

Neuro Rehabil 2010; 16 (1): 24–26

Akute massive rektale Blutung – eine seltene Komplikation in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

D. Steube

Neurologische Klinik Bad Neustadt/Saale

Zusammenfassung

Stressläsionen des Magens in Form einer Gastritis oder eines Ulkus bei Patienten mit erworbenen Hirnschäden sind hinlänglich bekannt. Die Prävention, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten sind etabliert. Akute massive rektale Blutungen dagegen müssen als seltene, aber lebensbedrohende Komplikationen in der neurologischen Intensivmedizin und Frührehabilitation angesehen werden. Nach Darstellung von zwei Kasuistiken werden Klinik, Ursachen, Diagnostik und Therapie zur Diskussion gestellt.

Schlüsselwörter: erworbene Hirnschäden, neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation, akute untere gastrointestinale Blutung, Klinik, Ursachen, Diagnostik, Therapie

Acute massive rectal bleeding – a rare complication in the course of neurological-neurosurgical early rehabilitation

D. Steube

Abstract

Stress lesions of the stomach which can occur as a gastritis or ulcer are well known in patient groups with an acquired brain damage. Prevention, diagnosis, and therapy options are well-established. Acute and massive rectal bleeding on the contrary have to be recognised and appreciated as rare, but life-threatening complications in the neurologic intensive care and early rehabilitation. Following two case studies the clinical implications, causes, diagnosis and therapy options are discussed.

Key words: acquired brain damage, neurological intensive care and early rehabilitation, acute lower gastrointestinal hemorrhage, clinic, reasons, diagnosis, therapy

© Hippocampus Verlag 2010

Einleitung

Stressläsionen des Magens in Form einer Gastritis oder eines Ulkus bei Patienten mit erworbenen Hirnschäden sind hinlänglich bekannt. Akute massive rektale Blutungen dagegen müssen als seltene Komplikationen in der neurologischen Intensivmedizin und Frührehabilitation angesehen werden. Anhand von zwei Kasuistiken wird auf Problematik, Ursachen, Symptome, Diagnostik und Therapie eingegangen.

Kasuistik 1

Ein 64-jähriger Patient mit organischem Psychosyndrom, spastischer Hemiplegie rechts sowie Incontinentia alvi et

urinae nach kardioembolisch bedingtem Mediainfarkt wird 14 Tage nach dem Akutereignis in die Frührehabilitation aufgenommen. Als wesentliche Zusatzkrankungen finden sich eine arterielle Hypertonie, eine intermittierende absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern, Gicht sowie eine bestehende Windeldermatitis. Einnahme von Diclofenac Colestyramin wegen einer schmerzhaften Schulter rechts und Gicht. Nach 58 Tagen am Abend Absetzen von frischem, dunkelrotem Blut (Nierenschale). Hb-Abfall von 14,8 auf 12,8 g/dl. Gastroskopisch fanden sich fibrinbelegte, flache Erosionen im Magen und koloskopisch multiple Kolondivertikel mit kleineren Koagelfragmenten (siehe Abb. 1). Eine akute Blutung konnte ausgeschlossen werden. Die Divertikelblutung muss auf die NSAR-Einnahme zurückgeführt werden.

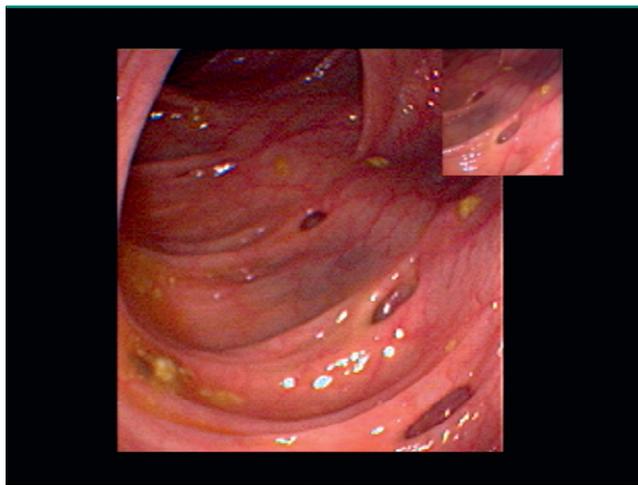


Abb. 1: Kasuistik 1

Kasuistik 2

81-jähriger Patient. Aufnahme in die Frührehabilitation 14 Tage nach einem Mediainfarkt links mit einem organischen Psychosyndrom, Dysarthrie, Dysphagie, Hemiparese rechts sowie Incontinentia alvi et urinae. Nebentbefundlich finden sich eine Hypertonie, eine COPD, eine Anämie, und ein Z.n. operativer Versorgung eines spinozellären Karzinoms der linken Wange. Sechs Wochen nach der Aufnahme massive rektale Blutabgänge ohne Schmerzen. Hb-Abfall und Kreislaufdepression. Als Ursache (siehe Abb. 2) fanden sich drei floride Druckulzera im distalen Rektum. Weiter proximal kein Blutnachweis. Das Rektum war massiv mit Kotsteinen ausgemauert und musste manuell ausgeräumt werden.



Abb. 2: Kasuistik 2

Diskussion

Probleme mit dem Gastrointestinaltrakt, verbunden mit einer erhöhten Mortalität, findet man nicht nur bei kritisch Kranken, sondern auch bei Patienten mit schweren erworbenen Hirnschäden [9, 28 34].

Die Prävention, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten bei der Stressläsion des Magens sind etabliert. Neben pharmakologischer Intervention wird versucht, frühzeitig die Ernährung zu enteralisieren. Ziele sind die Verdünnung

des Magensaftes zur ph-Neutralisierung, die Stimulation von gastralen und duodenalen Rezeptoren, die über neuro-humerale Reflexe die Darmmotilität, Säureproduktion und Mukosaprotektion beeinflussen, und die Bereitstellung von Energieträgern, die die Mikrozirkulation verbessern. Pharmakologisch schwieriger zu beeinflussen ist der gastroesophageale Reflux mit der Möglichkeit der Entstehung eines Mallory-Weiss-Syndroms [6, 7, 8, 11].

Untere gastrointestinale Blutungen können ein schwieriges und frustrierendes Problem sowohl für den Patienten als auch für den Arzt darstellen. Sie machen etwa 1–2% der Akutaufnahmen im Krankenhaus aus, wobei das Kolon in 87 bis 95% als Blutungsort zu verifizieren ist [19, 31].

Die Klinik ist meist durch ein plötzliches Auftreten und massive Blutung per ani bei Schmerzlosigkeit gekennzeichnet. Die vielfältigen Ursachen sind in der Tabelle 1 dargestellt [1, 2, 3, 4, 5, 12, 14, 16, 20, 22, 23, 25, 26, 30, 35]. Höheres Alter, eine Beatmung, eine Multiorganstörung

Akute rektale Blutungen

- Klinik
 - plötzlicher Beginn
 - Schmerzlosigkeit
 - massive rektale Blutung
- Ursachen
 - Ulzeration durch Kotsteine, rektale Messsonden, Stress, 3–5 cm oberhalb des Anus; rund, ringförmig oder Dieulafoy-ähnliche Läsionen
histologisch: Stressläsionen der Mucosa mit Nekrosen, Blutauflagerung, Thrombose in den Gefäßen
 - Tumoren, Metastasen
 - Polypen, tubulär, hyperplastisch
 - Divertikel
 - Kolitis · Strahlenkolitis
 - ischämisch
 - infektiös (Clostridium difficile)
 - Analfissur
 - Haemorrhoiden, Aneurysma obere Haemorrhoidalarterie
 - NSAR-Einnahme, Antikoagulation
 - zystische Fibrose
 - Angiodysplastische Läsion
 - Polyarteritis nodosa
 - rektale Varizen
 - Aneurysma A. iliaca interna

Tab. 1: Akute rektale Blutungen – Klinik und Ursachen

Akute rektale Blutungen

- Diagnostik und Therapie
 - zeitnahe obere und/oder untere Endoskopie
 - Notfall bei Kreislauf- und/oder Hb-relevanter Blutung
 - Angiographie
 - Beseitigung der Ursache
 - lokale Anwendung von Mesalazin (5-Aminosalicylsäure)
 - unterschiedliche Blutstillungsmethoden
 - Unterspritzen mit Suprarenin
 - Fibrinkleber
 - Argonbeamer
 - Klippverschluss
 - Embolisation

Tab. 2: Akute rektale Blutungen – Diagnostik und Therapie

und ein langer Klinikaufenthalt können das Risiko einer Blutung erhöhen [21, 33].

Die Diagnostik (siehe Tab. 2) muss zeitnah durch eine obere und/oder untere Endoskopie erfolgen und stellt immer dann einen Notfall dar, wenn es zu einer kreislauf- und/oder Hb-relevanten Blutung gekommen ist [15, 24]. Ist die endoskopische Diagnostik nicht eindeutig, muss unter Beachtung der vielfältigen gefäßbedingten Ursachen eine angiographische Abklärung als zwingend angesehen werden [1, 13, 22, 35].

Die Behandlung umfasst die Stabilisierung des klinischen Zustandes und besteht im Weiteren möglichst in der Beseitigung der Ursache. Als lokale Blutstillungsmaßnahmen bieten sich die Unterspritzung mit Suprarenin, der Fibrinkleber, der Klipverschluss oder eine Lasertherapie an [29]. Bei gefäßbedingten Blutungen, sei es bei einem Aneurysma oder einer Proktitis, kann eine Embolisation hilfreich sein [1, 35]. Bei Nichtbeherrschbarkeit der Blutung muss eventuell auch eine segmentale Resektion des betroffenen Darmabschnitts in Erwägung gezogen werden [13]. Bei spezifischen Ursachen, wie beispielsweise einer Strahlenproktitis, kann 10%iges Formalin [18] oder bei einer ulzerösen Proktitis Mesalazin oral oder lokal zur Anwendung kommen [10, 17, 32]. Eine wichtige und oft unterschätzte prophylaktische Maßnahme besteht darin, auf eine regelmäßige Darmentleerung ebenso zu achten wie auf die Beeinflussung der Stuhlbeschaffenheit unter Einschluss eines sinnvollen Flüssigkeitsmanagements.

Literatur

1. Agaoglu N, Arslan MK, Dinc H. A rare cause of massive rectal bleeding: internal iliac artery aneurysm. *Acta Chir Belg* 2006; 106: 104-106.
2. Alcain G, Guillen P, Soria MJ et al. Juvenile polyposis in 2 patients of the same family. *Gastroenterol Hepatol* 1995; 18: 417-419.
3. Belaiche J, Louis E, D'Haens G et al. A bleeding in Crohn's disease: characteristics of a unique series of 34 patients. *Belgian IBD Research Group. Am J Gastroenterol* 1999; 94: 2177-2181.
4. Bielicki D, Wasilewicz MP. Acute lower gastrointestinal tract bleeding caused by Dieulafoy lesion in rectum – case report. *Pol Merkuriusz Lekarski* 2006; 20: 708-709.
5. Boursier J, Oberti F, Reaud S et al. Bleeding from rectal varices in a patient with severe decompensated cirrhosis: success of endoscopic band ligation. A case report and review of the literature. *Gastroenterol Clin Biol* 2006; 30: 783-785.
6. Collins D, Worthley LI. Acute gastrointestinal bleeding: Part I. *Crit Care Resusc* 2001; 3: 105-116.
7. Collins D, Worthley LI. Acute gastrointestinal bleeding: Part II. *Crit Care Resusc* 2001; 3: 117-124.
8. Conrad SA, Gabriell A, Margolis B et al. Randomized, double-blind comparison of immediate-release omeprazol oral suspension versus intravenous cimetidine for the prevention of upper gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *Crit Care Med* 2005; 33: 760-765.
9. Cook DJ, Griffith LE, Walter SD et al. The attributable mortality and length of intensive care unit stay of clinically important gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *Crit Care* 2001; 5: 368-375.
10. D'Haens G, Hommes D, Engels L et al. Once daily MMX mesalazine for the treatment of mild-to-moderate ulcerative colitis: a phase II, dose-ranging study. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24: 1087-1097.
11. Ephgrave KS, Kleiman-Wexler RL, Adair CG. Enteral nutrients prevent stress ulceration and increase intragastric volume. *Crit Care Med* 1990; 18: 621-624.
12. Escourrou J, Delvaux M. The main indications for lower endoscopies. *Rev Prat* 1991; 41: 207-211.
13. Farell JJ, Friedman LS. Review article: the management of lower gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21: 1281-1298.
14. Forshaw MJ, Dhahi D, Cole S, Parker MC. Rectal Meckel's diverticulum: an unusual cause of rectal bleeding. *Int J Colorectal Dis* 2006; 21: 485-487.
15. Garcia Sandez M, Gonzales Galitea A, Lopez Vallejos P et al. Role of early colonoscopy in severe lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 327-332.
16. Gerner ChT, Groß V. Divertikulitis: Wann konservativ, wann operativ behandeln? *Dt Arztebl* 2007; 104: 3067-3072.
17. Gionchetti P, Rizello F, Venturi A et al. Comparison of oral with rectal mesalazine in the treatment of ulcerative proctitis. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 93-97.
18. Haas EM, Bailey HR, Farragher I. Application of 10 Percent Formalin for the Treatment of Radiation induced Hemorrhagic Proctitis. *Dis Colon Rectum* 2006; 3.
19. Hoedema RE, Luchfeld MA. The management of lower gastrointestinal hemorrhage. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 2010-2024.
20. Ikeda Y, Migita K, Ito M et al. A case of classical polyarteritis nodosa complicated by ulcerative colitis. *Am J Med Sci* 2006; 332: 137-139.
21. Lin CC, Wang HP, Wu MS et al. The etiology and clinical characteristics of acute lower gastrointestinal bleeding in patients hospitalized for comorbid illness. *Hepatogastroenterology* 2006; 53: 395-398.
22. Manten HD, Green JA. Acute lower gastrointestinal bleeding. A guide to initial management. *Postgrad Med J* 1995; 97: 154-157.
23. Mathew J, Shankar P, Aldean IM. Audit on flexible sigmoidoscopy for rectal bleeding in a district general hospital: are we over-loading the resources? *Postgrad Med J* 2004; 80: 38-40.
24. Meyer-Wyss B, Rederer M. The role of emergency endoscopy in acute lower intestinal hemorrhage. *Helv Chir Acta* 1991; 58: 33-37.
25. Oku T, Maeda M, Jhara H et al. Clinical and endoscopic features of acute hemorrhagic rectal ulcer. *Gastroenterol* 2006; 41: 962-970.
26. Pond GD, Ovitt TW, Witte CL, Farell K. Aneurysm of the superior hemorrhoidal artery: an unusual cause of massive rectal bleeding. *J Can Assoc Radiol* 1977; 28: 146-147.
27. Schlottmann R, Kaup B, Kaase M et al. Clostridium difficile-assoziierte Erkrankungen. *Gastroenterol* 2007; 2: 53-63.
28. Terdiman JP, Ostroff JW. Gastrointestinal Bleeding in the hospitalized patient: a case-control study to assess risk factors, causes, and outcome. *Am J Med* 1998; 104: 349-354.
29. Tjandra JJ, Sengupta S. Argonplasma coagulation is an effective treatment for refractory hemorrhagic radiation proctitis. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 1759-1765.
30. Treepongkaruna S, Hardikar W, Chow CW et al. An unusual cause of rectal bleeding in a patient with cystic fibrosis. *J Gastroenterol Hepatol* 1999; 14: 281-284.
31. Tseng CA, Chen LT, Tsai KB et al. Acute hemorrhagic rectal ulcer syndrome: a new clinical entity? Report of 19 cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 895-903.
32. Tursi A, Brandimonte G, Giogetti GM, Elizei W. Mesalazine and/or lactobacillus casei in preventing recurrence of symptomatic uncomplicated diverticular disease of the colon: a prospective, randomized, open-label study. *J Clin Gastroenterol* 2006; 40: 312-316.
33. Vartic M, Chilie A, Beureau M. Gastrointestinal bleeding in intensive care. *Chirurgia* 2006; 101: 365-374.
34. Winkler W, Lange B, Lemm H. Der beatmete Patient mit gastrointestinalen Komplikationen. *Kliniker* 2008; 37: 250-254.
35. Yip VS, Downey M, Teo NB, Anderson JR. Management of ischemic proctitis with severe rectal hemorrhage: a case report. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 3776-3778.

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Diethard Steube
Am Rhönblick 27
97618 Wollbach
E-Mail: professor.steube@gmx.de

54.



WISSENSCHAFTLICHE JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für
Klinische Neurophysiologie
und Funktionelle Bildgebung



UNIVERSITÄTSKLINIK
UND POLIKLINIK FÜR
NEUROLOGIE



18. bis 20. März 2010 • Halle (Saale)

mit Richard-Jung-Kolleg (Fortbildungsakademie)

Programm und Anmeldung unter

www.conventus.de/dgkn2010