



Diagnostik bei okkulten gastrointestinalen Blutungen

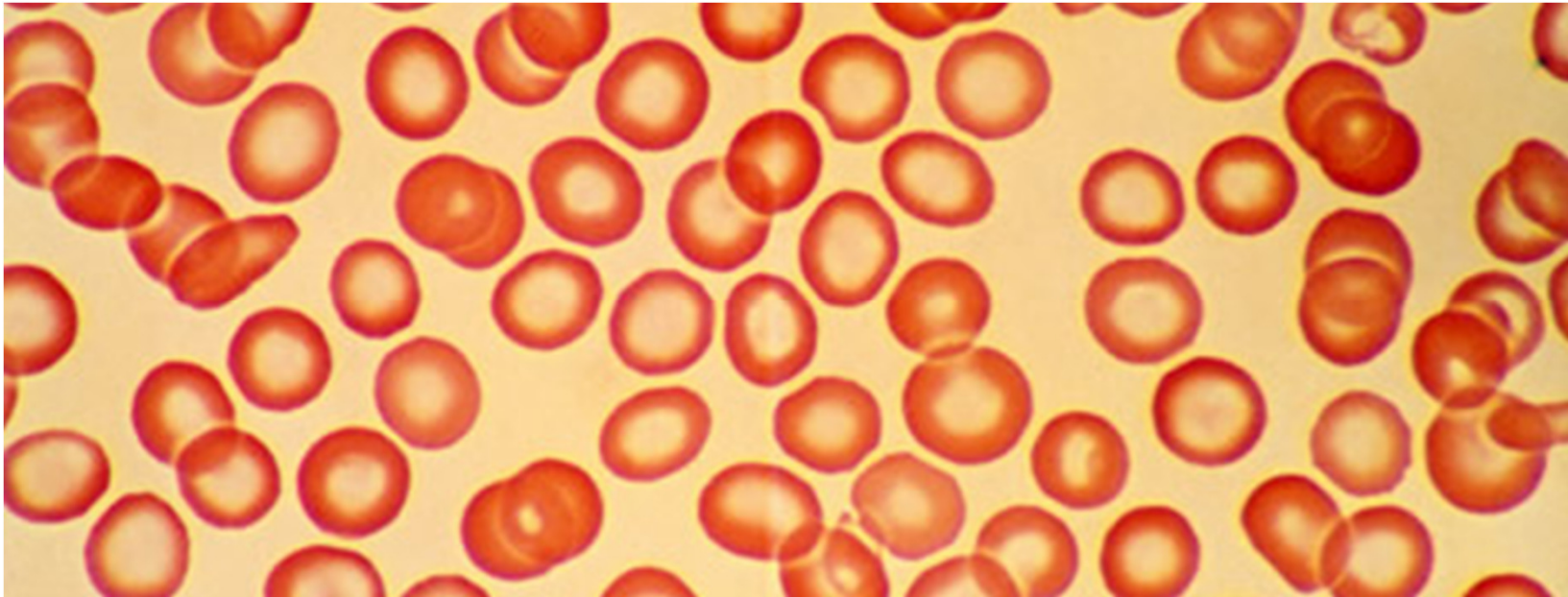
9.6.2011

E. Lainka, P. Gerner – Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
A. Dechêne – Klinik für Innere Medizin

Definition der okkulten GIT-Blutung

Persistierende Eisenmangelanämie

Verstecktes Blut im Stuhl



Allgemeine Diagnostik:

Anale Inspektion (z.B. Ekzem, Rhagaden)

Rektale Untersuchung (z.B. Polypen)

z.B. Hämooccult®

Cave! Stuhlverfärbungen durch Genuss von Heidelbeeren, Lakritze, Rote Beete und Medikamente (z.B. Eisen, Kohle, Wismut)



Allgemeine Diagnostik:

Suchtest auf okkultes Blut im Stuhl:

1. Guajak-Test: Hämoglobin katalysiert folgende Reaktion: Oxidation von phenolischer Guajakonsäure zu Chinon durch Wasserstoffperoxid.
2. Immunologischer Test: Antikörper gegen (Hämo)globin
3. Fluoreszenzbestimmung: Hämoglobinkonversion zu Porphyrin und anschließende Quantifizierung



Lokalisationsdiagnostik:

Endoskopie (ÖGD und Koloskopie)

Kapselendoskopie

MR-Enteroklysma (bei Obstruktion/Stenose im GIT)

Hydro-CT, Angio-CT

Single-, Doppelballon-, Spiralenteroskopie

Szintigraphie (Meckel-Scan)

Angiographie

Chirurgische Exploration mit intraoperativer Endoskopie



Fall 1:

5 Jahre altes Mädchen mit Müdigkeit und subfebriler Temperatur

Hb 5,5 g/dl, Ferritin 3 µg/l, mikrozytäre, hypochrome Anämie, GOT 72 U/l

Hämocult positiv, Calprotectin 202 mg/l



Fall 1:

ÖGD: geringe Antrumgastritis und klaffende Kardia

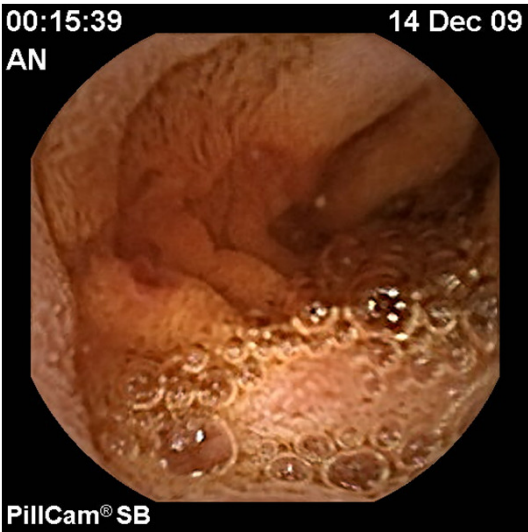
Koloskopie: unauffällig

Histologie: ohne pathologischen Befund

Abdomensonographie: geringe Flüssigkeit im Douglas-Raum



Fall 1: Kapselendoskopie



03:07:21

14 Dec 09

AN



PillCam[®] SB

Fall 1:

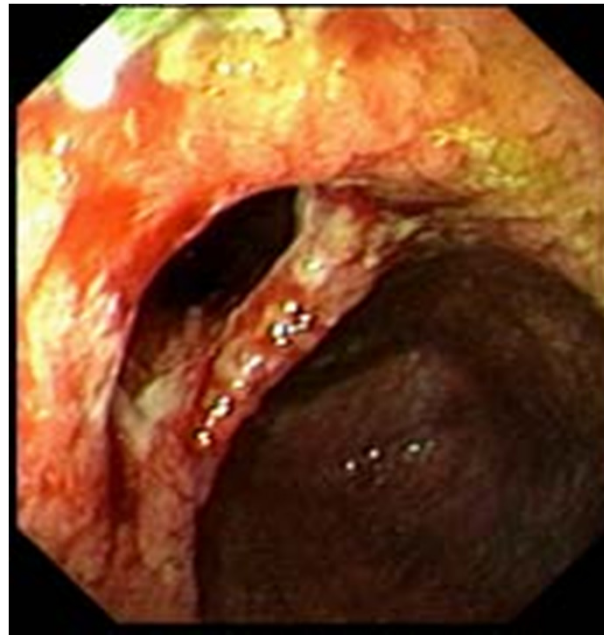
Kapselendoskopie: Ausgeprägte segmentale Ulzerationen v.a. im Ileum

Diagnose: V.a. M. Crohn

Therapie: 1 Erythrozytenkonzentrat
Elementardiät abgelehnt
Prednison 2 mg/kg/d



Morbus Crohn



Fall 2:

Vordiagnosen: syndromale Gallengangsatresie

Z.n. Kasai-Operation

Z.n. LTX (ganze Leber) und Re-LTX (Segment II, III)

2 Jahre altes Mädchen mit oberem Luftwegsinfekt, subfebrilen Temperaturen, reduziertem Allgemeinzustand und Trinkverweigerung, stationäre Aufnahme zur Rehydrierung



Fall 2:

1 Tag nach der Aufnahme:

Hb-Abfall bei Routine-Astrup-Kontrolle: Hb 7,4 g/dl

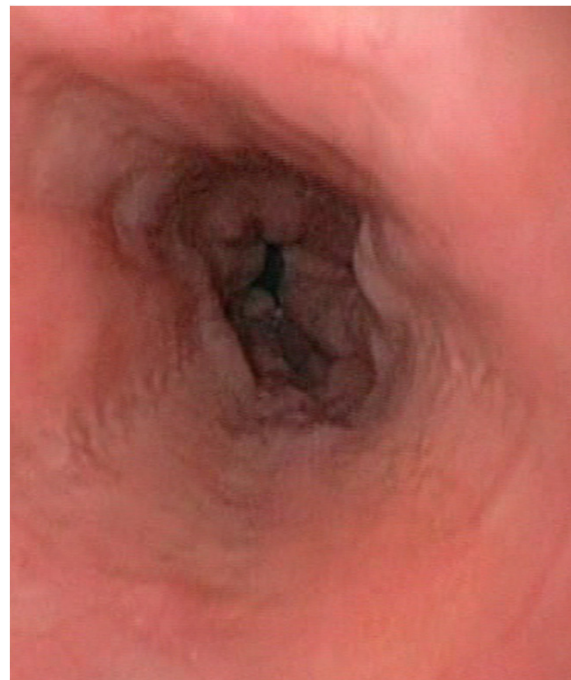
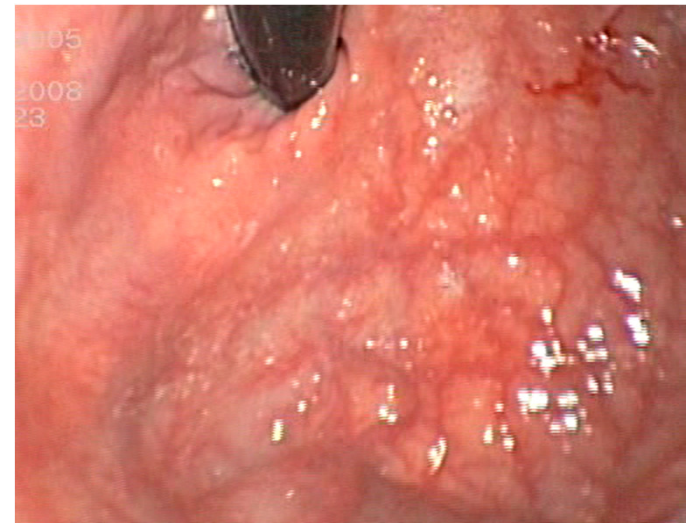
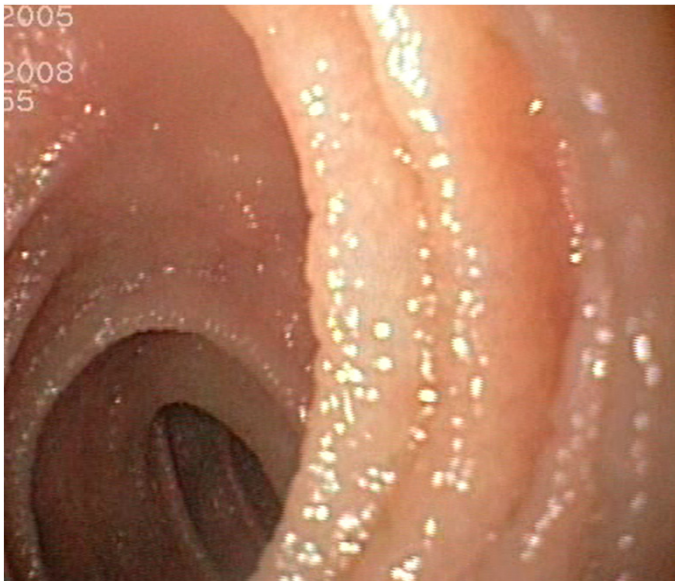
Anschließend 2x Teerstuhl abgesetzt

Abdomensonographie: Gefäßkonglomerat im Dünndarmbereich

Koloskopie: makroskopisch und histologisch unauffällig



Fall 2: ÖGD



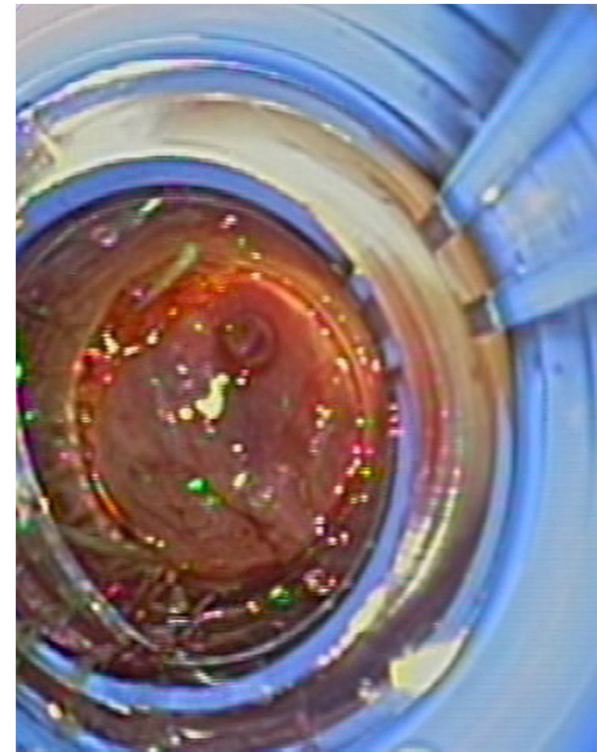
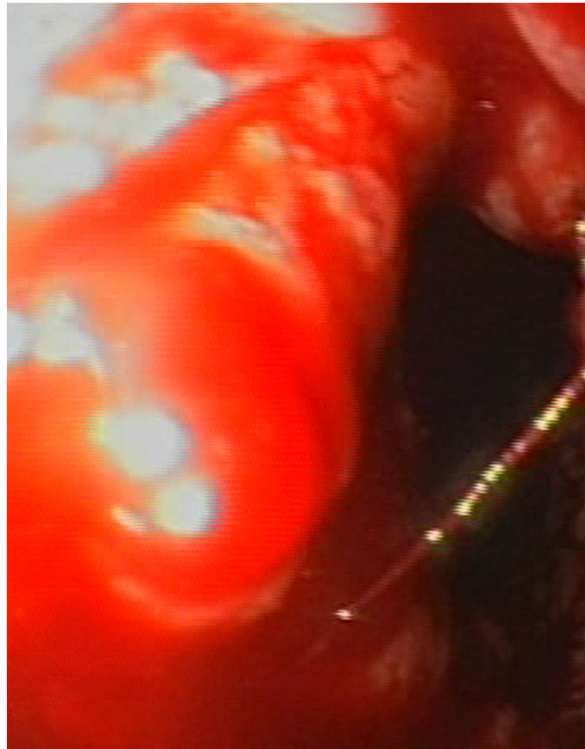
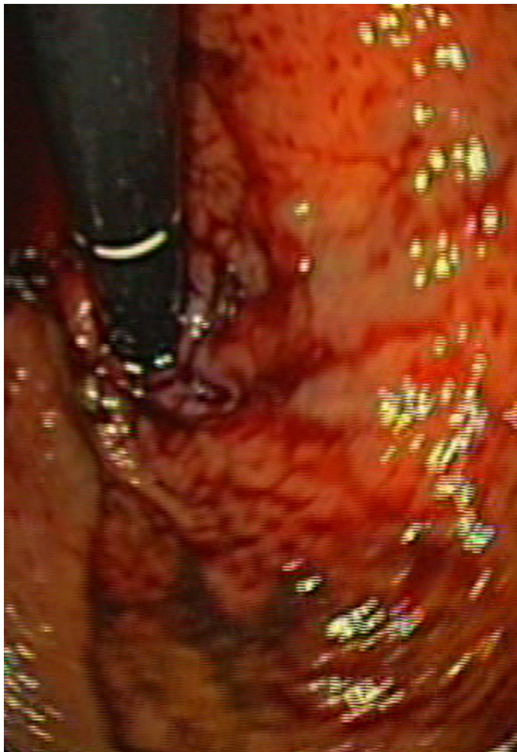
Fall 2:

Diagnose: **Gastrointestinale Blutung unklarer Genese**
Ösophagusvarizen Grad I ohne Blutungszeichen

Therapie: 2 Erythrozytenkonzentrate
Octreotid (Sandostatin®) + Notfallset



Ösophagusvarizenligatur



Fall 3:

Vordiagnosen: urogenitales Fehlbildungssyndrom

Z.n. Nierentransplantation

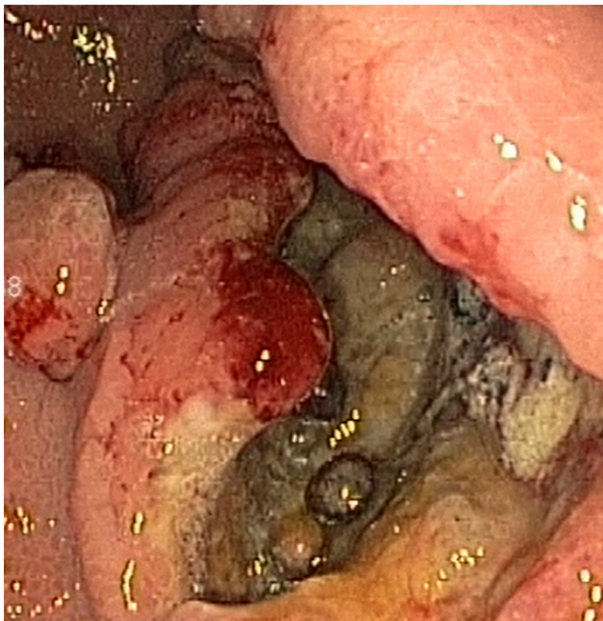
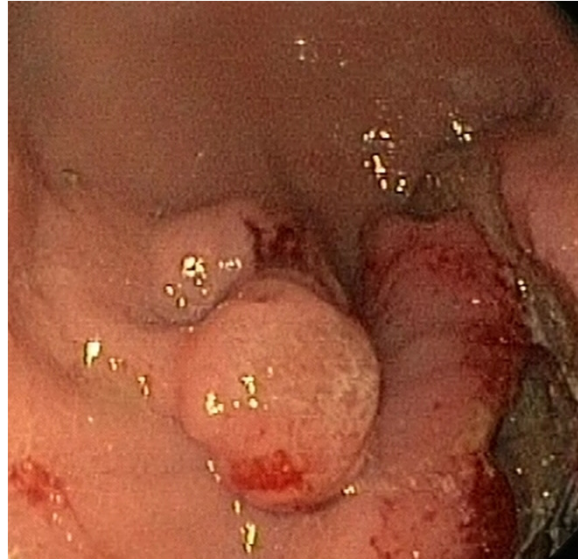
Z.n. PTLD (Posttransplant lymphoproliferative disease)

14 Jahre altes Mädchen mit Bauchschmerzen seit 4 Wochen,
zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustandes und am
Aufnahmetag hämatinhaltiges Erbrechen

Hb 5,6 g/dl, Crea 1,27 mg/dl, CRP 1,9 mg/dl, LDH 342 U/l, CMV + EBV
negativ



Fall 3: ÖGD



Fall 3:

Diagnose: **Non-Hodgkin-Lymphom mit hohem Malignitätsgrad**
= großzelliges, diffuses B-Zell-Lymphom
= PTLD ohne EBV-Assoziation

Staging: KM, LP, Sono, Röntgen, CT, MRT, PET
Lymphommanifestation in der Magenwand, paragastral
und im Lebersegment 4b

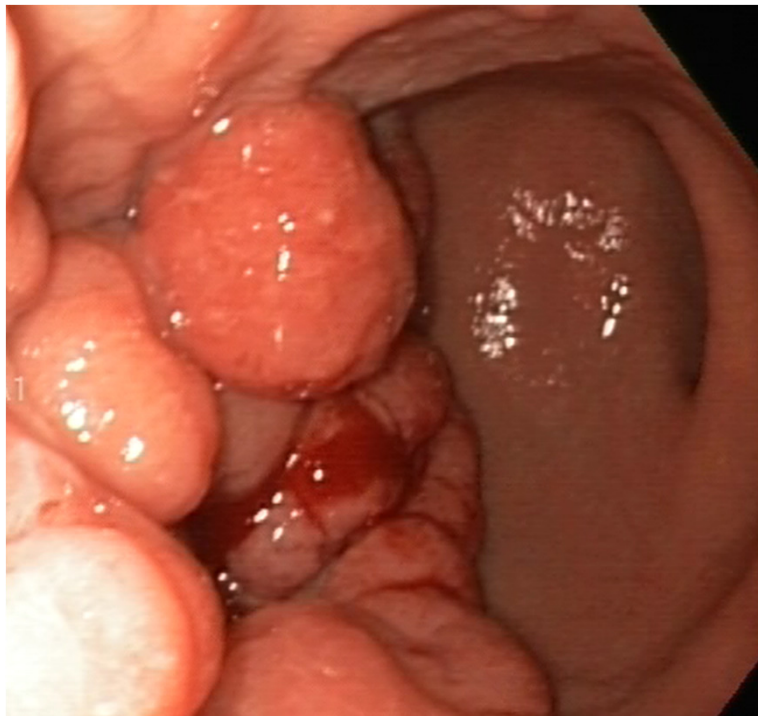
Therapie: 2 Erythrozytenkonzentrate

Rituximab

Veränderung der Immunsuppression



Fall 3: Verlauf nach 30 Tagen



Fall 3: Verlauf nach 6 Monaten



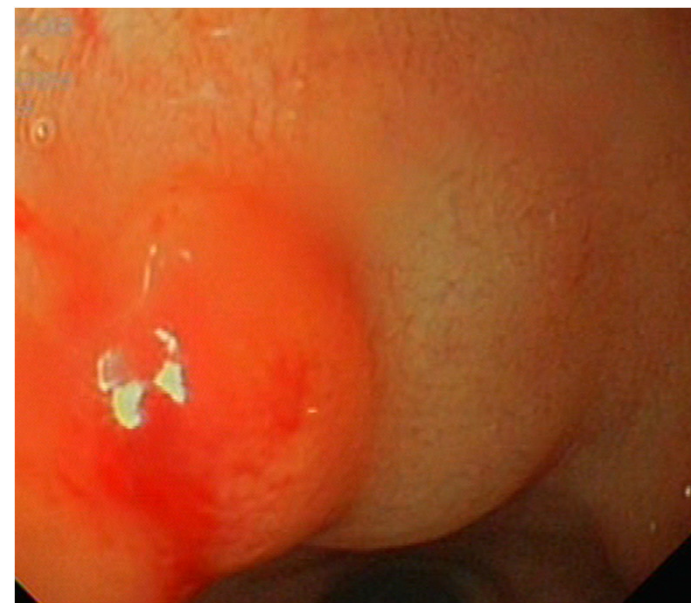
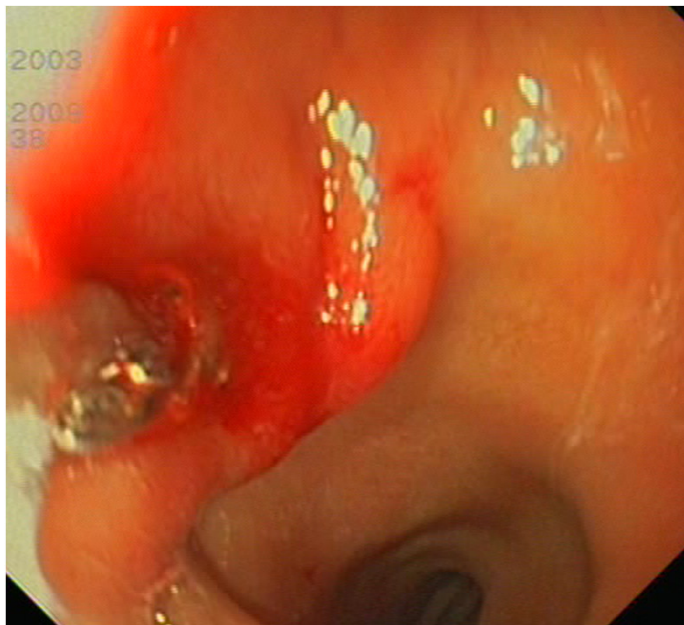
Fall 4:

Vordiagnosen: Choledochuszysten mit chronischer Cholangitis
aktuell LTX (Lebendspende, Segment II, III)

5 Jahre alter, intensivpflichtiger Junge mit rezidivierendem Hb-Abfall und epigastrischen Schmerzen



Fall 4: ÖGD



Fall 4:

Diagnose:

Stressulkus im Bulbus duodeni

Ulkusblutung (Forrest IIa, inaktive Blutung mit sichtbarem Gefäßstumpf)

Helicobacter pylori negativ

Therapie:

PPI erhöhen

endoskopische Blutstillung mit Injektion (Fibrinkleber)



Fall 5:

Vordiagnosen: Osteopetrose

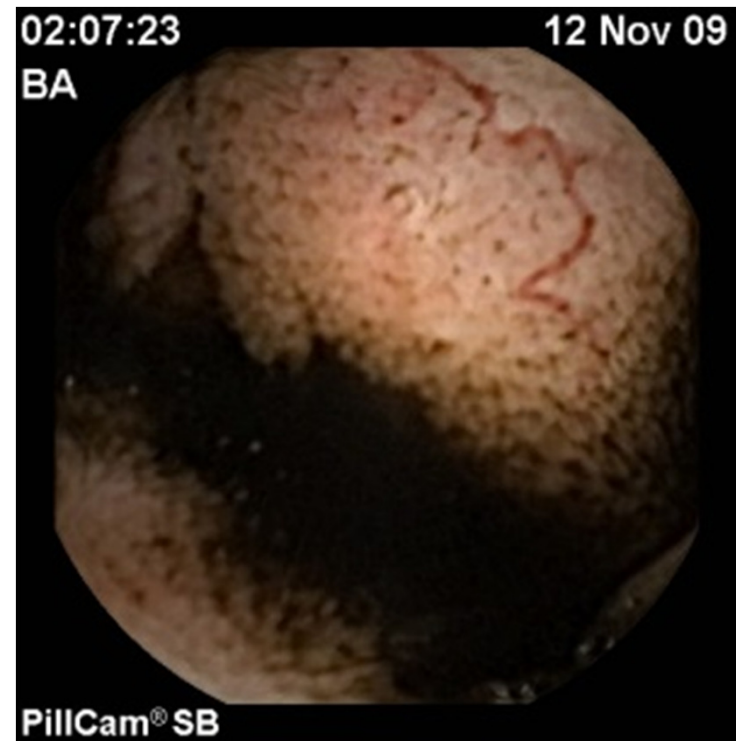
Z.n. KMT

13 Jahre altes Mädchen mit chronischer rezidivierender okkultur Blutung seit 12 Jahren: stetiger Hb-Abfall, regelmäßige Substitution von Erythrozytenkonzentraten

ÖGD und Kolo: mehrfach ohne Blutungsquelle



Fall 5: Kapselendoskopie



Fall 5:

Kapselendoskopie: unzählbare teleangiektatische Veränderungen zwischen distalem Duodenum und Ileum , Kontaktvulnerabilität

Diagnose: **Portale und mesenteriale Hypertension mit rezidivierenden gastrointestinalen Blutungen**

Therapie: tiefe ÖGD mit Koagulation aller einsehbaren Gefäßmalformationen (APC-Therapie)



19011591

12
05/1997

29/11/2009

12:50:39

CVF:1

D.F.

DN

H:B2

ENDOBASE Untersuchung

Differentialdiagnosen oberer GIT-Blutung:

Ulcera duodeni et ventriculi

Refluxösophagitis

Ösophagusvarizen, Gastropathie bei portalem Hochdruck

Hämorrhagische Gastritis (z.B. Medikamente)

Verschlucktes Blut (z.B. oropharyngeales Blut, Rhagaden der mütterlichen Brustwarze bei Stillkindern)

Angiodysplasien (GAVE = gastrale antrale vaskuläre Ektasie)

Verletzungen, Verätzungen

Mallory-Weiss-Syndrom

Hämobilie



Differentialdiagnosen mittlerer und unterer GIT-Blutung:

Infektionen (z.B. Campylobacter jejuni, Würmer, EHEC)

CED

Polypen

Obstipation

Allergien (z.B. Kuhmilch)

Invagination

Purpura Schönlein Henoch

Hämolytisch-urämisches Syndrom

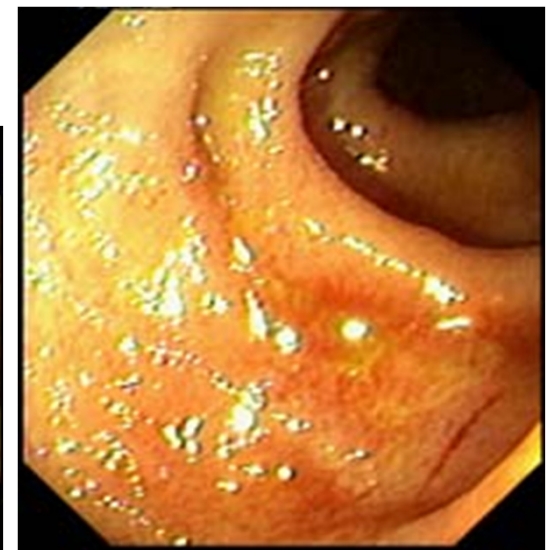
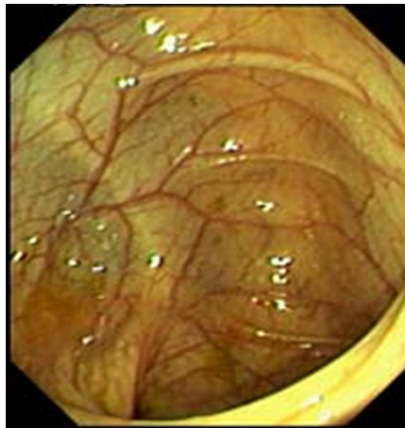
Meckel-Divertikel

Angiodysplasien

Verletzungen

Hämorrhoiden

Divertikulose



Endoskopische Therapieoptionen:

Injektionen und Sklerosierung: z.B. Adrenalin, Histoacryl, Fibrin

Mechanisch: z.B. Hämoclip, Banding (Ligatur)

Thermal: z.B. Laser (Argon-Plasma-Koagulation), Elektrokoagulation

Markierung der Läsion (Tattooing) vor Kontroll-Endoskopie



Therapieoptionen:

Konservativ: PPI

Helicobacter pylori Eradikation

Interventionelle Embolisation

Operation



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

