

Nicht sehr häufig, aber oft dramatisch

Gastrointestinale Blutung

Die gastrointestinale Blutung (GI-Blutung) stellt eine potentiell lebensbedrohliche Situation dar, die der unverzüglichen Diagnostik und Behandlung bedarf. Die Grundzüge davon sind in diesem Artikel resümiert.

Rund 80% der Blutungsquellen sind proximal des Treitz-Bandes lokalisiert und werden somit als obere GI-Blutung klassifiziert, rund 5% treten im Dünndarm als sogenannte mittlere GI-Blutung auf und rund 15% der GI-Blutungen haben ihre Ursache im unteren GI-Trakt (1, 2). Wichtig ist die Unterscheidung zwischen einer overtren, also klinisch sichtbaren Blutung, sowie einer okkulten, also klinisch nicht sichtbaren Blutung. Von einer obskuren GI-Blutung spricht man, wenn auch nach endoskopischer Untersuchung keine Blutungsquelle identifiziert werden konnte. Dies ist oftmals bei Dünndarmblutungen der Fall (1). Die Inzidenz der GI-Blutungen ist insgesamt sinkend, wobei insbesondere bei den oberen GI-Blutungen aufgrund des PPI Gebrauchs und der Eradikation von *Helicobacter pylori* eine deutliche Abnahme zu beobachten ist (rund 40-150/100 000 Personen), während die unteren GI-Blutungen aufgrund der Alterung der Population mit zunehmender Multimorbidität, zunehmendem Gebrauch von NSARs und zunehmender Verwendung von Antikoagulantien leicht zunehmen (rund 33/100 000 Personen). Die Mortalität der GI-Blutung liegt bei knapp unter 3% (2).

Die häufigste Blutungsursache ist in rund 50% aller Fälle ein *Ulcus ventriculi* oder *Ulcus duodeni*. Weiterhin sind als Ursache der oberen GI-Blutung Ösophagusvarizen, (Reflux-)Ösophagitis, Angiodysplasien, Tumorblutungen sowie das Mallory-Weiss Syndrom zu nennen. Bei der unteren GI-Blutung kommen insbesondere Hämorrhoiden, Angiodysplasien, Tumoren, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen und Divertikelblutungen als Ursache in Betracht (1). Die Leitsymptome der GI-Blutung sind Hämatemesis, Meläna oder Hämatochezie. Zu beachten ist, dass eine Hämatochezie bei rund 11% der Patienten mit massiver oberer GI-Blutung auftritt (1). Eine Risikoeinschätzung ist mittels Glasgow-Blatchford-Score (Endoskopie-Notwendigkeit), Rockall-Score oder AIMS-65 (Mortalität) möglich.

Bei Verdacht auf eine obere GI-Blutung sollte vor der Endoskopie eine Therapie mit PPI etabliert werden. Idealerweise werden hierbei 80 mg als Bolus appliziert, gefolgt von einer Perfusor-Therapie mit 8 mg/h PPI. Bei einem Hämoglobin-Wert von 7.0 g/dl oder darunter sollten Erythrozytenkonzentrate transfundiert werden. Bei Patienten, welche zudem an ischämie-bedingten Erkrankungen lei-



Prof. Dr. med. Michael Scharl
Zürich

den sollte diese Grenze etwas höher liegen. Bei Hinweisen auf eine andauernde obere GI-Blutung sollten zudem Prokinetika verabreicht werden, wie etwa 250 mg Erythromycin als Einmaldosis 30 Minuten vor der Endoskopie. Alle Patienten mit Hinweisen auf eine obere GI-Blutung sollen innert 24 h endoskopiert werden, bei Vorliegen von Hochrisikofaktoren, wie etwa hämodynamischer Instabilität, sollte die Endoskopie innert 12 h erfolgen (2).

Gemäss den ESGE Guidelines werden Ulzera Forrest I und IIa+b mittels endoskopischer Blutstillung behandelt. Bei Ulzera Forrest IIb ist eine Entfernung des bedeckenden Koagels indiziert. Ulzera Forrest IIc und III können gut konservativ behandelt werden (2).

Prof. Dr. med. Michael Scharl

Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie
UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100, 8091 Zürich
michael.scharl@usz.ch

+ **Interessenskonflikt:** Der Autor hat keine Interessenskonflikte deklariert

Take-Home Message

- ◆ Die häufigsten Blutungsquellen liegen oberhalb des Treitz-Bandes
- ◆ Die unteren GI-Blutungen weisen eine leicht steigende Inzidenz auf
- ◆ Bei Verdacht auf eine obere GI-Blutung ist eine (parenterale) PPI-Therapie indiziert gefolgt von einer Endoskopie in Blutstillungsbereitschaft.

Literatur:

1. Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2016;111:459-474
2. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2015;47:a1-46