

DEFINITION

Epistaxis (Nasenbluten): Blutung aus Blutkapillaren oder arteriellen Gefäßen der Nasenschleimhaut

- Anteriore Epistaxis (ca. 90 %): Ursprung in Locus Kiesselbachi im vorderen unteren Septumbereich
- Posteriore Epistaxis (ca. 10 %): Ursprung aus Ästen der A. sphenopalatina und A. pharyngea ascendens

URSACHEN

- Lokal (z.B. Manipulationen/Trauma, Rhinitis sicca, Infektion, intranasale Medikamente, selten Tumore)
- Systemisch (angeborene/erworbene Gerinnungsstörungen, Medikamente wie ASS, DOAK, Marcumar, M. Osler, Hypertonie)

! In 70-80 % keine eindeutige Ursache identifizierbar

SYMPTOME

- Blutaustritt (aus einem oder beiden Nasenlöchern), Blut im Rachen
- ggf. Hämatemesis/Hämoptysen (Schlucken/Aspiration von Blut)
- ggf. Zeichen eines relevanten Blutverlustes (Tachykardie, Hypotonie, Schwindel, Synkope bis hämorrhagischer Schock)
- ggf. Zeichen der Grunderkrankung (Teleangiektasien bei M. Osler, Rhinorrhoe und fauliger Geruch bei Fremdkörper etc.)

DIAGNOSTIK

- Ersteindruck + ABCDE + Vitalparameter (RR, Puls, SpO₂, AF, Temperatur)
- ggf. 1-2x venöser Zugang, venöse BGA (Hb? BE? Laktat?), Labor (BB, Gerinnung), Kreuzblut
- Anamnese (Beginn/Frequenz/Stärke? Begleitsymptome? Trauma? Voroperation? Vorerkrankungen? Blutungsneigung? Medikamente, Gerinnungshemmer?)
- Körperliche Untersuchung (Atemwege frei? Rekap-Zeit? Blut aus einem oder beiden Nasenlöchern? Blut im Mund? Blutungsstärke? Pulmonale RG?)
- ggf. anteriore Rhinoskopie mit Nasenspekulum und Stirnlampe (Blutungsquelle?)

! Frühzeitige Rücksprache mit HNO bei kreislaufwirksamer bzw. nicht kontrollierbarer oder posteriorer Blutung!

THERAPIE

Allgemeinmaßnahmen

- Eigenschutz beachten (Tragen von Handschuhen, Mundschutz, Kittel, Schutzbrille/Gesichtsschild)
- Stabilisierung der Vitalfunktionen gemäß ABCDE-Schema

Stufentherapie (s. Schaubild S. 3 mit Darstellung Stufe 1-2, die nächste Stufe wird immer dann gewählt, wenn die Blutung anhält)

Stufe 1: Manuelle Kompression

- Patient soll Nasenflügel für 15-20 min gegen die Nasenscheidewand zusammendrücken, dabei mit vornübergebeugtem Kopf und Oberkörper hinsetzen, Patient soll Blut ausspucken, nicht schlucken (emetogen!), Eiskrawatte/Eisbeutel in den Nacken (reflektorische Vasokonstriktion; "best practice", fehlende Evidenz!)

Stufe 2: Anteriore Rhinoskopie (Nasenspekulum + Stirnlampe, alternativ: Otoskop) + weitere Maßnahmen

- Blutungsquelle lokalisierbar: Einlage von Spitzstupfern/Kompressen getränkt in z.B. 1 ml Xylometazolin + 1 ml Mepivacain + 3 ml Tranexamsäure oder Kauterisation (z.B. mit Silbernitratstäbchen 3-4 s, CAVE: zuvor Lokalanästhesie; nur einseitig, sonst Gefahr Septumperforation!)
- Blutungsquelle nicht lokalisierbar/diffus: Anteriore Nasentamponade (nach lokaler Verfügbarkeit, jeweilige Anleitung beachten: zu hoher Druck mit Gefahr von Drucknekrosen/Septumperforation), ggf. auch beidseits (bessere Kompression durch Gegendruck)
 - Sichere Fixierung obligat, Entfernung nach 48-72 h (bei nicht-resorbierbarer Tamponade)
 - Kontraindikation: Schädelbasisfrakturen
 - ggf. Antibiotikum (z.B. Amoxicillin/Clavulansäure 1000 mg 1-0-1 p.o., Einzelfallentscheidung bei Tamponade > 48 h, Kunstklappen, Immundefizienz)

Stufe 3: Posteriore Nasentamponade (Doppelballon-Tamponade, notfalls 14-F-Blasenkatheter)Stufe 4: Endoskopisches Clipping oder Koagulieren der Arteria sphenopalatina, alternativ: Embolisation (Neuroradiologie)

Sonstiges

- ggf. vorsichtige Blutdrucksenkung (Einzelfallentscheidung bei extrem hohen RR-Werten; Blutdruck in der Regel reaktiv erhöht! Fehlende Evidenz!)
- ggf. Gerinnungsoptimierung (z.B. Pausieren von OAK unter Abwägen Blutungs- vs. Ischämierisiko; Antagonisierung, Gerinnungsfaktorsubstitution)



	Anteriore Epistaxis	Posteriore Epistaxis
Häufigkeit	ca. 90 %	ca. 10 %
Lokalisation	Locus Kiesselbachi im vorderen unteren Septumbereich	Äste der A. sphenopalatina und A. pharyngea ascendens
Aspirationsrisiko	minimal	erhöht
Kreislaufrelevanz	i.d.R. gering	gegeben
Kontrollierbarkeit	i.d.R. leicht	erschwert
Therapie	Nasenflügel komprimieren, ggf. lokale Vasokonstriktoren/TXA oder Kauterisation, ggf. anteriore Nasentamponade	Posteriore Tamponade, ggf. endoskopisches Clipping/Koagulieren oder Embolisation der A. sphenopalatina

MERKE

- Nasenbluten kann in 70 % der Fälle durch einfache Maßnahmen (= Stufe 1) rasch kontrolliert werden
- Eine posteriore Epistaxis ist gefährlich: höheres Aspirationsrisiko, größerer Blutverlust, schwerer zu kontrollieren
- Hinweise für schwere Blutung: Blutung aus beiden Nasenlöchern, Hb-Abfall > 2 g/dl, hämodynamische Instabilität

DISPOSITION

Generelle Entlassempfehlungen: Schnäuzverbot für 7-10 Tage, antiseptische Nasensalbe

Patient kreislaufstabil, Sistieren der Blutung nach einfachen Maßnahmen, 30 min Überwachung

→ **Ambulant**

Patient kreislaufstabil, Sistieren der Blutung durch einliegende anteriore Tamponade, 30 min Überwachung

→ **Ambulant, HNO-Vorstellung nach 48-72 h**

Patient instabil, massive, nicht kontrollierbare Blutung

→ **Notfallmäßige Verlegung in HNO unter intensivmedizinischer Therapie**

Quellen: Seikaly H. Epistaxis. N Engl J Med. 2021 Mar 11;384(10):944-951. – Beck R et al. Current approaches to epistaxis treatment in primary and secondary care. Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 12–22. – Tunkel DE et al. Clinical Practice Guideline: Nosebleed (Epistaxis). Otolaryngol Head Neck Surg. 2020 Jan;162(1_suppl):S1-S38. – Koskinas I et al. Posterior epistaxis management: review of the literature and proposed guidelines of the hellenic rhinological-facial plastic surgery society. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2024 Apr;281(4):1613-1627.

PROZEDUREN

Stufe 1: Manuelle Kompression der Nasenflügel für 15-20 Minuten**Stufe 2: Anteriore Rhinoskopie + weitere Maßnahmen**

- Blutungsquelle lokalisierbar: lokale Vasokonstriktoren/TXA oder Kauterisation



- Blutungsquelle nicht lokalisierbar/diffus: Anteriore Nasentamponade, z.B. mittels Rapid Rhino.
Rapid Rhino für ca. 30 Sekunden in steriles Wasser tauchen, entlang des Nasenbodens in horizontaler Ebene (nicht nach kranial) vorschieben bis der blaue Indikator das Nasenloch passiert hat, mit 20-ml-Spritze langsam mit Luft blocken bis Cuff prall gefüllt.

