FLOWCHART
GI-BLUTUNGEN

Gurufacts

STABIL VS. INSTABIL

STABILISIERUNG

LOKALISATION

RISIKO-EINSCHÄTZUNG

MEDIKAMENTE

ENDOSKOPIE

ÜBERWACHUNG

WEITERE THERAPIE

GI-Blutung

Kreislaufstabil

Fokussierte Anamnese
insb. zeitlicher Verlauf, Antikoagulation, abdominelle Vorerkrankungen / OPs

LOKALISATIONS-EINSCHÄTZUNG

Frisches Blut ab ano (= Hämatochezie) und/oder Z.n. Koloskopie/OP → **V.a. Untere GI-Blutung** [3] → **Koloskopie**

Unklare Schilderung → *Aufgrund von Häufigkeit & Gefahr zunächst ausgehen von...* → **V.a. Obere GI-Blutung**

Frisches Bluterbrechen und/oder Hämatinerbrechen („Kaffeesatzerbrechen“) und/oder Teerstuhl [1] → **V.a. Obere GI-Blutung**

Stationäre Aufnahme und Koloskopie im Verlauf insb. bei:
- Kreislaufdepression
- klinisch reduziertem AZ
- Synkope (potentiell durch Blutung)
- starke abdominelle Schmerzen
- Risikofaktoren [8]

„NUR“ GELEGENTLICHE BLUTAUFLAGERUNGEN IM STUHL + KEINE RISIKOFAKTOREN [8] → **Niedrigrisiko → oft ambulante Versorgung möglich**

Risikofaktoren für variköse Blutung?
- Bekannte Ösophagusvarizen oder Z.n. variköser Blutung
- Leberzirrhose - *evtl. Sono-Hinweise, Aszites, Leberwerte*
- (langjähriger) Alkoholabusus

JA → **V.a. obere, variköse Blutung**

Vasokonstriktor- & Antibiotikum-Gabe
z.B. 2mg Terlipressin iv. + 2g Ceftriaxon iv.

Frühzeitige Gastroskopie [9]

NEIN

PPI-Gabe
initial 80mg (z.B. Pantoprazol) iv. als KI [7]
+ EK-Gabe ab Hb <7g/dl

Risikoeinschätzung mit modifiziertem Glasgow-Blatchford-Score:
= HF + RR + Harnstoff + Hb

Andere Risikofaktoren:
U.a. Synkope, Z.n. Aspiration, Vigilanzminderung / Agitation, Antikoagulation [8]

0-1 PKT. → **Niedrigrisiko → oft ambulante Versorgung möglich**

2-11 PKT. → **Gastroskopie frühelektiv 24-72h**

≥ 12 PKT. *ODER* **RISIKO-FAKTOREN** → **Frühzeitige Gastroskopie** [9]

Kreislauf-Instabil

ABC-Stabilisierung
2 großlumige Zugänge, ggf. Intubation
bei oberer GI-Blt.: SALAD-Technik & 2 Absaugpumpen erwägen

(Notfall-)Transfusion & Gerinnungsmanagement [5]
EK-Gabe nach Klinik, Hb-Abfall nicht abwarten!

Notfall-Gastroskopie [6] **nach Stabilisierung**

Bei schwerer Blutung
30-120min vor Gastroskopie: Erythromycin[4] *(zur Magenentleerung)*
ggf. Intubation als Aspirationsschutz

KEINE BLUTUNGSQUELLE ERSICHTLICH + UNTERE GI-BLUTUNG VORSTELLBAR → **Koloskopie**
binnen 24h (nach Abführen). Ausnahme (früher): Post-Polypektomie-Blutung)

UND / ODER → **Angio-CT**
dann ggf. OP / radiologische Intervention

Endoskopisch nicht stillbare, obere GI-Blutung oder frühe Rezidivblutung

Variköse Blutung:
- Zur Überbrückung: Terlipressin-Gabe fortsetzen[2], ggf. selbstexpandierender Metallgitterstent (SEMS)
- Rescue-TIPS-Anlage erwägen (im Zentrum)

Nicht-Variköse Blutung:
→ Viszeralchirurgische OP / interventionell-radiologische Blutstillung (je nach Lage bzw. Einzelfallentscheidung)

WEITERE INFOS:

Notfallguru

Stand 12/2025

[1] Bei längerer Passagezeit Teerstuhl auch bei unterer GI-Blutung möglich, jedoch selten
[3] Ursachen: 1) im Alter = meist Divertikelblutung, Malignom, postprozedural
2) bei Jüngeren = meist chron. entzündl. Darmerkrankungen (Erstmanifestation/Schub)
3) Weitere: Hämorrhoiden, Analfissur / -venenthrombose, Fremdkörper-Verletzung
[6] Bei instabilen Pat. auch bei vermuteter unterer GI-Blutung zunächst Gastroskopie, da obere deutlich häufiger & gefährlicher
[8] sowie z.B. Thrombozyt.aggreggationshemmung, kürzl. endoskop. Intervention wie Polypektomie, schwere Begleiterkrankungen
[2] 4mg über 24h via Perfusor oder 1-2mg alle 4-6h iv.
[4] 250mg Erythromycin iv. als Kurzinfusion
[5] Tranexamsäure nicht mehr empfohlen, vermutlich nicht hilfreich
[7] danach 40mg 3x pro Tag iv. oder Perfusor mit 240mg/24h
[9] Varikös: <12h. Nicht-varikös, aber Risikofaktoren: 6-24h. Bis dahin engmaschiges Monitoring (z.B. auf IMC-Station)