

## Patientenmerkblatt zur Vorbereitung einer virtuellen Koloskopie

---

**Sehr geehrte Patientin!**  
**Sehr geehrter Patient!**

Die Virtuelle Dickdarmspiegelung, auch virtuelle Koloskopie bzw. CT-Kolonografie genannt, ist eine moderne radiologische Methode, die auf sehr schonende Weise eine Untersuchung des gesamten Dickdarms erlaubt.

Die Untersuchung wird sowohl zur Abklärung von Beschwerden als auch, alternativ zur Darmspiegelung, zur Dickdarmkrebs Vorsorge verwendet.

Sie beruht auf der Anfertigung einer Computertomographie. Die erhaltenen Daten werden dann zu zwei- und dreidimensionalen Bildern verarbeitet. Ohne wie bei der konventionellen Dickdarmspiegelung instrumentell in den Darm vordringen zu müssen können „virtuelle Bilder“ des Dickdarms generiert werden.

Die Untersuchung wird für gewöhnlich von den Patienten sehr gut vertragen. Eine Verabreichung von Beruhigungsmitteln oder gar eine Narkose sind nicht notwendig.

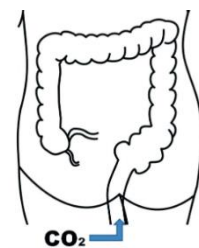
### **Die Virtuelle Koloskopie beruht auf drei Schritten:**

#### **1. Diät und vollständige Darmreinigung durch Abführmittel**

Wie bei allen Darmuntersuchungen schränken Stuhlreste die Aussagekraft der Virtuellen Koloskopie ein, da Erkrankungen verdeckt oder vorgetäuscht werden können. Um den Dickdarm untersuchen zu können muss er somit frei von Stuhl sein. Ist der Darm nicht ausreichend sauber, muss die Untersuchung abgebrochen und wiederholt werden. Um verbliebene Stuhlreste besser als solche erkennen zu können wird am Abend vor der Untersuchung noch zusätzlich ein Kontrastmittel getrunken.

#### **2. Füllung des Dickdarms mit Luft**

Um den Dickdarm von innen überhaupt begutachten zu können muss er entfaltet werden. Dafür wird ein kurzes und dünnes Darmrohr vorsichtig 2-3cm in den Enddarm eingeführt. Über dieses Röhrchen wird der Darm nun vorsichtig mit Luft gefüllt.



#### **3. CT Untersuchung des Bauchraumes**

Es wird nun eine Computertomografie des gesamten Bauches inklusive des luftgefüllten Dickdarmes in Bauch- und dann in Rückenlage durchgeführt wobei die jeweilige Aufnahmezeit ca. 15 Sekunden beträgt.



Anschließend wird das Darmrohr entfernt und die Untersuchung ist beendet. Nun kann wieder normal gegessen werden.

## Welche Komplikationen können auftreten?

Die Untersuchung wird sehr gut vertragen und Komplikationen sind eine Rarität. In sehr seltenen Fällen kann ein vorgeschädigter bzw. akut entzündeter Darm durch die Luftfüllung verletzt werden.

Zu beachten sind die Gegenanzeigen und Nebenwirkungen des Abführmittels, die dem Beipackzettel entnommen werden können. Bei Jodallergie darf das Kontrastmittel nicht getrunken werden.

**Vorbereitung zur Virtuellen Koloskopie:** Die Vorbereitung (Moviprep®) bitte vom zuweisenden Arzt verschreiben lassen!

**Nur ein sauberer Darm kann beurteilt werden!** Ist der Darm nicht sauber, muss die Untersuchung abgebrochen und wiederholt werden.

**Anleitung zur Darmreinigung mit MOVIPREP®:** Beachten Sie bitte auch den jeweiligen Beipacktext!

**Am Tag vor der Untersuchung:** Nur noch flüssige Nahrung (z.B. Suppe) einnehmen und möglichst viel trinken, jedoch nur klare Flüssigkeit (keine Milch und keine Obstsaftsäfte mit Fruchtfleisch).

### **Ab ca. 14 Uhr:**

Trinken Sie bitte die 2 Liter der Moviprep® Lösung innerhalb von 3-4 Stunden. Dazu trinken sie bitte 1 Liter klare Flüssigkeit wie zum Beispiel Wasser, Obstsaftsäfte (ohne Fruchtfleisch) oder Tee (ohne Zucker).

### **Ab ca. 20 Uhr:** Nehmen sie bitte das Kontrastmittel ein!

Der gesamte Inhalt des Fläschchens (Gastrografin (370 mgJ/ml - 50ml) sollte mit einem halben Liter Flüssigkeit verdünnt und getrunken werden. Tipp: Zur Verdünnung kann durchaus ein Fruchtsaft ohne Fruchtfleisch verwendet werden um den Geschmack zu verbessern.

### **Am Tag der Untersuchung:** Bitte nüchtern bleiben – nichts mehr essen!

Falls Sie Medikamente einnehmen, beachten Sie bitte, dass deren Wirksamkeit durch das Abführen aufgehoben oder eingeschränkt sein kann. Die Gegenanzeigen und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte dem Beipackzettel.

**WICHTIG: bitte auch aktuelles Labor mitnehmen – Kreatininwert, TSH-Wert**

## CT - Virtuelle Koloskopie

Größe (cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Für Patientinnen: **Könnten Sie schwanger sein?**  Nein  Ja

### Familien-/Anamnese bezüglich

Dickdarmkrebs	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Polypen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Divertikelerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Darmperforation	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Darmverschluss	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____

### Symptome:

Durchfälle	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Fieber	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Verstopfung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Hernie/Bruch	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____

### Frühere Dickdarmuntersuchungen?

Welche/wann?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
- Komplett:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
-Inkomplett:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Darmröntgen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____

### Voroperationen im Bauchraum, Becken oder Magen-Darmtrakt. Welche?

(z.B. Blinddarmoperation?)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Künstlicher Darmausgang?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Strahlentherapie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____

### Allergie:

Röntgenkontrastmittel	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Butylscopolamin/Buscopan	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Andere Allergien:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____

### Glaukom (grüner Star, erhöhter Augeninnendruck)?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

**Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.** Der vorgeschlagenen Untersuchung stimme ich zu.

.....  
 Datum

.....  
 Unterschrift d. Patient/in

Überprüfung der oben angeführten Punkte durch RT: .....

Vom Personal auszufüllen:

Krea: .....

GFR: .....

TSH: .....

B-Datum: .....