



## Themen der aktuellen Ausgaben

INTENSIV NEWS  
Forum für Intensiv- und NotfallmedizinNEPHRO-NEWS  
Forum für Nephrologie und HypertonologieNUTRITION-NEWS  
Forum für diätetische Ernährung, Infusionstherapie und DiätenGASTRO & HEPA NEWS  
Forum für Gastroenterologie und Hepatologie

GASTRO&amp;HEPA-News - Aktuelle Ausgabe | Ausgabenarchiv



Ausgabe 3/18

Inhaltsverzeichnis

## Computertomographie zur Abklärung der akuten gastrointestinale Blutung

## Autor

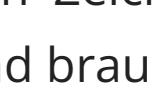
Prim. Prof. Dr. Rainer Schöfl - Ordensklinikum Linz

## CT for evaluation of acute gastrointestinal bleeding.

Wells ML, Hansel SL, Bruining DH, Fletcher JG, Froemming AT, Barlow JM, Fidler JL  
38:1089-1107

Radiographics 2018;

Acute gastrointestinal (GI) bleeding is common and necessitates rapid diagnosis and treatment. Bleeding can occur



Die Arbeit würdigt sehr wohl die Rolle der Gastroskopie in der Abklärung der akuten (wie chronischen) oberen GI-Blutung, betont aber auch ihre Probleme, wenn die Untersuchung negativ, die Blutung massiv oder der Patient sehr krank ist.

Die Coloskopie stellt bei negativer ÖGD oder klinischen Zeichen einer distalen Blutungsquelle gemeinhin die nächste Untersuchung dar, die Vorbereitung ist aber schwierig und braucht Zeit und die Untersuchung ist belastend und manchmal mühsam. Hier könnte – nach Meinung der Autoren – eine CT-Angiographie einfacher und rascher zum Ziel führen.

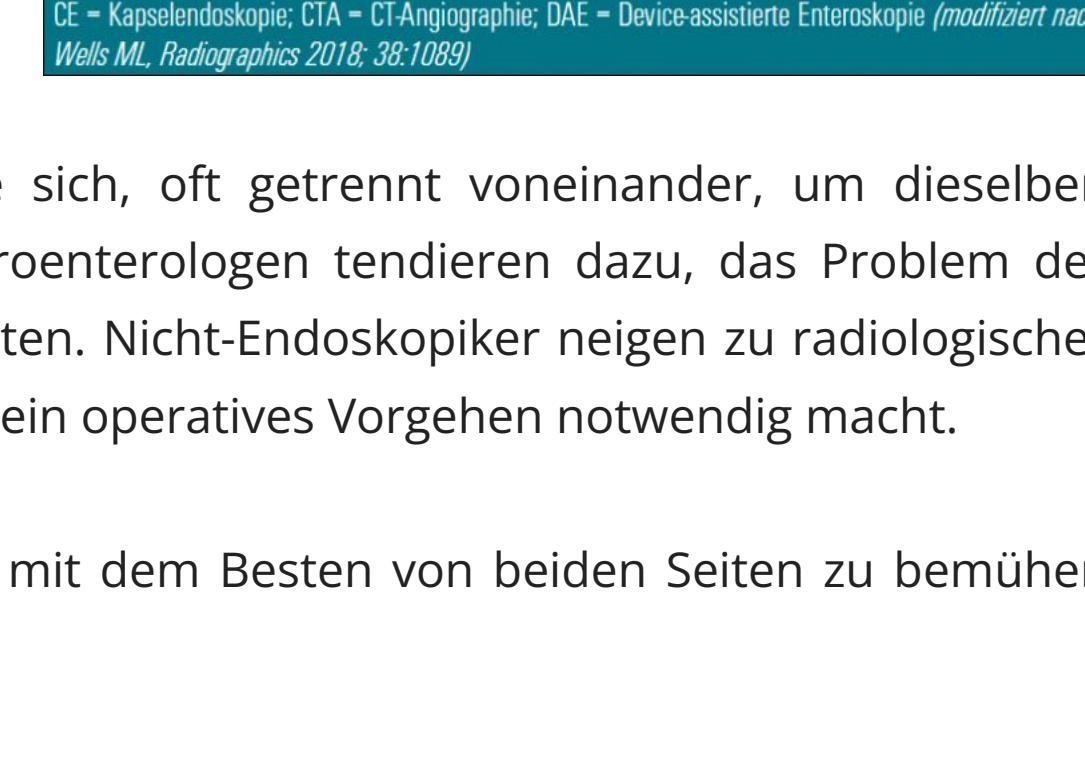
Das gilt noch mehr für den Dünndarm und die aufwändige Kapselendoskopie und Enteroskopie mit Ballon- oder Spiralendoskopien. Im Dünndarm kommt neben der CT-Angiographie auch die CT-Enterographie ins Spiel. Natürlich bleibt die Therapie die Domäne der Endoskopie, gelingt aber auch nicht immer und kann dann durch radiologische transarterielle Verfahren substituiert werden.

Die CT-Angiographie ist sensitiver (Blutungsintensität mindestens 0,3-0,5ml/min) als die direkte Angiographie. Intravenöse KM-Gabe ist Voraussetzung, auf orales KM sollte verzichtet werden. Große Vorteile sind der rasche Einsatz und die breite Verfügbarkeit sowie die vielfältige Zusatzinformation über umliegende Organe, Gefäße und Räume.

Nachteile sind mögliche Allergien, keine Information über flächige Läsionen und die fehlende therapeutische Komponente, die Endoskopie und direkte Angiographie auszeichnen. Eine Metaanalyse von 672 Patienten mit mittelschwerer und schwerer oberer oder unterer GI-Blutung errechnete eine Sensitivität von 85% und eine Spezifität von 92%, umso besser, je schwerer die Blutung. Eine negative CT-Angiographie lässt mit hoher Wahrscheinlichkeit annehmen, dass der Patient einen günstigen klinischen Verlauf nimmt und keine aktive Intervention brauchen wird.

Die CT-Enterographie braucht 1,5-2,0l orales KM und deutlich mehr Vorbereitungszeit. Sie bietet sich für Dünndarmblutungen und obskure Blutungen in Konkurrenz zur Kapselendoskopie und Ballon- oder Spiralenteroskopie an. Sie hat den Vorteil der Information über die Weichteilstrukturen außerhalb des Lumens. Kapselendoskopie und direkte Enteroskopie sind zeitlich und apparativ relativ aufwändig.

Die Publikation stellt die Stärken und Schwächen der CT-Evaluation sehr detailliert für die verschiedenen möglichen Blutungsursachen und Lokalisationen im Vergleich zur Endoskopie dar. Die aus der Publikation von Wells et al. entnommene Abbildung zeigt einen denkbaren integrierten Algorithmus für die untere GI-Blutung.



Der interessante Aspekt dieser Arbeit ist, dass hier zwei Welten, die sich, oft getrennt voneinander, um dieselben Krankheiten und Patienten bemühen, zusammengeführt werden. Gastroenterologen tendieren dazu, das Problem der gastrointestinalen Blutung solange wie möglich endoskopisch zu bearbeiten. Nicht-Endoskopiker neigen zu radiologischer Diagnostik und oft auch Therapie, soweit die Schwere der Krankheit nicht ein operatives Vorgehen notwendig macht.

Es wäre wahrscheinlich lohnenswert, sich um ein integriertes Vorgehen mit dem Besten von beiden Seiten zu bemühen und es durch entsprechende Studien weiter zu überprüfen.

Interessenkonflikte: Keine

Prim. Prof. Dr. Rainer Schöfl

4. Interne Abteilung – Gastroenterologie & Hepatologie, Stoffwechsel & Ernährungsmedizin, Endokrinologie

Ordensklinikum Linz

✉ rainer.schoefl@ordensklinikum.at

Voriger Artikel: Albumin bei Leberzirrhose: Schon die ganze ANSWER?

Nächster Artikel: Kommt DYnAMICS in die Schluckstörung? ▶