

Diabetes-Guideline der mednetbern AG

Das Ärztenetzwerk der Argomed Ärzte AG hat in den folgenden Seiten die Diabetes Guidelines übersichtlich dargestellt. Die vollständigen Guidelines finden sich auf www.mednetbern.ch/guidelines-publication.



Guideline Diabetes mellitus Typ 2

Diagnose nach ICD-10	E11: Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes).	
Definition	Chronische Hyperglykämie (ursächlich relativer Insulinmangel/Insulinresistenz), welche, zu spät diagnostiziert und/oder inadäquat behandelt, zu Organschäden führen kann: Mikroangiopathie (Retinopathie, Nephropathie, Neuropathie) und Makroangiopathie (Myokardinfarkt, cerebrovaskulärer Insult, periphere arterielle Verschlusskrankheit).	
Case-Finding	<p>Diabetes-Symptome vorhanden: Durst, Polyurie, Gewichtsabnahme.</p> <p>Modifizierter FINDRISK-Fragebogen zur Bestimmung des 10-Jahres-Risikos in % bei asymptomatischen Erwachsenen (s. letzte Seite). Ergibt der Score > 15 Punkte (Risiko > 32 %) ist eine Laboruntersuchung indiziert. Für die Beantwortung des Fragebogens bedarf es einer klinischen Untersuchung (BMI/Bauchumfang).</p> <p>Auffällige Gelegenheitsglukose (z. B. bei Laienmessungen).</p> <p>Prüfdiabetes ICD-10 R73: Venöse Nüchternglukose: 5.6–6.9 mmol/l oder venöse Zufallsglukose 7.8–11.0 mmol/l oder HbA1c 5.7-6.4 %.</p> <p>Spezielle Risikofaktoren: z. B. Gestationsdiabetes, Geburtsgewicht des Neugeborenen, PCO, diabetogene Medikamente.</p> <p>Zur Diagnosestellung des Diabetes mellitus Typ 2 ist jeder der folgenden Labortests gültig (WHO-Kriterien):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Venöse Nüchternglukose oder venöse Zufallsglukose im Akutfall bei symptomatischen Patienten (Durst, Polyurie, Gewichtsabnahme), oder • HbA1c-Wert, oder • Oraler Glukose-toleranz-Test (OGTT): Glukosemessung nüchtern und 2 Std. nach Einnahme von 75g Glukose (wegen Nebenwirkungen nicht empfohlen bei älteren Menschen). 	
Labor	<p>Die Diagnose wird durch jeden der folgenden vier Laborwerte gestellt:</p> <p>! Venöse Nüchternglukose: ≥ 7.0 mmol/l oder venöse Zufallsglukose: ≥ 11.1 mmol/l, oder</p> <p>! HbA1c: ≥ 6.5 %</p> <p>! OGTT: ≥ 11.1 mmol/l nach 2 Std.</p> <p>Ausnahmen: falsch höhere (!) und falsch tiefer (!) HbA1c-Werte durch Alkohol- u. Opiatkonsum (!), Niereninsuffizienz (f/l), Hypertriglyceridämie (f), Hyperbilirubinämie (f), Hämoglobinopathien (f/l), Schwangerschaft (f/l), hochdosierte Einnahme von Vitamin C und E (f/l), Bluttransfusion (l), Erythropathien (l), erhöhtes Durchschnittsalter der Erythrozyten (f) (bei Eisen-, Vit-B12-Mangel), vermindertes Durchschnittsalter der Erythrozyten (l) (bei akuter Blutung, Hämolyse, Erythropoietin-Behandlung, Transfusionen, Aderlässe, behandelte Eisen-, Vit-B12-Mangel).</p>	
Differentialdiagnose	In atypischen Fällen an Autoimmun-Diabetes (Typ-1-Diabetes), MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young), Gestationsdiabetes oder sekundären Diabetes (z. B. Hämochromatose, Pankreaspathologie, Medikamentennebenwirkungen) denken.	
Assessment	<p>Anamnese: atherosklerotische Erkrankungen, Nikotin, Alkohol.</p> <p>Klinische Untersuchung: Internistisch-neurologischer Status, inkl. Blutdruck, BMI, Fussinspektion. Ophthalmologische Untersuchung (Retinopathie).</p> <p>Erweiterte Labordiagnostik: Serumkreatinin, eGFR, Mikroalbumin im Urin, Lipidstatus, evtl. Transferrin-Sättigung, EKG.</p>	<p>2. Stratifizierung des kardiovaskulären Risikos bei Diabetes</p> <p>Mässiges Risiko: Diabetesdauer < 10 Jahre ohne Risikofaktoren.</p> <p>Hohes Risiko: Diabetesdauer ≥ 10 Jahre mit < 3 Risikofaktoren oder mässiger Niereninsuffizienz KDIGO 3a und b (eGFR 30-59 ml/min).</p> <p>Sehr hohes Risiko: Diabetes mit Organschäden ODER ≥ 3 Risikofaktoren (> 65-j., Rauchen, Hypertonie, Hyperlipidämie, Adipositas).</p>
Behandlungsstrategie	<p>Immer individuell gemäss Erkenntnissen des Assessments. Beseitigung der Risikofaktoren zur Vermeidung von Folgeerkrankungen sowie Verringerung der Mortalität.</p> <p>Die folgenden Schwerpunkte werden speziell berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiver Effekt durch Lifestyle-Änderungen während aller Krankheitsphasen: Reduktion des HbA1c-Wertes von 1–2 % ist durch Ernährungsumstellung möglich. • HbA1c-Zielwert gemäss Life-time-Risiko, Begleiterkrankungen. Hypoglykämien unbedingt vermeiden! Siehe auch: diabetesguide.ch. <p>< 70 Jahre: < 7 % / ≥ 70 Jahre: 7.0–7.5 % (8 %–8.5 % bei Frailty: gebrechliche, multimorbide hochbetagte Patient/innen).</p>	
Therapieziel HbA1c		

Basisliteratur:

- International Diabetes Federation, 2017. IDF Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes in Primary Care. www.idf.org/e-library/guidelines/728-idf-clinical-practice-recommendations-for-managing-type-2-diabetes-in-primary-care.html
- 2019 update to: Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). www.easd.org/statements.html
- Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGE/ESSE) für die Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 (2020). www.sgesd.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/61_Empfehlungen_Facharzt/2020_Swiss_Recomm_Medis_DE_def.pdf
- Richtlinien bezüglich Fahrerlaubnis und Fahrerlaubnis bei Diabetes mellitus. https://www.sgesd.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/61_Empfehlungen_Facharzt/2018_10_Neue-Auto-Richtlinien_SGED_final_DE.pdf
- www.swissmedinfo.ch
- ICD-10-GM. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitsnomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html>
- Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes Care 2003; 26: 725–731
- WHO Model List of Essential Medicines. <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists>

Projektteam: Dres. med. Amato Giani, Stefan Schäfer – Beratender Arzt; Prof. Dr. med. Beat Müller



<p>Therapiemassnahmen</p>	<p>Allgemeine Massnahmen</p>	<p>Lifestyle: Ernährung (z. B. mediterrän), Körperliche Bewegung (Ausdauertraining 30 Min. 5x/Woche), Nikotin und Alkohol stopp. BMI 20–25 kg/m² anstreben. Aufklärung zu Krankheit, Folgeerkrankungen, Therapie und Relevanz von persönlichem Engagement. Vereinbarung zu Therapieziel und Therapieplan mit regelmässigen Kontrollen. Selbsthilfe mobilisieren: Hinweis auf Beratungs- und Rehabilitationsprogramme, z. B. www.diabetesbern.ch oder www.diafit.ch. Blutzucker selbst kontrollieren bei ausgewählten Patienten: Hypoglykämie erkennen (Limitatio für Teststreifen und Sensoren). Pflegeinstruktionen: Fuss-, Hautpflege, Zahnhigiene.</p>
<p>Pharmakotherapie</p>	<p>Therapiebeginn: • In der Regel, wenn nach einer 3-monatigen Umstellung des Lifestyles der HbA1c-Zielwert nicht erreicht worden ist. • Sofort bei hohen Werten (HbA1c >10%) und/oder wenn kein Erfolg von einer Lifestyle-Umstellung auf die Senkung des HbA1c-Wertes zu erwarten ist. Initial: • Metformin (STOPP ab KDIGO 4 = eGFR < 30 ml/min; halbiert ab KDIGO 3b = eGFR 30–45 ml/min). Bei Unverträglichkeit von Metformin oder Niereninsuffizienz: SGLT-2-Hemmer (bis KDIGO 3b), GLP-1-RA oder DPP-4-Hemmer. Bei kardiovaskulären Komorbiditäten frühe Kombinationstherapie Metformin PLUS SGLT-2-Hemmer und/oder GLP-1-RA. • Insulin bei akuter Dekompensation. Add-on Therapie bei Nichterreichung des HbA1c-Zielwerts mit der Initialtherapie. Bei Mehrfachkombinationen Limitatio beachten. • SGLT-2-Hemmer bei Herzinsuffizienz und/oder kardiovaskulärem Risiko. • GLP-1-RA, wenn Gewichtsreduktion prioritär und/oder bei kardiovaskulärem Risiko. Kostengutsprache nötig bei Kombination von SGLT-2-Hemmer und GLP-1-RA. • DPP-4-Hemmer bei mässigem kardiovaskulärem Risiko. Geeignet bei schwerer Niereninsuffizienz. • Basalinsulin ohne/mit schnellwirksamem (meal-time) Insulin ODER Mischinsulin. • Neueinstellungen mit Sulfonylharnstoffen (SU) sollten nur noch in gut begründeten Fällen erfolgen.</p>	<p>Therapiebeginn: • In der Regel, wenn nach einer 3-monatigen Umstellung des Lifestyles der HbA1c-Zielwert nicht erreicht worden ist. • Sofort bei hohen Werten (HbA1c >10%) und/oder wenn kein Erfolg von einer Lifestyle-Umstellung auf die Senkung des HbA1c-Wertes zu erwarten ist. Initial: • Metformin (STOPP ab KDIGO 4 = eGFR < 30 ml/min; halbiert ab KDIGO 3b = eGFR 30–45 ml/min). Bei Unverträglichkeit von Metformin oder Niereninsuffizienz: SGLT-2-Hemmer (bis KDIGO 3b), GLP-1-RA oder DPP-4-Hemmer. Bei kardiovaskulären Komorbiditäten frühe Kombinationstherapie Metformin PLUS SGLT-2-Hemmer und/oder GLP-1-RA. • Insulin bei akuter Dekompensation. Add-on Therapie bei Nichterreichung des HbA1c-Zielwerts mit der Initialtherapie. Bei Mehrfachkombinationen Limitatio beachten. • SGLT-2-Hemmer bei Herzinsuffizienz und/oder kardiovaskulärem Risiko. • GLP-1-RA, wenn Gewichtsreduktion prioritär und/oder bei kardiovaskulärem Risiko. Kostengutsprache nötig bei Kombination von SGLT-2-Hemmer und GLP-1-RA. • DPP-4-Hemmer bei mässigem kardiovaskulärem Risiko. Geeignet bei schwerer Niereninsuffizienz. • Basalinsulin ohne/mit schnellwirksamem (meal-time) Insulin ODER Mischinsulin. • Neueinstellungen mit Sulfonylharnstoffen (SU) sollten nur noch in gut begründeten Fällen erfolgen.</p>
<p>Klinik</p> <p>bei Niereninsuffizienz möglich Reduktion kardiovaskuläres Risiko bei Herzinsuffizienz empfehlenswert zu erwartende HbA1c-Senkung (Wirkungsgrad) Hypoglykämierisiko (kardial, Autofahren) Effekt auf Körpergewicht Applikationsart</p>	<p>Wirkstoffklasse</p> <p>Metformin (+) eGFR ≥ 30 ↓</p> <p>SGLT-2-Hemmer (+) eGFR ≥ 30 ↓↓</p> <p>GLP-1 RA + ↓↓</p> <p>DPP-4-Hemmer + ↔</p> <p>Insulin + ↔</p> <p>Gliclazid (+) eGFR ≥ 30 ↔</p>	<p>Influenza, Covid-19, Pneumokokken. Bariatrische Chirurgie.</p>
<p>Zielwerte kardiovaskuläre Risikoprävention</p>	<p>Patient</p>	<p>• Blutdruck: < 130/90 mmHg • LDL-C bei Diabetes mit Endorganschäden: < 1.4 mmol/L. Diabetes ohne Endorganschäden: < 1.8 mmol/L. Diabetesdauer < 10J. und keine Endorganschäden: < 2.6 mmol/L. • Adhärenz Therapieplan (Lifestyle, Medikamente, Beratungsstellen). • Befolgung von Pflege- und Hygienemassnahmen (Füsse, Haut, Zähne).</p>
<p>Verlaufskontrolle</p>	<p>Arzt</p>	<p>alle 3 Monate: HbA1c, Blutdruck, BMI, Fusskontrolle (Haut, Polyneuropathie), Überprüfung Therapieadhärenz und Lifestyle. Jahreskontrolle mit zusätzlich Lipidstatus, Serumkreatinin, eGFR, Mikroalbumin im Urin, internistisch-neurologische und ophthalmologische Untersuchung, Bio-psycho-sozialer Status. Kardiovaskuläres Risiko: gemäss mednetbern-Guidelines «Hyperlipidämie» und «Essentielle Hypertonie».</p>
<p>Wann Weiterweisung?</p> <p>Therapie-resistenter Diabetes mellitus Typ 2</p>	<p>Ursachen</p>	<p>Bei Nichterreichung des individuellen HbA1c-Zielwerts, sowie bei insulinbehandelten Berufsfahrern, v.a. Personentransport, ist die Weiterweisung zum Diabetologen notwendig. • Personentransport, v.a. Personentransport, ist die Weiterweisung zum Diabetologen notwendig. Massnahmen Überprüfung Therapie (evtl. Insulin nötig bei versiegender Restsekretion), Überweisung an Diabetologen. Nochmalige Aufklärung. Nochmalige Abklärungen, Überweisung an Spezialisten. Überprüfung Medikamentenplan. Meldung an die IV zur Früherfassung und Frühintervention, bzw. für berufliche Massnahmen, wenn Folgen der chronischen Hyperglykämie (Visusbeeinträchtigung, Polyneuropathie) oder drohende Hypoglykämien durch Insulintherapie (Berufsfahrer) die Ausübung des bisherigen Berufs beeinträchtigen.</p>
<p>Arbeitsfähigkeit</p> <p>Fahreignung</p>	<p>1. Gruppe (PW, Motorrad): «Bei Vorliegen einer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) muss eine stabile Blutzucker Einstellung ohne verkehrsrelevante Unter- oder Überzuckerungen vorhanden sein.» Wenn möglich keine SU oder Insulin, sonst wegen Hypoglykämierisiko Blutzuckermessung vor Antritt der Fahrt obligatorisch, ausser bei Behandlung mit tiefer Hypoglykämierisiko (analoges Basalinsulin 1x täglich oder Gliclazid oder Gliflozid allein). Massnahmen gemäss Merkblatt www.sgsm.ch.</p> <p>2. Gruppe (Lastwagen, Personentransport, Autobus): Verkehrsmittel, Diabetologe. Beruflicher Personentransport bei Insulintherapie in der Regel verboten.</p>	<p>Bei Nichterreichung des individuellen HbA1c-Zielwerts, sowie bei insulinbehandelten Berufsfahrern, v.a. Personentransport, ist die Weiterweisung zum Diabetologen notwendig. • Personentransport, v.a. Personentransport, ist die Weiterweisung zum Diabetologen notwendig. Massnahmen Überprüfung Therapie (evtl. Insulin nötig bei versiegender Restsekretion), Überweisung an Diabetologen. Nochmalige Aufklärung. Nochmalige Abklärungen, Überweisung an Spezialisten. Überprüfung Medikamentenplan. Meldung an die IV zur Früherfassung und Frühintervention, bzw. für berufliche Massnahmen, wenn Folgen der chronischen Hyperglykämie (Visusbeeinträchtigung, Polyneuropathie) oder drohende Hypoglykämien durch Insulintherapie (Berufsfahrer) die Ausübung des bisherigen Berufs beeinträchtigen.</p>



Medikamente

Medikamentengruppen	Wirkstoff	Wirkstoff	Wirkstoff	Empfehlung	Kontraindikationen/Cave/ Nebenwirkungen
Biguanid Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Metformin (Glucophage®) (WHO) 1500–2000 (–3000) mg 0.30			First-Line-Therapie	Überempfindlichkeit gegen Metformin oder einem der Hilfsstoffe. Diabetische Ketoazidose, diabetisches Koma und Präkoma. Nierensuffizienz (eGFR 30–45 ml/min Dosisreduktion, STOPP < 30 ml/min). Nierenfunktionsstörung bei Dehydratation (Diarrhö, wiederholtes Erbrechen), schwere Infektionen, hohes Fieber, schwere hypoxische Zustände, jodhaltige Kontrastmittel. Cave Alkohol, Schwangerschaft, Stillzeit.
SGLT2-Hemmer Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Empagliflozin (Jardiance®) 10 mg 1.89	Dapagliflozin (Forxiga®) 5–10 mg 1.88	Canagliflozin (Invokana®) 100 mg 1.85	Vorteile bei Herzinsuffizienz, chron. Nierenerkrankung, Übergewicht. Fixkombinationen mit Metformin erhältlich. Limitationen gemäss Spezialitätenliste (SL).	Genital- und Harnwegsinfektionen, Polyurie, Volumendepletion, Hypotension, Schwindel, LDL-Cholesterin und Kreatinin können steigen. Risiko für Amputation und Fraktur erhöht (Canagliflozin). Schwangerschaft und Stillzeit.
GLP1-Rezeptor-Agonisten Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Liraglutid (Victoza® s.c.) 0.6–1.8 mg 7.50	Semaaglutid (Ozempic® s.c, Rybelsus® per os) 4.50	Dulaglutid (Trulicity® s.c.) 6.20	Kein Hypoglykämierisiko. Vorteile bei Übergewicht. Reduktion des kardiovaskulären Risikos. Semaaglutid: 1x/Woche sc. oder tgl. p.o. Liraglutid: tgl. sc., Fixkombination mit Insulinanalogon erhältlich (Xultophy®).	Teuer. Instruktion, Gastrointestinale Nebenwirkungen. Schwangerschaft und Stillzeit.
DPP4-Hemmer Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Sitagliptin (Januvia®) 100 mg 1.69	Linagliptin (Trajenta®) 5 mg 1.74		Bei Niereninsuffizienz möglich. Dosisreduktion bei Sitagliptin nötig. Fixkombinationen mit Metformin erhältlich.	Selten Urtikaria und Angiooedem. Schwangerschaft und Stillzeit.
Sulfonylharnstoffe (SU) Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Gliclazid (mikronisiert) Diamicon® (WHO) 30–120 mg 0.25 – 0.80			Glukoseselbstmessung wegen Hypoglykämiegefahr empfohlen (z.B. Autofahrer)	Überempfindlichkeit, Diabetes mellitus Typ 1, Diabetisches Präkoma und Koma, diabetische Ketoazidose, Jugenddiabetes. Kontraindiziert bei schwerer Leber- oder Niereninsuffizienz, Miconazol-Behandlung. Schwangerschaft und Stillzeit. Schwere Störungen der Nebennieren- oder Schilddrüse. Hypoglykämierisiko.
Insulin (Basalinsulin) und Langwirksame Insulinanaloga Üblicher Tagesbedarf Kosten/Tag CHF	Glargin (Lantus®, Toujeo®) 30–100 I.E. 1.75–5.75	Degludec (Tresiba®) 30–100 I.E. 2.25–7.40	Huminsulin Basal NPH® Lilly (WHO) 30–100 I.E. 1.15–3.70	Standard. Glukoseselbstmessung.	Hypoglykämierisiko, Fahreignung.
Mischinsuline Üblicher Tagesbedarf Kosten/Tag CHF	Lispro (Humalog Mix®NPH) 30–100 I.E. 1.45–4.80	Degludec/Aspart (Ryzodec®) 30–100 I.E. 1.80–6.00		Standard, 2 Tagesdosen. Glukoseselbstmessung.	Hypoglykämierisiko. Fahreignung.
Kurz und rasch wirksame Insulinanaloga Üblicher Tagesbedarf Kosten/Tag CHF	Lispro (Humalog®) 30–60 I.E. 1.45–2.90	Aspart (Fiasp®) 30–60 I.E. 1.45–2.90	Glulisin (Apidra®) 30–60 I.E. 1.45–2.90	Immer in Kombination mit langwirksamen Insulinanaloga oder Basalinsulin. Glukoseselbstmessung.	Hypoglykämierisiko. Fahreignung.

in Spezialfällen

Glimide (Sulfonylharnstoffanaloge)	Repaglinid (NovoNorm®)	Nateglinid (Starlix®)		Glukoseselbstmessung wegen Hypoglykämiegefahr empfohlen (z.B. Autofahrer).	Hypoglykämierisiko. Fahreignung.
Glitazone	Pioglitazon (Actos®)			Reduktion des kardiovaskulären Risikos. Geringes Hypoglykämierisiko.	Gewichtszunahme. Herzinsuffizienz. Frakturen.
Alpha-Glukosidasehemmer	Acarbose (Glucobay®)			Kardiovaskuläre Sicherheit.	Gastrointestinale Nebenwirkungen.

Die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie zur Nachsorge nach Polypektomien

Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie
 Société Suisse de Gastroentérologie
 Societa Svizzera di Gastroenterologia



SGGSSG

Konsensus-Empfehlungen zur Nachsorge nach koloskopischer Polypektomie 2022.
Voraussetzung: vgl. EOS, SGG-Wegleitung Koloskopie / Screening Koloskopie 2022.

Charakterisierung des/der Polypen (Histologie, Zusatzkriterien)	Zeitintervall zur 1. Überwachungs-koloskopie	Zeitintervall zur 2. Überwachungs-koloskopie	Zeitintervall zur 3. Überwachungs-koloskopie
Adenomatöse Polypen			
<i>Definition</i>			
Low-risk - Anzahl ≤4 und - Grösse <10mm und - Histologische Faktoren: Low-Grade Dysplasie	10 Jahre: Koloskopie (oder Wiederaufnahme kantonales Screening-Programm mit FIT)		
High-risk - Anzahl ≥5 oder - Grösse ≥10mm oder - Histologische Faktoren: High-Grade Dysplasie	3 Jahre	Erneut High-Risk Adenome: 3 Jahre Keine Adenome oder Low-Risk Adenome: 5 Jahre	Erneut High-Risk Adenome: 3 Jahre Keine Adenome oder Low-Risk Adenome: Koloskopie (oder Wiederaufnahme kantonales Screening Programm mit FIT)
Serratierte Polypen und Läsionen (HP, SSL, TSA)			
<i>Definition</i>			
Low-risk - Grösse <10mm und - Histologische Faktoren: keine Dysplasie	10 Jahre: Koloskopie (oder Wiederaufnahme kantonales Screening-Programm mit FIT)		
High-risk - Grösse ≥10mm oder - Histologische Faktoren: jede Dysplasie oder - Traditionell serratiertes Adenom (unabhängig von Grösse und Dysplasiegrad)	3 Jahre	Erneut High-Risk serratierte Polypen: 3 Jahre Keine serratierte Polypen oder Low-Risk serratierte Polypen: 5 Jahre	Erneut High-Risk serratierte Polypen: 3 Jahre Keine serratierte Polypen oder Low-Risk serratierte Polypen: Koloskopie (oder Wiederaufnahme kantonales Screening Programm mit FIT)

Spezielle Situationen
Piecemeal-Resektion grosser sessiler Polyp (meistens <2cm): lokale Kontrolle nach 3-6 Monaten, wenn (diese) unauffällig, Koloskopie nach 3 Jahren.
Diese Empfehlungen gelten nicht bei (Verdacht auf) hereditärem kolorektalem Karzinom, serratiertem Polyposis-Syndrom (SPS), positiver Familienanamnese für das kolorektale Karzinom.
Definition SPS (WHO 2019): - ≥5 SP proximal des Rektums, alle ≥5mm, davon mindestens zwei ≥10mm oder - ≥20 SP jeglicher Grösse im ganzen Kolorektum, davon ≥5 proximal des Rektums (kumulative Anzahl SP aller Koloskopien)
EOS: Expert Opinion Statements FIT: «fecal immunochemical test» HP: hyperplastische Polypen SP: serratierte Polypen SGG: Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie SSL: sessil serratierte Läsionen TSA: traditionell serratierte Polypen

vgl. auch SMW 2022;22(21-22):349.355

SGG/SSG gkaufmann Verbandsmanagement, Wattenwylweg 21, 3006 Bern
 T +41 31 332 41 10 F +41 31 332 41 12 office@sggssg.ch www.sggssg.ch