

0001 - Vortrag

Pädiatrische HNO

Endoskopische Diagnostik und Therapie postsakkaler Tränenwegsstenosen im unteren Nasengang

*B. Heidemüller¹, W. Adler¹

¹HNO-Praxis, Am Walkgraben, Chemnitz, Deutschland

Von 2007 bis 2013 wurden bei 220 postsakkalen Tränenwegsstenosen Nasenendoskopien durchgeführt und insbesondere der untere Nasengang inspiziert.

Nur in 10 % der Fälle war das Ostium des Ductus nasolacrimalis offen und es wurde die Indikation zur Dacryocystorhinostomie nach West gestellt.

Zu 90 % fanden sich Ursachen für die Stenosen im unteren Nasengang in Form spaltförmiger Verengungen, membranöser Verschlüsse und Verlegungen des Ostiums durch polypöse Hyperplasien.

Befunde von Erwachsenen und Kleinstkindern sowie deren konservative und operative Behandlung werden demonstriert.

Bei Erwachsenen wurden die verlegten Ostien (N=1 32) in Oberflächenanästhesie freigelegt, wonach 90 % der Patienten beschwerdefrei waren.

Die kongenitalen Stenosen waren alle durch persistierende Hasnersche Membranen bedingt, die ab dem 13. Lebensmonat in Narkose abgetragen wurden (N=30).

Alle Kinder blieben danach dauerhaft symptomfrei.

Möglichkeiten des Temporalistransfers in der onkologischen Rehabilitation und Rekonstruktion

*A. Garayev¹, J. Büntzel¹

¹Südharz Klinikum, HNO, Nordhausen, Deutschland

Fragestellung: Nach Erstbeschreibung vor 100 Jahren ist die Nutzung des Musculus temporalis für die rekonstruktive Chirurgie der Gesichtswichteile oft in Vergessenheit geraten. Wir möchten die Integration dieses Verfahrens in moderne onkologische Konzepte im Vortrag vorstellen.

Methode/Ergebnisse: In einem ersten Schwerpunkt widmen wir uns dabei der Rehabilitation von Patienten mit Fazialisparese nach kompletter Parotidektomie und Bestrahlung, bei denen die nervale Rekonstruktion über Wiederaufbau des Nervus facialis fehlgeschlagen ist. Hier bietet der Temporalistransfer sowohl im Augen- als auch Mundbereich neben der Zügelwirkung die Möglichkeit einer aktiven Mitbewegung, so dass die mimische Starre des Patienten aufgehoben wird. Für diese Chirurgie nutzen wir in der Regel den vorderen und mittleren Anteil des Muskels. Eine entsprechende logopädische Übungstherapie post operationem ist zur aktiven Bewegung dann jedoch notwendig.

Im zweiten Schwerpunkt stellen wir die bisher noch nicht publizierte Möglichkeit der Nutzung des hinteren Anteils des Musculus temporalis für den Wiederaufbau der Ohrmuschel vor. Bei notwendiger großflächiger Teilresektion im oberen Anteil scheint nach unseren Erfahrungen das Material dieses Lappens gut in der Lage zu sein, ästhetisch und funktionell (für Hörgeräte und Brillen) einen zügigen Wiederaufbau innerhalb weniger Wochen zu garantieren.

Schlussfolgerung: Anhand des unserer Patientenbeispiele möchten wir demonstrieren, dass gerade in der plastisch-ästhetischen Chirurgie die Rückbesinnung auf Erfahrenes einen fruchtbaren Boden für Ansätze bietet, der uns zu innovativen Lösungen für anspruchsvolle onkologisch-rekonstruktive Probleme führt.

Erste Ergebnisse nach Cochlea Implant Versorgung bei einseitiger Langzeitertaubung

*A. Kugler¹, J. Langer¹, K. Begall¹

¹AMEOS Klinik Halberstadt, HNO, Halberstadt, Deutschland

Menschen mit einseitiger Taubheit steht seit einiger Zeit die Cochlea Implantat-Versorgung zur Erlangung eines binauralen Hörens zur Verfügung. Erwachsene mit einer lang bestehenden oder sogar angeborenen einseitigen Taubheit stellen dabei weiterhin eine große Herausforderung dar. Besonders problematisch sind das Richtungshören sowie die schnelle Hörermüdung im Störschall, im "Partygespräch". Die asymmetrische Hörerfahrung beider Ohren und die damit stark einseitige Prägung der zentralen Hörbahn lässt einen Hörerfolg nach Cochlea Implantat-Operation jedoch nur sehr schlecht vorhersagen. Das war der Grund für eine retrospektive Untersuchung.

In den Jahren 2011-2013 wurde bei insgesamt 18 Patienten mit einseitiger Taubheit (SSD) ein CI implantiert. Aus dieser Patientengruppe wurden 5 Personen (2 weiblich, 3 männlich) in die Studie aufgenommen. Die Patienten waren zum Zeitpunkt der CI-Implantation $52,4 \pm 15,2$ Jahre alt, die durchschnittliche Ertaubungsdauer der Patienten lag bei $38,6 \pm 13,4$ Jahren. Die 5 Patienten erfüllten das Kriterium der streng einseitigen Taubheit sowie der Langzeitertaubung. Da der Begriff „Langzeitertaubung“ jedoch immer im Zusammenhang zum Lebensalter gesetzt werden muss, wurde eine Mindestdauer der Ertaubung von 25 Jahren als Kriterium gewählt. Präoperativ wurden die subjektiven Probleme anamnestisch erfasst, eine probatorische Hörgeräte-CROS-Versorgung erfolgte ebenfalls. In standardisierten Untersuchungsbedingungen wurde der Effekt der CROS-Versorgung bezüglich der Verbesserung im Richtungshören gemessen. Bei ausbleibendem Effekt wurde nach intensivem Patientengespräch und auf ausdrücklichen Wunsch der Patienten die CI-OP durchgeführt. Nach einer durchschnittlichen Tragezeit des Sprachprozessors von $16 \pm 6,2$ Monaten erfolgte eine Re-Evaluierung der Ergebnisse. Diesbezüglich wurde der Bern Benefit in Single-Sided Deafness Questionnaire (BBSS) verwendet und in einem standardisierten Untersuchungsablauf das Richtungshören mit CI erfasst. Alle Patienten gaben ausschließlich Verbesserungen nach der CI-OP in den kritischen Hörsituationen an. Bezüglich des Richtungshörens wurden eine signifikant höhere Trefferquote der Geräuschlokalisation von durchschnittlich 25% und eine Medialisierung des Höreindruckes festgestellt.

Seltene knorpelige Tumoren des Larynx

*S. Koscielny¹

¹UKJ, HNO-Klinik, Jena, Deutschland

Unter den Neubildungen des Kehlkopfes stellen die Tumoren des knorpeligen Kehlkopfgerüsts eine Seltenheit dar. Am häufigsten handelt es sich um Chondrome der Ringknorpelplatte, in seltenen Fällen findet man auch hochdifferenzierte Chondrosarkome.

Wir haben in den letzten 15 Jahren 4 Patienten mit einem knorpeligen Tumor des Ringknorpels behandelt.

Drei Patienten waren an einem Ringknorpelchondrom erkrankt. Zwei davon wurden zunächst endoskopisch therapiert, wobei bei einem Patienten nach 9 Jahren nach einem Progress eine offene Tumoresektion erforderlich wurde. Dieser Patient erlitt als einziger ein Rezidiv nach 7 Jahren und wurde erneut offen operiert.

Der letzte Patient wurde nach einer 5jährigen Beobachtung bei einem Progress mit Dyspnoe ebenfalls offen operiert. Das Tracheostoma bei beiden offen operierten Patienten konnte verschlossen werden.

Bei dem letzten Patienten war aus einem Tumor der Ringknorpelplatte in Biopsien ein Chondrom gesichert worden. Bei der Resektion ergab sich jedoch zentral ein hochdifferenziertes Chondrosarkom. Dieser Patient ist nach einer sanierenden Operation 13 Jahre tumorfrei.

Seltene knorpelige Tumoren des Ringknorpels können im Einzelfall als Chondrosarkom entarten, die für den Pathologen nur schwer vom Chondrom zu differenzieren sind. Deshalb ist bei einem Tumorprogress immer eine Resektion des Tumors anzustreben.

Management von seltenen medianen Nasenfisteln

*S. Koscielny¹, J. Behnke-Mursch¹

¹UKJ, HNO-Klinik, Jena, Deutschland

Mediane Nasenfisteln sind mit einer Inzidenz von 1:30 000 sehr seltene Fehlbildungen. Ein typische Symptom ist eine unscheinbare äußere Fistelöffnung im Nasenrücken, der Neuroporus.

Es wurden von der Jenaer HNO-Klinik gemeinsam mit der Neurochirurgie 2 Patienten im Alter von 3 Jahren mit einer nasocerebralen Fistel therapiert.

Im ersten Fall wurde durch einen niedergelassenen Chirurgen der Neuroporus als vermeintliche Hautveränderung ohne jede weitere Diagnostik exstirpiert. Drei Monate später kam es zu einer entzündlichen Reaktion. Im MRT fanden wir einen Fistelgang vom Nasenrücken zur Crista galli mit symptomloser Entzündung des basalen Frontalhirns.

Der zweite Patient wurde durch eine Schwellung im medialen Augenwinkel links auffällig. Im MRT reichte die Fistel vom medialen Augenwinkel bis zur Crista galli.

Beide Patienten wurden interdisziplinär über einen bicoronaren transfrontalen Zugang zur Resektion der endokraniellen und extraduralen Anteile bis zur Schädelbasis und den Ossa nasalia. Von dort an wurde über minimale transfaziale Zugänge am Nasenrücken und medialen Augenwinkel der extrakranielle Fistelgang sparsam exstirpiert.

Kleine Veränderungen des Hautkolorits am Nasenrücken, verbunden mit einer kleinen Öffnung können das Erstsymptom einer medianen Nasenfistelsein. Bei jedem Verdacht auf eine solche Fehlbildung sollte zunächst eine MRT-Diagnostik erfolgen. Die Therapie über eine interdisziplinäre Operation durch einen bicoronaren transfrontalen Zugang und sparsame transfaziale Zugänge bot eine funktionell und ästhetische günstige Therapie.

Aktuelle diagnostische und therapeutische Aspekte bei abszedierender Tonsillitis

*K. Breitenstein¹, D. Eßer¹

¹HELIOS Klinikum Erfurt, HNO, Erfurt, Deutschland

Ausgehend von der Frage der Therapiewahl bei Abszess tonsillitis untersuchten wir retrospektiv die in unserer Klinik in den letzten zwei Jahren versorgten Fälle.

Ausgewertet werden konnten die Krankenakten von 243 Patienten, welche zwischen dem 1.1.2012 und dem 31.12.2013 wegen einer Abszess tonsillitis stationär behandelt wurden. Der Altersdurchschnitt im Gesamtkrankengut lag bei 35,6 Jahren. Mit 52,6 % überwogen die männlichen Patienten knapp. Etwas mehr als die Hälfte der Erkrankten waren Raucher. Hinsichtlich der jahreszeitlichen Verteilung fand sich ein etwas überraschendes Ergebnis. Dem einfachen statistischen Mittel folgend müssen wir von etwa 10 Erkrankungsfällen pro Monat ausgehen. Davon ausgehend lagen Häufungen in den Monaten Februar, März und April sowie November und Dezember gleich oft vor, wie in den Sommermonaten. Die meisten Patienten litten seit 4 Tagen an Beschwerden, nur etwa die Hälfte hatte eine ärztlich indizierte Vortherapie mit Antibiotika und Schmerzmittel erhalten, nur bei einem Patienten war eine Spaltung durchgeführt worden. Die Lokalisation war ebenfalls sehr ausgeglichen. Zur Diagnosestellung genügte bei 79,4 % die Klinik und die Entzündungsserologie. Die häufigsten Erreger waren Streptokokken (44,7%). Die Therapie erfolgte in 92 % der Fälle operativ mit Abszess tonsillektomie, davon bei 156 Patienten mit beidseitiger Tonsillenentfernung. Eine alleinige Abszessspaltung erfolgte nur bei 15 Patienten und eine rein konservative Therapie nur bei 5. Postoperativ wurde regelmäßig eine Antibiose verabreicht. Von den 6 beobachteten Nachblutungen mußten 5 operative versorgt werden, betroffen war jeweils die gesunde Seite. Zusammenfassend wird deutlich, dass die Tonsillektomie die bevorzugte Therapie der abszedierenden Tonsillitis ist, die Spaltung ist deutlich in den Hintergrund gerückt.

Endoskopische Therapie großer Speichelsteine

C. Wittekindt¹, G. F. Volk², *T. Kroll¹, J. P. Klußmann¹

¹Universitätsklinik Gießen, HNO, Gießen, Deutschland

²Universitätsklinik Jena, HNO, Jena, Deutschland

Einleitung: Die endoskopische Therapie setzt sich zunehmend in Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Speicheldrüsen durch. Aber nur bis 4 mm ist eine rein endoluminale Therapie zur Bergung von Speichelsteinen erfolgversprechend. Bei größeren Steinen ist ggf. die Kombination aus Sialendoskopie und chirurgischem Vorgehen indiziert. Diese Methode wird als Combined Approach (CA) bezeichnet. Material und Methoden: In die Auswertung flossen Patienten ein, die unter Speichelsteinen litten, die sonographisch 4 mm und größer waren. Hier war eine sialendoskopische Steinbergung nicht sicher zu erwarten. Es wurde zunächst mit der Sialendoskopie begonnen und der Stein aufgesucht. Nach Lokalisation des Steines erfolgte eine Eröffnung des Speicheldrüsenganges, um den Zugang zum Lithos zu ermöglichen. Das Follow-up erfolgte innerhalb eines Jahres. Ergebnisse: Im Zeitraum von März 2008 bis Juni 2010 erfolgten an der Universitätsklinik Jena 72 und von Juni 2010 bis Juni 2013 an der Universitätsklinik Gießen 127 Sialendoskopien, somit insgesamt 199 Sialendoskopien, die in die Auswertung einfließen. Bei 45/199 (22,6%) Patienten wurde ein CA durchgeführt. Davon 7/45 (15,5%) der Gl. parotidea und 38/45 (84,5%) der Gl. Submandibularis. Bei 40/45 (88,9%) konnte der Stein erfolgreich geborgen werden. Im Follow-up, konnten 38/45 (84,5%) der betroffenen Drüsen erhalten werden. 7/45 (15,5%) der Patienten unterzogen sich im Verlauf einer chirurgischen Resektion der Drüse (3/7 (42,8%) Gl. parotidea, 4/7 (57,2%) Gl. Submandibularis). Schlussfolgerung: Eine Sialendoskopie mit CA ist ein minimalinvasiver Eingriff. Bei Steinen, die nicht rein endoskopisch zu bergen sind, was dies kann bei Steinen ab 4 mm der Fall sein kann, ist ein Organerhalt in etwa 80% der Fälle durch Anwendung des CA dieser Methodemöglich.

Versorgung persistierender ösophago-trachealer Fisteln mittels individuell angepassten Fistelepithesen - Epithesentypen, Langzeitergebnisse und Lebensqualität

*M. Herzog¹, S. Plontke¹, S. Plößl¹

¹Universitätsklinikum Halle (Saale), HNO, Halle (Saale), Deutschland

Fragestellung:

Ösophago-tracheale Fisteln können nach Laryngektomie mit oder ohne Anlage einer Stimmfistel auftreten. Eine meist im Anschluss durchgeführte Radio(chemo)therapie erhöht die Wahrscheinlichkeit von Wundheilungsstörungen. Initiale chirurgische Ansätze zum Verschluss der Fistel zeigen eine hohe Rate an Rezidivfisteln. Als konservative Therapiealternative können individuell angepasste Fistelepithesen in den Defekt eingesetzt werden. Es wird im Folgenden eine Fallserie von versorgten Patienten mit Fistelepithesen in Hinblick auf Sprech- und Schluckvermögen, Lebensqualität und Langzeitergebnissen dargestellt.

Methoden:

Fünf Patienten mit ösophago-trachealer Fistel nach Laryngektomie und adjuvanter Radiotherapie werden in Hinblick auf anatomische Dimensionen der Fistel und daraus resultierender Epithesenversorgung analysiert. Die Tragedauer und Veränderung des Materials der Epithesen werden dargestellt. Die Lebensqualität, Sicherheit und Möglichkeiten der Stimmrehabilitation und oralen Kostaufnahme werden evaluiert.

Ergebnisse:

Die anatomischen Dimensionen der Fistel und angrenzenden Luft- und Speisewege variieren stark in Hinblick auf Größe der Fistel und Stenosierung der Luft- und Speisewege. Entsprechend der vorgegebenen Anatomie wurden unterschiedliche Fistelepithesen gefertigt (Fistel-Button mit Stimmprothese, Rohr-Epithese mit Stenosenschienung, Epithese mit freier Rekonstruktion der Speisewege ventral des Tracheostomaniveaus, Epithese mit Füllung großer cervikaler Weichteildefekte). Die Epithesen wurden /werden über mindestens 12 Monate getragen. Die orale Kostaufnahme war bei 2 Patienten komplett und 3 Patienten partiell möglich. In 3 Epithesen wurden Stimmprothesen zur Stimmrehabilitation integriert. Eine Aspirationspneumonie wurde bei keinem Patienten beobachtet.

Schlussfolgerungen:

Die Versorgung mit individuell angepassten Fistelepithesen stellt einen konservativen Therapieansatz bei persistierender ösophago-trachealer Fistel dar. Die Lebensqualität kann durch einen sicheren Aspirationsschutz, Möglichkeit der Stimmrehabilitation und orale Kostaufnahme über lange Strecken erheblich verbessert werden.

Plastisch-rekonstruktive Chirurgie ausgedehnter Defekte von Haut- und Unterhautgewebe im HNO-Gebiet

*R. Stumpf¹

¹Helios-Klinikum Aue, Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Plastische Operationen, Aue, Deutschland

Während die Anwendung umschriebener lokaler Lappenplastiken im Gesicht und am Hals etablierter Bestandteil der operativen HNO-Heilkunde ist, kann der plastische Verschluss ausgedehnter Defekte nach Exstirpation von Hauttumoren im Bereich von Schulter, Gesicht, Hals und vor allem an der behaarten Kopfhaut eine schwierige Herausforderung sein. Dabei ist eine enge Kooperation mit der operativen Dermatologie wichtig.

Anhand von Fallbeispielen aus dem Patientengut unserer Klinik werden die verschiedenen Möglichkeiten der Defektdeckung großer Hautdefekte dargestellt und die jeweiligen Vor- und Nachteile herausgearbeitet. Dabei wird auf die neue Möglichkeit der komplexen Wundbehandlung mit der Vakuumdrainage ebenso eingegangen wie auf gestielte Nah- und Fernlappen, freie mikrovaskulär anastomosierte Transplantate und die Anwendung von Skin Expandern.

Eine Standard-Technik für große Defekte ließ sich nicht ermitteln. Eine besondere Herausforderung stellte in unserem Patientengut die Versorgung von Defekten der behaarten Kopfhaut dar, da die üblichen lokalen Lappenplastiken, wie bilobed flap, Z-Plastik oder Verschiebelappen hier aufgrund des nur minimalen Hautüberschusses auch bei alten Menschen oft nicht ausreichend sind. Vor allem bei mittelgroßen Defekten hat sich der drei- oder vierzipflige Rotationslappen (Irisblendenlappen) als Basistechnik bewährt. Des Weiteren ist eine Fülle verschiedener Techniken je nach Defektgröße, Lokalisation und Patientenzustand zur Anwendung gelangt.

Insgesamt ist zur sicheren Versorgung von großen Defekten der Cutis sowie der Subcutis im HNO-Gebiet ein breites Repertoire an verschiedenen Techniken des plastischen Defektverschlusses erforderlich. Für jeden Patienten muss unter Beachtung des Lokalbefundes und des Patientenzustandes der oft hochbetagten Menschen ein individuelles Behandlungskonzept erarbeitet werden.

Rekonstruktion des zervikalen Oesophagus mit einem mikrovaskulär anastomisierten Radialstransplantat nach Oesophagustumorresektion

*Y. Frost¹, R. Stumpf¹

¹HELIOS Klinikum Aue, Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Aue, Deutschland

Einleitung: Das Oesophaguskarzinom ist eine seltene maligne Neoplasie mit einer Inzidenz von ca. 10/100000 Einwohner/Jahr. Aufgrund fehlender bzw. unspezifischer Frühsymptome wird es häufig erst spät diagnostiziert. Die chirurgisch kurative Resektion ist im Vergleich zur Chemotherapie und Bestrahlung die Therapie mit den größten Erfolgsaussichten. Allerdings bringt nur eine R0-Resektion im Vergleich zu Palliativmaßnahmen eine Prognoseverbesserung. Die 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei ca. 20%. Zielkriterien sollten nicht nur die Überlebenszeit, sondern vor allem die Lebensqualität sein. Der Anteil der zervikalen Oesophaguskarzinome (bis ca. 18 cm ab Zahnreihe) liegt bei nur 2%. Aufgrund der Seltenheit besteht keine Einigkeit bezüglich des besten therapeutischen Vorgehens. Bei häufig fortgeschrittenen Tumorstadien und der Gefahr der erheblichen funktionellen Einbußen durch die enge Lagebeziehung zu Larynx und Trachea wird nur selten eine primäre Resektion in Betracht gezogen.

Material: Vorgestellt wird ein 54-jähriger Patient mit einem Plattenepithelkarzinom des zervikalen Oesophagus ohne Infiltration der Umgebungsstrukturen. Die Oesophagusresektion mit Magenhochzug wurde aufgrund der hohen Morbidität von den chirurgischen Kollegen kritisch gesehen. Es erfolgt die partielle Resektion des kaudalen Hypopharynx durch Pharyngotomie und die zervikale komplette Oesophagusresektion. Die Wiederherstellung der Kontinuität erfolgt mittels eines freien mikrovaskulär-anastomisierten Radialstransplantates. Postoperativ zeigt sich endoskopisch eine ungestörte Passage bei reizlos eingeeiltem Transplantat, die Ernährung ist komplett oral möglich. Die 5 Wochen nach Entlassung aufgetretene zirkuläre Narbenstriktur am distalen Rand des Transplantates kann erfolgreich bougiert werden. Eine weitere onkologische Therapie ist nicht notwendig.

Ergebnis: Im Einzelfall kann ein begrenzter Tumor des zervikalen Oesophagus chirurgisch kurativ reseziert und die Kontinuität mit Hilfe eines Radialstransplantates wieder hergestellt werden.

Schlussfolgerung: Für die chirurgische Behandlung von zervikalen Oesophaguskarzinomen ist eine differenzierte Indikationsstellung erforderlich. Der interdisziplinären Zusammenarbeit kommt dabei sowohl zur Operationsindikationsstellung als auch zur postoperativen Weiterbehandlung eine große Bedeutung zu.

Die traumatische Trommelfellperforation - Erfahrungen zur Behandlung aus einer ländlichen HNO - Praxis

*B. Scheffler¹

¹HNO-Praxis Dr. Scheffler, Rietberg, Deutschland

Bei den traumatischen Trommelfellperforationen wird bei Kontaminationverdacht der Verletzung in der Regel auf eine Schienung verzichtet. Die Erfahrung zeigt, daß diese Verletzungen meist gut heilen. Aus diesem Grund verzichte ich auf die Trommelfellschienung und habe die in meiner Praxis seit 3'2002 behandelten Patienten retrospektiv, nach der ersten Auswertung und den guten Ergebnissen 2005, dann alle Patienten ab 9'2005 prospektiv ausgewertet. Insgesamt wurden 108 Patienten unter der Diagnose behandelt, und die Defekte nicht abgedeckt. Die häufigsten Ursachen waren in absteigender Häufigkeit: Schlag auf das Ohr, Barotrauma, Wattestäbchen, Ohrspülungen und Ballsport. Kontrolliert werden konnten 96 der offen behandelten Perforationen. Von diesen waren bei der Kontrolle 93 verschlossen, bei dreien verblieb eine Perforation. Hierbei handelt es sich um 2 Perforationen in einer atrophen Narbe, bei einer Perforation war nach 6 Wochen eine deutliche Heilungstendenz sichtbar, fiel dann aber aus dem follow up heraus. Aufgrund der beschriebenen Fallzahl und der guten Ergebnisse ist zu diskutieren, ob eine traumatische Trommelfellperforatio primär nicht geschient werden sollte.

Spätmetastase eines Rektumkarzinoms oder CUP-Syndrom?

*M. Härtel¹, M. Thranitz¹, J. Knolle¹, S. Knipping¹, R. Hirt¹

¹Städtisches Klinikum Dessau, HNO, Dessau, Deutschland

Einleitung:

Spät- und Fernmetastasen nicht originärer HNO-Tumoren sind seltene und schwer von einem CUP-Syndrom abgrenzbare Tumore im Kopf-Hals-Bereich.

Methode:

Wir berichten über einen 75-jährigen Patienten mit einer progredienten zervikalen Schwellung. 4 Jahre zuvor unterzog sich der Patient einer multimodalen Therapie wegen eines Adenokarzinoms des Rektums mit pulmonaler Metastase. Der Patient klagte über Dyspnoe, Dysphonie und Dysphagie. Klinisch imponierte ein obstruierendes, endolaryngeales Oedem. In der Bildgebung kam ein raumfordernder Prozess mit Infiltration des Larynx zur Darstellung. Es erfolgten eine Panendoskopie, Probenentnahmen und die Exstirpation eines zervikalen Lymphknotens. In der histologischen Aufarbeitung ergab sich der Befund einer singulären Metastase des bekannten Rektumkarzinoms. Das Primärstaging zeigte keinen Anhalt für ein Lokalrezidiv oder eine andere Filialisierung des ehemaligen Rektumkarzinoms.

Ergebnisse:

Die Therapie bestand in einer Laryngektomie mit Provox-Sprechfistel und einer Neck dissection beidseits. Die Bestimmung einer möglichen Mutation des K-RAS Gens ergab einen Wildtyp. Nach Absprache im Tumorboard erfolgte bei Spätmetastase des bekannten Adenokarzinoms des Rektums eine systemische Nachbehandlung peroral mit einem 5-FU Prodrug.

Schlussfolgerung:

Bei Tumoren im Kopf-Hals-Bereich und der entsprechenden Anamnese ist eine Spätmetastasierung nach vorhergegangener Tumorerkrankung differentialdiagnostisch zu erwägen. Das aggressive Wachstumsverhalten der Metastase führte in diesem Fall zur Laryngektomie. Die Abgrenzung zu einem CUP ist schwierig. Die Therapie richtet sich nach Art und Ausmaß des Organbefalls und funktionellen Einschränkungen.

Die Aplasie der Trachea als seltene Fehlbildung

*S. Koscielny¹, P. Vitek¹, R. Gottschall¹

¹UKJ, HNO-Klinik, Jena, Deutschland

Die Aplasie der Trachea tritt nach Literaturangaben in 1:50000-100000 Geburten auf.

Trotz kontinuierlicher Registrierung aller Neugeborenen und der aufgetretenen Besonderheiten zu Zeiten der DDR konnte im Universitätsklinikum Jena bisher seit den 70ziger Jahren solch ein Fall nicht beobachtet werden.

Wir möchten über den Fall eines Neugeborenen berichten, welches mit einer vollständigen Trachealaplasie geboren wurde. Der Versuch einer oralen Intubation misslang ebenso wie der einer Tracheotomie, wobei keine Trachea identifiziert werden konnte.

Daraufhin wurde das Kind ösophageal intubiert und die Atemsituation konnte mit reiner Sauerstoffgabe unter Spontanatmung stabil gehalten werden. Die durchgeführte CT-Diagnostik ergab das völlige Fehlen der Trachea, lediglich der rechte Hautbronchus ließ sich nachweisen. Eine sinnvolle therapeutische Option bestand auch nach einer sofortigen Literaturrecherche nicht. In der folgenden Nacht verstarb das Kind. Die Sektion zeigt die Aplasie der Trachea, der rechte Hauptbronchus ging vom Ösophagus ab.

Tagesklinische Behandlung im Tinnitus-Zentrum Jena

D. Ivansic-Blau¹, *B. Müller¹, G. F. Volk², G. Schneider², O. Guntians-Lichius¹

¹Universitätsklinikum Jena, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Tinnitus-Zentrum, Jena, Deutschland

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

Einleitung: Patienten mit chronischem dekompensierten Tinnitus leiden unter Einbußen der Lebensqualität durch z.B. Schlaf- und Konzentrationsstörungen, häufig begleitet durch eine Angst- und Panikstörung oder depressive Symptomatik. Deutschlandweit wird von etwa 1,5 Millionen Betroffenen ausgegangen, was den Tinnitus als sozioökonomisches Problem hervorhebt. In Deutschland werden diese Patienten meistens im Rahmen einer stationären oder Rehabilitationsmaßnahme behandelt, was mit hohen Kosten einhergeht. In Abstimmung mit den gesetzlichen Krankenkassen haben wir ein tagesstationäres, berufsgruppen-übergreifendes Therapiekonzept entwickelt, welches zu erheblichen Kosteneinsparungen führen kann.

Kasus: Im Tinnitus-Zentrum Jena bieten wir seit Juli 2013 eine interdisziplinäre, tagesklinische Therapie über 5 Tage mit einer psychologischen, ärztlichen und physiotherapeutischen Betreuung an. Wir stellen hiermit Daten der ersten 200 Patienten vor, die belegen, dass das von uns durchgeführte Therapiekonzept eine starke Akzeptanz bei den Patienten findet und zu einer Verminderung der Tinnitus-assoziierten Problematik führt. Im Tinnitus-Fragebogen (Goebel und Hiller, 1998) betrug die mittlere Punktzahl vor Beginn der Therapie im Mittel 52 Punkte (dekompensierter Tinnitus) und unmittelbar nach der teilstationären 5-Tage Therapie im Mittel 39 Punkte (kompensierter Tinnitus). Diese signifikante Reduktion der Tinnitusbelastung blieb mit 34 Punkten im Tinnitus-Fragebogen auch 6 Monate nach Therapieende stabil.

Schlussfolgerung: Wir stellen das Therapiekonzept des Tinnitus-Zentrums Jena vor. Die Daten aus unserem Patientenkollektiv zeigen, dass eine einwöchige tagesklinische interdisziplinäre Therapie zu einer klinisch bedeutsamen und stabilen Verringerung der Tinnitusbelastung führt. Hiermit stellt unsere tagesklinische Behandlung eine effektive, aber kostengünstige Alternative der Behandlung von Patienten mit chronisch-dekompensierten Tinnitus dar.

Dualtherapie von Omalizumab (Xolair) und Spezifischer Immuntherapie bei beruflichbedingter Mehlstauballergie mit ganzjähriger Rhinokonjunktivitis allergica und allergischem Asthma bronchiale.

*C. Kirchner¹, B. Hauswald¹, Y. Yarin¹, J. Boxberger¹, T. Zahnert¹
¹HNO-Universitätsklinikum, Dresden, Deutschland

Die Inhalation von Mehl führt bei Bäckern häufig zu „Bäckerasthma“. Die Patienten leiden bei Mehlkontakt unter rhinokonjunktivalen Beschwerden und häufigen Exazerbationen des allergischen Asthma bronchiale. Die Erkrankung stellt für die Betroffenen ein existenzbedrohendes und allgemein ein ökonomisch-soziales Problem dar.

Retrospektiv betrachteten wir seit 2007 10 Bäcker mit einer Mehlstauballergie bei einem bekannten beruflich bedingten Asthma bronchiale, welche unter vorangegangener spezifischer Immuntherapie gegen Roggen- und Weizenmehl weiterhin eine ausgeprägte Symptomatik aufwiesen. Hierbei drohte der Verlust der Ausübung des Bäckerhandwerks. Die allergologische Diagnostik der Patienten (3 w, 7 m) im Alter von 19 bis 49 Jahren beinhaltete neben der allergologischen Spezialanamnese, der Spirometrie, Scratch- sowie Prick-zu-Prick-Tests und nasalen Provokationstests, die Bestimmung des spezifischen IgE von Weizenmehl, Roggenmehl, der α -Amylase und des Gesamt-IgE. Da sich die spezifische Immuntherapie (SIT) bei diesen Patienten als nicht ausreichend erwies, wurden die Patienten einer Dualtherapie bestehend aus kausaler SIT und symptomatischer Behandlung mit dem Anti-IgE-Antikörper Omalizumab unterzogen. Basierend auf dem Gesamt-IgE-Spiegel (kU/l) und dem Gewicht des Patienten (kg) wurde Omalizumab in einer Dosis von 300 - 450 mg alle 4 Wochen subkutan injiziert.

Unter der Therapie mit Omalizumab trat eine Verbesserung der nasalen, konjunktivalen und bronchialen Beschwerden um 80-90% ein. Bei 4 Patienten (1 w, 3 m) erfolgte ein Auslassversuch der Therapie mit Omalizumab nach 2 bis 6 Jahren (durchschnittlich 4,25a). Bei der Hälfte der Patienten wurde aufgrund der erneuten progredienten Beschwerdesymptomatik die Therapie Omalizumab 4 Monate nach Beendigung wiederaufgenommen. Die anderen beiden Patienten zeigen eine Persistenz der Beschwerderegredienz. In einem Fall sogar seit 3 Jahren.

Die duale Therapie aus spezifischer Immuntherapie und Omalizumab stellt eine sichere und effiziente Behandlungsoption der berufsbedingten Mehlstauballergie dar. Durch die Regredienz der Beschwerden kann die Lebensqualität der Patienten verbessert und die Gefahr der Berufsunfähigkeit abgewendet werden. Eine lebenslange Therapie scheint nicht in jedem Fall notwendig zu sein.

Fremdkörperingestion beim Kleinkind

Autoren: Albert Goxhufi, B. Bräuer, D. Böger

Klinik für HNO-Heilkunde/Plastische Operationen, SRH Zentralklinikum Suhl

*G. Albert¹, B. Bräuer¹, D. Böger¹

¹SRH-Klinikum-Suhl, HNO, Suhl, Deutschland

Einleitung:

Fremdkörperingestionen kommen vor allem im Kindesalter sehr häufig vor und bleiben großteils unbemerkt und asymptomatisch. Der Altersgipfel liegt im Kleinkindalter und bewegt sich zwischen spätem Säuglingsalter und Vorschulalter. Es gibt viele verschiedenen Arten von verschluckten Fremdkörpern, dabei unterscheidet man grundsätzlich zwischen organischen(Nahrungsbestandteile wie Nüsse, Karottenstücke, Bonbons) und anorganischen Fremdkörpern(wie Münzen, Glasmurmeln, Plastikteilchen). Über 80% der von Kindern verschluckten Fremdkörper sind Münzen. An erster Stelle steht bei der Fremdkörperingestion die rasche und sinnvolle Diagnostik.

Patient/Methoden:

Wir berichten über ein 2-jähriges Mädchen, welches laut der Mutter beim Spielen einen Fremdkörper verschluckt hat. Dabei hatte das Mädchen Würgereiz aber keine Dyspnoe. Bei dem durchgeführten Thoraxröntgen sah man einen ca. 2cm großen rundlichen Fremdkörper im Bereich des Oesophaguseingangs. Nach einem ausführlichen Aufklärungsgespräch mit den Eltern erfolgte die rasche Vorbereitung zur operativen Fremdkörper Entfernung in Narkose. Intraoperativ zeigte sich eine ca. 2cm große rundliche Glasmurmeln am oberen Oesophagussphinkter, welcher nach einer schwierigen Entfernung und intraoperativen Schwellung, komplett geborgen wurde. Postoperativ erfolgte die antibiotische Abschirmung mit Cefuroxim und die Überwachung auf der Kinderintensivstation. Am nächsten Tag wurde das Mädchen in stabilem Allgemeinzustand auf die Normalstation verlegt. Der weitere stationäre Verlauf war komplikationslos.

Diskussion:

Generell kann man festhalten, dass Kinder unter dem Alter von 3 Jahren keinen Zugriff zu Gegenständen unter einem Durchmesser von ca. 3 cm haben sollten. Älteren Geschwistern muss man vermitteln, kleines Spielzeug nicht in der Nähe des Kleinkindes herumliegen zu lassen. Wichtig ist auch, einem Kind vor dem 3. Lebensjahr keine Nüsse, Hartbonbons und Kaugummi zum Verzehr anzubieten.

Diagnostik und Therapie bei orbitalen Komplikationen

*R. Hirt¹, J. Hirt², S. Knipping¹

¹Städtisches Klinikum Dessau, Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, plastische Operationen, Dessau-Roßlau, Deutschland

²Städtisches Klinikum Dessau, Klinik für Innere Medizin, Dessau-Roßlau, Deutschland

Hintergrund: Sinugene Orbitakomplikationen stellen schwerwiegende Erkrankungen dar, die ein rechtzeitiges Erkennen, kompetentes Handeln und eine adäquate Therapie erfordern. Im klinischen Alltag wird oft von „Orbitaphlegmone“ gesprochen, obwohl diese schwere Ausprägung eher selten zu beobachten ist. Somit ist weiterhin von einer verbreiteten Unkenntnis der zugrunde liegenden Pathomechanismen auszugehen. Eine korrekte Einstufung in das jeweilige Stadium der Orbitainfektion und eine daraus resultierende Therapieempfehlung sind jedoch für die Prognose des Patienten entscheidend.

Material und Methoden: Im Rahmen einer retrospektiven Untersuchung von Patientenakten der Universitätsklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie Halle wurden orbitale Komplikationen aus dem Behandlungszeitraum vom 1.1.2000 bis 31.12.2010 erfasst. Insbesondere wurden Daten zur Epidemiologie, Diagnostik und die angewendeten Therapieverfahren erfasst.

Ergebnisse: Aus dem Beobachtungszeitraum konnten 109 Patientenakten mit der Diagnose „Affektionen der Orbita“ (ICD-10 H05) identifiziert werden. Insgesamt konnten die Daten von 49 Patienten mit sinugener orbitaler Komplikation ausgewertet werden. Es handelte sich um 36 männliche und 13 weibliche Patienten. 53,1% des Patientenkollektivs waren Kinder und Jugendliche im Alter von 1-20 Jahren. Orbitale Komplikationen wurden anhand nach Chandler eingestuft. Die Stadien I und II nach Chandler traten am häufigsten auf. 26 Patienten (53,1%) zeigten ein präseptales Lidödem (Stadium I) und 11 Patienten (22,4%) zeigten eine Periostitis (Stadium II). Bei 75% dieser Patienten konnte erfolgreich konservativ behandelt werden. Patienten ab Stadium III nach Chandler erhielten eine kombinierte Therapie durch Antibiotika-Gabe und operativer Sanierung.

Schlussfolgerung: Sinugene Orbitakomplikationen treten häufig im Kindes- und Jugendalter auf. Bei rechtzeitigem Erkennen der orbitalen Symptomatik im Stadium I und II nach Chandler kann eine alleinige konservative Therapie erfolgreich sein. Ab Stadium III sollte eine Operation in Erwägung gezogen werden. Die Einteilung nach Chandler ermöglicht eine korrekte Therapieempfehlung.

Schließt eine unauffällige Bildgebung ein Malignom der Glandula parotis als Ursache einer peripheren Fazialisparese aus?

*A. Heyn¹, O. Guntinas-Lichius², J. Stadler¹

¹Heinrich Braun Klinikum gGmbH Standort Zwickau, Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Zwickau, Deutschland

²Friedrich-Schiller-Universität, Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Jena, Deutschland

Die idiopathische Fazialisparese ist eine Ausschlussdiagnose, bei deren Auftreten immer an ein Parotismalignom zu denken ist. In 95% der Fälle kommt es nach Wochen oder wenigen Monaten zu einer meist vollständigen Erholung.

Wir stellen den Fall einer persistierenden Fazialisparese ohne Nachweis einer malignen Raumforderung der Glandula parotis im MRT bei einem 75-jährigen Mann vor. Seit Oktober 2012 ist bei dem Patienten eine periphere Fazialisparese auffällig. Es erfolgte eine ausführliche Diagnostik mit Sonografie- und MRT-Kontrollen, die keinen Nachweis einer Ursache / eines Malignoms auch im Verlauf zeigten. Erst nach Auftreten einer präauriculären Effloreszenz im Januar 2014 konnte durch Extirpation eine subcutane Metastase eines schlecht differenzierten Adenokarzinoms, vermutlich der Glandula parotis, nachgewiesen werden. In der anschließend durchgeführten subtotalen Parotidektomie mit umschriebener Nervenresektion konnte kein Primärtumor gefunden werden, aber der histologische Nachweis einer Infiltration des Nervus facialis durch ein schlecht differenziertes Adenokarzinom. Auch nach radikaler Parotidektomie mit Resektion des kompletten Fazialisfächers konnte ein Adenokarzinom der Glandula parotis nicht nachgewiesen werden. Zur Primärtumorsuche führten wir zuvor sogar ein PET-CT durch, welches keinen Hinweis auf Herde eines Primärtumors lieferte.

Der Fall zeigt, dass eine unauffällige Bildgebung ein Malignom als Ursache einer Fazialisparese nicht ausschließt. Zu einer ähnlichen Schlussfolgerung zumindest bzgl. des MRT kommt auch Jungehülsing (2000).

Bei persistierender peripherer Fazialisparese ohne Anzeichen einer Regeneration nach 6 Monaten ist bei unauffälliger Bildgebung über eine chirurgische Therapie nachzudenken.

Otogener Hirnabszess bei tumoröser Zerstörung der Schädelbasis

*I. Bašteková¹, J. Stadler¹

¹Heinrich Braun Klinikum gGmbH Standort Zwickau, Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Zwickau, Deutschland

Otogene Enzephalitis und ein otogener Hirnabszess stellen gefürchtete Komplikationen der Otitis media dar. Mit der Einführung wirksamer Antibiotika konnte das Auftreten dieser Komplikationen weitgehend verhindert werden. Jedoch ist die Entwicklung dieser Erkrankungen auch bei rechtzeitigem Einsatz von Antibiotika nicht immer auszuschließen.

Wir stellen eine 71-jährige Patientin vor, welche unsere Klinik bei seit ca. 1 Woche bestehenden Kopfschmerzen und Fieber aufsuchte. Klinisch bestanden ein eingeschränktes Bewusstsein und links eine schleimig-eitrige Otorrhoe bei einem ausgedehnten Trommelfelldefekt. Rechts war das Trommelfell verdickt mit Detritus. In der Computertomographie zeigten sich eine Zerebritis temporobasal rechts, sekretverlegte Mastoidzellen rechts und Sekretretentionen in den Mastoidzellen links. Nach Liquorpunktion konnte der klinische Verdacht auf eine Meningitis bestätigt werden. Bei der Patientin handelt es sich um ein Z. n. definitiver Radiochemotherapie wegen eines Nasenrachenkarzinoms T4N2cM0, ED 01/11.

Die Versorgung der Patientin erfolgte zunächst mit einer Antibiose - Rocephin, Unacid sowie initial Gentamycin. Es erfolgte eine operative Versorgung durch Mastoidektomie und Paukendrainage rechts sowie Otoskopie links. Der Zustand der Patientin stabilisierte sich unter der Therapie klinisch. Trotz der frühzeitigen und intensiven Therapie entwickelte die Patientin eine Enzephalitis und im Verlauf einen Hirnabszess, der im MRT festgestellt wurde. Es bestand die Notwendigkeit der operativen Therapie durch die Kollegen der Neurochirurgie. Dabei erfolgte eine Kraniotomie mit Abszessausräumung und Deckung der Temporobasis über Interponation eines autologen Faszia-lata-Transplantates.

Otogene Enzephalitis und otogener Hirnabszess stellen heute zwar sehr seltene, aber auch bei maximaler Therapie nicht auszuschließende Komplikationen einer Otitis media dar. In unserem Fall war die Ausbreitung der Entzündung wahrscheinlich durch die partielle Zerstörung der Schädelbasis aufgrund eines früheren Tumorleidens begünstigt. Die aktuelle Bildgebung (CT und MRT) ergab aber keinen Hinweis auf das Vorliegen eines Tumorrezidivs.

Ein realistischer Trainingssimulator für die schwierige Intubation bei HNO-Tumorpatienten und dessen Validierung durch Anästhesisten

*J. Hafez¹, C. Köhler¹, W. Korb¹, A. Boehm¹, A. Dietz¹

¹ICCAS Leipzig, Leipzig, Deutschland

Einleitung

Im Rahmen der Allgemeinanästhesie steht der schwierige Atemweg als am meisten gefürchtetes Risiko im Vordergrund. Das difficult airway Management ist daher Gegenstand intensiver Trainings in der Anästhesie. Die auf dem Markt verfügbaren Intubationssimulatoren bilden jedoch bei generell kleinem Realitätsgrad eine schwierige Atemwegssituation nur ungenügend ab. Stellt unser für die Panendoskopie entwickelter CT-Daten basierter, optisch und haptisch realitätsnaher Kunststoffsimulator einen schwierigeren Atemweg dar als bisher verfügbare Intubationstrainer?

Methoden

Im Rahmen des Deutschen Anästhesiekongresses 2014 in Leipzig führten 12 erfahrende Anästhesisten eine Intubation am Panendoskopiesimulator durch. Zur Evaluation des Simulators wurden die Intubation mittels Tonband- und Videoaufnahme festgehalten und analysiert. 12 Fragen zum Simulator wurden beantwortet.

Ergebnisse

Die Interviewteilnehmer waren erfahrene Anästhesisten (im Durchschnitt 17 Facharztjahre und 275 schwierige Intubationen). Das Modell wurde von allen Teilnehmern insgesamt, von seiner Haptik und Optik als realistisch beurteilt. Der abgebildete Atemweg wurde mit einem Cormack Score von durchschnittlich 3 bewertet und von 10 Teilnehmern als herausfordernd, für Anfänger als schwierig eingestuft. 50% sahen einen Bedarf für ein interdisziplinäres Teamtraining zwischen HNO und Anästhesie. Als Verbesserungsvorschläge wurde vorwiegend die Abbildung spröder, deformierter Zähne, eine Einschränkung der Mundöffnung und HWSbeweglichkeit, sowie die Integration von Blutungen genannt.

Schlussfolgerungen

Der Panendoskopiesimulator ist realistisch und für ein difficult airway Training geeignet. Es besteht ein Bedarf ein interdisziplinäres Teamtraining zwischen HNO und Anästhesie für das Atemwegsmanagement und die Panendoskopie zu entwickeln.

0021 - Vortrag

Freie Themen

Moderne vestibulocochleäre Funktionsdiagnostik am Beispiel des Falls einer 33 jährigen Patientin mit einem Tumor im Bereich des Saccus endolymphaticus (ELST).

*T. Schulz¹, D. Eßer¹

¹Helios-Klinikum-Erfurt, HNO, Erfurt, Deutschland

ELST-Tumoren sind sehr seltene, lokal invasiv und teilweise sehr aggressiv wachsende Tumoren im Bereich des Saccus endolymphaticus. In der folgenden Präsentation wird über die Symptomatik, die Diagnostik und Therapie dieser Tumorentität am Beispiel des Falls einer 33 jährigen Patientin berichtet. Einen Schwerpunkt der Präsentation stellen dabei die prä- und postoperativen Befunde der erfolgten modernen vestibulocochleären Funktionsdiagnostik (u.a. vKIT, Videonystagmografie, Kalorik) dar.

Stabilisierung von HIF-1 α : Grundlage frühzeitiger Metastasierung und gesteigerter Glykolyse in HPV-positiven Kopf-Hals-Karzinomen?

*S. J. Sharma¹, C. Holler¹, J. Knuth¹, S. Wagner¹, C. Wittekindt¹, J.- P. Klussmann¹
¹HNO Uni Giessen, Giessen, Deutschland

Einleitung: In HPV-assoziierten Kopf-Hals-Karzinomen (HNSCC) wird der Hypoxie-induzierende-Faktor-1 α (HIF-1 α) unabhängig vom Sauerstoffangebot durch HPV-Onkoproteine E6/E7 stabilisiert. HIF-1 α -induzierte Genexpression ist mit einer malignen Tumorzelltransformation assoziiert. Die klinische Beobachtung zeigt eine frühzeitige Metastasierung von HPV-pos. HNSCC. Dies könnte durch eine frühzeitige epithelial-mesenchymale Transition (EMT) begründet sein. HIF-1 α induziert eine gesteigerte Glykolyse (Warburg-Effekt). Bei HPV-assoziierten HNSCC scheinen virale Onkoproteine eine gesteigerte Glykolyse über die Stabilisierung von HIF-1 α auszulösen. Die modulierende Wirkung von HPV auf die Hypoxie-Kaskade und die resultierende Wirkung auf die Glykolyse soll untersucht werden.

Methode: HPV-pos. und -neg. HNSCC Zellkulturen wurden unter Hypoxie kultiviert. Anschließend erfolgte die molekular- und zellbiologische Analyse der beteiligten Signalwegskomponenten.

Ergebnisse: HPV-pos. Zelllinien zeigen eine erhöhte basale Expression von HIF-1 α unter Normoxie, sowie eine stärkere Akkumulation unter Hypoxie. Die basale Expression der Prolylhydroxylase 2 (PHD2) ist unter Normoxie bei HPV-pos. Zelllinien vermindert, jedoch übersteigt ihre Expression unter Hypoxie deutlich die der HPV-neg. Zudem zeigt sich bei HPV-pos. HNSCC eine Degradierung von E-Cadherin. Das Adhäsionsmolekül verliert unter Hypoxie bei HPV-pos. HNSCC-Zelllinien seine Membranständigkeit.

Schlussfolgerung: Der Verlust des Adhäsionsmoleküls E-Cadherin ist mit einem erhöhten Metastasierungsverhalten von Tumoren assoziiert. Die durch HPV-Onkoproteine induzierte Stabilisierung von HIF-1 α und der Verlust von E-Cadherin kann die frühzeitige Metastasierung HPV-positiver HNSCC erklären. Therapeutischer Ansatzpunkt wäre eine gezielte „antihypoxische“ Medikation, um das Metastasierungsverhalten zu modulieren. Ebenfalls könnte aufgrund der HIF-1 α Stabilisierung eine gesteigerte Glykolyse in HPV-pos. HNSCC Zellen hervorgerufen werden, deren Metabolite für die Zellproliferation zur Verfügung stehen würden. Aufgrund des variierenden Expressionsverhaltens von PHD2 bei HPV-pos. und -neg. Zelllinien schließen wir, dass die viralen Onkoproteine Einfluss auf die Expression von PHD2 nehmen.

Verschluss von großen Haut- und Weichteildefekten im Gesichtsbereich mittels mikrovaskulär anastomosiertem Radialislappen

*W. Völkel¹, F. Pabst¹

¹Städtisches Klinikum Dresden-Friedrichstadt, Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,, Dresden, Deutschland

Der mikrovaskulär anastomosierte Radialislappen findet eine breite Anwendung in der rekonstruktiven Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich. Am häufigsten werden Defekte im Oro- und Mesopharynx mit diesem Lappen rekonstruiert. Der Einsatz hingegen zur Deckung von Defekten im Gesichtsbereich ist weit weniger häufig, stellt hier aber eine Alternative zu lokalen Lappenplastiken dar. In unserer Klinik kam der Radialislappen zum einen bei einer Patientin nach Resektion eines Leiomyosarkoms temporal links zum Einsatz, zum anderen haben wir mit diesem Lappen einen Defekt nach Nachresektion eines Plattenepithelkarzinoms im Bereich der Wange verschlossen. Die Lappen heilten in beiden Fällen gut lokal ein und es resultierte eine gutes kosmetisches Endergebnis.

Zusammenfassend stellt der mikrovaskulär anastomosierte Radialislappen eine mögliche Alternative zum Verschluss von größeren Haut- und Weichteildefekten im Gesichtsbereich dar.

Seltene Differentialdiagnose einer linksseitigen Recurrensparese

*C. Ondruschka¹, V. Baumgarten¹, E. Scholz¹

¹Gesundheitszentrum Bitterfeld/ Wölfen, HNO-Klinik, Bitterfeld, Deutschland

Einleitung Obwohl die Schädigung des N. laryngeus recurrens ein seltenes Ereignis bei Schilddrüsenoperationen darstellt, ist sie doch die mit Abstand häufigste Ursache einer ein- oder beidseitigen Verletzung des Stimmlippennervens.

Anhand einer Kasuistik möchten wir das thorakale Aortenaneurysma als extrem seltenen Auslöser einer akut aufgetretenen linksseitigen Stimmlippenparese diskutieren.

Kasuistik Ein 54jähriger Patient beklagte eine seit drei Wochen akut aufgetretene Heiserkeit, welche mit einer leichten Belastungsdyspnoe assoziiert war. Im Zeitraum der letzten drei Jahre habe ein ungewollter Gewichtsverlust von ca. 20 kg stattgefunden. Eigenanamnestisch erwähnenswert sind ein längjähriger Alkohol- und Nikotinabusus (40packyears). Im Rahmen der indirekten Laryngoskopie imponierte eine linksseitige Stimmlippenparese in Paramedianstellung bei verstrichenem Sinus piriformis.

Unter der klinischen Verdachtsdiagnose eines malignen Prozesses im Bereich des hypopharyngoösophagealen Überganges wurde eine Panendoskopie geplant.

Im eigentlich zum Ausschluss eines Bronchialkarzinoms veranlassten ThoraxCT zeigte sich ein ausgedehntes Aortenaneurysma.

Dieses wurde alio loco durch einen Ascendens-, Bogen- und Deszendensersatz der Aorta mittels einer EVITA-Prothese sowie einer Reimplantation der supraaortalen Gefäße operativ versorgt.

Schlussfolgerung Thorakale Aortenaneurysmen treten in der Bevölkerung mit einer Inzidenz von 5,9 pro 100000 Einwohner/ Jahr auf und können in seltenen Fällen durch eine Parese der N. laryngeus recurrens in Erscheinung treten. Bei der Durchführung einer starren Ösophagoskopie sollte diese Differentialdiagnose bei erschwelter Passage im Bereich der zweiten Ösophagusenge in Betracht gezogen werden.

Case report: Odontogene Keratozyste des Sinus maxillaris

*N. Jovanovic¹, T. Kroll¹, T. Dreyer², C. Wittekindt¹, J. P. Klussmann¹

¹Universitätsklinik Gießen, HNO-Klinik, Gießen, Deutschland

²Universitätsklinikum Gießen, Institut für Pathologie, Gießen, Deutschland

Einleitung:

Aufgrund von lokal aggressivem Wachstum, der hohen Mitoserate und ihrer Rezidivneigung, wird die odontogene Keratozyste in der aktuellen WHO-Klassifikation als „Keratozystischer Odontogener Tumor“ bezeichnet. Das Wachstumsverhalten ist benigne, obwohl in der Literatur maligne Entartungen beschrieben sind. Das Verteilungsmaximum liegt in der zweiten bis dritten Lebensdekade. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Bei multilokulären odontogenen Keratozysten ist ein Gorlin-Goltz-Syndrom auszuschließen.

Fallbeschreibung:

Ein achtzehn Jahre alter Patient stellte sich mit einer progredienten, linksseitigen Nasenatmungsbehinderung vor. Klinisch zeigte sich eine Vorwölbung der medialen Kieferhöhlenwand in die linke Nasenhaupthöhle. In einer Computertomographie der Nasennebenhöhlen stellte sich eine zystische Raumforderung des linken Sinus maxillaris mit einem Weisheitszahn an dessen Hinterwand dar. Es erfolgte eine endonasale Nasennebenhöhlenoperation mit Fensterung der medialen Kieferhöhlenwand. Der Weisheitszahn an der Kieferhöhlenhinterwand wurde aufgesucht und mit der gesamten Zystenmembran aus dem Sinus maxillaris entfernt. Histologisch ergab sich das Bild eines keratozystischen odontogenen Tumors ohne Anhalt für Malignität.

Schlussfolgerung:

Diagnostiziert werden keratozystische odontogene Tumore häufig als Zufallsbefund im Rahmen von Röntgenaufnahmen oder Zahnoperationen. 70 bis 80% der keratozystischen odontogenen Tumore kommen in der Mandibula vor. Ihr Auftreten im Sinus maxillaris mit ektopen Zähnen ist selten. Aufgrund ihrer Rezidivneigung sind engmaschige postoperative Kontrollen notwendig. Dies kann mit Bildgebungen erfolgen. In dem beschriebenen Fall bieten sich klinische Kontrolle mittels Endoskopie über das offene Kieferhöhlenostium an.

0026 - Vortrag

Freie Themen

Möglichkeiten der operativen Interdisziplinarität beim Retina-Implantat

*F. Pabst¹, H. Sachs²

¹Städtisches Klinikum Dresden, HNO-Klinik Dresden-Friedrichstadt, Dresden, Deutschland

²Städtisches Klinikum Dresden, Augenklinik, Dresden, Deutschland

Fragestellung

Subretinale Implantate werden bei durch Retinitis pigmentosa erblindeten Patienten als Sinnes-Prothesen erprobt. Im Rahmen einer klinischen Studie sollte der zeitliche Operationsablauf optimiert werden.

Methode

Evaluation der Implantationsschritte im Hinblick auf optimale interdisziplinäre Zusammenarbeit

Ergebnisse

Bei bisher 3 implantierten Patienten konnte der Zeitbedarf durch verbesserte Kommunikation der Fachgebiete, parallele Arbeitsschritte und Veränderungen im Ablauf reduziert werden.

Schlussfolgerungen

Das Retinaimplantat erfordert optimale interdisziplinäre Zusammenarbeit am Op.-Tisch und kann neben Traumatologie und Onkologie zu einer dritten Säule der Zusammenarbeit zwischen HNO- und Augenärzten werden.

Tierexperimentelle Untersuchungen zur regenerativen Potenz autologen Knochenmehls zur Obliteration von Knochendefekten.

*M. Neudert¹, A. Kluge¹, M. Kemper¹, R. Jung², K. Spekl², T. Zahnert¹

¹Universitätsklinikum Dresden, Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde, Dresden, Deutschland

²Universitätsklinikum Dresden, Tierexperimentelles Zentrum, Dresden, Deutschland

Fragestellung: Zur Obliteration von Knochendefekten (offene Mastoidhöhlen, Radikalhöhlen) findet autologes Knochenmehl breite Anwendung in der Kopf-Hals-Chirurgie. Über dessen Beschaffenheit und Qualität in Abhängigkeit der Entnahmeparameter wie Bohrergerometrie, Drehzahl oder dem Spenderalter ist wenig bekannt. Ziel der vorliegenden Studie war die Beurteilung der Drehzahl bei der Knochenmehlgewinnung auf dessen regenerative Potenz bei der Obliteration von Substanzdefekten im Tiermodell.

Methoden: Bei 30 Merinoschafen wurden jeweils drei Knochendefekte in der Schädelkalotte gesetzt, die einen Durchmesser von 10 mm hatten und die gesamte Kalottendicke einnahmen. Bohrloch 1 blieb leer und diente als Kontrolle, während in die Bohrlöcher 2 und 3 das bei der Anlage gewonnene Knochenmehl reimplantiert wurde. Die Drehzahl bei der Bohrlochanlage betrug 7.000 U/min für Bohrloch 2 und 15.000 U/min für Bohrloch 3. Vierzehn Tage post-OP erfolgte eine Fluorochrommarkierung; alle Tiere wurden am Tag 21 getötet und die Kalottenexplantate hinsichtlich Knochendichte und -qualität radiologisch, bzw. histologisch untersucht.

Ergebnisse: Die Knochendefekte unterschieden sich in den röntgenologischen Parameter signifikant hinsichtlich der Drehzahl bei der Knochenmehlentnahme. Sowohl der Anteil knochendichten Materials, wie auch die Knochendichte (BMD) zeigten höhere Werte bei der Obliteration mit Knochenmehl, welches mit 7.000 U/min gewonnen wurde. Auch histologisch zeigte die Obliteration mit Knochenmehl geringerer Drehzahl höhere Anteile mineralisierten Knochens.

Schlussfolgerung: Die Bohrergerometrie als Entnahmeparameter hat einen nachweisbaren Einfluss auf die Qualität des reimplantierten Knochenmehls. Sowohl die röntgenologischen wie auch histologischen Parameter der Knochenqualität weisen die niedrigere Drehzahl als günstiger aus. Auch wenn weitere Untersuchungen zum Einfluss anderer Einflussgrößen folgen müssen, ist bei der Knochenmehlgewinnung zur Erzielung optimaler Obliterationsergebnisse eine niedrige Drehzahl zu wählen.

Vergleich zweier Feinnadelpunktionssysteme in der täglichen Routine

*K. Ahrens¹, C. Wittekindt¹

¹Uniklinik Gießen, HNO, Gießen, Deutschland

Einleitung:

Der Feinnadelpunktion (FNP) kommt in der Diagnostik von Erkrankungen in der HNO-Heilkunde eine bedeutende Rolle zu. In der HNO-Universitätsklinik Gießen werden im Schnitt 4 FNP/ Tag durchgeführt. In dieser Pilotuntersuchung sollen Punktion zwischen einer handelsüblichen und einer speziell für FNP hergestellten Nadel verglichen werden.

Material und Methoden:

Die Punktion erfolgten im Rahmen der täglichen Routine. Es wurden an 5 Patienten 6 Punktionen von zwei Ärzten durchgeführt. Je 2 Patienten wurden mit der speziell konzipierten Nadel der Firma Cook medical (Chiba biopsy needle 23G/ 5cm, Cook medical, Bloomington, USA) und 2 Patienten mit einer in der Routine benutzen Nadel (BD Microlance 23G/ 3cm, Braun, Melsungen Deutschland) punktiert. Eine Patientin wurde im Abstand von 18 Monaten mit beiden Nadeln punktiert. Die Ergebnisse der Zytologie wurden hinsichtlich der Aussagekraft des Zytologen bewertet. Weiterhin wurde die Handhabung subjektiv von Ärzten beurteilt.

Ergebnisse:

Bei 2 von 3 Punktionen mit der neuen Nadel legte sich der Zytologe fest, bei einer Punktion konnte kein aussagekräftiges Material gewonnen werden. Ebenfalls bei 2 von 3 Punktionen mit der alten Nadel legte sich der Zytologe fest, bei einer Punktion konnte keine Aussage getroffen werden. Da die Nadel der Firma Cook medical eine veränderte Reflexion der Ultraschallwellen erzeugt, ist diese in der Sonographie besser darstellbar. Auf Grund ihrer Länge und Flexibilität wurde die Punktion mit dieser Nadel allerdings von beiden Anwendern als schwieriger erachtet. Die Patientin, die mit beiden Nadel punktiert worden ist, empfand die Punktion mit der Nadel der Firma Cook als angenehmer.

Fazit:

Die zytologischen Resultate der Punktion scheinen unabhängig vom Nadelsystem zu sein. Die Nadel der Firma Cook medical ist in der Sonographie besser darstellbar, jedoch im in ihrer Handhabung der herkömmlichen Nadel der Firma Braun unterlegen. Die Punktion allerdings scheint für die Patienten durch die spezielle konzipierte Nadel angenehmer zu sein.

Osseointegration modifizierter, mikrostrukturierter Titan-Mittelohrprothesen im Schafsmode - Erste experimentelle Ergebnisse -

*M. Kemper¹, A. Kluge¹, K. Spekl², R. Jung², T. Zahnert¹, M. Neudert¹

¹Universitätsklinik Dresden, Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Dresden, Deutschland

²Universitätsklinik Dresden, Tierexperimentelles Zentrum, Dresden, Deutschland

Einleitung:

Eine der größten Herausforderungen in der rekonstruktiven Mittelohrchirurgie ist die optimale Ankopplung von Mittelohrprothesen an die Ossikelkette bzw. deren Reste und damit auch die Vermeidung von Prothesendislokationen, um eine optimale Schallübertragung langfristig zu erreichen. Bisherige v.a. tierexperimentelle Studien konnten noch keine zufriedenstellenden Lösungsansätze erreichen. In dieser Arbeit soll Knochenmehl als körpereigener Osseointegrationsvermittler („Biokitt“) zur Integration von mikrostrukturierten Titan-Mittelohrprothese im Schafsmittelohr verwendet werden.

Material & Methodik:

Es wurden bei 30 Schafen durch Vorversuche optimal modifizierte Titan-Mittelohrprothesen mit zwei verschiedenen Mikrostrukturierungen bds. implantiert. Die genaue Positionierung der Prothese auf der Stapesfussplatte erfolgte nach Abtragen der Suprastrukturen des Stapes mit dem Diodenlaser. Anschließend wurde vor Implantation der Prothese die Stapesfussplatte randomisiert mit ovinem Knochenmehl zweier unterschiedlichen Drehzahlen (7.000 oder 15.000 U/min) bedeckt oder auf Knochenmehl verzichtet. Zur Visualisierung der Osseointegration wurden die Schafe mit drei Fluoreszenzfarbstoffen in definierten zeitlichen Abständen geimpft. Nach Opferung der Tiere wurden die Felsenbeine präpariert, histologisch aufgearbeitet und mikroskopisch bzgl. der Osseointegration anhand der Knochenmehlaktivität beurteilt.

Ergebnisse:

Es zeigte sich, dass bei regelrechter Platzierung der Prothese auf der Stapesfussplatte, in den Felsenbein-Präparaten mit Knochenmehl, welches mit einer Drehzahl von 7.000U/min gewonnen wurde, eine deutlich bessere Osseointegration stattfand. Die Präparate mit dem Knochenmehl, welche mit 15.000 U/min gewonnen wurden zeigten eine geringere Osseointegration, während Präparate mit fehlendem Knochenmehl am geringsten Osseointegration zeigte.

Zusammenfassung:

In dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass im Tierversuch körpereigenes (ovines) Knochenmehl als Osseointegrationsvermittler, mit einer Umdrehungszahl von 7.000 U/min gewonnen, zu einer optimalen Osseointegration der mikrostrukturierten Mittelohrprothese und damit ein Prothesendislokation langfristig vermieden wird.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität vor und nach Kehlkopfteilresektion (KTR) - Ergebnisse im Verlauf des ersten postoperativen Jahr

*A. Meyer¹, J. Keszte¹, J. Roick², A. Boehm³, J. Oeken⁴, E. Meister⁵, F. Pabst⁶, K. Breitenstein⁷, E. M. Jenzewski⁸, H.-J. Vogel⁹, J. Schock¹⁰, V. Tauchmann¹¹, G. Hilger¹², J. Büntzel¹³, S. Koscielny¹⁴, S. Singer¹⁵

¹Universität, Medizinische Psychologie u. Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

²Universität, Klinik für Psychosomatik, Leipzig, Deutschland

³Universitätsklinikum, HNO-Klinik, Leipzig, Deutschland

⁴Städtisches Krankenhaus, HNO-Klinik, Chemnitz, Deutschland

⁵Sankt Georg, HNO-Klinik, Leipzig, Deutschland

⁶Krankenhaus Friedrichstadt, HNO-Klinik, Dresden, Deutschland

⁷Helios-Klinikum, HNO-Klinik, Erfurt, Deutschland

⁸Carl-Thiem-Klinikum, HNO-Klinik, Cottbus, Deutschland

⁹Sana-Klinikum, HNO-Klinik, Remscheid, Deutschland

¹⁰Städtisches Krankenhaus Martha Maria, HNO-Klinik, Halle, Deutschland

¹¹SRH Wald-Klinikum, HNO-Klinik, Gera, Deutschland

¹²Kreiskrankenhaus, HNO-Klinik, Stollberg, Deutschland

¹³Südharz-Klinikum, HNO-Klinik, Nordhausen, Deutschland

¹⁴Friedrich Schiller-Universität, HNO-Klinik, Jena, Deutschland

¹⁵Johannes Gutenberg-Universität, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Mainz, Deutschland

Fragestellung: Mit dem Ziel des Organerhalts steigt die Anzahl von Kehlkopfteiloperationen stetig an. Anliegen dieser Studie war die Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Larynxkarzinompatienten, die eine KTR erhielten.

Methoden: Seit Sommer 2007 wurden 469 Patienten, bei denen eine KTR geplant war, um die Teilnahme an einer Längsschnittstudie gebeten. Die Befragungen fanden zu vier Messzeitpunkten in HNO- und Rehabilitationskliniken bzw. im häuslichen Umfeld der Patienten statt. Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde u.a. der EORTC QLQ-C30 verwendet. Für die folgende Auswertung wurden drei Befragungszeitpunkte berücksichtigt: t1 (vor KTR), t2 (nach KTR, kurz vor Entlassung aus der Klinik) und t4 (ein Jahr nach KTR).

Ergebnisse: Von den potentiellen 469 Studienteilnehmern nahmen 388 Patienten zu mindestens einem Befragungszeitpunkt an der Studie teil. 91% der Patienten waren männlich. Das Durchschnittsalter lag bei 63,5 Jahren (Spanne: 21 - 85 Jahre; SD=10,9).

Im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Operation nahm die gesundheitsbezogene Lebensqualität postoperativ in nahezu allen Bereichen signifikant ab. Die Symptome, unter denen die Studienteilnehmer zu allen Messzeitpunkten am meisten litten, waren: Schlaflosigkeit ($M_{t1}=26,3$; $M_{t2}=64,7$; $M_{t4}=27,3$), Fatigue ($M_{t1}=16,6$; $M_{t2}=64,1$; $M_{t4}=33,1$) und Kurzatmigkeit ($M_{t1}=13,6$; $M_{t2}=52,9$; $M_{t4}=30,0$). Zusätzlich hatten die Patienten postoperativ bedeutend mehr finanzielle Schwierigkeiten ($M_{t1}=8,3$; $M_{t2}=56,0$; $M_{t4}=29,7$). Ein Jahr nach KTR verbesserte sich die Lebensqualität im Vergleich zum Zeitpunkt t2 signifikant, allerdings wurde das Niveau der präoperativen Lebensqualität in den meisten Bereichen nicht wiedererlangt.

Schlussfolgerungen: Eine KTR führt zu vielfältigen Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die zum Teil auch noch ein Jahr postoperativ bestehen. Da die am häufigsten auftretenden Symptome Schlafstörungen, Fatigue und Kurzatmigkeit psychisch mitbedingt sein können und finanzielle Probleme nach KTR zunehmen, sollte den Patienten auch eine psychosoziale Mitbehandlung angeboten werden.

Das duktales Speicheldrüsenkarzinom ein Fallbericht.

*J. Inhestern¹, S. Koscielny¹, O. Guntinas-Lichius¹

¹HNO-Jena, Jena, Deutschland

Das duktales Speicheldrüsenkarzinom ist eine hochaggressive und relative seltene Entität. Es kann mit pleomorphen Adenomen oder auch Adenokarzinomen histopathologisch verwechselt werden.

In der histopathologischen Aufarbeitung zeigt sich eine Ähnlichkeit zum duktalem Mammakarzinom. Die immunhistochemische Aufarbeitung markiert Zytokeratine, EMA, GCDFP-15, sowie eine Positivität für Androgenrezeptoren und gehäuft HER-2.

Fallvorstellung: Ein 63-jähriger männlicher Patient wurde aufgrund einer seit 3 Jahren bestehenden rechtsseitigen peripheren kompletten Fazialisparese vorgestellt. Im MRT zeigte sich eine Raumforderung im Bereich des Mastoids rechtsseitig. Die sonographische Untersuchung zeigte dort eine inhomogene, schlecht abgrenzbare 1,2 cm große Raumforderung. Im Fazialis-EMG konnte keine Aktivität nachgewiesen werden.

Die Parotidektomie, Mastoidektomie und Neck dissection zeigte eine invasiv wachsende Raumforderung im Bereich des Mastoids, welche den N. facialis komplett aufgebraucht hatte. Die histopathologische Aufarbeitung bestätigte ein duktales Speicheldrüsenkarzinom mit membranständiger HER 2 und perineuralem Wachstum im Stadium pT3N2b.

Der Patient erhält aktuell eine adjuvante Strahlentherapie. Eine adjuvante HER-2 Rezeptor basierende Therapie, ähnlich der Therapie des Mammakarzinoms, soll anhand dieses Falles diskutiert werden.

Tubenfunktionsmessung mittels Tubenmanometer bei Kindern mit liegenden Paukenröhrchen zur Indikationsstellung der Paukenröhrchenentfernung

*J. Zirkler¹, S. Plontke^{1,2}

¹Universitätsklinikum Halle (Saale), Klinik f. HNO-Heilkunde, Halle (Saale), Deutschland

²,, Deutschland

Fragestellung: Chronisch rezidivierende Paukenergüsse sind eine häufige Erkrankung im Kindesalter. Zur Therapie können im Verlauf „Langzeitröhrchen“ wie T-Tubes notwendig werden. Diese Silikonröhrchen werden vom Trommelfell nicht in den Gehörgang „abgestoßen“ (anders als z.B. Goldröhrchen). Sie müssen, wenn sich das Beschwerdebild gebessert hat, aktiv entfernt werden. Häufig stellt sich die Frage, wann der richtige Zeitpunkt der Entfernung gekommen ist? Herangezogene Kriterien sind hierbei z.B., ob bei dem Kind noch eine Otorrhoe vorliegt, das Trommelfell reizlos ist und Ergusszeichen noch zu erkennen sind. Uns interessierte die Frage, ob die Messung der Tubenfunktion mittels Tubenmanometer bei diesen Kindern durchführbar ist und ob Zusatzinformationen über die Indikationsstellung der Paukenröhrchenentfernung gewonnen werden können.

Methode: Drei Kinder, die wegen rezidivierender Paukenergüsse im Verlauf u.a. mit T-Tubes therapiert wurden, konnten untersucht werden. Die Patienten waren lange beschwerdefrei und die Frage der Röhrchenentfernung wurde diskutiert. Bei in situ liegenden Paukenröhrchen, reizlosem Trommelfell und lufthaltiger Pauke, erfolgte beidseits eine Tubenmanometrie mittels Tubenmanometer.

Ergebnisse: Bei allen drei Patienten konnte die Tubenmanometrie durchgeführt werden. Es konnten nach dem Schluckakt, gute Druckfortleitungskurven in den Gehörgängen abgeleitet werden. Daraufhin erfolgte beidseits die Entfernung der T-Tubes. Bei zwei Patienten war nach 6 Monaten bzw. 1 Jahr kein Rezidivpaukenerguss mehr aufgetreten. Der dritte Patient wurde erst kürzlich untersucht, hier fehlt noch ein follow up.

Schlussfolgerung: Die Tubenfunktionsmessung mittels Tubenmanometrie könnte eine sinnvolle Ergänzung zur Indikationsstellung der Entfernung von „Langzeitröhrchen“ wie T-Tubes darstellen. Weitere Untersuchungen mit größeren Fallzahlen sind aber sicherlich notwendig.

Das Tympanoplastikmodell als Bestandteil der ohrchirurgischen Ausbildung

*T. Beleites¹, M. Neudert¹, M. Kemper¹, A. Kluge¹, H. Seidler¹, T. Zahnert¹

¹Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, HNO- Klinik, Dresden, Deutschland

In der Ohrchirurgie hat die Rekonstruktion der Gehörknöchelchenkette und des Trommelfells eine zentrale Bedeutung. Dies erfordert detaillierte Kenntnisse sowohl in der Anatomie als auch in der Schwingungsmechanik des Mittelohres sowie ein hohes Maß an manuellem Geschick. Während in verschiedenen Kursen zum Erlernen der Ohrchirurgie praktische Übungsmöglichkeiten für die Bearbeitung der knöchernen Strukturen bestehen sind die Angebote einer praktischen Übung der Mittelohrrekonstruktion so gut wie nicht zu finden. Unser initiales Anliegen war es, ein einfaches, realitätsnahes Übungsmodell zur Rekonstruktion des Schalleitungsapparates zu entwickeln und zu evaluieren. Über einen Fragebogen erhoben wir anwendungs- und qualitätsbezogene Daten. Die Eignung zum Erlernen der Kettenrekonstruktion wurde dem Modell insgesamt am deutlichsten bescheinigt. Bei den Fragen nach Ausbildungsrelevanz und Eignung zum Erlernen mikrochirurgischer Fähigkeiten stimmten die Bewertungen der erfahrenen Ohrchirurgen und der Auszubildenden am besten überein. Wir konnten weiterhin bei Studenten eine signifikante Lernkurve durch die Anwendung des Modells aufzeigen. In einem weiteren Schritt erfolgte die Weiterentwicklung zum aktiven Feedbackmodell. Die messtechnische Untersuchung zeigte eine gute Korrelation des übertragenen Signals zur Qualität der Rekonstruktion. Für die ohrchirurgische Ausbildung wären aus unserer Sicht die breite Verwendung des passiven Mittelohrmodells und die ergänzende Verwendung des Feedbackmodells für Aspiranten der Ohrchirurgie anzustreben. Ein Problem stellt hierbei sicher der erhöhte Betreuungsaufwand bei Verwendung der Feedbackmodelle dar.

0034 - Poster

Freie Themen

Tonsillektomie mit schwerwiegenden Komplikationen

T. Beleites¹, *A. Schulze¹, T. Zahnert¹

¹Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, HNO- Klinik, Dresden, Deutschland

Das Kabuki-Syndrom: eine Fallbeschreibung

*M. Jolie¹, B. Didczuneit-Sandhop¹

¹Städtisches Klinikum Brandenburg, Klinik für HNO, Brandenburg an der Havel, Deutschland

Beim Kabuki-Syndrom handelt es sich um ein erstmals 1981 beschriebenes, seltenes Dysmorphiesyndrom von Niikawa mit orientalisches wirkender Facies- auch

„Kabuki-make-up-Syndrom“ genannt nach dem gleichnamigen japanischen Theater. Auffällig beim Kabuki-Syndrom sind u.a. die langen Lidspalten und Wimpern, Ektropium des Unterlides, Epikanthus medialis, eingesunkene Nasenspitze, große absteigende Ohren, pathologische Dentition, tief sitzender hinterer Haaransatz sowie Mikrogenie, Herzfehler und geistige Behinderung. Neben weiteren Dysmorphiezeichen sowie Anomalien des Skelettsystems und der inneren Organe zeigt sich oft auch eine Hörminderung mit Progression im Verlauf.

Wir berichten über den Fall eines 20-jährigen Patienten mit Kabuki-Syndrom, der mit einer kombinierten progredienten Schwerhörigkeit beidseits in unserer Klinik behandelt wird. Nach mehrfacher Paukendrainageeinlage beidseits ergab sich 2012 zudem die Indikation zur Hörgeräteversorgung. Aufgrund rezidivierender Otitiden durch das Tragen der Hörgeräte wurde aktuell die Indikation für ein knochenverankertes Hörgerät gestellt.

Mit einer Inzidenz von 1:32000 ist es eine sehr seltene Erkrankung, an die aber wie der Einzelfall zeigt, gedacht werden muss.