



Gastrointestinale Notfälle im Notarztdienst

Dr. med. Christoph Eisenbach, Medizinische Klinik IV, Universitätsklinikum Heidelberg

Ätiologie von gastrointestinalen Blutungen

- obere gastrointestinale (GI-)Blutung (80-90%): Ösophagus- o. Fundusvarizen 10%, Mallory-Weiss-Syndrom 5%, Erosionen 35%, Ulkusblutung 50%
- untere GI-Blutung (10-20%): Divertikel, Angiodysplasien, Malignome, Colitis ulcerosa, M. Crohn

Einschätzung der Warnsyndrome

- häufig vom Patienten unterschätzt
- Alarmierung des Rettungsdienstes/Notarzt erfolgt von Seiten des Patienten häufig sehr spät

Wichtige Prognosefaktoren

- Alter > 60 Jahre
- Begleiterkrankungen (z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Leberinsuffizienz)
- massiver Blutverlust (>6 Eks/24 h)
- Komplikationen (z.B. Aspiration, akutes Nierenversagen, Leberkoma)

Epidemiologie und Risiko von oberen GI-Blutungen

- Prävalenz von Varizen bei Leberzirrhose: 50-80%
- Blutungsrisiko bei Varizen pro Jahr: 30-40%
- Mortalität der akuten Blutung: ca. 30%
- Risiko der Rezedivblutung: 50-70%

Prähospitale Versorgung:

- jede GI-Blutung ist bis zum Beweis des Gegenteils eine Varizenblutung
- Anlage zweier großlumiger ($\geq 18G$) periphervenöser Gefäßzugänge
- Volumentherapie (im Gegensatz zum Abdominaltrauma keine permissive Hypotension)
- großzügige Intubationsindikation nach den üblichen notärztlichen Indikationen
- Wirksame Behandlung: rascher Transport nach Stabilisierung der Vitalfunktionen zur Akutintervention (Endoskopie) in eine Klinik mit 24- h-Notfallendoskopie Bereitschaft

Akutdiagnostik und -Therapie innerhalb der Klinik

- Stabilisierung der Vitalfunktionen: Atemwege sichern*, Beatmung* (*wenn nötig), Volumentherapie, ggf. Blutprodukte
- (Notfall-)Gastroskopie
- Endoskopische Sanierung (z.B. Varizenligatur)
- ggf. in seltenen Fällen TIPSS-Anlage
- Sengstaken-Blakemore-Sonde: gute Erfolgsrate in der Anwendung (>90%), wenn von geübten Personal eingesetzt, aber akutes Risiko der Rezedivblutung nach Entblockung, Gefahr der Ösophagusruptur/Fehllagen, daher nur „Ultima ratio“ nach Ausreizen der endoskopischen Möglichkeiten
- Linton-Nachlass-Sonde: seltener Einsatz, ebenfalls nur „Ultima ratio“ nach Ausreizen der endoskopischen Möglichkeiten
- Telipressin-Therapie: nachweislich nützlich bei akuter GI-Blutung, aber im Heidelberger bodengebundenen Einsatzgebiet auf Grund der raschen Erreichbarkeit einer maximalversorgenden Klinik mit 24 h-Endoskopiebereitschaft weniger geeignet, Probleme: gekühlte Lagerung



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Arbeitskreis Notfallmedizin
Protokoll der Veranstaltung: 01.07.2008

Ulkus duodeni

- Inzidenz: 150/100.000/Jahr
- 99% Helicobacter pylori assoziiert
- Symptomatik: Spät-, Nacht- und Nüchternschmerz

Ulcus ventriculi

- Inzidenz: 50/100.000/Jahr
- 50-75% Helicobacter pylori assoziiert
- Sofortschmerz nach Nahrungsaufnahme

Risiko für Ulcus

- NSAR (Nichtsteroidale Antirheumatika) Faktor 4
- NSAR + Steroide Faktor 15
- rund 30% werden erst im Komplikationsstadium symptomatisch
- Perforationsrisiko etwa 5%

Letalitätsrisiko (Beobachtung während Endoskopie)

- bei spritzenden Blutungen 26%
- bei Sickerblutungen, Gefäßstumpf 10%
- anhaftendes Koagel 13%
- fibrinbelegte Läsion 8%
- hämatinbelegte Läsion 6%

Station Gastrointensiv/Gastrowach des Universitätsklinikums Heidelberg

- Telefonanmeldung: GastroInt: 06221-56-39990, Telefon GastroWach: 06221-56-39991
- Versorgungsspektrum der Station: Intensiv- und Wachstation, Blutungen bei anamnestischen bekannte Leberzirrhose, kreislaufinstabile GI-Blutungen, Sepsis bei internistischen Grunderkrankungen, Intoxikationen (Alkohol, unklares Koma, Tabletten)