

## Behandlung der schweren rezidivierenden Epistaxis: Retrospektive Analyse eigener Ergebnisse und Behandlungsmaßnahmen

P. Weller<sup>1</sup>, G.F. Lehnerdt<sup>2</sup>, S. Mattheis<sup>1</sup>, S. Lang<sup>1</sup>, F. Christov<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (Direktor: Prof. Dr. S. Lang), Universität Duisburg Essen

<sup>2</sup>Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (Chefarzt: Prof. Dr. G. F. Lehnerdt), St. Anna-Klinik Wuppertal

### Einleitung

Trotz der Weiterentwicklung chirurgischer Techniken vor allem auf dem Gebiet der endoskopischen operativen Therapie kann hartnäckiges, rezidivierendes Nasenbluten eine Herausforderung für den HNO-Arzt sein.

### Methoden

Von 2007 bis 2014 wurde bei 151 Patienten eine operative Blutstillung in Vollnarkose durchgeführt. Die Indikation zur Operation wurde nach Ausschöpfen der konservativen Maßnahmen entsprechend den hauseigenen Algorithmen gestellt (Abbildungen 1,2). Während die Ursache mehrheitlich idiopathisch war (n=101), trat Epistaxis außerdem postoperativ (n=30), posttraumatisch (n=7) oder im Rahmen von Gefäßerkrankungen (n=13) auf.

### Therapie

In 144/151 Fällen erfolgte die Blutstillung mittels mono- oder bipolarer Koagulation im Bereich der Blutungsquelle – dies implizierte in 17 Fällen eine Ethmoidektomie. In 19 Fällen wurde der Eingriff mit einer Septumplastik kombiniert. Bei vier Patienten erfolgte nach frustraner Elektrokoagulation und schwerster Epistaxis mit unklarer Blutungslokalisierung als ultima ratio das transorbitale Clipping der Ethmoidalarterien und/oder der A. maxillaris in der Fossa pterygopalatina (Abbildung 3); im Verlauf traten hiernach weder weitere Blutungsepisoden noch Komplikationen auf. Bei drei weiteren Patienten wurde neuroradiologisch nach erfolgloser operativer Koagulation eine Embolisation durchgeführt. Im Rahmen der eigenen postoperativen Kontrollen und der Nachsorgeuntersuchungen durch die

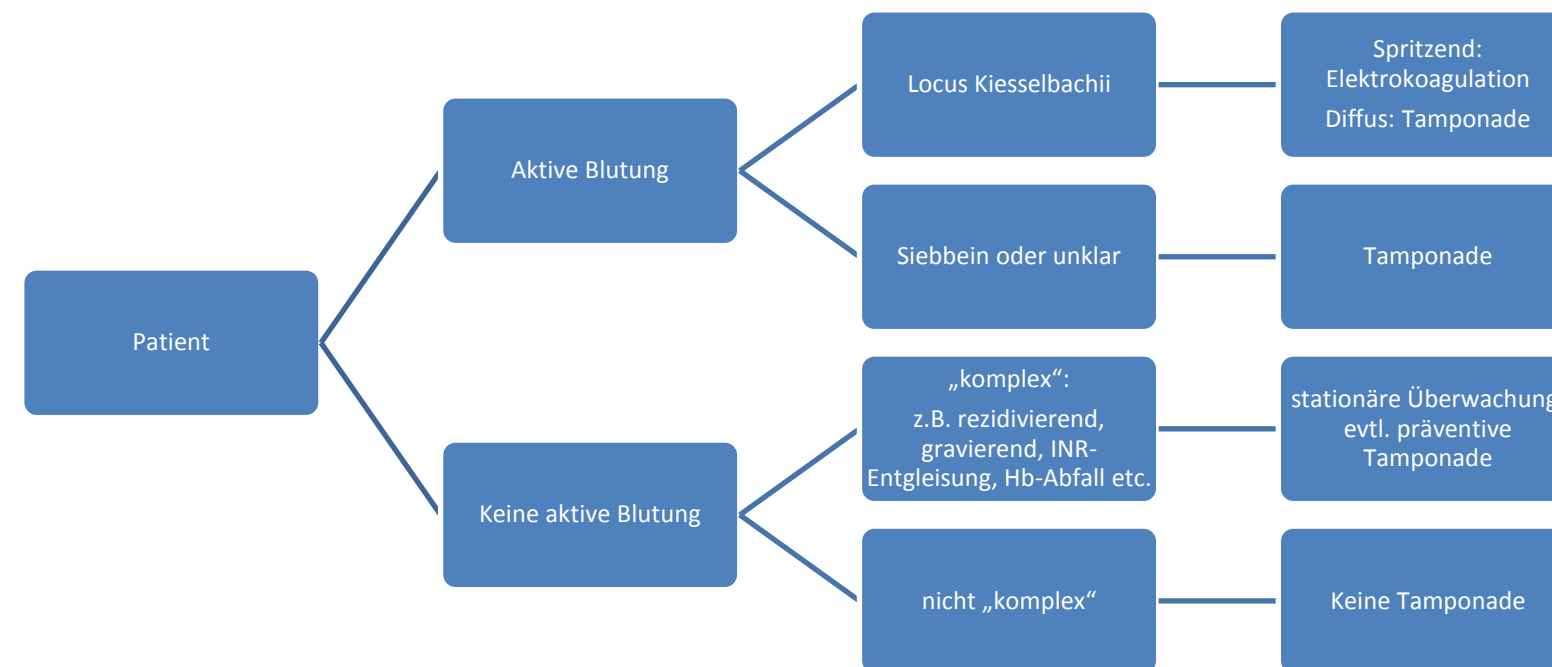


Abbildung 1: Tamponadenmanagement

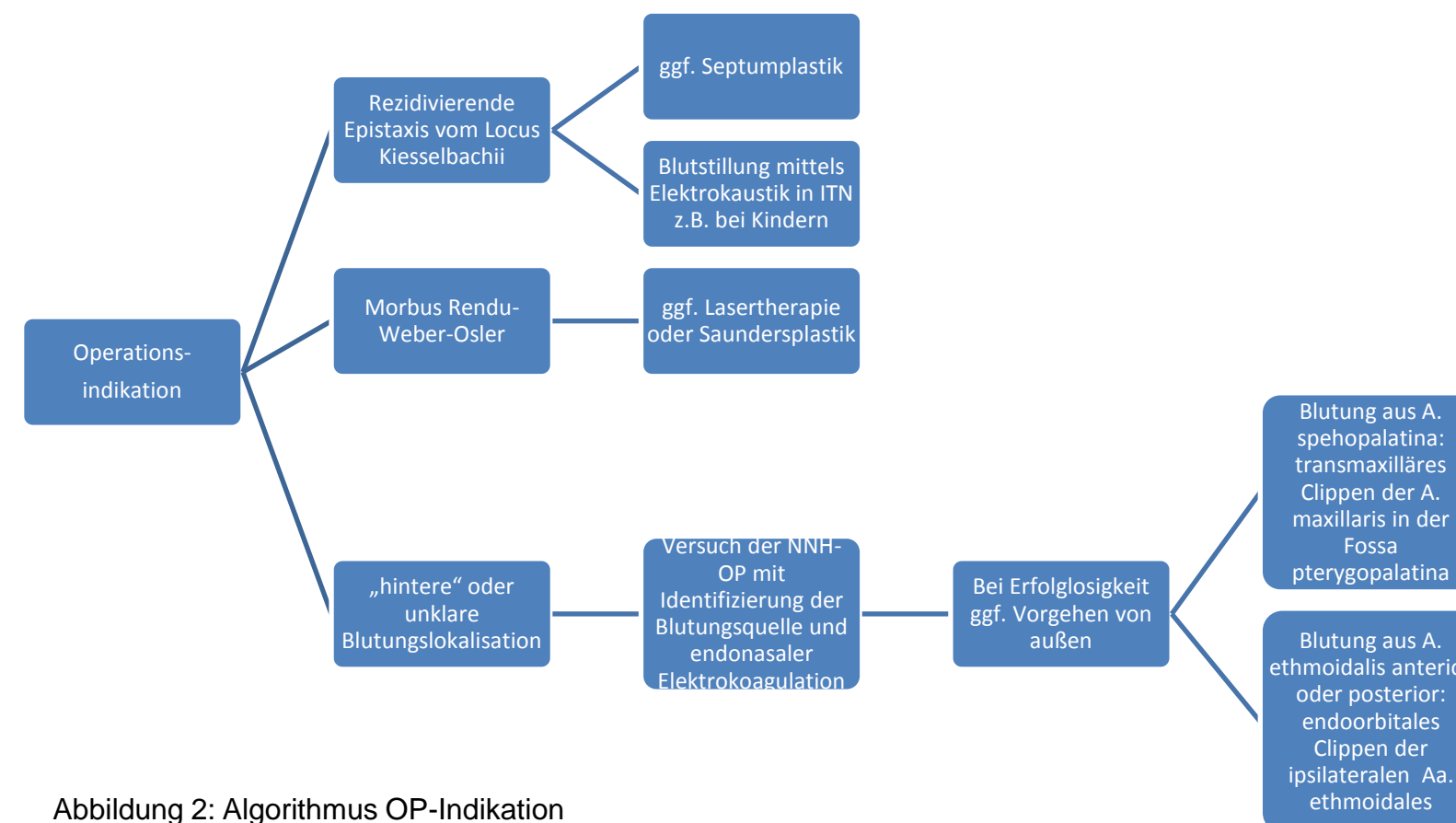


Abbildung 2: Algorithmus OP-Indikation

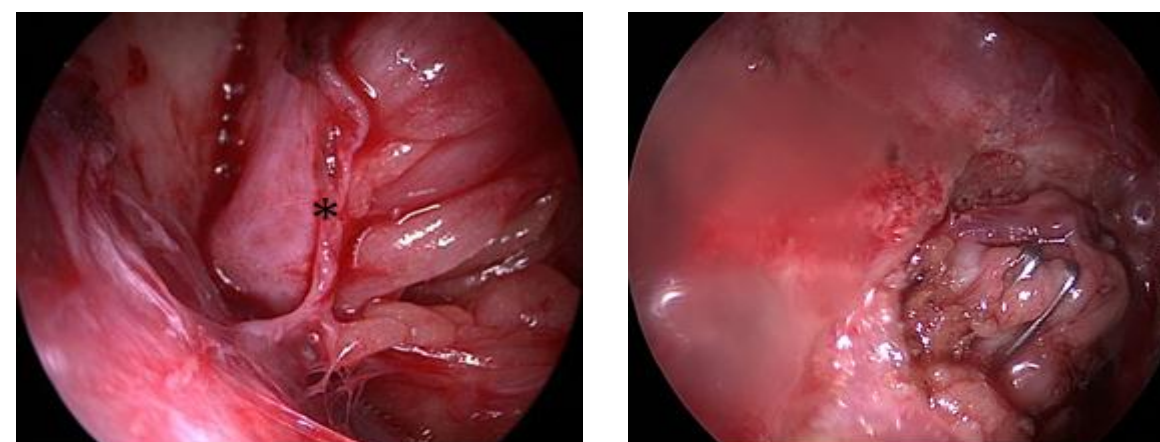


Abbildung 3: Endoskopische Aufnahme: Clipping der A. maxillaris (.) in der Fossa pterygopalatina nach Wegnahme der hinteren Kieferhöhlenhinterwand.

betreuenden niedergelassenen Kollegen wurden in einem Nachbeobachtungszeitraum von mindestens drei Monaten keine weiteren Blutungskomplikationen festgestellt.

### Schlussfolgerung:

Ein standardisiertes Vorgehen im Hinblick auf die Therapie von Epistaxis wäre wünschenswert, ist jedoch von zahlreichen Einflussfaktoren wie unter anderem der Lokalisation der Blutungsquelle und dem Allgemeinzustand des Patienten abhängig. Falls konservative Maßnahmen bei Epistaxis versagen, stellt die operative Elektrokoagulation eine effiziente nächste Therapiestufe in über 95 % der Fälle dar. Sollten dennoch schwerste Blutungen ohne exakte Blutungslokalisierung auftreten, so ist das Clipping der ipsilateralen vorderen und hinteren Ethmoidal- und/oder Maxillalararterie eine effiziente ultima ratio. Im Vergleich zu der möglichen Alternative einer neuroradiologischen Intervention ist das Verfahren relativ komplikationsarm, insbesondere bei Ethmoidalarterienblutungen. Ferner ist das Verfahren auch in Abteilungen möglich, in denen die neuroradiologische Interventionsmöglichkeit nicht gegeben ist. Auch aus betriebswirtschaftlichen Gründen ist die operative Versorgung einer neuroradiologischen Versorgung vorzuziehen, da die Kosten für die entsprechende Embolisation etwa das Doppelte der Operationskosten ausmachen.

### Literatur:

Behandlung rezidivierender Epistaxis durch Gefäßligatur: zeitgerecht oder überholt?

Weller P, Christov F, Bergmann C, Lang S, Lehnerdt G  
Laryngorhinootologie. 2014 Oct;93(10):665-70