

## Spontane Blutung im Bereich der Regio parotidea und oberen Halsregion

Sabrina Dembski, Michael Knauth, Christian Welz, Theodorus Tirilomis und Rainer Laskawi

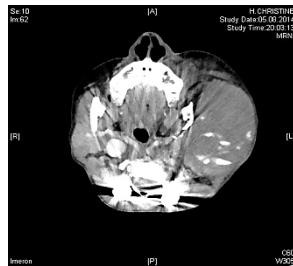


Abb. 1

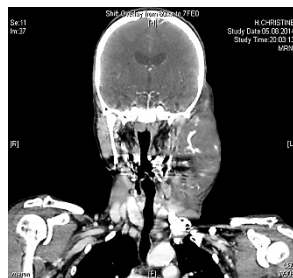


Abb. 2

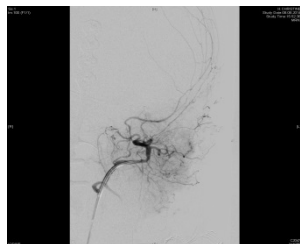


Abb. 3

Die Erstvorstellung einer 53-jährigen Patientin erfolgte in der interdisziplinären Notaufnahme mit einer **spontan aufgetretenen, rasch progredienten, ausgedehnten Schwellung der linken Gesichts- und Halsseite**.

In der Notaufnahme wurde die Patientin zunächst mit **Tavegil®, Prednisolon und Ranitidin i.v.** bei nicht sicherem Ausschluss einer allergischen Genese behandelt.

Es folgte ein **CT des Halses mit Kontrastmittel (siehe Abb. 1 und 2)**. Hier zeigte sich der Verdacht auf **eine Blutung der Arteria carotis externa links**. Daraufhin wurde die Patientin umgehend zur weiteren Diagnostik und Therapie in der Hals-Nasen-Ohren-Klinik vorgestellt.

Bei **rascher weiterer Progredienz des Befundes** erfolgte die **sofortige operative Exploration und Blutstillung**. Es zeigte sich ein ausgedehntes Hämatom und eine **diffuse Blutung im Bereich der linken Regio parotidea**.

Wegen einer **ausgeprägten Schwellung bis in die laryngealen Strukturen** war die Intubation deutlich erschwert.

Postoperativ blieb die Patientin sediert und intubiert und wurde zur Überwachung auf die Intensivstation verlegt.

Am **3 postoperativen Tag** kam es zu einer **erneuten spontanen Blutung**. Die **erneute operative Exploration** zeigte wieder ein **ausgedehntes Hämatom vom cranialen Anteil der Parotis bis in die unteren Halsabschnitte links**. In diesen Bereichen blutete es diffus.

Eine Blutstillung mittels Elektrokoagulation und Tabotamp® blieb insuffizient. Schließlich konnte die Blutung mit **der oberflächlichen Applikation von Flo-Seal®** gestoppt werden.

Bei **persistierender laryngealer Schwellung** wurde die Patientin zur Sicherung des Atemweges **tracheotomiert**.

Im Anschluss an den operativen Eingriff wurde eine **Angiographie (siehe Abb. 3)** mit der Frage einer möglichen Embolisation durchgeführt. Diese zeigte jedoch **kein einer Embolisation zugängliches Zielgefäß**.

In der **Histologie** ergab sich **kein Hinweis auf ein Malignom oder eine Autoimmunerkrankung**. Es wurde der Befund eines **entzündlichen Pseudotumors bei teils akuter, teils chronisch-granulierender Entzündung der Glandula parotis** erhoben. Dieser führte am ehesten zu einer Gefäßarrosion.

Im weiteren Verlauf kam es zu keiner weiteren Blutung. Die Patientin konnte zeitnah dekanüliert werden. Die Wundheilung gestaltete sich zunächst problemlos.

**Nach Entfernung des Nahtmaterials demaskierte sich eine Speichelfistel**. Die Patientin erhielt deshalb eine **intraglanduläre und „perifistuläre“ Injektion von Botulinumtoxin**. Innerhalb von 2 Wochen sistierte der Speichelfluss und die Fistel verschloß sich.

**Dieser Fall zeigt eine sicherlich seltene, aber nicht zu unterschätzende Gefahr einer Entzündung im Parotisbereich mit spontaner Blutung, die das sofortige Handeln (auch zur Sicherung der Atemwege) erforderlich machte. Darüber hinaus zeigte sich, dass sich intraglanduläre Botulinumtoxin-Injektionen bei Speichelfisteln auch im entzündeten Gewebe als adäquate Therapieoption darstellen.**