

Gastrointestinale Blutung mit ungewöhnlicher Ursache

Wenn das Falsche verschluckt wird -- Autoren: P. Mikula, S. Mühlendorfer, HJ. Heppner

Eine 80-jährige Patientin mit leichter kognitiver Einschränkung wurde von ihrem Hausarzt zur weiteren Abklärung einer ausgeprägten Anämie stationär eingewiesen. Liegen kognitive Einschränkungen vor, ist die (Fremd-)Anamnese von großer Bedeutung.

Tags zuvor war in der Laboruntersuchung ein Hb-Wert von 3,6 g/dl aufgefallen. Fremdanamnestisch klagte die Patientin über chronische Meläna und war bei permanentem Vorhofflimmern oral antikoaguliert. Zum Zeitpunkt der Vorstellung und der klinischen Untersuchung in der Notaufnahme fanden sich neben ausgeprägter Blässe keine Zeichen von Meläna, Hämatochezie oder sonstige makroskopische Blutungszeichen.



MUDr. Pavol Mikula
Klinik für Geriatrie
und Geriatrische
Tagesklinik
Klinikum Bayreuth
Medizincampus
Oberfranken
Friedrich-Alexander-
Universität Erlangen-
Nürnberg

Anamnese

Vor einigen Jahren wurde die Patientin schon einmal untersucht und behandelt – wegen rektalem Blutabgang bei Hämorrhoiden unter Marcumar. Endoskopisch wurde zu dem Zeitpunkt eine ausgeprägte Sigmadivertikulose als weitere mögliche Blutungsquelle endoskopisch gesichert. Danach traten keine makroskopischen Blutungszeichen auf. Vor sechs Monaten musste sie wegen seit mehreren Wochen bestehendem peranaalem Blutabgang mit damit verbundener hypochromer, mikrozytärer Anämie (Hb-Wert 8 g/dl) stationär behandelt werden.

In der Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) wurde eine Angiodysplasie des Magens festgestellt und mit Argon-Plasma-Koagulation behandelt. Koloskopisch bestand weiterhin die ausgeprägte Sigmadivertikulose. Zum Zeitpunkt beider Untersuchungen fanden sich keine aktiven oder abgelaufenen Blutungszeichen.

Aktueller Verlauf

Initial erhielt die Patientin zur Besserung der klinischen Situation insgesamt vier Erythrozytenkonzentrate und wurde hinsichtlich der Vitalparameter kontinuierlich überwacht.

Die am nächsten Tag durchgeführten ÖGD und Koloskopie inklusive des terminalen Ileums zeigten keine Zeichen einer aktiven oder abgelaufenen Blutung in den einsehbaren Bereichen. Daher wurde endoskopisch eine Videokapsel zur Durchführung einer Kapselendoskopie platziert. In der Kapselendoskopie waren im Dünndarm nach vier Minuten Aufnahmezeit frisch blutige Schleimhautauflagerungen zu sehen, nach sieben Minuten konnte dann ein Fremdkörper (**Abb. 1** und **Abb. 2**) gesichtet werden: ein Mandarinen-Netz mit einer Metallöse. (Anamnestisch war zu erfahren, dass Mandarinen gelegentlich im Netz ausgelegt werden, Zitronen z. B. eher nicht). Die Autoren mutmaßen, dass das Verschlucken des Netzes zwei bis drei Wochen zurücklag. Scheinbar hat sich das Netz mit dem Metallclip vorübergehend in der Darmschleimhaut „verhakt“ und ist deshalb beim Abführen für die Koloskopie nicht weiter transportiert worden. In Kombination mit laufender Antikoagulation und angesichts der Anamnese handelte es sich um die wahrscheinlichste Blutungsursache.

Die Bergung des Fremdkörpers mit einem langen Endoskop wurde für den kommenden Tag geplant, jedoch entwickelte die Patientin Fieber bis 39 °C und Dyspnoe bei einem positiven Schnellabstrich auf



Abb. 1 Kapselendoskopisches Bild von Mandarinnetz mit Metallöse bei 6 Uhr.



Abb. 2 Kapselendoskopisches Bild von einem Mandarinnetz.

Tab. 1 Einteilung gastrointestinale Blutung

Bezeichnung	Lokalisation
Obere gastrointestinale Blutung	proximal des Treitz-Bandes
Mittlere gastrointestinale Blutung	distal des Treitz-Bandes bis zum terminalen Ileum
Untere gastrointestinale Blutung	Kolon, Rektum bzw. Analkanal

Tab. 2 Gegenüberstellung Meläna und Hämatochezie

Bezeichnung	Beschreibung	Passagezeit
Meläna	<ul style="list-style-type: none"> – Teerstuhl, schwarz gefärbter Stuhl, Färbung entsteht durch Hämoglobin, das mit Magensäure oder ausreichend lange mit Darmbakterien in Kontakt gekommen ist (Hämatin) – Die Blutungsquelle befindet sich meistens im oberen Verdauungstrakt – bereits geronnenes Blut 	lange Kolontransitzeit
Hämatochezie	<ul style="list-style-type: none"> – hellrote oder rote Blutauflagerung auf dem Stuhl sichtbar – gastrointestinale Blutung stammt normalerweise aus dem unteren Darmabschnitt 	kurze Kolontransitzeit

Influenza A und gleichzeitig SARS-CoV-2, sodass die Intervention nicht durchgeführt werden konnte.

Hintergrundwissen

Akute gastrointestinale Blutungen werden, wie in **Tab. 1** dargestellt, anatomisch nach ihrer Lokalisation in obere, mittlere und untere Blutungen unterteilt [1, 2]. Als Orientierung dient das Treitz-Band (Ligamentum suspensorium duodeni).

Mit 85% sind obere gastrointestinale Blutungen am häufigsten [3]. Ursächlich handelt es sich meist um nicht variköse Blutungen, wie Erosionen oder Ulzerationen, gefolgt von Blutungen aus Varizen unterschiedlicher Lokalisation. Blutungen aus dem Kolon sind mit 90% die häufigsten unter den mittleren- und unteren gastrointestinalen Blutungen [2]. In Abhängigkeit des Lebensalters sind bei den über 60-jährigen Patienten Angiodysplasien, Divertikel, Polypen oder Karzinome ursächlich. Die mittleren gastro-

Kasuistik

Wie ging es weiter?

Der Fremdkörper verließ den Intestinaltrakt auf natürlichem Weg und es traten keine weiteren Blutungskomplikationen auf. Nach Erholung und Stabilisierung der Patientin wurde die Videokapsel erneut durchgeführt. Es fanden sich keine weiteren potenziellen Blutungsquellen.

intestinalen Blutungen machen rund 3–5% aller gastrointestinalen Blutungen aus. Klinisch können sie sich bei langsamem Kolontransit als Teerstuhl, bei raschem Transit als Hämatochezie (Gegenüberstellung in **Tab. 2**) oder akute Hb-relevante Blutung manifestieren. Meist handelt es sich um Angiodysplasien.

Bei vermuteter mittlerer intestinaler Blutung stehen weitere diagnostische und therapeutische Verfahren zur Verfügung. Die Videokapselendoskopie ist mittlerweile zum Goldstandard in der Primärdiagnostik von Dünndarmerkrankungen geworden [4, 5], erlaubt jedoch keine Interventionsmöglichkeit [6]. Die Single-/Doppelballon-Enteroskopie und die neueste motorisierte Spiraleroskopie sind, was die Blutungsquellenidentifikationsfindung betrifft, äquivalent zur der Kapselendoskopie [7], erlauben aber unmittelbare Interventionen während der Untersuchung.

Multimorbide, mehrfach untersuchte Patientinnen und Patienten, bei denen bereits eine potenzielle Blutungsquelle vorliegen kann, stellen nicht selten eine Herausforderung dar. Deren reduzierte funktionelle Reserven und deren erhöhtes periinterventionelles Komplikationsrisiko sind häufig Gegenanzeigen für invasive Maßnahmen und vermeintliche Überdiagnostik. Gerade in einer solchen Situation muss jedoch eine individuelle Entscheidung zugunsten des Patienten getroffen werden. Weder die medizinische Vorgeschichte noch das Alter der Betroffenen dürfen zu diagnostischen Einschränkungen führen. ■

Literatur

als Zusatzmaterial unter springermedizin.de/mmw

Title:

Gastrointestinal bleeding with unusual reason

Keywords:

Gastrointestinal bleeding, foreign body, capsule endoscopy

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Die Kolontransitzeit bestimmt, ob sich die gastrointestinale Blutung als Hämatochezie oder Teerstuhl manifestiert.
2. Zur Primärdiagnostik gehören die Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) und Koloskopie inklusive des terminalen Ileums.
3. Bei rezidivierender, akuter oder chronischer intestinaler Blutung kann auf erneute ÖGD und Koloskopie verzichtet werden, wenn verlässlich kein Nachweis einer Blutungsquelle in ÖGD und Koloskopie vorliegt. In diesem Fall stehen dann weitere Verfahren wie Videokapselendoskopie, Ballonenteroskopie oder Spiraleroskopie zur Verfügung.
4. Bei Betroffenen mit kognitiven Einschränkungen müssen auch ungewöhnliche Ursachen in Betracht gezogen werden.

Autoren:

MUDr. Pavol Mikula

Klinik für Geriatrie und Geriatrische Tagesklinik
Klinikum Bayreuth
Medizincampus Oberfranken
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Preuschwitzer Str. 101
D-95445 Bayreuth
pavol.mikula@klinikum-bayreuth.de

PD Dr. med.

Steffen Mühlendorfer

Klinik für Gastroenterologie
Klinikum Bayreuth GmbH
Medizincampus Oberfranken

Prof. Dr. med.

Hans Jürgen Heppner

Klinik für Geriatrie
Klinikum Bayreuth GmbH
Medizincampus Oberfranken
Lehrstuhl für Geriatrie
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg