

Blutstillung einerseits und zur Verhinderung erneuter Blutungen andererseits. Bei Versagen der endoskopischen Blutstillung kommen vollständig beschichtete Metallstents oder Kompressionssonden zum Einsatz.

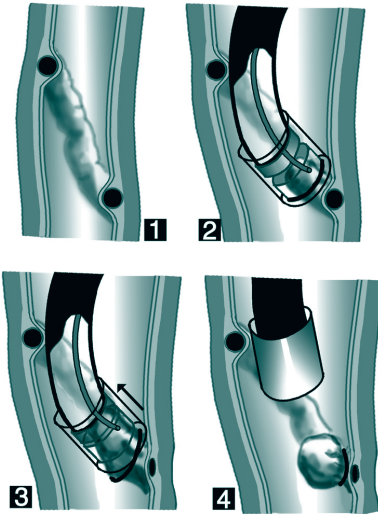


Abb. 2: Endoskopische Bandligatur von Ösophagusvarizen

Kann man weitere Blutungsepisoden verhindern (Sekundärprophylaxe)?

Nach stattgehabter Erstblutung ist von einem hohen Risiko erneuter Blutungen auszugehen. In dieser Situation sind Ösophagusvarizen konsequent mittels endoskopischer Bandligatur zu behandeln. Nach Entlassung aus dem Krankenhaus sollten im zweiwöchigen Rhythmus solange Bandligaturen im Rahmen ambulanter Endoskopien angebracht werden, bis die oberflächennahen Ösophagusvarizen vollständig verschwunden sind. Da sich neue Varizenstränge ausbilden können, sind sich im Anschluss an die Akutbehandlung jährliche endoskopische Kontrollen sinnvoll. In der Sekundärprophylaxe wird die Kombination aus Bandligatur und medikamentöser Therapie mit einem Betablocker (Carvedilol, Propranolol) empfohlen. Auch Maßnahmen, welche die Progression der Grundkrankheit verhindern oder verlangsamen, tragen indirekt zur Prophylaxe von Rezidivblutungen bei. In vielen Fällen ist nach einer Varizenblutung auch die Einlage eines TIPS sinnvoll.

Was ist zu tun, wenn es trotz adäquater Behandlung immer wieder aus Ösophagusvarizen blutet (rezidivierende Blutung)?

Selten kommt es trotz ausreichender medizinischer Maßnahmen immer wieder zu Varizenblutungen. In dieser Situation muss die Anlage eines TIPS („transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Shunt“) diskutiert werden. Über diese Methode und ihre Vor- und Nachteile können Sie ein eigenes Faltsblatt aus dieser Reihe erhalten.

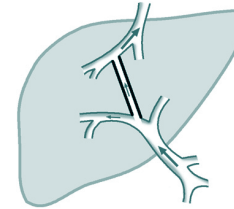


Abb. 3: Senkung des Pfortaderdrucks durch TIPS-Anlage

Für die Behandlung von Ösophagusvarizen steht somit eine Palette von Optionen zur Verfügung, die bei den meisten Patienten das Blutungsrisiko deutlich absenken. Eine gute Voraussetzung für den Behandlungserfolg ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Patient, Hausarzt, Gastroenterologen (Spezialist für Magen-, Darm- und Leberkrankheiten) und nicht zuletzt Selbsthilfegruppen.

Univ.-Prof. Dr. med. Christian Lange
Direktor der I. Medizinischen Klinik und Poliklinik
UNIVERSITÄTSMEDIZIN der Johannes Gutenberg Universität Mainz Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz
Literatur: S2k-Leitlinie Gastrointestinale Blutung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). Dezember 2025 – Version 2.0 – AWMF-Registernummer 021-028

**Weitere Faltsblätter gibt es z. B. über:
Lebertransplantation, Leberlebendspende, Reisen und LTx, Impfungen und LTx, Transplantationsnachsorge u.a. Wir informieren Sie gerne.**

* Die in dieser Patienteninformation benutzten Personenbezeichnungen schließen alle Identitäten ausdrücklich ein.

 **Lebertransplantierte
Deutschland e.V.**

Geschäftsstelle · Bebbelsdorf 121 · 58454 Witten
Tel. 0 23 02/179 89 91 · Fax 0 23 02/179 89 92
E-Mail: geschaeftsstelle@lebertransplantation.de
Homepage: www.lebertransplantation.eu

Ösophagusvarizen

Informationen für Patienten* Ösophagus- varizen



 **Lebertransplantierte
Deutschland e.V.**

Ösophagusvarizen

Wichtige Komplikationen der Leberzirrhose sind die hepatische Enzephalopathie (Funktionsstörung des Gehirns), die Bildung von Aszites (Bauchwassersucht) und Blutungen aus Ösophagusvarizen (Krampfadern der Speiseröhre). Nachstehend soll die Problematik der Ösophagusvarizen anhand von sieben Fragen grundsätzlich erläutert werden.

Was sind Ösophagusvarizen und wie entstehen sie?

Unter normalen Verhältnissen fließt das Blut vom Magen-Darm-Trakt über die Pfortader zur Leber und von dort in die untere Hohlvene. Bei der Leberzirrhose hingegen kommt es infolge eines erhöhten Strömungswiderstandes zu einer Blutdruckerhöhung im vorgeschalteten Pfortaderkreislauf (portale Hypertension). Dies führt zur Eröffnung von Umgehungskreisläufen, über welche das Pfortaderblut an der Leber vorbei in die obere bzw. untere Hohlvene gelangt (Abb. 1). Ein besonders wichtiger Umgehungskreislauf führt zu den Gefäßgeflechten der Speiseröhre, die sich zu Krampfadern erweitern und sich in die Lichtung der Speiseröhre vorwölben. Bei einer Spiegelung des oberen Magen-Darm-Traktes (Endoskopie) sind Ösophagusvarizen somit leicht zu diagnostizieren.

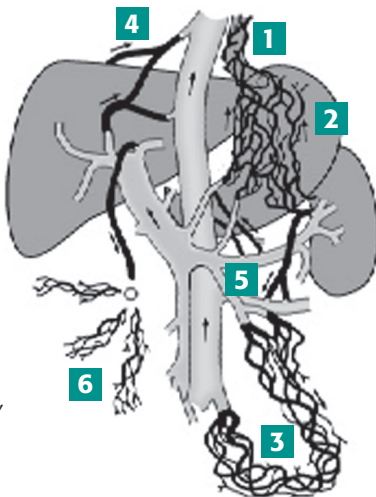


Abb. 1: Umgehungskreisläufe bei Pfortaderhochdruck infolge Leberzirrhose. Unter anderem Ösophagusvarizen (1), Magenvarizen (2), rektaler Venenplexus (3), Sappey-Venen (4), Retzius-Venen (5) und „Medusenhaut“ (6).

Warum sind Ösophagusvarizen gefährlich?

Bei Steigerung des Pfortaderdruckes über 12 mm Hg besteht das Risiko einer Varizenblutung (Blutaustritt in die Lichtung der Speiseröhre). Das Blutungsrisiko steigt mit der Größe der Varizen. Allerdings erleidet nur ein Drittel der Kranken mit deutlich erhöhtem Pfortaderdruck und großen Varizen eine Blutung. Das Auftreten einer Ösophagusvarizenblutung ist ein medizinischer Notfall und sollte äußerst ernst genommen werden! Haben Ösophagusvarizen erst einmal geblutet, drohen in der Folge erneute Blutungen (Rezidivblutungen). Weiterhin begünstigt die Blutung oft zusätzliche Komplikationen (Aszites, hepatische Enzephalopathie). Eine frühzeitige und konsequente Behandlung der Varizenblutung ist daher obligatorisch.

Kann man einer erstmaligen Varizenblutung vorbeugen (Primärprophylaxe)?

Diese Frage stellt sich, wenn endoskopisch Ösophagusvarizen nachweisbar sind, bisher jedoch noch keine Blutung aufgetreten ist. Eine Primärprophylaxe ist angezeigt bei Patienten mit großen (> 5 mm) Varizen. Ferner sollten Patienten mit kleinen (< 5 mm) Varizen und endoskopischen Zeichen der Blutungsbereitschaft („kirschrote Flecken auf den Varizen“) prophylaktisch behandelt werden. Zur Verfügung stehen die endoskopische und die medikamentöse Therapie. Endoskopisch kann eine Gummibandligatur von Varizen durchgeführt werden. Medikamentös kann der Pfortaderdruck mit einem nicht-herzselektiven Betablocker (Carvedilol, Propranolol) gesenkt werden. Eine medikamentöse Therapie mit nicht-herzselektiven Betablockern ist auch bei vielen Patienten mit portaler Hypertension ohne Ösophagusvarizen sinnvoll.

Welches sind die Zeichen einer Ösophagusvarizenblutung?

Nachdem eine Ösophagusvarizenblutung eine grundsätzlich lebensbedrohliche Komplikation darstellt, sollten Blutungszeichen sehr ernst genommen werden. – Ösophagusvarizen bluten in die Lichtung der Speiseröhre, das ausgetretene Blut wird zunächst in den Magen weitertransportiert. Nach Auffüllung des Magens

tritt Übelkeit ein, dunkles Blut (meist durchmischt mit Blutgerinnseln) wird im Schwall erbrochen. Alternativ kann Blut aus dem Magen in den Dünndarm und weiter in den Dickdarm übertreten. Durch bakterielle Einwirkung nimmt der ursprünglich rote Blutfarbstoff eine tiefschwarze Farbe an; man spricht auch von „Teerstuhl“. Infolge der Blutung nimmt die Menge der roten Blutkörperchen im Venenblut ab, es kommt zur Blutarmut (Blutungsanämie). Bei einer heftigen Blutung wird zusätzlich ein Abfall des arteriellen Blutdrucks beobachtet. Blutungsanämie und Blutdruckabfall bewirken Schwächegefühl und Schwindel bei aufrechter Körperposition. Diese Alarmzeichen deuten daraufhin, daß viel Blut aus dem Gefäßsystem verloren wurde. Die Konsequenz aus dem geschilderten Szenario kann nur lauten, daß der behandelnde Arzt zügig kontaktiert werden sollte. Bei Zeichen einer gravierenden Blutung ist die Anforderung eines Notarzteinsetzes angezeigt.

Wie wird eine Varizenblutung behandelt?

Bei einer gravierenden Blutung sollte der Patient in die Intensivstation eines Krankenhauses aufgenommen werden. Zunächst steht dort die Stabilisierung der Kreislaufverhältnisse im Vordergrund der Bemühungen, was die Transfusion von Blutkonserven einschließt. Noch in der Notaufnahme wird der Pfortaderdruck durch die Infusion von Terlipressin akut gesenkt, was das Risiko einer erneuten Blutungsepisode signifikant senkt. Nachdem es im Rahmen von Varizenblutungen vermehrt zu bakteriellen Infektionen kommt, gehört die prophylaktische Gabe eines Breitbandantibiotikums heute zum Standard. Nach Stabilisierung des Patienten wird eine Endoskopie des oberen Magen-Darm-Traktes vorgenommen; diese sollte die Inspektion des Magens und Zwölffingerdarms einschließen, da neben den Ösophagusvarizen auch andere Blutungsquellen in Frage kommen (z. B. Magengeschwüre). Können Ösophagusvarizen als Blutungsquelle eindeutig identifiziert oder wenigstens wahrscheinlich gemacht werden, erfolgt die endoskopische Intervention. Als bevorzugtes Verfahren steht heute die relativ risikoarme Gummibandligatur zur Verfügung (Abb. 2). Hierbei werden die Varixknoten in einen auf das Endoskop aufgesteckten Konus angesaugt und durch Abwurf von Gummiringen unterbunden. Diese Prozedur wird eingesetzt zur primären