Chirurg 2019 · 90:605–606
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0992-3>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2019

C.-T. Germer

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Zentrum Operative Medizin (ZOM), Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland

Gastrointestinale Blutungen

Gastrointestinale Blutungen sind häufig. In Deutschland liegt die Inzidenz oberer gastrointestinaler Blutungen bei ca. 50–100/100.000 und unterer gastrointestinaler Blutungen (ohne Hämorrhoidalblutung) bei ca. 20/100.000. Das klinische Spektrum reicht von der nur laborchemisch erfassbaren Anämie bis hin zur fulminanten Blutung mit Schock und erfordert ein differenziertes Vorgehen vom ersten Verdacht einer gastrointestinalen Blutung über die Akutversorgung bis hin zur Prävention einer erneuten Blutung.

Die chirurgische Therapie zur primären Blutstillung hat – nachdem sie viele Jahrzehnte lang die quasi einzige effektive Option darstellte – deutlich an Bedeutung verloren. Eine chirurgisch-operative Behandlung der akuten gastrointestinalen Blutung ist heute nur noch bei konservativ interventionell primär nicht stillbaren Blutungen und schweren Rezidivblutungen nach primär endoskopischer Hämostase indiziert.

» Zur Risikostratifizierung sind Kenntnisse bez. Diagnostik und Therapie unabdingbar

Nichtsdestotrotz ist auch der Chirurg im klinischen Alltag regelmäßig mit dem Krankheitsbild der gastrointestinalen (GI-)Blutung konfrontiert. Obwohl sich in den meisten deutschen Kliniken die endoskopische Expertise in den Händen der gastroenterologischen Kollegen befindet und diesen somit die Primärdiagnostik und Therapie bei gastrointestinaler Blutung obliegen, ist es dringend erforderlich, dass auch der Chirurg über ausreichende Kenntnisse bezüglich der unterschiedlichen Diagnoseverfahren und Behandlungsmöglichkeiten verfügt.

Nur so ist gewährleistet, dass der Chirurg im interkollegialen Gespräch als kompetenter Behandlungspartner im Rahmen der Risikostratifizierung fungieren kann. Deshalb erschien es erforderlich, ein aktuelles Schwerpunktheft der Zeitschrift *Der Chirurg* zu dieser Thematik zu erstellen.

In ihrem Übersichtsartikel stellen U. Schweizer *et al.* aus Tübingen die aktuelle Differenzialindikation der unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten bei gastrointestinaler Blutung dar und beantworten die Frage, ob die Therapie endoluminal, endovaskulär oder doch chirurgisch erfolgen sollte.

» Varikös bedingte obere GI-Blutungen sind die häufigste Komplikation bei Leberzirrhose

Eine besondere klinische Problematik bietet die varikös bedingte obere gastrointestinale Blutung. Sie ist die häufigste letale Komplikation bei Patienten mit einer Leberzirrhose. Die Übersichtsarbeit von S. Manekeller und J.C. Kalff aus Bonn zeigt die aktuellen Therapiekonzepte bei akuter Ösophagusvarizenblutung, deren Management in der Akutsituation sowie die Indikationen zur Therapie der ursächlichen portalen Hypertension mittels transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Shunts (TIPS) auf.

Häufigste Ursache der unteren gastrointestinalen Blutung ist mit 20–40 % die Blutung aus Divertikeln. Die Inzidenz liegt in Deutschland bei etwa 32–36/100.000. Obwohl mehr als 90 % aller Divertikelblutungen spontan sistieren, können auch lebensbedrohliche schwere Verläufe auftreten. W. Schwenk aus Solingen stellt in seinem Beitrag den

Diagnostik- und Therapiealgorithmus der Divertikelblutung dar.

Post-Operative gastrointestinale Blutungen nach viszeralchirurgischen Eingriffen stellen eine besondere Entität dar, da sich die Vorgehensweise hierbei vor allem nach der vorausgegangenen Art der Operation, dem Zeitpunkt der Blutungsmanifestation und der Intensität richtet. In dem Beitrag von C. Stier und J. May aus Würzburg werden die verfahrensspezifischen Besonderheiten postoperativer gastrointestinaler Blutungen dargestellt.

Abschließend widmen sich O. Schwandner und O. Pech aus Regensburg in ihrem Beitrag der Frage, ob rektale Blutungen immer leicht zu beherrschen oder doch eine Herausforderung in der Proktologie darstellen.

Wir hoffen, Ihnen mit diesem Schwerpunktthema einen aktuellen Überblick zum Thema „gastrointestinale Blutungen“ an die Hand gegeben zu haben, der Sie in Ihrer täglichen Praxis hilfreich unterstützen kann.

Ihr

Prof. Dr. Christoph Germer

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. C.-T. Germer

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Zentrum Operative Medizin (ZOM), Universitätsklinikum Würzburg, Oberdürrbacher Str. 6, 97080 Würzburg, Deutschland
germer_c@ukw.de

Interessenkonflikt. C.-T. Germer gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Projekt „STAUfrei“: Klinik und Hausärzte kämpfen gemeinsam gegen nosokomiale Infektionen

In Baden-Württemberg proben Hausärzte und eine Klinik den gemeinsamen Kampf gegen nosokomiale Infektionen. Die Hausärzte nehmen dabei eine zentrale Rolle im Sanierungsmanagement der betroffenen Patienten ein.

Nach Berechnungen des Nationalen Referenzentrums für die Surveillance nosokomialer Infektionen an der Berliner Charité (NRZ), infizieren sich jedes Jahr bis zu 600.000 Menschen mit MRSA & Co. Ein Drittel dieser Infektionen ist laut NRZ vermeidbar.

Der Innovationsfonds des GBA fördert nun für 3 Jahre das Projekt „STAUfrei“ mit 2,8 Millionen Euro. Ziel des Projekts ist es, die Übertragung von MRSA sowie methicillinresistenten Staphylokokken (MSSA) beim Übergang zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu vermeiden. Im Rahmen der sektorenübergreifenden neuen Versorgungsform soll das Infektionsrisiko reduziert werden. Konsortialpartner sind unter anderem die Kliniken Heidenheim, die AOK Baden-Württemberg, der BKK Landesverband Süd und die KV Baden-Württemberg (KVBW) sowie das Universitätsklinikum Tübingen, das für die Projektevaluation zuständig ist.

Vor der Op zum Hausarzt

Im Projektalltag sieht es laut den Heidenheimer Kliniken so aus, dass Patienten, die für einen geplanten operativen Eingriff ins Krankenhaus kommen, vorab mittels Abstrich auf MRSA/MSSA überprüft werden – und zwar bei ihrem Hausarzt.

Zu diesem Zweck sind in den vergangenen Monaten Keimexpertinnen in 50 Praxen ausgebildet worden. Voraussetzung dafür ist, dass die Praxis an einem entsprechenden Selektivvertrag teilnimmt. Im Falle eines positiven Befundes leitet der Arzt eine Sanierung ein, wie es heißt. Konkret stattet der Hausarzt den Patienten mit einem Dekontaminationsset für eine Sanierung zu Hause aus. Mit dem Set solle der Patient die Keime von der Haut und den Schleimhäuten entfernen und somit postoperative Infektionen vermeiden.

Abgleich mit Abrechnungsdaten

Die Rolle des Hausarztes ist es, die betroffenen Patienten im Vorfeld in die korrekte

Ausführung der Sanierung einzuweisen und sie zu begleiten. Im Set enthalten seien spezielle antibakterielle Hygieneartikel, diverse Desinfektionsmittel sowie ein antibakteriell wirksames Nasengel. Der Keimstatus werde bei stationärer Aufnahme erneut erfasst und nach der Entlassung wiederholt beim Hausarzt kontrolliert, um den Sanierungserfolg zu überprüfen. Die post-stationäre Betreuung umfasst ein Monitoring von Rekolonisation und Wundinfektion. Der Patient erhalte zur Dokumentation einen entsprechenden Pass.

Patient erhält entsprechenden Pass

Insgesamt sollen 4000 Patienten mit dem Projekt erreicht werden. Die während der Studie eingehenden Laborproben werden am Tübinger Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene getestet, klinische Daten und Abrechnungsdaten vom Institut für klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie in einer vom Institut entwickelten Datenbank aufbereitet und in Kooperation mit dem Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung und der Steinbeis Hochschule Berlin ausgewertet.

Quelle: Ärzte Zeitung
(www.aerztezeitung.de)