

## 6. Zusammenfassung

Während die Inzidenz eines Gastroduodenalulkus in den letzten Jahrzehnten abgenommen hat, ist die Häufigkeit der Ulkuskomplikationen, darunter die Blutung, konstant geblieben.

Die Auswertung des eigenen Krankengutes konnte die in der Literatur beschriebenen Erfahrungen bestätigen.

Es wurden 322 Patienten mit einer oberen gastrointestinalen Blutung im Wenckebach-Krankenhaus in den Jahren 1992 bis 1997 behandelt, darunter waren 173 Männer und 149 Frauen. Die Zahl der Ulkusblutung ging in diesem Zeitraum zurück. Waren es im Jahr 1992 72 Patienten, wurden 1997 nur noch 32 Patienten behandelt. Der Anteil der operativ versorgten im Vergleich zu den konservativ behandelten Patienten war bis 1996 nahezu konstant und ging im Jahr 1997 deutlich zurück.

Alle 322 Patienten konnten bei Aufnahme einer endoskopischen Untersuchung unterzogen werden. Bei ungefähr zwei Dritteln der Patienten stand die Blutung spontan oder konnte definitiv endoskopisch versorgt werden. Ein Drittel der Patienten musste aktuell operiert werden.

Die häufigste Ursache einer Ulkusblutung war das Ulcus duodeni mit 54%. Ein Ulcus ventriculi wurde bei 33% der Patienten diagnostiziert.

Das Alter der Patienten war im Untersuchungszeitraum ansteigend und lag im Durchschnitt bei 69,5 Jahren. 27% der behandelten Patienten waren zwischen 81 und 90 Jahre alt. Mit dem steigendem Alter der Patienten mit Ulkusblutung und den damit häufig verbundenen Begleiterkrankungen nimmt die Komplikationsrate und damit die Wahrscheinlichkeit für einen letalen Ausgang der Ulkusblutung zu. Mehr als die Hälfte der verstorbenen Patienten war älter als 80 Jahre.

Zu der am häufigsten eingesetzten endoskopischen Blutstillungsmethode zählte die Injektion mit Adrenalin/Suprarenin (62%) oder mit Fibrinkleber (36%).

Eine Helicobacter-pylori-Eradikation wurde bei 48% der Patienten eingeleitet.

108 der 322 Patienten, die im Wenckebach-Krankenhaus wegen einer oberen gastrointestinalen Blutung behandelt wurden, mussten operiert werden. 54% der

Patienten unterzogen sich einem früh-elektiven Eingriff innerhalb von 2 Tagen nach Blutungsstillstand, 46% der Patienten mussten notfallmäßig operiert werden. Dabei waren das aktiv blutende Ulkus (Forrest IA) und die endoskopisch nicht stillbare Rezidivblutung der Anlass zur sofortigen Operation.

Bei den Patienten mit blutendem gastroduodenalen Ulkus sollte nach spontaner oder endoskopisch erfolgreicher Blutstillung eine Intervalloperation angestrebt werden, da die Operationssterblichkeit dann bedeutend niedriger (8%) ist.

Die hohe Zahl der Notfalleingriffe bei Rezidivblutungen (80%) und der damit verbundenen erhöhten Letalitätsrate (32%) kann unter Beachtung der Prognosefaktoren (Alter, Hämoglobin-Wert, Blutungsintensität, Transfusionsbedarf, Lokalisation, Größe und Tiefe des Ulkus) gesenkt werden.

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

Die Letalität insgesamt lag bei 13,6%, für die operierten Patienten bei 19% und für die konservativ behandelten bei 11%.

Das Therapiekonzept für die Behandlung einer oberen gastrointestinalen Blutung hat sich in den letzten Jahren gewandelt. Die Endoskopie nimmt einen nicht nur diagnostischen, sondern einen zunehmend therapeutischen Stellenwert ein. Durch Verbesserung der endoskopischen Blutstillungstechniken kann das blutende gastroduodenale Ulkus erfolgreich behandelt werden.

Diesem Therapiewandel hat sich auch die Ulkuschirurgie angeschlossen. Der Chirurg wird zum einen den endoskopisch nicht behandelbaren Patienten operieren, zum anderen in Zusammenarbeit mit dem Gastroenterologen diejenigen Patienten auswählen, die von einer früh-elektiven Operation profitieren.