

## 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. Genaue Beschreibung des Dokumentationsvorgangs befindet sich auf der Homepage der ÖGGH unter <http://www.oeggh.at/zertifikat/index.php?main=datenuebermittlung>.

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) Grund für unvollständige Koloskopie*

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

Zwischen folgenden Ursachen ist zu wählen:

- 1. Stenose
- 2. Verschmutzung
- 3. Schmerzen
- 4. Komplikation
- 5. Sonstiges (zB. 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.

## 2) Makroskopischer Befund- Polypen

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 ein Stiel fehlt. 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 ausmacht.

**Tabelle 3** 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 2** 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

*Vorgehen bei Vorliegen von mehreren Polypen*

Bei mehreren Polypen bei allen Angaben zur Makroskopie (Größe, Form und Lokalisation) nur den größten weiterbeschreiben.

### 3) *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.

- 1) Kardiopulmonale Komplikation
- 2) Blutung
- 3) Perforation
- 4) Andere

#### *Ad 1) 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% zählen 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.

#### *Ad 2) 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, dass eine Krankenhauseinweisung nach sich zieht, bezeichnet. Tritt eines dieser Blutungsereignisse auf, so dies im Datenerfassungsblatt festzuhalten.

#### *Ad 3) Perforation*

Perforationen zählen zu den gravierendsten Komplikationen, die bei einer Koloskopie auftreten und 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 4) 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 Arzneimittelreaktion.

#### *Vorgehen bei 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

### 5) *Histologischer Befund*

Im Datenfeld „histologischer Befund“ sind alle histologischen Diagnosen, welche im Rahmen der Untersuchung gestellt werden konnten, anzugeben (Mehrfachangaben möglich!).

Traten bei einem Patienten mehrere Adenomformen gleichzeitig auf, so ist die schwerwiegendste Adenomart anzugeben (Hochgradig intraepitheliale Dysplasie > serratiert > villös> tubulovillös> tubulär).

## 6) *Diagnose*

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

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

### *KURZZUSAMMENFASSUNG:*

#### ▪ ***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 (zB. Hyperplastischer Polyp + tubuläres Adenom)

Bei mehreren Adenomformen:

Hochgradig intraepitheliale Dysplasie „sticht“ serratiert „sticht“ villös „sticht“ tubulovillös „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.