

Überblick Gastroenterologie

Das Prinzip der vorausschauenden Versorgung auf der Basis aktueller Leitlinien in gegenseitiger Abstimmung zwischen Haus- und Facharztbene setzt die Kenntnis der Leitlinien voraus, daher Auszüge der wichtigsten Themen im Folgenden:

Überblick Vorsorge, Überwachung von Risikoerkrankungen und Nachsorge von bösartigen Erkrankungen des Verdauungssystems, Definition von Schnittstellen haus- und fachärztlicher Versorgung auch gemäß Anlage 12 Leistungsinhalte. Die Überweisungsempfehlungen insbesondere bei Vorstufen zum kolorektalen Karzinom, familiärem Risiko usw. sind den u.g. Leitlinien zu entnehmen.

Organ-System	Neoplasie	Massnahmen	Bemerkungen
ÖSOPHAGUS			
Gastroösophageale Refluxkrankheit „GERD“ ohne Alarm-Symptome	Adeno-Karzinom gastroösophagealer Übergang	Gastroskopie bei anhaltender Symptomatik und längerfristiger Therapiepflicht	Ref.: DGVS-Leitlinie 2005 („Gastroskopie frühzeitig im Krankheitsverlauf“); frühe Index-Gastroskopie sinnvoll, Verlaufskontrollen einer gesicherten Refluxkrankheit ohne Metaplasie (s.u.) nicht sinnvoll
Gastroösophageale Refluxkrankheit „GERD“ mit Alarm-Symptomen	Adeno-Karzinom gastroösophagealer Übergang	Gastroskopie	Alarmsymptome: - Schluckstörung - Anämie - GI-Blutung - Erbrechen rezidiv. - Gewichtsabnahme - Inappetenz
Barrett-Ösophagus	Adeno-Karzinom gastroösophagealer Übergang	- zwei Re-Gastroskopien binnen 1 Jahres - bei unauffälligen Befunden, „long segment“ (≥ 3 cm), Re-Gastroskopie alle 3 Jahre - bei unauffälligen Befunden, „short segment“ (< 3 cm), Re-Gastroskopie alle 4 Jahre	Biopsien nach dem Seattle-Protokoll (Stufen und Quadrantenbiopsien); Rolle einer dauerhaften säuresuppressiven PPI-Therapie in präventiver Absicht bei fehlenden Refluxsymptomen nicht gesichert; Ref.: DGVS-Leitlinie 2005
MAGEN			
H.p.-Gastritis bei Magenkarzinom in der Familie	Magen-Karzinom	Eradikationsindikation	Kontrolle des Eradikationserfolges wesentlich
H.p.-Gastritis bei Pan-Gastritis, Corpus-dominanter Gastritis, Atrophie, intestinaler Metaplasie	Magenkarzinom	Eradikationsindikation	Kontrolle des Eradikationserfolges wesentlich

Autoimmune Gastritis	Magen-Karzinom		H.p.-Nachweis in Biopsie falsch negativ? Zweites Testverfahren ergänzen, ggf. Eradikation.
PANKREAS			
Zysten Parenchym	Pankreas-Karzinom	definitive Abklärung erforderlich	... falls nicht eindeutig Pseudozysten, blande kongenitale Zysten vorliegen
Zysten Gangsystem / IPMN	Pankreas-Karzinom	definitive Abklärung erforderlich, ggf. engmaschige Beobachtung wenn Seitenäste betroffen	Häufung von Karzinomen ausserhalb des Pankreas!
Chronische Pankreatitis	Pankreas-Karzinom		
DÜNNDARM			
Zöliakie	Dünndarm-Karzinom; T-Zell-Lymphom		
LEBER			
Chronische Virus-Hepatitis B, erhöhtes HCC-Risiko	Hepatozelluläres Karzinom HCC	Oberbauchsonografie und Tumormarker AFP alle 12 Monate	erhöhtes Risiko trotz fehlender Zirrhose: - Männer > 45 J. - HCC in der Familie - Migrationshintergr.
Chronische Virus-Hepatitis C	Hepatozelluläres Karzinom HCC		
Leberzirrhose ungeachtet ihrer Ätiologie	Hepatozelluläres Karzinom HCC	Oberbauchsonografie und Tumormarker AFP alle 6 Monate	
GALLENWEGE			
primär sklerosierende Cholangitis	Cholangiokarzinom	- UDCA-Einnahme, 15 mg/kg	
KOLON			
Normales Risiko	Kolorektales Karzinom	Koloskopie 55. Lj., erneut nach 10 Jahren	
Angehöriger 1. Grades erkrankt oder Adenomträger	Kolorektales Karzinom	Koloskopie 10 J. vor Erkrankungsalter des Angehörigen, spätestens 50. Lj., erneut nach 5 Jahren	Untersuchungsintervall in dieser Situation schlecht belegt, ggf. auch 10 J. genügend
Häufung von Karzinomen des Kolons und/oder anderer Organe in der Familie, junge Erkrankte, rechtsseitig lokalisierte Kolonkarzinome	Kolorektales Karzinom	HNPCC Koloskopie 5 J. vor dem niedrigsten Erkrankungsalter in der Familie, spätestens 25.Lj., Re-Koloskopie jährlich	Anamnese: Amsterdam-Kriterien erfüllt oder Bethesda+MSI: Risiko-Person; Gen-Tests: nur aus Tumorgewebe von Patienten; falls in Familie Gen-Defekt identifiziert,

			Risikoperson über einfachen Bluttest zu identifizieren
Adenom-Träger, <= 2, < 1 cm, keine HGIEN	Kolorektales Karzinom	Re-Koloskopie nach 5 Jahren	
Adenom-Träger, > 2 und/oder > 1 cm, und/oder HGIEN	Kolorektales Karzinom	Re-Koloskopie nach 3 Jahren	bei HGIEN und nicht eindeutig gesicherter kompletter Abtragung frühere Kontrolle: 2-6 Monate
Adenom-Träger, ser-ratiertes Adenom (sessil oder traditionell, auch im gemischten Polypen)	Kolorektales Karzinom	Re-Koloskopie nach 3 Jahren	... bei gesicherter kompletter Abtragung
Colitis ulcerosa	Kolorektales Karzinom	- Koloskopie 8 J. nach Erstmanifestation der Erkrankung (Index-Untersuchung); Pancolitis: ab sofort jährlich Linksseitencolitis: ab dem 15. Erkrankungsjahr jährlich - Mesalazin-Einnahme 2g/Tag	Stufen-Biopsien aus allen Abschnitten, 30-40 pro Untersuchung, zusätzliche Biopsien aus auffälligen Abschnitten
Colitis ulcerosa und PSC	Kolorektales Karzinom	- jährliche Koloskopie - Mesalazin-Einnahme 2g/Tag - UDCA-Einnahme 15 mg/kg	

Auswahl von Leitlinien und Empfehlungen für Diagnostik, Therapie und Überweisung (auch im Internet einsehbar)

AWMF

- Gastroösophageale Refluxkrankheit
- Helicobacter pylori und gastroduodenale Ulkuskrankheit
- Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn
- Diagnostik und Therapie der Colitis ulcerosa (Konsensuskonferenz)
- Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronischen nicht-malignen Leber- und Gallenwegserkrankungen
- Prophylaxe, Diagnostik und Verlauf der Hepatitis-B-Virus-(HBV)-Infektion
- Exokrines Pankreaskarzinom

Hepatitis_ Leitlinien Genfer Stiftung für Medizinische Ausbildung und Forschung
www.gfmer.ch/Guidelines/Hepatitis

S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ Ergebnisse evidenzbasierter Konsensuskonferenzen
Gastro 0808 Artikel ZfG-695-Sonder, 30.9.08, Reemers Publishingservices GmbH

S3-Leitlinie „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“ 2008 (AWMF-Register-Nr. 021/014)

www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/broschueren/darmkrebs

www.g-ba.de

Merkblatt Darmkrebs-Früherkennung
(u.a. in Prüfung Einsatz eines Fragebogens zur Verbesserung der Früherkennung von Darmkrebs bei familiärer und hereditärer Belastung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen)

Literatur-. Internetlinkauswahl

Gemeinsamer Bundesausschuss 2008, Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von krebskranken „Krebserkennungsrichtlinien“ in Kraft getreten am 15. November 2008.

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2006. Gesundheit in Deutschland. Robert-Koch-Institut Berlin.
www.rki.de/cln_100/nn_204544/DE/Content/GBE

SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009 Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten
www.svr-gesundheit.de

Projekt wissenschaftliche Begleitung von Früherkennungs-Koloskopien in Deutschland
Berichtszeitraum 2008 – 6. Jahresbericht, Version 1.1, Stand 19. Februar 2010.
Im Auftrag des GKV-Spitzenverbands und der KBV
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Agency for healthcare Research and Quality (AHRQ) 2007 Cost-effectiveness of DNA stool testing to screen for colorectal cancer (Brief record) 84, Rockville.<http://www.ahrq.gov/clinic/technix.htm>

Deutsche Krebsgesellschaft (2009a) Erhebungsbogen gastroenterologische Praxen
www.krebsgesellschaft.de/download/eb-gastropraxenda1_090715.doc.

Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung
www.dccv.de

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen

www.dgvs.de
www.gastroatlas.com

Nahrungsmittelallergie
www.dgaki.de

Glutensensitive Enteropathie
www.dzg-online.de

Morbus Whipple
www.whippledisease.info; www.whippledisease.net

Gastrointestinale Stromatumore
www.lh-gist.de; www.liferaftgroup.com

CED Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
www.kompetenznetz-ced.de; www.dccv.de; www.letlinien.de

Pankreas
www.pancreas.de

Neuroendokrine Tumoren NET/GEP
www.gep-net.com

Virushepatitiden
www.kompetenznetz-hepatitis.de; www.hepatitis-c.de; www.hep-net.de;

Morbus Wilson
www.morbus-wilson.de

Alkoholkrankheit
www.dhs.de; www.prevnet.de