

Vollwandresektion

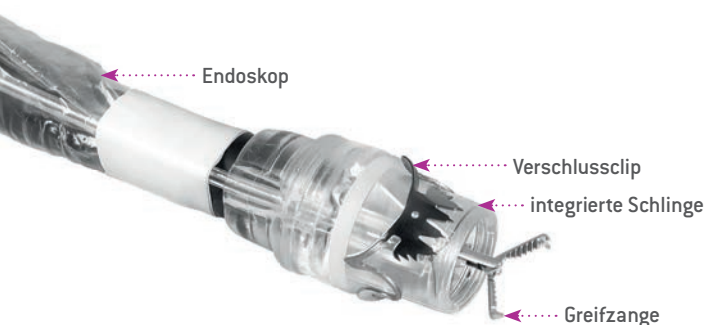
Die endoskopische Vollwandresektion (engl. Endoscopic Full-Thickness Resection, kurz EFTR) mit dem FTRD® System (engl. Full-Thickness Resection Device) ist ein mittlerweile etabliertes Verfahren zur Entfernung von Polypen und anderen Neubildungen des Verdauungstraktes in der ganzen Dicke der Organwand.

Mit anderen endoskopischen Abtragungstechniken können meist nur oberflächlich wachsende Befunde entfernt werden. Bei tiefer wachsenden und v.a. vernarbten Befunden blieb früher oftmals nur die Möglichkeit einer chirurgischen Operation.

Mit dem FTRD® System können jedoch solche Befunde nun ebenfalls endoskopisch entfernt werden. Die Vollwandresektion ermöglicht zudem eine mikroskopische Untersuchung aller Wandschichten und erlaubt dadurch erstmals nicht nur eine sichere Aussage zur Art, sondern auch zur Ausbreitung des Befundes.

Das FTRD® besteht aus einer Kappe, die einen besonderen Verschlussclip trägt und einer integrierten elektrischen Schlinge. Der Befund wird mit einer speziellen Greifzange in die Kappe eingezogen und anschließend ein Clip für einen sicheren Verschluss darüber abgesetzt. Daraufhin wird der Befund oberhalb des Clips abgeschnitten und geborgen.

Näheres unter "Wie läuft der Eingriff ab?".



Wie effektiv und sicher ist die EFTR?

Zahlreiche klinische Studien zeigen, dass die Vollwandresektion mit dem FTRD® als sicheres und effektives Verfahren an einer Vielzahl von Kliniken in Deutschland und weltweit etabliert ist. Das große deutsche FTRD® Register, in dem über 1100 Eingriffe mit dem FTRD® deutschlandweit dokumentiert wurden, zeigt eine klinische Erfolgsrate (komplette Entfernung der Tumoren im Gesunden) von rund 80 %*. Bei diesen Patienten konnte, anders als früher, ein endoskopisches Vorgehen gewählt und somit in den meisten Fällen ein chirurgischer Eingriff vermieden werden.

Welche Risiken gibt es?

Komplikationen während oder nach dem Eingriff sind selten und vergleichbar mit denen anderer endoskopischer Abtragungstechniken. An der Behandlungsstelle können z.B. Blutungen auftreten, die meist geringfügig sind und entweder von selbst aufhören oder endoskopisch gut kontrolliert werden können. Eine weitere mögliche Komplikation ist eine Perforation bzw. ein Riss der Organwand, die weitere Eingriffe erfordern kann. Dies ist jedoch selten.

Ihr/e behandelnde/r Ärztin/Arzt wird Sie ausführlich über die mit der endoskopischen Vollwandresektion verbundenen Risiken und mögliche Alternativen aufklären.

* Meier B, Stritzke B, Kuellmer A, et al. Efficacy and safety of endoscopic full-thickness resection in the colorectum: Results from the German colonic FTRD registry. Am J Gastroenterol 2020; 115(12):1998–2006.

Ihr Kontakt:

Verantwortlich für den Inhalt:

Ovesco Endoscopy AG
Friedrich-Miescher-Str. 9
72076 Tübingen

Tel.: 07071 96528 160
productmanagement@ovesco.com
www.ovesco.com

Rev.01_2021-02-09



Endoskopische Vollwandresektion (EFTR) mit FTRD®

Das Verfahren auf einen Blick

- Kombiniertes Vollwandresektionsverfahren: Tumorentfernung und sicherer Verschluss der Resektionsstelle
- Effektive, sichere und weltweit etablierte Methode
- Vermeidung von Operationen, wenn andere endoskopische Abtragungstechniken an ihre Grenzen kommen
- Genaue diagnostische Aufbereitung möglich

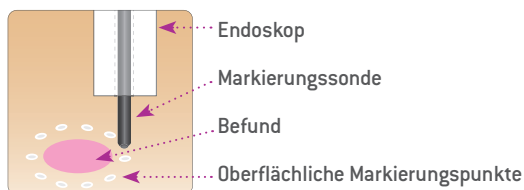
Wie läuft der Eingriff ab?

Der Eingriff erfolgt im Rahmen einer flexibel-endoskopischen Untersuchung. In der Regel wird dazu ein Schlafmittel verabreicht, sodass der Eingriff nicht wahrgenommen wird. Eine Vollnarkose ist in der Regel nicht notwendig. Man muss nüchtern sein und der Darm wird, wie für eine gewöhnliche Spiegelung, mit einer speziellen Trinklösung gereinigt. Genaue Hinweise dazu erhalten Sie von Ihrer/m behandelnde/n Ärztin/Arzt.

So läuft der FTRD®-Eingriff ab:

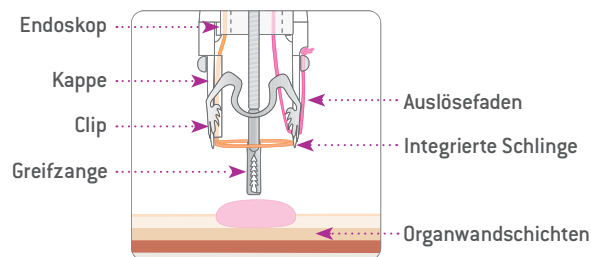
1 | Befundmarkierung

Sobald Sie schlafen wird das Endoskop in den Verdauungstrakt eingeführt (je nach Ort des Befundes in Magen, Zwölffingerdarm oder Dickdarm). Die Ränder des Befundes werden dann mit einer speziellen Sonde oberflächlich markiert.

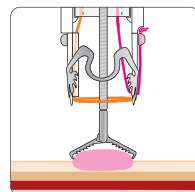


2 | Befund greifen

Anschließend wird das Endoskop mit dem FTRD® System an die entsprechende Stelle herangeführt.

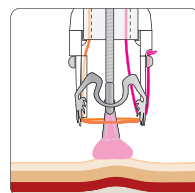


Das betroffene Gewebe wird mit einer speziellen Greifzange gefasst, die durch das Endoskop eingeführt wird.



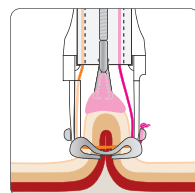
3 | Befundmobilisierung

Das Gewebe wird mit der Zange in die Instrumentenkappe gezogen, bis sich der ganze Befund darin befindet.



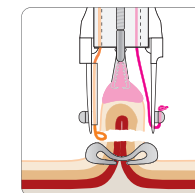
4 | Gewebeverschluss

Danach wird ein spezieller Clip aus einem körperverträglichem Metall auf das Gewebe appliziert, der sich über der Kappe befindet. Durch diesen Clip wird das Gewebe sicher verschlossen, bevor der zu entfernende Befund abgetrennt wird.



5 | Gewebeabtrennung

Der in die Kappe gezogene Befund wird dann mit einer integrierten Schlinge oberhalb des Clips abgeschnitten und anschließend mit dem gesamten Instrumentarium aus dem Körper geborgen.



6 | Gewebeuntersuchung

Durch seine besonderen Eigenschaften hält der Clip das Gewebe sicher zusammen. Der Clip löst sich im zeitlichen Verlauf von der abgetheilten Abtragungsstelle und wird in der Regel unbemerkt ausgeschieden. Die wenigen Clips, die sich nicht lösen, können ohne Probleme im Körper verbleiben.

Das abgetragene Gewebe wird in einem Labor feingeweblich untersucht, um zu beurteilen, ob alle Anteile vollständig entfernt werden konnten.

Nach dem Eingriff

In der Regel werden Sie nach dem Eingriff für weitere zwei Tage zur Überwachung stationär aufgenommen. Die Laborergebnisse werden Ihnen nach der Gewebeuntersuchung mitgeteilt.

Am Tag des Eingriffs erhalten Sie zunächst flüssige Nahrung und können in den folgenden Tagen wieder normal essen. Ausreichendes Trinken ist in der ersten Zeit nach dem Eingriff wichtig, um für weichen Stuhlgang zu sorgen.

Die feingewebliche Aufarbeitung des Gewebes dauert einige Tage. Abhängig von dem Befund wird dann ein Folgetermin für eine Nachkontrolle mit Ihnen vereinbart. Für weitere Informationen fragen Sie Ihre/n behandelnde/n Ärztin/Arzt.