Abtragung durch eine Schlinge, welche oberhalb oder unterhalb des Gummiringes erfolgen kann. Eine Unterspritzung der Läsion ist im Gegensatz zur EMR im Kolon hier nicht notwendig. Im letzten Bild der Abbildung sieht man auf die intakte Submucosa/Muscularis unter der Abtragungsstelle.





Das Resektat zeigt eine lateral von normaler Ösophagusschleimhaut umschlossene Läsion. Der basale Resektionsrand muss nun durch die Histopathologie untersucht werden.





Eine arterielle Nachblutung (Bild 1, Pfeil) wurde mit dem Coagrasper, einer kleinen elektrischen Zange, gefasst und durch Verödung gestillt (Bild 2). Zur Sicherheit erfolgte noch eine Clip-Applikation (Bild 3).



Die Histologie des Resektats ergab ein

gut differenziertes (G1) Barrett-Frühkarzinom mit pT1a L0 V0 Pn0

mit kompletter Abtragung im Gesunden (**R0**).

Gemäß der ACG-, ESGE- und DGVS-Leitlinie ist die endoskopische Abtragung eines Frühkarzinoms als kurativ zu werten, solange folgende Kriterien nicht überschritten werden:

- pT1a (rein mucosal)
- pT1b: solange Submucosainfiltration <500µm (sm1), L0, V0, G1/2, basal R0

Bei unserer Patientin war mit pT1a (mucosales Frühkarzinom) die R0-Abtragung als kurativ zu werten. Im Fall einer lateralen R1-Situation wäre eine endoskopische Nachresektion möglich gewesen. Da keine Barrett-Schleimhaut verblieb, war keine Radiofrequenzablation notwendig und die Patientin wurde in ein engmaschiges Nachsorgeprogramm aufgenommen.