

PJ-Repetitorium

Gastroenterologie

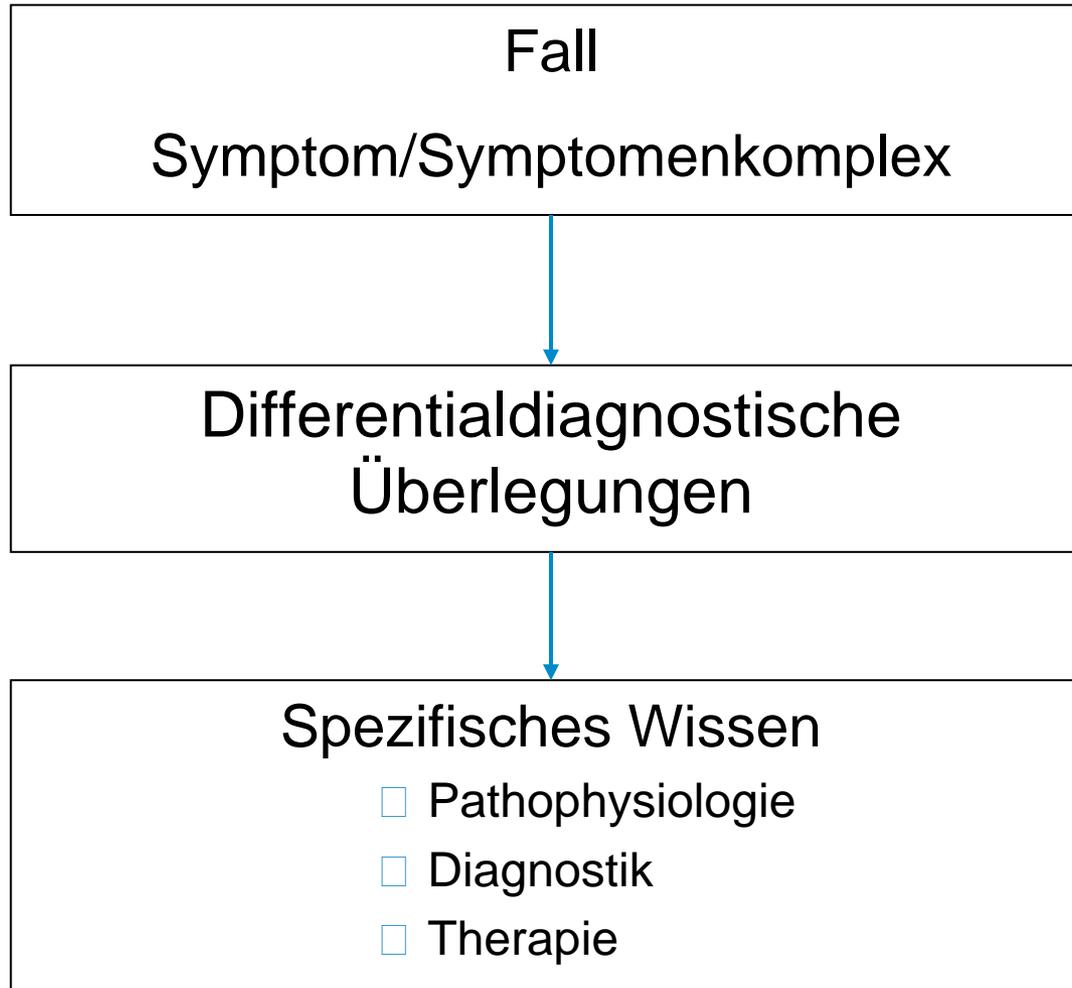
20.09.2019

Dr. med. M. Hecker



Spezifisches Wissen

- Pathophysiologie
- Diagnostik
- Therapie



„50-jähriger Patient mit Teerstuhl in der Notaufnahme“

Obere GIB:

- Blutung Magen/Duodenal-Ulcus (50 %)
- Erosionen, Gastritis (15 %)
- Ösophagusvarizenblutung (15 %)
- Refluxösophagitis (10 %)

Management:

- 1) Klinik (Hämatemesis, Meläna, Hämatochezie)
- 2) Kreislaufrelevant? Tachykardie? Schock?
- 3) Lokalisation der Blutungsquelle
- 4) Ulcus? Ursachen (H.p., NSAR), Klassifikation
 - Forrest I: aktive Blutung (Ia: spritzend, Ib: sickernd)
 - Forrest II: inaktive Blutung (IIa: Gefäßstumpf, IIb koagelbedeckte Läsion, IIc: hämatinbedeckt)
 - Forrest III: keine Blutungszeichen
- 5) Therapie
 - Unterspritzen mit Adrenalin, Clips, Varizenligatur
 - Therapie der Ursache (Eradikation Hp., NSAR beenden)

Gastrointestinale Blutung



Ia



Ib



IIa



IIb



IIc

Gastrointestinale Blutung



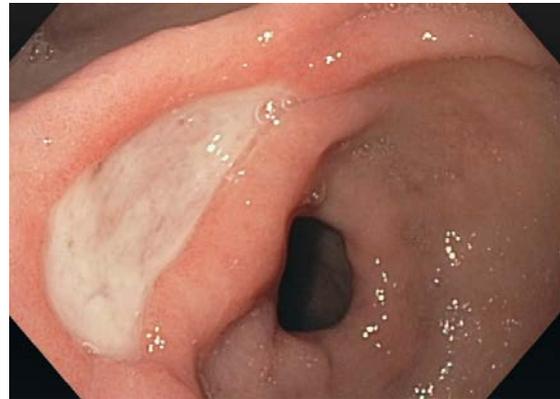
IIa



IIb



IIc



III



Unterspritzung

Clip

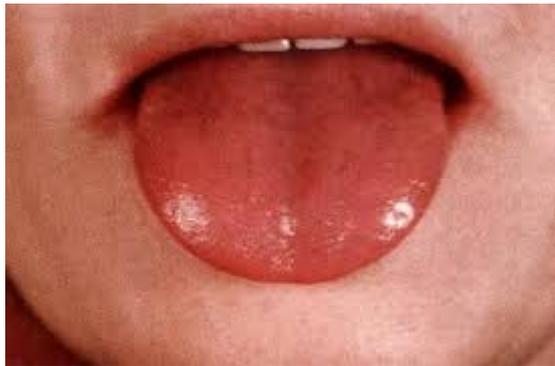
Kombination der Verfahren führt zu weniger Rezidiven

**„Welche Erkrankung liegt der Entwicklung
von Ösophagusvarizen zugrunde?“**

Ursachen

- Alkohol, Hepatitis B, C (zusammen 95 %)
 - Autoimmunhepatitis, PBC, PSC, toxisch
 - Hämochromatose, M. Wilson, Cirrhose cardiaque..
-
- Klinik (oft erst bei Dekompensation, Leberhautzeichen)
 - Ursachenabklärung (welche Laborwerte?)
 - Einschätzung der Leberfunktion
 - CHILD-Klassifikation zur Schweregradeinteilung (A-C)
 - (Albumin, Quick, Bilirubin, Enzephalopathie, Aszites)
 - Therapieprinzipien
 - (Meiden von Noxen, Therapie der Grunderkrankung)

Leberhautzeichen



Dekompensation / Portale Hypertension

- Ösophagusvarizenblutung
- Aszites, spontan bakterielle Peritonitis
- hepatorenales Syndrom
- hepatische Enzephalopathie

Therapie

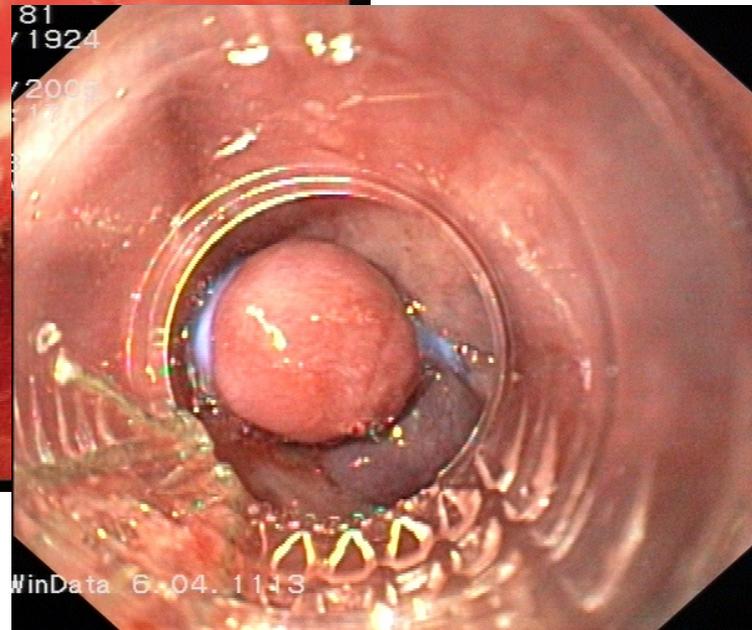
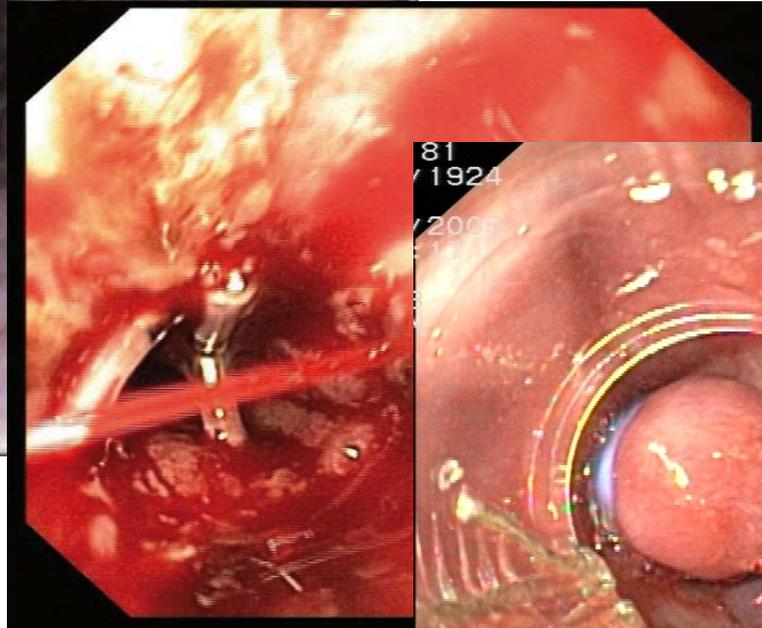
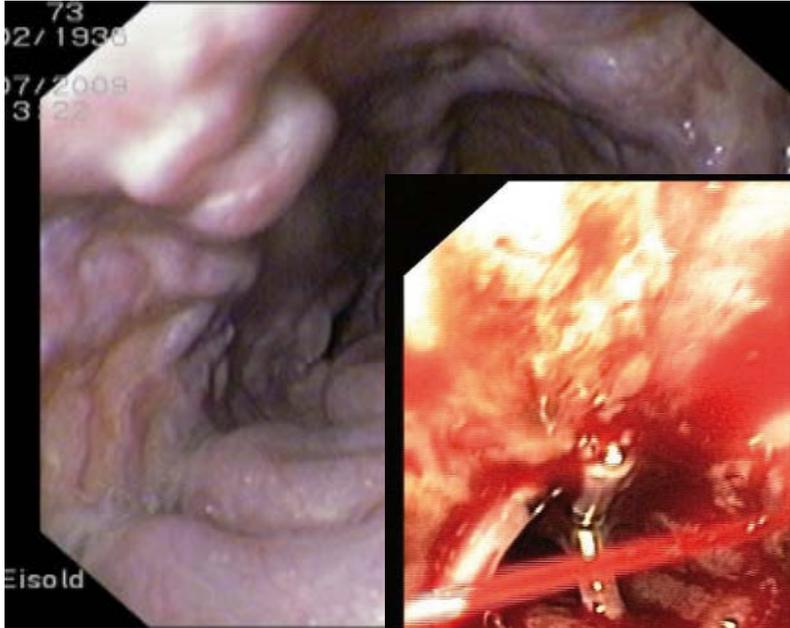
- 1) Symptomatisch
 - Paracentese, Therapie Enzephalopathie, Varizenligatur
 - TIPSS (transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Shunt)
- 2) Ursächlich
 - Lebertransplantation

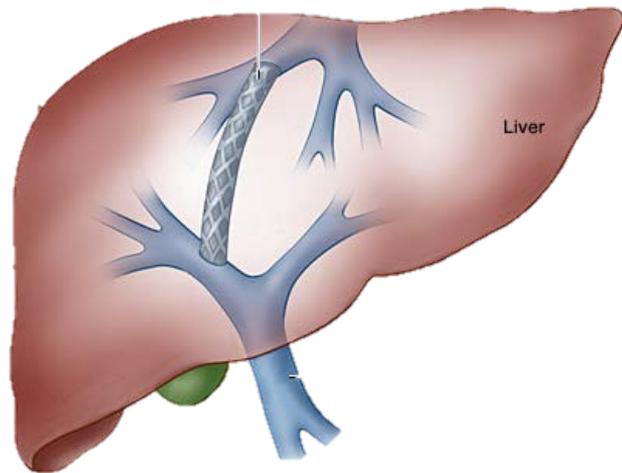


Bestimmung:

- Leukozyten
 - Granulozyten
 - Mikrobiologie
- } SBP?

Portale Hypertension – Therapie





TIPS



Lebertransplantation

Indikation

- refraktäre Varizenblutung
- refraktärer Aszites

CAVE!

Risiko Enzephalopathie
Risiko Leberversagen

**Model for
End Stage
Liver
Disease**

Bilirubin, INR, Kreatinin

**„Was sind häufige Gründe für die untere
gastrointestinale Blutung?“**

Obere GIB:

- Blutung Magen/Duodenal-Ulcus (50 %)
- Erosionen, Gastritis (15 %)
- Ösophagusvarizenblutung (15 %)
- Refluxösophagitis

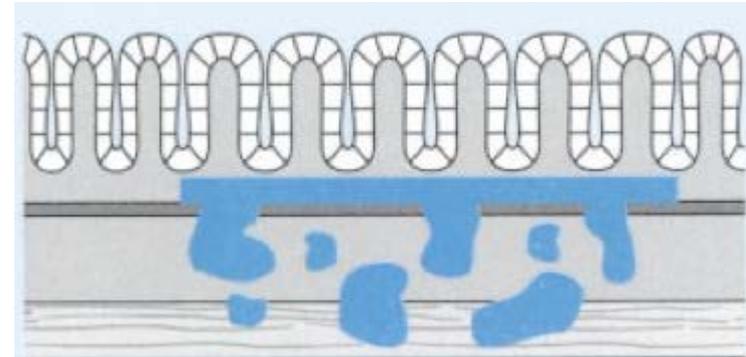
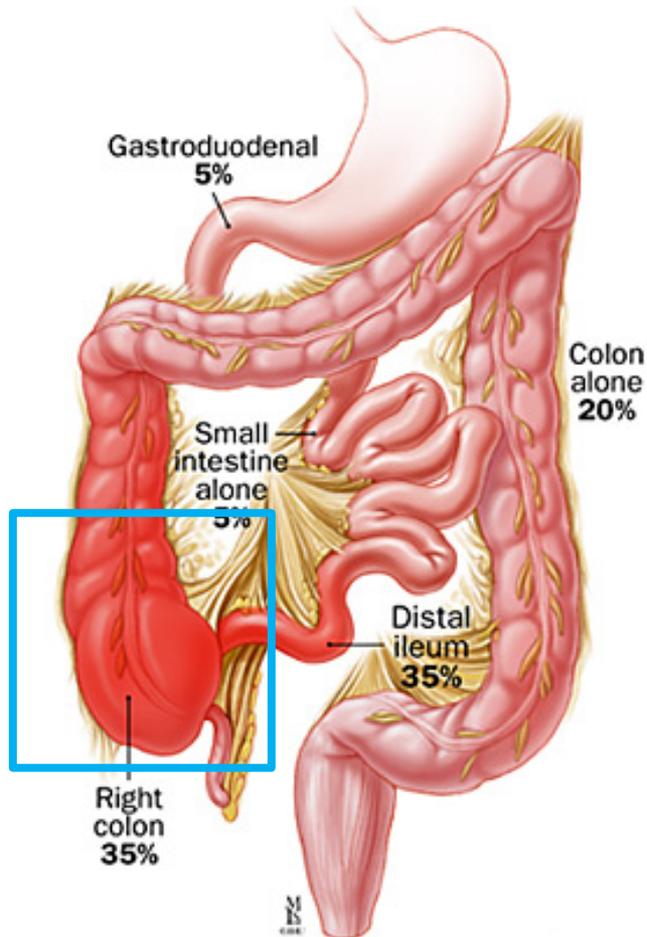
Untere GIB

- Hämorrhoiden, CED, Karzinome
- Divertikelblutung
- Angiodysplasien

„Wenn die Ursache der unteren gastrointestinalen Blutung altersabhängig ist, welche Ursache würden Sie bei einer 21-jährigen Patientin am ehesten erwarten?“

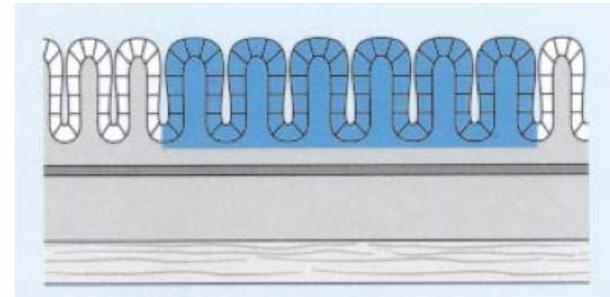
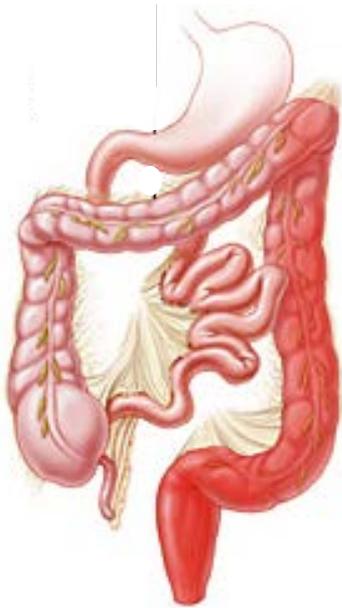
 **Chronisch entzündliche Darmerkrankung**

M. Crohn – Befallsmuster



- gesamter Gastrointestinaltrakt
- diskontinuierlich
- segmentales Befallsmuster
- transmurale Entzündung

- chronische mukosale Entzündung der Kolonschleimhaut
- kontinuierlicher Befall von distal nach proximal
- Rektum immer betroffen



DD	M. Crohn	Colitis ulcerosa
Klinik	- Schmerz Unterbauch rechts - nicht-blutige Durchfälle	- Schmerz Unterbauch links - blutig-schleimige Durchfälle
Lokalisation - Rektum - Ileum	Gesamter GIT - 20 % - 80 %	Nur Kolon - immer - selten („backwash Ileitis“)
Ausbreitung	Diskontinuierlich transmural	Kontinuierlich - distal → proximal mukosal
Extraintestinal	Häufig (bis 40 %)	Selten
Komplikationen	Abszesse, Fisteln, Stenosen	Blutungen, Megakolon

- Anamnese / klinische Untersuchung
 - extraintestinale Manifestationen? Fisteln?
 - Labor
 - Stuhldiagnostik
 - Salmonellen, Campylobacter, Yersinien, Shigellen, Cl. difficile
 - **Ileokoloskopie**
 - Sonographie
-

V.a. M. Crohn {
+ Gastroskopie
+ Dünndarmdiagnostik
– MRT Sellink, Kapselendoskopie, Enteroskopie

Hemmung der überschießenden Immunantwort

Steroide

Mesalazin

Adalimumab

Azathioprin

Infliximab

Vedolizumab

Tofacitinib

Hemmung der überschießenden Immunantwort

Remissionsinduktion

Remissionserhaltung

Steroide

Mesalazin

Adalimumab

Azathioprin

Infliximab

Vedolizumab

Tofacitinib

Hemmung der überschießenden Immunantwort

Remissionsinduktion

Steroide

Mesalazin

Infliximab

Adalimumab

Remissionserhaltung

Steroide

Azathioprin

Infliximab

Vedolizumab

Adalimumab

Tofacitinib

**„Welche Erkrankung sollte bei unterer
gastrointestinaler Blutung sicher
ausgeschlossen werden?“**

1. Kolorektales Karzinom

Priorität

1. Kolorektales Karzinom
2. Pankreaskarzinom
3. Magen-/ Ösophaguskarzinom

Priorität

1. Kolorektales Karzinom

- Pathogenese, hereditäre Syndrome (z.B. Lynch-Syndrom)
- Klinik und Diagnostik
- Unterschiede Rektumkarzinom / Kolonkarzinom
- Therapie
 - OP-Prinzipien
 - adjuvante und palliative Therapie, Strahlentherapie Rektum-Ca
 - Welche Substanzen kommen zum Einsatz?
 - » Chemotherapie (FOLFOX/FOLFIRI/ zielgerichtete Substanzen)

2. Pankreaskarzinom

3. Magen-/ Ösophaguskarzinom

Priorität

1. Kolorektales Karzinom

2. Pankreaskarzinom

- Klinik (schmerzloser Ikterus)
- OP-Verfahren (Kausch-Whipple-Operation)
- kurative Therapie vs. palliative Therapie
- aktuelle Neuerungen in der Palliativtherapie
 - FOLFIRINOX, Gemcitabin / nab-Paclitaxel

3. Magen-/ Ösophaguskarzinom

Priorität

1. Kolorektales Karzinom
2. Pankreaskarzinom
3. Magen-/ Ösophaguskarzinom
 - mögliche Ursachen (H.p., Typ-A-Gastritis, Refluxösophagitis, Rauchen/Alkohol)
 - Ösophaguskarzinom → Unterschied Plattenepithelkarzinom / Adenokarzinom
 - OP-Prinzipien
 - perioperative Chemotherapie verbessert Ergebnisse der beim Adenokarzinom

„Welche anderen Ursachen für einen Ikterus kennen Sie?“

- Gallensteinentstehung (Cholesterinsteine, Pigmentsteine)
- Ätiologie: Risikofaktoren („6 F“)
 - female, fair, fat, forty, fertile, family
- Ablauf einer Gallenkolik

1) Akute Cholezystitis

- Klinisches Zeichen: Murphy-Zeichen

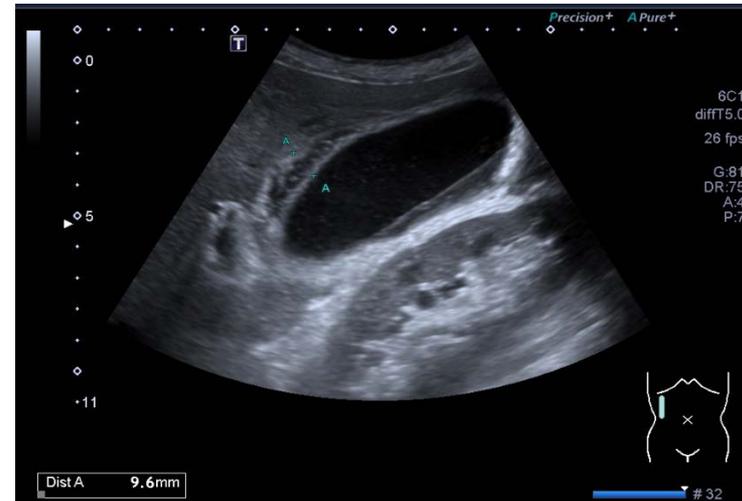
2) Choledocholithiasis

- Ikterus, Kompl: bakterielle Cholangitis, Leberabszesse

Ultraschall

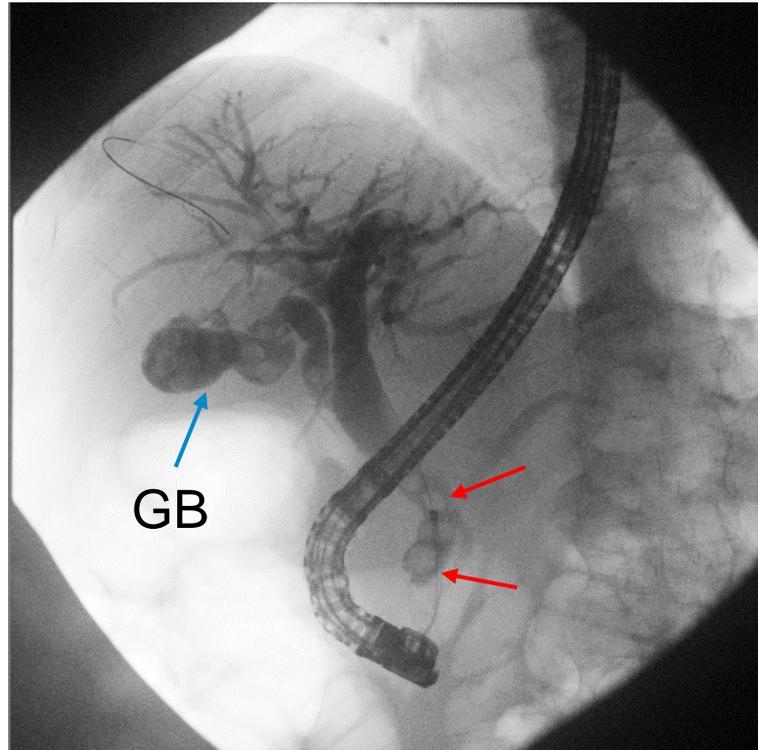


Gallenblasenstein



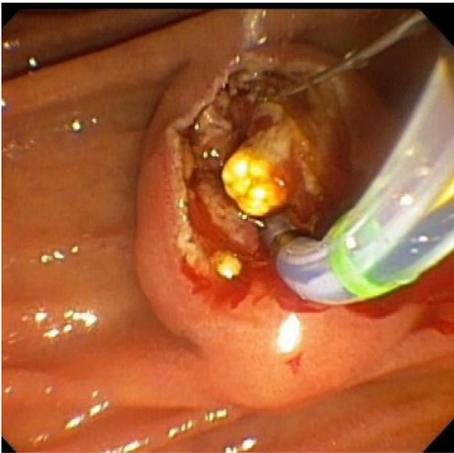
Cholezystitis

ERCP

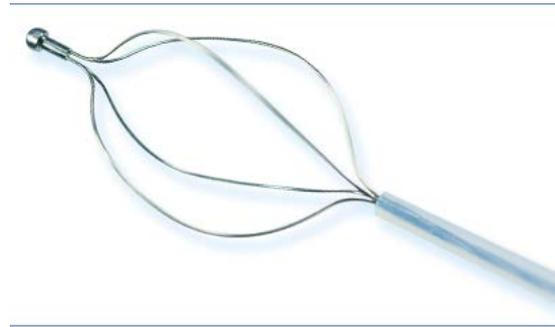


Choledocholithiasis

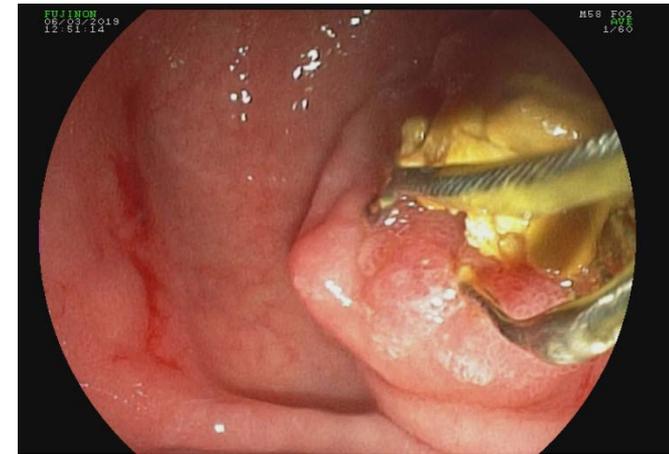
ERCP - Therapie



Papillotomie



Korbchen für
Steinextraktion



Steinextraktion

**„Welche wichtige Komplikation einer
Choledocholithiasis müssen Sie kennen?“**

- häufigste Ursache biliäre Pankreatitis (40 %)
- 30 % Alkohol
- 10 % idiopathisch
- andere Ursachen: Medikamente, hereditär, post-ERCP

Diagnose:

- Bauchschmerzen
 - Lipase > 3fach erhöht
 - Pathologischer bildgebender Befund
- } 2 von 3 Kriterien

Therapie

- enterale Ernährung, viel Flüssigkeit, Schmerztherapie

- Chronische Pankreatitis
- Infektiologische Themen
 - Virushepatitis
 - Infektiöse Durchfallerkrankung
- Refluxerkrankung / Barrett-Erkrankung / Gastritis
- Symptomenkomplexe: Dysphagie/Diarrhoe/Obstipation
- Zöliakie

Was muss man aus meiner **persönlichen Sicht** nicht wissen?

- TNM- und UICC-Klassifikation von Tumoren
- Komplexe onkologische Therapieregime
- Differenzierte Therapie von Hepatitis B und C
- Therapie der CED über grundsätzliche Therapieprinzipien hinaus

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



