

Wie geht es bei Ihrem Patienten weiter? Ist eine ambulante Behandlung gerechtfertigt?

Der Patient wird aufgrund der hochgradigen Rezidivblutungsgefahr zunächst weiter intensivmedizinisch überwacht. Der Patient bleibt vorerst nüchtern. Neben der kontinuierlichen Überwachung der Vitalparameter erfolgen engmaschige Hb-Kontrollen. Aufgrund stabiler Verhältnisse wird Herr N.N. nach 24-48 Stunden auf Normalstation verlegt. Dort erfolgt unter weiterer klinischer und laborchemischer Kontrolle ein Kostaufbau. Der Patient wird nach 6 Tagen in gutem Allgemeinzustand

entlassen mit der Empfehlung, sich nach 4-6 Wochen zu einer ambulanten endoskopischen Verlaufskontrolle (ggf. mit Biopsieentnahme) vorzustellen. Diese Verlaufskontrolle ist wichtig, da prinzipiell jedes Ulcus ventriculi maligner Genese sein kann.

Dem Patienten wird darüber hinaus bei Entlassung eingeschärft, wie er künftig selber mit auf Zeichen einer etwaigen Rezidivblutung achten kann. Hierbei geht es im Wesentlichen um die Schilderung von Anämiesymptomen (Schwäche, Belastungsdyspnoe, Schwindel, Ohrensausen) sowie das Absetzen von Blut (Hämatemesis, Hämatochezie, Melaena).

Steckbrief

Obere gastrointestinale Blutungen

Englische Bezeichnung: upper gastrointestinal bleeding.

Definition

Blutverlust aus Läsionen des Gastrointestinal (GI)-Traktes oberhalb des Treitz'schen Bandes, ca. 90% aller Blutungen im GI-Trakt.

Blutungsquellen (mit Angabe der Häufigkeiten)

- Ulcus duodeni et ventriculi: zusammen ca. 50% (s. Info-Box 4.5).
- Portale Hypertension: ca. 20%
 - Ösophagusvarizen
 - Magenfundusvarizen
 - portal hypertensive Gastropathie der Magenschleimhaut
- Erosionen/Erosive Gastritis: ca. 10%
 - Nur das Epithel betreffender Substanzverlust der Schleimhaut ohne Durchbrechung der Muscularis mucosae. Relevante Blutungsereignisse in der Regel nur bei Gerinnungsstörungen.
 - Flache/inkomplette Erosion: Im Niveau der Mukosa, kein Randwall, akute Form.
 - Komplette Erosion: Zentrale Nekrose und aufgeworfener Randwall ohne erkennbares Ulkus, chronische Form.
- Mallory-Weiss-Syndrom: ca. 10%
 - Longitudinale Schleimhautschädigungen mit intramuraler Dissektion im Bereich des distalen Ösophagus und des proximalen Magens.
- Auslösung üblicherweise im Rahmen von Episoden mit heftigstem Erbrechen. Die dabei auftretenden ausgeprägten Scherkräfte ziehen starke und lebensbedrohliche Blutungen aus submukosalen Arterien nach sich.
- Die Anamnese ist wegweisend: erst Erbrechen, dann Blutbeimengung!
- Gefäßmalformationen (Angiodysplasien): ca. 5%
 - Idiopathische Angiome: tumorartige Gefäßneubildung (Hämangiom) oder -fehlbildung (Angiektasie, Kavernom).
 - Osler-Weber-Rendu-Syndrom (hereditäre hämorrhagische Teleangiektasie).
 - Ulcus Dieulafoy: akutes solitäres Schleimhautulkus des oberen Magendrittels als seltene Unterform des Ulcus ventriculi.
 - „Wassermelonen-Magen“ (CAVE = gastrale antrale vaskuläre (Gefäß-)Ek-tasien).
 - Teleangiektasien als Bestrahlungsfolge: Dilatation vorbestehender kleiner Blutgefäße.
 - Bean-Syndrom (blue-rubber-bleb-naevus-Syndrom): venöse Fehlbildungen des GI-Trakts mit blauschwarzen, weichen, gummiartigen Gefäßknoten mit runzlicher Oberfläche.
- Refluxösophagitis: ca. 5%
- Tumoren: ca. 2%
 - Benigne: Leiomyome, Lipome, Polypen.
 - Maligne: Plattenepithel- und Adenokarzinome, Leiomyo- und Kaposi-Sarkome, Lymphome, Karzinoide, Melanome, Metastasen.

Steckbrief

- Traumafolgen
 - Fremdkörperingestion
 - aortoenterische Fistel

Klinik

- Blutungskorrelate (s. Infobox 4.1)
 - Bluterbrechen (Hämatemesis)
 - Teerstuhl (Melaena)
 - Hämatochezie bei starker Blutung
- Zeichen des hypovolämischen Schocks je nach Blutungsstärke (s. Infobox 4.2).
- Mikrozytäre hypochrome Anämie: bei leichten, chronischen Blutverlusten evtl. einziges Symptom.

Diagnostik

Basisdiagnostik

- Anamnese (s. Abschnitt 4.1)
 - Stuhlveränderungen, Schmerzen
 - Anämie-Symptome
- Risikoprofil: Leberzirrhose, Einnahme von nicht-steroidalen Antirheumatika, Nikotin- und Alkoholabusus
- Inspektion und körperliche Untersuchung (s. Abschnitt 4.2)
 - Hautblässe, Schockzeichen (Anämie, Zentralisation)
 - Kreislaufparameter (Schock-Index)
 - rektal-digitale Untersuchung (Teerstuhl? Hämatochezie?)
- Labor (s. Abschnitt 4.3)
 - Blutbild: Ausmaß der Anämie, Verlaufsbeobachtung
 - Thrombozytenzahl: zelluläre Gerinnungsstörung?
 - Gerinnungsparameter: plasmatische Gerinnungsstörung?
 - Retentionswerte: prärenales Nierenversagen im Rahmen eines hypovolämischen Schocks?

Weiterführende Diagnostik

- Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD)
 - Untersuchungsmethode der ersten Wahl.
 - Suche und Lokalisation der Blutungsquelle, im Anschluss gezielte endoskopische Blutstillung Biopsieentnahme mit anschließender histologischer Beurteilung.
- Angiografie (s. Infobox 4.7), CT-Angio
- Szintigrafische Untersuchungen (s. Infobox 4.7)

Differenzialdiagnosen

Siehe Ätiologie.

Therapie

- Sofortmaßnahmen
 - engmaschiges Kreislaufmonitoring
 - Volumenersatz
 - ggf. Bluttransfusionen: Großzügige Transfusionen bei älteren Patienten oder Patienten mit schweren Begleiterkrankungen (Ziel-Hämatokrit > 30%). Bei jüngeren, ansonsten gesunden Patienten Ziel-Hämatokrit 20%.
 - Aspirationsgefahr: je nach Zustand Legen einer Magensonde bis zur Schutzintubation.
- Ausgleichen einer Gerinnungsstörung
 - Thrombozytenkonzentrate
 - FFP: engl. fresh frozen plasma: bei -80 °C tiefgefrorenes menschliches Plasma
 - PPSB: gefriergetrockneter Prothrombinkomplex aus den Faktoren II, VII, IX und X
- Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) zur Blutstillung
 - Injektion von Fibrinkleber (natürlicher „Eiweißkleber“)
 - Injektion einer Adrenalin-Lösung (hochpotentes Vasokonstriktivum)
 - mechanische Blutstillung („Clip“: Titan(draht)clip zur Blutgefäßabklemmung)
 - thermische Verfahren (Gewebs-/Blutgefäßzerstörung durch Verkochung): Laser, Elektro- oder Argon-Plasma-Coagulation (APC)
 - Behandlung nicht aktiv blutender aber blutungsgefährdeter Läsionen im Sinne einer Rezidivblutungsprophylaxe (s. Infobox 4.4).
- Medikamentöse Therapie
 - Injektion von Terlipressin (Analogon des natürlichen Vasokonstriktors Vasopressin), Somatostatin oder Octreotid (synthetisches Somatostatin-Analogon). Wirksam v.a. bei venöser Blutung bei portaler Hypertension (z.B. Ösophagusvarizenblutung).
- Rezidiv-Blutung
 - In der Regel erneutes endoskopisches Vorgehen.
 - Frühzeitiges operatives Vorgehen nur bei technischen Schwierigkeiten in der vorangegangenen ÖGD und bei instabilen, multimorbiden Patienten.

Steckbrief

Prognose

Sehr wichtig im Falle einer GI-Blutung ist die Risiko-Abschätzung für eine Rezidivblutung, da in immerhin $\frac{1}{3}$ der Fälle innerhalb von 3 Tagen eine erneute Blutung auftritt. (s. Infobox 4.4)

Ungünstige Prognosefaktoren

- Arterielle Blutung, adhärente Thromben, sichtbarer Gefäßstumpf, höhergradige Varizen, portal-hypertensive Gastropathie.
- Hochsitzende Ulcera ventriculi an der kleinen Krümmung und an der Hinterwand

des Bulbus duodeni. Hier besteht eine Nachbarschaft zu großen arteriellen Gefäßen (A. gastrica sinistra bzw. A. gastroduodenalis), die zu stärksten Blutungen führen können.

- Hämatokrit initial < 30%, hypovolämischer Schock.
- Alter > 60 Jahre
- Begleiterkrankungen
- Auftreten von Komplikationen: Aspiration mit nachfolgender Pneumonie, akutes Nierenversagen in Folge eines hypovolämischen Schocks.

Infobox 4.7

Untere GI-Blutung - Blutungsquellen, Klinik und Diagnostik

Definition

- Blutungen unterhalb des Treitz'schen Bandes, ca. 10% aller Blutungen im GI-Trakt.

Blutungsquellen

- Dünndarmblutungen
 - Angiodysplasien, Hämangiome (häufig)
 - Tumoren
 - Morbus Crohn
 - Meckel-Divertikel: im Dünndarm versprengt liegende Magenschleimhautinseln, die aus einem persistierenden Ductus omphaloentericus entstammen und ca. 1 m proximal der Bauhin'schen Klappe liegen. Differenzialdiagnostisch relevant v.a. bei jungen Patienten.
 - Mesenterialinfarkt
- Kolorektale Blutungen
 - Divertikulitis auf dem Boden einer Divertikulose (häufig)
 - Angiodysplasien, Hämangiome (häufig)
 - chronisch entzündliche Darmerkrankungen (M. Crohn, Colitis ulcerosa)
 - Polypen
 - Karzinom
 - infektiöse Kolitis
 - ischämische Kolitis
 - Hämorrhoiden
 - Proktitis

- Analfissur
- Endometriose (selten)

Eine Angabe von Häufigkeiten ist hier sehr schwierig, da u.a. Lebensalter sowie Begleiterkrankungen des Patienten berücksichtigt werden müssen.

Klinik

- Hämatochezie: in der Regel vorhanden, je nach Stärke Blutauflagerungen bis „Blutstuhl“.
- Teerstuhl: In Ausnahmefällen: v.a. Blutung aus Meckel-Divertikeln.

Diagnostik (s. auch Steckbrief)

- Koloskopie
 - Untersuchungsmethode der ersten Wahl.
 - Vorteil: gleichzeitig diagnostische und therapeutische Optionen: Lokalisation der Blutungsquelle, gezielte endoskopische Blutstillung, Biopsieentnahme mit anschließender histologischer Beurteilung, Abtragung von Polypen.
 - Nachteil: Bei unvorbereitetem Kolon in der Regel massive Stuhl- und Blutverschmutzungen. Daher häufig unzulängliche Beurteilbarkeit wegen mangelnder Sicht auf die Darmschleimhaut. Erhöhte