

Die neue Enteroskopie-Richtlinie oder: „Richtig kapseln!“

Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline.

Pennazio M, Spada C, Eliakim R, Keuchel M, May A, Mulder CJ, et al.

Endoscopy 2015; 47:352-76

Division of Gastroenterology, San Giovanni Battista University Teaching Hospital, Turin, Italy.

This Guideline is an official statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). The Guideline was also reviewed and endorsed by the British Society of Gastroenterology (BSG). It addresses the roles of small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders.

MAIN RECOMMENDATIONS:

- 1 ESGE recommends small-bowel video capsule endoscopy as the first-line investigation in patients with obscure gastrointestinal bleeding (strong recommendation, moderate quality evidence).
- 2 In patients with overt obscure gastrointestinal bleeding, ESGE recommends performing small-bowel capsule endoscopy as soon as possible after the bleeding episode, optimally within 14 days, in order to maximize the diagnostic yield (strong recommendation, moderate quality evidence).
- 3 ESGE does not recommend the routine performance of second-look endoscopy prior to small-bowel capsule endoscopy; however whether to perform second-look endoscopy before capsule endoscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding or iron-deficiency anaemia should be decided on a case-by-case basis (strong recommendation, low quality evidence).
- 4 In patients with positive findings at small-bowel capsule endoscopy, ESGE recommends device-assisted enteroscopy to confirm and possibly treat lesions identified by capsule endoscopy (strong recommendation, high quality evidence).
- 5 ESGE recommends ileocolonoscopy as the first endoscopic examination for investigating patients with suspected Crohn's disease (strong recommendation, high quality evidence). In patients with suspected Crohn's disease and negative ileocolonoscopy findings, ESGE recommends small-bowel capsule endoscopy as the initial

diagnostic modality for investigating the small bowel, in the absence of obstructive symptoms or known stenosis (strong recommendation, moderate quality evidence).

ESGE does not recommend routine small-bowel imaging or the use of the PillCam patency capsule prior to capsule endoscopy in these patients (strong recommendation, low quality evidence).

In the presence of obstructive symptoms or known stenosis, ESGE recommends that dedicated small bowel cross-sectional imaging modalities such as magnetic resonance enterography/enteroclysis or computed tomography enterography/enteroclysis should be used first (strong recommendation, low quality evidence).

- 6 In patients with established Crohn's disease, based on ileocolonoscopy findings, ESGE recommends dedicated cross-sectional imaging for small-bowel evaluation since this has the potential to assess extent and location of any Crohn's disease lesions, to identify strictures, and to assess for extraluminal disease (strong recommendation, low quality evidence).

In patients with unremarkable or nondiagnostic findings from such cross-sectional imaging of the small bowel, ESGE recommends small-bowel capsule endoscopy as a subsequent investigation, if deemed to influence patient management (strong recommendation, low quality evidence).

When capsule endoscopy is indicated, ESGE recommends use of the PillCam patency capsule to confirm functional patency of the small bowel (strong recommendation, low quality evidence).

- 7 ESGE strongly recommends against the use of small-bowel capsule endoscopy for suspected coeliac disease but suggests that capsule endoscopy could be used in patients unwilling or unable to undergo conventional endoscopy (strong recommendation, low quality evidence).

Um die Kapselendoskopie (capsule endoscopy - CE) ist es nach ihrer Einführung vor ca. 15 Jahren und dem üblichen frühen Enthusiasmus in letzter Zeit still geworden.

Das mag in der Tatsache begründet sein, dass die euphorisch publizierten Ergebnisse zur Sensitivität und Spezifität im klinischen Alltag nicht immer von entsprechend klaren klinischen Konsequenzen gefolgt zu sein schienen und der Einfluss auf das praktische Management der betroffenen Patienten sich scheinbar in Grenzen hielt.

Mit den jetzt publizierten evidenzbasierten europäischen Richtlinien gibt die Endoskopie des Dünndarms aber ein kräftiges Lebenszeichen von sich. Im obigen Abstrakt sind die wichtigsten Aussagen knapp zusammengefasst. Die gesamte Richtlinie ist sehr ausführlich und führt einen an die Grenzen der Lese-Kondition. Sie beschränkt sich auf Erkrankungen des Dünndarms, umfasst dabei aber auch die Enteroskopie mit konventionellen flexiblen Endoskopen (Push-, Single-, Doppelballon-, Spiral- und intraoperative Enteroskopie).

Im ersten Teil widmet sie sich der obskuren (klinisch durch Melaena etc. sichtbaren, aber im Ursprung unklaren) und okkulten (klinisch nicht sichtbaren, aber durch Tests auf okkultes Blut, Eisenmangel, Anämie vermutbaren) Blutung, im zweiten Teil dem Mb. Crohn und im letzten Teil Nischen-Anwendungen wie der Zöliakie, den Tumoren des Dünndarms und den Polypen.

Die wichtigsten Aussagen sind:

- Die CE ist die Methode der ersten Wahl in der Abklärung der **obskuren gastrointestinalen Blutung** und soll so rasch wie möglich nach der Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) durchgeführt werden, es braucht dafür vorher keine routinemäßige zweite ÖGD. Bei Entdeckung einer Blutungsquelle soll eine Ballon-Enteroskopie folgen. Spannend ist das noch relativ neue Konzept der „Notfallkapsel“, einer im Rahmen der negativen Notfall-ÖGD endoskopisch ins Duodenum platzierten Kapsel mit Realtime-Viewer. Damit können die Bilder nicht nur gespeichert, sondern auch unmittelbar betrachtet werden.
- Weniger klar dargestellt wird, wie man bei der **okkulten gastrointestinalen Blutung** und der Eisenmangelanämie vorgehen soll, wenn die Abklärung durch Anamnese, Labor (inkl. TTG), Gastroskopie inkl. Duodenal-PE und Ileocoloskopie ergebnislos blieb. Ob in dieser Situation ein abwartendes Verhalten mit Eisensubstitution und Kontrollen oder ein aktives Vorgehen mit frühzeitiger Dünndarmabklärung mittels Kapsel zu bevorzugen ist, bleibt letztlich offen, obwohl Effizienz-Überlegungen (diagnostische Ausbeute, retinierte Kapseln, überflüssige Ballonenteroskopien wegen Borderline-Läsionen, Kosten) eher für das abwartende Vorgehen sprechen, solange keine Zeichen von Rezidivblutungen vorliegen.
- Bei **Verdacht auf Mb. Crohn** und negativer Ileokoloskopie soll eine CE durchgeführt werden. Ohne Stenosesymptome oder -anamnese ist kein vorhergehendes Schnittbildverfahren und auch keine Probe kapsel („patency capsule“) notwendig. Bei Stenosesymptomen oder -anamnese soll vorher ein MR-Enteroklysm oder CT-Enteroklysm



Abb. 1: Unauffälliger Dünndarm



Abb. 2: Meckel-Divertikel

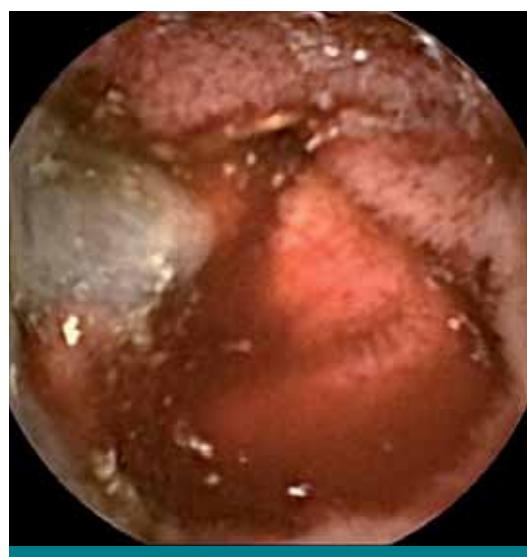


Abb. 3: Dünndarm-Blutungen

Gastroenterologische & hepatologische Kontroversen

durchgeführt werden. NSAR sollen vier Wochen vor der CE abgesetzt werden, da sie Veränderungen machen, die nicht von Mb. Crohn unterscheidbar sind.

- Bei **schon bekanntem Mb. Crohn** soll der Dünndarm mit Schnittbildverfahren und nicht mit CE untersucht werden, da man damit nicht nur Aussagen zur Mukosa, sondern zur gesamten Darmwand und Umgebung (Fistel, Abszess) gewinnt. Im Fall negativer oder unklarer Schnittbild-Methoden soll die Kapsel anschließend nur dann angewendet werden, wenn man sich davon eine klinische Konsequenz erwartet, allerdings nach Prüfung der Durchgängigkeit des Dünndarms mit der „Patency-Kapsel“.
- Weitere Indikationen wie Polypose (Empfehlung einer CE bei Peutz-Jeghers-Syndrom) und Verdacht auf Dünndarmtumor (Primärdiagnostik mit CE oder MR-Enteroklysma) werden dargestellt.
- Die Aussagen zur **Zöliakie** sind für mich kryptisch, weil sie sich einerseits strikt gegen die Anwendung bei der Erstdiagnose aussprechen, sie dann aber doch bei Ablehnung oder Unmöglichkeit einer ÖGD empfehlen, ebenso bei refraktärer Zöliakie.

Es wäre zu hoffen, dass die Richtlinie in Österreich zur Anerkennung *aller* empfohlenen Indikationen durch die Versicherer führt.

Danke an Dr. Sebastian Gerstl für die Bereitstellung der Bilder.

Interessenkonflikte: Keine

Prim. Prof. Dr. Rainer Schöfl

4. Interne Abteilung, KH der Elisabethinen Linz
rainer.schoefl@elisabethinen.or.at

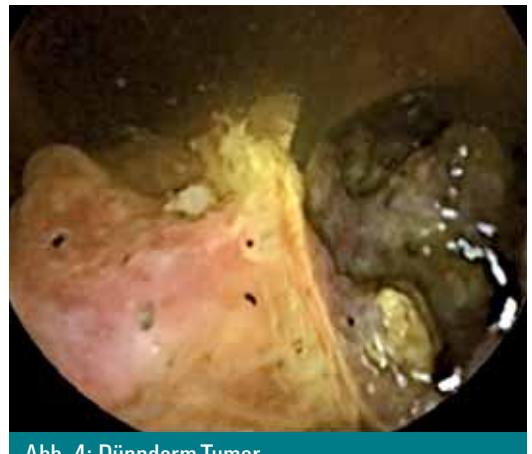


Abb. 4: Dünndarm-Tumor



Abb. 5: Morbus Crohn