

Koloskopie und Gastroskopie – wann sind Kontrolluntersuchungen nötig?

Veröffentlichung des Berufsverbandes Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. (bng)

F. J. Heil¹, J. Aschenbeck², A. Beyer¹, T. Block²,
T. Eisenbach², D. Hüppe², D. Mainz¹, G. Moog²,
U. Tappe¹

Obwohl die Endoskopien den Arbeitsalltag der Gastroenterologen in Klinik und Praxen füllen und die Zahlen kontinuierlich steigen, bestehen in vielen Praxen Wartezeiten, das heißt die Kapazitäten folgen nicht der steigenden Nachfrage.

Es ist also nötig, dass mit der Resource „Endoskopie“ sorgfältig unter Beachtung der medizinischen Indikation umgegangen wird. Eine rasche Information, in welchen Situationen

eine Endoskopie und insbesondere eine Kontroll-Endoskopie erfolgen sollte und wann nicht, kann deshalb hilfreich sein.

Die Autoren haben aus den Empfehlungen der nationalen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankheiten (DGVS) eine übersichtliche Tabelle erstellt, die als rasche Orientierung im Alltag dienen soll. Natürlich kann sie nicht allen Einzelsituationen gerecht werden. Insoweit mag der eine oder andere Leser die Empfehlungen als holzschnittartig oder unpräzise empfinden.

Auf eine Kommentierung oder Erläuterungen der Empfehlungen in der Tabelle wird ganz bewusst verzichtet. Vielmehr

wird dazu auf die entsprechenden Leitlinien (www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/dgvs-leitlinien) und die wissenschaftliche Literatur verwiesen. ■

Auf der nachfolgenden Seite finden Sie die tabellarische Übersicht zum Heraustrennen, die Sie als Vorlage für den Schreibtisch nutzen können.

Literatur bei den Autoren

Korrespondierender Autor:
Dr. med. Franz Josef Heil
bng-Vorstand

Ernestus-Platz 1, 56626 Andernach
E-Mail: heil@drheil.de

¹bng-Vorstand

²bng-Beirat

ÖGD		1. Kontroll-ÖGD	2. Kontroll-ÖGD
Refluxkrankheit (nicht erosiv) und Refluxösophagitis	ÖGD nur bei Alarmsymptomen, Nichtansprechen auf Therapie, Refluxsymptomen über mehrere Jahre	keine	keine
Barrett-Metaplasie ohne Dysplasie		nach 1 Jahr	nach 3 – 4 Jahren
Barrett-Metaplasie mit low-grade Dysplasie	endoskopische Resektion oder Ablation optional	nach 6 Monaten	1x/Jahr
Barrett-Metaplasie mit high-grade Dysplasie	vollständige endoskopische Resektion und Ablation der Metaplasie	nach 3 Monaten	alle 6 Monate für 2 J., dann 1x/Jahr
H.pylori-Gastritis	Kontrolle nach Therapie mittels H.p.-Antigen im Stuhl oder C13-Atemtest	keine	keine
Reizmagensyndrom, nicht ulzeröse Dyspepsie	einmalige ÖGD bei Diagnosestellung gerechtfertigt	keine	keine
Chron. atrophische Gastritis und ausgedehnte intestinale Metaplasie (Corpus)	Keine Empfehlung in den Leitlinien. Kontrolle kann bei ausgeprägtem Befund sinnvoll sein.	nach 1 – 3 Jahren	alle 1 – 3 Jahre (stadienabhängig)
Ulcus duodeni		keine	keine
Ulcus ventriculi	Kontrollendoskopie, wenn Malignität nicht ausgeschlossen werden kann	nach 4 – 8 Wochen	keine
Zöliakie	Antikörper-Kontrollen nach 3 Monaten. Endoskopie-Kontrolle unter glutenfreier Diät kann sinnvoll sein.	nach 6 Monaten	keine
Nach Magenresektion (Gastrektomie) wegen eines Magen-Karzinom	Routine-Endoskopien zur Nachsorge sind nicht erforderlich.	keine	keine
Koloskopie	Index-Koloskopie	1. Kontroll-Koloskopie	2. Kontroll-Koloskopie
Vorsorge-Koloskopie Männer	mit 50 Jahren	nach 10 Jahren	keine
Vorsorge-Koloskopie Frauen	mit 55 Jahren	nach 10 Jahren	keine
Nach vollständiger Abtragung von 1 – 2 tubulären Adenomen < 1 cm (ohne villöse Komponente)		nach 5 – 10 Jahren	nach 10 Jahren
Nach vollständiger Abtragung von 3 – 4 Adenomen oder eines Adenoms mit villöser Komponente		nach 3 Jahren	nach 5 Jahren
Nach vollständiger Abtragung eines Adenoms ≥ 1 cm oder eines Adenoms mit hochgradiger intraepithelialer Dysplasie (HGIEN)		nach 3 Jahren	nach 5 Jahren
Nach endoskopischer RO-Abtragung eines Adenoms mit Karzinom (T1)		nach 6 Monaten	nach 3 Jahren
Nach operativer RO-Resektion eines kolorektalen Karzinoms		nach 1 Jahr	nach 5 Jahren
Bei familiärer Karzinom-Belastung (1. gradig Verwandter)	ab 40 Jahren bzw. 10 Jahre vor Erkrankungsalter des Verwandten	nach 5 – 10 Jahren	nach 5 – 10 Jahren
Bei gehäuftem Darmkrebs in der Familie, bei familiärem Darmkrebs-Syndrom (FAP, HNPCC etc.)	Nach fachärztlicher Entscheidung. Erstvorstellung beim Gastroenterologen mit spätestens 25 Jahren		
Reizdarmsyndrom	einmalige Koloskopie bei Diagnosestellung	nach 10 Jahren im Rahmen der Vorsorge	keine
Obstipation	einmalig nur bei Warnsymptomen, hohem Leidensdruck, fehlendem Ansprechen auf Therapie	nach 10 Jahren im Rahmen der Vorsorge	keine
Divertikulitis	nach Abheilung nur dann, wenn in den letzten 10 Jahren keine Koloskopie erfolgte; vor geplanter Operation		
Colitis ulcerosa, M. Crohn	Endoskopien nach fachärztlicher Entscheidung abhängig vom Verlauf und der Therapie. Überwachungskoloskopien bei langjährigem Verlauf erforderlich.		
iFOBT nach Koloskopie	Bei Personen, bei denen bereits eine Koloskopie erfolgte, soll innerhalb von 10 Jahren keine Untersuchung auf fäkales okkultes Blut (iFOBT) erfolgen.		