

### Radiological procedures in gastrointestinal bleeding – case report

**Anamnese:** Ein 43-jähriger Patient wurde aufgrund krampfartiger Schmerzen im linken Unterbauch sowie dunklen Stuhlgangs, Schwindel und seit 3–5 Tagen zunehmender Abgeschlagenheit stationär aufgenommen.

Bereits 3 Monate zuvor war der Patient in einem Nachbarkrankenhaus aufgrund gleicher klinischer Symptomatik untersucht worden. Klinisch auffällig war auch damals neben den Schmerzen dunkler Stuhlgang gewesen, allerdings bei oraler Medikation mit einem Eisenpräparat. Im Rahmen der Diagnostik waren neben der Erhebung des körperlichen Untersuchungsbefundes Laboruntersuchungen, ein EKG sowie eine Ultraschalluntersuchung des Abdomens, eine Gastroskopie mit pH-Metrie, eine Enteroskopie und eine Koloskopie durchgeführt worden. Mit keinem dieser Untersuchungsverfahren konnte – bei einem Abfall der Hämoglobinkonzentration (Hb) auf 9,3 g/dl – eine sichere Blutungsquelle nachgewiesen werden. Bei nachgewiesener *Helicobacter-pylori*-positiver Antrum- und Corpusgastritis war eine Eradikationstherapie eingeleitet worden. Die Koloskopie hatte eine Sigmadivertikulose ohne Nachweis entzündlicher Veränderungen oder einer aktiven Blutungsquelle und die Gastroskopie eine Refluxösophagitis II. Grades ergeben. Außerdem war ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus diagnostiziert worden. Der Patient war in der Zwischenzeit über 3 Monate beschwerdefrei.

**Untersuchungsbefunde:** Bei der aktuellen Aufnahme war der Patient in gutem Allgemein- und Ernährungszustand, ohne Dyspnoe und ohne Zeichen der Zyanose, jedoch mit blassem Schleimhautkolorit. Der kardiopulmonale Befund war ohne Pathologien, der arterielle Gefäßstatus regelrecht, insbesondere kein Nachweis von Strömungsgeräuschen. Das Abdomen war weich und nicht druckschmerzhaft mit regelrechten Darmgeräuschen, die Leber maß 12 cm in mittlerer Clavicularlinie, die Milz war nicht tastbar, das Nierenlager frei. Die rektale digitale Untersuchung ergab keine Re-

sistenzen, kein frisches Blut und auch keinen Teerstuhl. Der Lymphknotenstatus war unauffällig. Erneut fiel im Labor der Hämoglobinabfall auf 6,0 g/dl bei einem Hämatokrit von 19,1% auf. Alle übrigen Laborparameter wie Elektrolyte, Nierenretentionswerte, Leberwerte, Glucosestoffwechsel und Gerinnung waren unauffällig. Während gastro- und koloskopisch die vorerhobenen Befunde bestätigt wurden, ergab die Gastroskopie außerdem den Nachweis von Fundusvarizen Typ II bei positivem Dopplersignal.

Ergänzend zu den bisherigen Untersuchungsergebnissen wurde bei einer Ultraschalluntersuchung des Abdomens im Pankreaschwanzbereich eine 30 mm durchmessende echoarme Raumforderung, am ehesten liquide, nachgewiesen. Eine zusätzlich durchgeführte Kapselenteroskopie erbrachte Blut im Bereich des oberen Jejunums ohne eindeutig lokalisierbare Blutungsquelle. Daraufhin wurde eine MRT des Abdomens mit MRCP und MR-Angiographie durchgeführt. Hierbei fanden sich Hinweise auf stattgehabte Pankreaschwanz-Pankreatitis mit Nachweis einer Pankreaspseudozyste im Schwanzbereich und Zeichen einer Einblutung. Aufgrund dieses Bildes wurde der V.a. eine Arrosionsblutung der A. lienalis mit Einblutung in die Pankreaspseudozyste und konsekutivem Haemosuccus geäußert.

**Therapie:** Um diese Befunde zu verifizieren, gegebenenfalls auch therapeutisch tätig zu werden, wurde eine selektive arterielle Angiographie der lebersversorgenden Gefäße und der A. lienalis durchgeführt, die den vermuteten Befund bestätigte: Arrosionsblutung aus Ästen der A. lienalis in eine Pankreaschwanz-Pseudozyste. Bei dem somit nachgewiesenen Haemosuccus pancreaticus wurden die entsprechenden Äste der A. lienalis superselektiv „gecoilt“.

**Verlauf:** Der Patient erholte sich im weiteren Verlauf vollständig. Es traten keine weiteren Hb-Abfälle auf. Seit nunmehr 24 Monaten ist der Hb stabil, der Patient ist klinisch unauffällig und auch beschwerdefrei.

#### Institut

Zentralinstitut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie (Direktor: PD Dr. G. Layer),  
Klinikum Ludwigshafen gGmbH

#### Korrespondenz

Priv.-Doz. Dr. med. G. Layer · Direktor des Zentralinstituts für Diagnostische  
und Interventionelle Radiologie  
Klinikum Ludwigshafen gGmbH · Bremserstraße 79 · 67063 Ludwigshafen  
· Tel.: 0621/503-4500 · Fax: 0621/503-4537 · E-Mail: zir@kllil.de

eingereicht: 15.5.2003 · akzeptiert: 21.8.2003

#### Bibliografie

Dtsch Med Wochenschr 2003; 128: 2073 · © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0012-0472