

## Endoskopische Therapie rekurrenter Ulkusblutungen

Blutungen sind nicht nur die häufigste Komplikation gastroduodenaler Ulzera, sondern auch unverändert zahlreich (jährlich 30-40/100000 Einwohner). Ulzera durch nichtsteroidale Antiphlogistika nehmen zu, Helicobacter-assoziierte (peptische) Schleimhautschädigungen nehmen ab. Gastrointestinale Blutungen sind oft Notfallsituationen mit einer Letalität von etwa 10%, wobei Begleiterkrankungen die Lebensgefahr beträchtlich erhöhen (Letalität bis 40%). Bei etwa der Hälfte der oberen gastrointestinalen Blutungen sind Ulzera bzw. Erosionen im Magen oder Duodenum die Ursache. Differentialdiagnostisch kommen in erster Linie (regional unterschiedlich häufig) Blutungen infolge portaler Hypertension (Varizen, hypertensive Gastropathie) in Betracht.

Endoskopisch findet man bei Ulkusblutungen (evtl. pulssynchron) spritzende, arrodierete Arterien oder Sicker-Hämorrhagien am Grund oder am Rand des Geschwürs. Etwa 70% der Ulkusblutungen sistieren spontan. Dann haften auf dem Ulkus bzw. auf einem Gefäßstumpf Koagula oder ein hämatinverfärbter Fibrinbelag.

Die endoskopische Blutstillung hat sich als Notfallmaßnahme der ersten Wahl durchgesetzt. Für die Blutstillung sind verschiedene Verfahren etabliert. Injektions- und mechanische Methoden werden favorisiert. Injiziert werden verdünnte Adrenalinlösung, hypertone Kochsalzlösung oder Fibrin neben bzw. unter die Blutungsquelle. Die entstandene Quaddel bzw. der „Clot“ tamponieren das blutende Gefäß. Adrenalin wirkt zusätzlich vorübergehend lokal vasokonstriktorisch. Vom Fibrin wird über die Induktion einer Fibroblasten-Proliferation auch eine Beschleunigung der Ulkusheilung erhofft. Als Vorteil der endoskopisch zu platzierenden Metall-Clips gelten neben hoher Effektivität die günstigen Kosten. In aller Regel ist die endoskopische Blutstillung erfolgreich. Nur ausnahmsweise muß bei nicht zu lokalisierenden, nicht zugänglichen oder nicht zu beherrschenden Blutungen operiert werden. Bei 15 bis 20% der Patienten ist nach primärer endoskopischer Blutstillung mit einem frühen Blutungsrezidiv zu rechnen.

Daß auch bei erneuter Ulkusblutung ein wiederholtes endoskopisches Vorgehen eine vorteilhafte Alternative zur Operation sein kann, berichten J.Y.W. Lau et al. (N. Engl. J. Med. [1999, 340, 751](#)). Etwa ein Drittel der wegen blutender peptischer Ulzera zugewiesenen Patienten mußten sich primär einer endoskopischen Blutstillung unterziehen. Bei 8,7% (100 Patienten) kam es zum Blutungsrezidiv. 48 dieser Patienten wurden für eine endoskopische Nachbehandlung, 44 für eine Operation als Zweitmaßnahme randomisiert. Bei 35 der 48 erneut endoskopisch Behandelten (73%) wurde eine langfristige Stillung der Blutung erreicht; 13 mußten notoperiert werden, davon 11 wegen fortbestehender Blutung und zwei wegen einer Komplikation der endoskopischen Therapie (Perforation infolge Thermokoagulation). Innerhalb von 30 Tagen starben 10% der wiederholt endoskopisch therapierten, hingegen 18% der bei dem Blutungsrezidiv operierten Patienten ( $p =$

0,37). Zu verschiedenen Komplikationen kam es bei 7 Patienten (15%) aus der Endoskopie-Gruppe (darunter 6 Notoperierte), verglichen mit 16 Patienten (36%) aus der für die Operation randomisierten Gruppe ( $p = 0,03$ ).

Die Dauer und die Intensität der stationären Behandlung sowie die Anzahl erforderlicher Transfusionen waren in beiden Gruppen gleich. Hypotonie bei der Randomisierung ( $p = 0,01$ ) und eine Ulkusgröße von mindestens 2 cm ( $p = 0,03$ ) erwiesen sich im übrigen als unabhängige Faktoren, die auf ein Versagen der endoskopischen Nachbehandlung hindeuteten.

**Fazit:** Die endoskopische Blutstillung gilt als Behandlungsmethode der ersten Wahl bei Blutungen aus (peptischen) Geschwüren des Magens und des Duodenums. Auch bei rekurrenten Ulkusblutungen nach endoskopischer Initialbehandlung verringert ein wiederholtes endoskopisches Vorgehen die Notwendigkeit von Operation und die Komplikationsrate, ohne die Letalität zu erhöhen.