

Einleitung: Die Blutung als Komplikation des gastroduodenalen Ulkus ist trotz abnehmender Inzidenz eines Gastroduodenalulkus konstant geblieben. Das Therapiekonzept für die Behandlung einer oberen gastroduodenalen Blutung hat sich gewandelt. Die Fortschritte beim Einsatz endoskopischer Blutstillungstechniken hat die Zahl der Operationen reduziert.

Patienten und Methoden: In den Jahren 1992 und 1997 wurden im Wenckebach-Krankenhaus 322 Patienten mit einer oberen gastroduodenalen Blutung retrospektiv analysiert. Alle Patienten, darunter 173 Männer und 149 Frauen, wurden notfallgastroskopiert.

Ergebnisse: Die häufigste Ursache einer Ulkusblutung war das Ulcus duodeni mit 54%, Ulcus ventriculi (33%), Mallory-Weiss-Läsionen, Anastomosenulzera, Ulcus Dieulafoy und Angiodysplasien. Das Durchschnittsalter lag bei 69,5 Jahren mit einem Anteil von 30% über 80 Jahren. 214 Patienten wurden konservativ endoskopisch behandelt. Zu den am häufigsten eingesetzten endoskopischen Blutstillungsmethoden zählte die Injektion mit Adrenalin/Suprarenin (62%) oder Fibrin (36%). Eine Helicobacter-pylori-Eradikation wurde bei 48% eingeleitet. 108 Patienten wurden operiert, davon 46% notfallmäßig mit einem aktiv blutenden Ulkus (Forrest IA) oder einer endoskopisch nicht stillbaren Rezidivblutung. Diese stellte in 50% die Indikation zur Operation. 54% mussten früh-elektiv innerhalb von 2 Tagen nach Blutungstillstand operiert werden. Rezidivblutungen traten in 24% auf und wurden in 80% operiert.

Als Operationsmethode wurde in 50% die Billroth I-Operation ausgeführt.

Die Letalität lag bei 13,6%; 19% für die operierten (davon 32% bei Notfalloperation gegenüber 8% bei früh-elektivem Eingriff) und 11% für die konservativ behandelten Patienten. Rezidivblutungen zeigten eine Letalität von 22%.

Schlussfolgerung: Die meisten Patienten mit einem blutenden gastroduodenalen Ulkus werden heute durch eine Verbesserung der Blutstillungstechniken konservativ-endoskopisch behandelt. Die Rolle der Ulkuschirurgie hat sich somit gewandelt, aber ist immer noch ein wichtiger Teil in der Behandlung der Ulkusblutung. Unter Beachtung der Prognosefaktoren (Alter, Hämoglobin-Wert, Blutungsaktivität, Transfusionsbedarf, Lokalisation, Größe und Tiefe des Ulkus) kann die Zahl der Notfalleingriffe und der damit verbundenen erhöhten Letalität gesenkt werden. Der Chirurg wird zum einen den endoskopisch nicht behandelbaren Patienten operieren, zum anderen in Zusammenarbeit mit dem Gastroenterologen diejenigen Patienten auswählen, die von einem früh-elektiven Eingriff profitieren.