

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR INNERE MEDIZIN I					
Diagnostik der obskuren gastrointestinalen Blutung				Gebiet: Gastroenterologie Ausrichtung: diagnostisch	
Version:	Gültig ab:	Revision:	Verfasser:	Geprüft:	Genehmigt:
3.0 (4 Seiten)	10.10.2010	10.10.2012	STS	FKL	JS (2.0)

Grundsätzliches

Die obskure gastrointestinale (GI-)Blutung ist definiert als eine Blutung unklarer Quelle, die persistiert oder rekurriert trotz negativer Gastro- und Koloskopie. Man unterscheidet obskur-overt (Hämatochezie, Hematemesis, Melaena) von obskur-okkulten GI-Blutungen (positiver Hämoccult, persistierende Eisenmangelanämie). Diese SOP beschäftigt sich mit beiden Formen der obskuren GI-Blutungen.

Anamnese / Klinik

[Zur Anamnese und Klinik der GI-Blutung, sowie Allgemeinmaßnahmen bei akuter Blutung bitte SOP GI-Blutung verwenden.] Per definitionem kommt diese diagnostische SOP erst nach Feststellung der Diagnose obskure GI-Blutung zur Suche der Blutungsquelle zum Tragen. Bei der Anamnese ist deshalb die Evaluation möglicher Ursachen notwendig.

Liegt eine obskur-okkulte Blutung vor und bleibt die Blutungsquelle trotz Gastroskopie und Koloskopie unklar, sind dennoch Blutungsquellen im prinzipiell einsehbaren Bereich zu bedenken:

Für den oberen GI-Trakt empfiehlt sich eine Befragung nach

- Hiatushernien (Cameron`s Erosionen),
- gastroduodenalen Ulzera,
- bekannten Gefäßektasien,
- Ösophagusvarizen,
- Magenpolypen.

Die häufigsten Ursachen im unteren GI-Trakt sind

- Angiodysplasien,
- Neoplasien,
- Divertikelkrankheit.

Es empfiehlt sich ebenso die spezielle Anamnese nach möglichen Ursachen im HNO-, gynäkologischen oder urologischen Bereich. Die körperliche Untersuchung sollte unter besonderer Beachtung der oben aufgeführten Ursachen durchgeführt werden.

Klinisch kann sich dieses Krankheitsbild durch die mittelbaren Symptome und Befunde des chronischen Blutverlustes äußern, wie z.B. Blässe, verminderte Leistungsfähigkeit, Haarausfall und Mundwinkelrhagaden. Darüber hinaus können alle Symptome der oben aufgeführten zugrunde liegenden Blutungsursachen auftreten.

Technische Untersuchungen

Diagnostik, allgemein

- Grundlage der allgemeinen Diagnostik ist die Anfertigung eines Blutbildes mit MCH und MCV zur Quantifizierung des Blutverlustes (in der Regel bereits durchgeführt).
- Durchführung eines Hämooccult-Testes des Stuhles bei okkulten Blutungen (in der Regel bereits durchgeführt).
- Je nach Risiko (Beurteilung anhand der Anamnese) sollten – bei ja bereits durchgeführter Gastro- und Koloskopie – Blutungsquellen aus dem HNO-, gynäkologischen und urologischen Bereich ausgeschlossen werden.
- Ist der Patient hämodynamisch instabil oder liegt ein für eine eventuelle Grunderkrankung des Patienten inadäquat niedriger Hb-Wert vor (z.B. KHK), empfiehlt sich vor weiteren diagnostischen Massnahmen eine Stabilisierung mittels Erythrozytenkonzentraten bzw. Elektrolytlösungen. Dies gilt selbstverständlich ebenso, falls sich diese Situation im Rahmen der weiteren Diagnostik ergibt.

Diagnostik, Spezielles: siehe Flussdiagramm

Betrachtet man alle Blutungslokalisationen haben die Kapselendoskopie und Doppelballonenteroskopie die höchste Sensitivität. Bei hoher Blutungsaktivität ist auch das Hydro-CT sensitiv. Bei der Kapselendoskopie und dem Hydro-CT ist ein früher Einsatz essentiell, da die Sensitivität bei beiden mit abnehmender Blutungsstärke sinkt.

Das Hydro-CT zur Bestimmung der Blutungslokalisation hat in den letzten Jahren einen zunehmenden Stellenwert beim Patienten mit hoher Blutungsaktivität und overter Blutung erhalten. Vorteile sind eine permanente Verfügbar- und schnelle Durchführbarkeit mit sofortiger und im Vergleich zur Kapselendoskopie einfacherer Befundung.

Bei der Kapselendoskopie muss zudem das Problem der Kapselimpaktion berücksichtigt werden (5% des Gesamtkollektivs), deshalb sollte bei Patienten mit erhöhtem Risiko (M. Crohn, Z.n. OP, GI-Tumor, Z.n. Radiatio) die Indikation streng gestellt werden.

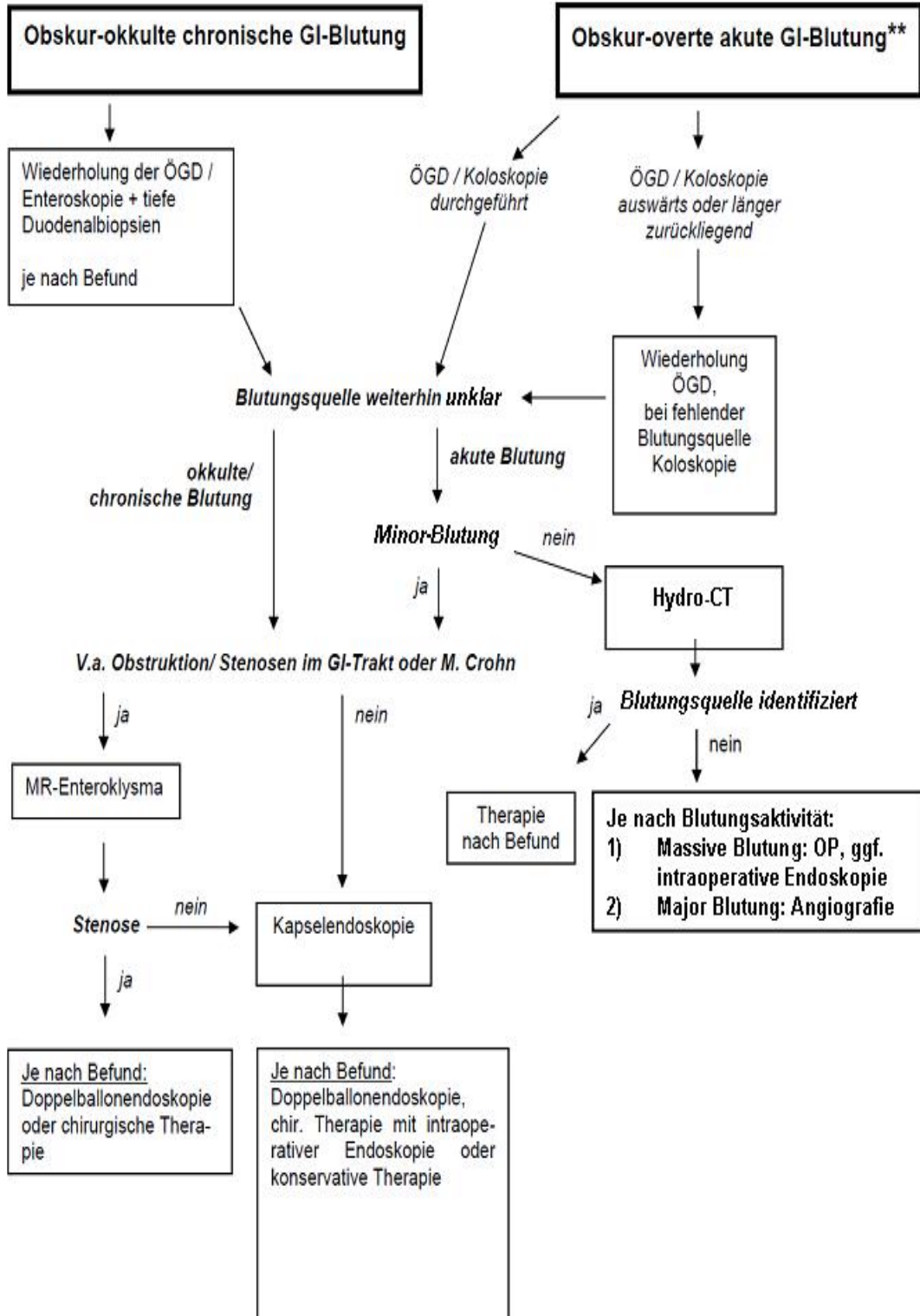
Welches der Verfahren eingesetzt wird, hängt von der Blutungsaktivität ab.

Bei Major-Blutungen (Hb-Abfall > 2 g/dl/d und > 2 EK/d) oder einer massiven Blutung (> 4 EK/d und/oder hämodynamischer Instabilität) sollte das Hydro-CT den Vorzug erhalten.

Bei Minor-Blutungen (Hb-Abfall < 2 g/dl/d) ist der Einsatz der Kapselendoskopie gerechtfertigt. Bei Kontraindikationen ist auch hier primär ein Hydro-CT möglich.

Bei obskur-okkulten Blutungen ist die Blutungsaktivität gering. Hier sollte primär die Kapselendoskopie zum Einsatz kommen.

Obskure GI-Blutung



** Allgemeinmaßnahmen: siehe SOP - Akute Gastrointestinale Blutung

© Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I des Universitätsklinikums Regensburg, 12.12.2010

Verfasser

E-Mail: Stephan.Schmid@klinik.uni-regensburg.de

Hausfunk: 1522

Literatur

AWMF Leitlinien: nicht verfügbar

Internationale Leitlinien: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3062&nbr=2288

Raju et al. Gastroenterology 2007; 133: 1697-1717.

Aktuelle Übersichtsartikel: Pennazio et al., Outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding after capsule endoscopy: report of 100 consecutive cases. Gastroenterology 2004; 126: 643-53.

Gralnek IM. Obscure-overt gastrointestinal bleeding. Gastroenterology. 2005; 128: 1424-30.

Chen et al. World J. Gastroenterology 2007; 13: 4372-4378.

Heiss et al., Optimized multidetector computed tomographic protocol for the diagnosis of active obscure gastrointestinal bleeding: a feasibility study. J Comput Assist Tomogr. 2009; 33(5): 698-704.

Empfehlungen ohne Gewähr, Verantwortung liegt bei behandelnder Ärztin/Arzt!