

Die Vermessung der Gastroskopie

Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: A European Society of Gastrointestinal Endoscopy quality improvement initiative.

Bisschops R, Areia M, Coron E, Dobru D, Kaskas B, Kuvaev R, Pech O, Ragunath K, et al.

Endoscopy 2016; 48:843-64

United European Gastroenterol J 2016; 4:629-56

Die jüngere Generation der Europäischen Gesellschaft für Endoskopie hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Qualität in Europas Endoskopien ein gutes Stück weiterzubringen.

Wir erwarten evidenzbasierte, konsensuelle Standpunkte zu den verschiedenen Detailbereichen der gastrointestinale Endoskopie, jetzt erschien eben eine Stellungnahme zu Qualitäts-Messwerkzeugen für die Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD). Ähnliche Berichte liegen bereits zur Coloskopie, zur Bild- und Befunddokumentation und zu den anstehenden Forschungsfragen des Themenbereichs vor. Wir erwarten weitere Stellungnahmen, etwa zu Sedierung und Überwachung, zu Gerinnung bei Endoskopien, zur Endosonographie und zur ERCP.

Die elf Messwerkzeuge für die ÖGD teilen sich in sechs Haupt-Messkriterien und fünf Neben-Kriterien (Tabelle 1).

Zuoberst, weil nach dem Ablauf einer ÖGD geordnet, steht die Forderung nach Implementierung formaler Fastenregeln vor Endoskopie und ihrer Überprüfung, wie oft sie wirklich kommuniziert und auch eingehalten werden bzw. wie oft Patienten wieder weggeschickt werden müssen, weil sie nicht nüchtern sind. Während das Meiden fester Speisen über mindestens sechs Stunden allgemein akzeptiert ist, erlauben nicht alle das Trinken bis zwei

**Tabelle 1: Description of the different performance measures
(modifiziert nach United European Gastroenterol J 2016; 4:629-56)**

Key performance measures	Minor performance measures
Fasting instructions prior to UGI endoscopy	Minimum 7-minute procedure time for first diagnostic UGI endoscopy and follow-up of gastric intestinal metaplasia
Documentation of procedure duration	Minimum 1-minute inspection time per cm circumferential Barrett's epithelium
Accurate photodocumentation of anatomical landmarks and abnormal findings	Use of Lugol chromoendoscopy in patients with a curatively treated ENT or lung cancer to exclude a second primary esophageal cancer
Accurate application of standardized disease-related terminology	Application of validated biopsy protocol to detect gastric intestinal metaplasia (MAPS guidelines)
Application of Seattle protocol in Barrett's surveillance	Prospective registration of Barrett's patients
Accurate registration of complications after therapeutic UGI endoscopy	

UGI, upper gastrointestinal; ENT, ear, nose, and throat; MAPS, management of patients with precancerous conditions and lesions of the stomach.

Stunden vor Endoskopie, sollten sie aber, um die Akzeptanz der Patienten zu verbessern. Patienten, die erst nachmittags gastroskopiert werden, können ein leichtes Frühstück zu sich nehmen. Patienten mit bekannt verzögter Ösophagus- oder Magenentleerung sind davon ausgenommen.

Leider wurde nicht zur Einnahme der laufenden Medikamente (Antihypertensiwa etc.) Stellung bezogen, was ich wichtig gefunden hätte.

Eine vollständige ÖGD umfasst die Untersuchung des Ösophagus, des Ma-

gens und des Duodenums. Zukünftig wird ein Foto der Papille – analog zum Zökum – gefordert werden, jetzt konnte dafür noch kein Konsens in der Gruppe gefunden werden.

Das zweite wichtige Messwerkzeug hält uns in Zukunft an, bei jeder ÖGD auch die Dauer zu messen (nicht zu schätzen).

Grund ist, dass es jetzt Daten gibt, die zeigen, dass eine ÖGD-Dauer von mindestens 7 Minuten mehr Magenfrühkarzinome entdecken lässt und die Beobachtung des Barrett von mindestens einer Minute pro Zentimeter Länge mehr Dysplasie-

Qualitäts-Messwerkzeuge für die Gastroskopie

Ausbeute der gezielten Biopsien verspricht (siehe unten: Nebenkriterien).

Das dritte Messwerkzeug für gute Endoskopie ist die Häufigkeit der Anfertigung von Bildern aller vereinbarten, anatomischen, gesunden „landmarks“ (n=10: proximaler und distaler Ösophagus, Z-Linie, Kardia und Fundus in Inversion, Corpus antegrad und retroflektiert, Angulusfalte, Antrum, Bulbus und Pars descendens) und aller Pathologien (z.B. bei Refluxösophagitis oder Barrett: Bilder vom Oberrand der Magenfalten und von der Eindellung durch die Zwerchfellschenkel).

Natürlich braucht es mehr als einen Farbdrucker, die Bilder müssen elektronisch intelligent abgelegt werden und wieder auffindbar sein. Obwohl das heute in den allermeisten Endoskopien technisch gelöst ist, wird diese Forderung in manchen Ländern schwer durchsetzbar sein, weil dem die Mentalität vieler Ärzte im Weg steht.

Wir sollen – viertes Messwerkzeug – in unseren Befunden eine standardisierte Terminologie verwenden. Zur angemessenen Dokumentation gehört auch die Verwendung valider Klassifikationssysteme und Scores, z. B. der Los Angeles-Klassifikation für die Refluxösophagitis, der Prag-Klassifikation für den Barrett, der Paris-Klassifikation für Frühkarzinome oder der Forrest-Klassifikation für Blutungen. Das vierte Werkzeug misst die Einhaltung dieser Forderungen.

Unberührt blieb die Frage, ob der Befund strukturiert (elektronische Auswahl aus vorgegebenen Listen) zusammengestoppt oder als Freitext diktiert wird oder beide Verfahren gemischt werden (Freitextdiktat für die Beschreibung, strukturierte Listenauswahl für die Interpretation oder als Anhang).

Das fünfte wichtige Messwerkzeug bezieht sich auf die verpflichtende Anwendung des Seattle-Biopsie-Protokolls bei ÖGDs zur Überwachung des Barrett-Ösophagus.

Das konsequente Biopsieren im Barrett-Ösophagus alle zwei Zentimeter in den

**Tabelle 2: Research priorities identified by the working group
(modifiziert nach United European Gastroenterol J 2016; 4:629-56)**

What is the percentage detection of dysplasia in a Barrett's surveillance program in a general endoscopy practice?
What is the percentage of intestinal metaplasia in the stomach throughout Europe in a general endoscopy practice?
Could visualization of the papilla of Vater be used as a measure for a complete and high quality endoscopy?
Does the percentage of endoscopies where the papilla is visualized correlate with a higher general diagnostic yield during UGI endoscopy?
What is the relationship between inspection time during UGI endoscopy and diagnostic yield?
The role of endoscopy in redefining diseases of the UGI tract
Endoscopy with or without biopsies
Do biopsies alter the management of patients with Barrett's esophagus or eosinophilic esophagitis?
What is the role of advanced imaging in a general endoscopy practice for dysplasia detection in:
- Barrett's esophagus
- Squamous cancer detection in high risk patients
- Intestinal metaplasia in the stomach?
Can automated image analysis remove the need for biopsies and guide the management of patients with:
- Barrett's esophagus
- Intestinal metaplasia of the stomach
- Celiac disease?
What is the role of teaching modules in training endoscopists in image interpretation and lesion recognition?

UGI, upper gastrointestinal.

vier Quadranten wird zu oft individuiert oder wegen Unübersichtlichkeit (Blut) abgebrochen.

Schließlich wird als sechstes Messwerkzeug gefordert, alle Komplikationen nach therapeutischen Gastroskopien zu erfassen. Nach Polypektomien oder EMRs soll die Perforationsrate unter 2% und die Blutungsrate unter 10% liegen. Dilatationen mit Ballon oder Bougie sollen nicht mehr als 1% Perforationen nach sich ziehen.

Ob das in einem guten, alten Komplikationsbuch, elektronisch im Krankenhaus-Informationssystem oder separat geschieht, ist nicht so wichtig, Hauptsache, es werden alle, auch nicht offensichtlich eingriffsbegogene, schwere Komplikationen erfasst, unmittelbar erkennbare genauso wie jene, die erst nach ein oder zwei Wochen evident werden. Diese Komplikationen sollen öffentlich diskutiert werden (Morbidity-Mortality-Konferenzen) und zumindest jährlich in Frequenz und Schweregrad mit der Literatur verglichen werden.

In zweiter Reihe stehen die Forderungen nach Überwachung und Messung folgender Qualitätskriterien:

- einer mindestens sieben Minuten dauernden ÖGD, wenn es um Magenkarzinomvorsorge geht (z. B. erste ÖGD oder dreijährige Kontrollen wegen intestinaler Metaplasie). *Dafür müssen aber die Correa-Kaskade verstanden werden und Patienten mit chronisch-atropher Gastritis und diffuser intestinaler Metaplasie wirklich zu dreijährigen Überwachungs-ÖGDS zugewiesen werden.*
- einer mindestens ein-minütigen Inspektionsdauer pro Zentimeter zirkumferentiellen Barrett-Ösophagus. *Dazu müssen aber auch entsprechend hohe Auflösung des Endoskops, Zoom und virtuelle Chromoendoskopie-Option passen.*
- der Anwendung von Chromoendoskopie mit Lugol' Lösung für die Überwachung des Ösophagus von

Patienten nach kurativ behandelten HNO-und Bronchus-Karzinomen. *Dazu müssen erst Patienten der HNO und Polumologie jährlich zu entsprechenden ÖGDS zugewiesen werden.*

- Verwendung eines validierten Biopsieprotokolls, um intestinale Metaplasien und Helicobacter pylori im Magen (MAPS) zu erfassen. Es wird auf das „zwei-mal-zwei-Protokoll“ hingewiesen und eine weitere Biopsie an der Angulusfalte diskutiert.
- der prospektiven Verfolgung von Patienten mit Barrett-Ösophagus. *Das verlangte eine gewisse Zentralisierung der Betreuung von Barrett-Patienten, wie anderswo üblich (z. B. NL).*

Über eine notwendige Mindestzahl von bereits durchgeführten ÖGDS pro Arzt und jährlich weiterhin durchzuführenden ÖGDS konnte kein Konsens erzielt werden. Die Patientenzufriedenheit wurde der Arbeitsgruppe „Service“

für alle Arten von Endoskopien zugewiesen. Eine Reihe von Themen und Qualitätskriterien wurde wegen noch unzureichender Evidenz der Arbeitsgruppe für Forschungsfragen zugewiesen (Tabelle 2).

Wenn gutgemeinte Qualitätsanforderungen zu ambitioniert sind und ohne Sanktionen bleiben, laufen sie Gefahr, einfach ignoriert zu werden. Ich bin neugierig, welches Schicksal diesen Empfehlungen beschieden sein wird. Jetzt sind wir einmal als informelle „Endoskopiker-Community“ und als wissenschaftliche Gesellschaft aufgefordert, dazu Stellung zu beziehen, gegebenenfalls sie zu österreichischen Empfehlungen zu machen.

Interessenkonflikte: Keine

Prim. Prof. Dr. Rainer Schöfl

4. Interne Abteilung
KH der Elisabethinen Linz
rainer.schoefl@elisabethinen.or.at