



## Datenübermittlung Projekt Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge

Der Zertifikatsinhaber ist zur elektronischen Datenerfassung und Übermittlung aller in seiner Einrichtung durchgeführten Vorsorgekoloskopien laut dem Befundblatt (Anhang-) der Vorsorge-Koloskopie über eine eigens dafür zur Verfügung gestellte Eingabemaske verpflichtet. Eine genaue Beschreibung des Dokumentationsvorgangs befindet sich auf der Homepage der ÖGGH unter:

<http://www.oeggh.at/zertifikat/cms/index.php/arzt/datenuebermittlung>

Folgende Befunde sollen an das Qualitätszertifikat übermittelt werden:

### **Koloskopie als Vorsorgeuntersuchung:**

Vorsorgeuntersuchung: Patienten > 50Lj, bei denen innerhalb der letzten 10 Jahre keine Koloskopie durchgeführt wurde.

### **Koloskopie mit Vorsorgecharakter:**

1. Patienten > 50Lj, keine Beschwerden, pos. und negative Familienanamnese (FA)
2. Alle inkompletten Koloskopien von anderen Zuweisern, wenn > 50Lj und keine Beschwerden
3. Patienten < 50 Lj mit pos. FA
4. Patienten > 50 Lj, bei denen die Vorsorgeuntersuchung weniger als 10 Jahre her ist und entweder unauffällig war oder hyperplastische Polypen zeigte, und die jetzt keine Beschwerden haben (also die Koloskopie auf eigenen Wunsch früher wiederholen möchten)
5. Patienten > 50 Lj, bei denen die Vorsorgeuntersuchung 10 Jahre oder länger her ist.

### **Nachsorge nach Polypektomien:**

Erste Nachsorgekoloskopie, die einer vorangehenden pathologischen Vorsorgeuntersuchung unter Einhaltung eines verkürzten Nachsorgeintervalls folgte.

Ausgeschlossen: chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED), Familiäre adenomatöse Poliposis (FAP)

Die Vollständigkeit dieser Datenerfassung und Übermittlung ist durch den Zertifikatsinhaber sicherzustellen. Sie ist:

- a. bei unauffälligem Ergebnis sofort nach der Koloskopie durchzuführen, oder
- b. bei durchgeführter Polypektomie bzw. Biopsie sofort nach Vorliegen des histologischen Befunds durchzuführen.

## ***Erläuterungen zum Datenerfassungsblatt der qualitätsgesicherten Vorsorgekoloskopie***

### ***1) Vorbereitungsqualität***

**Ausgezeichnet:** nur geringes Volumen an klarer Flüssigkeit bzw. mehr als 95% der Mukosa sichtbar

**Gut:** großes Volumen an klarer Flüssigkeit bedeckt 5-25% der Mukosaoberfläche, jedoch bleiben 90% der Oberfläche beurteilbar

**Mittelmäßig:** etwas halbfester Stuhl, der abgesaugt oder gewaschen werden kann, jedoch bleiben mehr als 90% der Mukosa beurteilbar

**Schlecht:** halbfester Stuhl, der nicht abgesaugt oder gewaschen werden kann. Weniger als 90% der Mukosa ist beurteilbar

**Schlecht nur im rechten Kolon:** Wie „schlecht“ jedoch nur im rechten Kolon.

**Nicht ausreichend:** erneute Vorbereitung notwendig.

### ***2) Grund für unvollständige Koloskopie***

Ist es nicht möglich, eine komplette Koloskopie durchzuführen, so ist der Grund für das Nichterreichen des Zökums anzugeben.

Zwischen folgenden Ursachen ist zu wählen:

1. Stenose
2. Verschmutzung
3. Schmerzen
4. Komplikation
5. Sonstiges (z.B. elongiertes Kolon)

*Vorgehen bei mehr als einer Ursache für eine inkomplette Koloskopie:*

Treffen 2 oder mehrere Gründe für eine unvollständige Koloskopie zu, so ist (entsprechend der oben stehenden Reihenfolge) die schwerwiegendste Ursache auszuwählen.

### ***3) Makroskopischer Befund***

Die Auswahlmöglichkeit „ohne Befund“ bedeutet, dass die Untersuchung durchgeführt wurde, allerdings keine pathologischen Veränderungen entdeckt werden konnten. Somit bezieht sich „ohne Befund“ im Sinne der Darmkrebsvorsorge auf Untersuchungen bei denen KEINE Polypen entdeckt wurden (daher könnten z.B. Lymphfollikel oder Divertikel auch als „ohne Befund“ eingegeben werden).

#### 4) Bei Polypen und/oder Karzinom

Die makroskopische Einteilung der Polypen des Datenerfassungsblattes wurde anhand der vereinfachten Paris-Klassifikation (Tabelle 1) erstellt, die auf japanischen Vorgaben der Japanese Research Society for Cancer of the Colon and Rectum basiert (Abbildung 1). Demnach sind die „klassischen“ Polypen entweder gestielt (Typ Ip) oder sessil (Typ Is) konfiguriert. Man spricht von sessilen oder breitbasigen Polypen, wenn kein Stiel vorhanden ist. Der flache Polyp (Typ II flat lesion) wird endoskopisch definiert als plane, gering erhabene oder auch eingesenkte („depressed“) Areale, deren Höhe weniger als die Hälfte des Durchmessers beträgt.

**Tabelle 1** Paris-Klassifikation gastrointestinaler Polypen <sup>i</sup>

Typ I: vorgewölbte, polypoide Form

Ip: gestielt

Is: sessil









Typ II: flache Läsion (flat)

II a: flat-elevated

II b: flat-flat

II c: flat-depressed

**Abbildung 1** Klassifikation der Japanese Research Society <sup>ii</sup>

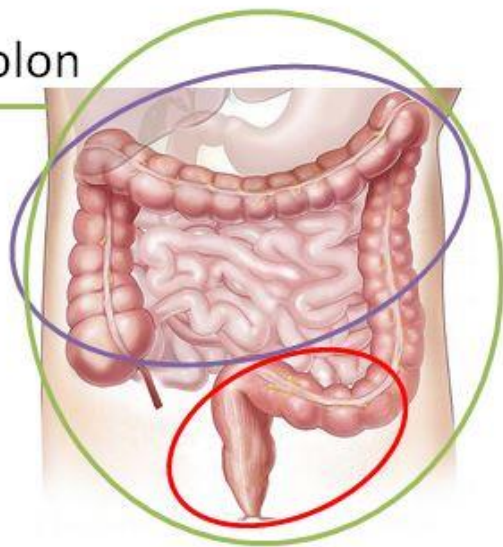
Endoscopic appearance	JRSC class		Description
Protruded lesions	Ip		Pedunculated polyps
	Ips		Subpedunculated polyps
	Is		Sessile polyps
Flat elevated lesions	IIa		Flat elevation of mucosa
	IIa / IIc		Flat elevation with central depression
Flat lesions	IIb		Flat mucosal change
	IIc		Mucosal depression
	IIc / IIa		Mucosal depression with raised edge

## Lokalisation der Polypen und/oder Karzinomen

Die Polypen/Karzinome können nur im Sigma/Rektum, nur proximal des Sigmas (Zökum, Colon ascendens, Colon transversum, Colon descendens) oder im distalen und proximalen Kolon lokalisiert werden (Abbildung 2). Die Lokalisation „distales und proximales Kolon“ kann nur dann ausgewählt werden, wenn makroskopisch mehr als ein Polyp entdeckt wurde.

**Abbildung 2** Anschauliche Darstellung der Lokalisation von Polypen/Karzinomen\*

- Nur Sigma/Rektum
- Nur proximal des Sigma
- Distales und proximales Kolon



## Vorgehen bei Vorliegen von mehreren Polypen

Bitte geben Sie die Lokalisation, sowie die genaue Anzahl aller Polypen an. Erst bei der histologischen Untersuchung können diese als: Adenome, Polypen und Sonstiges befundet werden. Die Form und Größe beschreibt den Polypen mit der schwerwiegendsten Pathologie, kann also erst NACH Eintreffen der histologischen Befunde erfolgen.

Treten bei einem Patienten mehrere Adenomformen gleichzeitig auf, so ist die schwerwiegendste Adenomart nach dem folgenden Schema anzugeben:

- I High Grade > Low grade > No Grade
- II Bei zwei/mehr Adenomen mit High Grade Dysplasie gilt:  
SSA > Villös > Tubulovillös > TSA > Tubulär

### 5) Polypenabtragung/Biopsie

Die *Zangen und Schlingenabtragung* bezeichnet die Abtragung eines Polypen mit der Intention, diesen vollständig zu entfernen. Eine *Biopsie* hingegen beschreibt eine Gewebeentnahme zwecks Diagnosestellung und kann aus einem Polypen oder etwa einem entzündlich verändertem Gewebe entnommen werden.

### 6) Komplikationen

Als Komplikation oder „Adverse Event“ wird ein Ereignis, das zu einer Unterbrechung bzw. einem Abbruch der Untersuchung führt und/oder einer zusätzlichen, nicht geplanten Intervention oder medizinischen Konsultation bedarf, bezeichnet. Eine Komplikation kann während oder im Anschluss an die Untersuchung auftreten<sup>iii</sup>, <sup>iv</sup>.

Das Auftreten von Komplikationen wurde in vier mögliche Ereignisse eingeteilt.

- a) Kardiopulmonale Komplikation
- b) Blutung
- c) Perforation
- d) Andere

#### *Ad a) Kardiopulmonale Komplikationen*

Zu den schwerwiegenden kardiopulmonalen Komplikationen zählen: cardiale Arrhythmien, Myocardinfarkt und cerebrovaskulärer Insult. Auch Hypo- (<90/50 oder 20% Abfall) und Hypertension (>190/ 130 oder 20% Anstieg), sowie eine Hypoxie mit einem O<sub>2</sub> Abfall von < 85%, sind als kardiopulmonale Komplikationen festzuhalten. Wenn die Sauerstoffgabe in kurzer Zeit wieder zur Kompensation der O<sub>2</sub>-Sättigungsbilanz führt, liegt keine kardiopulmonale Komplikation vor. Diese liegt im Falle einer notwendigen medikamentösen Behebung der kardiopulmonalen Komplikation vor.

#### *Ad b) Blutung*

Als schwerwiegende Blutungskomplikation wird das Auftreten von Hämatemesis und/oder Melaena, eine transfusionspflichtige Blutung, eine Blutung, bei der es zu einem Hb-Abfall von > 2g/dl kommt, bzw. ein Blutungsereignis, das eine Krankenhauseinweisung nach sich zieht, bezeichnet. Tritt eines dieser Blutungsereignisse auf, so ist dies im Datenerfassungsblatt festzuhalten.

### *Ad c) Perforation*

Perforationen zählen zu den gravierendsten Komplikationen, die bei einer Koloskopie auftreten können und sie können durch 2 verschiedene Wege entstehen. Zum einen kann das Kolon durch das Koloskop selbst rupturieren, zum anderen kann eine Verletzung im Zuge einer Intervention (Biopsie oder Polypektomie) mittels Zange oder Hochfrequenzschlinge entstehen. Tritt eine Perforation des Kolons (verifizierbar durch Nachweis von Luft oder Darmteilen außerhalb des Gastrointestinaltraktes) bei der Vorsorgeuntersuchung auf, so ist dies im Datenerfassungsblatt zu vermerken.

### *Ad d) Andere*

Alle anderen Ereignisse oder Umstände, die während oder unmittelbar nach der Untersuchung auftreten, und den normalerweise überschaubaren Ablauf des Eingriffs ungünstig beeinflussen oder verschlimmern, sind ebenso im Datenerfassungsblatt festzuhalten. Dazu zählen zB. Thrombophlebitis, Pulmonalembolie, Infektion, Fieber, und allergische Arzneimittelreaktionen.

### *Vorgehen beim Auftreten mehrerer Komplikationen:*

Treten mehrere Komplikationen gleichzeitig auf, so ist die schwerwiegendste Komplikationsursache auszuwählen. Die Reihung ist wie folgt vorzunehmen:

1. Perforation
2. Blutung
3. Kardiopulmonal
4. Andere

### 7) Histologischer Befund

Im Datenfeld „histologischer Befund“ sind alle histologischen Diagnosen, welche im Rahmen der Untersuchung gestellt werden konnten, anzugeben (Mehrfachangaben möglich, z.B.: Hyperplastischer Polyp UND tubuläres Adenom)

Treten bei einem Patienten mehrere Adenomformen gleichzeitig auf, geben Sie die Histologie des schwerwiegendsten an. (*siehe oben Punkt 4*)

Die Adenomanzahl entspricht der absoluten Zahl aller Adenome [tubulär, villös, tubulovillös, sessil serratiert (SSA) oder traditionell serratiert (TSA)].

Nur wenn die makroskopische Befundung die Lokalisation „distales und proximales Kolon“ aufweist, ist im Falle eines Adenoms das Feld „Lokalisation Adenome“ im histologischen Befund auszufüllen. Die Lokalisation ist nach dem gleichen Verfahren wie auf S. 4, Abbildung 2 anzugeben.

**Sonstiges- maligne (bösaartig):** umfasst sämtliche maligne Befunde, außer dem Kolorektalen Karzinom, wie beispielsweise: Lymphome, Metastasen oder Neuroendokrine Tumoren.

**Sonstiges- benigne (gutartig):** Hierunter fallen alle benignen histologischen Befunde, wie etwa: entzündliches Gewebe, Lymphfollikel oder Lipome.

### 8) Diagnose

Konnten bei einer Untersuchung mehrere Pathologien gefunden werden, so ist im Feld „Diagnose“ der schwerwiegendste Befund (entsprechend der nachfolgenden Reihung) anzugeben.

1. Kolon-Ca und Rektum-Ca
2. Adenom
3. Darmpolyp
4. Sonstiges

### **ZUSAMMENFASSUNG:**

#### **Grund für unvollständige Koloskopie:**

Stenose „sticht“ Verschmutzung „sticht“ Schmerzen „sticht“ Komplikation „sticht“  
Sonstiges

#### **Komplikationen**

Perforation „sticht“ Blutung „sticht“ kardiopulmonale Komplikation „sticht“ Andere.

#### **Histologischer Befund**

Achtung! Hier sind Mehrfachangaben möglich (z.B. Hyperplastischer Polyp UND tubuläres Adenom)

Bei mehreren Adenomformen:

Hochgradig intraepitheliale Dysplasie „sticht“ sessil serratiert „sticht“ villös „sticht“  
tubulovillös „sticht“ traditionell serratiert „sticht“ tubulär.

#### **Diagnose**

Karzinom „sticht“ Adenom „sticht“ Darmpolyp „sticht“ Sonstiges.

<sup>i</sup> Lambert R. *The Paris classification of superficial neoplastic lesions: Esophagus, stomach and colon*. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: S1–S27.

<sup>ii</sup> Kudo S et al. *Management of nonpolypoid early colorectal cancer*. *World J Surg* 2000; 24: 1081–1090.

<sup>iii</sup> Douglas B et al: *Procedural success and complications of large- scale screening colonoscopy, 2002*, *Gastrointestinal Endoscopy*, Volume 55, No 3, 2002.

<sup>iv</sup> Cotton et al: *A lexicon for endoscopic adverse events: report of an ASGE workshop, GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY* Volume 71, No. 3 : 2010.

\* Bildquelle: <https://pixabay.com/de/innereien-kennzeichnung-medizinische-1463369/>