



Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Fakultät für Klinische Medizin Mannheim
Dissertations-Kurzfassung

**Die Rolle von Sandostatin in der Therapie von oberen
gastrointestinalen Blutungen ulceröser Genese**

Autor: Francesca Mozayeny
Institut / Klinik: Marienhospital Osnabrück, Abteilung für Innere Medizin
Doktorvater: Prof. Dr. med. M.-K. Müller

In der Therapie von Magen-Darm-Blutungen ulceröser Genese stehen uns heute neben der endoskopischen Therapie vasoaktive Medikamente zur Verfügung, die sowohl im Rahmen der Primärtherapie als auch zur adjuvanten Therapie eingesetzt werden können.

Während Ranitidin als H₂-Antagonist ein in der Behandlung von Ulcera im oberen Gastrointestinaltrakt etabliertes Arzneimittel darstellt, wird der Einsatz von Somatostatin bzw. seinem Analogon Sandostatin kontrovers diskutiert.

Sandostatin bewirkt eine Hemmung der Magensäuresekretion und Motilität sowie eine Reduktion der Durchblutung des Splanchnicusgebiets.

Ziel dieser prospektiv geführten Studie ist es, zu prüfen, ob die adjuvante Gabe von Sandostatin zusätzlich zu Ranitidin einen positiven Einfluß auf die Blutstillung und die Ulkushheilung hat.

Zu diesem Zweck wurden im Marienhospital Osnabrück, Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover, im Zeitraum vom 10.01.1996-06.02.1998 konsekutiv 66 Patienten zwischen 21 und 96 Jahren untersucht. Randomisiert erhielten sie entweder Ranitidin (36 Patienten) in einer Dosierung von 250 mg/ 24 h i.v. oder Ranitidin und Sandostatin (30 Patienten) in einer Dosierung von 1,2 mg/ 24 h i.v. für den Zeitraum von 5 Tagen. Initiale Forrest I und II Blutungen wurden in beiden Gruppen endoskopisch identisch behandelt. Eine endoskopische Kontrolluntersuchung wurde nach Ablauf von 7 Tagen durchgeführt. Gemäß der zugrunde gelegten Einteilung nach Forrest waren in der Ranitidin-Gruppe 8 F I, 26 F II und 4 F III-Blutungen, demgegenüber standen 11 F I, 16 F II sowie 3 F III- Blutungen in der Kombinationsgruppe.

Darüber hinaus wurde der Verbrauch an Erythrozytenkonzentraten unter Berücksichtigung eines vergleichbaren Hb-Verlaufs bei beiden Gruppen ermittelt. Die Verteilung von Risikofaktoren wie z.B. die Einnahme von NSAID, Nikotin Alkohol oder Antikoagulantien erwies sich über beide Gruppen als ausgeglichen. Die im Rahmen der Kontrollendoskopie nach einer Woche gewonnenen Ergebnisse bezüglich der Ulkushheilung lauteten wie folgt:

In der Ranitidin-Gruppe kam es bei 15 Patienten zu einer Ulkushverkleinerung, bei 14 Patienten zu einer Epithelialisierung sowie bei 6 Patienten zu einer Rezidivblutung.

In der Kombinationsgruppe wiesen 20 Patienten eine Ulkushreduktion, 10 Patienten eine Epithelialisierung, 1 Patient eine Ulkushpersistenz sowie 8 Patienten eine Rezidivblutung innerhalb der ersten Woche nach dem initialen Blutungsereignis auf. In beiden Gruppen war je ein Todesfall zu verzeichnen. Der Verbrauch der

innerhalb der ersten 3 Tage infundierten Erythrozytenkonzentrate betrug pro Patient und Tag in der Ranitidin-Gruppe 1,13 und in der Kombinationsgruppe 1,48. Schlußfolgernd ist festzuhalten, dass aufgrund der uns vorliegenden Ergebnisse eine Kombinationstherapie aus Ranitidin und Sandostatin bezüglich Blutstillung und Ulkusabheilung im Rahmen von Ulcera aus dem oberen Gastrointestinaltrakt nicht sinnvoll erscheint.