



**PB_Appendix
Kolonkontrasteinlauf/ Darmreposition**

Aufklärungsbogen

Änderung gegenüber letzter Fassung: Aktualisierung Graphik

EINGRIFFSDATUM: _____

PATIENTENDATEN: _____

Liebe Patientin, lieber Patient, sehr geehrte Eltern,

die/ der behandelnde Ärztin/ Arzt Ihres Kindes empfiehlt die Durchführung einer Röntgenkontrastuntersuchung des Darmes. Mit der Untersuchung sollen entweder Ursachen von Beschwerden (z.B. Entleerungsstörungen) bzw. krankhafte oder postoperative (z.B. Nahtanastomosen) Veränderungen des Dickdarmes dargestellt werden oder eine bestehende Darmeinstülpung (Invagination) therapiert werden.

Dieser Bogen dient Ihrer Information und der Vorbereitung des Aufklärungsgesprächs. Bitte bringen Sie diesen Bogen **ausgefüllt zum Termin** mit.

Sie sollten eine Gesamtaufenthaltsdauer im Kinderspital von 2-3 Stunden kalkulieren, diese umfasst organisatorische Vorbereitung, Durchführung der Untersuchung sowie – falls vereinbart – ein anschliessendes Gespräch mit der/m behandelnden Kollegin/ Kollegen.

Sollten sich vorab dringende Fragen zur Untersuchung ergeben, erreichen Sie uns unter pediatric.radiology@insel.ch oder Tel.: 031 632 9501.

UNTERSUCHUNGSABLAUF

Die Ärztin/ der Arzt wird Ihnen erläutern, welche Methode der Röntgenkontrastdarstellung bei Ihrem Kind vorgesehen ist:

- Peranaler Kolonkontrasteinlauf
- Perstomale Kontrastdarstellung der abführenden oder zuführenden Darmabschnitte

Zu Untersuchungsbeginn wird ein dünner, weicher Plastikschlauch (Darmrohr) vorsichtig über den Anus bzw. das Stoma eingeführt. Über diesen wird das Kontrastmittel in den Darm eingeleitet, wobei standardisierte Röntgenaufnahmen erstellt werden. Um alle Darmabschnitte überlagerungsfrei darstellen zu können, werden im Untersuchungsverlauf Lagerungsmanöver – in Rücken-, Seiten- oder Bauchlage – notwendig.

Für Ihr Kind kann sowohl die Dilatation des Darmes als auch das Festhalten während der Untersuchung unangenehm sein. Ihre Anwesenheit und Fürsorge als Bezugsperson ist daher im gesamten Untersuchungsablauf sehr wichtig, um Ihr Kind zu stärken. Wir werden Ihnen erklären, wie Sie uns am besten unterstützen können.

Zu Untersuchungsbeginn wird ein dünner, weicher Plastikschlauch (Darmrohr) peranal eingeführt und mittels Pflasterverklebung fixiert.

In einem ersten Durchleuchtungsbild werden Kontraindikationen, wie freies Gas (Darmperforation) ausgeschlossen und ein Überblick über die Darmgasverteilung gewonnen.

Unter Durchleuchtung wird über das Darmrohr kontrolliert Luft (ca. 80- 120 mmHg) eingeleitet und der Repositionsfortschritt verfolgt. Als Behandlungserfolg gilt ein Luftübertritt vom Dick- in den Dünndarm.

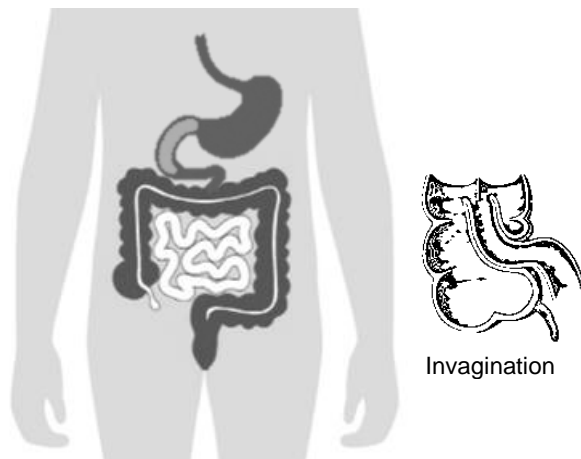
RISIKEN, KOMPLIKATIONEN UND ALTERNATIVERFAHREN

Seien Sie versichert, dass wir mit grösster Sorgfalt jede Untersuchung prüfen, vorbereiten und durchführen. Trotzdem kann es zu – unter Umständen lebensbedrohlichen – Komplikationen kommen, die Folge-massnahmen erfordern. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir aus rechtlichen Gründen über eingriffsspezifische Risiken informieren müssen, selbst wenn diese nur in Ausnahmefällen eintreten.

Kommen andere Untersuchungsmethoden für Ihr Kind in Betracht, wird Sie die Ärztin/ der Arzt hierzu informieren bzw. erläutern, warum die angegebene Untersuchung angeraten ist.

Vor der Untersuchung haben Sie Gelegenheit, mit ihrer Ärztin/ ihrem Arzt auf individuelle Risiken einzugehen. **Bitte fragen Sie nach allem, was Ihnen unklar ist.** Sie haben jedoch ebenso das Recht, auf eine ausführliche Aufklärung zu verzichten.

- **Allergische Reaktion/ Unverträglichkeit** z.B. Kontrastmittel, Betäubungsmittel, Latex können zu leichteren Reaktionen (z.B. Juckreiz, Hautausschlag, Erbrechen), aber auch zum akuten Kreislaufschock führen, der intensivmedizinische Massnahmen erfordert und in schwerwiegenden Fällen zu bleibenden Schäden (z.B. Organversagen, Hirnschäden) oder zum Tode führt.
- Bei enteraler Kontrastmittelgabe können krampfartige **Durchfälle** auftreten, diese klingen zumeist zügig und vollständig ohne weitere Massnahmen ab.
- Sehr selten können infolge einer Darmverletzung (**Perforation**) oder einer undichten Nahtanastomose Darminhalt, Kontrastmittel oder Luft in den Bauchraum austreten und zu einer Bauchfellentzündung (**Peritonitis**) oder einem **lokalen Abszess** führen. Dies erfordert eine operative Korrektur und/ oder kann in narbigen Verwachsungen sowie Darmverengungen resultieren.
- Sehr selten kann die Gabe von jodhaltigem Kontrastmittel bei vorbestehender Störung der Schilddrüse zur Überfunktion (**Hypertyreose**), im Extremfall **thyreotoxischen Krise** führen.
- Sehr selten sind **Elektrolyt- und Flüssigkeitsverluste** infolge enteraler Kontrastmittelgabe möglich, um dies zu vermeiden, verwenden wir bei Kindern nur isoosmolare Kontrastmittel



Schematische Darstellung des Magen-Darm-Traktes
(Quelle: modifiziert nach Amante S. et al. 2018)

- Peranale pneumatographische Darmreposition

Diese Intervention wird stets in Sedierung durchgeführt, da die Darmeinstülpung für sich und auch die Reposition schmerzhaft sein können. Für weitere Informationen hinsichtlich Durchführung und Risiken der Anästhesieverfahren werden die Kollegen des Notfallzentrums bzw. der Anästhesie auf Sie zukommen.



**PB_Appendix
Kolonkontrasteinlauf/ Darmreposition**

Änderung gegenüber letzter Fassung: Aktualisierung Graphik

- Vorübergehende oder bleibende **Haut-, Gewebe-, Nervenschäden** können infolge eingriffbegleitender Massnahmen (z.B. Pflasterverklebung, Desinfektion) auftreten.
- Die **Strahlenexposition** bei der Durchleuchtung wird so gering wie möglich gehalten, dennoch ist ein statistisches Risiko nicht auszuschliessen.

VERHALTENSINWEISE

- Vorbereitende Massnahmen sind nicht notwendig.
- Sofern nicht anders verordnet, ist nach der Untersuchung eine ballaststoffreiche Ernährung und reichliches Trinken angeraten.
- Zögern Sie nicht, uns oder Ihren Kinderarzt zu kontaktieren, wenn im Nachgang der Untersuchung Atemnot, Juckreiz, Hautausschlag, Schmerzen der Untersuchungsregion, andere Symptome auftreten sollten.

WICHTIGE FRAGEN

Zur Erkennung etwaiger Gefahrenquellen/ spezieller Risiken, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Alter: _____ Grösse: _____ Gewicht: _____

1. Sind Allergien (z.B. Medikamente, Iod, Röntgenkontrastmittel, Latex, Pflaster, Desinfektionsmittel) bekannt?

Ja Nein

2. Werden regelmässig – oder in den letzten 8 Tagen – blutgerinnungshemmende Medikamente eingenommen?

Ja Nein

Wenn ja, wann zuletzt _____

3. Liegen Voruntersuchungen (Röntgen, CT, MRT) des Untersuchungsbereiches vor?

Ja Nein

Wenn ja, wann zuletzt _____

4. Wurde Ihr Kind bereits in der Untersuchungsregion operiert?

Ja Nein

Wenn ja, wann zuletzt _____

5. Liegen folgende Erkrankungen/ Symptome vor?

Erhöhte Blutungsneigung (z.B. Blutgerinnungsstörung, Neigung zu Blutergüssen, verstärkte Nachblutung bei kleinen Verletzungen oder Zahnbehandlungen)

Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung (z.B. Überfunktion, Mb. Hashimoto)

Ja Nein

6. Bei Mädchen: Könnte eine Schwangerschaft vorliegen?

Ja Nein

ÄRZTLICHE ANMERKUNGEN

(z.B. individuelle Risiken/ Folgemassnahmen, Fragen. Nachteile im Falle einer Ablehnung/ Verschiebung der Untersuchung)

ABLEHNUNG DER UNTERSUCHUNG

Die Ärztin/ der Arzt _____ hat mich/ uns umfassend über den bevorstehenden Eingriff und über die sich aus meiner/ unserer Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich/ wir haben die diesbezügliche Aufklärung verstanden und konnten offene Fragen klären. Ich/ Wir lehnen die vorgeschlagene Untersuchung ab.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte

Einwilligung zur Untersuchung

Ich/ wir bestätige/n, alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden zu haben. Im Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/ dem Arzt _____ wurde/n ich/ wir über Durchführung, Nutzen und Risiken der geplanten Untersuchung umfassend informiert. Alle ergänzenden Fragen konnten vollständig und verständlich geklärt werden.

Es bestehen keine weiteren Fragen. Ich/ wir benötige/n keine weitere Bedenkzeit und willige/n in die vorgesehene Untersuchung ein.

Mit unvorhersehbaren, medizinisch notwendigen Eingriffsänderungen, -erweiterungen und Folgeeingriffen bin ich/ sind wir ebenfalls einverstanden.

Verhaltenshinweise vor und nach der Untersuchung werde/n ich/ wir beachten.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte

Ärztin/ Arzt