

# Hämorrhagischer Schock bei Hämatemesis – eine dramatische Ursache

Diagnostische und therapeutische Überlegungen

von Benjamin Braun und Martin Reuther

**D**ie Aufnahme des 76-jährigen Patienten auf unsere Intensivstation erfolgte über den Rettungsdienst wegen akut aufgetretenem, einmaligem Erbrechen von Frischblut und Blutkoageln unter dem hochgradigen Verdacht auf eine obere gastrointestinale Blutung.

An Vorerkrankungen/Voroperationen waren bekannt: 3-Gefäß-KHK (konservative Therapie); Zustand nach Aneurysma-Operation Aa. Iliacae communes beidseits 2015; Zustand nach Anlage einer biliacalen Y-Prothesenimplantation bei bestehenden Bauchaortenaneurysma 2008; Zustand nach Hüft-Tep rechts 2009.

**Aufnahmebefund:** Wach, orientierter Patient in akut reduziertem Allgemeinzustand. Blasses Hautkolorit. Subjektiv war der Patient wenig beeinträchtigt und bei normalem Ernährungszustand. Es bestand auskultatorisch ein vesikuläres Atemgeräusch beidseits und ein normaler Herzbe- fund. Blutdruck 100/80, Herzfrequenz 73/min, rhythmisch. Das Abdomen war weich und ohne Druckschmerz. Die Darmgeräusche waren regelrecht. Rektal fanden sich weder frisches Blut noch Teerstuhl oder Tumor, die Ampulle war stuhlge- füllt. Es bestanden kein Fieber oder Schüttelfrost.

**Laborbefunde bei Aufnahme:** Pathologisch: Hb 11,4 g/dl, CRP 6,7 mg/dl. Übrige Laborwerte normwertig.

**EKG:** SR, HF 67/min, Linkstyp, keine Er- regungsrückbildungsstörungen

Kurz nach Aufnahme auf die Intensivstation erbrach der Patient schwallartig Frischblut und wurde im Rahmen einer Aspirationsprophylaxe bei zunehmender Eintrübung sowie beginnendem hypovolämischem Schock notfallmäßig problemlos intubiert und katecholaminpflichtig beatmet. Parallel zur sofort eingeleiteten Volu- men- und Transfusionstherapie erfolgte unver- züglich die Durchführung einer Notfall-Gastro- skopie. Der Magen stellte sich massiv mit Blut- koageln und Frischblut gefüllt dar. Nach umfang- reicher Spülung und Absaugung ließ sich als mögliche Blutungsquelle ein kleines Ulcus im Antrum mit einem mutmaßlichen Gefäßstumpf (Forrest IIa) darstellen. Es erfolgte die Applika- tion eines Hämoclips. Aufgrund der Anamnese eines operativ versorgten Bauchaortenane- urysmas wurde die Spiegelung bis tief distal des Treitz'schen Bandes in das proximale Jejunum fortgesetzt. Eine aortoduodenale Fistel konnte hierdurch ausgeschlossen werden. Bei hochgradigem Verdacht auf eine Blutaspilation im Rahmen der massiven Hämatemesis wurde ergänzend eine Bronchoskopie über den einlie- genden Tubus durchgeführt. Hierbei fanden sich

Koageln in der Trachea und beiden Haupt- bronchien, die entfernt wurden. Radiologisch ließ sich eine Verschattung der linken Lunge als Hinweis auf eine Aspirationspneumonie nach- weisen. Eine kalkulierte antibiotische Therapie wurde eingeleitet. Unter adäquatem Trans- fusionsmanagement (4 EKs) stabilisierten sich die Kreislaufverhältnisse, die Katecholamin- therapie konnte zunächst beendet werden. Es folgte jedoch ein weiterer Hb-Abfall und eine Kreislaufinstabilität, sodass notfallmäßig eine CT-Untersuchung des Thorax/Abdomen (siehe *Abbildung*) angefertigt wurde. **RA**

**Dr. Benjamin Braun** arbeitet als Assistenzarzt der Abteilung Innere Medizin in der Klinik Lilienthal im Artemed-Klinikverbund in Lilienthal.

**Dr. Martin Reuther**, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, ist Chefarzt dieser Abteilung.

**Professor Dr. Malte Ludwig**, Chefarzt der Abteilung Angiologie und Phlebologie – Gefäßzentrum Starn- berger See – sowie der Abteilung Innere Medizin am Benedictus Krankenhaus Tutzing, koordiniert und begleitet die Reihe inhaltlich.

## Kurzanleitung zur „Zertifizierten Kasuistik“

**Hinweis:** Die 2 Fortbildungspunkte können über das System des Einheitlichen Informa- tionsverteilers (EIV) Ihrem Punktekonto bei der Ärztekammer gutgeschrieben werden. Es werden Ihre Einheitliche Fortbildungsnum- mer, die Veranstaltungsnummer und die An- zahl der Punkte übermittelt.

via *Rheinisches Ärzteblatt*

Im ersten *Rheinischen Ärzteblatt* des Quar- tals werden jeweils veröffentlicht: der ein- führende Artikel zum Thema, der Fragenka- talog und die Lernerfolgskontrolle mit Be- scheinigung.

Ausführliche Informationen zur Differen- zialdiagnostik werden im Internet [www.aekno.de/aktuelle\\_ausgabe](http://www.aekno.de/aktuelle_ausgabe) im Anschluss an den Arti- kel veröffentlicht.

Zum Erwerb der Fortbildungspunkte müssen mindestens 70 Prozent der Fragen richtig beantwortet werden. In dem Fall können die Fortbildungspunkte über den Elektronischen Informationsverteiler (EIV) dem elektroni- schen Punktekonto des Arztes bei seiner Ärztekammer automatisch gutgeschrieben werden, falls die Einheitliche Fortbildungs- nummer/Barcode auf die Lernerfolgskontrol- le aufgeklebt und damit das Einverständnis zur Datenübermittlung dokumentiert worden ist.

**Einsendeschluss:** Die Lernerfolgskontrolle

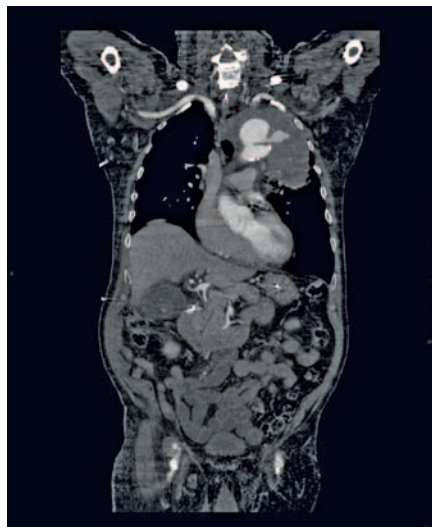


Abbildung: CT-Abdomen/Thorax mit KM des in der Kasuistik beschriebenen Patienten  
Abbildung: Praxis Klinik Dr. Hancken in der Klinik Lilienthal

muss spätestens bis **Montag, 27. Februar 2017** per Fax oder per Post eingegangen sein (Poststempel). Fax: 0211 4302-5808, Postanschrift: Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf.

**Auflösung:** im *Rheinischen Ärzteblatt* 3/2017 in der Rubrik Magazin.

via [www.aekno.de](http://www.aekno.de)

Die Zertifizierte Kasuistik findet sich auf der Homepage der Ärztekammer Nordrhein unter [www.aekno.de/cme](http://www.aekno.de/cme).

**Anmeldung:** Erstmalige Registrierung mit Nachnamen, Arztnummer, Einheitlicher Fortbildungsnummer (falls vorhanden) und einer aktuellen E-Mail-Adresse. An diese werden die Zugangsdaten geschickt. Die zukünftige Anmeldung erfolgt über Nachnamen und die per E-Mail übermittelte Benutzer-ID.

In dem geschlossenen Bereich finden sich

- der einführende Artikel zum jeweiligen Thema,
- die ausführlichen medizinischen Informationen und
- der Fragekatalog inklusive Evaluation.

Die bisher veröffentlichten Kasuistiken der Reihe finden sich zu Übungszwecken unter [www.aekno.de/cmetest](http://www.aekno.de/cmetest).

## Fragenkatalog zur Zertifizierten Kasuistik Hämorrhagischer Schock bei Hämatemesis – eine dramatische Ursache

1. Welche Differenzialdiagnose als Blutungsursache kommt bei dem Patienten eher nicht in Betracht?
  - a) obere GI-Blutung
  - b) Mallory-Weiss-Syndrom
  - c) thorakales Aortenaneurysma, gedeckt rupturiert
  - d) Boerhaave-Syndrom
  - e) Akute Cholezystitis
2. Was erkennen Sie in der Abbildung des CT-Thorax/Abdomen?
  - a) Bronchialcarcinom rechts
  - b) perforiertes Aortenaneurysma
  - c) M. Boeck der Lunge
  - d) Pankreaskarzinom
  - e) Pneumothorax links
3. Was ist die häufigste Ursache einer akuten oberen gastrointestinalen Blutung?
  - a) Ösophagusvarizenblutung
  - b) nicht identifizierbare Blutungsquelle
  - c) Ulcus ventriculi oder duodeni
  - d) Refluxösophagitis
  - e) Mallory-Weiss-Syndrom
4. Was sind typische Ursachen eines Ulcus ventriculi? Welche Aussage trifft nicht zu?
  - a) NSAR-Einnahme
  - b) Helicobacter pylori Infektion
  - c) physiologischer Stress bei schweren Allgemeinerkrankungen
  - d) Drüsenkörperzysten
  - e) Hypergastrinämie
5. Was kann eine gastrointestinale Komplikation eines abdominalen Aortenstentgrafts sein?
  - a) Cameron-Läsionen
  - b) aorto-enterische Fistel
  - c) GAVE-Syndrom
  - d) Ulcus Dieulafoy
  - e) Colocarcinom
6. Welche Aussage trifft am ehesten zu?
  - a) Bei einem normofrequenten Sinusrhythmus ist nicht mit einer Hypovolämie zu rechnen.
  - b) Blasses Hautkolorit ist ein sicheres Zeichen für eine Anämie, auf eine Laborkontrolle kann in diesem Fall verzichtet werden.
  - c) Patienten mit aktiver gastrointestinaler Blutung sollten zwei großvolumige Venenzugänge erhalten (mind. 16 G = grau).
  - d) Hämatochezie (peranaler Abgang frischen, roten Blutes) ist immer beweisend für eine untere gastrointestinale Blutung.
  - e) Kreislaufinstabile Patienten sollten immer zunächst auf Normalstation beobachtet werden – erst bei hypovolämischem Schock ist eine Aufnahme auf Intensivstation indiziert.
7. Welche der nachfolgenden Krankheitsbilder können Ursachen schwerer Hämoptysen sein?
  - a) Bronchiektasen
  - b) Bronchialcarcinom
  - c) aortobronchiale Fistel
  - d) Lungenarterienembolie
  - e) Alle Antworten sind richtig.
8. Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten zu?
  - a) Zur Diagnostik eines Aortenaneurysmas sollte eine CT-Untersuchung ohne Kontrastmittelgabe durchgeführt werden, um die Nieren nicht zu gefährden.
  - b) Ein Angio-CT stellt den Goldstandard in der Aneurysmadiagnostik des thorakalen Aortenbogens dar.
  - c) Durch eine Gastroskopie kann ein Aortenaneurysma sicher ausgeschlossen werden.
  - d) Die Ruptur eines thorakalen Aortenaneurysmas wird immer überlebt.
  - e) Die Entstehung eines Aortenaneurysmas verläuft symptomatisch und wird vom Patienten immer verspürt.
9. Welches Symptom ist für ein rupturiertes Aneurysma der Aorta thorakalis eher untypisch?
  - a) Tachykardie
  - b) Vigilanzminderung
  - c) Schmerzen im Unterbauch
  - d) hypovolämischer Schock
  - e) Hautblässe
10. Welche Aussage trifft nicht zu?
  - a) Thorakale Aortenaneurysmata können leicht durch eine einfache Röntgen-Übersichtsaufnahme diagnostiziert werden.
  - b) Thorakale Aortenaneurysmata können asymptomatisch sein.
  - c) Vorliegende Bindegewebskrankungen wie Marfan, Ehlers-Danlos, etc. können die Entstehung eines Aneurysmas begünstigen.
  - d) Ist der Durchmesser eines thorakalen Aortenaneurysmas > 5,5 cm, so besteht eine Operationsindikation.
  - e) Als klinische Differenzialdiagnose zu einem Herzinfarkt muss an ein disseziertes Aortenaneurysma gedacht werden.

## Lernerfolgskontrolle und Bescheinigung der Zertifizierten Kasuistik zum Thema „Hämorrhagischer Schock bei Hämatemesis – eine dramatische Ursache“



Durch Aufkleben Ihres Barcodes erklären Sie sich damit einverstanden, dass die Fortbildungspunkte über den Elektronischen Informationsverteiler (EIV) Ihrem Punktekonto gutgeschrieben werden.

Hier Teilnehmer EFN-Code aufkleben

(Eine Weitergabe der erworbenen Punkte ist nur bei aufgeklebtem Barcode möglich.)

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname und Name (Bitte Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Bitte füllen Sie die Lernerfolgskontrolle aus und unterzeichnen Sie die Erklärung.

**Einsendeschluss:** Montag, 27. Februar 2017 per Fax oder Post (Poststempel)

**Faxnummer: 0211 4302-5808**

Postadresse: Nordrheinische Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

### Lernerfolgskontrolle

Zertifizierte Kasuistik „Hämorrhagischer Schock bei Hämatemesis – eine dramatische Ursache“ (*Rheinisches Ärzteblatt 1/2017*)

**Bitte nur eine Antwort pro Frage ankreuzen**

Fragen	Antwort a)	Antwort b)	Antwort c)	Antwort d)	Antwort e)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

**Erklärung:** Ich versichere, dass ich die Fragen selbst und ohne fremde Hilfe beantwortet habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

### Bescheinigung (wird von der Ärztekammer Nordrhein ausgefüllt)

- Hiermit wird bescheinigt, dass bei der Lernerfolgskontrolle mindestens 70 % der Fragen richtig beantwortet wurden. Für die Zertifizierte Kasuistik werden 2 Fortbildungspunkte angerechnet.
- Die Fortbildungspunkte können nicht zuerkannt werden, da weniger als 70 % der Fragen richtig beantwortet wurden.

Auflösung im *Rheinischen Ärzteblatt März 2017* in der Rubrik Magazin.

Düsseldorf, den \_\_\_\_\_  
(Datum, Stempel, Unterschrift) Diese Bescheinigung ist nur mit Stempel gültig.