

Katrin Hoffmann

Dr. med.

Ursachen und klinischer Verlauf der oberen gastrointestinalen Blutung bei Patienten in einer Klinik der Zentralversorgung

Geboren am 21.11.1978 in Filderstadt

Staatsexamen am 10.05.2005 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Innere Medizin

Doktorvater: Prof. Dr. med. L. Theilmann

Im Klinikum Pforzheim wurden im Zeitraum vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2003 179 Patienten wegen einer oberen gastrointestinalen Blutung behandelt.

Der Altersdurchschnitt des Kollektivs lag bei $65,6 \pm 17,6$ Jahren. Fast ein Viertel der Patienten war über 80 Jahre alt. Zwei Drittel der Patienten waren männlich, ein Drittel weiblich. Bei 96,6 % der Patienten konnte endoskopisch eine eindeutige Blutungsquelle nachgewiesen werden. Die häufigsten Symptome der Blutung waren Teerstuhl und Hämatemesis.

Die Blutungsursachen waren wie folgt: Ulzera in 54 Fällen, Erosionen in 40 Fällen, Ösophagusvarizen in 20 Fällen, Refluxösophagitis in 20 Fällen, Tumoren in 16 Fällen, Mallory-Weiss-Syndrom in 12 Fällen, Exulceratio simplex Dieulafoy in drei Fällen, Angiodysplasien in zwei Fällen, GAVE-Syndrom in zwei Fällen, iatrogen verursachte Blutung, Soorösophagitis, Magenperforation und Urämie in jeweils einem Fall. Bei sechs Patienten konnte die Blutungsursache nicht benannt werden. Übereinstimmend mit den Angaben aus der internationalen Literatur sind Ulzera, Erosionen und Ösophagusvarizen die häufigsten Blutungsquellen der oberen gastrointestinalen Blutung.

Bei 6,7 % der Patienten ereignete sich die Blutung während sie stationär wegen einer anderen Erkrankung behandelt wurden. Die Letalität war hier 25 %.

Die Gesamtletalität im Patientengut betrug 8,4 %. Die Letalität der Varizenblutung lag bei 10 %. An den unmittelbaren Folgen des Blutverlustes verstarb ein Drittel der Patienten, die übrigen erlagen den Folgen ihrer schweren Vorerkrankungen.

Bei einem Viertel der Patienten wurde eine endoskopische Blutstillung durchgeführt. Zur Hämostase wurden insgesamt vierundzwanzigmal Adrenalininjektionen, dreizehnmal Gummibandligaturen, elfmal Fibrinkleber, zehnmal Hemoclips sowie sechsmal Argonplasmakoagulationen eingesetzt. Eine Somatostatininfusion wurde begleitend zur endoskopischen Hämostase sechsmal

verabreicht. Der Einsatz einer Sengstakensonde war bei einem Patienten erforderlich. Eine Operation war in 3,4 % der Fälle notwendig. Die Letalität betrug hier 40 %.

Die durchschnittliche Dauer des stationären Aufenthalts betrug $9,3 \pm 7$ Tage. 19 % der Patienten mußten dabei im Schnitt 4,5 Tage auf der Intensivstation betreut werden. Die Letalität in dieser Gruppe lag bei 14,7 %.

In 5 % der Fälle ereignete sich ein Blutungsrezidiv. Keiner der Patienten verstarb.

Über die Hälfte der Patienten benötigte eine Transfusion von Erythrozytenkonzentraten.

93,9 % der Patienten litten an einer oder mehrerer Vorerkrankungen. Am häufigsten fand sich mit 63,7 % eine kardiovaskuläre Grunderkrankung, gefolgt von Diabetes mellitus mit 25,1 %, maligner Grunderkrankung mit 23,5 % und chronischer Niereninsuffizienz mit 18,9 %. Die Letalität bei Patienten mit Vorerkrankung war mit 8,9 % höher als die Gesamtletalität und steht einer Letalität von 0 % bei den Patienten ohne Vorerkrankung gegenüber.

6,1 % der Patienten waren ohne Vorerkrankungen. Ihr Altersschnitt mit $39,1 \pm 17,4$ Jahren und ihr durchschnittlicher stationärer Aufenthalt mit $3,9 \pm 2,3$ Tagen waren wesentlich niedriger als im Gesamtkollektiv. Ebenso gab es in dieser Gruppe keine Todesfälle oder Rezidivblutungen.

Das hohe Alter der betroffenen Patienten und eine Gesamtletalität von 8,4 %, sowie eine im Vergleich zur internationalen Literatur niedrige Operations- und Rezidivquote von 3,4 % beziehungsweise 5 % scheinen zu bestätigen, daß trotz modernster diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten die Hauptschwierigkeit beim Krankheitsbild der oberen gastrointestinalen Blutung die zunehmende Komorbidität und die dadurch bedingte höhere Sterblichkeit ist.

Die obere gastrointestinale Blutung bleibt also weiterhin ein ernstzunehmendes Krankheitsbild und fordert den Einsatz von qualifiziertem Personal und eine reibungslose interdisziplinäre Kooperation. Durch frühzeitige Einstufung der Patienten in Risikogruppen bezüglich Letalität und Rezidivgefahr können besonders gefährdete Patienten erkannt und einer intensiven Therapie zugeführt werden, während Patienten mit niedrigem Risiko frühzeitig entlassen oder sogar ambulant behandelt werden können.

Mangels entsprechender Vergleichsmöglichkeiten war es notwendig, Daten zur aktuellen Situation der oberen gastrointestinalen Blutung in Deutschland zu erheben. Unsere Ergebnisse stimmen trotz unterschiedlicher sozialer, politischer und ökonomischer Gegebenheiten im wesentlichen mit den Aussagen der internationalen Literatur überein. Sie liefern einen interessanten Überblick über die Ursachen und den klinischen Verlauf der Erkrankung an unserer Klinik und können als Basis für Vergleiche besonders auf nationaler Ebene herangezogen werden.