



I  
Kurs: KOLOSKOPIE UND POLYPEKTOMIE

# Untere GI-Blutung

***S.U. Christl***

II. Medizinische Abteilung  
Gastroenterologisches Zentrum Harburg

**Asklepios Klinik Harburg**

# Untere GI-Blutung: Häufigkeit

---

Untere GI-Blutung      20-25 / 100.000 / Jahr

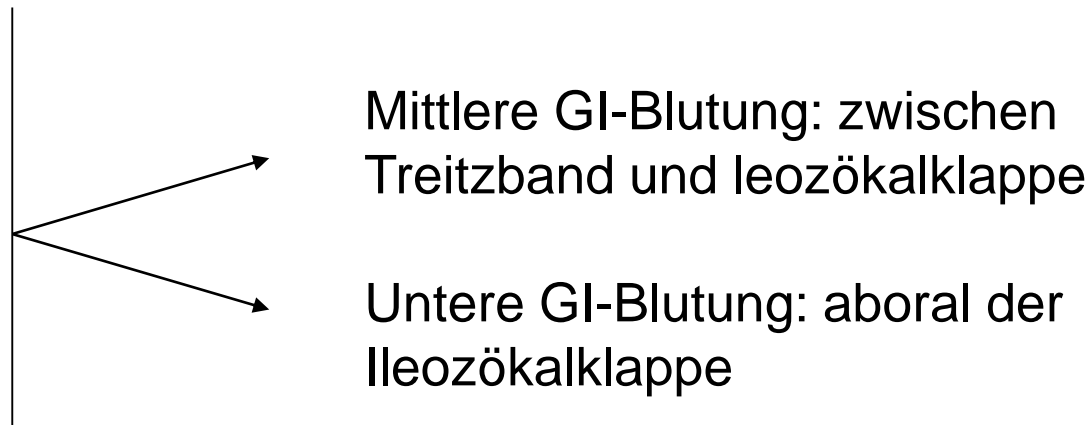
Obere GI-Blutung      100-200 / 100.000 / Jahr

Zahlen stark abhängig von Alter  
und Diagnosespektrum

# Untere GI-Blutung: Definition

Obere GI-Blutung: Blutung oral des Treitz-Bandes

Untere GI-Blutung: Blutung aboral des Treitz-Bandes



## **Akute untere GI-Blutung**

Dauer weniger als 3 Tage  
hämodynamische Instabilität oder  
transfusionsbedürftige Anämie

## **Chronische untere GI-Blutung**

längerfristige o. intermittierende Hämatochezie  
okkultes Blut im Stuhl (+/- Anämie)

Hospitalisation 20-30 /100.000/Jahr

80%	spontane Hämostase
25%	Rezidivblutung
5%	Mortalität

Einfluß der zunehmenden Antikoalulation?

- Doppelte Thrombozytenaggregation
- Orale Antikoagulation
- Neue OAK
- Dreifache Antikaogulation

Bei Kreislaufinstabilität, starker Anämie  
und / oder massivem Blutgang

Kreislaufstabilisierung  
ggf. Transfusion (mindestens EK-Bereitstellung)  
ggf. Gerinnungsstabilisierung

Notfallgastroskopie\*

Notfallkoloskopie

\* Bei rektalem Blutgang in ca.  
10% Blutungsquelle oberhalb  
des Treitz-Bandes!

Nach Literatur Notfallkoloskopie bei unvorbereitetem Kolon mit vergleichbarer Ausbeute möglich

Trotzdem orthograde Lavage in üblicher Weise empfohlen

Was ist eine „Notfallkoloskopie“?

z.B. 12-24 h nach Aufnahme

# Notfallkoloskopie: Wertigkeit

---

Diagnostische Ausbeute:	48-97%
Therapeutische Interventionen:	3-62%
Interventionen erfolgreich	ca. 70%
Komplikationen	1.3%



Blutungsquelle	Häufigkeit in %
Rektum	15.1
Sigma	15.1
Colon descendens	19.7
Colon transversum	12.7
Colon ascendens	15.1
Zökum	2.6
Terminales Ileum	1.7

# Untere GI-Blutung: Ursachen

Divertikel	17–47
Angiodysplasien	2–30
CED	1–16
Ischämie	0–18
Neoplasie	9–36
Strahlenschaden	4–6
Anorektale Ursachen (Hämorrhoiden)	2–28
Dünndarmblutungen	2–9

**Stark vom Alter abhängig!**

Häufigste vorausgegangene Interventionen

- Polypektomie
- Biopsie bei Antikoagulation
- Transrektale Prostata-Stanzbiopsie

Blutung kann auch nach > 3 Tagen auftreten!

**Notfallkoloskopie grundsätzlich indiziert**

Unterspritzung mit NaCl / Suprarenin

Thermokoagulation (Heaterprobe, Diathermie)

Elektrokoagulation (APC)

Hämoclip

Gummibandligatur



**Notfallendoskopie nie ohne ... !**



NaCl

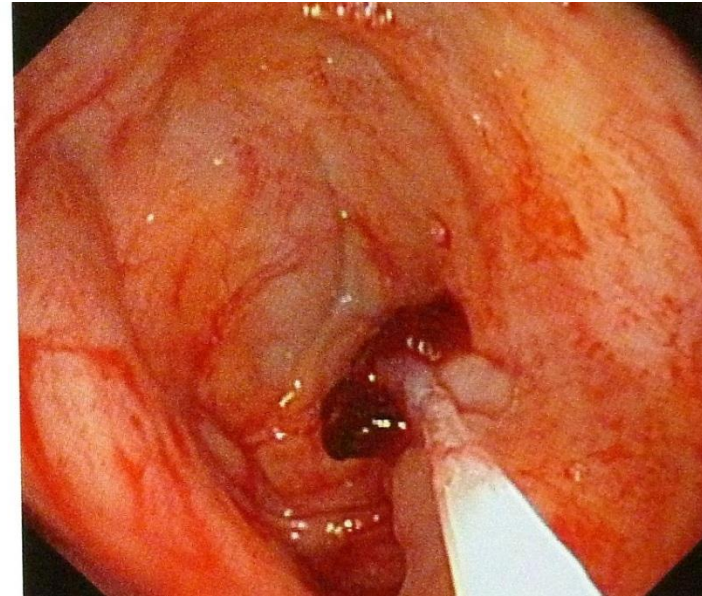
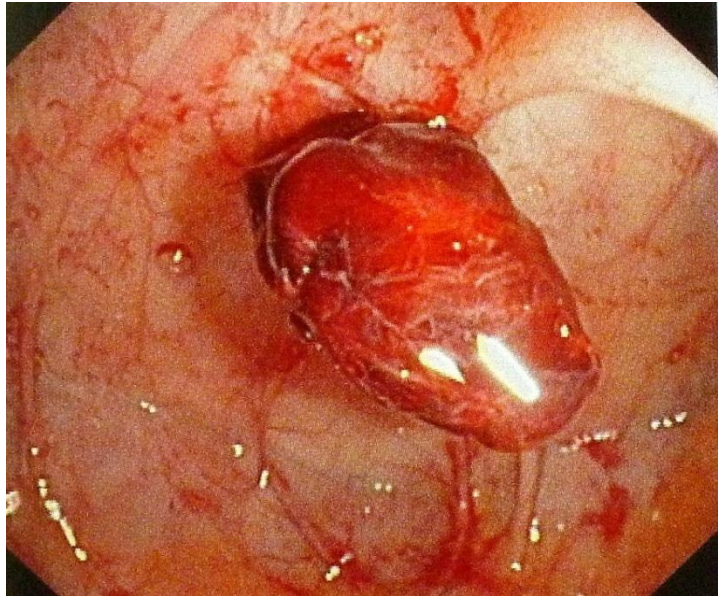
Suprarenin 1:10.000 (1ml auf 10ml NaCl)

Volumen 1-10 ml

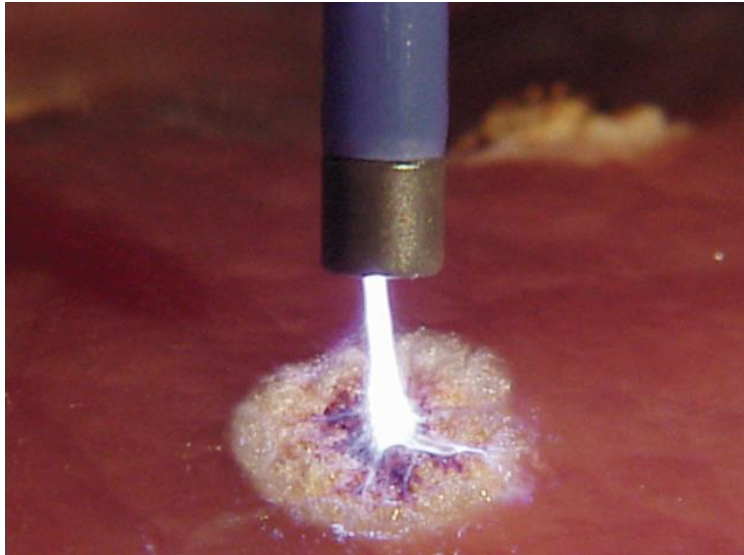
Effekt: Kompression und Vasokonstriktion

Vorteile: universell einsetzbar, technisch einfach

Nachteil: Rezidivrisiko nach Resorption des Depots



Koagel sollten entfernt werden, um die eigentliche Blutungsquelle zu identifizieren – vorher Unterspritzung der Läsion mit Suprarenin sinnvoll



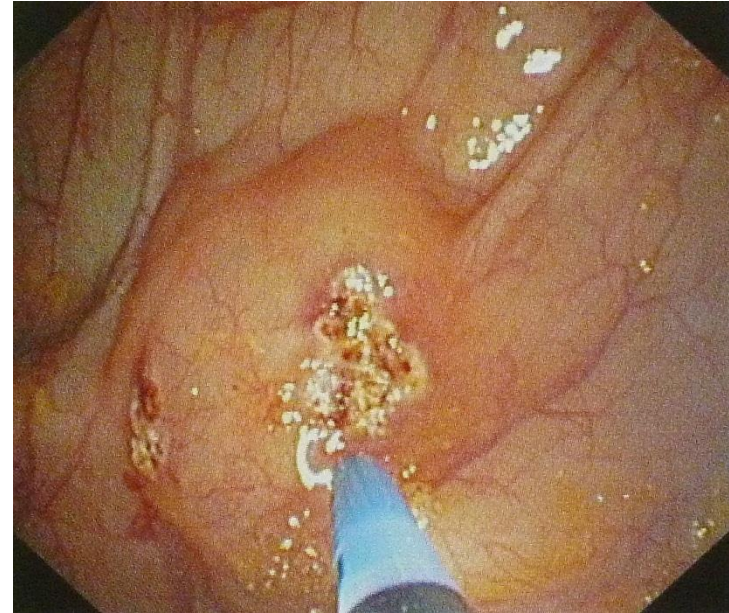
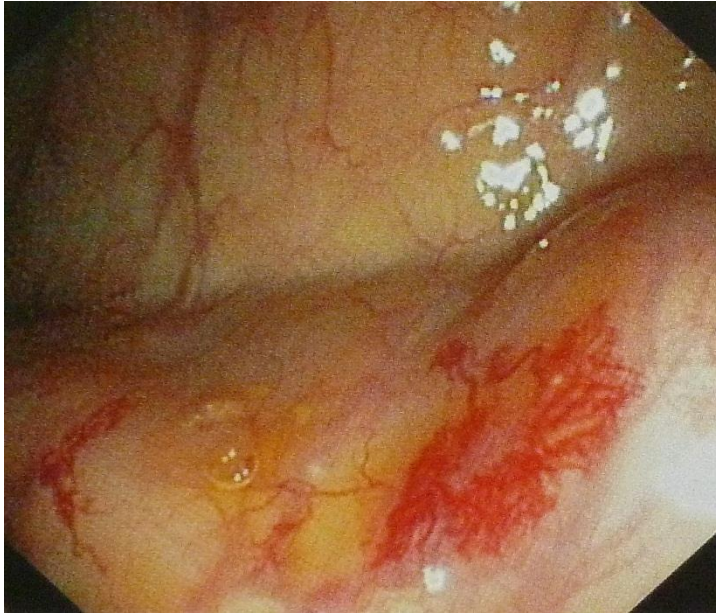
Optimal für kleine Gefäße  
oder flächige Strukturen

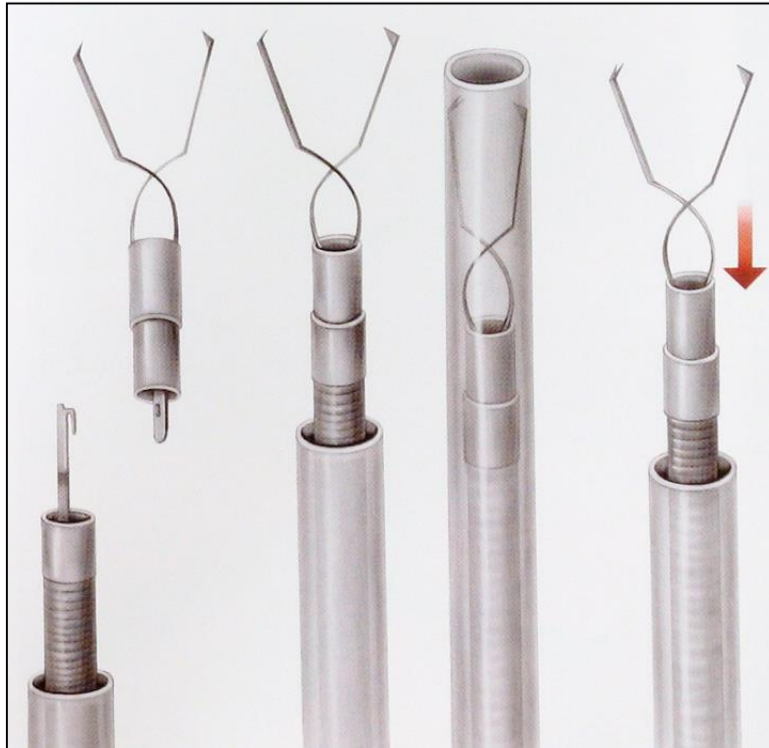
Im Kolon mit niedriger Energie, z.B 40 Joule  
(Cave Spätperforation bei durchgehender Koagulation)

Sonde nicht aufsetzen oder anpressen  
(Cave Gasemphysem)

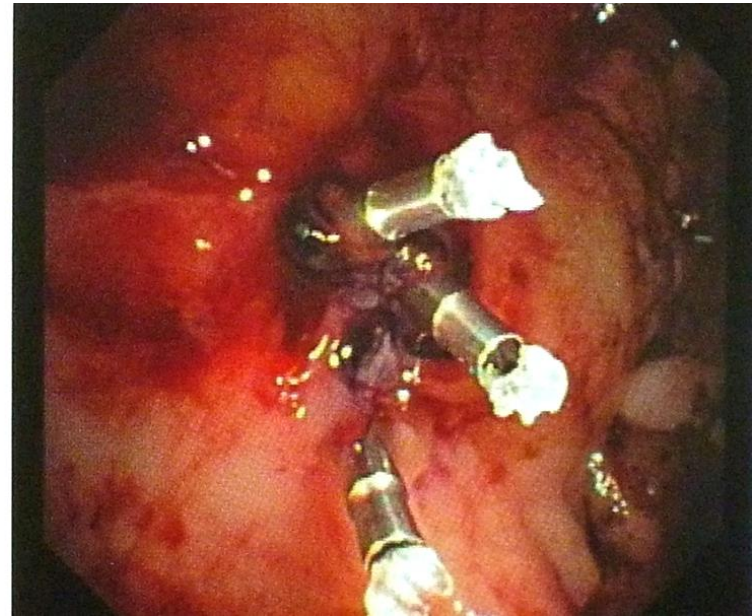
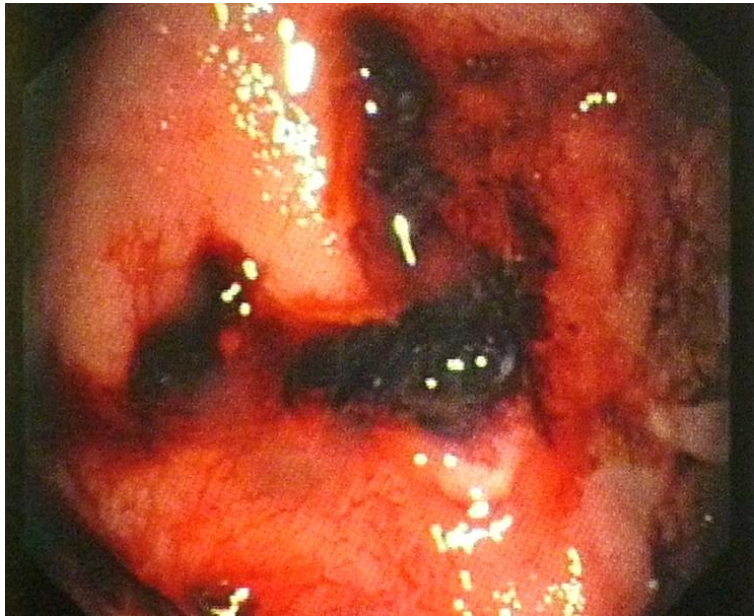


# APC-Koagulation





Für punktuelle Läsionen  
und Blutungen – sichtbare  
Blutgefäße



# OTSC-Clip



# Hemospray



*Messammann H. Thieme Lehratlas der Koloskopie*

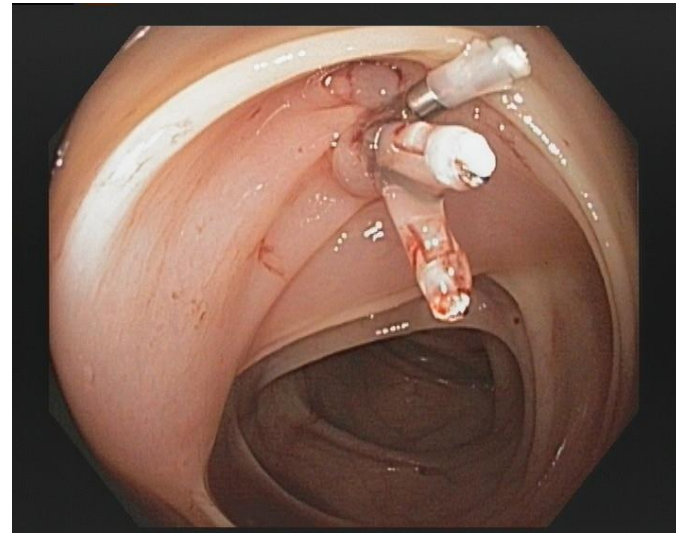
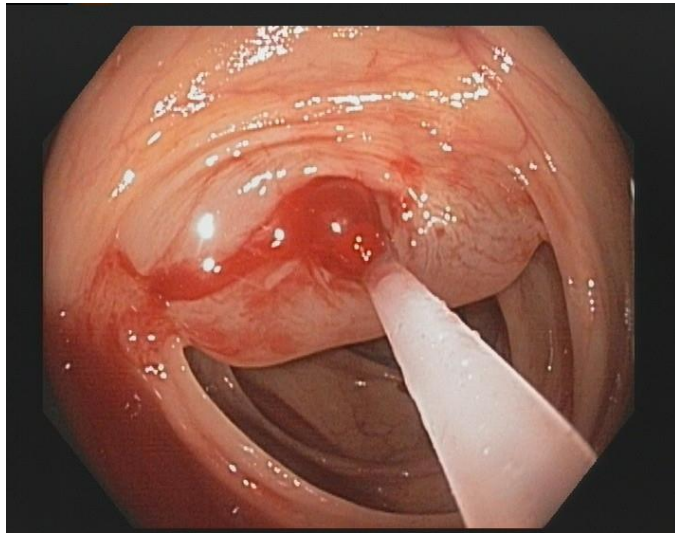
17-40% aller unteren GI-Blutungen  
Meist selbstlimitierend, remittierend  
Hb- und Kreislaufwirksamkeit häufig

**Probleme:** Bei aktiver Blutung Koagel und Blut in sehr vielen Divertikeln. Nach Lavage häufig schon Hämostase und keine Blutungsstigmata mehr nachweisbar

**Nachweiskriterien:** fließende Blutung  
anhaftendes Koagel  
Gefäßstumpf

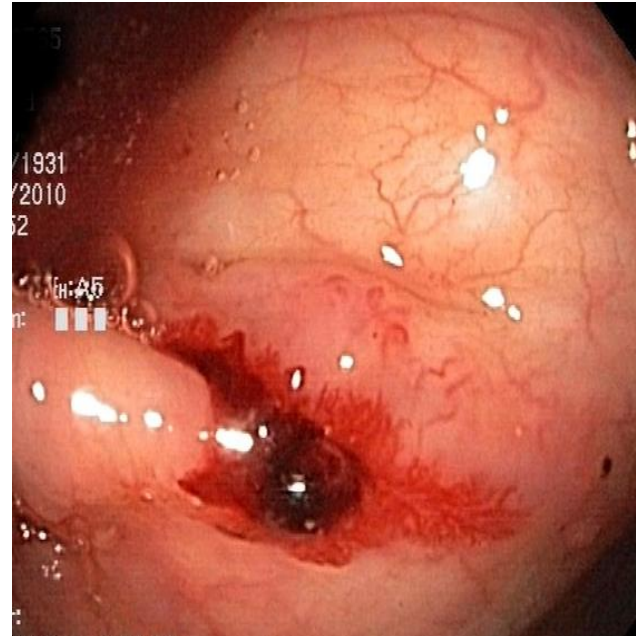
**Therapie:** Unterspritzung  
Hämoclip  
Koagulation riskant

# Divertikelblutung





# Angiodysplasie

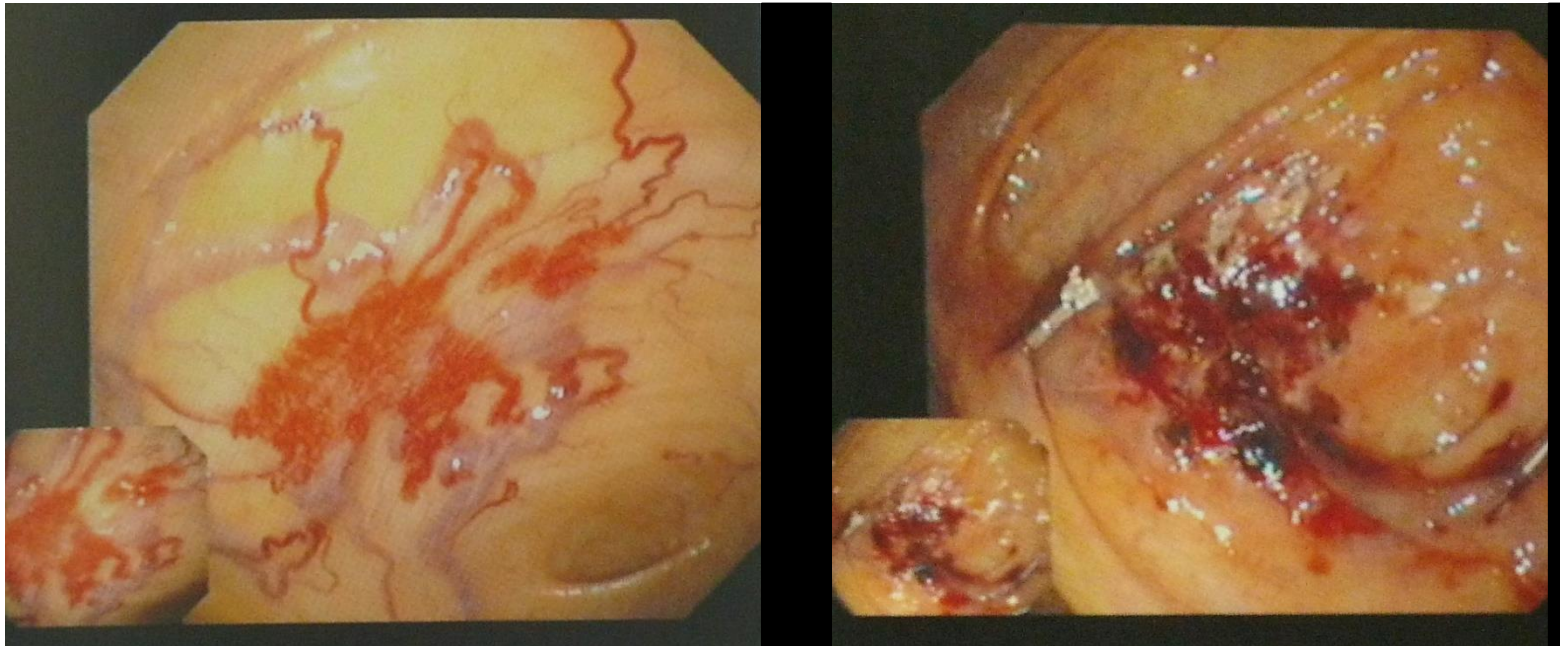


2-30% aller unteren GI-Blutungen  
Sporadisch oder M. Osler  
Oft chronisch, auch Hb-wirksam  
selten hämodynamisch wirksam  
Rezidivrate 26-46%

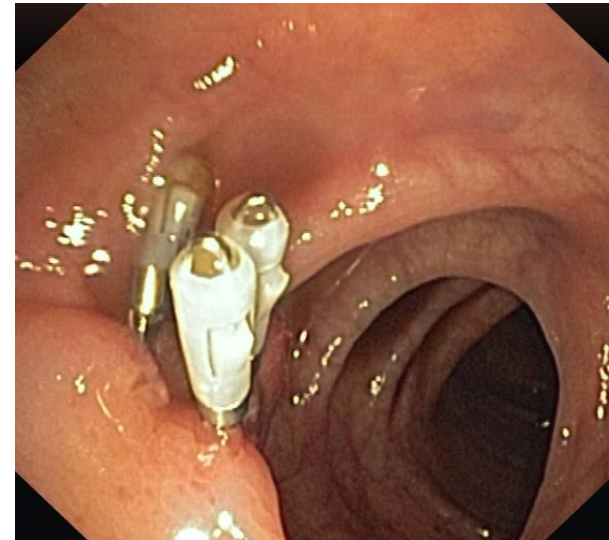
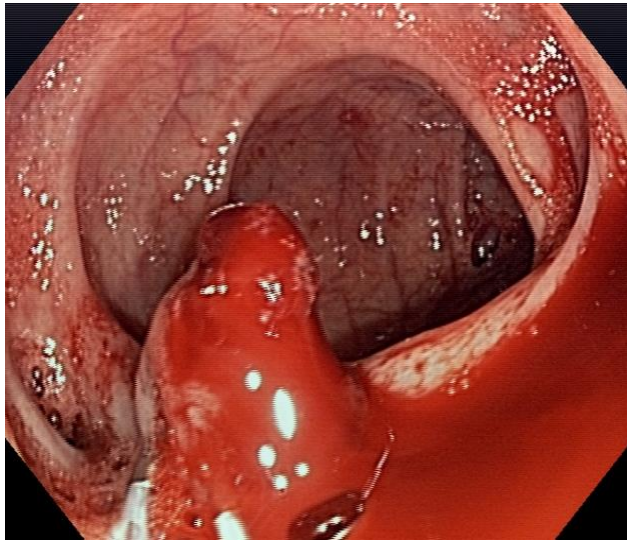
Cave Koinzidenz der „häufigen“  
Angiodysplasie mit anderen Blutungsquellen

Nachweiskriterien: fließende Blutung  
anhaftendes Koagel  
Fehlen alternativer Blutungsquellen

Therapie: APC-Koagulation



Immer Koloskopie und Nachweis der Nachblutung  
Immer interventionelle Behandlung  
In der Regel Clipapplikation (+/-Unterspritzung)



## Komplikationen bei der Vorsorgekoloskopie

	Vorsorgekoloskopie	Polypektomie
Cardiopulmonal	0.08%	
Perforation	0.02%	0.09%
Blutungen	0.16%	0.80%

*Bokemeyer, B. et al. European J of Gastroenterol and Hepatol 2009*

## Maßnahmen zur Reduktion des Blutungsrisiko:

Gerinnungsdiagnostik ??

- Q > 50%, Thrombozyten > 50.000/ul

Keine Koloskopie/Polypektomie unter doppelter TAA \*

Keine Koloskopie/Polypektomie unter ther. Antikoagulation \*

Neue OAK Pause: Wirkdauer beachten

Bei DES ggf. Bridging mit GP IIb/IIIa Inhibitor

ASS Monotherapie muß nicht abgesetzt werden

\* Diagnostische Koloskopie, PE und  
Polypektomie < 10 mm möglich

*S2k-Leitlinie Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie 2015*