

Akute gastrointestinale Blutungen: Anders denken!?

A randomized controlled trial comparing efficacy of early video capsule endoscopy with standard of care in the approach to nonhematemesis GI bleeding.

Marya NB, Jawaid S, Foley A, Han S, Patel K, Maranda L, Kaufman D, Bhattacharya K, et al.

Gastrointest Endosc 2019; 89:33-43.e4

BACKGROUND & AIMS: Patients presenting with nonhematemesis GI bleeding (NHGIB) represent a diagnostic challenge for physicians. We performed a randomized controlled trial to assess the benefits of deployment of a video capsule soon after admission in the management of patients presenting with melena, hematochezia, or severe anemia compared with standard of care management.

METHODS: Patients admitted with NHGIB were randomized and placed into 1 of 2 study groups. In the experimental group, patients ingested a video capsule soon after admission to the hospital. These patients had further endoscopic workup based on the findings from the capsule. Patients in the control group underwent endoscopic evaluation (ie, upper endoscopy, capsule endoscopy, and/or colonoscopy) to identify the source of bleeding as directed by the attending gastroenterologist's interpretation of their clinical presentation. The

primary endpoint for this study was the rate of localization of bleeding during hospitalization.

RESULTS: Eighty-seven patients were included in this study: 45 randomized to the standard of care arm and 42 to the early capsule arm. A bleeding source was localized in 64.3% of the patients in the early capsule arm and in 31.1% of the patients in the standard of care arm ($P < .01$). The likelihood of endoscopic localization of bleeding over time was greater for patients receiving early capsule endoscopy compared with those in the standard of care arm (adjusted hazard ratio, 2.77; 95% confidence interval, 1.36-5.64).

CONCLUSIONS: For patients admitted to the hospital for NHGIB, early capsule endoscopy is a safe and effective alternative for the detection of the source of bleeding.

Der frühzeitige Einsatz der Kapselendoskopie bei akuter gastrointestinale Blutung vor invasiveren Maßnahmen könnte den Einsatz von Gastroskopie, Coloskopie, Enteroskopie oder CT-Angiographie präziser machen. Das könnte zumindest längerfristig Ressourcen sparen und die Belastung für die PatientInnen vermindern.

Patienten mit Hämatemesis wurden ausgeschlossen, weil da mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit die Blutungsquelle für die Gastroskopie erreichbar ist. Trotzdem wird in den USA die Notfall-Kapsel auch bei Patienten mit Hämatemesis angewandt, weil ein ne-

gatives Ergebnis im oberen GI-Trakt dort i. A. die Entlassung aus dem Krankenhaus und ambulante Weiterbetreuung bedingt.

Patienten wurden entweder zur frühzeitigen Kapsel und weiterführenden Untersuchungen nach klinischer Situation oder aber zu konventioneller Abklärung mit Gastroskopie, Coloskopie und Kapsel zugeteilt. Die Ausbeute der neuen Strategie im Sinne einer positiven Lokalisation der Blutung war etwa doppelt so hoch wie die traditionelle Art der Abklärung. Als wesentliche Erklärung wird die kürzere Zeit von der Präsentation der Patienten bis zur Gabe der Kapsel herangezogen. Ein

Einfluss auf die Mortalität und Rezidivblutungsrate konnte nicht bewiesen werden.

Die Studie hat leider eine geringe Fallzahl (87) und ganz unterschiedliche klinische Bilder (Melaena, Hämatozie, Anämie) eingeschlossen. Die beiden Gruppen waren nicht in allen Kriterien (NSAR, Herzerkrankungen) gleich verteilt. Eine Bestätigung an einem größeren und homogeneren Kollektiv könnte weiterhelfen. Logistisch ist es eine Herausforderung, weil die Befundung einer Kapseluntersuchung aufwändig ist, aber so rasch wie möglich erfolgen muss, um sinnvoll zu sein. In dieser Studie wurden zur Befundung

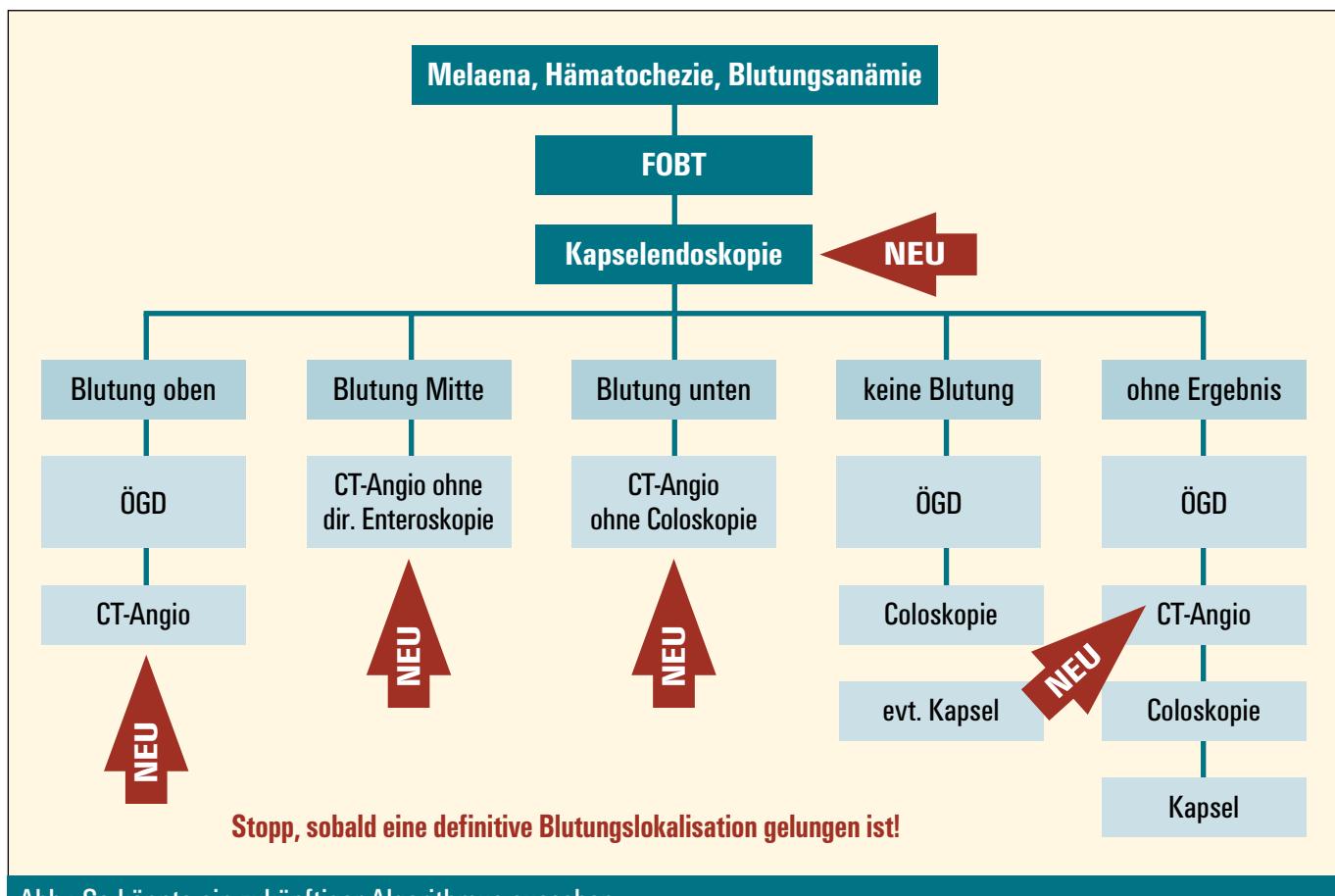


Abb.: So könnte ein zukünftiger Algorithmus aussehen.

sowohl der Echtzeit-Viewer als auch die retrospektive Analyse eingesetzt. Das Risiko der Kapselretention besteht, wurde aber durch Ausschluss von Patienten mit Voroperationen, Bestrahlung oder Mb. Crohn versucht zu minimieren. Aus anderen Studien wissen wir, dass es ca. bei 1% liegt. Die Idee ist nicht neu. So zeigten Rubin an 12 PatientInnen (*Dig Dis Sci 2011; 56:786*), Gralnek an 49 PatientInnen (*Endoscopy 2013; 45:12*) und Schlag an 20 PatientInnen (*Gastrointest Endosc 2015; 81:889*), dass diese Strategie praktikabel ist und wirksam scheint (50-75% positive Identifikation einer Blutungsquelle, je nachdem, ob der Einsatz vor oder nach der Notfallgastroскопie erfolgte). Im Echtzeit-Viewer wurden nur zwei von drei Blutungsquellen entdeckt, eine von drei wurde erst später bei der Befundung des Videos gefunden. Wenn die Kapsel-Endoskopie zur Verfügung steht, ist der

Algorithmus „Kapsel first“ für die akute gastrointestinale Blutung gegenüber dem herkömmlichen Zugang „Gastroскопie – Coloskopie – evtl. Kapsel, CT-Angio, Szintigraphie ...“ erfolgreicher hinsichtlich positiver Identifikation der Blutungslokalisierung (*vergleiche Gastro & Hepa-News 3/2018 zum Stellenwert der CT-Angiographie in derselben Indikation*).

Zwei weitere Arbeiten zum Thema „Blutung“ seien kurz erwähnt:

☒ **Gastroenterology 2018; 155:674**

Over-the-Scope Clips Are More Effective Than Standard Endoscopic Therapy for Patients With Recurrent Bleeding of Peptic Ulcers.

Schmidt A, Gölder S, Goetz M et al.

CONCLUSIONS: In prospective randomized trial, we found endoscopic treatment with OTSCs to be superior to standard therapy with TTSCs* for patients with recurrent peptic ulcer bleeding. (*through the scope clips)

☒ **Endosc Int Open 2018; 6:E1317**

First-line endoscopic treatment with over-the-scope clips in patients with either upper or lower gastrointestinal bleeding: a multicenter study. Manta R, Mangiafico S, Zullo A et al.

CONCLUSIONS: Data from our large, multicenter study show that OTSC placement is an effective first-line treatment for hemostasis in high-risk patients and/or lesions both in upper and lower gastrointestinal tract.

Der Over-The-Scope-Clip (OTSC) sucht sich seinen Platz unter den vielen Möglichkeiten der endoskopischen Blutstillung – wird er seinen Platz in der ersten oder zweiten Reihe finden?

Interessenkonflikte: Keine

Prim. Prof. Dr. Rainer Schöfl

4. Interne Abt. – Gastroenterologie & Hepatologie, Stoffwechsel & Ernährungsmedizin, Endokrinologie
Ordensklinikum Linz
rainer.schoefl@ordensklinikum.at