

Schluckstörung des alten Menschen: Ursachen und Management

*R. Reiter¹, S. Brosch¹, D. Rommel¹

¹HNO-Univ. Klinik Ulm, Sektion Phoniatrie und Pädaudiologie, Ulm, Deutschland

Schlucken ist ein komplexer physiologischer Vorgang. Bei Fehlfunktionen können daraus Dysphagien resultieren, die eine hohe Prävalenz - vor allem bei alten Menschen haben. Wir wollen einen aktuellen Überblick über die Ursache, Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen im Alter geben.

Etwa 10% der über Fünfzigjährigen bzw. ca. 50% aller Patienten in Pflegeheimen leiden an einer sog. Presbyphagie (Altersbedingten Schluckstörung) mit erschwertem Schlucken und Hustenreiz nach der Nahrungsaufnahme. Als ursächlich hierfür ist eine altersbedingte physiologische Degeneration von Neuronen in der Wand des Verdauungstraktes aber auch in der zentralen Innervation zu sehen, die zu einem verzögertem Bolustransport (vor allem in der pharyngealen Phase) mit erhöhter Aspirationsneigung führt.

Aufgrund des hohen Alters liegen zudem häufig Dysphagie begünstigende Komorbiditäten vor. In der Akutphase eines Apoplex tritt in bis zu 81% eine Dysphagie auf, die in bis zu 68% zu einer Aspirationspneumonie führt. Als Pathomechanismus ist die verzögerte Schluckreflexauslösung und Koordination zu nennen. Auch strukturelle Schädigungen der Schluckstraße, wie z.B. ventrale Osteophyten oder ein Zenker-Divertikel können zu einer Dysphagie führen. Medikamente können ebenfalls als Nebenwirkung eine Schluckstörung verursachen. Mögliche Pathomechanismen sind unter anderem eine Xerostomie, verursacht durch z.B. Anticholinergika, Sedativa, Antidepressiva oder Diuretika, und eine Koordinationsstörung des Schluckakts durch Medikamente mit einer zentralnervös dämpfender Wirkung wie z.B. Neuroleptika.

Differenzialdiagnostisch muss auch noch an Malignome oder an eine psychogene Dysphagie gedacht werden. Neben daraus resultierenden Einschränkungen in der Nahrungsaufnahme von bestimmten Konsistenzen können sich auch schwerwiegende Folgen, wie z.B. eine komplette nicht-orale Ernährung über eine PEG ergeben. Eine therapiesteuernde Diagnostik z.B. durch eine flexibel transnasale oder starre Videoendoskopie ist erforderlich, um die geeignete Behandlungsform zu finden, die häufig interdisziplinäre Aspekte beinhaltet.

Psychogene Stimmstörungen

*R. Reiter¹, S. Brosch¹

¹HNO-Univ. Klinik Ulm, Sektion Phoniatrie und Pädaudiologie, Ulm, Deutschland

Einleitung: Bezüglich der Therapie der psychogenen Dysphonie (PD) gibt es eine Reihe von Therapieoptionen, oft ohne Angaben zu Langzeiterfolgen. Ziel unserer Untersuchung war es, epidemische Daten, organische und psychische Symptome sowie Therapieoptionen und deren Erfolg bei Patienten mit einer PD zu erfassen.

Methode: Dazu wurden prospektiv 40 Patienten mit einer PD eingeschlossen. Die Stimme wurde subjektiv und objektiv evaluiert sowie eine Selbsteinschätzung der Stimmqualität mit dem voice handicap index (VHI) vorgenommen. Organische und funktionelle Larynxpathologien wurden mittels Laryngostroboskopie ausgeschlossen. Zusätzlich wurden bei jedem Patient eine detaillierte psychologische Exploration sowie ein „Überrumpelungsmanöver“ bei Erstvorstellung durchgeführt. Allen Patienten wurde eine Psychotherapie oder eine Kombination aus Stimm- und Psychotherapie empfohlen, falls die Rückführung in die stimmhafte Phonation nicht erfolgreich war. Nach einem Intervall von durchschnittlich 16 Monaten seit Erstvorstellung wurde jeder Patient gebeten, einen Fragebogen zur Stimmqualität und zum VHI auszufüllen.

Ergebnisse: Über einen Zeitraum von knapp 2 Jahren wurden die Patienten mit einer PD im Voraus unzureichend mit Stimmtherapie bzw. medikamentös behandelt. Eine psychosomatische Grunderkrankung wie z.B. eine Somatisierungsstörung sowie eine soziale Belastungssituation in den Bereichen Partnerschaft, Arbeit und Gesundheit lagen bei allen Patienten vor, 80% klagten über chronische Schmerzen oder Schlafstörungen.

Eine Psychotherapie oder eine Kombination aus Stimm- und Psychotherapie wurde nur von 37.5% akzeptiert, war jedoch dann bei allen Patienten erfolgreich. Eine alleinige Stimmtherapie zeigte jedoch nur in 12,5% eine Verbesserung der Symptome. Insgesamt kam es bei 70% der Patienten zu einer Verbesserung bzw. Behebung der Stimmprobleme.

Schlußfolgerung: Da sich die Psychotherapie als sehr effektives Verfahren zur Behandlung einer PD herausgestellt hat, andererseits aber nur selten angenommen wird, sollte bei dieser Erkrankung immer nachdrücklich darauf verwiesen werden.

Gelebte Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen

Larynxmanifestation eines Systemischen Lupus Erythematodes

*R. Reiter¹, S. Brosch¹

¹HNO-Univ. Klinik Ulm, Sektion Phoniatrie und Pädaudiologie, Ulm, Deutschland

Einleitung:

Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises wie z.B. ein systemischer Lupus erythematodes (SLE) können zu Stimmlippenveränderungen aufgrund von Rheumaknoten, den sog. „bamboo nodes“ führen. An Therapiekonzepten werden u.a. eine operative Entfernung, eine lokal oder systemische antiinflammatorische Therapie, oder eine Stimmtherapie genannt.

Fallbericht:

Eine 33jährige Industriekauffrau mit einem SLE stellte sich erstmals 09/1995 mit progredienter Heiserkeit und Sprechanstrengung bei „bamboo nodes“ der Stimmlippen vor. Insgesamt hatte sich die Patientin bis 01/2010 bereits 4mal einer lokalen antiinflammatorischen Therapie mit einem Corticoid in örtlicher Betäubung und 2mal einer Knotenexstirpation in Vollnarkose unterzogen.

Die Patientin stellte sich 01/2010 erneut in unserer Sektion vor, da ihre Stimme seit 8 Wochen massiv heiser war. Seit 08/2009 litt sie an einem schweren Schub des bekannten SLE mit laryngoskopisch nachweisbaren Rezidiven (2 typische „bamboo nodes“) in der rechten Stimmlippe. Der auditive perzeptive Stimmeingangsbefund ergab eine massiv heisere Stimme (R3B3H3) mit einem hochgradig gestörten VHI. Nach Rücksprache mit dem behandelnden Rheumatologen wurde die anti-rheumatische Therapie adaptiert (Ciclosporin, Prednisolon, Methotrexat) und die logopädische Therapie weiter fortgesetzt. Erfreulicherweise war es 8 Wochen später zu einer deutlichen Stimmverbesserung mit aktuell belegter, jedoch deutlich tragfähiger Stimme gekommen (R1B1H1). Laryngoskopisch fand sich nun ein unauffälliger Befund mit normalem VHI.

Diskussion/Fazit

Anhand unseres Fallberichtes konnte demonstriert werden, dass die Manifestation eines SLE an den Stimmlippen („bamboo nodes“) zu Heiserkeit führt und nach operativer Intervention (lokale Corticoidapplikation und/oder operative Abtragung) oft zu Rezidiven neigt. Eine Optimierung der systemischen antirheumatischen Therapie in Kombination mit Logopädie kann erfolgsversprechend sein.

Die Ultraschall-Elastographie: Ein neues Verfahren zur Differenzierung zwischen benignen und malignen Halslymphknoten?

*G. Kucajewa¹, P. Jecker¹

¹Klinikum Bad Salzungen, HNO Klinik, Bad Salzungen, Deutschland

Einleitung:

Die Sonographie der Kopf-Hals-Region gilt als Standarduntersuchung, um vergrößerte Lymphknoten zu detektieren. Es gibt verschiedene Kriterien der Graubildsonographie und der Farbduplexsonographie, wodurch zwischen gut- und bösartigen Lymphknoten unterschieden werden kann. Nicht immer treffen diese Kriterien zu, besonders dann, wenn es sich um kleine Lymphknoten handelt. Mit der Elastographie liegt ein neues Verfahren vor, mit dem die Konsistenz des beschallten Gewebes gemessen wird. Unterschiede werden farbkodiert wiedergegeben. Für andere Organe (Schilddrüse, Prostata) liegen inzwischen sehr gute Daten vor, die den Nutzen dieser Technik bestätigen. Unklar ist, ob sich ähnliches auch für die Lymphknotenultraschalluntersuchung im Kopf-Hals-Bereich aussagen lässt.

Methode:

Es wurden ausschließlich Patienten der eigenen Klinik untersucht, die unter vergrößerten Halslymphknoten litten. Ursächlich lagen chronische Lymphadenopathien, akute Lymphknotenentzündungen, Lymphknotenmetastasen und maligne Lymphome vor. Bei sämtlichen Patienten wurde zunächst eine Graubildsonographie durchgeführt und anschließend eine Farbduplexsonographie, um das Vaskularisationsmuster zu detektieren. Dann wurde die Ultraschall-Elastographie in der Art und Weise durchgeführt, dass der pathologisch vergrößerte Lymphknoten mit einem Referenzorgan des Halses dargestellt (Muskulatur) wurde. Es wurde anschließend das elastographische Verteilungsmuster beurteilt, die Härte des Knoten beurteilt und das Verhältnis der Härte zum Referenzorgan.

Ergebnis:

Erste Ergebnisse zeigen, dass eine derbe Konsistenz von metastatischen Lymphknoten durch die Elastographie erkannt werden kann. Dies steht im Gegensatz zu den gutartig vergrößerten Lymphknoten. Des Weiteren ließen sich bei den Metastasen auch typische Verteilungsmuster des Härtegrades darstellen.

Diskussion:

Neben den B-Scan-Kriterien und den Farbduplexkriterien scheint mit der Sonoelastographie jetzt ein zusätzliches Verfahren vorzuliegen, mit dem es möglich ist, benigne von malignen Lymphknoten zu differenzieren. Inwiefern dieses Kriterium allerdings geeignet ist, die diagnostische Sensitivität und Spezifität zu verbessern, müssen weitere Untersuchungen an größeren Patientenzahlen zeigen.

Die isolierte laryngeale Sarkoidose

*R. Müller¹

¹Univ.-HNO-Klinik Dresden, Dresden, Deutschland

Hintergrund: Die Sarkoidose ist eine systemische Erkrankung des Bindegewebes mit Granulombildung. Die Ursache ist unbekannt. Von der Erkrankung betroffen sind am häufigsten Lymphknoten, Lunge, Leber, Milz, Augen, Knochen und Zentralnervensystem. Der Kehlkopf ist nur bei 0,5 bis 1,4 % der Sarkoidosepatienten betroffen. Die isolierte laryngeale Sarkoidose ohne Systembeteiligung ist noch seltener.

Fallbericht: Eine 32jährige Patientin gab wiederholte Behandlungen wegen Globusgefühl, Dysphagie und Dyspnoe an. Unter Prednisolon trat stets eine Besserung der Symptomatik bei festgestelltem supraglottischen Ödem ein.

Die phoniatische Untersuchung des Kehlkopfes zeigte eine teigige Verdickung der Supraglottis, insbesondere der Arytaenoidregion. Die histopathologische Untersuchung einer entnommenen Gewebeprobe ergab eine mäßiggradige Entzündung mit epitheloiden Granulomen ohne Nekrosen. Das Ergebnis war vereinbar mit einer Sarkoidose. In der weiteren Diagnostik wurden eine Systembeteiligung und ein Morbus Wegener ausgeschlossen. Unter Prednisolontherapie wurde Beschwerdefreiheit erzielt.

Schlussfolgerung: Als mögliche Differenzialdiagnose einer ödematös-teigigen Schwellung im Larynxbereich sollte auch an eine Sarkoidose gedacht werden.

Sodbrennen und Laryngitis posterior sind keine eindeutigen Symptome bzw. Befunde zur Diagnostik der extraösophagealen Refluxerkrankung

*L. Chocholouskova¹, P. Jecker¹

¹Klinikum Bad Salzungen, HNO, Bad Salzungen, Deutschland

Einleitung:

Es ist bekannt, dass zahlreiche unspezifische Symptome aus der täglichen HNO-ärztlichen Praxis mit dem extraösophagealen Reflux zusammenhängen können. Eine Bestimmung des extraösophagealen Reflux kann mit der 24-h-pH-Metrie erfolgen, allerdings ist diese Methodik auf Grund verschiedener und nicht weiter zu erläuternder Umstände nicht überall verbreitet. In der Praxis wird häufig versucht, die Diagnose anhand von Symptomen bzw. Befunden wie dem Sodbrennen oder der Laryngitis posterior festzumachen.

Material und Methoden:

Insgesamt wurden 154 Patienten mit verschiedenen unspezifischen Symptomen aus der eigenen Klinik sowie 39 Kontrollpersonen mit der 2-Kanal-pH-Metrie untersucht. Dabei wurde ausgewertet, inwiefern die Patienten mit verschiedenen unspezifischen Symptomen (Reizhusten, Globus, Räuspern) unter einer extraösophagealen Refluxerkrankung im Vergleich zur Kontrollgruppe litten. Des Weiteren wurde untersucht, ob das Symptom Sodbrennen bei dem Patienten bzw. der Befund der Laryngitis posterior gehäuft mit dem Nachweis eines extraösophagealen Reflux korreliert.

Ergebnisse:

Bei all den unspezifischen Symptomen zeigte sich, dass sämtliche bestimmte Parameter für den extraösophagealen Reflux als auch der DeMeester-Score (gastroösophagealer Reflux) bei den Patienten signifikant höher lagen als den Probanden. Keine signifikanten Unterschiede konnten gefunden werden zwischen Patienten die unter dem Symptom Sodbrennen litten verglichen mit den Patienten die sehr wohl unter Sodbrennen litten. Ein ähnliches Resultat ergab sich für den Befund der Laryngitis posterior.

Diskussion:

Die Resultate zeigen, dass weder das Symptom Sodbrennen noch der Befund der Laryngitis posterior dazu geeignet ist, eine extraösophageale Refluxerkrankung mit auseichender Sicherheit zu diagnostizieren. Zur Planung eines adäquaten Therapieregimes ist es vielmehr notwendig, entsprechende Untersuchungen wie bspw. eine pH-Metrie durchzuführen.

Der ältere Patient als Herausforderung

Etablierung einer differenzierten Cochlear Implant Versorgung im ländlichen Raum unter besonderer Berücksichtigung des älteren Menschen.

*P.R. Issing¹, M. Spreng¹, T. Köhler¹, A. Alzahr¹, T. Reiter¹, J.J. Hammersen¹

¹Klinikum Bad Hersfeld, Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf-, Hals- und Plastische Gesichtschirurgie, Bad Hersfeld, Deutschland

Fragestellung:

Einleitung:

Seit etwa einem Vierteljahrhundert steht die Versorgung ertaubter Patienten mit einem Cochlear Implant (CI) zur Verfügung und ist damit längst zu einem Routineeingriff geworden. Durch die technische Weiterentwicklung stehen inzwischen verschiedenste Systeme zur Verfügung, die ein weites Spektrum der Differenzialindikation aufweisen.

Durch den demografischen Wandel kommt es zu einer Überalterung der Bevölkerung, die auch für das Gesundheitswesen eine Herausforderung darstellt. Dazu kommt, dass sich gerade im strukturschwachen ländlichen Raum die Betroffenen unter anderem auch mit logistischen Schwierigkeiten konfrontiert sehen.

Material und Methoden:

Evaluation der Therapieergebnisse und Komplikationen bei Patienten, die in Bad Hersfeld zwischen 2003 und 2012 mit einem CI versorgt wurden. Untersuchung der Struktur- und Ergebnisqualität der CI-Versorgung im außeruniversitären Bereich.

Ergebnisse:

Es wurden 126 Patienten mit einem CI versorgt, davon erfolgte bei 23 eine bilaterale Operation. Somit ergaben sich insgesamt 153 Implantationen. Der jüngste Patient war zum Zeitpunkt der Operation 1 Jahr alt, der älteste 88. Alle uns bekannten Patienten nutzen ihr CI jeden Tag und haben sehr positive Erfahrungen damit gemacht. Neben der üblichen Indikation einer funktionellen Taubheit wurden auch komplexere Fälle mit Innenohrdysplasien, simultaner chronischer Mittelohrentzündung, Resthörigkeit und unilateraler Taubheit versorgt.

Insgesamt traten im Beobachtungszeitraum keine Infektionen postoperativ auf. Eine Fazialisparese war nicht zu verzeichnen. Eine Elektrodenfehlage bei einer Patientin mit Innenohrdysplasie konnte operativ erfolgreich revidiert werden. Gerade die Behandlungsergebnisse der älteren Menschen zeigen kein schlechteres Resultat im Vergleich zu den jüngeren. Trotz der meist bestehenden Komorbidität ist das Verfahren wenig belastbar.

Schlussfolgerung:

Die Ergebnisse zeigen, dass eine erfolgreiche und qualitativ hochwertige Versorgung von ertaubten Patienten mit einem Cochlear Implant auch in nicht universitären Einrichtungen möglich ist. Die Betroffenen schätzen zum einen die wohnortnahe Versorgung und zum anderen die individuelle Betreuung, die vor allem von den älteren Patienten dankbar angenommen wird. Dies setzt jedoch ein eingespieltes, multiprofessionelles Team voraus.

Schluckstörungen nach Kehlkopfteilresektion: Auftrittshäufigkeit und Prädiktoren

*A. Meyer^{1,2}, A. Dietz³, E. Meister⁴, D. Wollbrück¹, H. Danker⁵, A. Sandner⁶, J. Oeken⁷, W. Völkel⁸, E. Brähler¹, S. Singer¹

¹Universität Leipzig, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

²McGill University, Counselling Psychology, Montreal, Deutschland

³Universität Leipzig, Klinik für HNO-Heilkunde, Leipzig, Deutschland

⁴Städtisches Klinikum Skt. Georg Leipzig, Klinik für HNO-Heilkunde, Leipzig, Deutschland

⁵Universität Leipzig, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leipzig, Deutschland

⁶Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Klinik für HNO-Heilkunde, Halle, Deutschland

⁷Krankenhaus Flemmingstr., Klinik für HNO-Heilkunde, Chemnitz, Deutschland

⁸Krankenhaus Friedrichstr., Klinik für HNO-Heilkunde, Dresden, Deutschland

Hintergrund.

Durch verbesserte Operationstechniken bei den Kopf-Hals-Tumoren kann der Kehlkopf heute oft in relevanten Teilen erhalten bleiben, bei jedoch teilweise eingeschränkter Schluckfunktion. Die Studie untersucht Ausprägung und Prädiktoren von Schluckstörungen nach Kehlkopfteilresektion.

Patienten und Methoden.

In einer multizentrischen Querschnittsstudie (N=154) wurde bei kehlkopfteilresezierten Patienten die Auftrittshäufigkeit von Schluckstörungen und Problemen beim Essen und Trinken erhoben. Zusätzlich wurden soziodemografische, krankheits- und behandlungsbezogene Daten sowie Alkohol- und Nikotinkonsum erfasst.

Ergebnisse.

80% der Studienteilnehmer haben keine Probleme mit dem Schlucken, dem Essen und dem Trinken. Die Wahrscheinlichkeit von Schluckstörungen ist signifikant niedriger nach Laseroperationen (OR=0.12; 95% CI: 0.04-0.37; p<0.01), wenn die Operation länger zurückliegt (OR=0.89; 95% CI: 0.75-0.99; p<0.03) und wenn die Patienten nicht rauchen (OR=3.39; 95% CI: 1.29-8.94; p<0.02). Der Bias bezüglich der Anzahl und der Art der medizinischen Behandlungen (Operation, Bestrahlung) und des vorliegenden Tumorstadiums wird diskutiert.

Schlussfolgerung.

Postoperatives Rauchen steht mit Schluckstörungen in Zusammenhang und sollte daher in Arzt- und Therapeutengesprächen thematisiert werden.

Stimmrehabilitation im ersten Jahr nach Laryngektomie

*A. Meyer^{1,2}, A. Dietz³, J. Schock⁴, F. Pabst⁵, H.-J. Vogel⁶, J. Oeken⁷, A. Sandner⁸, S. Koscielny⁹, E. Meister¹⁰, K. Breitenstein¹¹, M. Fuchs³, S. Meuret³, S. Singer¹

¹Universität Leipzig, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

²McGill University, Counselling Psychology, Montreal, Deutschland

³Universität Leipzig, Klinik für HNO-Heilkunde, Leipzig, Deutschland

⁴Krankenhaus Martha-Maria, Klinik für HNO-Heilkunde, Halle, Deutschland

⁵Krankenhaus Friedrichstr., Klinik für HNO-Heilkunde, Dresden, Deutschland

⁶Elblandkliniken Riesa-Großenhain, Klinik für HNO-Heilkunde, Riesa, Deutschland

⁷Krankenhaus Flemmingstr., Klinik für HNO-Heilkunde, Chemnitz, Deutschland

⁸Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Klinik für HNO-Heilkunde, Halle, Deutschland

⁹Friedrich-Schiller-Universität Jena, Klinik für HNO-Heilkunde, Jena, Deutschland

¹⁰Städtisches Klinikum Skt. Georg Leipzig, Klinik für HNO-Heilkunde, Leipzig, Deutschland

¹¹HELIOS Klinikum Erfurt, Klinik für HNO-Heilkunde, Erfurt, Deutschland

Fragestellung: Wie gestaltet sich die Stimmrehabilitation nach Laryngektomie (LE) in Mitteldeutschland?

Methoden: In einer multizentrischen prospektiven Studie wurde der Verlauf der Stimmrehabilitation bei 225 Laryngektomierten untersucht. Die Verständlichkeit der Ersatzstimme wurde 6 und 12 Monate nach LE objektiv gemessen (mit dem Post-Laryngektomie-Telefonverständlichkeits-Test, PLTT) und subjektiv von den Betroffenen eingeschätzt (mit dem Fragebogen zur Psychosozialen Anpassung nach Laryngektomie, FPAL).

Ergebnisse: Objektive (23.4 zu 47.5 Punkten, $P < 0.0001$) und subjektive (51.6 zu 64.7 Punkten, $P < 0.0001$) Sprechverständlichkeit verbessern sich zwischen 6 Monaten und einem Jahr nach LE. Die größte Verbesserung zeigte sich bei Patienten, die die Ruktusstimme im Alltag häufig verwendeten. Nutzer von Stimmprothesen hatten insgesamt die besten Stimmresultate. 12% der Patienten, die anfänglich eine Stimmprothese nutzen, verwendeten diese jedoch nicht mehr ein Jahr nach LE. Diejenigen Patienten, die eine ambulante oder stationäre Rehabilitation in Anspruch genommen hatten, sprachen objektiv gemessen besser als Patienten, die keine Rehabilitationsmaßnahmen nutzten. Allerdings zeigte sich dieser Unterschied nicht in der subjektiv eingeschätzten Sprechverständlichkeit.

Diskussion: Die Sprechverständlichkeit verbessert sich noch einmal deutlich im zweiten Halbjahr nach einer LE, vor allem bei Ruktussprechern. Obwohl die Verständlichkeit bei Prothesennutzern am höchsten ist, werden Prothesen bei einem nicht zu vernachlässigenden Anteil von Patienten wieder entfernt. Die Gründe hierfür sind sowohl medizinische Indikationen als auch Patientenwünsche. Dies sollte auch im präoperativen Aufklärungsprozess Berücksichtigung finden. Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen führt zu einer besseren Sprechverständlichkeit.

Kontrastmittelverstärkung in ex vivo Laryngektomiepräparaten im flat-panel Volumen CT

*T. Kroll¹, M. Obert², T. Dreyer³, S.J. Sharma¹, C. Wittekindt¹, J.P. Klußmann¹

¹Universitätsklinik, HNO, Gießen, Deutschland

²Universitätsklinik, Neuroradiologie, Gießen, Deutschland

³Universitätsklinik, Pathologie, Gießen, Deutschland

Einleitung:Die Beurteilung der Knorpelinfiltration bei Larynxkarzinomen ist ein wichtiges Kriterium im Rahmen des Tumorstaging. Präoperativ werden in der klinischen Routine CT- oder MRT-Bildgebungen angefertigt. Die Beurteilung der Knorpelinfiltration ist bei beiden Untersuchungsmethoden wenig sensitiv und spezifisch. Eine postoperative Bildgebung in einem flat-panel Volumen CT (VCT) nach Kontrastmitteldiffusion in Laryngektomiepräparate kann möglicherweise zu einer verbesserten Beurteilung der Knorpelinfiltration führen.

Material und Methoden:Drei Laryngektomiepräparate wurden umgehend nach der Resektion in einem VCT gescannt. Anschließend wurde jedes Präparat in einem unterschiedlichen Kontrastmittel für 48 Stunden inkubiert und jeweils nach 24 und 48 Stunden erneut gescannt. Die angefertigten Bilder wurden auf eine veränderte Kontrastmittelaufnahme und einer dadurch verbesserten Visualisierung der Knorpelinfiltration durch den Tumor untersucht.

Ergebnisse:Alle Laryngektomiepräparate zeigten unabhängig von dem verwendeten Kontrastmittel nach 24 und 48 Stunden Diffusionszeit eine verbesserte Visualisierung der Knorpelinfiltration durch das Larynxkarzinom gegenüber den nativen Scans aus dem VCT, als auch den präoperativ angefertigten CT-Scans. Die verbesserte Visualisierung korrelierte mit der histologischen Aufarbeitung der Präparate.

Schlussfolgerung:Eine verbesserte Visualisierung der Knorpelinfiltration nach Kontrastmitteldiffusion und der Anfertigung eines flat-panel Volumen CT erscheint möglich. Tumorgrenzen bei Larynxteilresektionen könnten in Zukunft hierdurch optimiert dargestellt werden. Aufgrund der guten Korrelation mit einer histologisch nachgewiesenen Knorpelinfiltration ist ein gezieltes Aufarbeiten der Präparate möglich.

Gelebte Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen

Behandlung von Fisteln der Trachea und Stenosen des Hypopharynx nach Operation und Radiatio - Eine interdisziplinäre Herausforderung

*U. Kurze¹, D. Eßer¹, J.-G. Scharf²

¹HELIOS Klinikum Erfurt, Klinik für HNO - Plastische Operationen, ERFURT, Deutschland

²Helios Klinikum Erfurt, Gastroenterologie, Erfurt, Deutschland

Trachea und Ösophagus stellen relativ schnell aufgrund der Anatomie Grenzen unseres Fachgebietes dar. Die Zusammenarbeit mit den angrenzenden Fachgebieten sollte deshalb für die Optimierung der Patientenbehandlung eine Selbstverständlichkeit darstellen.

Zwei Fallbeispiele und das chirurgische Vorgehen werden im Vortrag dargestellt.

Fall 1: Tracheoösophageale Fistel nach Pneumektomie und nachfolgender Radiatio und Chemotherapie bei Bronchialkarzinom: Nach ösophagotrachealer Fisteldarstellung 30 cm aboral erfolgen Therapieversuche mit OTSC-Clips und einem Doppelschirm-Device, das sonst zum Verschluss von Vorhofseptumdefekten benutzt wird. Nach anfänglicher Suffizienz zeigt sich im Verlauf der Ösophagoskopie - Kontrolle eine Dislokation, ein thoraxchirurgischer Verschluss verlief frustan.

Fall 2: Verschluss des Hypopharynx nach Resektion eines Oropharynxkarzinoms und temporärer Unterkieferdurchtrennung sowie Defektdeckung mit einem Radialislappen: Die Pharyngoskopie nach Radiatio und Chemotherapie zeigte eine vollständige Obstruktion im Hypopharynx. Eine retrograde/anterograde Darstellung der Stenose unter Durchleuchtung machte eine sichere Rekanalisation möglich. Nachfolgende rezidivierende Bougierungen konnten den Speiseweg offen halten.

Bereit für aussergewöhnliche Therapiewege und unter Nutzung aller technischen fachübergreifenden Möglichkeiten gelingen durch die Kooperation der einzelnen Fachkompetenzen scheinbar unlösbare Aufgaben - wenn auch gelegentlich nur Teilerfolge mit dem Ziel der Steigerung der Lebensqualität erreicht werden können.

Neue Aspekte in ästhetisch-rekonstruktive Rhinoplastik

*S. Tresselt¹

¹Klinikum Bad Salzungen, HNO Klinik, Bad Salzungen, Deutschland

Die ästhetisch rekonstruktive Rhinoplastik hat sich in den letzten Jahren als besondere Kombination der nasalen Rekonstruktion und der kosmetischen Rhinoplastik entwickelt. Die Patienten, die diesen Typ von Chirurgie benötigen, sind meist solche mit behinderter Nasenatmung und nicht befriedigender Form der äußeren Nase, welche durch schwere Trauma oder eine primäre Rhinoplastik entstanden ist. Eine Kompositrekonstruktion (Daniel 2006,2007) entsteht durch Bildung von tieferer strukturaler L-förmiger Septumschicht, unterstützt und erweitert mit spreader grafts oder flaps und stabilisiert durch septal strut. Dieses tiefere Skelett verhindert die Entwicklung einer Sattelnase und den Kollaps des inneren Klappenbereichs, welcher oft beschädigt ist. Die zweite und überdeckende ästhetische Schicht wird zusätzlich gebildet, um die äußeren Konturen zu verfeinern. Meist wird bei der Kolumelarekonstruktion autogener Rippenknorpel oder Conchasendwichgraft benutzt. Die Modellierung von Rückenkonturen wird am Besten mit DC-F (diced cartilage-fascia) Graft erreicht. Entweder wird die Entnahme von fascia aus dem m.temporalis durchgeführt, oder es wird aus Tutoplast fascia lata vorbereitet. In der HNO Klinik Bad Salzungen werden seit 5 Jahren offene und geschlossene Rhinoplastiken durchgeführt. Der Operationserfolg ist extrem von einer adäquaten Patientenaufklärung und einer richtigen Indikation abhängig. Die ästhetisch- rekonstruktive Rhinoplastik stellt für uns die höchste Herausforderung im Verständnis von Anatomie und Physiologie der Nase dar.

Gelebte Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen

Die oberen Atemwege - ein gemeinsames Betätigungsfeld von HNO-Arzt und Anästhesist

*A. Müller¹

¹SRH Wald-Klinikum Gera, Klinik für HNO-Heilkunde/Plastische Operationen, Gera, Deutschland

Angesichts des bekanntermaßen erhöhten Risikos erschwerter Intubationen bei Kopf-Halstumoren, Halsabszessen und postoperativen Hämatomen ist der mit der Atemwegssicherung erfahrene HNO-Arzt Partner und gern gesehener Helfer des Anästhesisten. Durch frühzeitiges Erkennen einer erschwerten Intubation können unerwartet erschwerte Intubationen vermieden, Intubationshilfsmittel bereit gestellt und Stress vermieden werden. Zugleich kann durch den HNO-Arzt die invasive Atemwegssicherung durch Koniotomie oder Tracheotomie sichergestellt werden.

Die Behandlung laryngotrachealer Stenosen erfordert ein Hand-in-Hand arbeiten von Operateur und Anästhesisten. Prätherapeutische Absprachen zur Beatmungsform, zu Ventilationsalternativen bei Komplikationen und zum Wechsel des Beatmungsverfahrens in Abhängigkeit des Operationsschrittes schaffen Sicherheit für den Patienten und erleichtern die Vorbereitung und Durchführung des Eingriffs. Auf den Stellenwert der Jet-Ventilation, der Larynxmaskenbeatmung und der starren Endoskopie wird anhand von Fallbeispielen eingegangen. Die Einbeziehung des Thoraxchirurgen in die Trachealstenosenchirurgie erweitert die therapeutischen Möglichkeiten und hat sich in unserem Hause sehr bewährt.

Atemwegschirurgie ist ein Beispiel gelebter Zusammenarbeit über Fachgebietsgrenzen hinaus.

Gelebte Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen

Erfahrungen mit der 3D-Endoskopie in der transnasalen Schädelbasischirurgie

*G. Kellner¹, R. Gerlach², D. Eßer¹, S. Rosahl²

¹HELIOS Klinikum, HNO Klinik, Erfurt, Deutschland

²HELIOS Klinikum, Neurochirurgie, Erfurt, Deutschland

Wir berichten über erste Erfahrungen mit der 3D-Endoskopie in der transnasalen, endoskopischen Schädelbasischirurgie. Ein solches System befindet sich zwischen 10 und 11/2011 und seit 02/2012 im Einsatz in Kooperation der Kliniken für Neurochirurgie und HNO Heilkunde des HELIOS Klinikums Erfurt. Bisher wurden 19 Patienten mit Hilfe dieses Systems operiert. In keinem Fall war eine Konversion zum 2D-System erforderlich. Es traten keine Komplikationen auf. Die Ausleuchtung des OP Feldes und die Detailgenauigkeit waren dem 2D HD-System ebenbürtig. Die räumliche Wahrnehmung war dem 2D-System deutlich überlegen. Subjektive Beeinträchtigungen zum Beispiel durch die Brille waren gering. Weiterer Entwicklungsbedarf besteht.

Gelebte Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen

Interdisziplinäre Schwindeldiagnostik oder Vom Wert der klinischen Untersuchung

*S. Bernard^{1,2}, P.R. Issing¹, J.J. Hammersen¹

¹Klinikum Bad Hersfeld GmbH, Klinik für HNO-Heilkunde, Bad Hersfeld, Deutschland

², Deutschland

Einleitung:

Schwindel ist ein häufiges Krankheitsbild sowohl in der Neurologie als auch in der HNO-Heilkunde. Regelmäßig müssen beide Fachdisziplinen zusammenarbeiten, um eine adäquate Therapie etablieren zu können. Wie wichtig eine gute Zusammenarbeit auch zur Diagnosefindung sein kann, zeigt folgender Fall.

Kasuistik:

Eine 38-jährige Patientin stellte sich mit einer seit 3 Tagen bestehenden Schwankschwindelsymptomatik mit Übelkeit ohne Erbrechen vor. Zusätzlich lagen eine subjektive Hörminderung, ein Summgeräusch sowie parietale Kopfschmerzen beidseits vor.

Primär neurologisch gesehen, wurde eine akute intracerebrale Pathologie (Blutung, Ischämie) vor der abschließenden klinischen Untersuchung zuvor durch eine Computertomographie ausgeschlossen.

Ohrmikroskopisch und auch computertomographisch fand sich schließlich beidseits massiv Cerumen obturans, das links komplett, rechts teilweise entfernt wurde. Daraufhin waren Schwindel Hörminderung, Ohrgeräusch und Schmerzen bds. komplett rückläufig, woraufhin keine weitere Diagnostik oder Therapie erforderlich war. Die Restentfernung rechts erfolgte nach Aufweichen mit Wasserstoffperoxid 2 Tage später.

Schlussfolgerung:

Fabula docet: Auch im Zeitalter der modernen bildgebenden Diagnostik empfiehlt sich eine symptomorientierte klinische Untersuchung, die nahtlos - wie in unserem Fall - zur kausalen Therapie führen kann.

Gelebte Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen

Klinisch oculte Fraktur des Processus condylaris des Unterkiefers beidseits

*H. Losenhausen¹, P.R. Issing¹

¹Klinikum Bad Hersfeld, HNO, Bad Hersfeld, Deutschland

Einleitung:

Frakturen des Processus condylaris des Unterkiefers entstehen in der Regel durch indirekte Krafteinwirkung. Durch Fortleitung der Kraftvektoren kommt es zu ossären Spannungen mit Bruch am Ort der geringsten Stabilität, d. h. am Unterkiefer am Kiefergelenksfortsatz. Bereits die sorgfältige Erhebung der Trauma- Anamnese sowie die klinisch kritische Untersuchung liefern erste Hinweise auf das Vorliegen einer solchen Fraktur. Wie sollte man jedoch bei fehlenden Symptomen vorgehen?

Material und Methoden:

Anhand eines Falles eines 5 jährigen Mädchens soll die Wertigkeit der Computertomographie beim Ausschluss einer Unterkieferfraktur verdeutlicht werden. Die Patientin wurde uns, nach unfallchirurgischer Erstsichtung, nach einem Fahrradsturz vorgestellt. Schmerzen gab die kleine Patientin nicht an, lediglich eine kurzzeitige Blutung aus beiden Gehörgängen. Eine Taubheit oder Schwindel wurden verneint. Die Durchführung einer Bildgebung seitens der Unfallchirurgie wurde abgelehnt.

Ergebnisse:

Im Spiegelbefund fand sich eine kleine Verletzung am Gehörgansboden beiderseits. Eine Kieferklemme, Impressionen, Mundhöhlenverletzungen oder ein Aufbisschmerz lagen nicht vor. Das Kinn wies eine korrekturbedürftige horizontale Verletzung auf. Der weitere hno- ärztliche Spiegelbefund war unauffällig. Trotz der fehlenden Symptomatik entschlossen wir uns, wegen des typischen Traumas und der Gehörgangsblutung, zur Durchführung einer CT- Bildgebung auch gegen den Willen der Kinderärzte. Hierbei wurde eine beiderseitige Fraktur des Processus condylaris festgestellt.

Diskussion:

Gerade bei Kindern können die Frakturen des Processus condylaris leicht übersehen werden, zum einen weil sie sich nicht mitteilen können und zum anderen, weil initial die klinischen Symptome sehr dezent sein können und das körperliche Empfinden nur wenig gestört sein kann. Gerade bei diesen jungen Patientenklitel sind jedoch die Auswirkungen einer übersehenen Fraktur am schwerwiegensten. Die Notwendigkeit einer Bildgebung sollte in jedem Fall eng gestellt werden, jedoch sollten die Synopsis der Anamnese, Symptomatik und klinischen Befunde zur Entscheidungsfindung Berücksichtigung finden.

Gelebte Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen

Das Akustikusneurinom ein interdisziplinär zu behandelnder Tumor der Schädelbasis

*M. Weisfeld¹, R. Behr², H. Füssler², K. Schwager¹, E. Hofmann³

¹Klinikum Fulda, HNO, Fulda, Deutschland

²Klinikum Fulda, Klinik für Neurochirurgie, Fulda, Deutschland

³Klinikum Fulda, Neuroradiologie, Fulda

Die Versorgung von Patienten mit einem Akustikusneurinom, besser Vestibularisschwanom, hat in den letzten Jahrzehnten eine deutliche Wandlung erfahren. Während anfänglich eine stete chirurgische Intervention im Vordergrund stand, ermöglichen nun die moderne bildgebende Verfahren, insbesondere die kontrastmittelgestützte Magnetresonanztomografie, mit sehr großer Sensitivität und Spezifität ein differenziertes Vorgehen: Je nach Lage, Größe und vor allem Wachstumstendenz kann vor dem Hintergrund der Symptome und des Alters entweder ein Abwarten und Beobachten oder ein invasives Vorgehen dem Patienten vorgeschlagen werden. Vorrangiges Ziel aller Bemühungen ist der Funktionserhalt der Hirnnerven V, VII und VIII der betroffenen Seite. Im Falle einer chirurgischen Verkleinerung des Akustikusneurinoms hat sich die enge Zusammenarbeit zwischen Otologen (transtemporaler Zugang, selten translabyrinthär) und Neurochirurgen (subokzipitaler Zugang) entsprechend dem von Helms in Mainz und Würzburg etablierten Konzept bewährt. Dieses wird in Fulda fortgeführt, wobei hier noch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einer potenten Neuroradiologie die Behandlungserfolge erst ermöglicht.

Der erste klinische Einsatz einer dynamischen (Nach-)Registrierung für die Navigation in der FESS (Dynamic Registration Supply, DRS)

*S. Schaller¹

¹IRDC, Chirurgie, Leipzig, Deutschland

Problemstellung: Die Idee des Dynamic Registration Supply (DRS) besteht darin, mit Hilfe einer automatischen, kontinuierlichen intraoperativen Registrierung die Registrierengenauigkeit zu verbessern. Unter bestimmten Bedingungen passt das Navigationssystem die bestehende Registrierung geringfügig an. Es resultiert eine globale automatische Nachregistrierung während der Operation.

Material und Methoden: Als Navigationssystem wurde das optoelektrische Navigationssystem Navigation Panel Unit, vs. 4.0.0 mit der Erweiterung der Funktionalität DRS verwendet. Die Untersuchungen erfolgten an 95 Patienten mit einer sog. Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS). Die Daten einer entsprechenden Kontrollgruppe mit 50 Patienten standen zur Verfügung. Das Messprotokoll umfasste über 20 Parameter.

Ergebnisse: DRS wurde bei 85 von 95 (89,5%) Eingriffen mindestens einmal während der Prozedur aktiviert. In der Häufigkeit der Instrumentennavigation zeigt sich zwischen den Gruppen mit und ohne DRS kein nennenswerter Unterschied. Die dafür benötigte Zeit nahm um etwa 15% auf kumuliert 189 Sekunden pro Einsatz zu. Am häufigsten war das Einsetzen der automatischen Nachregistrierung beim Einsatz des Pointers in der Region des Keilbeinhöhhlendaches zu verzeichnen. In allen Regionen wurde das Resultat der Nachregistrierung positiv eingeschätzt. Von 95 Befragungen gaben die Operateure in 75 Fällen (79%) an, dass DRS die optische Instrumentennavigation genauer gemacht hat. Als störend wurde die Funktion in einem von 93 Fällen (1 %) empfunden.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen nahe, dass mit Hilfe der automatischen intraoperativen Registrierung (DRS) eine bestehende Ungenauigkeit reduziert werden kann. Für die Praxis bedeutet dies eine effiziente Verbesserung der Qualität der Instrumentennavigation ohne nennenswerten Aufwand oder negativer Beeinflussung des OP-Ablaufes.

Office1 - Ein integrierter Untersuchungsraum für die HNO-Heilkunde

*I. Gollnick¹

¹IRDC, Centre Managerin, Leipzig, Deutschland

Einleitung Die Weiterentwicklung der HNO-Operationssysteme mit den Möglichkeiten der Navigation, Festlegung von Risiko-strukturen im Navigationsdatensatz, der Verfügbarkeit von OP-Bildern und Videos und die vollelektronische Patienten-dokumentation erfordern eine neuartige Untersuchungs-umgebung. Für einen neu entwickelten Arbeitsplatz werden folgende Hypothesen aufgestellt: 1) Er erlaubt zusätzliche, sinnvolle Funktionen. 2) Er erfordert zur Nutzung der Funktionalitäten relativ weniger Interaktionen 3) Er ist in seiner Anwendung effizient.

Material & Methoden Ein konventionelles Möbelsystem für HNO-Untersuchungsräume wurde um zahlreiche Hardware, Software und Medizingeräte ergänzt. Neue Funktionalitäten umfassen die Möglichkeit der Planung in Navigations-datensätzen vor Nasennebenhöhlen-Operationen, die Live-Schaltung zwischen einem entfernten Untersuchungsort und der Praxis des HNO-Facharztes. Im Zeitraum vom 01.01.- 31.07.2010 wurden Untersuchungs-abläufe an insgesamt 560 Patienten mit typischen HNO-Erkrankungen analysiert. Die objektivierbaren Nutzen- und Kostenparameter wurden protokolliert und mit einer Kontrollgruppe einer konventionellen Untersuchungseinheit verglichen.

Ergebnisse Die Analyse zeigt einen tendenziellen Rückgang der benötigten Slot-Zeit von durchschnittlich 7%. Dabei stieg die Zeit der eigentlichen Untersuchung um 10%. Die Zeit zur Dokumentation der Befunde ging um über 50% zurück. In allen Fällen von Operationen mit Navigationsunterstützung fand die Planung im Voraus statt. Die Zeiten für Kommunikation mit dem Patienten und gemeinsamer Planung stiegen signifikant an. Die notwendigen Zeiten für Zweitermine sanken deutlich.

Schlussfolgerungen Das System erfüllt in der ersten Prototypenversion die klinischen Erwartungen. Dabei werden alle Hypothesen bestätigt. Die integrierte Untersuchungseinheit verlagert chirurgische Vorbereitungsschritte aus dem OP in die konservative Behandlungsumgebung. Besonders hervorzuheben ist das gemeinsam genutzte PACS, das ein Speichern der Resektionsgrenzen für die Distance Control und Navigated Control erlaubt. Gegenüber einer konventionellen Einheit steigt die Slot-Zeit nicht, es kann also von einer effizienten Nutzung der zusätzlichen Funktionen der integrierten Einheit ausgegangen werden.

Gelebte Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen

Chondrosarkom der Rhinobasis

*H. Tebben¹, J.J. Hammersen¹, P.R. Issing¹

¹Klinikum Bad Hersfeld GmbH, HNO, Bad Hersfeld, Deutschland

Einleitung:

Das Chondrosarkom gehört zu den seltenen Tumoren der Nasennebenhöhlen und der Rhinobasis. Aufgrund des langsamen Wachstums kommt es meist nur schleichend zur Ausbildung einer Symptomatik, welche in der Folge die Vorstellung beim Hals-Nasen-Ohren Arzt bedingt.

Kasuistik:

In unserer Ambulanz stellte sich ein 29 jähriger Mann mit seit 1 ½ Jahren rezidivierenden frontalen Cephalgien nach stattgehabter Nasenbeinfraktur zur Abklärung vor. Eine Hyp- oder Anosmie wurde nicht beklagt. Im Vorfeld habe sich der Patient aufgrund einer unklaren Sensibilitätsstörung der linken Wange in neurologischer Behandlung befunden, eine Bildgebung wurde bis dato nicht eingeleitet. Im Spiegelbefund fand sich beiderseits im kranialen Bereich der Nasenhaupthöhle eine weißliche Schleimhautveränderung. Daraufhin bei dem Verdacht auf einen Rhinobasistumor eine CT und MRT der Nasennebenhöhlen veranlasst. Hierbei konnte in der Tat ein unklarer Tumor mit fraglicher Durainfiltration festgestellt werden, bezüglich der Gewebeherkunft war keine sichere Angabe möglich. Es folgte die endonasale Rhinobasisrevision mit Schnellschnittdiagnostik, wobei primär der Verdacht auf ein infiltratives Wachstum von Chondrozyten geäußert wurde, hinsichtlich der Dignität war keine Beurteilung möglich. Aufgrund des Verdachtes auf einen Malignom erfolgte die Erweiterung der OP in Form einer kraniofazialen Tumorresektion. Hierbei zeigten sich bereits zwei Duradefekte, eine cerebrale Infiltration konnte makroskopisch ausgeschlossen werden. Bei der Begutachtung des Präparates wurde erst im Referenzzentrum ein hochdifferenziertes Chondrosarkom gesichert.

Fazit:

Das Chondrosarkom gehört zu den seltenen Tumoren der Nasennebenhöhlen und der Rhinobasis und ist aus diesem Grunde eine besondere diagnostische Herausforderung für alle beteiligten Fachdisziplinen.

Therapie ausgedehnter pharyngotrachealer Fisteln durch individuell angepasste Pharynxstents

*M. Herzog¹, S. Plontke¹, I. Greiner²

¹Universitätsklinikum Halle, HNO-Klinik, Halle / Saale, Deutschland

²Greiner Epithesen, Kiel, Deutschland

Einleitung:

Ausgedehnte pharyngo- (PTF) / ösophagotracheale (ÖTF) Fisteln nach Laryngektomie können als Komplikationen nach chirurgischer und / oder strahlentherapeutischer Therapie eines Larynx- / Hypopharynxkarzinoms auftreten. Schlagen chirurgische Maßnahmen des Fistelverschlusses fehl, liegt oftmals eine fatale Situation vor, bei der die Patienten durch lebensbedrohliche Aspirationspneumonien gefährdet sind. Die Patienten benötigen dauerhaft eine geblockte Kanüle, deren Wechsel oft als *via falsa* Insertion in den Ösophagus problematisch ist. Überdies vergrößert der Cuff, der oft übermäßig zur Abdichtung der Fistel geblockt werden muss, die Fistel durch Druckschädigung der Schleimhaut. Kommerzielle Speichel-Bypass-Tubes sind wegen des geringen Tragekomforts, Schmerzen, häufiger Dislokation und ungenügender Fistelabdichtung keine Therapieoption. Ziel ist es, Stents zu implantieren, die durch eine anatomisch genaue Passform einen hohen Tragekomfort bei suffizienter Fistelabdichtung bieten und das lebensbedrohliche Aspirationsrisiko vermindern. Eine schematische Darstellung ist in Abb. 1 zu sehen.

Methoden:

Bei 4 Patienten mit persistierender PTF / ÖTF erfolgte ein Silikonabguss der oberen Luft- und Speisewege in Narkose (Abb. 2). Nach diesem Modell wurde ein individueller Silikonstent passgenaue modelliert (Abb. 3) und in Narkose eingesetzt.

Ergebnisse:

Nach der Stenteinlage wiesen die Patienten keinen Speise- oder Speichelübertritt durch die Fistel auf. Die Ernährung konnte weitgehend von PEG auf oral umgestellt werden. Eine geblockte Kanüle ist nicht mehr nötig. Durch die individuelle Passform treten keine schmerzhaften Stentdislokationen mehr auf. Die Patienten sind seit der Implantation (min 4 Mo, max 2,5a) mit verbesserter Lebensqualität beschwerdefrei.

Schlussfolgerungen:

Ein individuell angepasster Pharynxstent stellt eine suffiziente und tolerable Therapieoption bei persistierender PTF / ÖTF dar. Die Anpassung stellt hohe Anforderungen an die Fähigkeiten des Epithetikers.

Gelebte Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen

Isolierte Amyloidose des Zungenrückens und Nachweis eines Coloncarzinoms

*G. Varga¹, D. Böger¹

¹SRH Zentralklinikum Suhl, HNO, Suhl, Deutschland

Kasuistik:

Ein 69 jähriger Patient stellte sich in unserer Klinik mit einer seit drei Wochen bestehenden granulierenden Raumforderung der Zunge vor. Diese wurde durch eine Laserexcision entfernt. Die histologische Untersuchung ergab eine Amyloidose. Der Patient wurde durch unsere internistischen Kollegen zur weiteren Abklärung der Amyloidose übernommen. Die weitere Diagnostik erbrachte den Nachweis eines Coloncarzinoms (pT2) mit anschließender R0 Resektion durch die chirurgischen Kollegen.

Diskussion:

Die Amyloidose ist eine Erkrankung mit extrazellulärer Ablagerung unlöslicher fibrillärer Proteine. Klinisch werden folgende Formen unterschieden: die primäre, die sekundäre, die familiäre und die lokalisierte Amyloidose. Bei den ersten 3 Formen handelt es sich um generalisierte Systemerkrankungen mit unterschiedlich ausgeprägten Amyloidablagerungen in Niere, Herz, Leber, Milz, Gastrointestinaltrakt, Zunge und subkutanem Gewebe. Die isolierte Amyloidose befällt vorwiegend einzelne Organe z.B. Lunge, Herz, Gehirn, Schilddrüse, Pankreas. Einen Befall der Mundschleimhaut sehen wir in ca. 39% der Fällen bei der primären Amyloidose, welche zu den generalisierten Formen gehört. Eine isolierte Amyloidose der Zunge, ohne eine plasmozytäre bzw. systemische Erkrankung, wurde in der Literatur bisher nur einmal beschrieben. Bei unserem Patienten wurde durch eine umfassende Diagnostik eine systemische Erkrankung ausgeschlossen. Während einer Coloskopie wurde ein Adenokarzinom des Zökums diagnostiziert, was aber in der Literatur bisher nicht im Zusammenhang mit der Amyloidose gebracht worden ist. So ist in diesem Fall davon auszugehen, dass die erweiterte Diagnostik als Zufallsbefund ein Coloncarcinom im Frühstadium ergab.

Der ältere Patient als Herausforderung

Der demographische Wandel in Deutschland

-Eine Herausforderung für die medizinische Versorgung in ländlichen Gebieten am Beispiel der Cochlea Implant Versorgung

*T. Reiter¹, M. Spreng¹, P.R. Issing¹

¹KKH Bad Hersfeld, HNO, Bad Hersfeld, Deutschland

Momentan leiden laut Deutschem Grünen Kreuz ca. 15 Millionen Menschen in Deutschland an einer therapierelevanten Hörminderung. Bei diesem Kollektiv besteht bei ca. 1,9 Millionen Menschen eine Indikation zur operativen Therapie. Die altersbedingte Schwerhörigkeit nimmt in diesem Kollektiv den größten Anteil ein. Bei älteren Menschen ist eine Erhöhung der Lebenserwartung abzusehen. Dieser Anstieg hat erheblichen gesellschaftlichen Einfluss und berührt neben sozialpolitischen Aspekten auch den medizinischen Sektor. Ein weiterer Aspekt ist der regionale Einfluss dieser Entwicklung. Junge Menschen wandern zunehmend aus ländlichen Gebieten in Ballungszentren ab und so wird das durchschnittliche Alter der ländlichen Bevölkerung ansteigen.

Auf Grund der demographischen Entwicklung in ländlichen Bezirken wie Bad Hersfeld und Umland wurden vor allem ältere Patienten in die Studie eingeschlossen (n=86). Jüngster Patient zum Zeitpunkt der Implantation 41 Jahre. Ältester Patient zum Zeitpunkt der Implantation 88 Jahre. Der Mittelwert der Patienten lag bei 63 Jahren, der Median bei 66 Jahren. Vor allem dieser Altersgruppe ist es auf Grund der Komorbidität nur selten einfach möglich Zentren in großer Entfernung aufzusuchen, um dort versorgt zu werden. Der Großteil der Patienten stammte aus dem näheren Umfeld unserer Klinik, zumeist aus Nordhessen. Der Mittelwert lag bei 62,27 km, der Median bei 47,9 km. Bei fehlender Möglichkeit zur heimatnahen Versorgung wäre die Implantation an einem Zentrum wie z.B. der MHH nötig. Für unsere Patienten wäre dies mit erheblich längeren und beschwerlicheren Anreise verbunden. Dies würde auch für die mehrfach notwendigen Nachsorge-Termine gelten. Der Mittelwert der Entfernung läge hier bei 213,9 km, der Median bei 205 km.

Ziel muss es also sein eben in diesen ländlichen Regionen eine altersgerechte, fachübergreifende medizinische Versorgung auf hohem Niveau zu gewährleisten. Dies schließt auch neuere Therapiekonzepte wie z.B. die Versorgung mit einem CI bei älteren Patienten mit hochgradiger Schwerhörigkeit mit ein.

Das genuine Cholesteatom der Pyramidenspitze:

A. Alzahr, H. Losenhausen, P.R. Issing

HNO Klinik, Klinikum Bad Hersfeld

*A. Alzahr¹, H. Losenhausen¹, P.R. Issing¹

¹Klinikum Bad Hersfeld GmbH, Klinik für HNO-Heilkunde , Bad Hersfeld, Deutschland

Einleitung:Das genuine Cholesteatom ist eine Sonderform des Cholesteatoms, bei dem ein Wachstum eines Cholesteatoms aus einer embryonalen Keimversprengung hinter intaktem Trommelfell zu finden ist. Es bildet 3-5% aller Cholesteatome. Diese Cholesteatome sind tückisch, da sie lange klinisch unauffällig bleiben und schwer zu diagnostizieren sind. Oft führen zunehmende Symptome wie Hörminderung, Schwindel oder Fazialisparese zur weiteren Abklärung.

Kasuistik:Ein 36 jähriger Patient wurde auf unserer Station wegen einer Fazialisparese rechts aufgenommen, und erhielt in unserer Klinik eine rheologische Infusionstherapie nach Stennert. Anschließend war die Parese rückläufig. Später entwickelte der Patient erneut eine Fazialisparese rechts Grad III nach House-Brackmann. Neben der rheologischen Infusionstherapie wurde bei dem Patienten eine CT Felsenbein als Bildgebung durchgeführt. Hierbei zeigte sich eine solide Raumforderung im Bereich der Felsenbeinspitze rechts mit Destruktion des oberen Bogengangs, sowie der knöchernen Begrenzung der Cochlea. Das Schädel-MRT wies keinen Anhalt für eine intrakranielle Pathologie oder intrakranielle Infiltration auf. Obwohl der Patient keine Hörminderung beschrieb, zeigte das Tonaudiogramm eine kombinierte Schwerhörigkeit rechtseitig. Diese Raumforderung wurde durch einen kombiniert transtemporal-transmastoidealen Zugang unter Monitoring des Nervus facialis entfernt. Die pathologische Begutachtung ergab ein Cholesteatom.

Diskussion:Bei einer Fazialisparese ohne weitere Symptome ist zunächst mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer idiopathischen Form auszugehen. Allerdings erzwingen davon abweichende Verläufe eine differenzierte bildgebende Diagnostik, wie auch dieses Beispiel lehrt.

0025 - Poster

Gelebte Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen

Die funktionelle Stimmstörung als Erstsymptom einer Myasthenia gravis - Eine Fallstudie

*S. Schaller¹

¹KOPFZENTRUM LEIPZIG, HNO, Leipzig, Deutschland

Die funktionelle Stimmstörung als Erstsymptom einer Myasthenia gravis - Eine Fallstudie

Schaller S ¹ , Strauss E ²

1 KOPFZENTRUM LEIPZIG, Fachbereich HNO, Leipzig

2 KOPFZENTRUM LEIPZIG, Fachbereich Neurologie, Leipzig

Korrespondenzadresse:

Susanne Schaller

KOPFZENTRUM LEIPZIG

Käthe-Kollwitz-Str. 64

04109 Leipzig

susanne.schaller@kopfzentrum-leipzig.de

Einleitung:

Funktionelle Stimmstörungen können unterschiedlichste Ursachen haben. Neben konstitutionellen Faktoren (z.B. Dysplasien, Schwerhörigkeit), habituellen (z.B. Mentalität, Stimmgebrauch), phonogenen (z.B. Stimmbelastung im Beruf), erworbenen organischen (z.B. Knötchen, Ödeme), psychogenen kommen eben auch symptomatische Faktoren in Betracht. Letztere können teils bei neurologischen Erkrankungen beobachtet werden.

Fallbeschreibung:

Berichtet wird über den Erkrankungsfall eines 54jährigen Lehrers, der wegen schlechter stimmlicher Belastbarkeit und Heiserkeit nach längerem Stimmgebrauch primär beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt vorstellig wurde. Eine funktionelle Stimmstörung wurde diagnostiziert und logopädisch therapiert. Die Symptomatik besserte sich zum Teil. Bei Verdacht auf eine somatoforme Komponente der Erkrankung erfolgte schließlich die neurologisch-psychiatrische Konsultation. Eine strukturell-cerebrale Erkrankung konnte mittels MRT ausgeschlossen werden. Der Versuch einer elektrophysiologischen Verifizierung der Beschwerden mittels evozierter Hirnstammpotentiale (AEP, TFR) war erfolglos. Im Verlauf schien sich die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Störung zu erhärten. Letztlich fiel dem behandelnden Neurologen in der Sprechstunde spät am Tag eine beiderseitige Ptosis am Patienten auf. Die weiterführende Diagnostik (Labor, Tensilontest) ergab tatsächlich eine Antikörper-negative Myasthenia gravis. Unter entsprechender Medikation ist der Patient inzwischen stabil eingestellt und beschwerdefrei.

Fazit:Die Symptomatik der funktionellen Dysphonie ist in diesem Fall der neurologischen Grunderkrankung zuzuordnen. Bei nicht ausreichendem Erfolg in der Behandlung einer funktionellen Stimmstörung unter logopädischer Therapie ist unter anderem die neurologische Abklärung sinnvoll.

Schlüsselwörter:funktionelle Stimmstörung, Heiserkeit, Myasthenia gravis, Muskelschwäche

Gelebte Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen

Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie bei Manifestationen des Morbus Wegener im HNO-Bereich

*B.-P. Georgi¹, M. Kayser¹, F. Pabst¹

¹Krankenhaus Dresden Friedrichstadt, HNO-Klinik, Dresden, Deutschland

Die Polyangiitis mit Granulomatose (kurz GPA, vormals Morbus Wegener*) bietet vielfältige Manifestationen im HNO-Bereich und erfordert eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Diagnostik und suffizienter Therapie. Zahlreiche Symptome werden im klinischen Alltag häufig nicht korrekt zugeordnet und verzögern eine erfolgreiche Behandlungsstrategie. Typisch für die GPA sind eine nekrotisierende Granulomatose der oberen Atemwege sowie eine Vaskulitis der Arterien und Venen der Lunge zusammen mit einer nekrotisierenden Glomerulonephritis. Neben den häufigen Symptomen im Bereich von Nase und Nasennebenhöhlen soll auch auf besondere Fälle, z. B. Parotisbeteiligung und Choanalstenose aus unserem klinischen Alltag eingegangen und ein aktueller Überblick zu Diagnostik und Therapiemöglichkeiten gegeben werden.

* Von den Fachgesellschaften American College of Rheumatology und American Society of Nephrology wird empfohlen, von granulomatöser Polyangiitis (englisch: granulomatosis with polyangiitis, deutsch: Granulomatose mit Polyangiitis, GPA) zu sprechen. Hintergrund dieser Empfehlung sind Erkenntnisse zur NSDAP-Mitgliedschaft von Friedrich Wegener vor und während des 2. Weltkriegs.

Der ältere Patient als Herausforderung

„Der Mensch ist für ein sehr langes Leben in körperlicher Hinsicht schlecht ausgestattet“

*T. Köhler¹, J.J. Hammersen¹, P.R. Issing¹

¹Klinikum Bad Hersfeld, HNO, Bad Hersfeld, Deutschland

Innerhalb der nächsten 30-40 Jahre wird sich der Anteil der über 60jährigen von derzeit 24% auf 34% der Gesamtbevölkerung steigern. Der Anteil der 65jährigen und älteren an der Gesamtbevölkerung stieg von 10,5% im Jahre 1952 auf 15,7% im Jahre 1994 und wird sich gemäß der Prognose auf 30,4% im Jahre 2014 verdoppeln. Nach einem Artikel aus der FAZ vom 23.05.2012 steigt die Lebenserwartung jedes Jahr um zwei Monate. Zitiert wird Christoph Rott, einer der Initiatoren der Heidelberger Hundertjährigen-Studie, nach der von den im Jahr 2001 geborenen Deutschen in hundert Jahren noch die Hälfte am Leben sein werden. Aber der Mensch ist, so Rott, das lassen die bisherigen Befunde vermuten, für ein sehr langes Leben in körperlicher Hinsicht schlecht ausgestattet. Das gilt sowohl in körperlicher wie in seelischer Hinsicht. Insbesondere die Demenzen und psychische Leiden werden populationsweit ein wachsendes Problem.

Immer häufiger wird man mit der Frage einer sinnvollen Therapie bei schweren Erkrankungen des hoch betagten Menschen konfrontiert. Man kann nicht zwangsläufig davon ausgehen, dass das volle Ausmaß einer Erkrankung nicht mehr erlebt wird.

Wir möchten anhand einiger konkreter Fälle die Besonderheiten bei der Behandlung des alten Menschen aufzeigen.

Die oftmals problematische Indikationsstellung hängt dabei ab vom vermuteten Krankheitsverlauf, dem zu erwartenden operativen Ergebnis, der aktuellen Lebenssituation des Patienten und seiner Begleiterkrankungen und im Wesentlichen von seinem Willen.

Prävalenz und Bedeutung von Gerinnungsstörungen bei Tonsillektomie-Nachblutung

*C. Langer¹, R. Sadri¹, J. Patscheke¹, J.P. Klußmann¹

¹HNO Univ. Gießen, HNO, Gießen, Deutschland

Einleitung

Die Nachblutungsrate bei der Tonsillektomie ist trotz verschiedener Op-Techniken konstant. Der Einfluss angeborener und erworbener Gerinnungsstörungen ist hierzu nicht systematisch untersucht. In diesem Kontext stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit und Bedeutung verschiedener analytischer Methoden zur Gerinnungskontrolle.

Methoden

In einer retrospektiven Analyse wurden 1060 tonsillektomierte Patienten über sechs Jahre unter Berücksichtigung der Nachblutungsrate ausgewertet. Es erfolgte präoperativ immer eine Untersuchung der Globalgerinnung und Blutungszeit und im Falle einer Nachblutung eine Einzelfaktoranalyse.

Ergebnisse

Im Beobachtungszeitraum traten 124 Nachblutungen auf. Diese konnten zu 65% in leichtgradige und zu 35% in schwergradige Nachblutungen mit der Notwendigkeit einer operativen Versorgung eingeteilt werden. Bei 36 Patienten (2,6% des Gesamtkollektivs) mit einer präoperativ bekannten Gerinnungsstörung betrug die Wahrscheinlichkeit einer Nachblutung 19,4% und war damit zum Normalkollektiv (11,7%) trotz des Wissens um die Gerinnungsstörung deutlich erhöht. Im Gesamtkollektiv der Patienten mit einer prä- oder postoperativ diagnostizierten Gerinnungsstörung (48 Patienten) war die Globalgerinnung bei 83,3% bereits auffällig. Bei 8 Patienten fiel die Gerinnungsstörung erst postoperativ bei der Einzelfaktoranalyse auf, dabei handelte es sich in der Mehrzahl der Fälle um ein von Willebrand-Jürgens-Syndrom (vWJS).

Schlussfolgerung:

Gerinnungsstörungen finden sich in klinisch relevanter Anzahl unter tonsillektomierten Patienten mit einer Nachblutung. Insbesondere handelt es sich um Patienten mit vWJS. Eine ausführliche Gerinnungsanalyse bei Nachblutung kann bei der gezielten Therapie und Vermeidung von Sekundärkomplikationen oder Mehrfachblutungen helfen.

Tuberkulose als Differentialdiagnose eines Hypopharynxcarcinoms

*K. Bördner¹, P.R. Issing¹, J. Hammersen¹

¹Klinikum Hersfeld, HNO, Bad Hersfeld, Deutschland

Einleitung:

Die Tuberkulose stellt immer noch die häufigste Todesursache weltweit unter den Infektionskrankheiten dar. Dennoch wird sie aufgrund des in unseren Breiten seltenen Vorkommens oft als Differentialdiagnose außer Acht gelassen. Kommt die Tuberkulose als Erkrankung in Betracht ist sie jedoch sehr schwer zu diagnostizieren. Nur etwa 5% der Infizierten erkranken im Laufe ihres Lebens an Tuberkulose. Die Erreger sind verschiedene Arten der Mykobakterien. Man unterscheidet zum Einen zwischen offener, potentiell offener und geschlossener TBC und zum Anderen zwischen Primär-, postprimärer- und Sekundärtuberkulose.

Kasuistik:

Ein 61jähriger Kraftfahrer stellte sich mit seit ca. 4 Monaten bestehender und zunehmender Odynophagie und Halsschmerzen in unserer Ambulanz vor. Nebenbefundlich bestand eine ausgeprägte Psoriasis, welche mit einem Immunsuppressivum behandelt wurde. Spiegelbefundlich zeigte sich ein ausgeprägter ulzerierender Tumor der linken Hypopharynxseitenwand bis zur laryngealen Seite der Epiglottis ziehend. Dieses war auch in der CT sowie MRT Diagnostik zu sehen. Daraufhin führten wir eine Panendoskopie mit Probeentnahme durch. Die gewonnene Histologie ergab epitheloidzellige Granulome ohne Anhalt für Malignität. Eine Mykobakteriose, Sarkoid like Reaction sowie ein M. Wegener wurden diskutiert. Erst der positive Quantiferontest und eine positive Auslandsanamnese in Zusammenhang mit der vorbekannten Immunsuppression waren wegweisend. Der Patient wurde in eine Lungenfachklinik verlegt, dort wurde Mycobacterium tuberculosis mikroskopisch im Sputum gesichert und eine Vierfachtherapie eingeleitet.

Schlussfolgerung:

Auch wenn die Tuberkulose in unserem Raum nicht sehr weit verbreitet ist, sollte sie jedoch als Differentialdiagnose, insbesondere bei bekannter Immunsuppression und Malignitätsverdacht in Betracht gezogen werden.

Der ältere Patient als Herausforderung

Lokal fortgeschrittenes Kopfhautkarzinom beim dementen, hochbetagten Patienten

*C. Laue¹, V. Tauchmann¹, A. Müller¹

¹SRH Gera, HNO, Gera, Deutschland

Bei einem 90-jährigen dementen Patient (H.S.) zunächst ohne eingeleitete Betreuung bestand mindestens seit 2009 ein Hauttumor der linken Schläfenregion, der von der Familie beobachtet und aufgrund des Alters nicht mehr behandelt werden sollte.

Im letzten ¼ Jahr hatte der Befund rasant an Größe zugenommen und die Ohrmuschel einbezogen. Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung in der HNO Gera im Mai 2012 zeigte sich ein ca. 12 x 12 cm großer, fötide riechender, exulzierender Tumor der Schläfenregion links mit Zerstörung der Ohrmuschel und Infiltration des Gehörgangseingangs. Histologisch ergab die Biopsie ein Plattenepithelkarzinom mit bowenoider Wuchsform. Suspekte Lymphknoten konnten sonografisch nicht nachgewiesen werden. Trotz progredienter AZ-Verschlechterung und häuslicher Pflegeprobleme konnte sich die Tochter vorerst nicht zu einer operativen Therapie durchringen. Aufgrund zunehmender häuslicher Pflegeerschwernis mit fötidem Wundsekret, Blutung, Schmerzen und daraus resultierenden Abwehrreaktionen seitens des dementen Patienten wurden die therapeutischen Optionen Anfang Juni erneut geprüft. In Abwägung von Beschwerden und OP-Risiken wurde die operative Resektion mit Ablatio auris links in knappen Grenzen ohne Neck Dissection sowie ohne größere Lappenplastik und ohne postoperative Radiatio nach Einleitung einer Eilbetreuung durch die Tochter veranlasst.

Dieser Fall zeigt, dass bei der Therapieentscheidung hoch betagter und evtl. auch dementen Patienten leitlinienorientierte Therapiestandards an ihre Grenzen kommen und unter Berücksichtigung sozialer Faktoren, der biologischen Lebenserwartung, der Pflegesituation und der Lebensqualität individuell angepasste Therapiepläne erstellt werden müssen.

Bewegung und Sporttherapie in der HNO-Onkologie?

*J. Büntzel¹, A. Besser¹, H. Büntzel¹

¹Südharz-Krankenhaus, HNO, Nordhausen, Deutschland

In den vergangenen Jahren hat sich die Nutzung von Wassertherapiegeräten verschiedener Anbieter für laryngektomierte Patienten bewährt. Gemeinsam mit dem Landesverband der Kehlkopflösen haben wir an unserer Klinik eine Gruppe Betroffener gegründet, die nahezu wöchentlich sich zur Aquafitness und gemeinsamen Schwimmen treffen. Während die ersten Abende im Therapiebecken des Klinikums abgehalten werden konnten, muss jetzt die Nutzung des öffentlichen Bades angestrebt werden. Im Vortrag wird über das Programm zum einen berichtet werden, zum anderen über die Reaktionen unserer Partner. Das Anwachsen der Gruppe auf über 10 Betroffene innerhalb von 8 Monaten zeigt einen großen Bedarf unter unseren Patienten.

In einem zweiten Teil des Vortrages wollen wir die Rolle der medizinischen Trainingstherapie (MTT) für Patienten mit Kopf-Hals-Karzinomen während des Aufenthaltes auf der Palliativstation unseres Klinikums darstellen. Behandlungsziel dieser Maßnahme ist in erster Linie der Erhalt der Eigenaktivität, auf die sozialen und Motivationsaspekte dieser Therapieform wird explizit hingewiesen.

Gelebte Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen

Aufbereitung von flexiblen Endoskopen in der täglichen Praxis - Richtlinien und Realität

*M. Weber¹, I. Otto-Karg², A. Moalem¹, K. Schwager¹

¹HNO Klinikum, Fulda, Deutschland

²Klinikum Fulda, Krankenhaushygiene, Fulda, Deutschland

Flexible Endoskope sind heute in HNO-Kliniken nicht mehr wegzudenken. Die Aufbereitung dieser Endoskope stellt in der täglichen Praxis jedoch hohe Anforderungen. Aufgrund der verarbeiteten Materialien führt eine zu aggressive Reinigung zu vorzeitigem Verschleiß. Milde Reinigungsmittel sind oft nicht ausreichend. Die maschinelle Reinigung nach jedem Arbeitsgang ist aus zeitlichen Aspekten in Hinblick auf eine volle Sprechstunde nicht praktikabel. Die Vorgaben einiger Aufsichtsbehörden sind mit den hohen diagnostischen Qualitätsansprüchen im Praxisalltag kaum vereinbar. Am Klinikum Fulda wurde ein Reinigungskonzept erarbeitet, das sowohl der Forderung nach Praktikabilität als auch hygienischen Ansprüchen, wie sie vom Robert-Koch-Institut formuliert werden, genügt.

Gelebte Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen

Die rezidivierende, cervikale Fibromatose - Interdisziplinäres Management unter Einbeziehung des Patienten

*J. Löffler¹, I. Ott¹, D. Brechtelsbauer², R. Heyny-von Haußen³, G. Mall³, G. Baier¹

¹Klinik für Hals -Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf-,Hals- und plastische Gesichtschirurgie, Klinikum Darmstadt GmbH, Deutschland

²Radiologie Darmstadt, Gemeinschaftspraxis für radiologische Diagnostik und Therapie, Deutschland

³Institut für Pathologie, Klinikum Darmstadt GmbH, Deutschland

Einleitung

Fibromatosen sind seltene Weichteiltumoren, die sich aus den Hüllstrukturen der Muskulatur entwickeln und sich entlang dieser aggressiv unter Verdrängung des benachbarten Gewebes ausbreiten. Sie gelten damit als gutartige Tumoren, stellen aber durch ihr Verhalten und ihre Rezidivneigung eine therapeutische Herausforderung dar. Sie machen weniger als 0,1% aller Tumoren aus.

Patient

Ein 66 jähriger Mann stellte sich erstmalig vor 1 1/2 Jahren mit einer nicht schmerzhaften Schwellung im linken M. sternocleidomastoideus vor, die sich innerhalb eines Monats auf eine Größe von 3cm entwickelt hatte. Zur Sicherung der Diagnose erfolgte die Excision. 6 Monate später kam es zu einem Rezidiv, das durch eine Bewegungseinschränkung des Halses sowie eine beginnende Kieferklemme symptomatisch wurde.

Ergebnisse

Bereits bei der initialen, histologischen Untersuchung wurde eine Fibromatose diagnostiziert. Das spätere Rezidiv mit einer Größe von 4 x 3 x 8cm und einer Ausdehnung von der lateralen Schädelbasis über die Glandula parotis links hinter dem Kieferwinkel bis auf Höhe des Schildknorpels machte insbesondere durch die Ummauerung der Halsgefäßscheide mit aufgehobenem Signal der V. jugularis interna die Wahl des optimalen, therapeutischen Vorgehens schwierig.

Diskussion:

Der vorgestellte Fall illustriert exemplarisch die Schwierigkeiten in der Behandlung einer an sich gutartigen Erkrankung mit hoher Rezidivgefahr in der Region von Kopf und Hals. Wenn chirurgisch eine weite Resektion im Gesunden unter funktionellen Gesichtspunkten nicht zumutbar ist, so muss interdisziplinär über alternative Therapieoptionen beraten und entschieden werden. Neben der Strahlentherapie stehen heute Verfahren wie die antihormonelle Therapie, die Therapie mit COX- 2- Hemmern, chemotherapeutische Medikamente sowie immunologische Verfahren zur Verfügung.

Die chirurgische Therapie von „Eisbergtumoren“ mit Darstellung des Zugangsweges von lateral / transcervical kombiniert mit einem transoralen Vorgehen

*J. Zirkler¹, J. Hendus², K. Schwager²

¹Universitätsklinikum Halle (Saale), Universitätsklinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Halle (Saale), Deutschland

²Klinikum Fulda, HNO-Krankheiten, Kopf-, Hals- und plastische Gesichtschirurgie, Kommunikationsstörungen, Fulda, Deutschland

Einleitung: Tumoren der Glandula parotis, die vom tiefen Drüsenanteil ausgehen und sich in den Parapharyngealraum ausdehnen, werden als sogenannte Eisbergtumoren bezeichnet. Der Enthität nach handelt es sich meistens um pleomorphe Adenome, aber auch um Zystadenolymphome. Grundsätzlich können aber auch andere Tumorentitäten vorliegen. Zudem können auch direkt im Parapharyngealraums oder in den angrenzenden Räumen Tumoren entstehen, die klinisch nicht von einem Eisbergtumor zu unterscheiden sind. Die chirurgische Therapie von Tumoren des Parapharyngealraumes stellt den Operateur aufgrund der topografisch-anatomischen Enge und Nähe zur Schädelbasis und zu wichtigen Gefäß-Nervenstrukturen vor eine besondere Herausforderung.

Methode: Falldarstellung von zwei Eisbergtumoren, die 2011 in der Fuldaer Klinik lateral / transcervical kombiniert mit einem transoralen Vorgehen operativ exzediert wurden. Zur Überwachung der Facialisfunktion wurde ein Neuromonitoring verwandt. Bei einem der Tumoren handelte es sich um ein pleomorphes Adenom der Glandula parotis, bei dem zweiten um ein Zystadenolymphom der Glandula parotis.

Ergebnisse: In beiden Fällen gelang die vollständige Resektion der Tumoren. Eine temporäre Unterkieferspaltung war in keinem Fall notwendig. In einer drei- bzw. fünfmonate postoperativ durchgeführten MRT-Untersuchung ergab sich in beiden Fällen kein Anhalt für einen Residual- oder Rezidivtumor. Der Nervus facialis war am Ende der Operationen optisch und mittels Neuromonitoringsignal intakt. Postoperativ kam es in beiden Fällen zu einer Facialisschwäche, die sich im weiteren Verlauf wieder zurückbildete.

Schlussfolgerung: Bei der Exzision von Tumoren des Parapharyngealraums hat sich der laterale / transcervicale Zugang kombiniert mit einem transoralen Vorgehen bewährt. Hierbei kann in nahezu allen Fällen auf eine temporäre Unterkieferspaltung verzichtet werden. Die postoperative Befundkontrolle ist durch eine MRT-Kontrolle gut gewährleistet.

Cheilitis granulomatosa und Gingivahyperplasie als Erstmanifestation eines Morbus Crohn

*J. Ritter¹, S. Koscielny¹, M. Kurzai², O. Guntinas-Lichius¹

¹Uniklinikum Jena, Klinik für HNO, Jena, Deutschland

²Uniklinikum, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Jena, Deutschland

Eine schmerzhaftes Lippenschwellung mit perioraler Ausbreitung kann nach Ausschluss einer allergischen Genese Ausdruck einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung sein.

Wir berichten über einen 11-jährigen Jungen, der sich mit einer seit 4 Monaten bestehenden, schmerzhaften Schwellung des Weichgewebes der Unter- und Oberlippe mit rechtsbetonter perioraler Ausbreitung und einer progredienten Gingivahyperplasie des Oberkiefers in unserer Klinik vorstellte. Zudem bestanden rezidivierende, unspezifische abdominale Beschwerden seit einem halben Jahr. Eine allergische Komponente war anamnestisch nicht zu eruieren. Die Familienanamnese war nicht richtungweisend.

Das Fehlen rezidivierender Fazialispareesen oder einer Lingua plicata sprachen gegen das Vorliegen eines Melkersson-Rosenthal-Syndroms. Laborchemisch ergaben sich keine Hinweise für ein hereditäres Angioödem oder ein infektiöses Geschehen. Eine Biopsie der Unterlippe und der Gingiva ergab das Vorliegen einer chronischen und floriden Entzündung mit vaskulitischer Komponente mit mehrkernigen Riesenzellen im Sinne einer Cheilitis granulomatosa. Die laborchemischen Untersuchungen waren bis auf einen massiv erhöhten Wert von Calprotectin im Stuhl (1135mg/kg Stuhl) und ein erniedrigtes Albumin (33 g/l). unauffällig.

Unter dem Verdacht einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung wurde im Folgenden in der Abteilung für Gastroenterologie eine Gastroskopie durchgeführt. Neben einem chronischen perianalen Ekzem und fibromartig verdickter Mariske zeigte sich eine Beteiligung des Rektosigmoids und der Ileozökalklappe mit histologischem Nachweis einer granulomatösen Entzündung. In der MR-Sellink Untersuchung waren weiterhin ein Kontrastmittelenhancement und eine Wandverdickung im terminalen und präterminalen Ileum mit begleitender Lymphknotenvergrößerung sichtbar.

Die histologische Aufarbeitung der Biopsien aus Duodenum, Magen, Colon und Rektum ergab entzündliche Veränderungen im Sinne einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung vom Typ eines Morbus Crohn. Unter einer kontinuierlichen Therapie mit Prednisolon in absteigender Dosierung mit einer Initialdosis von 60mg täglich kam es zu einem sichtbaren Rückgang der Schwellungen im Bereich der Mundschleimhaut und der Gingiva. Der Patient verbleibt zur Nachsorge und weiteren Therapie in der gastroenterologischen Ambulanz der Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin.

Der Rhinoklast nach Jacques Joseph - eine vergessene Methode in der Versorgung der Nasenbeinfrakturen

*A. Pomorzev¹, J. Hendus¹, K. Schwager¹

¹Klinikum Fulda, HNO, Fulda, Deutschland

Einleitung: Die Nasenbeinfraktur stellt die häufigste Mittelgesichtsfraktur dar. Meist ereignen sich diese im Rahmen von Unfällen, Rohheitsdelikten bzw. Sporttraumata. Häufig sind diese disloziert und bedürfen weiterer Versorgung.

Hauptteil: Die Korrektur der Nase bei Fraktur erfolgt in der Regel bimanuell alleine oder mit dem Elevatorium und anschließender Austamponierung. Zur weiteren Stabilisation werden Gips-, Thermoplast-Platten oder Aluminium-Nasenschiene verwendet. Häufig kommt es bei der Versorgung der Impressionsfraktur des Nasenabhanges zu einer postoperativen Re-Dislokation des Fragmentes mit resultierender optischer „Delle“ der Nasenpyramide.

Methode: Im Gegensatz zur üblichen Reposition der frakturierten Seite wird bei der vorgestellten Methode mit dem Stößel der Knochen der gesunden gegenüberliegenden Seite gebrochen und die Nasensymmetrie wiederhergestellt. Auswirkungen auf die Atemfunktion entstehen keine da die limitierende innere Nasenklappe sich weiter distal befindet. Ein zusätzlicher Vorteil der Methode ist der Verzicht auf eine Tamponade.

Schlussfolgerungen: Die Versorgung der Nasenbeinimpressionsfraktur mit dem Rhinoklast nach Jacques Joseph ist sicher eine ungewöhnliche Methode. Sie sollte bei der Versorgung aufgrund der zu erzielender günstiger Resultate durchaus in Betracht gezogen werden.

Gelebte Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen

Nasenbluten, eine interdisziplinäre Herausforderung - das Fuldaer Konzept

*T. Panidis¹, E. Hofmann², J. Zirkler³, J. Hendus¹, K. Schwager¹

¹Klinikum Fulda, HNO, Fulda, Deutschland

²Klinikum Fulda, Klinik für Neuroradiologie, Fulda

³Universitätsklinikum Halle(Saale), Klinik für HNO-Heilkunde, Halle (Saale)

Einleitung:Epistaxis ist ein häufiges Symptom, das bevorzugt bei Kindern und Erwachsenen über 60 Jahren auftritt. Es ist meist harmlos, aber im Einzelfall kann unmittelbar eine lebensbedrohende und therapeutisch anspruchsvolle Situation entstehen. Die meisten Situationen lassen sich durch Elektrokoagulation in lokaler Betäubung oder durch Tamponaden beherrschen. Je nach Pathogenese des Nasenblutens (lokale oder systemische Ursachen) entsteht die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit Abteilungen wie Innere Medizin (z.B. bei M. Osler, Hypertonie, Hämophilie) oder interventionelle Radiologie (z.B. bei Nasenbluten aus den hinteren Nasenabschnitten). Invasive Maßnahmen wie z.B. endonasale NNH-Operation oder DSA (Digitale-Subtraktions-Angiografie) mit Embolisation der A. sphenopalatina sind ebenfalls bewährte Therapiekonzepte. An unserer Institution erfolgt als nächster Schritt nach frustraner Tamponade die DSA mit Embolisation. Bezüglich dieses therapeutischen Vorgehens erfolgte eine Analyse, die die Wertigkeit der DSA als primäre Intervention überprüfen sollte.

Methode:Retrospektive Analyse von 44 Patienten, die von 2004 bis Sept. 2009 bei schwerer Epistaxis endovaskulär behandelt wurden.

Ergebnisse:Bei 30 Patienten erfolgte nach frustraner Tamponade eine DSA mit Embolisation der A. sphenopalatina primär, ohne dass es zu weiteren Blutungen kam. Bei 8 Patienten musste sich eine endonasale NNH-Operation anschließen, von diesen 8 Patienten wurden bei 6 Patienten die Aa. ethmoidales koaguliert und bei 2 Patienten eine hintere Septumblutung behandelt. Umgekehrt konnten 4 Patienten nach primärer Operation erfolgreich embolisiert werden. Bei 2 Patienten war eine Embolisation wegen der schwierigen Gefäßanatomie (Elongationen) nicht möglich. Schwerwiegende Komplikationen mit neurologischen Ausfällen traten nicht auf.

Schlussfolgerung:Eine interdisziplinäre Kooperation ist bei komplizierten Fällen zielführend. Das Fuldaer Konzept stellt mit der DSA und Embolisation der A. sphenopalatina bei der Behandlung der schwer beherrschbaren Epistaxis als primäre Therapie nach frustraner Tamponade ein schonendes und effizientes Verfahren dar. Insbesondere verglichen mit der endonasal operativen Koagulation der A. sphenopalatina ist die geringere Invasivität von Vorteil.

Internetvermittelte Arzt-Patienten-Kommunikation am Schwerpunkt extrakranielle Hämangiome und vaskuläre Malformationen

*S. Wiegand¹, J. Marggraf¹, A.P. Zimmermann¹, T. Wilhelm², J.A. Werner¹

¹UKGM, Standort Marburg, HNO, Marburg, Deutschland

²Helios Klinik, HNO, Borna, Deutschland

Fragestellung

Extrakranielle Hämangiome und vaskuläre Malformationen bilden einen Schwerpunkt der Forschungs- und Behandlungstätigkeit der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohren-Heilkunde des Universitätsklinikums Marburg. Ziel der Studie war die Analyse der internetvermittelten Arzt-Patienten-Kommunikation am Schwerpunkt Angiome.

Methoden

Im Untersuchungszeitraum vom 01.01.2002 bis zum 30.06.2009 wurden die in der Klinik empfangenen E-Mails zu Patienten mit Hämangiomen oder vaskulären Malformationen archiviert und retrospektiv analysiert. Zusätzlich wurden die Zugriffszahlen auf die Homepage „www.angiome.de“ für den Zeitraum Januar 2008 bis Oktober 2010 ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 548 E-mail-Anfragen in die Untersuchung eingeschlossen werden. 49% der Anfragen stammten von Patientenelementern, 21% vom Patienten selbst und 16% vom behandelnden Arzt. Von 2002 bis 2008 nahm die Zahl der jährlich registrierten Anfragen etwa um den Faktor zwanzig zu. Die durchschnittliche Zahl der E-Mail-Kontakte pro Patient verdreifachte sich. Die in den E-Mails angesprochene Themenvielfalt lässt sich in den drei Bereichen „Organisatorisches“, „Telekonsultation“ und „Feedback“ zusammenfassen. 44 % aller gesammelten E-Mails bezogen sich auf Patienten mit Wohnort außerhalb Deutschlands. Zwei Therapiestadien bildeten die maßgeblichen Kontaktpunkte: der Zeitraum nach Diagnosestellung vor Therapiebeginn und nach einem bereits abgeschlossenen Therapieversuch. Die Website „www.angiome.de“ wurde im Jahr 2008 8.490 Mal besucht, im Jahr 2009 13.291 Mal.

Schlussfolgerungen

Zwischen 2002 und 2009 wuchs der Stellenwert internetbasierter Kommunikation am Schwerpunkt Angiome. Die Präsenz des Angiomzentrums im Internet ist ein bedeutender Weg zur Kontaktpflege mit neuen Patienten. Die Betreuung des Internetangebots erfordert Personal mit entsprechender Kompetenz. Zusätzlich sind auch Aspekte der Vergütung und der juristischen sowie technischen Absicherung dieser Leistungen von Bedeutung.

Die Fraktur des Os nasale - eine Auswertung von 669 Patienten

*A.P. Zimmermann¹, S. Wiegand¹, J.A. Werner¹

¹UKGM, Standort Marburg, HNO, Marburg, Deutschland

Fragestellung:

Die Nasenbeinfraktur ist eine der häufigsten Frakturen des menschlichen Körpers. Häufiger treten lediglich die distale Radiusfraktur und die Klavikulafraktur auf. Die Nasenbeinfraktur ist definiert als offene oder geschlossene Fraktur des Os nasale, die abhängig vom Ausmaß der Gewalteinwirkung, auch mit einer Beteiligung des übrigen Mittelgesichts einhergehen kann. Das Ziel der Studie war eine Auswertung der Patienten, die aufgrund einer Nasenbeinfraktur operativ versorgt wurden.

Methoden:

Es erfolgte eine retrospektive Untersuchung aller Patienten, bei denen im Zeitraum von Januar 2005 bis Dezember 2010 eine Nasenbeinfraktur diagnostiziert wurde und eine Nasenbeinaufrichtung in Intubationsnarkose oder Lokalanästhesie erfolgte. Insgesamt stellten sich 2092 Patienten mit dem Verdacht einer Nasenbeinfraktur im Zeitraum 2005-2010 vor, hiervon wurden 669 diagnostizierte Nasenbeinfrakturen operativ versorgt und in diese Analyse aufgenommen.

Ergebnisse:

Insgesamt zeigt sich eine dezente, jedoch stetige Zunahme der Patienten welche sich mit einer Nasenbeinfraktur vorstellten und versorgt wurden. Das analysierte Patientenkollektiv bestand aus 515 Männern und 154 Frauen. Es zeigte sich, dass Patienten zwischen 10 und 20 Jahren den größten Anteil am Gesamtpatientenkollektiv haben, dicht gefolgt von den Patienten zwischen 20 und 30 Jahren. Die Zahl der Eingriffe in Lokalanästhesie nahm zu, die Eingriffe in Intubationsnarkose waren bei einfachen Nasenbeinaufrichtungen rückläufig. Die Verteilung der Unfallursachen variierte.

Schlussfolgerung:

Die Nasenbeinfraktur und deren Versorgung ist - aufgrund ihrer Häufigkeit - ein wichtiger Punkt in der klinischen, traumatologischen und operativen Ausbildung von HNO-Ärzten. Die Anforderungen an den Operateur, insbesondere in Lokalanästhesie, sollten nicht unterschätzt werden, da das Patientenkollektiv jünger und der ästhetische Anspruch in der Gesellschaft allgemein größer wird.

Das mikrozystische Adnexkarzinom als seltener Hauttumor im HNO-Bereich

*K. Geißler¹, S. Koscielny¹, G. Schneider¹

¹HNO-Klinik UKJ, Jena, Deutschland

Einleitung:Das mikrozystische Adnexkarzinom (sklerosierende Schweißdrüsenkarzinom) ist ein seltener, meist gut differenzierter Schweißdrüsentumor, der sich durch langsames, lokal infiltrierendes und häufig perineurales Wachstum sowie eine hohe Rezidivneigung auszeichnet. Der Tumor tritt meist bei Patienten zwischen dem 5. und 6. Lebensjahrzehnt in der zentralen Gesichtsregion auf.

Fall:Eine 59-jährige Patientin stellte sich mit einer seit einem Jahr bestehenden, größenprogredienten, druckdolenten, derben, knotigen, hautfarbenen, kaum verschieblichen, unscharf begrenzten Raumforderung im Bereich des medialen Randes der rechten Augenbraue zur Stirn aufsteigend in unserer Klinik vor. Eine augenärztliche Untersuchung hatte keine weiteren pathologischen Auffälligkeiten gezeigt. In einem MRT des Schädels ergab sich eine 1,1 x 1,3 x 2,1 cm messende Raumforderung mit peripher betonter Kontrastmittelaufnahme subkutan im medialen Augenwinkel ohne Knochendestruktion. Es erfolgte die Exstirpation der beschriebenen Raumforderung, wobei sich die Diagnose eines mikrozystischen Adnexkarzinoms des medialen Lidwinkels rechts pT3cN0cM0 R0 ergab. Es wurde eine zweizeitige Deckung durchgeführt. Durch die hohe Rezidivneigung dieser Tumorentität wurde im Tumorboard die Indikation zur lokalen Nachbestrahlung gestellt.

Schlussfolgerung:Trotz des mitunter unscheinbaren Erscheinungsbildes des mikrozystischen Adnexkarzinoms sollte im Falle der Durchführung einer Probenentnahme eine ausreichend tiefe Exzisionsbiopsie erfolgen. Besonders in den oberen Tumoranteilen wirkt das histologische Bild häufig benigne. Die vollständige Tumorresektion ist die Therapie der Wahl. Aufgrund der unberechenbaren Tumorausdehnung stellt die Strahlentherapie eine wichtige Therapieoption zur Minimierung des Rezidivrisikos dar.

Der ältere Patient als Herausforderung

Weichteilhämatom im Halsbereich - typische Komplikation einer Therapie mit einem Vitamin-K-Antagonisten?

S. Koscielny¹, *B. Müller¹, G. Schneider¹, O. Guntinas-Lichius¹

¹HNO-Klinik UKJ, Jena, Deutschland

Einleitung: Blutungen sind, neben der selten auftretenden Cumarinnekrose, die wichtigsten Nebenwirkungen der oralen Antikoagulation mit Vitamin -K - Antagonisten (in Deutschland Phenprocoumon, selten Warfarin). Ca. 1-2% der Bevölkerung Europas erhält eine solche Medikation. Die Epistaxis (eingestuft als „leicht“) ist die häufigste Blutungskomplikation. Unter schweren Blutungen werden intrakranielle, retroperitoneale, intraokuläre, muskuläre (mit Compartment-Syndrom) Blutungen aufgeführt. Spontane Einblutungen in die Halsweichteile werden dagegen nur sehr selten beschrieben.

Fall: Wir berichten über drei Patienten (54, 77 und 87 Jahre alt), welche sich mit Komplikationen einer Phenprocoumontherapie in unserer Klinik in stationärer Behandlung befanden. Die Dauerantikoagulation war aufgrund einer Oberschenkelvenenthrombose, eines akuten Koronarsyndroms und bei z.n. thrombolytischen Komplikationen begonnen worden. Allen drei Patienten gemeinsam war ein Quick - Wert unter 10% und eine Einblutung in die Halsweichteile ohne erkennbare Ursache. Endoskopisch zeigte sich eine ausgeprägte Hämatomisierung mit mittel- bis hochgradiger Verlegung des Pharynx und der Supraglottis. Unter sofortiger PPSB-Gabe und Vitamin K i.v. und oral sowie intensivmedizinischer Überwachung unter Koniotomiebereitschaft konnte das Ausmaß der Hämatomisierung gestoppt werden.

Schlussfolgerung: Wir diskutieren mögliche Ursachen einer Phenprocoumonüberdosierung und stellen das Notfallmanagement bei Blutungskomplikationen unter der Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten vor.

Neurologische Folgen einer Sepsis: Chronische Dysphagie bei Patienten mit Critical Illness Polyneuropathie (CIP) oder Myopathie (CIM)

*J. Zielske^{1,2}, H. Axer³, O. Guntinas-Lichius¹

¹Universitätsklinikum Jena, HNO, Jena, Deutschland

²Universitätsklinikum, Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum Sepsis und Sepsisfolgen, Jena, Deutschland

³Universitätsklinikum, Hans-Berger-Klinik für Neurologie, Jena, Deutschland

Hintergrund

In Zusammenarbeit zwischen der HNO-Klinik Jena und dem Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Sepsis und Sepsisfolgen (Center for Sepsis Control and Care: CSCC), einer Einrichtung des Universitätsklinikums Jena und der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität (FSU) Jena, entstand dieses Projekt. Das IFB ist eines von insgesamt acht Integrierten Forschungs- und Behandlungszentren (IFB) in Deutschland, welches vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wird.

Schluck- und Ernährungsprobleme sind wichtige Themen für septischen Patienten auf der Intensivstation. Nicht nur in der akuten Phase, sondern auch als langfristige Beschwerden. Die hohe Sterblichkeitsrate bei Patienten mit schwerer chronischer Dysphagie hängt wahrscheinlich mit dem häufigen Vorkommen von Aspiration und aspirationsbedingten Erkrankungen wie Pneumonie, Infektionen oder Blutungen zusammen. Da Critical-Illness-Polyneuropathie (CIP) und Critical-Illness-Myopathie (CIM) wichtige neuromuskuläre Folgeerscheinungen der kritischen Erkrankung bei septischen Patienten darstellen, vermuten wir, dass CIP und CIM wesentliche Faktoren für das Entstehen und das Fortdauern von Schluckstörungen bei Patienten mit chronischer Dysphagie sind.

Methode

Wir beurteilen die Schluckfunktion bei septischen Patienten die auf CIP und CIM hin untersucht wurden. Nach 2 Wochen (T1) und 4 Monaten (T2) werden die Patienten mittels Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) untersucht und mittels international anerkannter Scores bewertet. Weiterhin werden eine Reihe von schluck- und ernährungsrelevanter Parameter wie Tracheotomie, Zungenbeweglichkeit, Stimmlippenbeweglichkeit etc. überprüft.

Ergebnisse

Patienten mit schwerer Sepsis werden auf Schluckstörungen 2 Wochen nach Beginn (T1) und nach 4 Monaten (T2) unter Verwendung von Standard Dysphagie Scores untersucht. Eine Kontrollgruppe mit Patienten auf der Intensivstation ohne Sepsis wird ebenfalls untersucht. Eine Zwischenanalyse der ersten aufgenommenen Patienten zeigt, dass alle Patienten Schluckbeschwerden in der oralen-, pharyngealen-, oder während beider Phasen haben. Der überwiegende Anteil der Patienten konnte wegen Aspirationsgefahr nicht oral ernährt werden.

Zusammenfassung

Dies ist die erste klinische Studie über Sepsispatienten mit chronischer Dysphagie und Critical Illness Polyneuropathie (CIP) oder Myopathie (CIM). Unsere Hypothese, dass CIP und CIM entscheidende Faktoren für die Entwicklung und das Fortbestehen der Schluckbeschwerden bei Patienten mit Sepsis sind, zeigen sich zum Zeitpunkt T2, wenn mehr Patienten das follow up erreicht haben. Es kann vorläufig geschlossen werden, dass Dysphagie und deren Chronifizierung nach einer Sepsis eine wichtige Langzeitfolge zu sein scheint. Der methodische Ansatz zeigt bereits heute, dass durch diese prospektive Studie, zuverlässige Daten über das Vorkommen von sepsisbedingter chronischer Dysphagie und ihren Vorhersagefaktoren gewonnen werden.