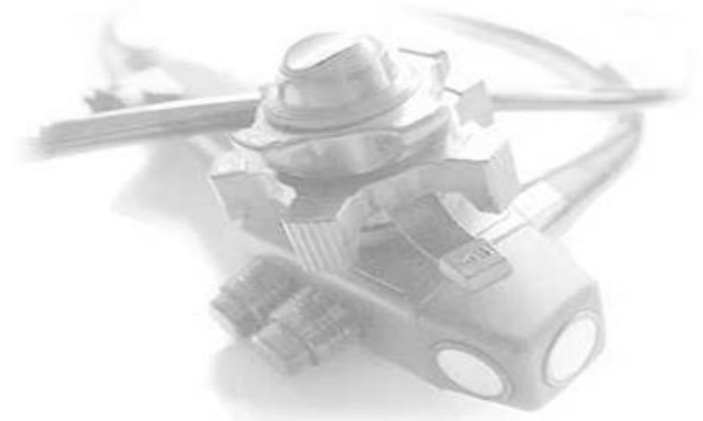




# **Hochfrequenzablation :**

## **Fortschritt oder**

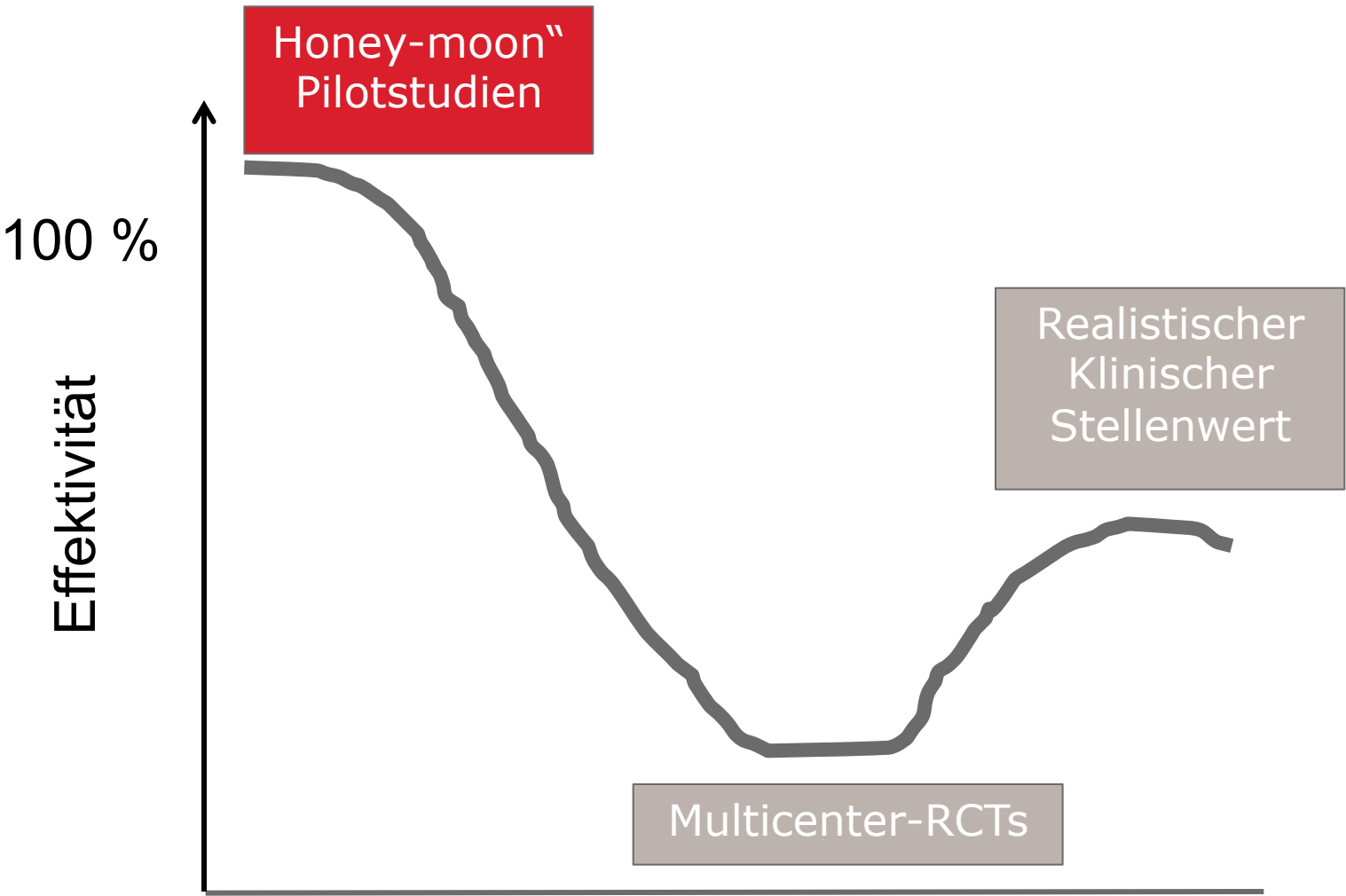
### **Modetrend ?**



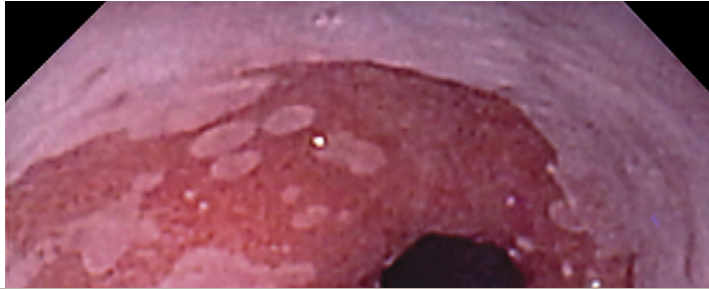
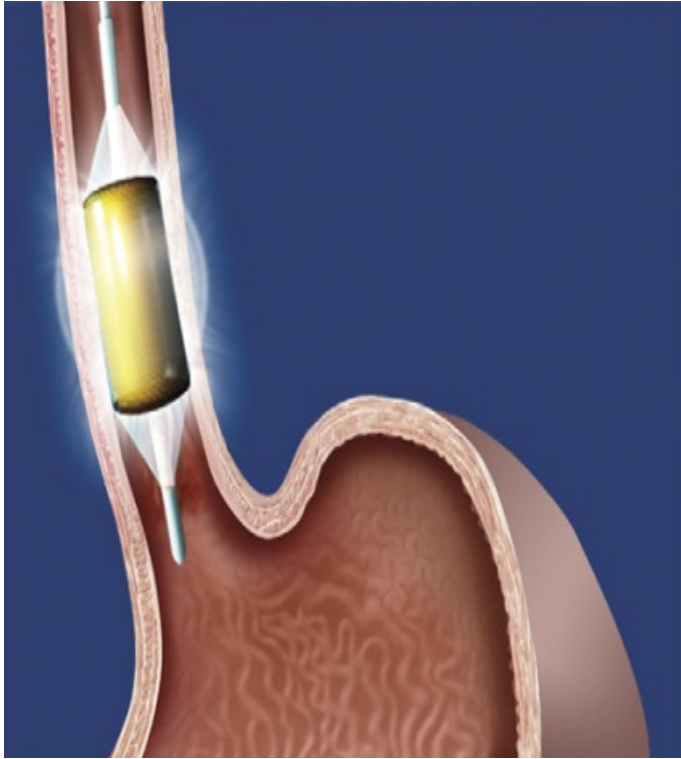
Jürgen Pohl

Klinik für Gastroenterologie & Interventionelle Endoskopie  
Klinikum im Friedrichshain / Prenzlauer Berg, Berlin

# Standortbestimmung einer Methode

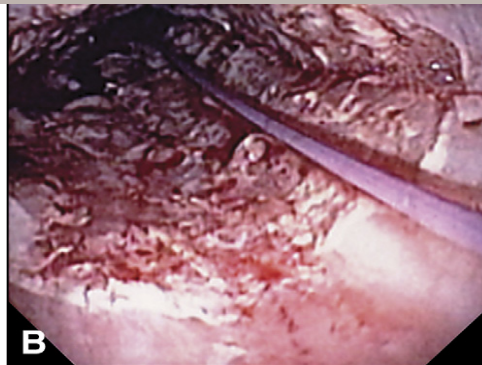


# Radiofrequenzablation (BARRX)



## Pilotstudien

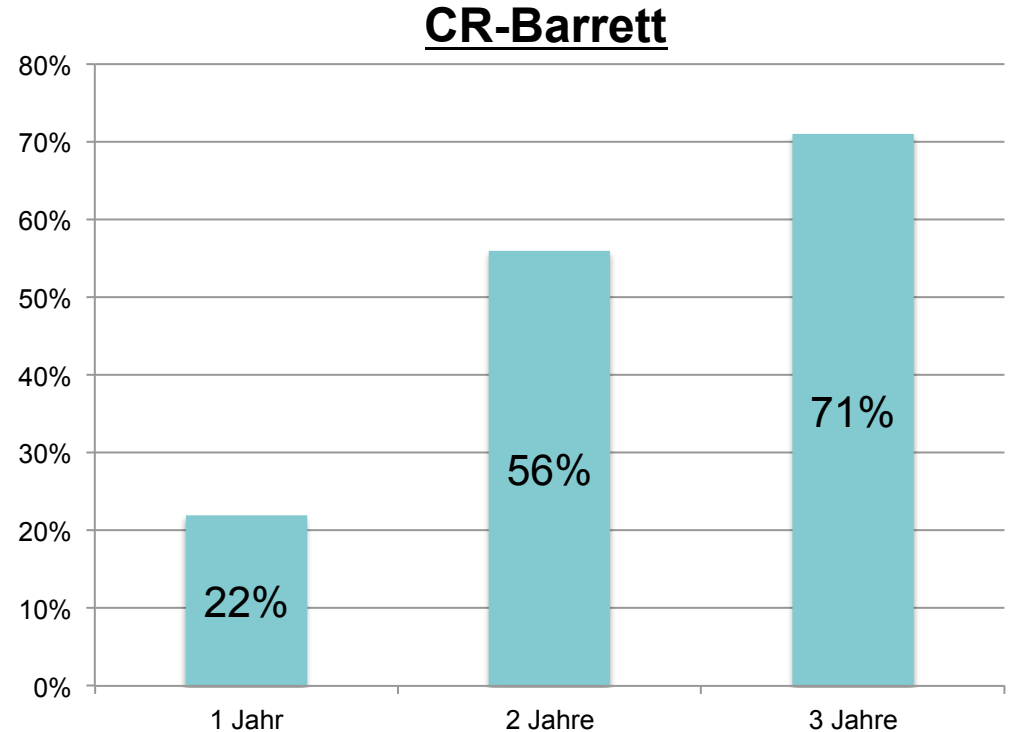
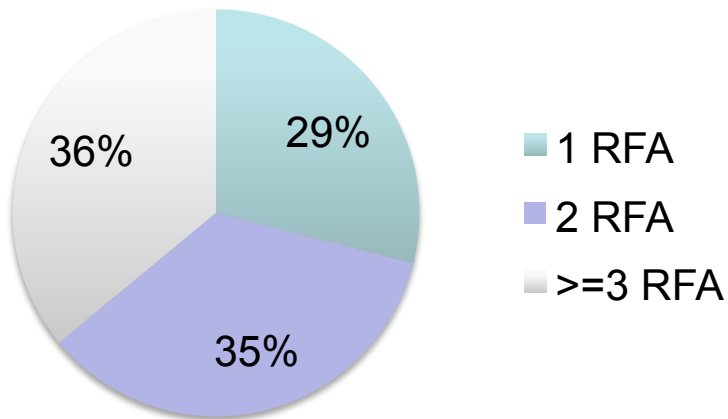
- Nebenwirkungsärmer (Stenosen)
- Komplette Remission Barrett / NPL
- Keine Kontrollen



# Langzeitergebnisse nach RFA

Gupta et al, Gastroenterology 2013

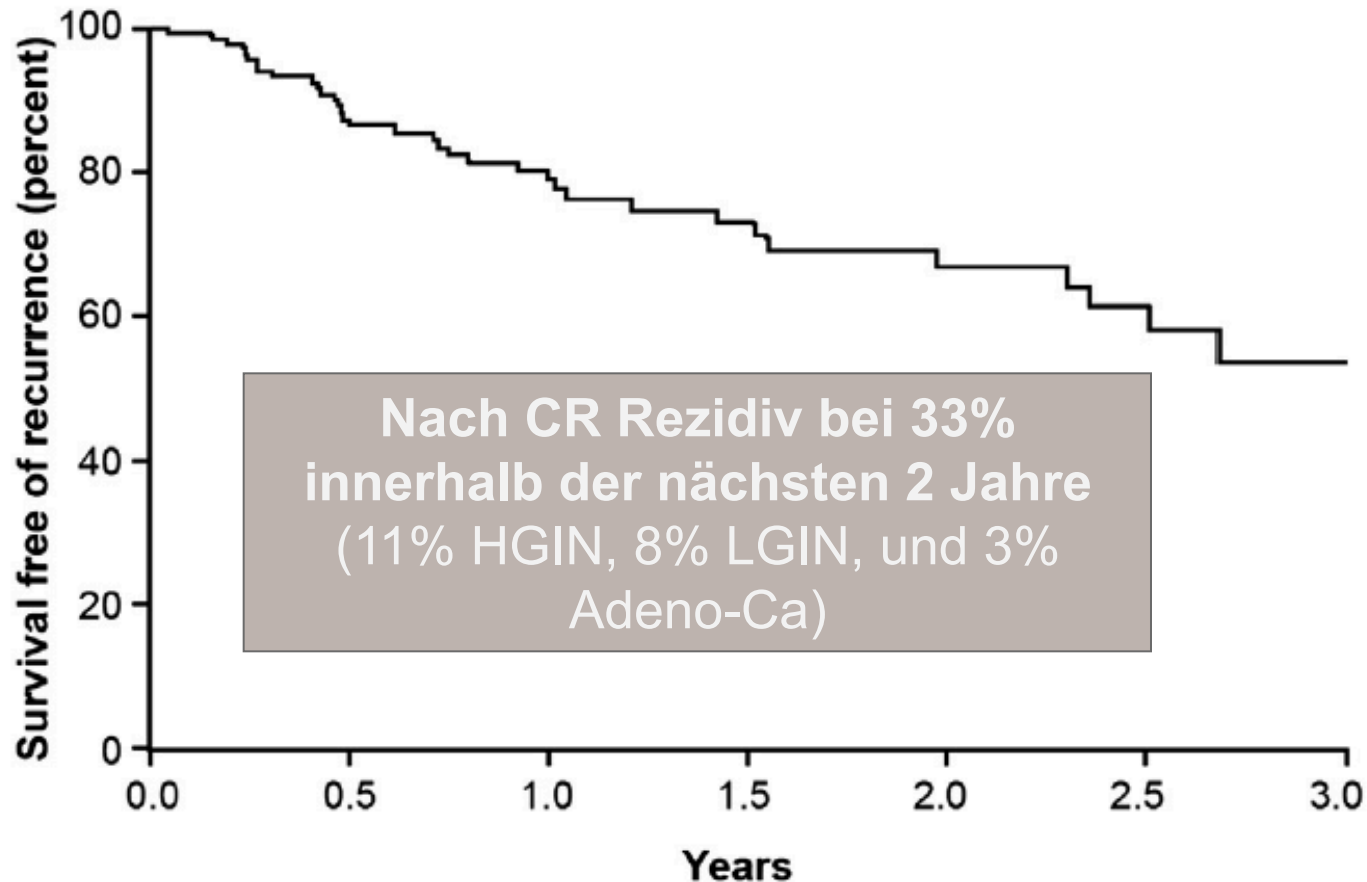
Retrospektive Amerikanische Multicenterstudie (2003-2011)  
n = 592 Pts. RFA ± ER bei Barrett-Neoplasie



# Langzeitergebnisse nach RFA

Gupta et al, Gastroenterology 2013

Retrospektive Amerikanische Multicenterstudie (2003-2011)  
n = 592 Pts. RFA ± ER bei Barrett-Neoplasie



# ER und RFA bei HGIN und Frühkarzinom

Haidry RJ et al., DDW 2014 # 353

Multizentrische (21) prospektive Erfassung England

Strategie : bei nodalen Veränderungen erst ER, dann RFA,  
ansonsten direkt RFA

	HGIN n = 367	mFK n = 125	p
12-mon. CR Neoplasie	85 %	86 %	
12-mon. CR			
Strik			
Progression in invasive NPL	4 %	7 %	

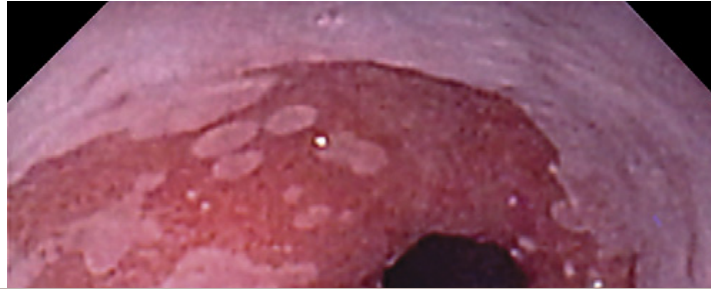
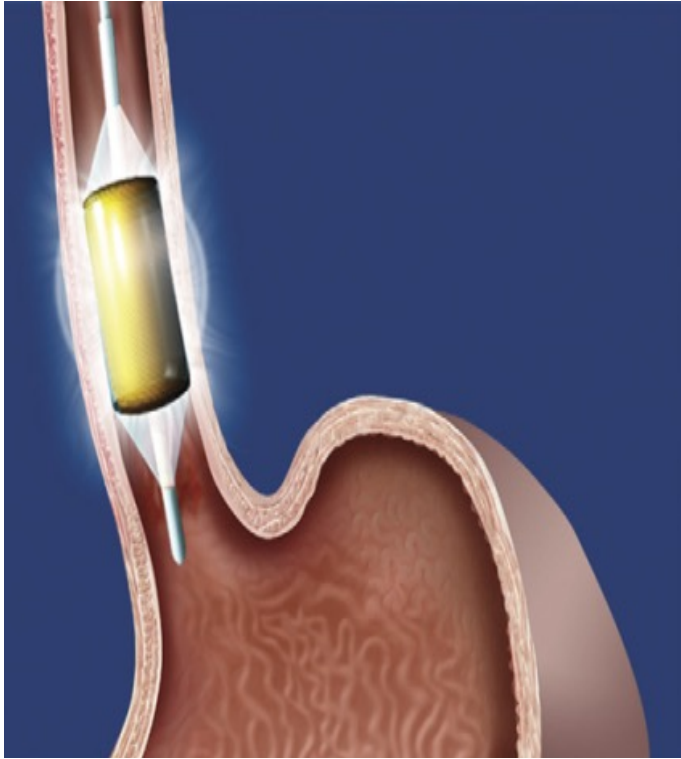
Destruierende Verfahren aus onkologischer  
Sicht nicht vertretbar !!

## S3-Leitlinie Gastroösophageale Refluxerkrankungen (ZfG 11/2014)

### Statement 109

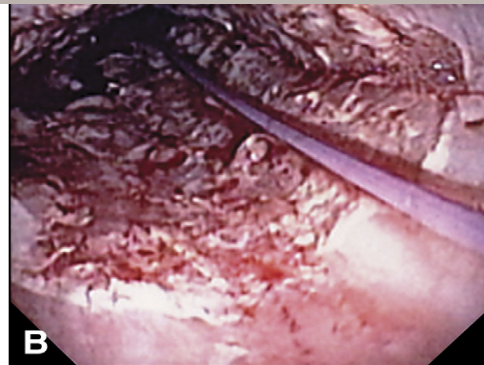
Die RFA ist als Primärtherapie von höhergradigen Dysplasien nicht geeignet, da keine histologische Sicherung der Diagnose erfolgt

# Radiofrequenzablation (BARRX)



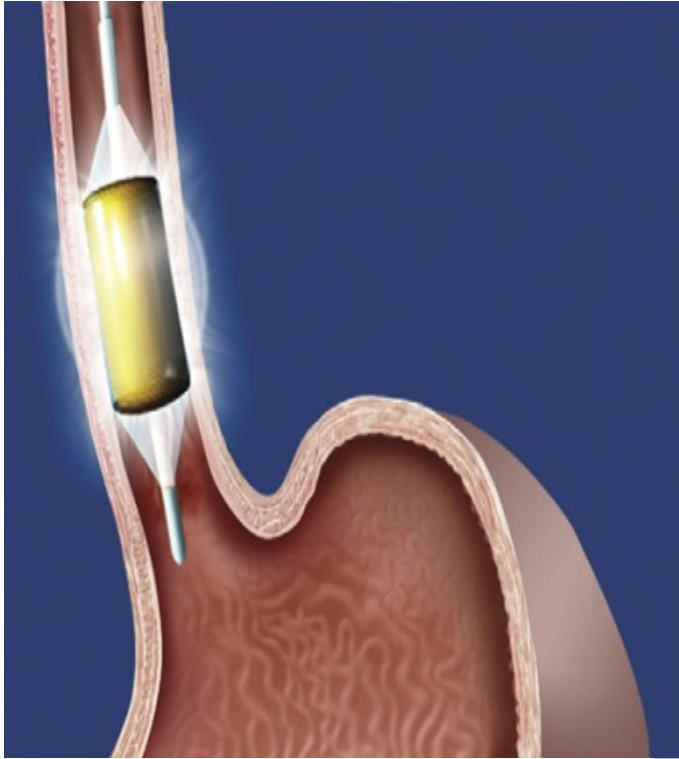
## Pilotstudien

- Nebenwirkungsärmer (Stenosen) ?
- ~~Komplette Remission Barrett / NPL~~
- ~~Keine Kontrollen~~

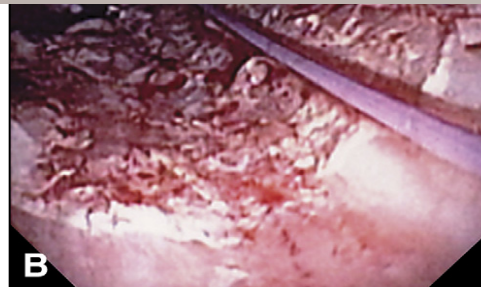




# Radiofrequenzablation (BARRX)



Einsatzbereich :  
Ablation des nicht-neoplastischen  
Barrettsegments nach Resektion  
einer Neoplasie



# Intraduktale RFA im Gallengang



# Verbesserung der SEMS-Offenheit bei CCC ?

Figueroa et al., J Oncol 2013

n = 20 maligne DHC-Obstruktion	
Mittlere Stenosenlänge	15 mm
Technischer Erfolg	100 %
<b>Stentoffenheit 30 d</b> <b>90 d</b>	<b>20 / 20 (100 %)</b> <b>?</b>
Komplikationen	
• leicht (Schmerz)	25 %
• schwer	5 %

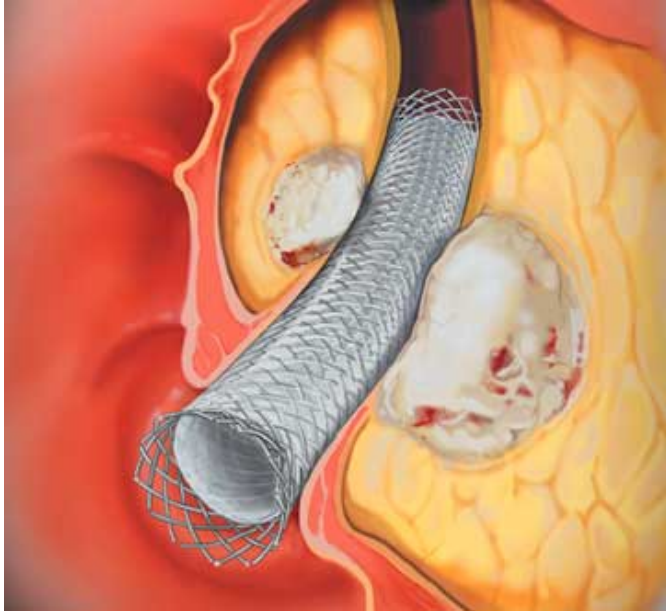
# RFA : Einfluß auf Survival und SEMS-Offenheit

Sharaiha et al., Dig Dis Sci 2014

Retrospektive Analyse

n = 64 Pat. mit Pankreas-CA oder Cholangio-CA

SEMS vs. RFA + SEMS

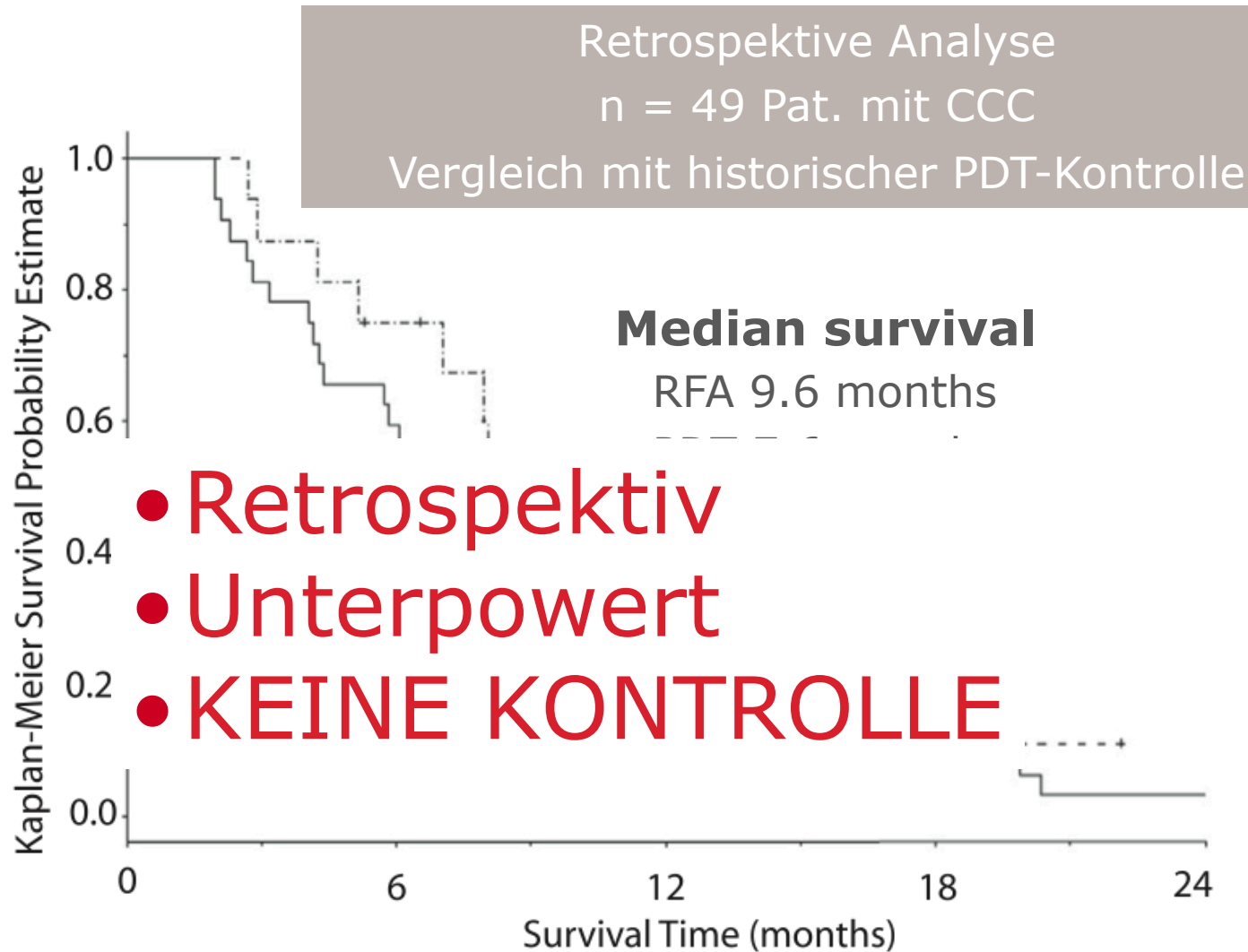


Survival – Prädiktoren

	Hazard ratio	p
RFA	0.29	0.012
Ctx.	0.26	0.007
SEMS patency	1.04	n.s.

# Verbessertes Überleben bei Cholangio-CA durch RFA ?

Strand et al., GIE 2013



# Guidelines for the treatment of cholangiocarcinoma : An update

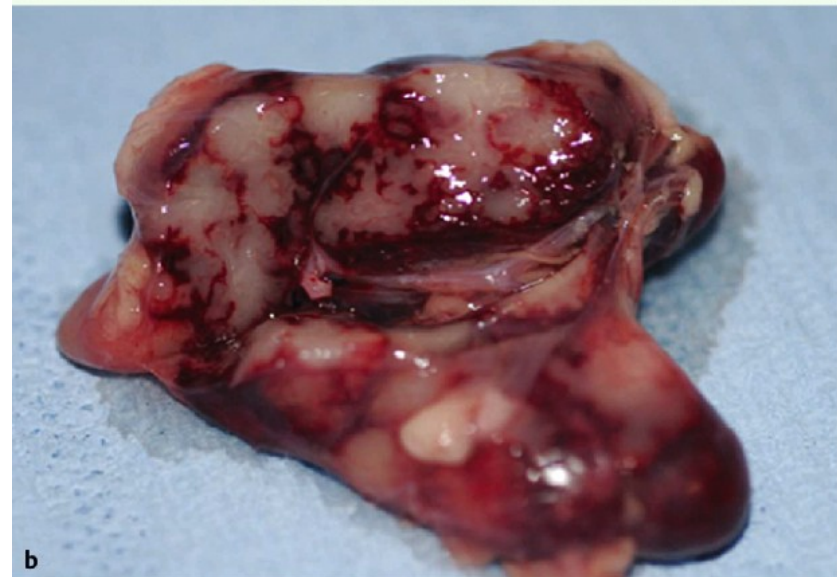
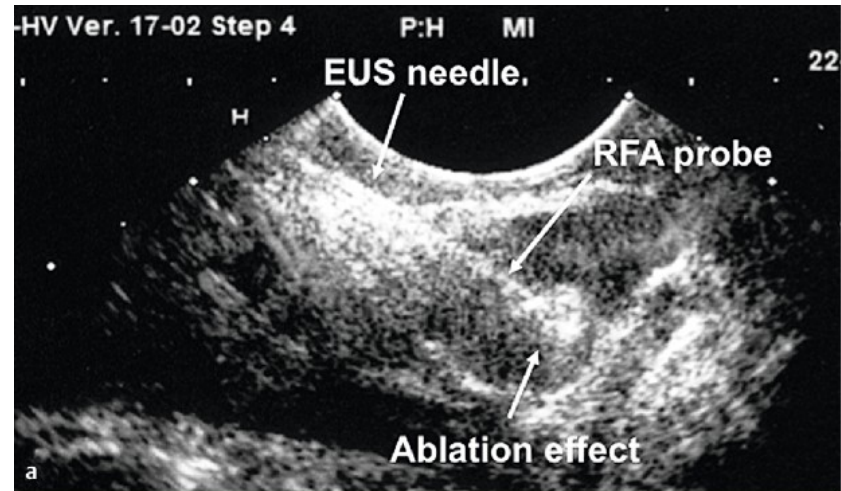
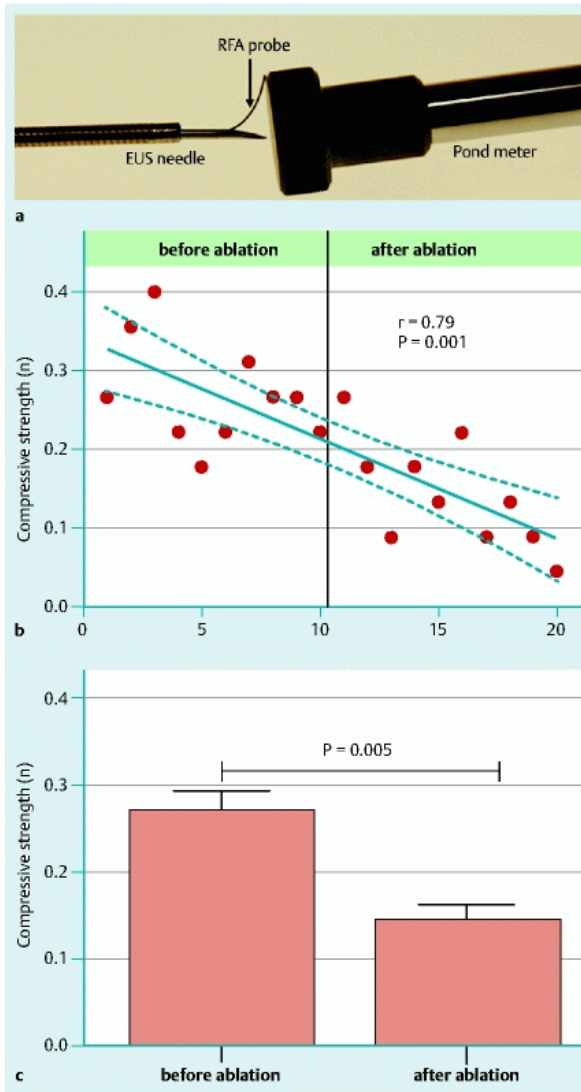
Khan et al., Gut 2012; 61:1657-1669



- ▶ PDT cannot be recommended for routine use based on the most recent data (Grade A)

# EUS-gesteuerte RFA

Fritscher-Ravens et al., Endoscopy 2014



# Fazit für die Praxis

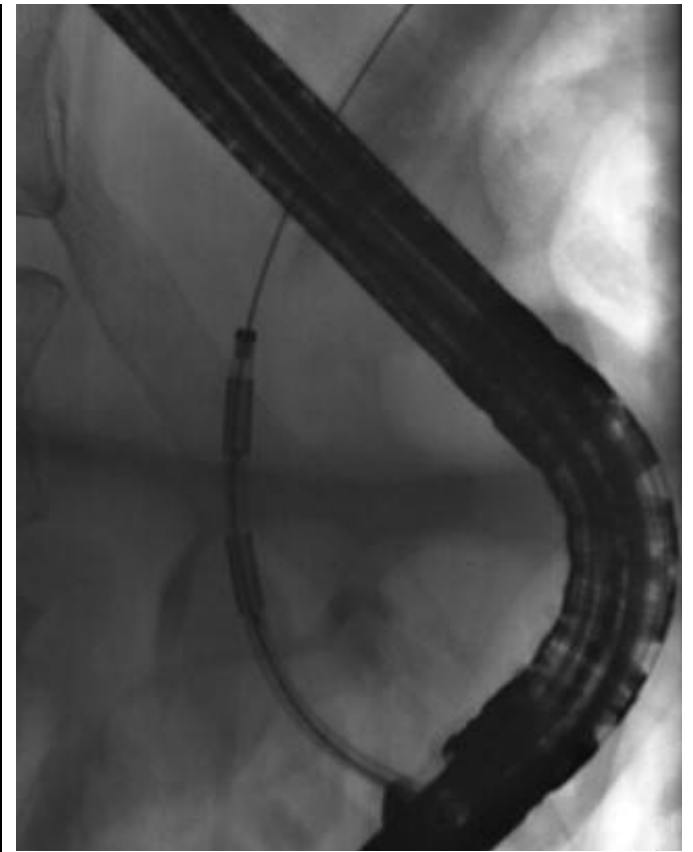
1. RFA für Barrettablation nach Resektion der Neoplasie
2. Intraduktale RFA ist einfaches Verfahren, aber ohne Evidenz (+ strittiger Rationale, insbesondere bei Pankreas-CA ! )
3. EUS-gesteuerte RFA interessant für individuelle Indikationsstellung (bspw. singuläre LK-Metastase)



.....Machbarkeit alleine ist  
kein Grund, etwas zu tun



# Radiofrequenztherapie im Gallengang



# ER und RFA bei HGIN und Frühkarzinom

Haidry RJ et al., DDW 2014 # 353

Multizentrische (21) prospektive Erfassung England

Strategie : bei nodalen Veränderungen erst ER, dann RFA,  
ansonsten direkt RFA

	HGIN n = 367	mFK n = 125	p
ER durchgeführt			0.0001
RFA durchgeführt			
12-mo. CR Neoplasie			
12-mo. CR Barrett	69 %	71 %	
Strikturen	9 %	6 %	
Progression in invasive NPL	4 %	7 %	

Destruierende Verfahren aus onkologischer Sicht nicht vertretbar !!