

Lenelies Kriel
Dr. med.

Qualitätssicherung in der Inneren Medizin **Qualitätssicherung der endoskopischen Polypektomie kolorektaler Polypen**

Geboren am 08.11.1961 in Wuppertal
Reifeprüfung am 27.05.1981 in Frankenthal
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1981 bis WS 1988
Physikum am 05.09.1983 an der Universität Aachen
Klinisches Studium in Aachen
Praktisches Jahr in Ludwigsburg
Staatsexamen am 03.11.1988 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Innere Medizin
Doktorvater: Herr Prof. Dr. med. P. Frühmorgen

In der vorliegenden Studie wurden erstmals in Deutschland Untersuchungen zur Qualitätssicherung im Bereich der Gastroenterologie durchgeführt. Ziel war es, anhand von Qualitätsindikatoren Leitlinien für die endoskopische Ektomie kolorektaler Polypen und ihre histologische Befundung zu erarbeiten.

An der Multicenterstudie nahmen elf Kliniken aus Baden-Württemberg mit ihren Abteilungen für Innere Medizin und Pathologie teil. Es wurde ein Erhebungsbogen entwickelt, um die zunächst als Hypothesen formulierten Qualitätsindikatoren für das Verfahren der Polypektomie zu dokumentieren. Während der ersten Erhebungsphase wurden 540 Polypen erfaßt. Nach Darstellung der Ergebnisse innerhalb des Qualitätszirkels wurde eine zweite Erhebungsphase (880 Polypen) angeschlossen, um zu überprüfen, ob die aus der ersten Phase gewonnenen Erkenntnisse in der zweiten Studienphase zu einer Qualitätssteigerung geführt haben.

Die Ergebnisse wurden als Leitlinien von allen Teilnehmern verabschiedet.

1. Goldstandard der Diagnose von Polypen ist die hohe Koloskopie. 75% aller Patienten erhielten mindestens eine Voruntersuchung des Kolons. Bei radiologisch diagnostizierten Polypen wurde jeder vierte Polyp übersehen. 14% der Patienten mit Polypen im Rektum oder Sigma hatten mindestens einen weiteren proximal des Sigma gelegenen Polypen. Eine partielle endoskopische Untersuchung zur Diagnostik von Polypen ist daher unzureichend. Die primäre Durchführung einer hohen Koloskopie sollte angestrebt werden, um die Zahl der Voruntersuchungen im Sinne der Patienten und der Kosten zu

reduzieren. Bei einer hohen Koloskopie sollte es möglich sein, das Coecum in 95% der Fälle zu erreichen, sofern sich keine unpassierbare Stenose findet.

2. Pathologische Gerinnungswerte führten in der Stichprobe nicht zu einer höheren Blutungskomplikation. Es wurde jedoch empfohlen, die Plasmathrombinzeit, die Thromboplastinzeit und die Thrombozytenzahl vor einer Polypektomie zu bestimmen und eine eventuelle Heparinisierung zu berücksichtigen.
3. Die Häufigkeit (9% bis 100%) und Art der Prämedikation (Analgetika, Sedativa, Spasmolytika) schwankte zwischen den Kliniken stark und war unabhängig vom Alter der Patienten, der Polypenanzahl und -größe. In der zweiten Erhebungsphase sank die Prämedikationshäufigkeit allein auf Grund dieser Ergebnisse um bis zu 20%. Dieser Qualitätsindikator soll weiter untersucht werden.
4. Die Bergungsrate der Polypen ist ein Qualitätsindikator, da jedes Adenom potentiell ein Karzinom enthalten kann. Proximal der linken Flexur gelegene Polypen und Polypen kleiner 10 mm Durchmesser wurden signifikant seltener geborgen als distal gelegene bzw. größere Polypen.

Es sollten alle Polypen in einer Sitzung geborgen werden. Falls dies nicht möglich ist, sollten die Gründe gesondert erfaßt werden. Auch die Abbruchrate hoher Koloskopien - in der vorliegenden Stichprobe 2.3% - gilt als Qualitätsindikator. Bei einem Drittel dieser Patienten lagen organische Stenosen, daß heißt unvermeidbare Abbruchgründe vor.

5. Die Kliniken bestimmten die Lokalisation der Polypen auf sehr unterschiedliche Weise (Durchleuchtung, Diaphanoskopie, endoskopisch nach anatomischen Strukturen). Dies wurde nicht abschließend bewertet. Die Teilnehmer stellten jedoch fest, daß die Durchleuchtung der endoskopischen Bestimmung nach anatomischen Strukturen und der Diaphanoskopie vorzuziehen ist. Zentimeterangaben zur Lokalisationsbestimmung dürfen nur bei im Sigma oder Rektum liegenden Polypen angewandt werden, da die Ungenauigkeit mit der Entfernung zur Anokutanlinie zunimmt. Die Lokalisation jedes Polypen muß angegeben werden.
6. Die Häufigkeit von Blutungskomplikationen lag mit 0.2% im Rahmen der in der Literatur angegebenen Häufigkeiten und war signifikant abhängig von der Polypengröße und unabhängig von der Polypenform und Gabe einer Prämedikation. Große Schwankungsbreiten zwischen den Kliniken (0%-8%) waren bedingt durch unterschiedliche Definitionen der Blutungskomplikation. In keinem Fall war eine operative Blutstillung erforderlich.
7. Die Liegezeit, in dieser Studie definiert als die Zeit, die ein Patient nur wegen der Polypektomie in der Klinik stationär bleibt, ist ein Qualitätsindikator. Prinzipiell kann eine Polypektomie ambulant durchgeführt werden, die maximale Liegezeit sollte zwei Tage nicht überschreiten. Je nach Klinik wurden 8% - 93% der Patienten ambulant behandelt. Bei der Erfassung der Liegezeiten sind eine Reihe von Faktoren zu berücksichtigen, die Ausnahmen rechtfertigen (Vorbereitungszeit bei älteren Patienten, stationäre Überwachung nach Ektomie großer Polypen, Komplikationen). Ambulante Polypektomien können wahrscheinlich häufiger durchgeführt werden.

8. Polypen sollten möglichst in einem Teil ektomiert werden, da die histologische Beurteilbarkeit der Ektomie im Gesunden signifikant mit der Anzahl der ektomierten Partikel abnimmt.

Wenn der Internist die Abtragungsstelle am Polypenstiel markiert, kann der Pathologe eindeutiger beurteilen, ob im Gesunden ektomiert wurde. Diese Information führte in der zweiten Erhebungsphase zu einer Steigerung der Beurteilungssicherheit von 8.5% (bis max. 20%). Durch die Erhebung des Qualitätsindikators "sicher im Gesunden" bzw. "sicher nicht im Gesunden ektomiert" kann die Anzahl von Kontrollkoloskopien deutlich vermindert werden.

9. Aufgrund der auch im Vergleich zur Literatur großen Schwankungsbreiten zwischen den einzelnen Kliniken hinsichtlich der Häufigkeit der Diagnosestellung verschiedener Histologieformen (z.B. tubuläre, tubulo-villöse und villöse Adenome) wurden von allen Teilnehmern Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Bereich der Pathologie gefordert.

Qualitätsindikatoren können nur auf einzelne Kliniken angewendet werden, wenn diese ausreichend häufig polypektomieren. Da die je Zeiteinheit ektomierten Polypen kein Qualitätskriterium darstellen, muß in diesen Fällen der Erhebungszeitraum verlängert werden, so daß ein statistisch repräsentatives Ergebnis sichergestellt ist. Auffällige Ergebnisse oder Schwankungen müssen in jedem Fall analysiert und bewertet werden.

Methodologisch hat sich gezeigt, daß eine computergestützte Plausibilitätskontrolle der Daten erforderlich ist, um fehlerhafte Interpretationen zu vermeiden. Hierbei ist die Mitarbeit eines Mediziners unerlässlich.

Die Qualitätssicherung im Bereich der endoskopischen Polypektomie ist durch diese Studie initiiert worden. Eine Fortführung als Breitenstudie ist vorgesehen, nachdem die Leitlinien neben den genannten Gremien (Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen - Sektion Endoskopie; Deutsche Gesellschaft für Pathologie - Sektion Gastroenterologie; Landesärztekammer Baden-Württemberg, Kassenärztliche Vereinigungen Baden-Württemberg) auch von der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren verabschiedet worden sind.