Epistaxis – Differenziertes Management

J.-E. Frenkler, M. Fischer, B. Christoph

Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde des Marienhospital Osnabrück
(Chefarzt: Prof. Dr. B. Christoph)

Hintergrund

Epistaxis stellt eine häufige Ursache für eine notfallmäßige Vorstellung in der Klinik dar. Wir wollten aus diesem Grund das Management dieser Patienten retrospektiv in unserer Klinik der Schwerpunktversorgung aufarbeiten.

Patienten und Methoden

Von 01/03 bis 12/03 stellten sich 431 Patienten notfallmäßig mit einer Epistaxis in unserer Klinik vor. Es wird initial der Blutdruck gemessen und immer ein Eispack im Nacken platziert. Nach ggf. antihypertensiver Therapie mit Nitro-Spray sublingual oder einem ACE-Hemmer sublingual wird eine vordere Rhinoskopie mit dem Nasenspekulum unter mikroskopischer Sicht, ggf. starre Nasenendoskopie mit der 30°/70°-Optik, eine Inspektion des Mundraumes / Rachenhinterwand sowie eine Nasenrachensinspektion mit der 70°-Optik durchgeführt. Es erfolgt eine Einlage von mit Lokalanästhesie und Vasokonstringenz getränkter Watte in die Nasenhaupthöhlen bds.. Danach wird nach Möglichkeit die Blutungsquelle bipolar verodet. Gelingt dies nicht, wird eine vordere Nasentamponade (Fingerlingstamponaden bds. / pneumatische Tamponade) eingelegt. Patienten mit eingelegter Nasentamponade werden zur Überwachung stationär aufgenommen. Kommt es trotz Nasentamponade und Blutdruckeinstellung zu einer weiteren Blutung, stellen wir die Indikation zur operativen Septumplastik mit mikroskopiegestützter Blutungsquellenlokalisation sehr großzügig. Bei massiven Hb-Abfällen erfolgt eine Substitution mittels Erythrozytenkonzentraten. Nach der Behandlung sollen die Patienten eine intensive Nasenpflege mit weicher Nasensalbe durchführen.

Abb. 1: vordere Rhinoskopie mit Stirnlampe

Abb. 2: mikroskopische Sicht

Ergebnis

In der Zeit von Anfang 01/2003 bis Ende 12/2003 stellten sich 431 Patienten mit akuter Epistaxis notfallmäßig in unserer Klinik vor. Bei insgesamt 41 Patienten (9,5 %) ließ sich die Blutung nicht durch Abschwellung, Blutdrucksenkung und gezielte Koagulation initial stillen. Sie wurden mit einer vorderen Nasentamponade versorgt und stationär aufgenommen. Bei 24 Patienten (6,2 % von 390 amb. Patienten) kam es nach kurzem Intervall nach der ambulanten Erstvorstellung zu einer Rezidivblutung, hiervon wurden 2 (0,5 % von 390 Patienten) bei der Zweitvorstellung nach Legen einer Nasentamponade stationär aufgenommen. Bei 9 Patienten (2 % von 431) erfolgte bei Fortbestehen der Blutung unter der Tamponade eine operative Septumplastik mit intraoperativer Blutstillung. Nur bei 3 Patienten (0,7 % von 431) beobachteten wir transfusionspflichtige Hb-Abfälle.

Diskussion

Epistaxis ist eine der häufigsten Notfallsituationen im HNO- Fachgebiet. Der Verlauf weist Variationen von banal und selbstlimitierend bis hin zu akut lebensbedrohend auf. Eine Vielzahl unterschiedlicher Therapiekonzepte ist vorgeschlagen und angewendet worden, regelmäßig werden innovative neue Verfahren zur Therapie der Epistaxis angegeben. Welches Verfahren primär angewendet werden soll, ist bisher noch wenig standardisiert. So benennt die Leitlinie zur Behandlung der Epistaxis der Deutschen Gesellschaft für HNO – Heilkunde (1997) folgende Notfallmaßnahmen: „Absaugen, Endoskopie Nase-Nasopharynx, Lokalanästhesie, lokale Vasokonstriktoren, Elektrokoagulation, Tamponade, im Liegen Blutdruck messen, Hb, evtl. Infusionen, Antibiotika“, macht aber keine Differenzierung über eine rationelle primäre Vorgehensweise. Mit einem Behandlungskonzept, wie es im Wesentlichen dem von Simmen und Heinz (1998) vorgeschlagenen entspricht, konnten die meisten Patienten ambulant behandelt werden, nur in 10 % der Fälle (von 431) war eine stationäre Aufnahme und weitere Versorgung erforderlich. In der Literatur wird ein Anteil notwendiger stationärer Aufnahmen von 8,2 % bis 23,4 % angegeben (Padgham, 1990).

Kernpunkte dieses Konzeptes sind die vordere Rhinoskopie unter Verwendung des Mikroskops und die bipolare Elektrokoagulation der lokalisierten Blutungsquelle in Oberflächenanästhesie. Bei Versagen der Methode erfolgt die vordere Nasentamponade sowie die stationäre Aufnahme, ggf. die operative Versorgung in ITN mit Septumplastik wenn erforderlich. Zugrundeliegende Koagulopathien werden entsprechend systemisch behandelt. Das Einlegen von hinteren Nasentamponaden (z.B. nach Bellocq), wie es aktuell im Hinblick auf unerwünschte Nebenwirkungen zunehmend kritisch beurteilt wird (Simmen und Heinz, 1998; Klotz et al., 2002) kann hiermit weitgehend vermieden werden. Aus der Vielzahl der aktuell im Einsatz befindlichen Nasentamponadematerialien (Beule et al., 2004) bewährten sich im eigenen Einsatz besonders die RhinoTamp® - Fingerlingstamponaden sowie die beschichteten RapidRhino® - pneumatischen Tamponaden. Der Einsatz von Laserstrahlen zur Blutstillung bei Epistaxis (Farbstofflaser über flexible Optik) scheint vorwiegend bei Blutung aus kleinen und kleinsten Gefäßen wie bei der hereditären Teleangiectasie (M. Osler) erfolgreich zu sein (Hartnick et al., 2003). Koagulopathien sind durch die gemeinsame Endstrecke der fehlenden Aktivierung von Fibrinogen zu Fibrin gekennzeichnet, hier könnte der lokale Einsatz von Fibrinkleber neben der systemischen Therapie eine sinnvolle Behandlungsalternative zu Elektrokoagulation und Tamponade sein (Walshe, 2002; Delank, 2003). Neue Ausblicke erhoffen wir uns von der Anwendung von FloSeal®. Die interventionell – radiologische Methode der supraselektiven Katheterembolisation kann eine sinnvolle therapeutische Option in Einzelfällen sein, bei denen die anderen Verfahren versagen oder nicht angewendet werden können, neurologische Nebenwirkungen und z.T. bleibende Sehstörungen durch retrograde Ausschwemmungen des Embolises in andere Gefäßbezirke sind als wesentliches Risiko zu nennen (Moreau et al., 1998; Delank, 2003). Die Blutung aus einem Aneurysma der A. carotis interna im Bereich des Sinus sphenoidalis, wie von Koch et al. (2001) als Einzelbeobachtung beschrieben, ist auch im eigenen Patientengut einmal beobachtet worden und stellt eine therapeutisch besonders problematische Situation dar, die nur interdisziplinär unter Hinzuziehung der interventionellen Radiologen, Gefäßchirurgen und Neurochirurgen zu kontrollieren ist.

Abb. 3: Septumsporn / Vomerleiste der operiert erst Einsicht in die blutenden Areale ermöglicht

Schlussfolgerung

Mit unserem Management der gezielten bipolaren Blutstillung unter mikroskopischer Sicht nach Abschwellung und Blutdrucksenkung können die meisten Patienten ambulant behandelt werden. Rezidivblutungen sind bei durchgeführter intensiver Nasenpflege mit weicher Nasensalbe und ggf. Blutdruckeinstellung selten. Operationen und Transfusionen bleiben die Ausnahme.

Literatur:

- 1) A.G. Beule, R.K. Weber, H. Kaftan, W. Hosemann: Übersicht: Art und Wirkung geläufiger Nasentamponaden. Laryngo-Rhino-Otol 2004; 83: 534-551.
- 2) K.-W. Delank: Modernes Management von Blutungen im Kopf- Hals- Bereich. Laryngo-Rhino-Otol 2003; 82: 760-763.
- 3) C.J. Hartnick, S. Dailey, R. Franco, S.M. Zeitels: Office - Based Pulsed Dye Laser Treatment for Hemorrhagic Teleangiectasias and Epistaxis. Laryngoscope 2003; 113: 1085-1087.
- 4) D.A. Klotz, M.R. Winkle, J. Richmon, A.S. Hengerer: Surgical Management of Posterior Epistaxis: A Changing Paradigm. Laryngoscope 2002; 112: 1577-1582.
- 5) O. Koch, P. Jecker, J. Maurer: Der interessante Fall Nr. 42. Laryngo-Rhino-Otol 2001; 80: 109-111.
- 6) Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Hals- Nasen- Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie. HNO-Mitteilungen 2/97, 47. Jg. März 1997, Beilage Leitlinien/Algorithmen S.6.
- 7) S. Moreau, M. Goulet De Rugy, E. Babin, P. Courtheoux, A. Valdaio: Supraselective Embolization in Intractable Epistaxis: Review of 45 Cases. Laryngoscope 1998; 108: 887-888.
- 8) N. Padgham: Epistaxis: anatomical and clinical correlates. Laryngol. Otol. 1990; 104: 308-311.
- 9) D. Simmen, B. Heinz: Epistaxis-Strategie – Erfahrungen der letzten 360 Hospitalisationen. Laryngo-Rhino-Otol. 1998; 77: 100-106.
- 10) Walshe: The Use Of Fibrin Glue to Arrest Epistaxis in the Presence of a Coagulopathy. Laryngoscope 2002; 112: 1126-1128.