

Endoskopische Zenker-Divertikel-Therapie mit der Lotus®-Schere

J. J. Hammersen¹, T. Köhler¹, P. R. Issing¹, J. J. Hammersen¹
¹*Klinikum Bad Hersfeld, HNO, Bad Hersfeld, Deutschland*

Einleitung:

Die Lotus-Ultraschallschere (Laparoscopic Operation by Torsional UltraSound®; LOTUS) ist ein Instrument mit der Möglichkeit zur gleichzeitigen Durchtrennung und Verschließung von Gefäßen. Entgegen der endoskopischen Schwellendurchtrennung des Zenker-Divertikels mittels CO₂-Laser oder Stapler stellt die Lotus®-Ultraschallschere eine neue Therapieoption dar.

Material und Methode:

Bei Untersuchung von fünf durchgeführten Zenker Behandlungen mittels Lotus-Schere zeigte sich neben der einfachen Handhabung ein zügiger intraoperativer Verlauf. Insbesondere gab es keinerlei Blutungsprobleme. In keinem der Fälle war die Nutzung einer zusätzlichen bipolaren- oder monopolaren Koagulation notwendig. Der postoperative Verlauf gestaltete sich bei allen Patienten über die stationäre Behandlung unauffällig.

Schlussfolgerung:

Die Lotus®-Ultraschallschere stellt eine gute Alternative zu den herkömmlichen Verfahren der endoskopischen Schwellendurchtrennung dar. Ein Vorteil scheint uns neben dem blutungsarmen Vorgehen, die Versiegelung der durchtrennten Wundränder und damit ein potentiell geringeres Risiko einer Mediastinitis zu sein.

NNH-Chirurgie bei chronischer Rhinosinusitis – Entwicklungen, Tendenzen

B. Haxel¹

¹*AMEOS Klinikum Haldensleben, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf-/ Hals-Chirurgie, Haldensleben, Deutschland*

Bei der chronischen Rhinosinusitis (CRS) stehen bei einem Therapieversagen konservativer Maßnahmen operative Verfahren zur Verfügung, um die Lebensqualität betroffener Patienten zu verbessern. Diese Therapieoption hat eine nunmehr jahrzehntelange Evolution durchschritten. Trotz moderner endoskopischer Verfahren ist die Rezidivhäufigkeit gerade bei der chronischen Rhinosinusitis mit Polypen (CRSwNP) weiterhin unzufriedenstellend hoch. Daher werden ausgedehntere und radikalere Verfahren zunehmend häufig propagiert. Die Studienlage zu diesen Verfahren wird dargestellt und flankierende Maßnahmen aufgezeigt. Zudem werden die Ergebnisse in absehbarer Zukunft möglicherweise zur Verfügung stehender Biologicals diskutiert, die die Häufigkeit chirurgischer Interventionen bei CRSwNP sinken lassen könnten.

Die Beurteilung des Paukenergusses mittels endoskopischer optischer Kohärenztomographie

M. Kemper¹, J. Morgenstern¹, M. Bornitz¹, L. Kirsten², M. Schindler², J. Walther², J. Golde², E. Koch², T. Zahnert¹, M. Neudert¹

¹*Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde, Dresden, Deutschland*

²*Technische Universität Dresden, Medizinische Fakultät, Klinisches Sensoring und Monitoring, Dresden, Deutschland*

Einleitung

Die optische Kohärenztomographie (OCT) implementiert in ein endoskopisches Messsystem stellt ein neues Messverfahren, mit dem die direkte berührungsfreie Darstellung und Beurteilung der Trommelfellmorphologie, des Schwingungsverhaltens und anteilig des Paukenhöhleninhaltes möglich ist, dar. Die EOCT erlaubt dadurch beispielsweise die Beurteilung eines Paukenergusses.

Methodik

Die EOCT wurde bei 10 Patienten mit einem Paukenerguss durchgeführt. Anschließend wurden die Daten bzgl. der Trommelfellmorphologie, des Oszillationsverhalten und bzgl. Aussagekraft über die Art des Paukenergusses ausgewertet. Zudem wurden die Ergebnisse mit den Audiogrammen und Tympanogrammen verglichen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der EOCT-Untersuchungen zeigten hochaufgelöst die Oszillationsmodi des Trommelfells. Zudem konnten die morphologischen Veränderungen des Trommelfells, z. B. dessen Dicke, dargestellt, ausgemessen und in Beziehung zum Oszillationsverhalten beurteilt werden. Des Weiteren konnte der angrenzende Paukenhöhleninhalt bzw. Erguss z.B. inklusive der Luftblasen dargestellt werden. Es lassen sich anhand der optischen Eigenschaften und des Oszillationsverhaltens der Füllungsstatus der Paukenhöhle mit Erguss darstellen und auch Rückschlüsse auf die Art des Ergusses (serös oder mukös) ziehen. Die Amplitude der Oszillationsmodi korreliert mit dem Air-Bone Gap im Reintonaudiogramms und mit dem Tympanogramm.

Schlussfolgerung

Mittels der EOCT kann die Trommelfellmorphologie, das Schwingungsverhaltens des Trommelfells und anteilig der Paukenhöhleninhalt exakt und berührungsfrei dargestellt werden. Es erlaubt die die Beurteilung und Differenzierung der Paukenergüsse zwischen serösem und mukösem Erguss.

Counseling - die Basistherapie für Tinnitus-Patienten als mehrstufiger Versorgungsprozess

L. Burdinski¹

¹*Sonormed GmbH, Hamburg, Deutschland*

Um Patienten mit Tinnitus einen niederschweligen Zugang und eine einfache Anwendung zur frühzeitigen Versorgung und Steuerung zu ermöglichen, wurde eine App-basierte Therapie entwickelt.

Entsprechend AMWF-Leitlinie dient Counseling, verstanden als Beratung und Aufklärung des Patienten, als empfohlene Basistherapie für Tinnitus-Patienten. Die Therapie ist individualisiert und auf die persönlichen Problemfelder des Patienten abgestimmt.

Inhaltlich sollen die Patienten einerseits ein besseres Krankheitsverständnis erlangen sowie andererseits neue Bewältigungsstrategien erlernen und bestehende fördern. Durch spielerische Elemente soll zudem die Compliance gesteigert werden. Das Counseling besteht aus zwei Teilen: dem eCounseling und dem optionalen TeleCounseling. Ist die Therapietreue im eCounseling erfüllt und noch eine medizinische Notwendigkeit gegeben, besteht die Möglichkeit einer zusätzlichen Fernbehandlung durch TeleCounseling mit einem entsprechend qualifizierten HNO-Arzt oder psychologischem Psychotherapeuten.

Das Ziel dieser Therapie ist es, eine höhere Lebensqualität durch Gelassenheit im Umgang mit Tinnitus zu erreichen.

Wir würden uns freuen, diesen neuen Versorgungsvertrag des HNO-Berufsverbandes im Rahmen Ihrer Veranstaltung detaillierter präsentieren zu können.

Die Meningitis als Komplikation von sinugenen und otogenen Infektionen

J. Frank¹, D. Eßer¹

¹ *Helios Klinikum Erfurt, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Plastische Operationen, Erfurt, Deutschland*

Hintergrund: Die Meningitis ist eine durch den gezielten Antibiotikaeinsatz seltener gewordene, jedoch weiterhin in einem nicht unerheblichen Ausmaß auftretende schwerwiegende Komplikation otogener sowie sinugener Infektionen.

Patienten und Ergebnisse: Wir berichten über unsere Erfahrungen mit 30 Patienten (15 Patienten mit akuter Mastoiditis und 15 Patienten mit akuter Sinusitis), die in den Jahren von 2007 bis 2018 in unserer Klinik mit einer otogen oder sinugen bedingten Meningitis behandelt wurden. Das mittlere Erkrankungsalter der Patienten mit einer sinugenen Meningitis lag bei 48,4 Jahren, währenddessen es bei Patienten mit einer otogenen Meningitis bei 57,5 Jahren lag. Als Haupterreger ließ sich jeweils *Streptococcus pneumoniae* (otogen 73 %, sinugen 53 %) nachweisen. Lediglich bei sechs Patienten (40 %) mit einer otogenen und bei zwei Patienten (13 %) mit einer sinugenen Meningitis war in der Computertomografie eine Knochendestruktion beschrieben. Bei allen Patienten fand eine operative Herdsanierung statt. Intraoperativ bestätigte sich bei vier Patienten mit einer otogenen Meningitis die beschriebene Knochendestruktion, bei drei weiteren Patienten zeigte sich ebenfalls eine Knochendestruktion. Bei den Patienten mit einer sinugenen Meningitis bestätigte sich jeweils intraoperativ die beschriebene ossäre Destruktion, außerdem zeigte ein zusätzlicher Patient eine solche. Zwei Patienten (13 %) mit einer sinugenen Meningitis verstarben.

Schlussfolgerung: Sowohl otogene als auch sinugene Meningitiden sind potenziell lebensgefährliche Erkrankungen. Nach dem Ausschluss eines anderen Infektfokus sollte, auch bei fehlender beschriebener ossärer Destruktion, unverzüglich die operative Herdsanierung erfolgen.

Simultanes Azinuszellkarzinom der Glandula parotidea und ipsilaterales zervikal metastasiertes papilläres Schilddrüsenkarzinom: Der Stellenwert der genauen histopathologischen Diagnostik

M. Sievert¹, M. Goncalves¹, S. Müller¹, H. Iro¹, K. Mantsopoulos¹
¹HNO Klinik Erlangen, HNO, Erlangen, Deutschland

Einleitung: Malignome der Glandula parotidea sind selten. Schilddrüsenmalignome haben hingegen eine weitaus höhere Inzidenz. Wir präsentieren den seltenen Fall des simultanen Vorliegens beider Tumorentitäten.

Fallvorstellung: Eine 33-jährige Patientin stellte sich mit einer Raumforderung im Bereich der rechten Glandula parotidea in unserer Klinik vor. Sonographisch zeigte sich eine echoarme, teilweise unscharf begrenzte, ca. 12x11x14 mm messende Raumforderung. Suspekte zervikale Lymphknoten oder Schilddrüsenknoten wurden nicht beschrieben. Es erfolgte die Resektion mit einer extrakapsulären Dissektion. Die intraoperative Schnellschnittdiagnostik erbrachte den Verdacht auf ein low-grade Azinuszellkarzinom. Unter Berücksichtigung dieses Befundes erfolgte eine komplette Parotidektomie und Neck Dissection der Regionen I-III. Im endgültigen Gutachten wurde die Diagnose eines pT1 pN2a (1/14) R0 low-grade Azinuszellkarzinoms gestellt. Auffällig war in diesem Zusammenhang allerdings der Nachweis eines extrakapsulären Wachstumsmusters der Lymphknotenmetastase. Daher wurde die erneute histologische Begutachtung der Halslymphknotenmetastase indiziert. Die Nachbefundung erbrachte den Verdacht auf eine Metastase eines papillären Schilddrüsenkarzinoms. Nach kompletter Thyreoidektomie mit zentraler sowie beidseitiger lateraler Neck Dissection, zeigte sich in der histopathologischen Aufarbeitung der Primarius in Form eines 7 mm messenden, papillären Schilddrüsenkarzinoms im rechten Schilddrüsenlappen (pT1a pN1b).

Schlussfolgerung: Beim Vorliegen eines low-grade Azinuszellkarzinoms der Glandula parotidea ist die Wahrscheinlichkeit für eine lymphogene Metastasierung sehr gering. Der Nachweis einer Lymphknotenmetastase und vielmehr ein extrakapsuläres Wachstumsmuster in diesem Lymphknoten sollte, wie in dem oben beschriebenen Fall geschehen, eine Re-evaluation der gesamten Befunde nach sich ziehen.

Beeinflusst Elektrostimulation die Reinnervation der mimischen Muskulatur nach Hypoglossus-Fazialis-Jump-Anastomose?

M. Schneider¹, W. Puls¹, W. Misikire¹, J. Thielker¹, J. C. Jarvis², O. Guntinas-Lichius¹, G. F. Volk¹

¹Universitätsklinikum Jena, HNO-Klinik, Jena, Deutschland

²Liverpool John Moores University, School of Sport and Exercise Sciences, Liverpool, Vereinigtes Königreich

Einleitung: Für denervierte Muskeln der unteren Extremitäten ist belegt, dass die Muskelmasse durch regelmäßige Elektrostimulation (ES) erhalten und sogar aufgebaut werden kann. Die ES bei kompletter Fazialisparese ist bisher umstritten, da negative Effekte auf die Reinnervation diskutiert werden.

Methoden: 37 Patienten mit kompletter Fazialisparese, die von demselben Operateur eine Hypoglossus-Fazialis-Jump-Anastomose (HFJA) zur Reinnervation erhielten, wurden untersucht. Davon erhielten 7 Patienten ein ES-Training, bei dem die mimische Muskulatur über 2 Klebeelektroden mit langen dreieckigen biphasischen Impulsen stimuliert wurde. Das ES-Training wurde im Schnitt für 12 Monate mit einer mittleren Amplitude von 14 mA, Phasendauer 100 ms und Frequenz von 0,9 Hz für 5 Tage die Woche je 2x10 min täglich durchgeführt. Die Reinnervationsdauer beider Gruppen, festgestellt mittels Nadel-Elektromyographie (EMG), wurde verglichen.

Ergebnisse: Alle 7 Patienten tolerierten die ES gut. Es zeigten sich Reinnervationszeichen bei 4 Patienten nach Beginn der ES und bei 3 bereits vor der ES, wovon bei 2 von 3 Patienten diese sich unter ES verbesserten. In der ES-Gruppe kam es bei 100% (in der Kontrollgruppe bei 87%) zur Reinnervation. War schon Reinnervation vor Beginn der ES messbar, verbesserte sich diese unter ES bei 67%. Die Reinnervation erfolgte unter ES im Median nach 160,5 Tagen, ohne ES nach 160 Tagen. Zwischen dem letzten EMG ohne Reinnervation und dem ersten EMG mit Reinnervation lagen 94 Tage in der ES-Gruppe und 112 Tage in der Kontrollgruppe.

Schlussfolgerung: Die ES verhinderte und verzögerte nicht die Reinnervation. Bei Reinnervation vor ES nahm diese weiter zu. Kein Patient musste das heimbasierte ES-Training aufgrund von Nebenwirkungen abbrechen. Somit konnten keine negativen Effekte der ES festgestellt werden. Es werden quantitative Auswertungen zum positiven Effekt der ES wie eine Verringerung der Muskelatrophie folgen.

Ist die Rezidivrate von gutartigen Parotistumoren abhängig von der Operationsart?

R. Hartmann¹, D. Böger¹

¹SRH Zentralklinikum Suhl, HNO, Suhl, Deutschland

Einführung

Die häufigsten Neoplasien der Parotis sind pleomorphe Adenome und Zystadenome. Einige Autoren beziehen die Rezidivwahrscheinlichkeit von Zystadenomen auf das Ausmaß der Parotidektomie (1,2). Die Rezidivrate bei pleomorphen Adenomen konnte durch die Parotidektomie anstelle der Enukleation von ca. 40% auf 2-3% reduziert werden(1).

Methoden

Wir führten eine retrospektive Datenerhebung der bei uns zwischen 2009 und 2017 durchgeführten Parotidektomien durch. Die operierten Patienten wurden in einem 6-monatigen Intervall nachuntersucht bzw. 2017 erneut einbestellt. Erfasst wurden die Operationsart, Tumorentitäten, die Re-Parotidektomien und das Inzidenzintervall bis zum Rezidiv.

Ergebnis

Es wurden 472 Parotidektomien in 9 Jahren durchgeführt. Hiervon wurden 49 laterale, 389 partielle und 34 totale Parotidektomien unter Facialismonitoring durchgeführt. Die Nachbeobachtungszeit betrug maximal 8 Jahre und minimal 6 Monate. Bei 8 Patienten (Inzidenz von 1,7%) trat ein Rezidiv auf, in 7 Fällen nach partieller, einmal nach lateraler Parotidektomie. Hiervon waren 6 Zystadenome und 1 pleomorphes Adenom. Eine persistierende Facialisparesie trat nach Rezidivoperation nicht auf.

Diskussion

In einem durchgeführten Review von 2012 konnte gezeigt werden, dass die Rezidivrate bei gutartigen Parotistumoren <3% lag (3). Mit 1,7% liegt unser Kollektiv unter diesem Wert. Da beschrieben wird, dass Rezidive zwischen 2-15 Jahren nach Operation auftreten (1), sollte die Nachbeobachtungszeit entsprechend angepasst werden. In der Prisma-Studie konnte kein Unterschied zwischen der Rezidivrate und der Operationsart festgestellt werden (5). Bei präoperativ multilokulären Tumoren wird jedoch eine deutlich erhöhte Rezidivrate (10% vs. 0%) beschrieben (7). Wir nehmen dies als Ursache für die bei uns aufgetretenen Rezidive der Zystadenome an und schlussfolgern, dass dies als Risikomarker dienen kann, um dieses Kollektiv einer präoperativ sowie postoperativ engmaschigen zuzuführen.

Erhebliche Wartezeiten zwischen Erstsymptomen über Tumordiagnostik bis zur Tumorthherapie – besteht Optimierungspotential?

O. Pogorzelski¹, A. Liebmann², A. Boehm¹

¹Klinikum St. Georg Leipzig, HNO-Klinik, Leipzig, Deutschland

²Klinikum St. Georg Leipzig, Strahlentherapie und Radioonkologie, Leipzig, Deutschland

Einführung

Die Volumenverdopplung von PEC im Kopf-Hals-(KH)Bereich beträgt 2-3 Monate. Häufig entwickeln sich aus operablen Befunden dann Tumoren, die die lokalen Grenzen überschreiten und ggf. inoperabel werden. Studien belegen einen Tumorprogress bei verlängerter Dauer bis zum Therapiebeginn. Ziel der Arbeit ist es, die Zeitspannen zwischen Erstsymptom, ärztlichem Erstkontakt, Klinikzuweisung und Therapiebeginn zu erfassen, auszuwerten und Schwerpunkte für die Optimierung zu formulieren.

Methoden

Alle Patienten mit Erstdiagnose eines KH-Tumors im Jahr 2017 wurden ausgewertet. Diese wurde bei 75 Patienten (m/w 50/25, Altersmittel 63a) gestellt. Die Stadienverteilung ergab 44% T1-2, 49% T3-4 und 7% Tx (CUP-Syndrom). Die Lokalisation lag zu 51% im Oro-, zu 40% im Hypopharynx/Larynx und zu 9% in sonstigen KH-Bereichen. Der Analysefokus lag auf den Zeiträumen zwischen Symptombeginn, Erstvorstellung beim ambulanten Kollegen und in der Klinik, Dauer bis zur Panendoskopie und bis zum Therapiebeginn bzw. bis zur adjuvanten Therapie.

Ergebnisse

Zwischen Erstsymptom und ambulanter Erstvorstellung (HA/HNO) lagen etwa 42 Tage, bis zur klinischen Erstvorstellung vergingen ab Erstsymptom 125 Tage. Bis zur OP dauerte es 40 Tage und bei primärer Radio-/Radiochemotherapie (pRT/pRCT) 53 Tage. Die Zeitspanne zwischen OP und adjuvanter Therapie lag bei 45 Tagen.

Diskussion

Die längste Zeitspanne lag vor dem Erstkontakt mit einem ambulanten Arzt. Dieser Bereich benötigt eine niederschwellige Terminvergabe und Aufklärung der Bevölkerung. Die Differenz zwischen OP und Beginn pRT/pRCT ist erheblich. Strukturierte innerklinische Abläufe und ausreichende Ressourcen können diese Differenz wie auch die Latenz bis zur adjuvanten Therapie verkürzen. Trotz gefühlt straffer Prozesse zeigt die Realität mit 4 Monaten Zeit zwischen Erstsymptom und Therapiebeginn eine erhebliche Latenz. Neben einer Früherkennung müssen alle präklinischen und innerklinischen Prozesse konstant überprüft und überwacht werden.

Eigene Erfahrungen und Ergebnisse des operativen Septumperforationsverschlusses

B. Bräuer¹

¹*SRH Zentralklinikum Suhl GmbH, HNO-Klinik, Suhl, Deutschland*

Die Septumperforation stellt mit einer Prävalenz von 0,9 % ein seltenes Krankheitsbild dar. Der Literatur zur Folge sind ca. 2/3 iatrogenen Ursprungs. Als Goldstandard wird nach wie vor der operative Septumperforationsverschluss empfohlen. Hierbei handelt es sich um einen der schwierigsten rhinochirurgischen Eingriffe und bedarf eines erfahrenen HNO-Chirurgen. Die bei Patienten und auch HNO-Kollegen verbreitete Skepsis gegenüber dem operativen Verschluss wird bestärkt durch die starken Unterschiede der in der Literatur angegebenen Erfolgsquoten (zwischen weniger als 30 bis zu 100%) und durch die Vielzahl der angegebenen operativen, aber auch konservativen Methoden.

Im Zeitraum 2010 bis 2017 wurden in unserer Klinik 128 operative Septumperforationsverschlüsse, hauptsächlich durch zwei Operateure vorgenommen. In unseren Händen erweist sich die von Hans-Jürgen Schultz-Coulon beschriebene Brückenlappenmethode, mit der zu beschreibenden Modifikation, scheinbar als sehr effektiv.

Ziel der retrospektiven Untersuchung anhand unseres Krankengutes war es daher, die Ursachen, die Symptomatik, das operative Vorgehen und letztlich die Ergebnisse in den Kontext zur Literatur setzen zu können.

Diagnostik und Therapie der Jugularvenenthrombose - ein persönlicher Erfahrungsbericht

P. R. Issing¹, H. Atie¹

¹*Klinikum Bad Hersfeld, Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf-, Hals- und Plastische Gesichtschirurgie, Bad Hersfeld, Deutschland*

Fragestellung

Während Thrombosen der tiefen Bein- und Beckenvenen gut untersucht und in ihrer Therapie evidenzbasiert abgesichert sind, gilt dies für derartige Ereignisse der Vena jugularis interna (VJI) nicht. Es handelt sich dabei um ein recht seltenes Krankheitsbild, dessen Abklärung und Behandlung uneinheitlich gehandhabt wird.

Methoden

Darstellung der persönlichen Erfahrung mit VJI-Thrombosen über 20 Jahren und Literaturübersicht.

Ergebnisse

Die klinische Symptomatik ist meist unspezifisch mit einem Spannungsgefühl am Hals verbunden mit einer Schwellung. Bisweilen ist ein Infekt vorausgegangen; manchmal sind Tumorerkrankungen anamnestisch eruierbar. Während die klinische Untersuchung meist unergiebig ist, fällt bei der Sonographie eine nicht kompressible, nicht oder nur teilweise perfundierte VJI auf. Eine Erhöhung der D-Dimere kann die Diagnose untermauern. Therapeutisch haben wir ein Regime mit einer initialen Heparinisierung und Umstellung auf ein DOAK etabliert. Bei angenommener Entzündung sind eine antibiotische Behandlung und unter Umständen eine operative Intervention zur Vermeidung einer Sepsis notwendig.

Schlussfolgerung

Auch der HNO-Arzt sollte in seinem Fachgebiet Thrombosen der VJI erkennen und behandeln können. Hier ist eine Beschäftigung mit den modernen Antikoagulanzen zur korrekten Indikationsstellung und Vermeidung von Nebenwirkungen empfehlenswert.

Ambulante Dermatochirurgie bei malignen Tumoren der Kopf- und Gesichtshaut - was ist machbar und sinnvoll?

B. Mootz¹

¹*Praxis, MKG- u. HNO-Chirurgie, Frankfurt, Deutschland*

In der HNO-chirurgischen Praxis werden oft Patienten mit größeren Kopf- und Gesichtshauttumoren (> 2cm) vorstellig. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um die beiden häufigsten Formen des "hellen Hautkrebses", dem Basalzellkarzinom und dem Plattenepithelkarzinom der Haut. Anhand von Praxisfällen werden in den verschiedenen Gesichtsregionen größere Hauttumoren gezeigt, deren Exzision durch mikroskopisch kontrollierte Chirurgie erfolgte. Es wird die sich anschließende, meistens zweizeitig durchgeführte plastisch-ästhetische Rekonstruktion der Hautdefekte durch verschiedene Nahlappenplastiken in der Nasen-, Lid-, Wangen- und Stirnregion dargestellt. Beim Basalzellkarzinom, das nur extrem selten Metastasen bildet, können auch großflächige Tumorexzisionen ambulant in Lokalanästhesie erfolgen, wenn es der Gesundheitszustand der zumeist älteren Patienten erlaubt. Dahingegen kann es beim Vorliegen eines spinozellulären Karzinoms oft eher sinnvoll sein, sich für eine Exzision unter stationären Bedingungen mit Tumorstaging zu entscheiden, da in seltenen Fällen lymphogene Metastasen auftreten können. Beim spinozellulären Karzinom sind die Palpation der lokoregionären Lymphknoten, die Sonographie des regionalen Lymphabflussgebietes und ggf. die weiterführende Diagnostik durch Schnittbildverfahren unerlässlich, wobei die Magnetresonanztomographie im Vordergrund steht. Bei ca. 5% der Patienten mit einem Spinaliom im Gesichtsbereich treten lymphogene Metastasen auf. Dabei kommt den Parotislymphknoten eine besondere Bedeutung zu, da Plattenepithelkarzinome der Gesichtshaut bevorzugt in diese metastasieren und die Glandula parotis in etwa 50% der Lymphknotenmetastasen zuerst betroffen ist. Parotideale Metastasen treten häufig etwa ein Jahr nach der Diagnose des Hautmalignoms auf. Bei der Wahl eines Nahlappens zum Defektverschluss sollte der Verlauf der Relaxed Skin Tension Lines berücksichtigt werden, um ein gutes funktionell-ästhetisches Ergebnis zu erzielen.

Behandlungsergebnisse akuter traumatischer Trommelfellperforationen

B. Reuter¹, D. Böger¹

¹SRH Zentralklinikum Suhl gGmbH, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten/ Plastische Operationen, Suhl, Deutschland

Fragestellung:

In den zurückliegenden Jahren stand außer Frage, dass eine frische traumatische Trommelfellperforation zeitnah in LA oder Kurznarkose operativ versorgt werden sollte. Es erfolgte nach Ausrollen der Wundränder i. R. die Deckung mit Silikonfolie oder Eihaut. Es wurden dabei jedoch kaum die Zahlen einer möglichen Spontanheilung hinterfragt. Die Untersuchung sollte nun diesen Sachverhalt beleuchten und eine Orientierung geben, ob eine zeitnahe operative Versorgung indiziert ist.

Methoden:

Es stellten sich 44 Patienten im Alter zwischen 5 und 77 Jahren zwischen 12/2015 und 03/2018 in unserer Klinik mit frischer traumatischer Trommelfellperforation Grad I-IV vor. Nach entsprechender Aufklärung wurden 41 Patienten konservativ behandelt. Ausgeschlossen vom konservativen Vorgehen wurden 2 der 44 Patienten mit audiometrischem V. a. Ossikelluxation und 1 Patient mit besonderer Relevanz (Taucher). 31 der konservativ behandelten Patienten konnten prospektiv untersucht werden. Die klinischen und audiometrischen Verlaufskontrollen erfolgten nach 4, 8 und 12 Wochen. Wenn nach 12 Wochen kein Spontanverschluss eingetreten ist, wurde die Indikation zur Tympanoplastik gestellt.

Ergebnissen:

Bei 27 der 31 konservativ behandelten und nachuntersuchten Patienten (87%) zeigte sich ein Spontanverschluss der traumatisch bedingten Trommelfellperforation nach spätestens 12 Wochen, darunter auch Patienten mit Grad IV-Perforation.

Schlussfolgerung:

Aufgrund unserer aktuellen Ergebnisse bei Patienten, die sich mit einer akuten traumatischen Trommelfellperforation in unserer Klinik vorstellten, sehen wir in unkomplizierten Fällen keine Indikation für ein sofortiges operatives Vorgehen. Die OP-Indikation bleibt Patienten vorbehalten mit V. a. Ossikelluxation oder Einzelfällen mit besonderer (beruflicher) Relevanz (z.B. Taucher) oder entsprechendem Patientenwunsch. Bei Persistenz einer Perforation nach 12 Wochen empfehlen wir eine Tympanoplastik.

Tonsillektomie bei PANDAS-Syndrom-2 Fallberichte

B. Didczuneit-Sandhop¹, S. Baran¹, K. Böhm²

¹*Hochschulklinikum Theodor Fontane Brandenburg an der Havel, Klinik für HNO, Hals- und Gesichtschirurgie, Brandenburg an der Havel, Deutschland*

²*Universitätsklinikum Thübingen, Innere Medizin III Kardiologie, Thübingen, Deutschland*

Das PANDAS ("Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections") ist ein neuropsychiatrisches Syndrom, welches schlagartig nach Infektionen mit β -hämolyisierenden Streptokokken der Gruppe A bei Kindern und Jugendlichen ausgelöst werden kann. Die Symptome ähneln der einer TIC Störung. Mögliche Veränderungen im sozialen Verhalten und Leistungsabfall sind ebenfalls möglich. Therapeutisch kann eine gezielte antibiotische Behandlung erfolgen. Der Nachweis des ASL-Titers dient hier als Nachweismarker. Gelingt durch konservative antibiotische Behandlung keine Verbesserung der Symptomatik und des Titers sollte eine Tonsillektomie in Betracht gezogen werden.

Wir berichten über 2 junge Patienten mit ausgesprägten neuropsychiatrischen Symptomen, bei denen ein stark erhöhter ASL-Titer nachgewiesen werden konnte. Es erfolgte eine Tonsillektomie mit komplikationslosem Verlauf.

Neben dem Abfall der Titer wurde eine deutliche Verbesserung der neuropsychiatrischen Beschwerden festgestellt.

Postoperatives Restgehör und Elektrodenlage der neuen Cochlear Implant SlimJ-Elektrode

M. Teschner¹, T. Lenarz¹, R. Salcher¹

¹*Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Hannover, Deutschland*

Einleitung:

Bei der Versorgung von Patienten mit Resthörfähigkeit mit einem Cochlea-Implantat besteht ein besonderer Anspruch an die Elektroden. Die neue HiFokus SlimJ Elektrode (Advanced Bionics) ist eine-Elektrode, die speziell für Patienten mit Resthörvermögen entwickelt wurde und an der lateralen Wand zu liegen kommt. Es stellen sich die Fragen der Ausprägung des postoperativen Restgehörs sowie der intracochleären Lage der Reizelektrode

Material und Methode:

Es wurden zunächst 20 Patienten mit der HiFokus SlimJ Elektrode ausgewertet. Im Rahmen der Erstanpassung wurden tonaudiometrische und sprachaudiometrische Messungen durchgeführt. In der DVT wurde zudem präoperativ die individuelle Länge der Cochlea-Außenwand gemessen und die empfohlene Einführtiefe der Elektrode unter Berücksichtigung des Hörverlustes geschätzt. Zusätzlich erfolgten postoperative Lagebeurteilungen mittels DVT.

Ergebnisse:

Die Operationen verliefen ohne Komplikationen. Der postoperative Hörverlust betrug im Median 17dB HL (+-14,8dB). Alle Elektroden lagen in der Scala tympani. Die durchschnittliche Insertionstiefe betrug 360 Grad (330-511 Grad).

Fazit:

Die HiFokus SlimJ Elektrode zeigt einen guten Erhalt des Restgehörs und eine korrekte Lage in der Scala tympani. Diese Ergebnisse sind hinsichtlich des Anspruchs eines Strukturhaltes vielversprechend.

Sollten wir fortgeschrittene p16 positive Plattenepithelkarzinome des Oropharynx operieren?

V. Gudziol¹

¹*Technische Universität Dresden, Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Dresden, Deutschland*

Die primäre Radiochemotherapie ist die dominierende Therapieform des lokal metastasierten p16 positiven Plattenepithelkarzinoms des Oropharynx im angloamerikanischen Raum und in einigen unserer Nachbarländer. In diesem praxisnahen Übersichtsvortrag sollen die Argumente vorgetragen werden, die für und gegen ein primär chirurgisches Vorgehen in dieser Situation sprechen.

Sonographie bei Stenosen des Ausführungsganges der Glandula parotidea

M. Goncalves¹, K. Mantsopoulos¹, M. Schapher¹, H. Iro¹, M. Koch¹

¹Universitätsklinikum Erlangen, HNO Klinik, Erlangen, Deutschland

Fragestellung: Duktale Stenosen sind für 25% der obstruktiven Sialopathien verantwortlich. Die meisten davon sind in der Glandula parotidea lokalisiert. Diese gehen meistens mit schmerzhaften rezidivierenden periprandialen Wangenschwellungen einher. Duktale Stenosen der Glandula parotidea können mit und ohne begleitenden Ganganomalien vorliegen, die auf eine unterschiedliche Pathogenese und Behandlung hinweisen. Durch die Angabe der Merkmale einer Parotisgangstenose mit oder ohne begleitenden Ganganomalien kann die Sonographie eine maßgeschneiderte Therapie unterstützen.

Methoden: Zwischen 2014 und 2017 wurden 108 Patienten (insgesamt 130 Stenosen) sonographisch und sialendoskopisch untersucht. Die Stenosen wurden nach der Lokalisation, Länge, Zeichen der Ganganomalie und Echogenität des Drüsenparenchyms beurteilt.

Ergebnisse: Stenosen, die mit einer Ganganomalie assoziiert sind, können von jenen ohne Anzeichen einer duktaalen Anomalie unterschieden werden. Webs (82,5% vs 7,8%, $p < 0,001$), Gangkinking (75,0% vs 3,3%, $p < 0,001$), Megaduktus (87,50% vs 15,63%, $p < 0,001$) und eine normale Echogenität vom Drüsenparenchym (77,5% vs 25,6 %, $p < 0,001$) waren mit einer Ganganomalie assoziiert. Diese zeigten auch signifikant höhere Werte für die Dilatation des Ganges im Vergleich zur Stenose ohne Ganganomalien ($9,19 \pm 3,65$ mm vs. $3,27 \pm 2,17$ mm, $p < 0,001$).

Schlussfolgerungen: Es werden sonographische Parameter beschrieben, die eine detailliertere Charakterisierung der Parotisstenosen mit oder ohne begleitende Ductusanomalien ermöglichen. Die sonografisch erzielten Ergebnisse können bei der weiteren Behandlung dieser Parotisgangstenosen hilfreich sein.

Hypoglossus-Stimulationstherapie - Praxiserfahrungen einer neuen OSAS-Behandlungsoption

S. Zacher¹

¹*KH Martha-Maria Halle-Dörlau, Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Plastische Operationen, Halle(Saale), Deutschland*

Das obstruktive Schlafapnoesyndrom ist eine Zivilisationskrankheit mit steigender Inzidenz und erheblicher Dunkelziffer. Der Goldstandard ist die CPAP-Therapie. Bekanntermaßen ist die meist hervorragende Wirksamkeit der Behandlung häufig durch Complianceprobleme eingeschränkt. Die Maskenbehandlung ist in vielen Fällen auch objektiv nicht mehr möglich. Neben den etablierten Verfahren, wie z.B. der pharyngealen Weichteilchirurgie, kieferchirurgischen Operationen und Unterkieferprotrusionsschienen steht jetzt mit der Hypoglossus-Stimulation eine Therapie zur Verfügung, welche anatomische Veränderungen und somit funktionelle Störungen vermeidet und dabei sehr effektiv ist. Die setzt jedoch eine gut selektierte Patientenauswahl voraus.

Wir berichten über die Erfahrungen der Implementierung in unserem Krankenhaus von der Patientenselektion, der diagnostischen Schlafendoskopie, Patientenvorbereitung, System-Implantation bis hin zum Nachsorgemanagement. Die Voraussetzungen einer erfolgreichen Patientenbehandlung gehen weit über den reinen Implantationsvorgang hinaus. Zwingend notwendig ist dabei eine sektorübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen der operierenden Einrichtung und Schlafmedizinern.

Bei gelungener praktischer Umsetzung und Integration der Therapie in ein Gesamtkonzept zur Behandlung von CPAP-intoleranten Patienten stellt die Hypoglossus-Stimulationstherapie eine geeignete Option zur Behandlung von OSAS-Patienten dar, die von einer sehr guten Compliance geprägt ist. Die zu erwartende Reduktion von OSAS-bedingten Komplikationen und Begleiterkrankungen und damit verbundenen Unkosten relativiert die Kosten des Verfahrens.

Erhöhen extrakapsuläre Dissektionen der Glandula parotidea das Risiko für eine Revisionsoperation?

S. Müller¹, K. Mantsopoulos¹, M. Sievert¹, M. Goncalvez¹, H. Iro¹

¹Universität Erlangen-Nürnberg, Hals-, Nasen- und Ohrenklinik, Kopf- und Halschirurgie, Erlangen, Deutschland

Einleitung

Die Behandlung der Parotistumore mittels extrakapsulärer Dissektionen (ED) wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Die vorliegende Studie zielte darauf ab, die Indikationsstellung sowie die funktionellen Ergebnisse bei Revisionseingriffen nach primärer ED in einem Zeitraum von 16 Jahren in unserer Klinik zu evaluieren.

Methoden

Alle Patienten, die zwischen 2000 und 2016 eine primäre ED in der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg erhalten haben, wurden in dieser retrospektiven Studie eingeschlossen. Bei allen Patienten bestand prä- und intraoperativ der Verdacht auf einen benignen Tumor der Gl. parotidea. Die präoperative Diagnose wurde durch B-Bild-Sonografie und ggf. zusätzlicher Kernspintomografie gestellt.

Ergebnisse

Insgesamt erhielten 1574 Patienten mit Tumoren der Glandula parotidea eine ED in genanntem Zeitraum. Bei 64 (4,1%) dieser Fälle wurde im Verlauf die Indikation zur Revision gestellt. Bei 15 Patienten wurde die Indikation zur Revision aufgrund von benignen Läsionen (vornehmlich metachrone Zystadenolymphome, Rezidive von pleomorphen Adenomen) gestellt, bei 49 Patienten aufgrund von präoperativ unverdächtigen, jedoch histologisch gesicherten malignen Läsionen (hauptsächlich Azinuszellkarzinome). Die Rate der permanenten Fazialispareesen nach der Durchführung der Revisionsoperation lag unter 10%. Der Nachsorgezeitraum betrug 4,6+/-3,5 Jahre für benigne und 5,07+/-3,28 Jahre für maligne Läsionen.

Schlussfolgerung

Der Verzicht auf eine Dissektion des Hauptstammes oder der Äste des N. facialis führt zu besseren Bedingungen für den N. facialis im Falle eines Revisionseingriffs, da der Nerv während der primären ED nicht freiliegt und somit nicht in Narbengewebe eingebunden ist. Aufgrund der niedrigen Revisionsrate und der akzeptablen funktionellen Ergebnisse nach Revisionseingriffen sehen wir die ED bei der klinischen und radiologischen Verdachtsdiagnose eines Benignoms weiterhin für gerechtfertigt an.

Trachealkanülenmanagement und FEES in der Wohngemeinschaft und in der Häuslichkeit

J. Rudolf¹, V. Kaperonis¹

¹*Oberhavel Kliniken GmbH, Klinik Hennigsdorf, HNO, Hennigsdorf, Deutschland*

Einleitung: Patienten mit einem Tracheostoma oder einer Dysphagie benötigen in regelmäßigen Abständen endoskopische Untersuchungen zur Optimierung des Behandlungs- und Pflegeplanes. Sie werden in Pflegeeinrichtungen oder in der Häuslichkeit von geschulten Pflegekräften, Logopäden und den Versorgern für die Medizinprodukte gemeinsam betreut. Aufgrund ihrer Erkrankungen ist ein Transport für diese Untersuchungen immer ein medizinisches Risiko verbunden mit einem hohen logistischem Aufwand. Vor diesem Hintergrund wurde ein Weg gesucht, um diese Patienten optimal zu untersuchen und sie so wenig wie möglich Stress auszusetzen.

Methode: Alle Patienten wurden in ihrer gewohnten Umgebung untersucht. Es wurde ein individueller Termin vereinbart, der sich in den gewohnten Tagesablauf integriert, um eine optimale Vigilanz vorzufinden. Unter Einbeziehung aller Beteiligten konnte so innerhalb einer vertretbaren Zeit ein Optimum an Informationen gewonnen werden. Zur Visualisierung der Befunde wurde im Rahmen der Fiberendoskopischen Evaluation des Schluckaktes (FEES) das SMART SCOPE der Firma STORZ in Kombination mit entsprechenden Optiken eingesetzt.

Ergebnisse: Mehr als 40 Patienten wurden in den letzten drei Jahren in Berlin und Umgebung so betreut. Es wurde in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt neben der FEES die Trachealkanülenversorgung optimiert oder ggf. ein Dekanülierungsplan erstellt.

Schlussfolgerung: Verkürzte Untersuchungszeiten durch gezielte Fragestellungen führten zu den gewünschten Diagnosen. Aufgrund der einfachen Visualisierung der Untersuchungen erhielten vor allem die Logopäden wichtige Hinweise für ihr Dysphagiemanagement. Die Medizinprodukteversorger konnten Optimierungen vornehmen durch die gemeinsame Besprechung vor Ort. Das Pflegepersonal profitierte von der gezielten Schulung durch die Logopäden zur Umsetzung der Therapieziele. Wir halten diesen Weg für sehr geeignet zum Wohle dieser Patienten und wollen über unsere Erfahrungen berichten.

Dysphagie bei benigner proximaler Oesophagusstenose- eine interdisziplinäre Herausforderung, die Spass macht

E. Kostka¹, D. Dorlars², U. Bockmühl¹

¹*Klinikum Kassel, HNO, Kassel, Deutschland*

²*Klinikum Kassel, Med 1, Kassel, Deutschland*

Fragestellung: Proximale Oesophagusstenosen treten zu ca. 1/3, durch Verätzungen, peptische Ulcera, heterotope Zellansammlungen, Segelbildung und zu 10% postradiogen auf. Das klassische Vorgehen beinhaltet die Bougierung und medikamentöse Therapie, Voraussetzung ist ein Restlumen. Doch was tun wir, wenn dieses nicht vorhanden ist? Methode: Berichtet wird über eine 65jährige Patientin mit einem Zustand nach primärer Radiochemotherapie mit Cisplatin wegen eines Oropharynxkarzinoms cT2cN2bcM0 G3 HPV+ ED10/16. Die Ernährung erfolgte ausschließlich via PEG ab der zweiten Bestrahlungshälfte, auch noch 4 Monate danach. In der 1.Kontroll-Panendoskopie mit Re-Staging fiel eine totale Oesophagusstenose ab dem oberen Sphinkter auf. Bei massivem Leidensdruck, sozialer Vereinsamung, Depression trotz Tumorfreiheit der Patientin besprachen wir interdisziplinär den Fall wiederholt, es wurde eine Laryngektomie mit Pharynx-Oesophagusrekonstruktion eingeräumt, was sie ablehnte. Ergebnis: In 02/2018 führten wir den Versuch einer kombiniert retro-, anterograden Oesophagoskopie, flexibel-starr in Narkose durch, wobei wir die Stenose von 2 cm eröffnen und auf 15 mm bougieren konnten. Durch 2malige Wiederholung in Sedierung konnte der Durchmesser gehalten werden. Der orale Kostaufbau gelang gut. Wir leiteten die Patientin zur Selbstbougierung mittels Maloney-Bougie an. Trotz Schlucktrainings kam es zur Verschlechterung, so dass eine bisher letzte Bougierung in Sedierung auf 17 mm in 04/2018 stattfand. Wir bougierten noch einmal im Behandlungsstuhl auf 22 mm und planen die PEG-Entfernung innerhalb der nächsten 3 Monate. Fazit: In der Literatur fanden wir nur 1 Falldarstellung bei vergleichbarer Problematik, hier waren fast 30 Eingriffe mit passagerer Stent-Einlage nötig. Diesen Leidensweg können wir unserer Patienten vielleicht durch innovative interdisziplinäre Zusammenarbeit in Zukunft ersparen.

Einseitig auffällige BERA- Messung beim Kleinkind – immer eine Ertaubung?

M. Geitner¹, M. Gadyschko¹, S. Koscielny¹
¹*HNO-Klinik UKJ, HNO, Jena, Deutschland*

Mit der Weiterentwicklung der CI- Indikationen kommen jetzt auch zunehmend einseitig ertaubte Kleinkinder mit der Frage einer einseitigen Cochlea- Implantation bei weitgehender Normalhörigkeit des Gegenohres in die spezialisierte Fachklinik.

Bei einem zweijährigen Kind waren im Vorfeld sowohl das Neugeborenen Hörscreening als auch eine erste BERA und Kontrollen der OAE's links unauffällig. In einer daraufhin durchgeführten Klick- BERA waren Potentiale ab 90dB links ableitbar, sodass sich der Verdacht einer Surditas links ergab. Es wurde somit die Indikation einer CI- Implantation links gestellt. Ein präoperatives CT- Felsenbein zeigte keine Auffälligkeiten. Die Eltern hatten sich umfassend informiert und waren motiviert. Allerdings zeigte sich nach posteriorer Tympanotomie intraoperativ eine Kettenunterbrechung im Amboss- Steigbügelgelenk. Die intra operationem durchgeführte Knochenleitungs- BERA erbrachte Potentiale bis 20dB. Insofern wurde bei einer ursächlichen Schallleitungsschwerhörigkeit die Tympanoplastik Typ II durchgeführt. Auf die CI- Implantation links konnte verzichtet werden.

Als Konsequenz wird jetzt bei allen einseitig ertaubten Kindern neben der üblichen Klick- BERA auch eine Knochenleitungs- BERA im Vorfeld mitgemessen.

Update zu Diagnostik und Management bei intralabyrinthären Schwannomen

S. Plontke¹, P. Caye-Thomasen^{1,2}, C. Strauss³, C. Wickenhauser⁴, L. Fröhlich¹, S. Kösling⁵, T. Rahne¹

¹Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle, Deutschland

²Universitäts-Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Rigshospitalet Kopenhagen, Kopenhagen, Dänemark

³Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Universitätsmedizin Halle, Halle, Deutschland

⁴Institut für Pathologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Universitätsmedizin Halle, Halle, Deutschland

⁵Klinik für Radiologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Universitätsmedizin Halle, Halle, Deutschland

Intralabyrinthäre Schwannome (ILS) sind eine seltene aber wichtige Differenzialdiagnose des Hörsturzes und von Schwindelbeschwerden.

In einer eigenen Fallserie von 31 Patienten fanden sich die Tumoren 18-mal intracochleär, 3-mal intravestibulär, 3-mal intravestibulocochleär, 3-mal transmodiolär (inklusive 1-mal mit Ausdehnung in den KHBW), 1-mal translabyrinthär, 2-mal multilokulär und 1-mal transotisch mit Ausdehnung in den KHBW. Bei 24 Fällen erfolgte die chirurgische Tumorentfernung mittels Labyrinthektomie (3x), erweiterte Cochleostomie (1x), partielle oder subtotale Cochleoektomie (16x) oder eine kombinierte translabyrinthär-transotische Tumorentfernung aus dem inneren Gehörgang und KHBW (2x) bzw. eine zweizeitige retrosigmoidale oder translabyrinthäre Tumorentfernung (je 1x) aus dem inneren Gehörgang und KHBW und einer partiellen oder subtotalen Cochleoektomie. Zwanzig Patienten erhielten eine gleichzeitige Cochleaimplantat(CI)-Operation.

Für die Diagnostik von ILS gilt die dünn-schichtige, Schläfenbein-MRT mit KM als Goldstandard. Eine operative Entfernung intracochleär wachsender ILS sollte erfolgen, bevor diese die Cochlea komplett ausfüllen, einen weiteren Funktionsverlust verursachen (z.B. Gleichgewichtsstörungen zusätzlich zum Hörverlust) und/oder in den inneren Gehörgang vorwachsen. Eine chirurgische Tumorentfernung durch eine partielle oder subtotale Cochleoektomie ist auch mit Erhalt der Funktion des Gleichgewichtsorgans möglich. Die Indikation zur Radiotherapie von ILS scheint nur in Einzelfällen gegeben. In nahezu allen Fällen mit Cochleaimplantation war die Hörrehabilitation mittels CI überdurchschnittlich erfolgreich, wenn auch mit eingeschränktem Sprachverstehen bei zwei Fällen mit subtotaler Cochleoektomie. Die gegenwärtigen Beobachtungen zeigen im kurzfristigen Verlauf einen überdurchschnittlichen guten Erfolg der Hörrehabilitation mittels Cochlea Implantat bei den meisten Patienten auch bei partieller oder subtotaler Entfernung der cochläeren Kapsel und erste Langzeitergebnisse zeigen ebenfalls gute Ergebnisse.

Auf der Basis derzeitiger Erkenntnisse ist die frühzeitige operative Entfernung intralabyrinthärer Schwannome zu empfehlen. Die CI-Versorgung nach operativer Entfernung eines ILS ist prinzipiell eine Option zur auditorischen Rehabilitation. Sie stellt bei rechtzeitiger Indikationsstellung im Gegensatz zum abwartenden Verhalten ("Wait-and-test-and-scan-Strategie") einen sinnvollen therapeutischen Ansatz dar.

Die Detektion von kleinen Vestibularisschwannomen mittels modifizierter BERA

S. Heine¹, I. Baljić¹, D. Eßer¹, O. Guntinas-Lichius²

¹Helios Klinikum Erfurt, HNO, Erfurt, Deutschland

²Universitätsklinikum Jena, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Jena, Deutschland

Einleitung: Die in der Praxis übliche Click-BERA stößt bei kleinen Vestibularisschwannomen an ihre Grenzen. Wo die MRT eine Sensitivität von fast 100% erreicht, stagniert die BERA bei etwa 80%. Ziel der in unserer Klinik durchgeführten Studie war es diese Situation zu ändern, um der BERA weiter einen gerechtfertigten Platz im Rahmen der Diagnostik von kleinen Vestibularisschwannomen zu sichern.

Methoden: An 21 Patienten mit einseitigem Vestibularisschwannom und einem max. Hörverlust von 40 dB HL wurde ipsi- und kontralateral eine Click-BERA und eine frequenzmodulierte Chirp-BERA (High-Chirp: Frequenzbereich von 2700 Hz bis 6800 Hz, spektrales Maximum um 4 kHz; Low-Chirp: Frequenzbereich von 100 bis 850 Hz, spektrales Maximum um 500 Hz) bei 40, 60 und 80 dB HL durchgeführt.

Ergebnisse: Die Auswertung der Latenzzeiten und der interauralen Differenz der Welle V zeigte sowohl eine pegelabhängige als auch frequenzabhängige Sensitivitätssteigerung. So konnten bei Anwendung des Click-Reizes bei 40 dB HL 63% der Vestibularisschwannome erfasst werden, wohingegen dieser Anteil bei 80 dB HL bei nur 37% lag. Eine zusätzliche Steigerung der BERA-Sensitivität konnte beim Einsatz des High-Chirps beobachtet werden. Hier lag der Anteil der pathologischen Ergebnisse pegelunabhängig bei etwa 60 %.

Schlussfolgerung: Bei einseitigem Hörverlust, Tinnitus oder Schwindel ist es empfehlenswert – immer dann wenn der тонаudiometrische Hörverlust dies zulässt - die Click-BERA zusätzlich bei 40 dB HL durchzuführen. Auf eine pegelabhängige Durchführung könnte durch den Einsatz eines High-Chirps verzichtet werden.

Einsatz von S53P4 (BonAlive) zur Obliteration offener Mastoidhöhlen

J. Langer¹, J. Hädicke¹, W. Pethe¹

¹AMEOS Klinikum Halberstadt, HNO-Klinik, Halberstadt, Deutschland

Auch heute zählt die sanierende Ohr-Operation mit Anlage einer offenen Mastoidhöhle (syn. Radikalhöhle) als Standardeingriff zur Behandlung großer Cholesteatome mit Ausdehnung bis in das Mastoid hinein.

Die Canal wall up-Technik (Zwei-Höhlen-Eingriff) stellt trotz Einsatzes von Endoskopen immer noch ein höheres Risiko für Rezidiv-Cholesteatome dar. Aus diesem Grund besitzt die Canal wall down-Technik weiterhin ihren Stellenwert.

Nach Anlage einer offenen Mastoidhöhle klagen die Patienten relativ häufig über rezidivierende Otorrhoe, Schwindelbeschwerden und Ceruminalablagerungen. Die Behandlung dieser chronischen Beschwerden kann für den Patienten, aber auch für den betreuenden HNO-Arzt, zur Strapaze werden.

Hier bieten sich Obliterationen der offenen Mastoidhöhle an. Während bisher in erster Linie autologe Gewebe (Knochenmehl, Knorpel, Muskellappen) zum Einsatz kamen, steht seit einiger Zeit ein bioaktives Glasgranulat (S53P4 - BonAlive) als alloplastische Alternative zur Verfügung.

S52P4 löst eine spezifische biologische Antwort des umgebenden Gewebes aus. Es besteht aus 53% SiO₂, 23% Na₂O, 20% CaO, und 4% P₂O₅ und besitzt antibakterielle Eigenschaften gegen viele aerobe, aber auch anaerobe Keime.

Seit 2012 wurden in Halberstadt 115 Operationen (101 Patienten) mit S53P4 zur Obliteration einer offenen Mastoidhöhle und Rekonstruktion des äußeren Gehörgangs durchgeführt. In 30 Fällen erfolgte die Obliteration gemeinsam mit der Implantation eines aktiven Mittelohr-Implantates (N = 4) oder eines Cochlea Implantates (N = 26). Die Nachbeobachtungszeit beträgt im Mittel 19 Monate (0 – 76 Monate).

Nur ein Mal wurde eine Revisionsoperation aufgrund eines unklaren Schwindels notwendig. Intraoperativ fand sich entzündlich verändertes Bindegewebe. Nach erneuter Obliteration der offenen Mastoidhöhle mit S53P4 ist der Patient beschwerdefrei.

Bisher fand sich im Rahmen der Nachbeobachtung kein Verdacht auf Cholesteatomrezidiv, eine vorbestehende Otorrhoe bedingt durch rezidivierende Entzündungen im Bereich der offenen Mastoidhöhle konnte durch die Obliteration mit S53P4 regelhaft und erfolgreich therapiert werden.

Der Einsatz von bioaktivem Glas (BonAlive) im Rahmen der Mastoidchirurgie stellt ein sicheres Verfahren zur Behandlung chronischer Entzündungsprozesse dar.

Das primär muzinöse Adenokarzinom der Haut als seltene Differentialdiagnose- eine Falldarstellung

K. Koch¹, J. Wittlinger¹, J. Marschner¹, P. Stankovic¹, T. Gradistanac², T. Wilhelm¹

¹*SANA Kliniken Leipziger Land, Klinikum Borna, Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf-/Hals- und plastische Gesichtschirurgie, Borna, Deutschland*

²*Universitätsklinikum Leipzig, Institut für Pathologie, Leipzig, Deutschland*

Einleitung: Das muzinöse Adenokarzinom der Haut als maligner Adnextumor der ekkrinen Drüsen ist sehr selten und in der Literatur wenig beschrieben. Dabei ist der Kopf-, Halsbereich eine Predilektionsstelle.

Das klinische Bild des Adenokarzinom ist weniger dem des Basalioms oder Plattenepithelkarzinoms als vielmehr dem benignen Hauttumoren ähnlich.

Morphologisch sind sie Metastasen muzinöser Karzinome der Lunge, Brust oder des Gastrointestinaltraktes ähnlich, so dass das Staging auch hier ein Primum ausschließen muss.

Fall: Wir berichten von einem 84-jährigen Patienten, bei dem vor 10 Jahren ein präauriculäres muzinöses Adenokarzinom der Haut entfernt wurde. Es erfolgte damals die R0-Resektion einschließlich totaler Parotidektomie links mit Facialiserhalt. Nun zeigte prätragal seit etwa 6 Monaten ein langsam wachsender Tumor. Nach Resektion unter Facialismonitoring und histologischer Aufarbeitung bestand ein Rezidiv mit R1-Status.

Schlussfolgerung: Die Abgrenzung des muzinösen Adenokarzinoms der Haut von anderen Tumoren gelingt histologisch. In der Regio parotidea ist hier als Abgrenzung vom primären Parotistumor das Fehlen von Drüsenanteilen entscheidend. Die Abgrenzung zur Metastase eines Karzinoms der Lunge, Brust oder des Gastrointestinaltraktes durch weiterführende Staginguntersuchung ist erforderlich. Eine Kontrolle über 5 Jahre hinaus scheint zum frühzeitigen Erkennen von Rezidiven sinnvoll.

Case Report: Zystadenolymphom cervikal

A. Vienken¹, N. Arndt¹, K. Stock¹, S. Knipping¹

¹*Städtisches Klinikum Dessau, HNO, Dessau-Roßlau, Deutschland*

Einleitung: Wir berichten über den Fall eines 54-jährigen Patienten, welcher sich notfallmäßig aufgrund einer ausgeprägten geröteten und überwärmten cervikalen Schwellung links in unserem Hause vorstellte. Aufgrund einer zuvorgehend geplanten operativen Entfernung einer lateralen Halszyste links wurde dem Patienten im Rahmen der OP-Vorbereitung durch auswärtige Kollegen Methylenblau in die Raumforderung appliziert. Bei subfebrilen Temperaturen konnte die Operation nicht stattfinden.

Lokalbefund: Zwei Wochen später bemerkte der Patient eine zunehmende Schwellung mit Rötung links cervikal. Es stellte sich eine stark überwärmte weiche, dolente konisch zulaufende cervikale Schwellung links der Größe ca. 6 x 7 cm mit cervikaler Lymphadenopathie dar. Radiologisch zeigte sich eine mehrfach septierte, entzündlich veränderte Halszyste links im max. Durchmesser ca. 8,5 x 6,4 x 6 cm mit drohender Fistelung (ca. in Höhe HWK4-5) und Kompression der V. jugularis interna links. Nach Abszessspaltung links cervikal, bei welcher sich reichlich lila-rahmiges Sekret entleerte, erfolgte eine intravenöse Antibiotikatherapie mit Unacid. Im Intervall führten wir die Exzision der Raumforderung und die Lymphadenektomie in Regio II links durch.

Ergebnisse: Mikroskopisch zeigte sich ein Zystadenolymphom (Warthin-Tumor). Bezüglich der Entstehung von Zystadenolymphomen (Warthin-Tumore) in untypischer Lokalisation gibt es zwei führende Hypothesen, demnach einerseits die lymphozytären Infiltrate im Adenom und andererseits verstreutes heterotrophes Speicheldrüsengewebe in periparotidealen Lymphknoten als ursächlich angenommen wird. Die initiale Injektion von Methylenblau war die Ursache für die ausgeprägte Entzündung und führte zu einer zusätzlichen, primär nicht notwendigen, Therapie.

Abszedierende Lymphadenitis colli bei nachgewiesener Tularämie

E. Koutsimpou¹, L. Rüttinger¹, D. Böger¹

¹*SRH Zentralklinikum Suhl, Klinik für HNO, Suhl, Deutschland*

Abstract

Die Tularämie ist eine meldepflichtige Zoonose, die durch das gramnegative aerob wachsende Bakterium *Francisella tularensis* hervorgerufen wird. Je nach Infektionsweg und Subspezies kann die Erkrankung unbehandelt zum Tod des Patienten führen.

In unserer Nachschau der Literatur ist die Prävalenz der Tularämie mit 41 gemeldeten Fällen im Jahr 2016 in Deutschland niedrig, jedoch zeigen sich steigende Fallzahlen seit 2001.

In unserem Fallbeispiel berichten wir über die seltene oropharyngeale Verlaufsform und präsentieren einen Überblick hinsichtlich Epidemiologie, Diagnostik und Therapie der Erkrankung. Ziel unserer Arbeit ist, die Tularämie als wichtige Differentialdiagnose bei granulomatös-nekrotisierenden Lymphadenitiden darzustellen.

Fall Präsentation: epitheloides Hämangiom

A. Driga¹, D. Böger¹

¹*Srh Zentralklinikum Suhl, HNO, Suhl, Deutschland*

Das epitheloide Hämangiom, oder angiolymphoide Hyperplasie mit Eosinophilie (ALHE) ist eine seltene gutartige vasoproliferative Erkrankung unbekannter Ätiologie. Es betrifft insbesondere Frauen zwischen 20 und 40 Jahren und ist vor allem in der Ohrregion lokalisiert. Wir berichten über den Fall eines 59-jährigen männlichen Patienten, bei dem in den letzten 7 Jahren das Vorkommen von rezidivierenden epitheloiden Hämangiomen im Kopf-Hals-Bereich beobachtet wurde. Diese Sondervariante des Hämangioms zeigt in bis zu 30% der Fälle eine Tendenz für Lokalrezidiv-Bildung, gelegentlich auch multifokal entlang der assoziierten Gefäßstruktur (möglicherweise in Folge einer zugrundeliegenden Gefäßmalformation). Charakteristisch ist das histopathologische Erscheinungsbild zahlreicher dünner und dickwandiger Gefäße, ausgekleidet mit typischen ödematösen Endothelzellen die mit Infiltraten von Eosinophilen und Lymphozyten assoziiert sind.

Untersuchungen zur Inanspruchnahme einer Krankenhausambulanz

H. Atie¹, P. Issing¹

¹Klinikum Bad Hersfeld, HNO, Bad Hersfeld, Deutschland

Fragestellung

Die ambulante medizinische Versorgung wird in Deutschland überwiegend von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen gewährleistet. Nur unter speziellen Auflagen steht das Krankenhaus für speziellere Abklärung bzw. Behandlung zur Verfügung. Ziel unserer Untersuchung war die Evaluation der ambulanten Patienten.

Material und Methode

Es handelt sich um eine prospektive Untersuchung an einer HNO-Hauptabteilung vom 01.04.2013 bis zum 31.03.2014. Es wurden bei allen ambulanten-, Notfall-, konsiliarisch vorgestellten Patienten neben den persönlichen bzw. medizinischen Daten, Vorstellungszeitpunkt, -grund, Dringlichkeit und Sinnhaftigkeit der Inanspruchnahme erfasst. Als Notfall wurden Patienten definiert, die sich entweder ohne Überweisung vom Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde in der Ambulanz oder sich außerhalb der Sprechzeiten vorstellten

Ergebnisse

Insgesamt stellten sich 11002 Patienten während dieses Zeitraums in der HNO-Abteilung der Klinikum Bad Hersfeld, davon entfielen 6463 Patienten auf die elektive Sprechstunde, während 2438 sich als Notfall präsentierten. Bei der Analyse der Dringlichkeit nach dem Manchester-Triage-System zeigte sich, dass es sich überwiegend um wenig ernsthafte Erkrankungen handelte, was sich auch in der geringen Rate von 10 % an stationären Aufnahmen widerspiegelt. Dagegen war bei elektiver Facharztüberweisung der Vorstellungsgrund in der überwiegenden Mehrheit der Fälle sinnvoll.

Diskussion

Unsere Untersuchungen zeigen, dass die überwiegende Inanspruchnahme der Klinikambulanz während der regulären Sprechstunden erfolgt. Allerdings spielt die Möglichkeit, sich ohne Facharztüberweisung in der Klinik als Notfall vorstellen zu können, sowohl in der Kernarbeitszeit als auch außerhalb davon auch in der primären Krankenversorgung eine erhebliche Rolle, um schneller zu einer Facharztbehandlung zu kommen. Bei den elektiv überwiesenen Patienten erweist sich der Facharztfilter als weitgehend effektiv.

Das Nasenkarzinom - eine seltene Tumorentität Vorstellung von 8 Fällen

T. Köhler¹, P. R. Issing¹, J. J. Hammersen²

¹Klinikum Bad Hersfeld, HNO-Klinik, Bad Hersfeld, Deutschland

²Klinikum Bad Hersfeld, HNO, Bad Hersfeld, Deutschland

Einleitung:

Karzinome der Nase und der Nasennebenhöhlen sind selten. Bezogen auf alle Tumoren kommen weniger als 1% im Bereich der Nase und der Nasennebenhöhlen vor. Bezogen auf die Tumoren im Kopf- Halsbereich machen sie ca. 3,5% aus. In der Nasenregion rangiert das Plattenepithelkarzinom an erster Stelle, im Bereich der äußeren Nase das Basaliom. Prädisponierende Faktoren sind Zigarettenrauch und Alkohol. Männer erkranken doppelt so häufig wie Frauen. Das Adenokarzinom nimmt eine Sonderstellung ein. Seine Entstehung ist mit der Exposition von Hartholzstäuben vergesellschaftet und als Berufkrankheit anerkannt.

Methode:

retrospektive Analyse

Ergebnisse:

In einem Zeitraum von 36 Monaten haben wir 8 Patienten (4 Männer und 4 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 71 Jahren) mit einem Nasenkarzinom behandelt. Es handelte sich in 7 Fällen um ein Plattenepithelkarzinom und in 1 Fall um ein Sarkom. In 6 Fällen war eine Ablatio nasi nötig, in 2 Fällen wurde eine Teilentfernung der Nase durchgeführt. Je 2 Patienten waren prä- und postoperativ bestrahlt worden, bei 4 Patienten war eine chirurgische Intervention ausreichend. 1 Patientin verstarb kurzfristig. 7 Patienten wurden epithetisch versorgt. In 1 Fall kam es zu einem schicksalhaften Verlauf mit mehreren Rezidiven und entsprechenden Nachresektionen. Auch diese Patientin verstarb.

Schlussfolgerungen:

Die Ablatio nasi stellt einen sehr destruktiven und entstellenden Eingriff dar, ist aber teilweise unter tumorchirurgischen Aspekten unabdingbar und sichert in einem hohen Maß die Heilung. Die epithetische Versorgung ermöglicht dabei oftmals eine sehr gute kosmetische Rehabilitation einhergehend mit einer teilweisen Unterstützung der Funktion, vor allem dem Erhalt des feuchten Niveaus in der Nasenhaupthöhle.

Solitärer fibröser Tumor der Nasennebenhöhle, eine Falldarstellung

H. Mehlhorn¹, K. Stock², C. Renner³, J. Knolle⁴, S. Knipping¹

¹Städtisches Klinikum Dessau, Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Plastische Operationen, Dessau, Deutschland

²Städtisches Klinikum Dessau, Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Neuroradiologie, Dessau, Deutschland

³Städtisches Klinikum Dessau, Klinik für Neurochirurgie, Dessau, Deutschland

⁴Städtisches Klinikum Dessau, Institut für Pathologie, Dessau, Deutschland

Einleitung:

Solitär fibröse Tumore (auch Hämangioperizytom) gehören mit ca. 0.6% zu einer seltenen meist gutartigen Untergruppe von Weichteiltumoren. Sie sind vor allem im Thoraxbereich (Pleura) bekannt, wurden aber auch in verschiedensten anderen Lokalisationen beschrieben.

Kasuistik:

Wir berichten über eine 36-jährige Patientin, die in unserer Klinik aufgrund einer traumatischen Orbitabodenfraktur in Behandlung war. In der primär durchgeführten CT-Untersuchung zeigte sich eine Raumforderung im Siebbein und Sinus frontalis rechts mit partieller Destruktion der Lamina papyracea und Vorwölbung nach intraorbital um 5mm. Die histopathologische Aufarbeitung erbrachte spindelzellig mesenchymales Gewebe mit langgestreckten, fibroblastoiden Zellen. Immunhistochemisch waren Antikörper gegen Vimentin und BCL-2 kräftig und gegen S100, CD99 und CD34 mäßig nachweisbar. Malignitätskriterien wurden nicht erfüllt. Nach Erhalt der Histologie erfolgte die endoskopische Resektion des Befundes in toto.

Nebenbefundlich fiel im medialen Bogen des HWK 1 ein abgrenzbarer Befund mit homogener Kontrastmittelaufnahme von ca. 12 x 11 x 17mm auf. Eine partielle Resektion des Atlasbogens durch unsere Kollegen der Neurochirurgie erbrachte dann einen tenosynovialen Riesenzelltumor. Der Verdacht einer Metastasierung des SFT konnte so ausgeschlossen werden.

Halbjährliche klinische und cMRT-Kontrollen zeigten bisher kein Wiederauftreten bei den 2- bzw. 3-Jahres-Nachuntersuchungen.

Diskussion:

Solitär fibröse Tumore können bei der Differentialdiagnose eines Nasennebenhöhletumors in Betracht gezogen und sollten vollständig reseziert werden um Rezidiven vorzubeugen. Die Kombination eines CT oder MRT-Scans, histologischer Befunde und immunhistochemischer Färbung sichert die Diagnose. Trotz seines in der Regel niedrigen Progressionsrisikos (intermediäre Malignität) muss in sehr seltenen Fällen auch an eine maligne Entartung sowie Metastasierungsmöglichkeit (<2%) gedacht werden.

Cochlear Implant Versorgung beim sehr alten Menschen

O. Noubu¹, M. Laur¹, S. Atanasova-Koch¹, P. R. Issing¹

¹*HNO Klinik Bad Hengersfeld, HNO Klinikum Bad Hersfeld, Bad Hersfeld, Deutschland*

Fragestellung

Die Hörrehabilitation ertaubter Menschen mit einem Cochlear Implant hat sich als Erfolgsgeschichte längst etabliert und findet immer weiter gefasste Indikationen. Ursprünglich war man skeptisch, ob alte Patienten von diesem Verfahren aufgrund eingeschränkter Plastizität des Gehirns und zwangsläufiger Komorbiditäten profitieren können. Inzwischen gibt es zahlreiche Untersuchungen, die auch bei Betagten eine Verbesserung der Kommunikation und Lebensqualität belegen. Anhand einer eindrucksvollen Kasuistik wollen wir dies beispielhaft unterstreichen.

Methoden

Darstellung eines Fallberichts

Ergebnisse

Eine zum Zeitpunkt der Erstvorstellung 88-jährige Ordensschwester beklagte einen über viele Jahre progredienten Hörverlust, weswegen sie beidohrig mit Hörgeräten versorgt war. Bei zunehmend schlechter werdendem Benefit durch die konventionelle Therapie stellte sie sich mit der Frage einer Cochlear Implant (CI) Versorgung 2009 vor. Die Einsilberverständlichkeit betrug trotz adäquater Hörgeräteversorgung auf dem rechten Ohr 0% bei 60 und 80dB. Ähnlich verhielt es sich mit der linken Seite, die subjektiv jedoch als besser empfunden wurde. Nach der üblichen Voruntersuchung erfolgte die Operation ohne Probleme. Die alte Dame konnte bereits nach wenigen Anpassterminen Sprache verstehen und erreicht bis heute mit 97 Jahren mit ihrem CI ein Einsilberverstehen von 95% bei 60dB.

Schlussfolgerung

Das Beispiel zeigt eindrucksvoll, dass auch sehr alte Hörgeschädigte unter entsprechenden Bedingungen von einem CI profitieren können und sich diese Therapie in vielerlei Hinsicht "lohnt".

Cochleaimplantatversorgung bei einseitig ertaubten Patienten oder Patienten mit asymmetrischem Hörverlust

M. Laur¹, S. Atanasova-Koch¹, P. R. Issing¹

¹Klinikum Bad Hersfeld GmbH, Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf-, Hals- und Plastische Gesichtschirurgie, Bad Hersfeld, Deutschland

Einleitung

Die CI-Versorgung von Patienten mit einseitiger Taubheit wurde erstmals 2008 von Van de Heyning beschrieben und war ursprünglich zur Therapie des Tinnitus erfolgt. In den letzten Jahren hat sich die Versorgung mit einem Cochleaimplantat bei SSD oder AHL zunehmend als Therapieoption unter dem Aspekt der Verbesserung des Sprachverstehens bewährt.

Material und Methoden

In der hier vorgestellten retrospektiven Studie wurden insgesamt 26 Patienten mit SSD oder AHL eingeschlossen. Untersucht wurde die Hörschwelle (mittels Aufblähkurve im Freifeld) sowie das Sprachverstehen (mittels Freiburger Einsilbertest) nach der einseitigen Versorgung mit einem Cochleaimplantat.

Ergebnisse

Bereits bei der CI-Erstanpassung konnte bei allen Patienten ein Höreindruck festgestellt werden. Nach etwa drei Monaten postoperativ (Median: 87 Tage postoperativ) wiesen die Patienten eine Hörschwelle von 30 bis 40 dB auf und verfügten über ein durchschnittliches Einsilberverstehen von 50% bei 60 dB sowie 67,5% bei 80 dB.

Schlussfolgerung

Die Daten dieser Arbeit zeigen den Benefit der einseitigen CI-Versorgung und somit die dadurch mögliche Rehabilitation des binauralen Hörens bei Patienten mit SSD und AHL.

Innenohrmissbildungen und bilaterale hochgradige Schwerhörigkeit bei Beta –Thalassämie

S. Atanasova-Koch¹, M. Laur¹, P. Schmidt², P. R. Issing¹

¹Klinikum Bad Hersfeld GmbH, Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Bad Hersfeld, Deutschland

²Klinikum Bad Hersfeld GmbH, Klinik für Radiologie und Neuroradiologie, Bad Hersfeld, Deutschland

Einleitung

Thalassämien sind genetisch bedingte Erkrankungen, bei denen es aufgrund der Störung der Hämoglobinkettensynthese und somit defektem Hämoglobin auch zur extramedullären Hämatopoese kommen kann. Wenige Studien berichten über verschiedene otologische Manifestationen der Thalassämien. Die Veränderung der Gehörknöchelchenkette, vermutlich durch die extramedulläre Hämatopoese verursacht, führt zu einer Schalleitungsschwerhörigkeit bei der Majorform der Beta-Thalassämien. Während bei der Beta-Thalassaemia intermedia spezifische cholesteatomähnliche Läsionen und sensorineurale Schwerhörigkeit beschrieben werden. Labyrinthäre Hämorrhagie sowie Labyrinthitis ossificans sind Erkrankungen des Innenohres, die bei Patienten mit Sichelzellanämie auch bekannt sind.

Material und Methoden

Fallbericht

Ergebnisse

Hier berichten wir über einen heute 12-jährigen türkischstämmigen Jungen, der seit seiner Geburt an einer hochgradigen, an Taubheit grenzenden Schallempfindungsschwerhörigkeit sowie einer mikrozytären hypochromen Anämie leidet. Im Alter von 4 Jahren wurde eine heterozygote Beta-Thalassämie diagnostiziert. Die Computertomographie zeigte beidseitige Cochlea-Fehlbildungen mit einer abnormen Verbindung zum inneren Gehörgang. Bei der linksseitigen Cochlea-Implantat-Operation im 4. Lebensjahr zeigte sich bei fehlendem rundem Fenster bei der Cochleostomie ein Gusherphänomen. 5 Jahre postoperativ konnte im Mainzer Kindersprachtest eine Einsilberverschämlichkeit von 20% bei 60 dB und 40% bei 80 dB gezeigt werden. Die Aufblähkurve verlief 11 Jahre postoperativ zwischen 25 und 45 dB.

Schlussfolgerung

Auch bei vorliegender Innenohrfehlbildung kann eine Cochleaimplantatversorgung lohnend für den Patienten sein und ist daher unbedingt zu evaluieren. Bei unzureichender Datenlage sind weitere Studien zum Zusammenhang von Thalassämien und Fehlbildungen sowie Funktion des Innenohres notwendig.

Papilläres Schilddrüsenkarzinom bei einer 36-jährigen Patientin: Die Folge einer Strahlenexposition nach Reaktorunfall?

T. Veess¹, H. Boye², J. Knolle³, K. Stock⁴, S. Knipping¹

¹Städtisches Klinikum Dessau, Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Dessau-Roßlau, Deutschland

²Städtisches Klinikum Dessau, Klinik für Nuklearmedizin, Dessau-Roßlau, Deutschland

³Städtisches Klinikum Dessau, Institut für Pathologie, Dessau-Roßlau, Deutschland

⁴Städtisches Klinikum Dessau, Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Neuroradiologie, Dessau-Roßlau, Deutschland

Einleitung

Das papilläre Schilddrüsenkarzinom ist der häufigste Subtyp der differenzierten Schilddrüsenkarzinome. Ein Risikofaktor für die Entstehung von Schilddrüsenkarzinomen ist ionisierende Strahlung. Sonografisch sind echoarme Knoten malignitätsverdächtig, die sich szintigrafisch als kalte Knoten darstellen. Das papilläre Schilddrüsenkarzinom metastasiert vorwiegend lymphogen und spricht gut auf eine Radiojodtherapie an.

Material und Methoden

Eine 36-jährige Patientin stellte sich mit einer ausgeprägten Struma nodosa und einem szintigrafisch kalten Knoten rechts vor. Anamnestisch bestand eine durch Radiochemotherapie und Stammzelltransplantation therapierte akute myeloische Leukämie (AML). Die Schwester der Patientin verstarb jung an einem Ovarialzellkarzinom.

Ergebnisse

Eine Punktion erbrachte kein auswertbares zytologisches Ergebnis, sodass eine Hemithyreoidektomie vorgenommen wurde. Histologisch zeigte sich ein papilläres Schilddrüsenkarzinom. Nach CT- und MRT-Staging wurde die Operation durch eine totale Thyreoidektomie mit lokaler Lymphadenektomie vervollständigt (pT2, pN1b (8/48), cM0, L1, V0, R0). Eine ablative Radiojodtherapie wurde eingeleitet.

Schlussfolgerung

Das Auftreten einer AML als auch einem papillären Schilddrüsenkarzinom ist ungewöhnlich für eine so junge Patientin. Das falsch-negative Ergebnis der Punktion unterstützt die Wertigkeit einer histologischen Sicherung des Befundes. Die gründliche Familienanamnese erbringt, dass sowohl die Patientin als auch die Schwester der Patientin aus einem Ort der ehemaligen Sowjetunion stammen, unweit einer 1957 havarierten Kernreaktoranlage. Ebenfalls ist ein Zusammenhang zur vorangegangenen Radiochemotherapie zu diskutieren.

CI Versorgung bei chronisch entzündlichen Ohrerkrankungen

H. Tebben¹, M. Laur¹, S. Atanasova-Koch¹, P. R. Issing¹

¹*Klinikum Bad Hersfeld GmbH, Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Bad Hersfeld, Deutschland*

Einleitung:

Die CI-Versorgung von funktionell ertaubten Patienten mit einer chronischen Otitis media und Z.n. Radikalhöhlenanlage stellt eine Herausforderung für die implantierenden Zentren dar. Prinzipiell sind zwei Vorgehensweisen denkbar, einerseits die Implantation bei offener und andererseits bei obliterierter Radikalhöhle.

Material Methode: Retrospektive Untersuchung

Ergebnisse:

In unserer Klinik werden o.g. Patienten vor der Implantation mittels einer subtotalen Petrosektomie und zeitgleicher Bauchfettobliteration saniert. Im Anschluss erfolgt nach ca.3-6 Monaten die Versorgung mit dem Implantat. Die Vorteile des konsequenten Verschlusses sehen wir in der Vermeidung von Implantatinfektionen über die offene Radikalhöhle sowie den Schutz der Elektrode vor ungewollter Manipulation.

Diskussion:

Trotz des höheren Aufwandes und der weiteren Veränderung der anatomischen Verhältnisse am Felsenbein haben wir gute Erfahrungen mit unserer Vorgehensweise gemacht. Deutliche Vorteile sehen wir im suffizienten Schutz des Implantates und der Elektrode, was aus unserer Sicht den höheren Aufwand rechtfertigt.

Bad Hersfelder Erfahrungen mit dem vollimplantierbaren Hörgerät CARINA

O. Hadidi¹, P. R. Issing¹

¹Bad Hersfeld Klinikum, HNO, Bad Hersfeld, Deutschland

Einleitung:

Wenngleich Hörgerte für viele Patienten eine große Verbesserung der Lebensqualität bedeuten, bringen sie doch in einigen Fällen erhebliche Nachteile mit sich z. B. Rückkopplungspfeifen, Okklusionseffekte, rezidivierende Gehörgangsentzündungen, mangelhafte Klangqualität durch Verzerrungen und Resonanzen im Gehörgang. Das Carina-Implantat stimuliert die Gehörknöchelchen oder die Labyrinthfenster und wird bei mittelgradiger bis schwergradiger Schallempfindungsschwerhörigkeit sowie bei Patienten mit kombinierter Schwerhörigkeit eingesetzt.

Methoden:

Darstellung zweier Fallberichte

Ergebnisse:

Ein 64 jähriger Patient litt an einer hochbetonten Schallempfindungsschwerhörigkeit mit erheblicher Einschränkung des Sprachverstehens, weshalb eine Hörgerätversorgung auch zur Vermeidung einer zentralen Deprivation medizinisch indiziert war. Aufgrund immer wiederkehrender Entzündungen im Bereich des linken äußeren Gehörgangs war die Indikation zur Versorgung mit einem vollimplantierbaren Hörgerät mittels der entsprechenden Implantation umgesetzt worden. Die Einsilberverschämlichkeit betrug trotz adäquater Hörgerätversorgung lediglich 30% bei 60 dB. Nach erfolgter Operation und problemloser Aktivierung des CARINA-Implantats betrug die Einsilberverschämlichkeit 80% bei 60 dB.

Bei einem 53 Jährigen Patienten besteht eine ausgeprägte Gehörgangsstenose bzw. Atresie eine nahezu maximale kombinierte Schwerhörigkeit links. Konventionelle Hörgeräte konnten deshalb ebenso wie ein BAHA nicht zum Einsatz kommen, weshalb der Patient ebenfalls mit einem CARINA-Implantat versorgt wurde.

Fazit:

Vollimplantierbare Hörgeräte wie das CARINA-Implantat, werden bieten vor allem Patienten eine Chance, die für konventionelle Hörgeräten aus medizinischen Indikation nicht in Frage kommen oder bei denen z.B. aus beruflichen Gründen die Hörhilfe als Stigma der Hörbehinderung nicht opportun erscheint.

Unsere Erfahrung mit der Tympanotomie mit Fenstermembranabdeckung bei Hörsturz

I. Botev¹, P. R. Issing¹

¹*Klinikum Bad Hersfeld, HNO, Bad Hersfeld, Deutschland*

Einleitung: Sowohl die Ätiopathogenese als auch die möglichen therapeutischen Verfahren bei einem Hörsturz sind bis heute umstritten. Ein möglicher Mechanismus ist die Ruptur der Fenstermembran mit einer nachfolgenden Perilymphfistel. In diesem Fall ist die Tympanotomie mit Abdichten der Leckagen eine Behandlungsoption, worüber wir unsere Erfahrung präsentieren möchten.

Methode: Die retrospektive Studie basiert auf Daten von insgesamt 12 Patienten, die in der Zeit von 2012 bis 2017 nach einem Versagen der konservativen Therapie mit Prednisolon an der HNO-Klinik im Klinikum Bad Hersfeld tympanotomiert worden sind. Dabei wurden die prä- und posttherapeutisch gemessenen Tonaudiogramme sowie die Anamnese und Klinik aus den Krankenakten der Patienten retrospektiv ausgewertet.

Ergebnisse: Der Mittelwert der Hörschwellen ("four pure tone average") betrug prätherapeutisch 98,87 dB und posttherapeutisch 76,35 dB, was einer durchschnittlichen Verbesserung von 22,52 dB entspricht. Sechs Patienten insgesamt zeigten eine Verbesserung des Hörvermögens (Verbesserung mit >10 dB 4-PTA), wobei 4 davon eine signifikant bessere Hörerholung/komplette Remission (>30 dB) und 2 Patienten moderate Verbesserung (Erholung zwischen 10-30 dB) zeigten. Bei dem Rest (6 Patienten) gab es keinen Therapieerfolg (Verbesserung mit wenig als 10 dB TPA). Alle Patienten, die von der operativen Therapie profitiert haben, wurden in einem Zeitabstand von 8 Tagen oder weniger nach Auftreten der Symptomatik behandelt. Bei 4 Patienten zeigte sich intraoperativ ein Verdacht auf Rundfenstermembranruptur, wobei nur 2 davon von dem Eingriff profitierten.

Schlussfolgerung: Unsere Studie zeigte eine postoperative Besserung bei 50% der Patienten. Bei insgesamt restriktiver Indikationsstellung stellt diese Maßnahme bei ausgeprägtem Hörverlust eine Therapieoption dar.

Massive Sandaspiration mit Verlegung kindlicher Atemwege

C. Hock¹, G. Kellner¹, D. Eßer¹, M. Mühr², J. U. Bauer²

¹Helios Klinikum Erfurt GmbH, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Erfurt, Deutschland

²Helios Klinikum Erfurt GmbH, Klinik für Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin, Erfurt, Deutschland

Einleitung:

Fremdkörperaspirationen sind eine wichtige Differenzialdiagnose der pädiatrischen Akutmedizin. Aufgrund des geringen Durchmessers kindlicher Atemwege, kann die Einatmung von Fremdkörpern in Larynx, Trachea oder Bronchien zu einer Atemwegsobstruktion mit schwerwiegenden Komplikationen führen. Die Mortalität nach Fremdkörperaspiration beträgt aufgrund von mechanischer Obstruktion, Laryngospasmus oder sekundärer Pneumonie bis zu 3,4%. Die am häufigsten aspirierten Fremdkörper sind Nahrungsmittel. Sandaspirationen stellen hingegen eine Rarität dar.

Kasuistik:

Ein 3-jähriger Patient sei in den Sand gesprungen, habe sich erschrocken und dabei größere Mengen Sand aspiriert. Bei einem GCS von 3 Punkten und einer initial kapillären Sauerstoffsättigung von 21% erfolgte die Intubation und Beutelbeatmung durch den Notarzt. Rechtsseitig bestanden massiv abgeschwächte Atemgeräusche. Im Krankenhaus erfolgte primär eine flexible Bronchoskopie durch Ärzte für Pneumologie. Es zeigte sich ein kompletter Verschluss des rechten Hauptbronchus durch verbackenen Sand und Steinchen. Zur ausreichenden Entfernung des Aspirats wurde eine starre Bronchoskopie durch Ärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde notwendig. Nach Beseitigung der Atemwegsobstruktion wurden mittels flexiblem Bronchoskop über das einliegende starre Bronchoskop weitere Sandpartikel bis aus den Segmentbronchien entfernt. Der Patient konnte nach zielführender interdisziplinärer Fremdkörperentfernung im weiteren Verlauf ohne Hinweis auf eine Entwicklungsbeeinträchtigung entlassen werden.

Fazit:

Akute Fremdkörperaspirationen mit respiratorischer Insuffizienz stellen Notfälle dar, die ein strukturiertes interdisziplinäres Vorgehen, in jedem Fall unter Einbeziehung der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, erfordern. Die flexible Bronchoskopie weist dabei Vorteile im peripheren Bronchialsystem auf, die starre Bronchoskopie bietet jedoch insbesondere zur Extraktion größerer Fremdkörper einen unabdingbaren Zusatznutzen.

Ausgeprägtes Weichteilemphysem bei scheinbarem Bagatelltrauma

L. Vogel¹, J. Stadler¹

¹*HBK Zwickau, HNO, Zwickau, Deutschland*

Ein Patient stellte sich mit einer Schluckinsuffizienz in unserer Notaufnahme vor. Er war am Vortag mit dem Fahrrad gestürzt. Wegen eines defekten Lichtes hatte er beim Fahren eine Taschenlampe in den Mund genommen. Eine Vorstellung in einer auswärtigen Einrichtung blieb ohne Diagnosestellung. Inspektorisch zeigte sich ein Hämatom der linken Pharynxseitenwand ohne eine sichere offene Verletzung. Am Hals ließ sich eine knisternde Schwellung tasten. Im CT des Hals/Thorax bestätigte sich ein ausgeprägtes Emphysem, welches bis in das Mediastinum reichte. Daraufhin erfolgte die Exploration in Narkose. Dabei ergab sich eine schlitzförmige Schleimhautperforation, die vom Oropharynx bis in den Hypopharynxeingang reichte. Nach primärem Wundverschluss wurde der Patient auf unsere Intensivstation versorgt. Unter Antibiose mit Ampicillin /Sulbactam und Metronidazol sowie Ernährung via Magenschlauch gestaltete sich der Wundheilungsverlauf zeitgerecht.

Auch bei zunächst nicht ersichtlicher Schleimhautperforation muss bei entsprechendem Unfallhergang sowie weiteren indirekten klinischen Zeichen eine Bildgebung und ggf. eine Endoskopie erfolgen.

Embryonales Rhabdomyosarkom bei einer 28-jährigen Patientin

N. Drews¹, J. Knolle¹, A. Florschütz¹, S. Knipping¹

¹*Städtisches Klinikum Dessau, HNO, Dessau, Deutschland*

Einleitung:

Das embryonale Rhabdomyosarkom ist ein hochmalignes Weichteilsarkom ausgehend von undifferenzierten pluripotenten Mesenchymzellen. Im Kindesalter stellt es das häufigste sinunasale Malignom dar und wird sehr selten bei Erwachsenen beobachtet. Im Stroma der respiratorischen Schleimhäute findet sich vor allem der botryoide Subtyp. Die modernen Therapiekonzepte sind multimodal.

Kasuistik:

Eine 28-jährige Patientin stellte sich aufgrund einer Nasenatmungsbehinderung rechts mit Anosmie und Ageusie vor. Klinisch zeigte sich eine sichtbare Schwellung der rechten Wange mit Obstruktion durch tumorverdächtiges Gewebe und ein Exophthalmus rechts.

Eine cMRT zeigte eine Raumforderung der Nasennebenhöhlen rechts mit orbitalem und intrazerebralem Einbruch. Eine Biopsie ergab ein embryonales Rhabdomyosarkom.

Nach drei Zyklen neoadjuvanter Chemotherapie mit Ifosfamid, Vincristin und Adriamycin erfolgte die Residualtumorresektion mit Exenteratio orbitae via lateraler Rhinotomie. Es folgten eine Radiotherapie sowie erneute Chemotherapie nach CWS-2002-Protokoll. Abschließend wurde die Patientin mit einer Epithese versorgt.

Ein Jahr nach Therapieende zeigt sich bildmorphologisch kein Rezidiv.

Nebenbefundlich wurde der Patientin im Alter von 27 Jahren ein Oligoastrozytom WHO II parietal rechts totalexstirpiert.

Fazit

Das primäre Auftreten eines embryonalen Rhabdomyosarkoms ist im Erwachsenenalter selten und besitzt eine schlechte Prognose. Im vorliegenden Fall wurde sich daher für eine aggressive multimodale Therapie mit radikaler Resektion des Residualtumors sowie Konsolidierungstherapie nach Neoadjuvanz entschieden.

Interesse an sportlicher Rehabilitation unter HNO-Tumorpatienten

K. Kratzing¹, H. Joch¹, J. Hübner², J. Büntzel¹

¹Klinik für HNO-Erkrankungen, Kopf-Hals-Chirurgie, Südharz-Klinikum Nordhausen, Nordhausen, Deutschland

²Stiftungsprofessur für Integrative Onkologie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

Einleitung: Sportliche Betätigung gilt als effektive und leicht vermittelbare Form der Langzeitrehabilitation, da sie Patienten aktiviert und andererseits zur Überwindung sozialer Isolation beiträgt.

Material und Methode: Mit einem selbsterklärenden Fragebogen befragten wir 55 Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren zu sportiven Erfahrungen, aktuellen sportlichen Interessen, ihrem Wissen zu regionalen Angeboten sowie bezüglich ihrer Wünsche auf diesem Gebiet. Der Fragebogen war anonym und wurde im Wartebereich der Tumorsprechstunde ausgefüllt.

Ergebnisse: Während vor der Erkrankung 64% der Patienten angaben, Sport getrieben zu haben, sind es nach der Erkrankung lediglich 38%. Lediglich 9% unserer Patienten kenne lokale oder regionale Angebote für einen onkologischen Rehabilitationssport, 18% wünschten sich prinzipiell mehr Informationen. HNO-Tumorpatienten unterscheiden sich mit diesen Antworten signifikant von einem allgemein-onkologischen Klientel.

Fazit: Das beschriebene Defizit muss beachtet werden und Angebote sollten besser propagiert und vermittelt werden.

Komplementäre und alternative Medizin bei HNO-Tumorpatienten

H. Büntzel¹, O. Micke¹, J. Hübner¹, J. Büntzel^{1,2}

¹Klinik für HNO-Erkrankungen, Kopf-Hals-Chirurgie, Südharz-Klinikum Nordhausen, Nordhausen, Deutschland

²AG „Prävention und Integrative Onkologie“ der Deutschen Krebsgesellschaft, Jena, Deutschland

Einführung: Mehr als die Hälfte aller Krebspatienten nutzt komplementäre und alternative Therapieverfahren (CAM), in der Regel als Selbstmedikation. Gibt es HNO-Besonderheiten?

Material und Methode: Innerhalb von zwei bundesweiten Interviewstudien wurden 2002 n=310 Patienten und 2014 206 Patienten an der HNO-Klinik Nordhausen zur CAM-Nutzung befragt. Schwerpunkte waren Nutzungsgrad, genutzte Methoden, Motivationen und Informationsquellen.

Ergebnisse: Während 2002 132/310 (42%) HNO-Tumorpatienten CAM nutzten, reduzierte sich der Anteil 2014 auf 42/206 (20,4%). Konsistent bleiben Vitamine und Spurenelemente mit >60% Nutzungsanteil die Spitzenreiter, Mistel und Homöopathie (20%) werden deutlich weniger genutzt. Traditionell-fernöstliche Verfahren (z.B. Akupunktur) kommen sehr selten zum Einsatz. Hauptmotivation ist der Wunsch nach Eigeninitiative. Hauptinformationsquelle ist bisher der Hausarzt (50%).

Fazit: HNO-Tumorpatienten nutzen signifikant weniger CAM als andere Krebspatienten. Es besteht dennoch erheblicher Beratungsbedarf, der berichtete Rückgang der Aktivitäten von 2002 bis 2014 bietet Raum für weitere Forschung.

Riechverlust nach Laryngektomie – Berichte von Betroffenen

P. Steinau¹, J. Hübner¹, J. Büntzel^{1,2}

¹*Klinik für HNO-Erkrankungen, Kopf-Hals-Chirurgie, Südharz-Klinikum Nordhausen, Nordhausen, Deutschland*

²*Stiftungsprofessur für Integrative Onkologie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland*

Einführung: Im Zuge der Trennung von Speise- und Atemwegen kommt es nach jeder Laryngektomie zu einer deutlichen Einschränkung des Riechvermögens. Die Nutzung vorhandener Hilfsmittel durch die Patienten (z.B. des Riechschlauches) zur Rehabilitation ist erstaunlich gering.

Material und Methode: In drei qualitativen Interviews wurde im Oktober 2017 mit Betroffenen das Thema eruiert und ein Fragebogen entwickelt, der für weitere systematische Analysen genutzt werden soll. Ein erste Gruppe Betroffener (n=10) erhielt im Januar 2018 den Bogen (Selbsthilfegruppe Nordhausen). Im Mai 2018 wurden 300 Bögen über die Landesstrukturen des Bundesverbandes der Kehlkopferoperierten an Betroffene im gesamten Bundesgebiet verteilt.

Ergebnisse: Der entwickelte Fragebogen enthält neben 10 biometrischen Items, 7 Fragen zur Lebenssituation nach Laryngektomie sowie 12 Fragen, die das Riechen thematisieren. Die in den Interviews erkennbare Unterschätzung des Themas spiegelt sich auch in der Analyse der Antworten der ersten Selbsthilfegruppe, deren Rücklauf 100% betrug. Die bundesweite postalische Rücklaufquote betrug >60%. Eine Analyse der Antworten steht noch aus.

Zusammenfassung: Der im Poster vorzustellende Fragebogen findet bei Betroffenen großes Interesse. Das Thema hat für die Lebensqualität Laryngektomierter eine erhebliche Praxisrelevanz.

Anmerkung:

Wir danken dem Bundesverband der Kehlkopferoperierten e.V. für seine freundliche Unterstützung unseres Projektes

Warum habe ich Krebs bekommen? Kausale Krankheitsbeschreibungen bei Krebspatienten

O. Mücke¹, R. Mücke², J. Büntzel³

¹Klinik für Strahlentherapie, Franziskus-Hospital BielefeldKI, Bielefeld, Deutschland

²Praxis für Strahlentherapie Bad Kreuznach, Bad Kreuznach, Deutschland

³Klinik für HNO-Erkrankungen, Kopf-Hals-Chirurgie, Südharz-Klinikum Nordhausen, Nordhausen, Deutschland

Einleitung: Auch Nicht-Mediziner (= Laien) haben Vorstellungen darüber, was die Ursachen für Ihre Erkrankung sind. Solche Vorstellungen werden als Laienätiologie bezeichnet. Das Verständnis dieser subjektiven Krankheitstheorien kann die unterschiedliche Nutzung therapeutischer Angebote erklären.

Material und Methode: 200 konsekutive Krebs-Patienten an zwei Zentren wurden mit strukturierten Interviews hinsichtlich ihrer persönlichen Vorstellungen zur Krebsentstehung konfrontiert. 46% der Patienten litten an Brustkrebs, 26% an HNO-Tumoren, 21% an Prostatakrebs und 7% an anderen Tumorentitäten.

Ergebnisse: Insgesamt fanden sich bei den interviewten Patienten im Durchschnitt 1,87 kausale Zuschreibungen (Range: 1-4). Rauchen wurde am meisten angegeben (90%), gefolgt von Alkoholkonsum (62%), Stress (60%) und Immunschwäche (44%). 188x gaben Patienten in ihren Zuschreibungen an, selbst "Schuld" zu tragen, 98x wurden unabhängige Faktoren angeschuldigt. Das Gefühl der eigenen Schuld erhöht die Rezidivangst der Patienten und geht mit einer höheren Beanspruchung des medizinischen Personals einher. Die Mehrzahl der Patienten (n = 131; 65.5%) will ihr Verhalten ändern. Unterschiede zwischen den Tumorentitäten ließen sich nicht nachweisen

Fazit: Krebspatienten haben ein großes Kausalitätsbedürfnis, um die Entstehung ihrer Situation zu erklären. Das Wissen um individuelle Krankheitshypothesen erleichtert das Verständnis für Therapieentscheidungen unserer Patienten.

Uvulopalatopharyngoplastik und Tonsillektomie bei obstruktiver Schlafapnoe

K. J. Hupa¹, J. Patscheke², C. Wittekindt¹

¹UKGM Gießen, Gießen, Deutschland

²Klinikum Karlsruhe, Karlsruhe, Deutschland

Fragestellung

Die obstruktive Schlafapnoe (OSA) gewinnt in der westlichen Welt als kardiovaskulärer Risikofaktor zunehmend an Bedeutung. Neben der Überdrucktherapie bieten auch operative Maßnahmen einen therapeutischen Angriffspunkt. Die Uvulopalatopharyngoplastik mit Tonsillektomie (UPPP+TE) ist eine etablierte Operation zur Straffung des Weichgaumens und Verhinderung der Obstruktion im Bereich des Oro- und Velopharynx bei Patienten mit OSA. Vorbehalte gegenüber der Operation bestehen seitens der Patienten bezüglich der Schmerzhaftigkeit. Wir haben die bei uns angewandte "klassische" UPPP+TE auf die Wirksamkeit und postoperativen Schmerz analysiert.

Methode

Alle Patienten, welche in den Jahren 2016 und 2017 einer UPPP+TE unterzogen wurden erhielten eine Polygraphie (PG) präoperativ sowie 8 Wochen nach Operation zur Bestimmung des Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI). Alle Patienten erhielten eine präoperative Schlafvideoendoskopie zur Identifikation des Obstruktions-Musters der oberen Atemwege. Im stationären Aufenthalt wurde der postoperative Schmerz täglich in Form der visuellen Analogskala (VAS) erhoben.

Ergebnis

Es wurden 15 Patienten im Alter zwischen 26 und 61 Jahren eingeschlossen, davon eine Frau und 14 Männer. Präoperativ wiesen 8/15 einen AHI von $>30/h$ auf. Der durchschnittliche präoperative AHI betrug $39,8/h$. Der durchschnittliche postoperative AHI wurde auf $18,8/h$ gesenkt ($p=0,0044$). Postoperativ wiesen 60% der Patienten einen AHI von nur noch $<15/h$ auf. Der durchschnittliche postoperative Schmerz nach UPPP+TE betrug 1,8 auf der VAS und differierte damit nicht signifikant ($p=0,42$) von den Werten nach alleiniger TE (1,7).

Schlussfolgerung

In unserem Patientenkollektiv sehen wir eine signifikante Verbesserung des AHI durch die UPPP+TE bei Patienten mit OSA. Die Operation wird nicht als schmerzhafter empfunden, als eine TE. Da jedoch nicht alle Patienten eine vollständige Heilung zeigen, bedarf es bei einigen Patienten einer multimodalen Therapie.

Klinische Anatomie des Modiolus anguli oris

C. S. Peeters¹, A. Prescher², W. Angerstein¹

¹Universitätsklinikum Düsseldorf, Selbständiger Funktionsbereich für Phoniatrie und Pädaudiologie, Düsseldorf, Deutschland

²Universitätsklinikum Aachen, Institut für Molekulare und Zelluläre Anatomie, Aachen, Deutschland

Fragestellung Der Modiolus anguli oris spielt in der ästhetischen und rekonstruktiven Chirurgie eine wichtige Rolle, da er zur Feinregulierung der Bewegungen des Mundwinkels benötigt wird und somit nach einer Verletzung oder einer Tumorsektion in diesem Bereich nur noch eingeschränkt funktionsfähig ist. Wir haben uns daher zum Ziel gesetzt, die verschiedenen anatomischen Sichtweisen des Modiolus anhand einer vergleichenden Literaturübersicht bildlich und textlich darzustellen.

Methodik Hierzu wurden 39 verschiedene Literaturquellen (Zeitraum:1879-2016) unter folgenden Aspekten analysiert: 1. Wie lautet die Definition des Modiolus? 2. Wo befindet sich der Modiolus? 3. Welche Gewebearten finden sich im Modiolus? 4. Welche Muskeln strahlen in den Modiolus ein? 5. Welche klinischen Funktionen hat der Modiolus? Die anatomischen Darstellungen des Modiolus wurden auf einem Zeitstrahl chronologisch aufgetragen.

Ergebnisse 1. Der Modiolus ist ein Muskelfaserknoten am Mundwinkel. 2. Er wird ca. 15 mm lateral des Mundwinkels lokalisiert. 3. Meist wird der Modiolus als rein muskuläre Struktur beschrieben, jedoch sind auch tendinöse und bindegewebige Bestandteile gesehen worden. 4. Im wissenschaftlichen Schrifttum ist man sich nicht einig darüber, welche mimischen Muskeln in den Modiolus einstrahlen. Einige Autoren beschreiben sogar die Insertion des Platysma. Der Modiolus fungiert somit als Ort der Insertion, des Ursprungs und der Kreuzung mimischer Muskulatur. 5. Die komplexe, dreidimensionale Motilität des Modiolus ermöglicht fein regulierbare Bewegungen der Lippen- und Mundwinkelregion. Durch seine topographische Assoziation zur Nasolabialfalte spielt er auch bei Alterungsprozessen des Gesichtes eine Rolle.

Schlussfolgerungen Der Modiolus anguli oris ist wichtig für die muskuläre Balance und Feinmotorik des unteren Gesichtes. Bei ästhetischen und rekonstruktiven Eingriffen (z.B. bei Mundwinkelraffungen) sollte er deshalb nicht verletzt oder gar reseziert werden.

Mangelernährung und ihre Parameter bei Palliativpatienten

H. Arki¹, A. Davezac¹, S. K. Büntzel¹, O. Micke², J. Büntzel³

¹Deutschsprachiger Studiengang Humanmedizin, Semmelweis-Universität Budapest, Budapest, Uruguay

²AK „Trace Elements & Electrolytes in Oncology“ (AKTE), Bielefeld, Deutschland

³Klinik für Palliativmedizin, Südharz-Klinikum Nordhausen, Nordhausen, Deutschland

Hintergrund: Obwohl Ernährung bis zum Lebensende ein Thema vieler Patienten darstellt, fehlen uns Daten zum Erkennen einer korrekturbedürftigen Mangelernährung in der Palliativsituation. Hierzu sind neben der Anamnese vor allem messbare klinisch-chemische und biophysikalische Parameter notwendig.

Material und Methode: Im Rahmen einer Pilotphase erfassten wir alle 51 Patienten, die auf der Palliativstation des SHK im Zeitraum 3-2017 bis 4-2017 aufgenommen wurden. Folgende Parameter wurden registriert: Biometrische Daten, BMI, Entlassungsart, Bioimpedanzanalyse (BIA), klinisch-chemische Daten (Protein, Albumin, Spurenelemente, Elektrolyte, Vitamine).

Ergebnisse: Biophysikalisches Zeichen einer Mangelernährung ist ein BIA-Phasenwinkel von $<4,0$. Laborchemisch gilt die Hypoproteinämie als sensitivstes Zeichen. Eine Mangelernährung ist in der Regel mit erniedrigtem Selen (87,5%), Zink (81,2%) und Eisen (71,9%) als essentiellen Spurenelementen einher. Relevante Elektrolytverschiebungen stellen die Hyponatriämie sowie Hypomagnesämie dar. B-Vitamin (B12, Folsäure) wurden in unserem Kollektiv bei $>20\%$ der Patienten bis zur Überversorgung eingenommen.

Fazit: Mangelernährung stellt bei stationären Palliativpatienten ein Problem dar, dass etwa 70% der Patienten betrifft. Sie ist leicht erkennbar aus der Anamnese, dem BIA-Phasenwinkel und dem Gesamteiweiß als charakteristischen Eckdaten. Auswirkungen auf Spurenelemente und Elektrolyte können durch eine effektive Ernährungstherapie gemindert werden.