



UniversitätsKlinikum Heidelberg

3. Internistischer Notfallmedizin-Kongress Heidelberg

Gastrointestinale Blutung im Rettungsdienst

Ronald Koschny

Medizinische Klinik

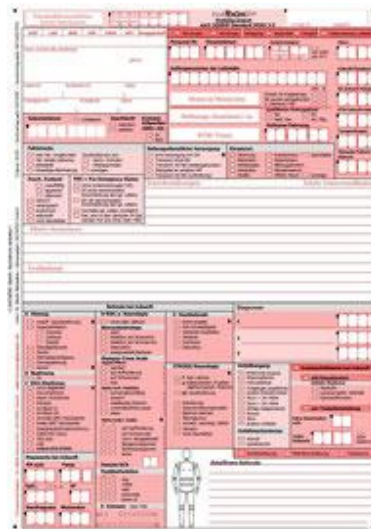
Abteilung für Gastroenterologie, Infektionskrankheiten, Vergiftungen
– Interdisziplinäres Endoskopiezentrum (IEZ)



Allgemeine Inzidenz

obere GI-Blutung: 100/100.000

untere GI-Blutung: 25/100.000

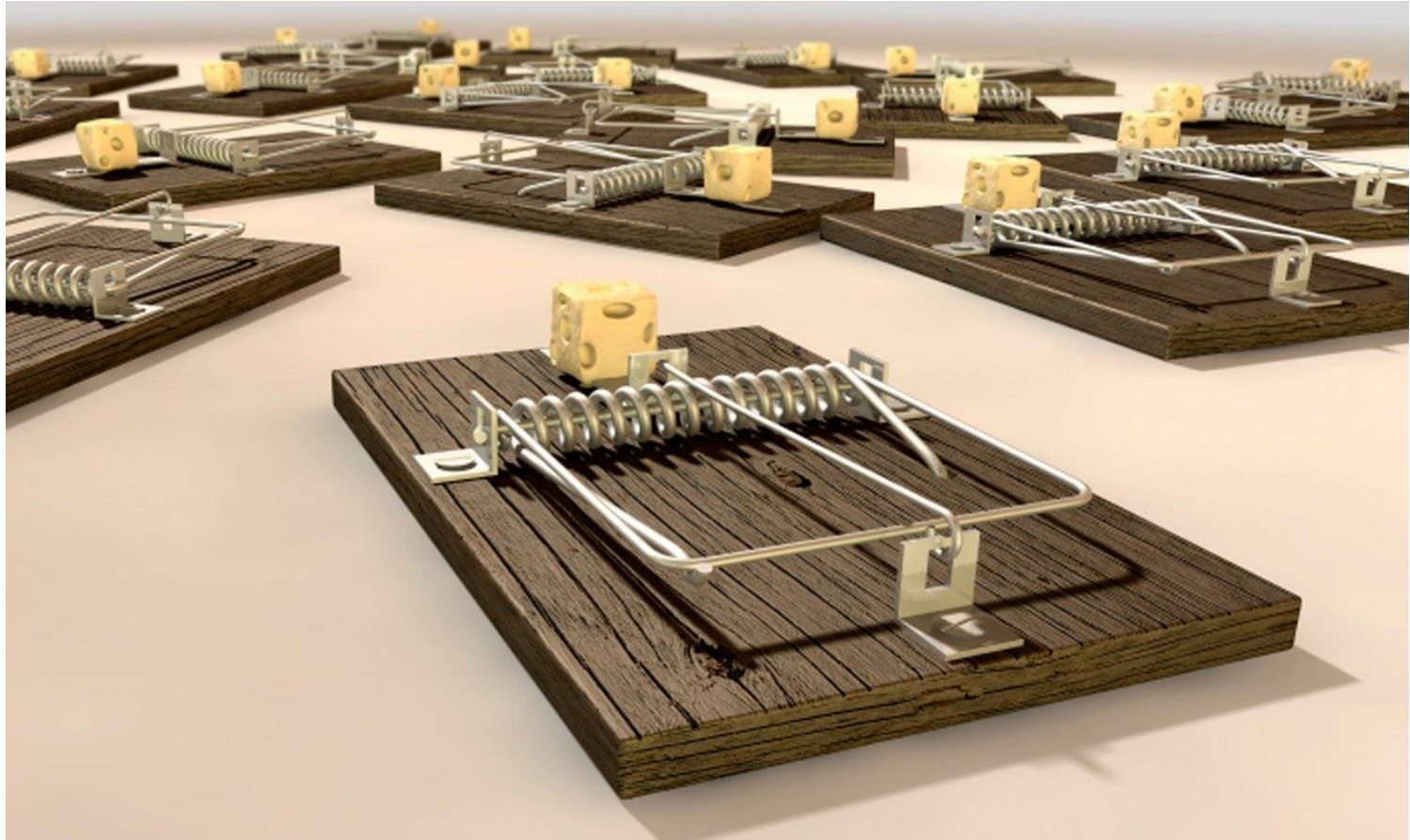


eigene Fälle im Notarzteinsatz
mit GI-Blutung 11/1454 (0.8%)



1. Blut im Bad
2. oben oder unten raus?
3. Viggo legen
4. Atemweg sichern
5. Volumen geben
6. Losfahren
7. Abgeben
8. Kaffee trinken

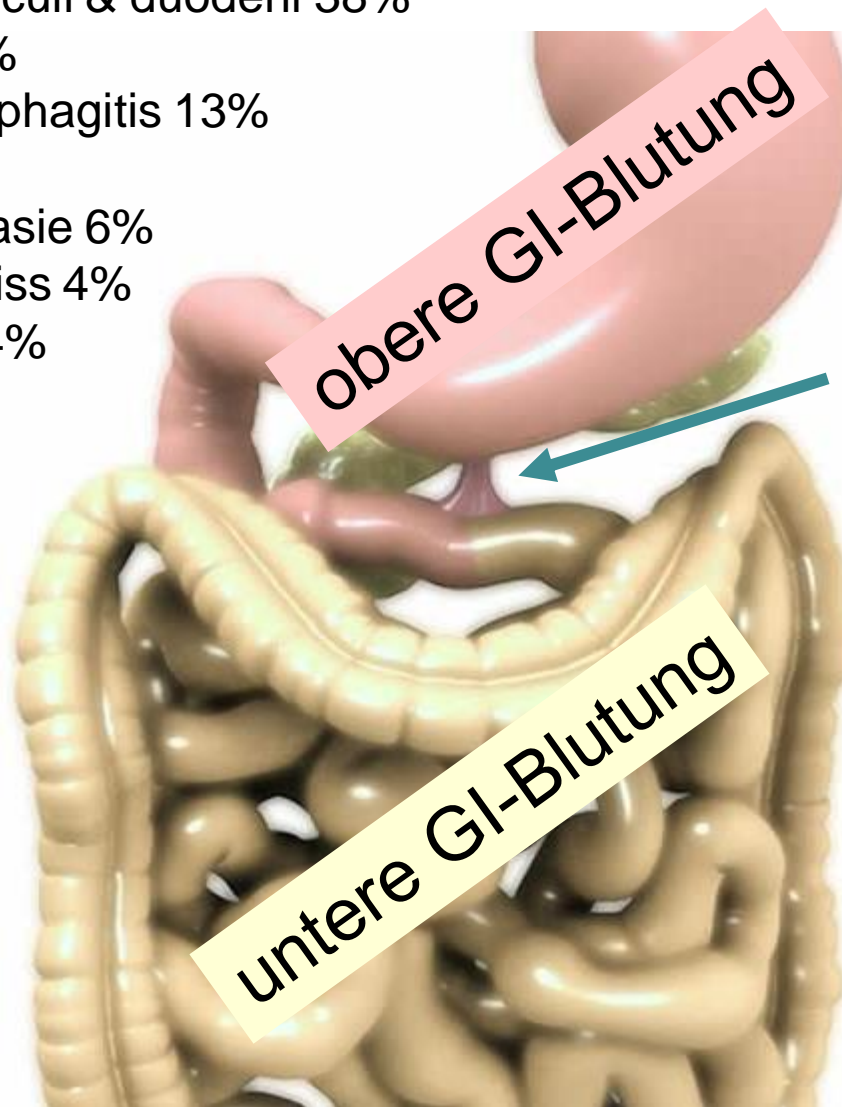
Fallstricke der GI-Blutung





Zunächst etwas Anatomie...

- Ulcus ventriculi & duodeni 38%
- Varizen 16%
- (Reflux)ösophagitis 13%
- Tumor 7%
- Angiodysplasie 6%
- Mallory-Weiss 4%
- Erosionen 4%



Lig. suspensorium duodeni
«Treitz-Band»

- Divertikel 48%
- Angiodysplasie 40%
- Colitis/Ulcus 21%
- Tumor 15%
- Anorektal 14%



...und ein paar Begriffe fürs Protokoll

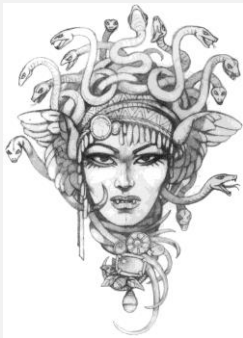
oben

- Hämatemesis = Frischblut
- Hämatinerbrechen = Kaffeesatz

unten

- Hämatochezie = Frischblut im Stuhl
- Meläna = Teerstuhl

Mythen & Legenden



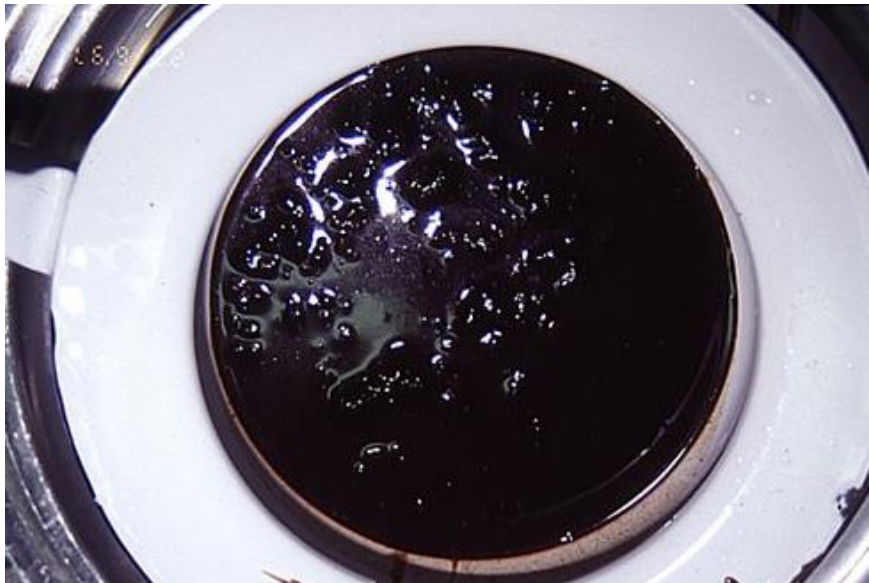
Frischblut peranal
= untere GI-Blutung

Hämatemesis





...und ein paar Bilder



Teerstuhl



Frischblut



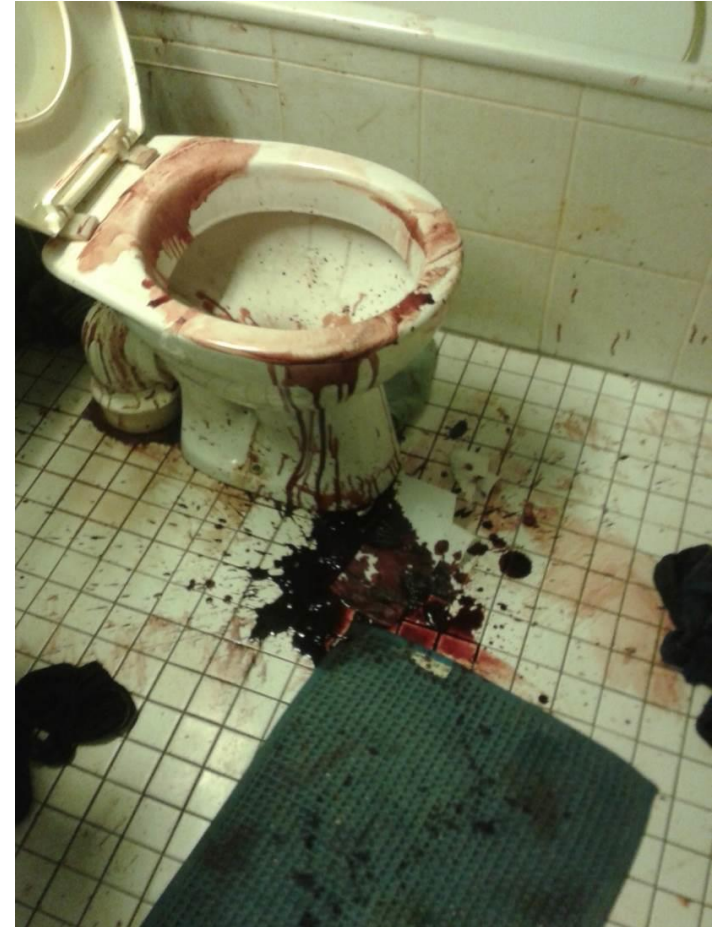
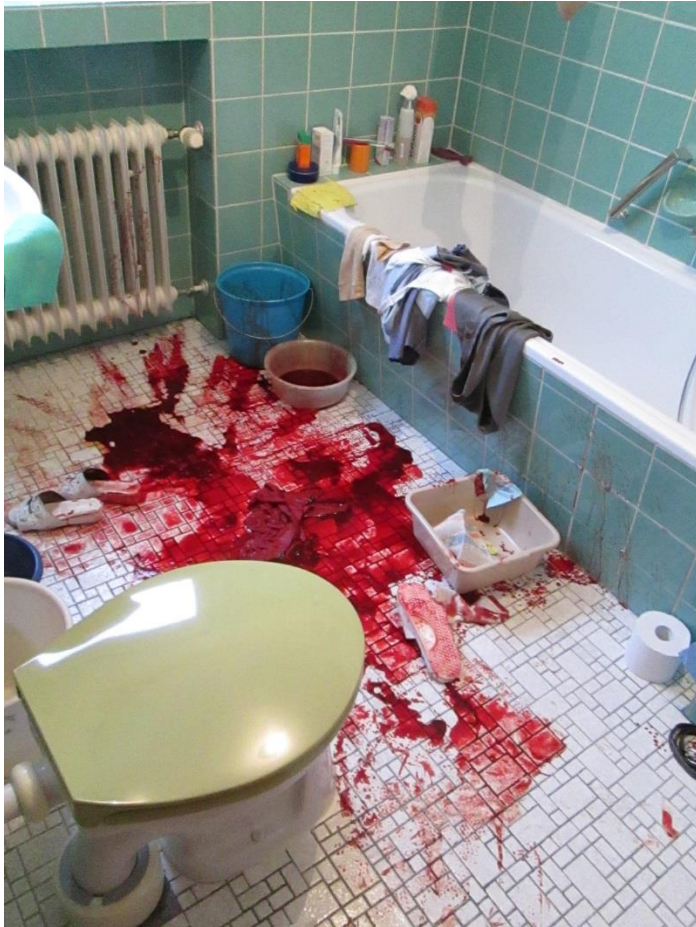
Kaffeesatz



je röter desto gefährlicher



je röter desto gefährlicher





Fallbeispiel 1

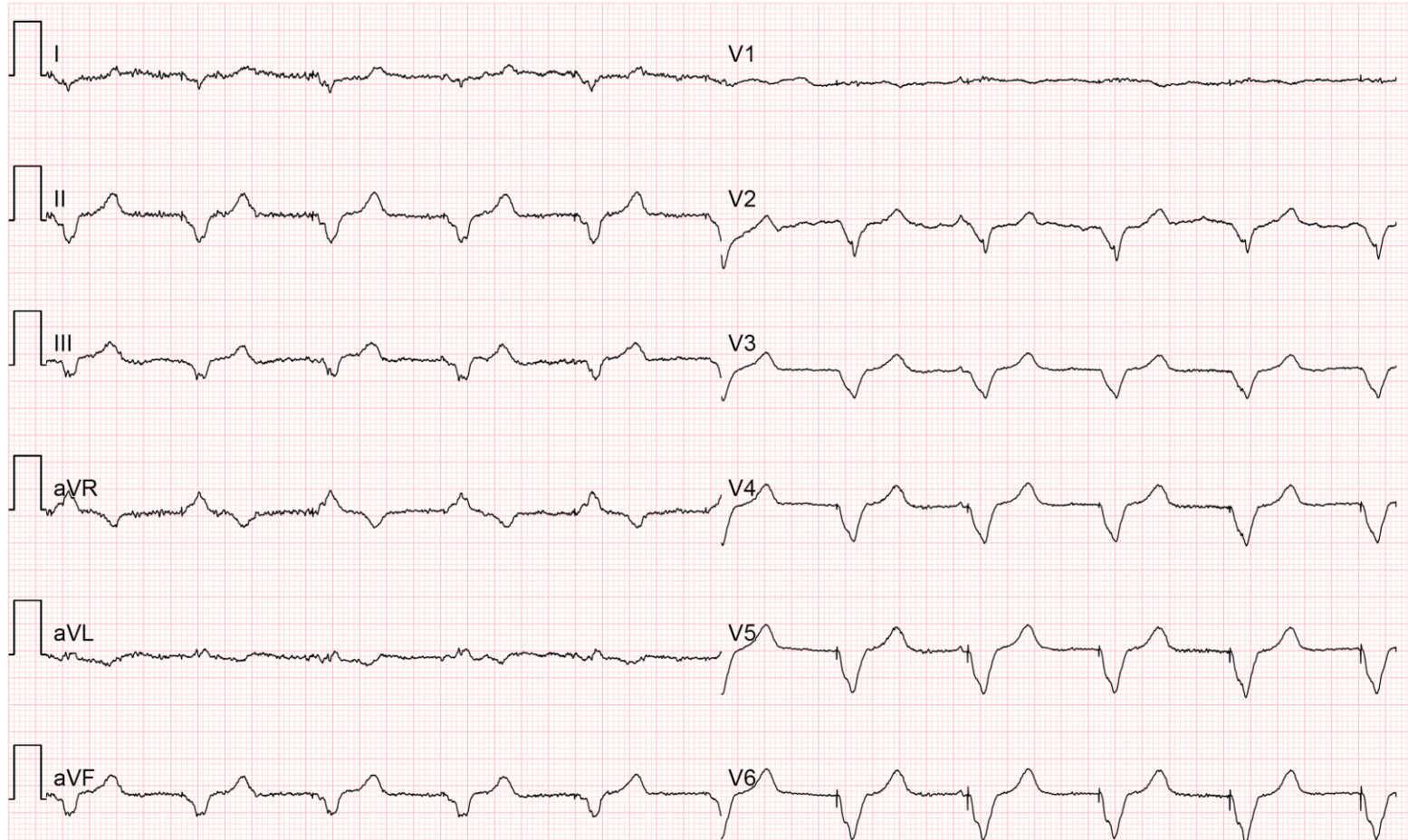
„Anamnese!“



- **Anamnese:** 77-jähriger Patient mit zunehmender Dyspnoe seit 1 Woche, akute Rückenschmerzen
- **Vitalparameter:** RR_{systol} 90 mmHg, Puls 40-84/min, SpO2 nicht messbar
- **Körperlicher Befund:** GCS 15, Cor: arrhythmisch, Zyanose. Pulse seitengleich
- **Vorerkrankungen:** Z.n. transfemoralem Aortenklappenersatz 05/16, DCMP mit hochgradig reduzierter LV-Funktion, Z.n. ICD-Implantation, Vorhofflimmern, chronische Niereninsuffizienz, pulmonale Hypertonie (systol. PA 60 mmHg)
- **Medikamente:** Marcumar, Ramipril, Torasemid, Metoprolol, VitaminD



Fallbeispiel 1 - EKG





Wofür würdet Ihr Euch entscheiden?

1. Akutes Koronarsyndrom
2. Aortenklappendysfunktion nach TAVI
3. Aortendissektion
4. Lungenembolie
5.

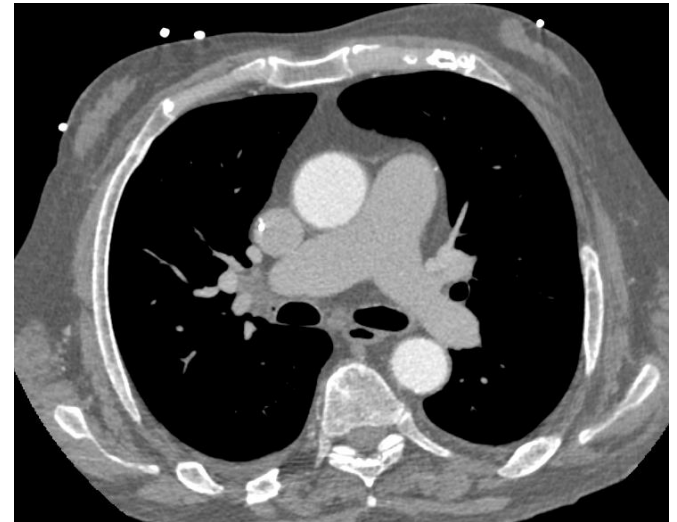


- **Verdachtsdiagnose des Notarztes:** ACS
- **Therapie:** Heparin 5000 IE
kein ASS bei Zweifel bzgl. Aortendissektion
Transport in CPU



Herzecho & CT Thorax:

keine Aortendissektion, keine Lungenembolie,
keine Aortenklappendislokation





Aufnahmelabor

- **Hb 4.6 g/dl** (Norm 13-17 g/dl)
- **Quick <10%**
- INR 5.9 (Ziel 2-3)
- hsTNT 116 (<14 pg/ml)

Endoskopie

- ÖGD: Antrumgastritis, Kardiaerosion, Duodenaldivertikulose



Diagnose: chronische Divertikelblutung bei Marcumar-Überdosierung



Anamnese!



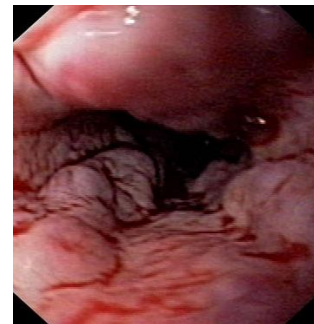
Anamnestische Hinweise auf GI-Blutung!

Generell

- Teerstuhl, Kaffeesatzerebrechen, Frischblut rektal oder erbrochen
- Dyspnoe, Müdigkeit, Leistungsschwäche, Frösteln, Übelkeit

Speziell

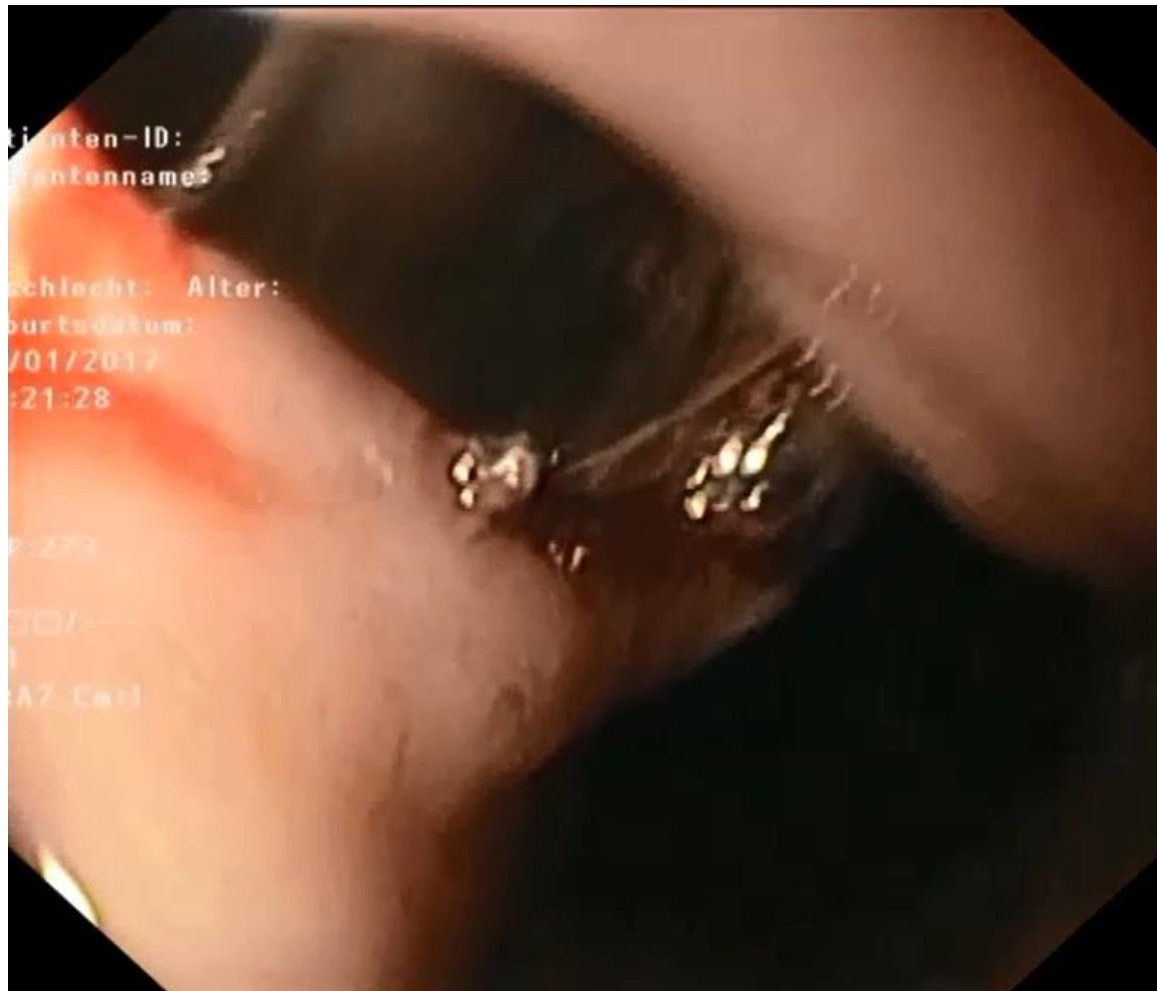
- Analgetika, bohrender Schmerz
 - betagter Patient
 - Antikoagulation
 - Koagel im Stuhl unter Marcumar
 - Leberzirrhose
 - Z.n. endoskopischem Eingriff
 - Menstruation!
- Ulcus (OGI>Kolon)
 - Refluxösophagitis
 - Überdosierung
 - Divertikelblutung
 - Varizenblutung
 - Nachblutung nach Polypektomie





Anamnestische Hinweise auf GI-Blutung!

Thorakaler Schmerz nach heftigem Erbrechen: Boerhaave-Syndrom





Anamnestische Hinweise auf GI-Blutung!

Thorakaler Schmerz nach heftigem Erbrechen: Boerhaave-Syndrom





Körperliche Untersuchung!



- Hautblässe unzuverlässig
- Blässe der Konjunktiven (Sensitivität 19-25% für Hb<10g/dl)
- Nagelbett, Rekapillarierungszeit, Zungengrundvenen
- Tachykardie (cave: Betablocker)
- **Racheninspektion**
- **rektal-digitale Untersuchung**
v.a. bei bewußtlosen Patienten



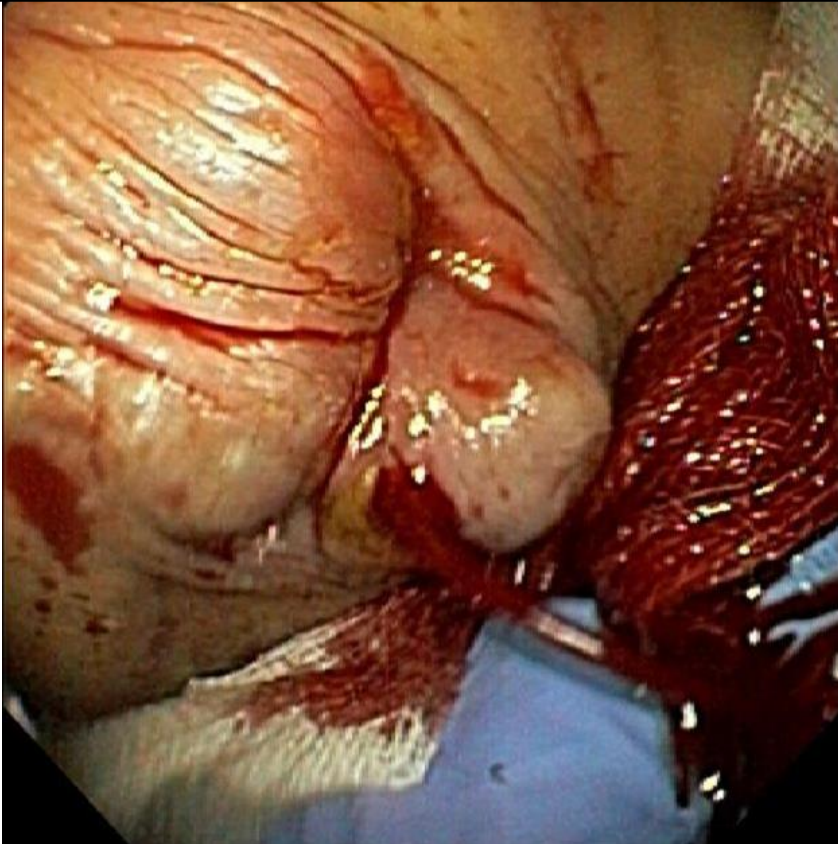
Ekunwe 1997 West Afr J Med 16(4):246
Hung et al. 2000 Acad Emerg Med 7(2):146
Wurapa et al. 1986 J Trop Med Hyg 89(1):33



Fallbeispiel 2

„Rektale Untersuchung“

Diagnose: Akute Hämorrhoidalblutung



Fallbeispiel 3

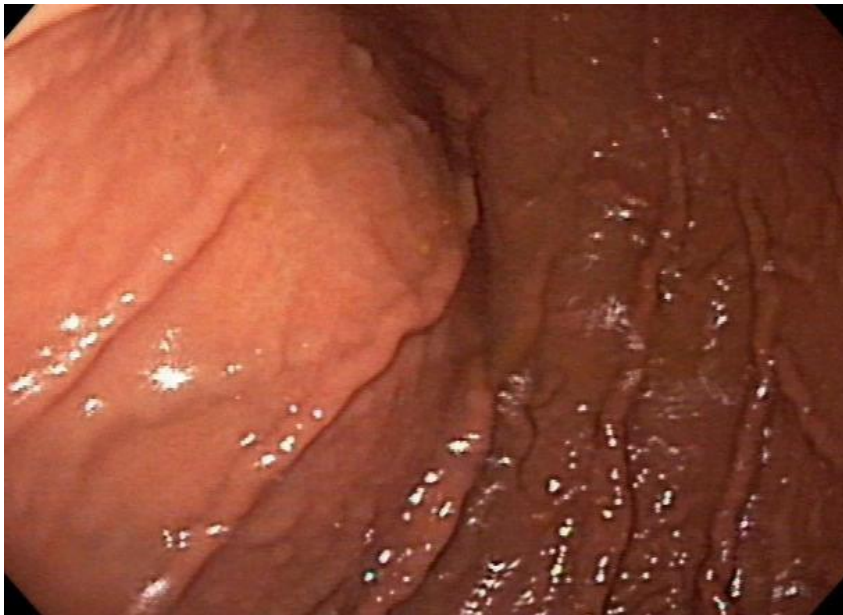
„Tunnelblick“



Fallbeispiel 3

- **Anamnese:** 53-jährige Patientin mit Übelkeit und schwallartigem Erbrechen von Frischblut, ca. 200ml, Erstereignis
- **Vitalparameter:** RR_{systol} 100 mmHg, Puls 94/min, SpO2 93%
- **Körperlicher Befund:** GCS 15, Cor: rhythmisch, Pulmo: VA, keine RGs, Pulse seitengleich, Rachen frischblutig tingiert, Schleimhäute rosig
- **Vorerkrankungen:** Arterielle Hypertonie, Nikotinabusus
- **Medikamente:** Ibuprofen bei Rückenschmerzen
- **Verdachtsdiagnose:** Ulcus ventriculi unter NSAR
- **Therapie:** MCP, Volumen

- **ÖGD:** kein Ulcus, keine GI-Blutung



- **Re-Anamnese:** seit Vortag Nasenbluten





Fazit: Nicht ablenken lassen!



**You are riding your motorcycle.
Are you allowed to stay behind this bike?**

Yes

No

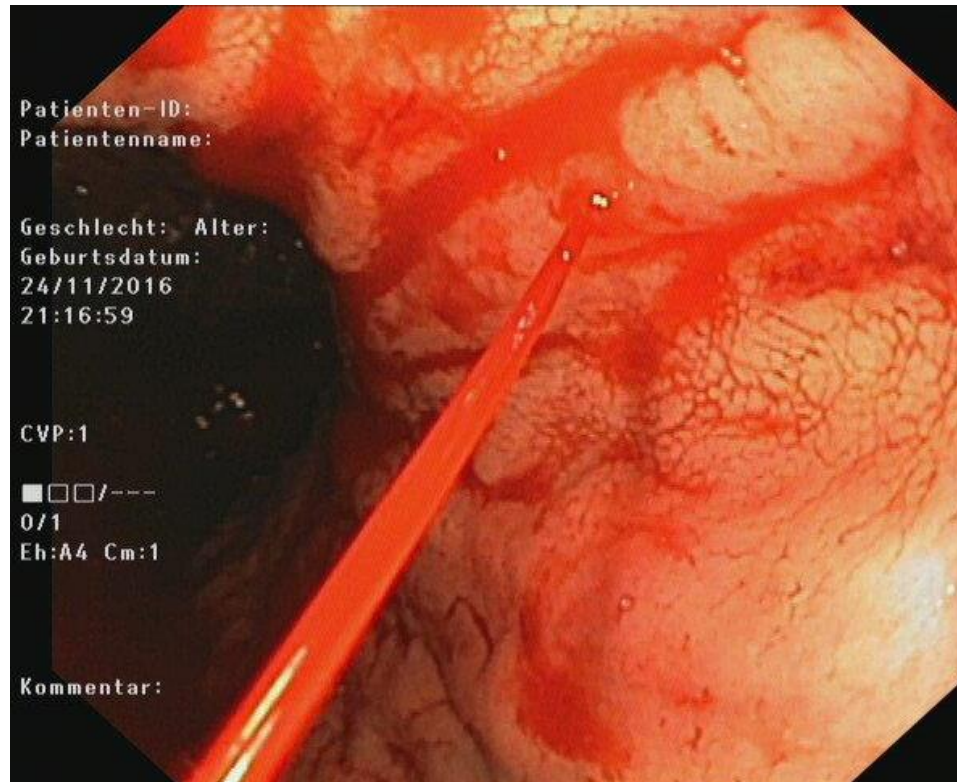
WHAT BIKE?

Varizenblutung



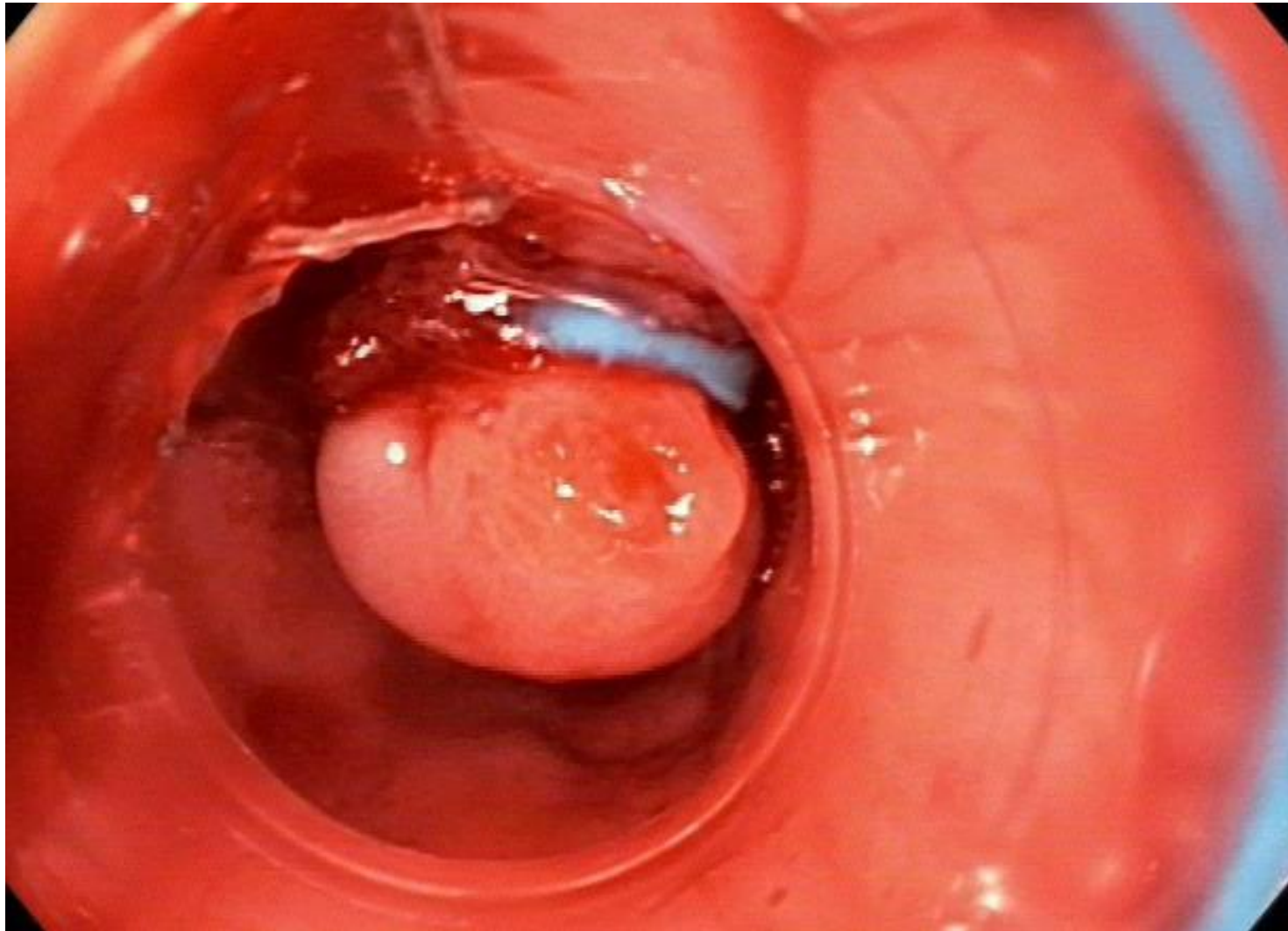
Ösophagusvarizenblutung

- Prävalenz von Varizen bei Zirrhose 50-80%
- Blutungsrisiko 30-40%
- Mortalität bei akuter Varizenblutung 30%





Ösophagusvarizenblutung: Ligatur





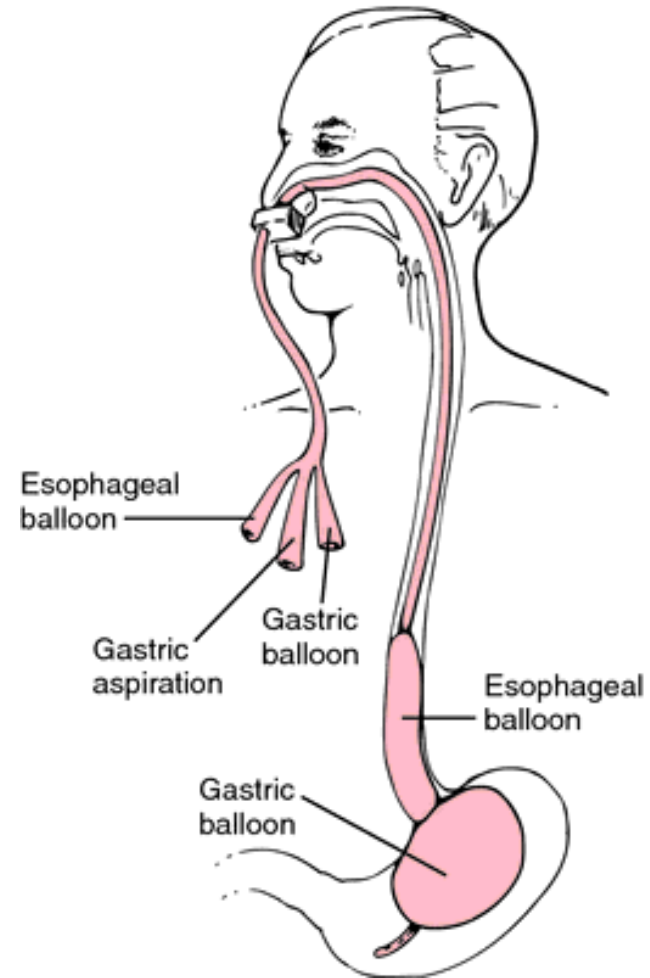
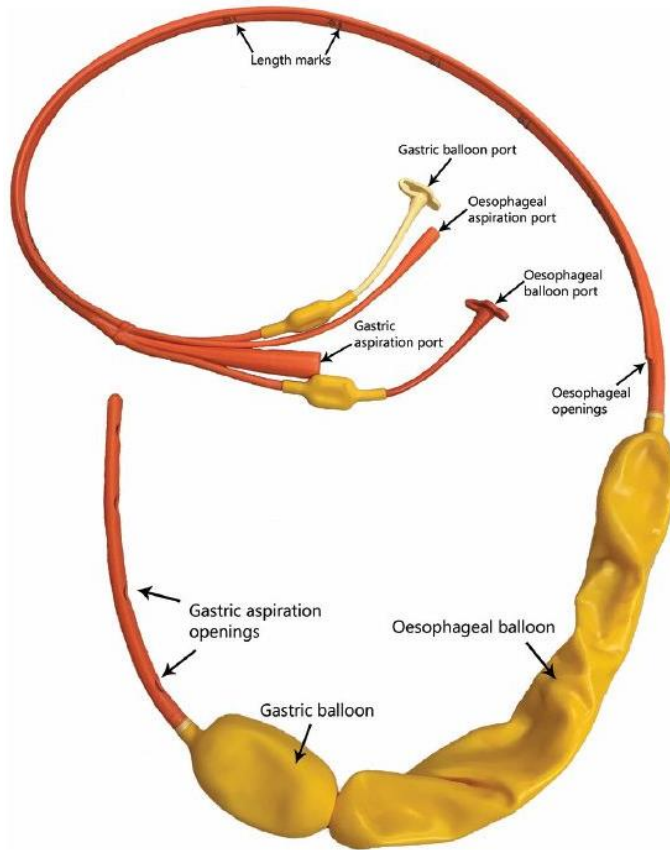
Ösophagusvarizenblutung in die Innere





Nutzen einer Sengstaken-Blakemore-Sonde

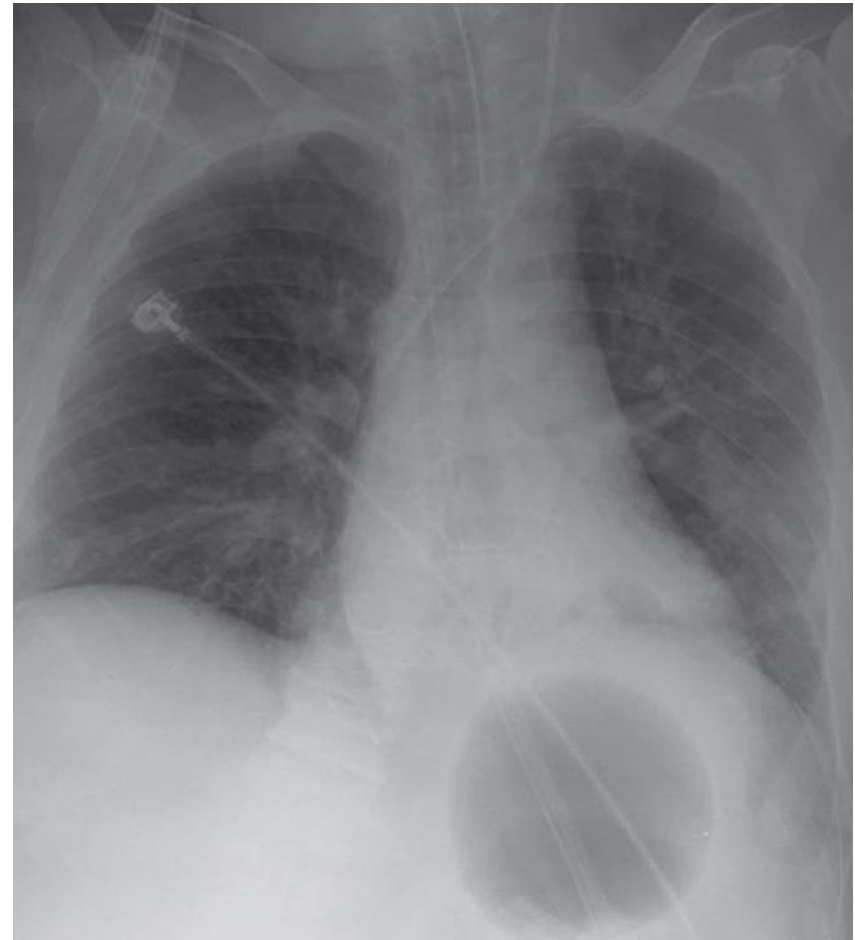
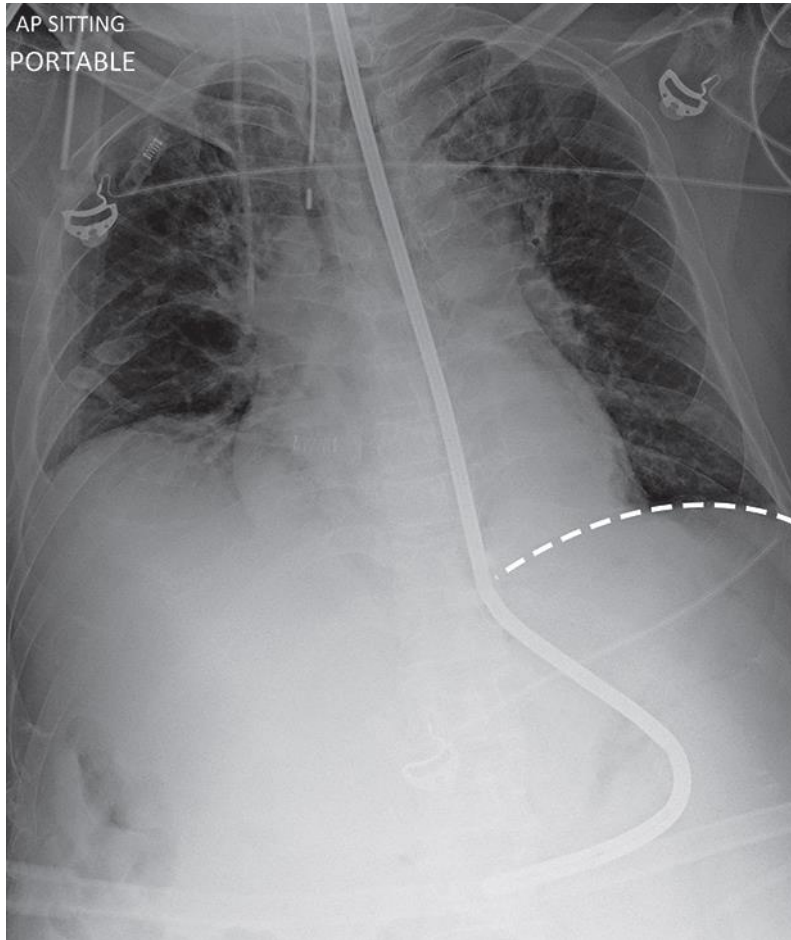
klinische Erfolgsrate 43-84%



alle 1-8h für 5 min entblocken



Radiologische Kontrolle bei Anlage





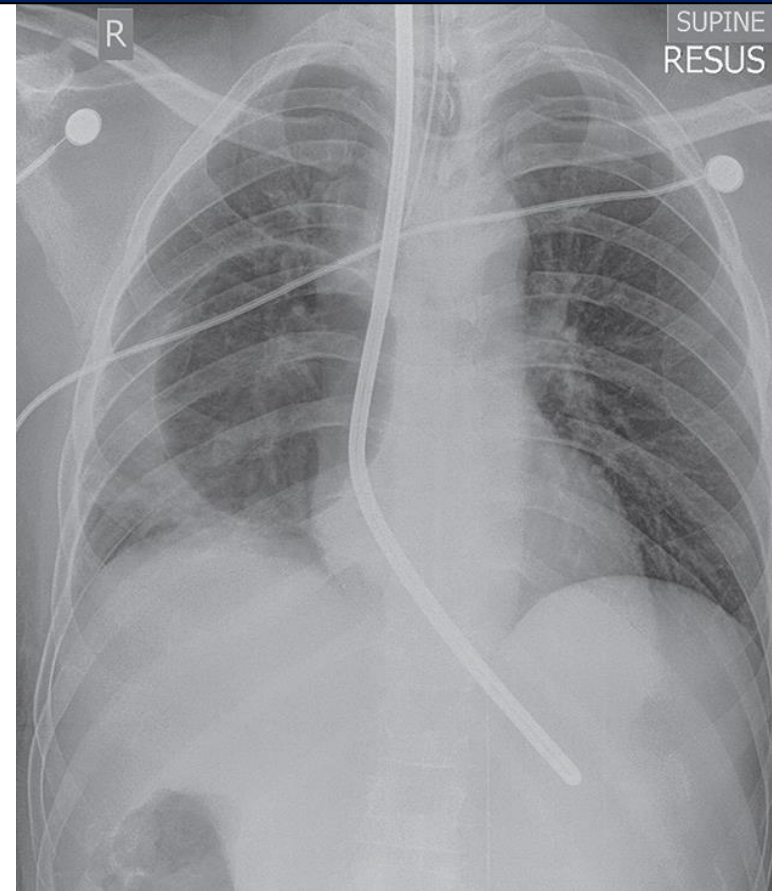
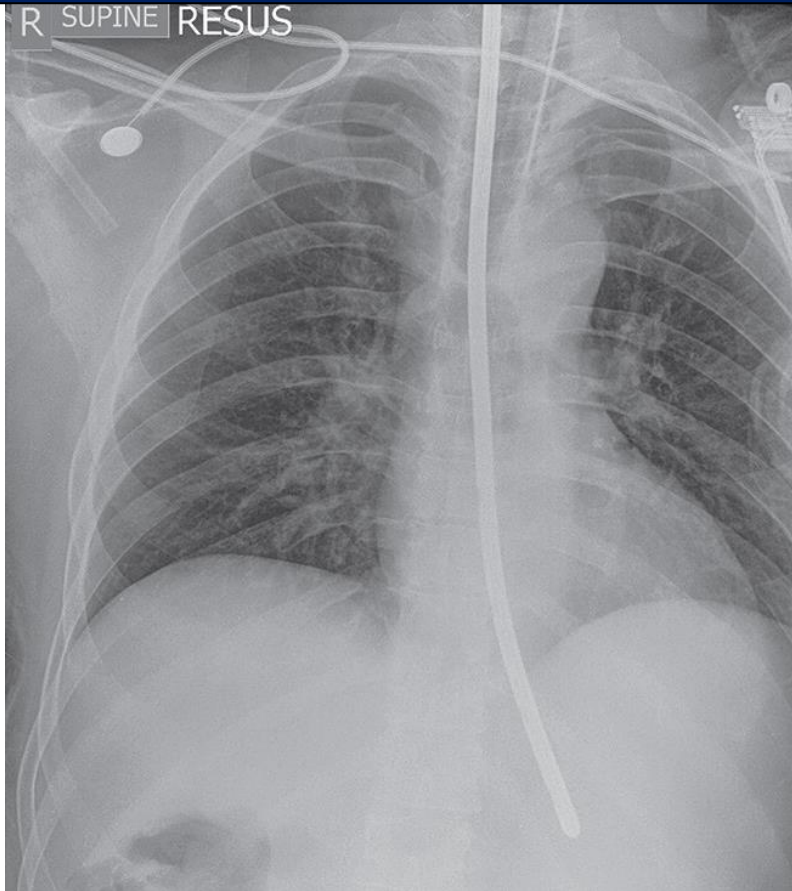
Komplikationsrate ca. 35-47%

- Aspirationspneumonie (bis 33%)
- Sondenmigration
- Druckulzeration
- Ösophagusruptur (bis 7%)





Ösophagusruptur bei zu hoher Anlage



Zusammenfassung



Diagnostik

- an GI-Blutung denken
- gezielte Anamnese und körperlicher Befund (auch rektal)



Therapie

- sofortige Endoskopie bei oberer GI-Blutung und instabilen Patienten (*“Blut rot”*)
- Späte Endoskopie (bis 72h) bei unterer GI-Blutung mit stabilem Patienten (*“Blut schwarz”*)
- cave: Risikofaktoren (Antikoagulation, Niereninsuffizienz, Zirrhose, Plättchenhemmer, ...)

Wünsch Dir was

- präklinisch schon Erythromycin 250 mg oder MCP 10 mg i.v.
- Terlipressin 2 mg i.v. bereits bei V.a. Varizenblutung
- hochdosiert PPI i.v.





Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

