

Obere GI-Blutung: Ambulante oder stationäre Therapie?

Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: Multicentre validation and prospective evaluation

Stanley AJ, Ashley D, Dalton HR, et al.

Lancet 2009; 373:42-7

Gastrointestinal Units, Glasgow Royal Infirmary, Glasgow, UK.

BACKGROUND: Upper-gastrointestinal haemorrhage is a frequent reason for hospital admission. Although most risk scoring systems for this disorder incorporate endoscopic findings, the Glasgow-Blatchford bleeding score (GBS) is based on simple clinical and laboratory variables; a score of 0 identifies low-risk patients who might be suitable for outpatient management. We aimed to evaluate the GBS then assess the effect of a protocol based on this score for non-admission of low-risk individuals.

METHODS: Our study was undertaken at four hospitals in the UK. We calculated GBS and admission (pre-endoscopy) and full (post-endoscopy) Rockall scores for consecutive patients presenting with upper-gastrointestinal haemorrhage. With receiver-operating characteristic (ROC) curves, we compared the ability of these scores to predict either need for clinical intervention or death. We then prospectively assessed at two hospitals the introduction of GBS

scoring to avoid admission of low-risk patients.

FINDINGS: Of 676 people presenting with upper-gastrointestinal haemorrhage, we identified 105 (16%) who scored 0 on the GBS. For prediction of need for intervention or death, GBS (area under ROC curve 0.90 [95% CI 0.88-0.93]) was superior to full Rockall score (0.81 [0.77-0.84]), which in turn was better than the admission Rockall score (0.70 [0.65-0.75]). When introduced into clinical practice, 123 patients (22%) with upper-gastrointestinal haemorrhage were classified as low risk, of whom 84 (68%) were managed as outpatients without adverse events. The proportion of individuals with this condition admitted to hospital also fell (96% to 71%, $p < 0.00001$).

INTERPRETATION: The GBS identifies many patients presenting to general hospitals with upper-gastrointestinal haemorrhage who can be managed safely as outpatients. This score reduces admissions for this condition, allowing more appropriate use of in-patient resources.

Outpatient management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: Unexpected mortality in Medicare beneficiaries.

Cooper GS, Kou TD, Wong RC

Gastroenterology 2009;136:108-14

Division of Gastroenterology, University Hospitals Case Medical Center, Cleveland, Ohio 44106-5066, USA.

BACKGROUND & AIMS: Outpatient management of selected patients with nonvariceal upper gastrointestinal haemorrhage (UGIH) has been proposed as a mechanism to decrease resource utilization and expenditures. However, the true prevalence and outcomes of this practice have not been well evaluated in population-based studies.

METHODS: We identified a cohort of 9123 episodes of UGIH in 2004 Medicare claims data, including 3506 (38.4%) managed as outpatients. Clinical characteristics, treatment and outcomes were compared between inpatient and outpatient groups. In order to adjust for potential selection bias in outpatient treatment, propensity score analysis was used to divide patients into quartiles of likelihood for inpatient treatment.

RESULTS: Inpatients tended to be older, with higher comorbidity scores and were more likely to have a bleeding ul-

cer or tear. Inpatients were also more likely to undergo endoscopy, including early endoscopy and therapeutics and require surgery. The overall 30-day mortality rate was 8.0% in the inpatient group and 6.3% in the outpatient group ($P < .001$), and in the quartile of patients most likely to be managed as inpatients, the 30-day mortality rate was higher in outpatients than in inpatients.

CONCLUSIONS: The prevalence of outpatient management of UGIH in the Medicare population was almost 40%, and although patients were likely selected for outpatient management based on clinical criteria, the overall mortality rate in outpatients was considerable. Any potential financial benefit should be balanced against significant mortality rates, at least some of which could possibly be avoided with hospitalization. More optimal selection of candidates for outpatient therapy is likely needed.

Zwei prominent publizierte Arbeiten aus diesem Jahresbeginn haben wegen ihrer vordergründigen Widersprüchlichkeit mein Interesse geweckt.

Beide beschäftigen sich mit dem Management der oberen gastrointestinalen Blutung an der Schnittstelle medizinischer Qualität mit Organisation und Ökonomie: Macht es Sinn und ist es verantwortbar, Patienten mit klinischen (oder auch endoskopischen) Zeichen einer OGIB und niedrigem Risiko für Rezidivblutung und Letalität ambulant zu behandeln – und wenn ja, was sind die Auswahlkriterien für eine ambulante Therapie?

Die Lancetstudie hat einen klinischen, nur bedingt evaluierten Score (Glasgow-Score) genommen, in einem multizentrischen Setting evaluiert und für geeignet befunden, um ihn dann in einem multizentrischen Notaufnahme-Szenario auf seine Validität zu überprüfen. Das Ergebnis war günstig, der Score konnte besser als etablierte Scores (Rendall) eine low-risk-Subgruppe von Patienten mit vermutlicher OGIB finden, die man ohne Gefahr ambulant behandeln konnte (in der ambulanten Kohorte keine Mortalität und keine ungeplanten Aufnahmen). So weit so gut, aber die amerikanische, in Gastroenterology veröffentlichte Studie zerlegt ein solches Konzept gehörig: Zwar hat sie ein ganz anderes Design (retrospektive Auswertung von Medicare-Daten) zeigt aber, dass das in den USA bereits vielerorts populäre ambulante Behandeln von Patienten mit vermutlicher OGIB (ca. 40% aller codierter Blutungen) mit einer erheblichen Mortalität (ca. 6%), Rate an ungeplanten Aufnahmen und Notfalloperationen einhergeht. Offen bleibt, nach welchen Kriterien amerikanische Ärzte ambulant behandeln; wohl wurden auch hier in einem Teil der Fälle klinische Scores verwendet, viele Pa-

tienten wurden aber ambulant akut endoskopierte und so triagiert, manche wohl auch nur aus einem Bauchgefühl einer Gruppe zugeteilt. Bemerkenswert ist nebenbei, wie gläsern der Patient bereits für Versicherungsgesellschaften geworden ist, aber auch mit welcher Vorsicht solche Daten zu werten sind, wurden die Eingaben doch primär aus Abrechnungsgründen und nicht zur wissenschaftlichen Bearbeitung gespeichert; trotzdem wird uns die Zukunft mit vielen solchen Auswertungen konfrontieren und wir wären gut beraten, uns um ihre Validität Sorgen zu machen.

Die Ergebnisse beider Studien hinterlassen uns zwar nicht ratlos, aber auch ohne klare Handlungsanweisungen: Man kann sowohl – und das durch eine Reihe weiterer Studien gut gestützt – Patienten mit niedrigem Risiko (z. B. Glasgow-Score 0) ambulant und auch ohne Endoskopie führen, man kann sich auf endoskopische Scores verlassen, eine akute ambulante Endoskopie zur Triage verwenden – oder aber alle aufnehmen, weil man Angst vor Rezidivblutungen zuhause und einer gewissen Mortalität hat. Wir sehen, wie vieldeutig die Zusammenhänge sind und wie vielschichtig Daten interpretierbar sind. Ohne klare, eigene, nachvollziehbare, akademisch begründbare und den Prinzipien von evidence based medicine verpflichtete Haltung werden wir in Zukunft möglicherweise von Seiten der Geldgeber im Gesundheitssystem gezwungen, riskante Verhaltensweisen zu üben.

Aber da sind noch einige interessante Aspekte: Ersetzen sie ambulant mit Normalstation und stationär mit Intermediate Care!

■ Was stellen wir beispielsweise an, wenn wir großzügig aufnehmen und unsere Intensivstationen und Überwachungseinheiten mit Forrest IIB-

Blutungen (Rezidivblutungswahrscheinlichkeit ca. 15%) füllen? Blockieren wir damit unbegründet wertvolle, anderswo abgehende Ressourcen?

- Bietet eine Aufnahme einer Forrest IIA-Blutung (Rezidivblutungswahrscheinlichkeit 50%) auf eine Normalstation allzuviel Sicherheit gegenüber zuhause oder soll es nicht für die ersten 48h eine Überwachungseinheit mit nichtinvasivem Blutdruck, SaO₂ und Puls sein?
- Wie gut ist unser klinisches Gefühl, wenn es um das Rezidivblutungsrisiko und die davon ausgehende Gefährdung geht?

Die vorliegenden Daten geben Grund zur Annahme, dass unser klinisches Gefühl ein ziemlich schlechter Schätzmeister ist, die Prognosevorhersage durch die Endoskopie deutlich erleichtert wird. Prognosescores, die Endoskopie und Klinik integrieren, erlauben die genauesten Vorhersagen. Risikopatienten brauchen weit mehr als eine gute Pflege und tägliche Visite.

Tatsache ist, dass wir in Österreich mit seinen überladenen stationären Strukturen vielzuviele Patienten ins Krankenhaus aufnehmen. Ob das gerade bei gastrointestinalem Blutungsverdacht vorzuexerzieren ist, bleibt offen: Würde das System ambulante Leistungen durch S2-Kassen und Privatversicherungen ordentlich honorieren und die Reizdarm/-magen-Patienten damit aus dem Krankenhaus draußen lassen, könnte sich das System in Ruhe gefährlicheren Krankheitsbildern widmen.

Prim. Doz. Dr. Rainer Schöfl
4. Interne Abteilung
Krankenhaus der Elisabethinen
Linz
rainer.schoefl@elisabethinen.or.at