

Frank Decker  
Dr.med.

**Die vitale Bedrohung bei oberer gastrointestinaler Blutung:  
Prognosefaktoren einer retrospektiven multivariaten Analyse**

Geboren am 24.05.1976 in Landau i. d. Pfalz  
Staats-Examen am 10.05.2004 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Chirurgie  
Doktorvater: Prof. Dr. med. S. Riedl

Das Krankheitsbild der oberen gastrointestinalen Blutung ist sowohl für den Chirurgen als auch für den Internisten von großer Bedeutung: Zum einen ist die obere gastrointestinale Blutung die häufigste gastroenterologische Notfallsituation überhaupt, zum anderen ist sie als eigentlich benignes Krankheitsbild mit einer erstaunlich hohen Letalität behaftet. Eine Krankenhausletalitätsrate von 14% bei Patienten mit oberer gastrointestinaler Blutung im eigenen Patientenkollektiv und ähnliche Angaben aus der Literatur zeigen, dass Bedarf in der Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe besteht. Ein Beitrag dazu könnte darin bestehen, besonders gefährdete Patienten frühzeitig zu erkennen, um mit intensivierten Überwachungs- und Therapiemaßnahmen eine Senkung der Letalität zu erreichen. Daraus hat sich die Fragestellung dieser Arbeit entwickelt, nach unabhängigen Prognosefaktoren zu suchen, die mit dem letalen Ausgang einer oberen gastrointestinalen Blutung korrelieren.

Eine Literaturanalyse erbrachte 55 Publikationen über das Themengebiet „Risiko- und Prognosefaktoren der oberen gastrointestinalen Blutung“. Die Auswertung zeigte, dass sehr unterschiedliche Zielkriterien Verwendung finden und der Tatsache, dass die Letalität bei einer oberen gastrointestinalen Blutung zumeist multifaktoriell bedingt ist, nur in wenigen Analyseansätzen dieser Studien Rechnung getragen wird.

In dieser Analyse erfolgt die Auswertung der klinischen Daten von 121 Patienten, die im 4-Jahres-Zeitraum von Januar 1998 bis Dezember 2001 aufgrund einer oberen gastrointestinalen Blutung an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg behandelt wurden, mit einem multivariaten Analyseverfahren, der **logistischen Regressionsanalyse**, hinsichtlich dem harten Zielkriterium „**blutungsassoziierte Letalität**“ während des stationären Aufenthalts.

Um die Relevanz für die klinische Behandlung zu gewährleisten und dem Kliniker zu zeigen, auf welche Kriterien zu Beginn einer Behandlung zu achten sind, um potentiell vital bedrohte Patienten zu erkennen, erfolgte in dieser Studie die Auswertung von 20 Prognoseparameter unter besonderer Beachtung ihrer **klinischen Verfügbarkeit**. D. h. es wurde berücksichtigt, welche Parameter zu drei unterschiedlich definierten Zeitpunkten jeweils zur Verfügung standen: Bei Aufnahme des Patienten, nach der Endoskopie und nach Behandlungsabschluss. In dieser Studie ist zum Zeitpunkt der Aufnahme des Patienten in die Klinik die **Leberzirrhose** der einzige signifikante unabhängige Prognoseparameter, der das Risiko des Patienten, an einer oberen gastrointestinalen Blutung zu versterben, ausreichend beschreibt. Nach der initialen Endoskopie zeigt sich erneut die **Leberzirrhose** als unabhängiger signifikanter Prognoseparameter für den Ulkuspatienten, während das „**männliche Geschlecht**“ und die „**Ulkuslage an der Duodenalhinterwand**“ schwächere Prognoseparameter darstellen. Die Auswertung nach Abschluss der Therapie identifiziert erneut das Bestehen einer **Leberzirrhose** als unabhängigen Prognoseparameter.

Für die Patienten mit einer Leberzirrhose konnten in einer Wechselwirkungsanalyse für unser Patientenkollektiv die Parameter „initialer Hämoglobin-Wert“, „Anzahl der Operationen“ und „Blutungsrezidiv“ mit einem wahrscheinlichen Einfluss auf das Versterben an der oberen gastrointestinalen Blutung gefunden werden.

Die Einnahme von nichtsteroidalen Antiphlogistika und das Auftreten eines Mallory-Weiss-Syndroms hatten in unserer Studie keine letalen Auswirkungen. Das Auftreten eines initialen Blutungsschocks konnte aus methodischen Gründen ebenso wenig untersucht werden, wie weitere andere Parameter, so dass diese Studie keinen vollständigen Überblick über alle relevanten Prognoseparameter geben kann. In anderen Studien sind beispielsweise das Alter über 60 Lebensjahre, ein initialer Blutungsschock sowie das Auftreten von Rezidivblutungen ebenfalls relevante Risikofaktoren.

Andererseits haben klinisch weit verbreitete Parameter, wie insbesondere die Forrest-Klassifikation, unter den derzeit geltenden therapeutischen Verfahren in dieser Analyse keine zuverlässige Aussagekraft hinsichtlich eines späteren Versterbens an einer oberen gastrointestinalen Blutung. Unterschiedliche Studien geben verschiedene Risikofaktoren an, wobei es kaum eine gemeinsame Schnittmenge von gleichen Ergebnissen gibt.

Daher sind weitere methodisch valide Untersuchungen zu fordern. Diese sollen einerseits vermeiden, wenig aussagekräftige Parameter zu überinterpretieren. Andererseits sollen

weitere Studien dem Kliniker helfen, vital bedrohte Patienten mit oberer gastrointestinaler Blutung möglichst frühzeitig zu erkennen, um entsprechend reagieren zu können.