

Gastrointestinale Notfälle erkennen und behandeln – Gastrointestinale Blutung

Titel



Dr. Herbert Schönekas

Die akute gastrointestinale Blutung stellt die häufigste Notfallsituation in der Gastroenterologie dar. Mehr als 60 000 Krankenhauseinweisungen sind daher jährlich in der Bundesrepublik Deutschland erforderlich. Nahezu 90 Prozent der Blutungsquellen liegen im oberen Gastrointestinaltrakt, etwa ein bis zwei Prozent zwischen dem Treitz'schen Band und der Ileozökalklappe und knapp zehn Prozent sind im kolorektalen Bereich lokalisiert. Die Effizienz in der Diagnostik und Therapie der gastrointestinalen Blutungen konnte in den letzten zehn Jahren durch Einführung wesentlicher neuer diagnostischer und therapeutischer, vorwiegend endoskopischer, Maßnahmen deutlich gesteigert werden.

Klinisches Bild

Klinische Leitsymptome bei Gastrointestinalblutungen sind Bluterbrechen (Hämatemesis) und/oder Teerstuhl (Meläna) sowie der rote Blutstuhl (Hämatochezie). Begleitreaktionen wie Kreislaufdepression hin bis zum hypovolämischen Schock, Hautblässe oder körperliche Schwäche sind in Abhängigkeit von der Schwere der Blutung nachweisbar, jedoch ohne die obigen Leitsymptome nicht beweisbar.

Prognostisch von großer Bedeutung ist der Bedarf an Blutkonserven, der bis zur Stabilisierung des Kreislaufes erforderlich ist.

Blutungsursachen

Im oberen Gastrointestinaltrakt (Abbildung 1) ist trotz der Einführung der Eradikationstherapie beim *Helicobacter pylori* nach wie vor das gastroduodenale Ulkus die häufigste Ursache, wobei das *Ulcus ventriculi* vor allem bei Älteren zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Die Blutung aus Ösophagus- bzw. Fundusvarizen ist mit 20 Prozent und steigender Tendenz die zweithäufigste Blutungsquelle. Nicht zu vergessen sind Blutungen bei Refluxkrankheiten, vor allem auch wieder bei älteren, bettlägerigen Patienten. Hämobilie, Blutungen nach Papillotomie oder auch Succus hämopancreati-

cus sind zwar seltene Blutungsursachen, sollten jedoch immer Anlass sein, bei der Endoskopie auch die Papillenregion zu inspizieren. Bei der Hämatochezie liegt die Blutungsquelle in der Mehrzahl der Fälle distal der Bauhin'schen Klappe (Abbildung 2).

Diagnostik

Die Diagnostik der akuten Gastrointestinalblutung beruht auf der Anamnese, der körperlichen Untersuchung, der Endoskopie und in seltenen Fällen auch der Angiographie bzw. der Szintigraphie. Die präzise auf wenige Kernfragen konzentrierte Anamnese und körperliche

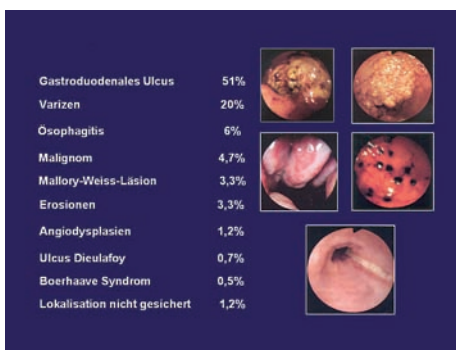


Abbildung 1: Blutungsursachen oberer Gastrointestinaltrakt (n = 429).



Abbildung 2: Blutungsquellen unterer Gastrointestinaltrakt.

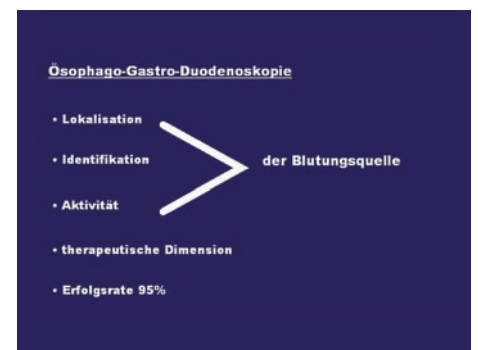


Abbildung 3: Diagnostik oberer Gastrointestinaltrakt.

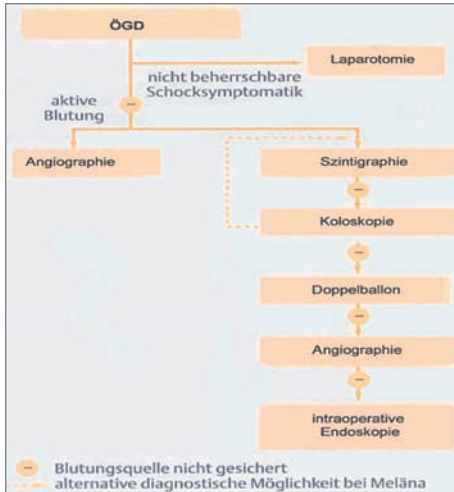


Abbildung 4: Stufendiagnostik (Hämatemesis/Meläna), modifiziert nach Riemann et al.

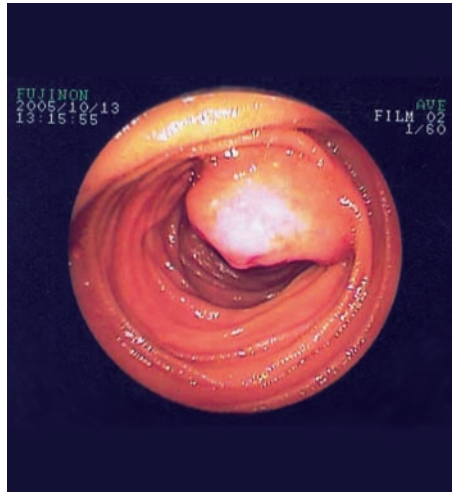


Abbildung 5: Doppelballon – polypoide Läsion im Jejunum.

intestinaltrakt vor, kann durch die direkte Inspektion problemlos zwischen potenzieller und realer Blutungsursache differenziert werden. Darüber hinaus informiert sie über die Dignität der Läsion, was durch die gleichzeitige Histologiegewinnung kontrolliert werden kann. Neben diesen diagnostischen Vorteilen kann im gleichen Arbeitsgang endoskopisch-therapeutisch interveniert werden (Abbildung 4).

Voraussetzung für eine aussagekräftige endoskopische Untersuchung im Rahmen einer akuten Gastrointestinalblutung sind

- erfahrene Endoskopiker,
- Endoskopie so früh wie möglich,
- kardio-pulmonale Stabilisierung, Überwachung,
- weitlumige Instrumente.

Untersuchung liefern besonders bei der oberen Gastrointestinalblutung wichtige diagnostische und prognostische Informationen:

- Frage nach Alkohol, Medikamenten, Vorerkrankungen, Operationen,
- körperliche Untersuchung der Mundhöhle (Nasenbluten), Auskultation (Lungenödem), Bauchraum (Aszites), rektale Untersuchung.

Die Domäne der akuten Gastrointestinalblutung ist heute unbestritten die Endoskopie. Aufgabe der Inspektion (Abbildung 3) ist es, die Blutungslokalisierung, die Ursache und die Aktivität der Blutung zu bestimmen. Zusätzlich sind durch den Nachweis bestimmter Blutungsstigmata (Ulkusgefäß, Koagel) prognostische Aussagen möglich. Der aktuelle endoskopische Befund legt die therapeutische Strategie fest. Liegen mehrere Läsionen im oberen Gastro-

Blutungen aus dem unteren Gastrointestinaltrakt verursachen selten gravierende Kreislaufreaktionen. Primär erfolgt die endoskopische Inspektion des Anus, Rektums und Sigmas. Eine anschließend notfallmäßige Koloskopie ist nur selten zwingend und sollte erst nach ausreichenden Abführmaßnahmen durchgeführt werden. Die endoskopische Lücke zwischen Treitz'schen Band und Ileozökalklappe kann

Anzeige

Unsere Kunden wissen wie gut wir sind.

Die Privatabrechnung ist ein wichtiger Bestandteil Ihrer Praxiseinnahmen. Hier sollte die beste Betreuung gerade gut genug sein. Unsere letzte Kundenbefragung bescheinigt Medas Spitzenwerte in Qualität und Leistung:

Note 1,09 für die Freundlichkeit unseres Teams
Note 1,17 für die fachliche Betreuung

Mittelmäßigkeit zum Billigtarif überlassen wir anderen. Unsere Kunden und wir sind uns einig: „Qualität und Service sind ihren Preis wert!“

Infos unter **089 14310-115**
 Frau Stimmler freut sich auf Ihren Anruf.



Medas GmbH
 Treuhandgesellschaft für
 Wirtschaftsinkasso und
 medizinische Abrechnungen
 Messerschmittstraße 4
 80992 München
 Telefax 089 14310-200
 info@medas.de
 www.medas.de

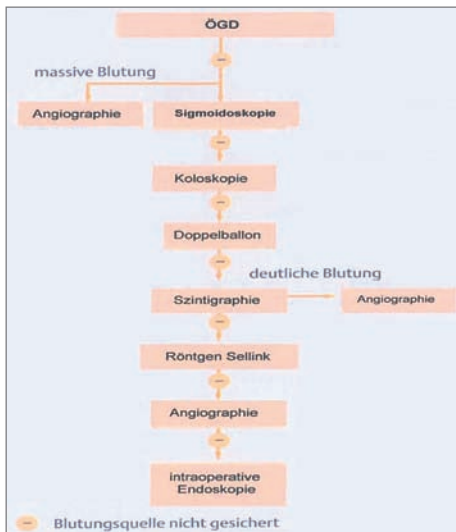


Abbildung 6: Diagnostik (Hämatochezie), modifiziert nach Riemann et al.

inzwischen durch die Kapselendoskopie bzw. durch die Doppelballonmethode geschlossen werden (Abbildung 5). Die selektive Angiographie ist zur Diagnostik einer aktiven Blutung im Dünndarm und im Kolon indiziert, wenn eine endoskopische Klärung nicht möglich ist. Die modernen nichtinvasiven, szintigraphischen Methoden stellen eine wertvolle Ergänzung dar. Besonders bei intermittierend blutenden Läsionen gelingt mit Tc-markierten Erythrozyten oder Kolloiden bis zu 85 Prozent der Nachweis der Blutungslokalisierung. Bei subakuten Blutungen sind die nuklearmedizinischen Methoden der Angiographie überlegen und sollten primär eingesetzt werden (Abbildung 6).

Prognosefaktoren

Die Prognose der Gastrointestinalblutung hat sich in den letzten zehn Jahren vor allem durch intensivierte endoskopische Verfahren deutlich verbessert. In Abbildung 7 sind die wesentlichen Prognosefaktoren aufgezeigt. Zur exakten Beschreibung und Prognoseeinschätzung von blutenden solitären Läsionen, überwiegend der Ulkusblutung, hat sich das nach Forrest benannte Schema durchgesetzt. Nach diesem werden drei Situationen unterschieden. Arteriell spritzende Blutungen stellen die gefährlichste Läsion dar.

Therapie

Indikationen zur therapeutischen endoskopischen Intervention sind aktive Blutungen, Ulzera mit Gefäßstumpf oder Koagel, Angio-

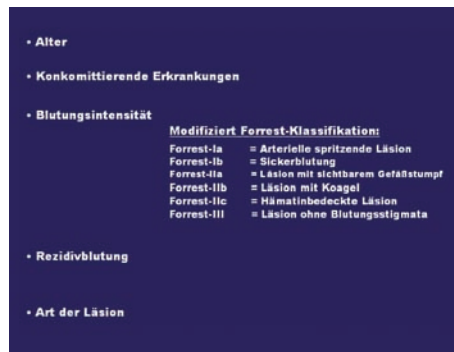


Abbildung 7: Prognosefaktoren Gastrointestinalblutung.

dysplasien bzw. Neoplasien mit positiver Blutungsanamnese. In der Therapie der aktiven Gastrointestinalblutung ist heute auch die Endoskopie die Methode der Wahl, während die medikamentöse Therapie zum Beispiel mit Protonenpumpenhemmern eine additive Behandlung zur Endoskopie bzw. eine Beschleunigung der Abheilung der Läsion erreichen kann.

In den vergangenen 15 Jahren wurde ein breites Spektrum von verschiedenen Blutstillungsmethoden im Rahmen der Endoskopie entwickelt. Sie haben wesentlich zu einer Bereicherung der differenzialtherapeutischen Möglichkeiten geführt.

Wir unterscheiden dabei vier verschiedenen wirkende Verfahren

- topische Methoden (Gewebekleber, Gerinnungsfaktoren, Fibrinkleber, Vasokonstriktiva),
- mechanische Therapie (Ballontamponade, Gummibandligatur, Clip),
- thermische Therapie (Elektrokoagulation, APC, Laser),
- Injektionstherapie (Suprarenin, Polidocanol, Fibrinkleber).

Während bei den topischen Methoden Vasokonstriktiva (verdünnte Suprareninlösung) am häufigsten angewandt werden, sind mechanische Methoden, vor allem die Gummibandligatur bei Ösophagusvarizen und Clips bei Gefäßstümpfen, erfolgreiche Methoden. Laser



Abbildung 8: Akute Gastrointestinalblutung.

bzw. APC führen bei Angiodysplasien bzw. bei blutenden Neoplasien zu einer effektiven Blutstillung.

Auf Grund der vorhandenen verschiedenen Therapiemöglichkeiten hat sich bei der akuten Gastrointestinalblutung die in Abbildung 8 ersichtliche Differenzialtherapie als sinnvoll erwiesen. Die Notwendigkeit einer aufwändigen Katheterembolisation im Rahmen einer Angiographie ist eine extrem seltene Indikation und sollte nur in Zentren bei Hochrisikopatienten durchgeführt werden.

Zusammenfassung

Die akute Gastrointestinalblutung ist der häufigste gastroenterologische Notfall. 90 Prozent der akuten Gastrointestinalblutungen sind im oberen Gastrointestinaltrakt lokalisiert. Die Domäne der Diagnostik ist die Endoskopie. Doppelballonendoskopie und Kapselendoskopie sind effiziente neue Untersuchungsmethoden in der Diagnostik der oberen Gastrointestinalblutung.

Auch in der Therapie der akuten Gastrointestinalblutung ist die Endoskopie mit ihren vielfältigen differenzialtherapeutischen Möglichkeiten der verschiedenen Läsionen die Methode der Wahl.

Dr. Herbert Schönekaes, Chefarzt,
Euromed-Clinic,
Europaallee 1, 90763 Fürth,
Telefon 0911 97146-71,
E-Mail: hschoenekaes@euromed.de