



Medizinische Universität Graz

AKUTE GASTROINTESTINALE BLUTUNG EIN REINFALLBERICHT

Ass. Dr. Lukas Binder
ao Univ. Prof. Dr. Christoph Högenauer

Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie
Universitätsklinik für Innere Medizin, Graz
Unterstützt durch



Fallvignette

- ▶ 62a Patient mit plötzliche Bewusstlosigkeit
- ▶ Transfer auf die Intensivstation mit dem Notarzt nach Erstversorgung (intubiert, beatmet)

Telefonische Fremdanamnese (Tochter):

- ▶ Vorerkrankungen:
 - ▶ Prostata-Ca ED 2012
- ▶ Medikation:
 - ▶ Prednisolut (Dosis und Indikation unklar)
- ▶ Patient bis zum Morgen voll leistungsfähig und „gesund“



Initialer Verlauf

Bei Übernahme des Patienten auf der Intensivstation
Blutdruckabfall -> Reanimationspflichtigkeit; ROSC nach
2min CPR.

Initiale BGA:

Hb **6,5g/dL** (Vorwert vor 1 Monat 14g/dL)

Laktat **16 mmol/L**

pH **6,9**

Bei der Anlage einer **Nasogastralsonde** entleert sich **blutiger Mageninhalt**

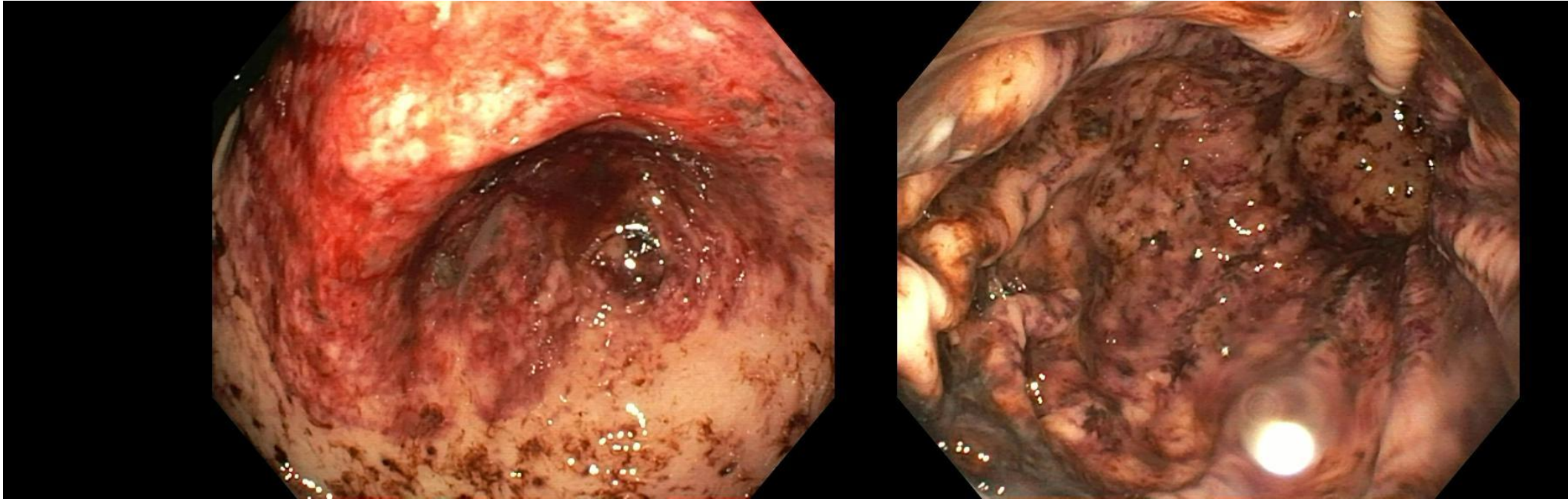


Initiales Management

- ▶ Anlage arterielle Druckleitung und ZVK
 - ▶ Gabe von 4 ungekreuzten Erythrozytenkonzentraten
 - ▶ Hochdosis-Katecholamintherapie
 - ▶ Volumen (2.000ml Elomel isoton)
 - ▶ 300ml Natrium-Bicarbonat 8,4%
-
- ▶ BGA-Kontrolle: Hb 13g/dL, pH 7,36, Laktat 10 mmol/L



Notfalls-Gastroskopie bei V.a. obere GI-Blutung



Hämatin im Magen, umschriebene, submukosale Einblutungen an der kleinen Kurvatur, keine aktive Blutung



Blutungsquelle gefunden... und jetzt?

Weitere Maßnahmen:

- ▶ Hochdosis-PPI
- ▶ Blutbild-Observanz

- ▶ ...Patient bleibt jedoch weiter hämodynamisch hochgradig instabil.

Haben wir etwas übersehen?

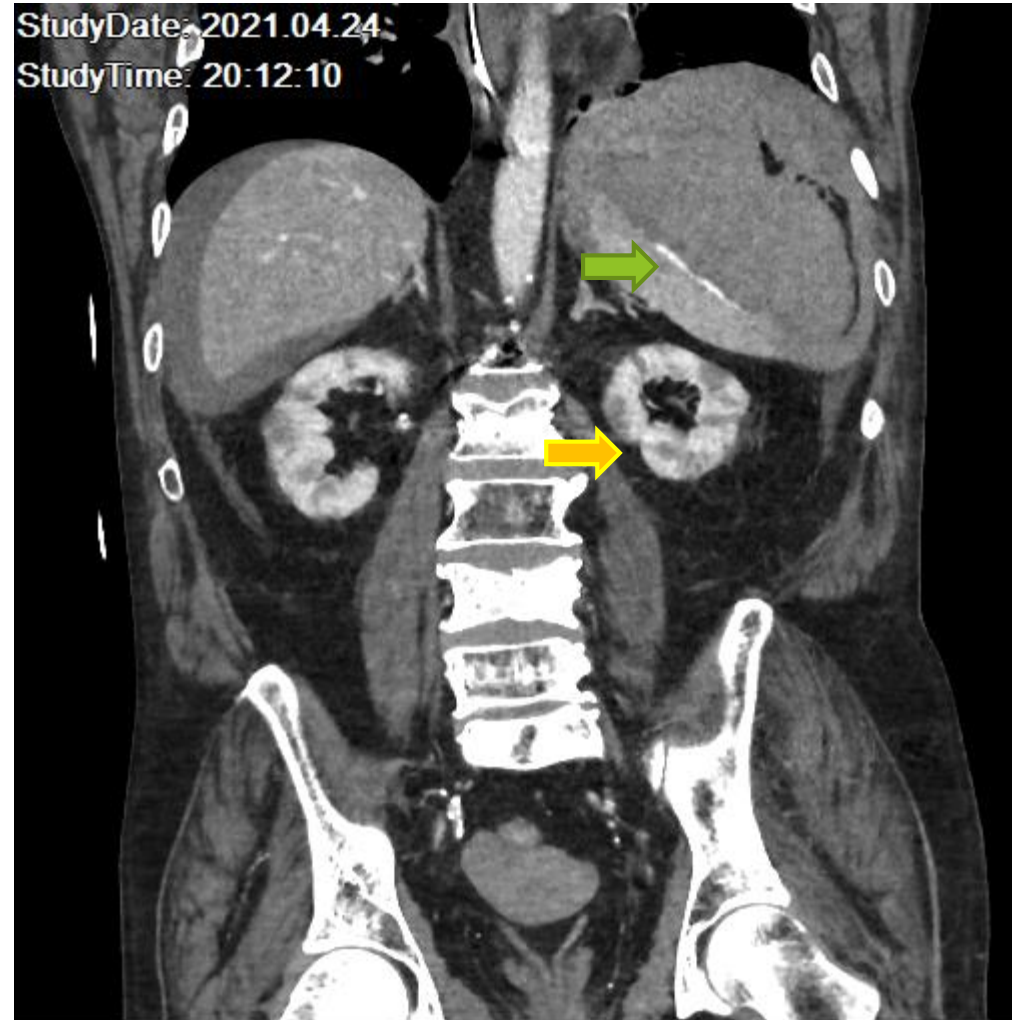
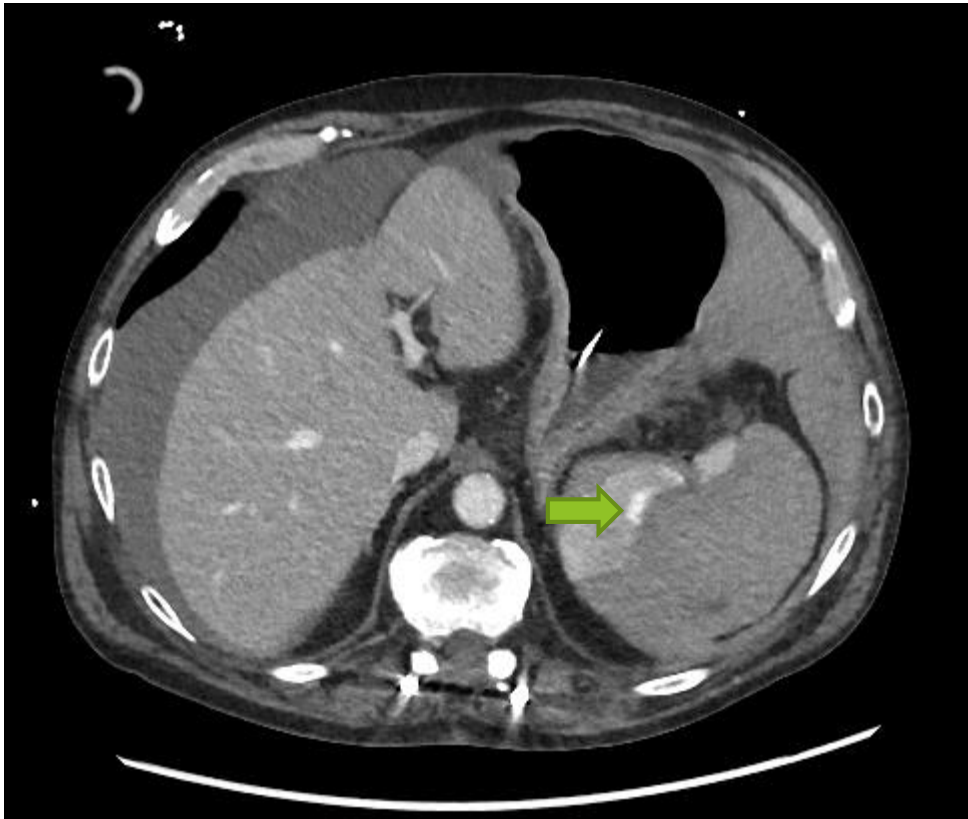


Weiterer Verlauf

- ▶ Keine aktive Blutung in der ÖGD, jedoch anhaltend hoher Katecholaminbedarf bei nun normalisiertem Hämoglobinwert!
- ▶ Sonographisch zeigt sich geringgr. perihepatischer Aszites und inhomogenes Milzparenchym
- ▶ Bei hämodynamisch instabilem Patienten:
Entscheidung zur Durchführung einer CT-Angiographie des Abdomens



CT-Abdomen



Aktive Milzblutung, multiple, mutmaßlich frische Embolien in beiden Nieren und Milz

Weiteres Procedere

- ▶ Sofortige Überstellung des Patienten in den Chirurgie Schockraum, Notfalls-Laparotomie und - Splenektomie
- ▶ Postoperativ Schockleber und Pneumonie, langsame Stabilisierung des Patienten auf der Intensivstation.



Conclusio

- ▶ Der initiale Verdacht auf eine oberer GI-Blutung ist durch eine erosive Gastritis bei Langzeit-Steroideinnahme, sowie eine Verbrauchskoagulopathie bei Milzruptur mit intraperitonealer Blutung zu erklären
- ▶ Der endoskopische Befund im Magen erklärte die schwere Schocksymptomatik des Patienten nicht ausreichend
- ▶ Die spontane Milzruptur war durch einen thrombembolischen Milzinfarkt bedingt



Ursachen einer spontanen Milzruptur

- ▶ Eine Milzruptur ist zumeist durch ein Trauma bedingt, oder Folge einer atraumatischen Ruptur bei bekannte Milzerkrankung
- ▶ Deutliche seltener ist eine spontane Milzruptur ohne vorbekannte Milzerkrankungen, die häufigsten Ursachen dafür sind:
 - ▶ Infektionen mit Milzbeteiligung (Malaria, infektiöse Mononukleose)
 - ▶ Hämatologische Erkrankungen (Lymphome, Leukämien)
 - ▶ Milztumore
- ▶ Milzinfarkte sind als seltene Ursachen für eine spontane Milzruptur beschrieben



Take Home Message

- ▶ Der Nachweis von Blut im GI-Trakt schließt eine weitere Blutungsquelle wie z.B. eine intraabdominale Blutung NICHT AUS
- ▶ Ein inhomogenes Milzparenchym + Blutbildabfall + freie abd. Flüssigkeit in der Sonographie sollte mittels CT Angiographie des Abdomens (auch ohne Trauma-Anamnese) weiter abgeklärt werden

