

Abstractband

der

32. Jahrestagung der Vereinigung der Mitteldeutschen HNO-Ärzte

**1.–2. September 2023
Quedlinburg**

Inhaltsverzeichnis

Wissenschaftliche Organisation	2
Session 1 - Rationale Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Ohres ..	3
Session 2 – Freie Themen I.....	7
Session 4 – Freie Themen II.....	11
Session 6 - Rhinologie in Praxis und Klinik.....	16
Session 7 - Aktuelle Therapiekonzepte bei Kopf-Hals-Tumoren.....	20
Session 8 - Freie Themen III	21
Postersession 1	24
Postersession 2	32

32. Jahresversammlung der Vereinigung Mitteldeutscher HNO-Ärzte

Kongressleitung

Dr. med. Jörg Langer
AMEOS Klinikum Halberstadt
Chefarzt der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Gleimstraße 5
38820 Halberstadt

Dr. med. Patrick Boeißert
AMEOS Klinikum Haldensleben
Chefarzt der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie
Kieffholzstraße 27
39340 Haldensleben

VORSTAND

Vizepräsidenten

Dr. med. Axel Geide
Prof. Dr. med. Michael Herzog

Past-Präsidenten

Prof. Dr. med. Friedemann Pabst
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Zahnert

Schriftführer

PD Dr. med. Thomas Beleites

Schatzmeister

Prof. Dr. med. Sven Koscielny

Session 1 - Rationale Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Ohres

Endoskopie in der Otologie

P. Mir-Salim¹

¹*Klinik und Ambulanz für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie Zentrum für Hörimplantate Berlin, Deutschland*

Einleitung: Die endoskopische Ohrchirurgie (Endoscopic Ear Surgery oder EES) ist seit Ende der siebziger Jahre bekannt und wurde erstmals von Ohnesorge aus Würzburg beschrieben. Diese Methode wurde in den achtziger und neunziger Jahren durch unterschiedliche Arbeitsgruppen auch um Thomassin weiterentwickelt. Insbesondere Tarabichi und später Presutti und Panetti haben maßgeblich durch die Beschreibung neuer Operationstechniken und Instrumente zur breiteren Anwendung der EES beigetragen. In Deutschland ist diese Methode zunehmend jedoch im internationalen Vergleich noch nicht ausreichend verbreitet.

Material und Methode: Im Rahmen dieses Vortrages werden verschiedene Möglichkeiten und Einsatzgebiete der EES dargestellt und mit Videos optisch als auch praktisch nähergebracht. Weiterhin werden auch Grenzen aufgezeigt, so dass ein umfassender Eindruck zu den heute bestehenden Einsatzmöglichkeiten entstehen. Es handelt sich bei dieser Präsentation um keine wissenschaftliche Studie, sondern um die Darstellung einer speziellen Operationsmethode am Mittelohr anhand von Beispielen.

Diskussion und Fazit: Ganz konkret besitzt die EES deutliche Vor und Nachteile gegenüber den übrigen Methoden der Verwendung eines Mikroskops oder eines Exoskops. Die Arbeit erfolgt grundsätzlich einhändig mit einem Endoskop und mit konventionellen oder Sauginstrumenten. Blutungen und Bohrarbeiten können problematisch sein, weshalb vor allem eine effektive Kontrolle der intraoperativen Blutung von größerer Bedeutung ist als bei den übrigen Visualisierungsmethoden. Insgesamt jedoch ist insbesondere durch den Einsatz von Winkeloptiken und von abgewinkelten Sauginstrumenten heutzutage dasselbe, chirurgische Ergebnis möglich bei geringerem operativen Aufwand und vor allem Ding unter Schonung knöcherner Strukturen am Mastoid und Mittelohr. Weiterhin können auf endoskopischen Weg wesentlich mehr schwer einsehbare Regionen wie das Retrotympanon und Protympanon kontrolliert werden und auch Ursachen von pathologischen Befunden, wie beispielsweise Belüftungsstörungen und Abschottungen gezielt erkannt und auch behandelt werden. Die Durchführung und das praktische Erlernen der endoskopischen Operationstechnik am Mittelohr erfordert vor allem ein deutliches Umdenken eines mikroskopisch erfahrenen Operierenden, was durchaus zu einer höheren Schwelle des Einsatzes der EES führen kann.

Insgesamt ist diese Methode heutzutage nicht mehr wegzudenken und sollte ein fester Bestandteil der operativen Ausbildung künftiger ohrchirurgisch Tätiger darstellen.

Otogene Komplikationen

H. Kaftan¹

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

Otogene Komplikationen können zu schwerwiegenden neurologischen Defiziten bis hin zum Tod führen. Hochauflösende bildgebende Verfahren, der frühzeitige und gezielte Einsatz von Antibiotika und anderen Medikamenten, z. B. neuartigen Gerinnungshemmern, sowie die verbesserten mikrochirurgischen Möglichkeiten haben Morbidität und Mortalität gesenkt. Länger andauernde oder gar persistierende Beeinträchtigungen der Lebensqualität sind aber weiterhin zu berücksichtigen. An Hand von Fallbeispielen sollen Therapiestrategien skizziert und die Notwendigkeit einer engen interdisziplinären Kooperation betont werden.

Implantierbare Hörsysteme - Leistungen, Grenzen und Differentialindikation

T. Rahne¹

¹*Universitätsmedizin Halle, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Halle, Deutschland*

Bestimmte Patienten mit Schalleitungs- oder kombiniertem Hörverlust können von Knochenleitungshörgeräten oder aktiven Mittelohrimplantaten profitieren. Die verfügbaren Geräte unterscheiden sich in der Ankopplungsstelle, der Energieübertragung vom Hörprozessor zum Implantat und der aktiven oder passiven Antriebstechnik. Der audiologische Nutzen dieser Geräte hängt von der maximalen stabilen Ausgangsleistung und dem Grundrauschen des Geräts, dem Grad und der erwarteten Stabilität des sensorineuralen Hörverlusts und der Kopplungseffizienz ab, wobei ein effektiver Dynamikbereich von mindestens 30-35 dB angestrebt wird.

Die Wahl des Geräts ist oft das Ergebnis des Abwägens zwischen der optimalen audiologischen Lösung hinsichtlich des Hörverlusts, den technischen Geräteparametern, der erwarteten Kopplungseffizienz und der optimalen chirurgischen Lösung hinsichtlich patho-anatomischer Aspekte, der Geräteabmessungen, der Kopplungsstelle, der Invasivität oder der chirurgischen Risiken. Zudem spielen Patientenfaktoren hinsichtlich der Erwartungen, soziale Aspekte, der Geräteverwendbarkeit und der Konnektivität eine Rolle.

Im Vortrag werden die audiologischen und gerätebezogenen Auswahlkriterien hergeleitet und begründet sowie auf die derzeit verfügbaren aktiven Hörimplantate angewendet.

CI-Versorgung nach Vestibularisschwannom

Th. Zahnert¹, A. Franke-Trieger¹, A. Bendas², M. Neudert¹, A. Mainka³, D. Mürbe³, S. Gräbel⁴

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

²Praxis für HNO-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie, Dresden, Deutschland

³Klinik für Audiologie und Phoniatrie, Berlin, Deutschland

⁴Charité Universitätsmedizin Berlin, Deutschland

Einleitung: Vestibularisschwannome gehören zu den häufigsten gutartigen Tumoren des Kleinhirnbrückenwinkels, des inneren Gehörganges und der Cochlea. Die Strategien zur Verlaufsdiagnostik oder Therapie dieser Tumore werden heute in der Regel personalisiert festgelegt. Dazu zählen neben der Mikrochirurgie, der Observation oder Radiatio auch die Versorgung mit Cochlea-Implantaten. Für die Indikationsstellung zu einer Cochlear-Implant-Versorgung bei oder nach Vestibularisschwannomen bestehen bisher keine Richtlinien. Hintergrund ist die bisher unzureichende Datenlage zur Erkennung von Prädiktoren für den Versorgungserfolg.

Ziele: Anhand einer kurzen Literaturübersicht zum bisherigen Stand der Cochlear-Implant-Versorgung nach Chirurgie oder Radiatio von Vestibularisschwannomen soll an einer Fallstudie untersucht werden, welche Indikationskriterien für eine erfolgreiche Cochlear-Implant-Versorgung in Zukunft identifiziert werden könnten.

Material und Methode: In einer retrospektiven Fallstudie an 17 Erwachsenen Patienten mit Vestibularisschwannomen wurden der Versorgungserfolg nach Cochlear-Implant-Versorgung im Zeitraum 2008-2016 untersucht. Outcome-Parameter waren die Sprachverständlichkeit im Freiburger Einsilbertests, gemessen 24 Monate nach Erstanpassung. In die Beurteilung flossen die Tumorgröße, die Behandlungsstrategie und der Zugangsweg bei der Operation mit ein. Bei allen Tumoren handelt es sich um intra- oder extrameatale Tumore. Zudem wurden der Einfluss des Promontorialtestes sowie intraoperativer elektrophysiologischer Messungen auf die Vorhersagbarkeit des Versorgungserfolges mit einem Cochlea-Implantat einbezogen.

Ergebnisse: Von den 17 eingeschlossenen Patienten hatten 5 eine Neurofibromatose Typ II. Die präoperative Tumorausgangsgröße nach Koos betrug Grad I (n=6); Grad II (n=5); Grad III (n=1) und Grad IV (n=2). Bei 13 Patienten wurde eine mikrochirurgische Resektion vorgenommen und im Intervall das Ohr mit einem Cochlear-Implant versorgt. 2 Patienten wurden nach Strahlentherapie und 2 Patienten nach reiner Observatio versorgt. Bei 11 Patienten wurde ein Sprachverstehen im Freiburger Satztest bei 65 dB von durchschnittlich 55% (+/- 5 dB) erreicht. 6 operierte Patienten profitierten nicht von der Versorgung. Die Tumorgröße hatte keinen Einfluss auf den Versorgungserfolg. Als Prädiktoren für eine erfolgreiche Versorgung erwiesen sich intraoperative elektrophysiologische Messungen während der CI Implantation, wie die Stapediusreflexmessung sowie die elektrisch evozierten Summenaktionspotentiale. Der Promontorialtest und die E-BERA waren dagegen nicht wegweisend.

Zusammenfassung: Die Cochlear-Implant-Versorgung nach Vestibularis-Schwannom-Chirurgie ist eine zukunftsweisende Option nicht nur für intracochleäre sondern auch für intrameatale und extrameatale Tumore. Eine Korrelation zur Tumorgröße scheint dabei nicht zwingend zu bestehen. Während sich der Promontorialtest und die E-BERA nur zweifelhaft als Prädiktoren für eine potenzielle Versorgung eignen, erscheinen die intraoperative Messung des Summenaktionspotenzials und der Stapediusreflexe relativ sicher einen Versorgungserfolg vorhersagen zu können.

Session 2 – Freie Themen I

Mit Licht gegen Taubheit – eine Bestandsaufnahme zur optogenetischen Cochlea Stimulation

D. Beutner¹, C. Wrobel¹

¹*Universitätsmedizin Göttingen, HNO, Göttingen, Deutschland*

Die direkte Lichtstimulation von optogenetisch veränderten Spiralganglienneuronen (SGN) bietet eine vielversprechende Möglichkeit der Weiterentwicklung von Cochlea-Implantaten (CI). Das elektrische CI ist mit knapp 750.000 implantierten Patienten weltweit die erfolgreichste Neuroprothese und ermöglicht den meisten Patienten ein offenes Sprachverstehen. Probleme haben diese jedoch beim Verstehen in Umgebungslärm, beim Hören von Musik und im Verständnis von tonalen Sprachen. Zurückzuführen ist dies auf eine geringe Frequenz- und Intensitätsauflösung elektrischer CI begründete durch eine weite Ausbreitung von Strom im Gewebe. Diese Hindernisse können durch eine gezielte, fokussierte Stimulation optogenetisch veränderter SGN mit Licht überwunden werden.

Aufbauend auf der erfolgreich etablierten optogenetischen Stimulation des Hörnervs im NagermodeLL mit dem Nachweis der Wahrnehmung durch das auditorische System sowie dessen frequenzspezifischen Aktivierung im Vergleich zum elektrischen CI, werden Transduktion der SGN, Kinetik der lichtsensitiven Proteine (Kanalrhodopsine) sowie die eingesetzten Lichtemitter (optische CI) konsequent weiterentwickelt. Parallel verfolgen wir späte präklinische Studien im nicht-humanen Primatenmodell mit diesen erzielten Fortschritten.

Patienten mit degeneriertem Hörnerv können keinen oder nur geringen Nutzen aus einem CI ziehen. Ein weiteres Projekt verfolgt die Regeneration von SGN durch humane induzierte pluripotente Stammzellen, welche optogenetisch manipuliert wurden. Somit ergibt sich die Möglichkeit die genannten Vorteile einer optischen Stimulation der SGN auch bei degeneriertem Hörnerv zu nutzen. Erste grundlegende Schritte in diese Richtung konnten im NagermodeLL erfolgreich gegangen werden.

The spontaneous healing rate of traumatic tympanic membrane perforations: Studies on our own patient population.

Daniel Böger¹, Verena Vasters

¹SRH Zentralklinikum Suhl, Klinik für HNO/ Plastische Operationen, Suhl, Deutschland

Introduction: Traumatic injuries to the eardrum are a recurrent diagnosis in the practice and also in the emergency department of the ENT clinics. They are usually caused by direct injuries (cotton swabs), blows to the ear, barotrauma (jumping into water) or iatrogenic. Patients complain of pain, hearing loss, sometimes also dizziness and tinnitus. Until now, splinting of the eardrum, egg-skin surgery or tympanoplasty have been the treatment of choice. However, a high self-healing rate has also been reported in the literature.

Target: The aim of the study was to assess the spontaneous healing rate of traumatic tympanic membrane perforations in our own patient population.

Material and methods: In the period from 12/2015 to 3/2023, a total of 116 patients with this diagnosis were recorded, who presented to our clinic either directly via the emergency department or as a referral from an ENT practice. All patients were given the option to have the eardrum splinted, to have an ophthalmoplasty or tympanoplasty performed, or to wait. Almost all patients opted for wait and scan. In this case, patients were readmitted as outpatients after 4, 8 and 12 weeks. In case of persistent perforation after 12 weeks, tympanoplasty was indicated.

Results: Most of the 116 patients were men (73%), aged 21-30 years (32%), mostly the left ear was affected (62%). The most common causes were reported to be foreign body manipulation e.g. with cotton swabs (35%), followed by a blow to the ear (22%) and a fall event (jump into water, 18%). The most common cause was 1 quadrant of the tympanic membrane (59%).

Of the 116 patients, 67 came in for follow-up. Spontaneous healing was found in 57% (85%). 8 patients underwent tympanoplasty, 1 patient underwent ophthalmoplasty and 1 patient refused further therapy. Even 1 patient with a total tympanic membrane perforation (all 4 quadrants) showed a 100% spontaneous healing. In 77% of the patients, spontaneous healing was already evident after 4 weeks, in 99% after 8 weeks.

Conclusions: Due to the very high spontaneous healing rates (in some cases well over 90% in the literature), a conservative approach should be offered to patients as an absolute alternative. Patients should only be advised to protect the affected ear from water ingress. Concomitant antibiotic therapy is not necessary. Cases should be well documented (photographs, audiograms). Patients should be seen regularly (in the first 12 weeks). Cases of secondary cholesteatoma have not been seen.

Karzinome des nasalen Vestibulums und der vorderen Nasenhöhle: Konservierende versus ablative Chirurgie

A. Dietz¹

¹*Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Leipzig, Deutschland*

Bösartige Tumoren des Nasenvorhofs und der vorderen Nasenhöhle sind selten und machen weniger als 1 % aller Kopf-Hals-Tumoren aus und sind überwiegend Plattenepithelkarzinome (NSCC). Primärtumoren des Nasenvorhofs hatten eine geschätzte standardisierte Inzidenz von 0,4 pro 100.000 Einwohner. Das NSCC zeigt eine rezidivfreie Fünf-Jahres-Überlebensrate zwischen 42 und 92 Prozent. Es gibt drei Klassifikationssysteme: das American Joint Committee on Cancer (AJCC), die Union for International Cancer Control (UICC) und das Wang-System. Die Wang-Klassifikation ist ein Stadiensystem, das hauptsächlich auf klinischen Tumormerkmalen basiert. Es gilt als das am besten geeignete Klassifikationssystem für das NSCC. Die Standardversorgung umfasst eine Operation mit oder ohne adjuvante Strahlentherapie bei bestimmten postoperativen Risikokonstellationen oder eine definitive Strahlentherapie. Die Operationen sind insofern anspruchsvoll, da ein hohes Maß an Rhinoplastik-, und Nasenrekonstruktionserfahrung vorausgesetzt werden muss, um bei ausreichender Tumorsektion (R0) ein zufriedenstellendes ästhetisches Ergebnis zu erzielen. Obwohl eine Operation hohe Kontrollraten erzielen kann, ist eine Organerhaltung selbst bei kleinen Tumoren nicht immer möglich. In solchen Fällen bietet sich die ablative Chirurgie mit mittlerweile sehr guter epithetischer Versorgungsmöglichkeit an. Als Alternative kann eine definitive Strahlentherapie als organerhaltendes Verfahren bei NSCC des Nasenvorhofs und der vorderen Nasenhöhle mit Beteiligung des Nasenvorhofs angesprochen werden. Es stehen verschiedene Bestrahlungstechniken wie die Brachytherapie oder die externe Strahlentherapie (EBRT) oder eine Kombination aus beiden zur Verfügung. Insbesondere im Frühstadium führt jede dieser Behandlungsmöglichkeiten zu hohen lokalen Kontrollraten mit guten kosmetischen und funktionellen Ergebnissen. Bei größeren Läsionen sinken die Kontrollraten nach der endgültigen EBRT mit Photonen. Kohlenstoffionen haben unterschiedliche radiobiologische Wirkungen und könnten für das NSCC eine wertvolle Therapieergänzung darstellen. Derzeit liegen keine klinischen Daten zur Strahlentherapie mit Kohlenstoff-Ionen-Boost (CIRT-B) in Kombination mit volumetrischer intensitätsmodulierter Lichtbogenstrahlentherapie (VMAT) bei Tumoren des Nasenvorhofs und der vorderen Nasenhöhle vor. Aktuell bevorzugen viele Autoren die operative Primärversorgung mit adjuvanter Strahlentherapie als erste Therapiewahl.

Da die Therapie des NSCC derzeit nicht klar standardisiert ist, hat die DGHNO-KHC eine S2k-Leitlinie zum Thema in Auftrag gegeben, die derzeit von Prof. Thomas Kühnel, HNO-Universitätsklinik Regensburg, koordiniert wird. Der Vortrag konzentriert sich auf die operativen Möglichkeiten auf Basis praktischer Falldarstellungen.

Literatur: Dowley A, Hoskison E, Allibone R, Jones NS. Squamous cell carcinoma of the nasal vestibule: a 20-year case series and literature review. *J Laryngol Otol.* 2008 Oct;122(10):1019-23

Vital D, Morand G, Huber GF, Studer G, Holzmann D. Outcome in Squamous Cell Carcinoma of the Nasal Vestibule: A Single Center Experience. *Head Neck* (2015) 37(1):46–51.

Wang CC. Treatment of Carcinoma of the Nasal Vestibule by Irradiation. *Cancer* (1976) 38(1):100–6. doi: 10.1002/1097-0142(197607)38:1<100::aid-cnrcr2820380118>3.0.co;2-9

Jeannon JP, Riddle PJ, Irish J, O'sullivan B, Brown DH, Gullane P. Prognostic Indicators in Carcinoma of the Nasal Vestibule. *Clin Otolaryngol* (2007) 32 (1):19–23.

Eberle F, Engenhardt-Cabillic R, Schymalla MM, Dumke C, Schötz U, Subtil FSB, Baumann KS, Stuck BA, Langer C, Jensen AD, Hauswald H, Lautenschläger S. Carbon Ion Beam Boost Irradiation in Malignant Tumors of the Nasal Vestibule and the Anterior Nasal Cavity as an Organ-Preserving Therapy. *Front Oncol.* 2022 Feb 15;12:814082.

Schlafmedizinisches Board – Welcher Patient profitiert wovon?

G. Schneider¹

¹*Universitätsklinikum Jena, HNO-Klinik, Jena, Deutschland*

In den letzten Jahren erfolgt ein Paradigmenwechsel in der Behandlung schlafbezogener Atemstörungen. Der Weg führt weg von der Einbahnstraße Polysomnografie und nachfolgender PAP-Therapie hin zu einer wesentlich differenzierteren Diagnostik und Therapie. Die Diagnostik über die reine Schlaflaboruntersuchung hinaus ermöglicht die bessere Differenzierung in klinische Phänotypen mit einer individualisierten Therapieempfehlung. Die Umsetzung dieser individualisierten Diagnostik und Therapie erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller schlafmedizinisch tätigen Fachrichtungen (Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, HNO, MKG, Zahnmedizin).

Ein schlafmedizinisches interdisziplinäres Board ermöglicht dabei die Diskussion komplexerer Fälle mit der Entscheidung über weiterführende Diagnostik und Therapie.

Im Universitätsklinikum Jena wird das schlafmedizinische Board seit 2021 durchgeführt.

Wir möchten im Vortag typische Fragestellungen im Board anhand von Patientenbeispielen vorstellen. Dabei wollen wir nicht nur das Augenmerk auf die operative Therapie von schlafbezogenen Atemstörungen lenken, sondern die Kombinationsmöglichkeiten verschiedener konservativer und operativer Verfahren aufzeigen. Das nichtoperative Spektrum reicht dabei von der Optimierung der PAP-Therapie über die medikamentöse Therapie der residuellen Tagesmüdigkeit bis zu App-unterstützter Gewichtsreduktion, moderner Lagetherapie und Unterkieferprotrusionsschienen.

Session 4 – Freie Themen II

Der Einfluss des Patientenalters auf die Therapieentscheidung bei Kopf-Hals-Tumoren - eine bevölkerungsbasierte, diagnosebezogene Analyse in Deutschland zwischen 2005 und 2018

M. Kouka¹, I. Hermanns¹, P. Schlattmann², O. Guntinas-Lichius¹

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

²Universitätsklinikum Jena, Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Datenwissenschaften, Jena, Deutschland

Fragestellung: In dieser bevölkerungsbasierten Studie wurde der Einfluss des Patientenalters auf die Therapieentscheidung bei Kopf-Hals-Tumoren (KHT) untersucht. Ältere Patienten machen im demographischen Wandel einen zunehmenden Anteil der Patienten mit KHT aus. Das Alter ist ein wichtiger Faktor für die Therapieentscheidung (Operation, Strahlentherapie, Chemotherapie/Biologika).

Methoden: Retrospektiv wurde die DRG Daten von 1.226.357 stationär behandelten Patienten mit KHT zwischen 2005 und 2018 untersucht. Negative binomiale Regressionen wurden berechnet, um die Entwicklung der Behandlungsraten (Anzahl der Behandlungen pro Jahr pro 100.000 Einwohner) im Zeitverlauf zu untersuchen. Die Veränderung der Behandlungsraten wurde als relatives Risiko (RR) angegeben, welches auf die Jahre 2005 bis 2018 bezogen ist.

Ergebnisse: Ältere Patienten ≥ 80 Jahre zeigten überwiegend einen Anstieg bei den Behandlungsraten in ganz Deutschland über den Zeitraum von 2005 bis 2018, und dass für alle Therapieoptionen, d. h. Biopsien, Operationen, Strahlentherapie und Chemotherapie/Biologika (Operation: Mundhöhle: RR: 1,2; Konfidenzintervall [CI]: 1,13 - 1,20; Oropharynx: RR: 1,2; CI: 1,15 - 1,34; Hypopharynx: RR: 1,1; CI: 1,02 - 1,17; Larynx: RR: 1,1; CI: 1,04 - 1,12; Strahlentherapie: Mundhöhle: RR: 1,1; CI: 1,07 - 1,23; Oropharynx: RR: 1,3; CI: 1,16 - 1,49; Hypopharynx: RR: 1,3; CI: 1,21 - 1,46; Larynx: RR 1,2; CI 1,03 - 1,29; Chemotherapie: Mundhöhle: RR: 1,2; CI: 1,06 - 1,31; Speicheldrüsen: RR: 1,3; CI: 1,09 - 1,50; Oropharynx: RR: 1,4; CI: 1,12 - 1,83; Hypopharynx: RR: 1,3; CI: 1,06 - 1,48; Larynx: RR: 1,3; CI: 1,08 - 1,52; alle $p < 0,05$).

Schlussfolgerungen: Patienten ≥ 80 Jahre und optimierte Therapiekonzepte müssen stärker ins Bewusstsein gerückt werden, da sie hauptsächlich für den Anstieg der Behandlungsraten von Operation, Strahlentherapie und Chemotherapie/Biologika bei Patienten mit KHT verantwortlich sind.

Maligne Tumoren der Schilddrüse. Inzidenz und operative Therapie am Schilddrüsenzentrum Erzgebirge

R. Stumpf¹

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

Die Schilddrüsenchirurgie nimmt an operativ tätigen HNO-Kliniken einen immer größeren Raum ein. Zwar ist die Inzidenz von Schilddrüsenmalignomen selten, an operativ tätigen Zentren kommen sie hingegen regelmäßig vor. Eine Leitlinie zur operativen Therapie der Schilddrüsenmalignome existiert seit 2016 nicht mehr, die Überarbeitung der Leitlinie aus dem Jahr 2012 wird seit Jahren immer weiter verschoben.

Im Rahmen einer retrospektiven Analyse der Patienten am Schilddrüsenzentrum Erzgebirge seit dem Jahr 2018 sollte die Malignominzidenz sowie die resultierenden Konsequenzen bzw. das operative Vorgehen bei Patienten mit Schilddrüsenmalignomen ermittelt werden.

Seit dem Jahr 2018 wurden im Schilddrüsenzentrum Erzgebirge 910 Schilddrüsenoperationen durchgeführt. Bei 125 Patienten wurde bei der histopathologischen Untersuchung ein Malignom nachgewiesen. Teilweise handelte es sich um Zufallsbefunde, teilweise bestand bereits vor dem Eingriff ein Malignomverdacht.

An Hand der eigenen Statistik sowie der Inzidenzzahlen aus dem südwestsächsischen Tumorzentrum Zwickau werden die Grundlagen der onkologischen Chirurgie der endokrinen Halsorgane vorgestellt und der Umgang mit Zufallsbefunden sowie vorbekannten Malignomen diskutiert.

Therapieentscheidungsunterstützung für das Larynxkarzinom mithilfe eines Bayes'schen Netzwerks

M. Stöhr¹, A. Hikal¹, J. Gaebel², A. Dietz¹

¹Universitätsklinikum Leipzig, HNO-Klinik, Leipzig, Deutschland

²Universität Leipzig, Innovation Centre Computer Assisted Surgery, Leipzig, Deutschland

Fragestellung: Onkologische Therapien werden durch neue diagnostische Möglichkeiten und individuellere Therapieoptionen immer komplexer. Auch die Kopf-Hals-Onkologie betrifft dies zunehmend und erfordert neue Techniken der Verarbeitung von Patientendaten und Unterstützung von Entscheidungsprozessen. Basierend auf Bayes'schen Netzwerken (BN) wurde ein digitales Patientenmodell (DPM) des Larynxkarzinoms (LC) entwickelt und validiert.

Ziele: Das Modell soll den Therapieentscheidungsprozess beim LC im Kopf-Hals-Tumorboard (HN-TB) durch Berücksichtigung aller relevanter Parameter unterstützen.

Materialien & Methoden: Nachdem die Teilmodelle für TNM und molekularpathologische Diagnostik erfolgreich validiert wurden [Cypko, Stoehr et al., IJCARS, 2017; Huehn et al., Cancers, 2021], ist auch das Teilmodell für die Therapieentscheidung beim LC als BN modelliert. Die Modellstruktur wurde in mehreren Schritten optimiert und in einer Validierungsstudie die Vorhersagegenauigkeit des Modells gegenüber der HN-TB-Entscheidung anhand von 92 Patientenfällen retrospektiv untersucht.

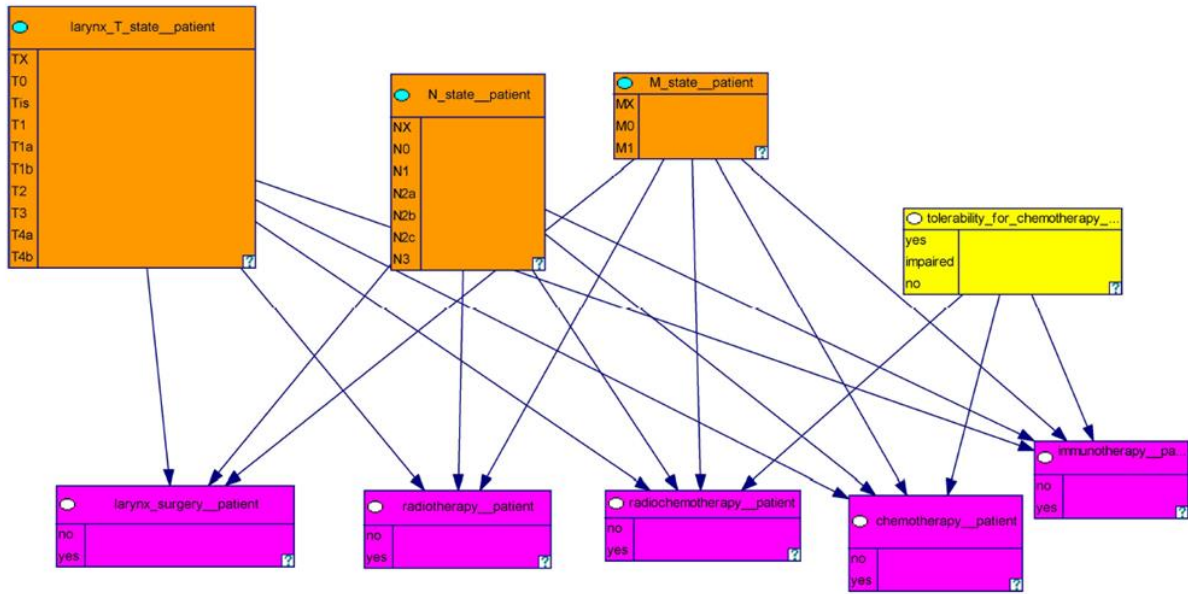
Ergebnisse: Nach mehreren Optimierungsschritten enthält das Modell der Validierungsstudie neun Informationseinheiten (s. Abb.) und berechnet die Wahrscheinlichkeit für Therapieoptionen von LC-Fällen aus Primärdaten. Die Berechnungen des Modells wurden mit der dokumentierten Entscheidung des HN-TB verglichen. Das Modell berechnete die gleiche Therapie wie das HN-TB in 419 von 460 Therapiekombinationen (Vorhersagegenauigkeit 91,1%). Für die einzelnen Therapieoptionen (OP, RT, RCT) ergaben sich Vorhersagegenauigkeiten von 91,3%; 97,8% und 93,5%.

Zusammenfassung: Komplexe Therapieansätze erfordern strukturierte Unterstützung der Informationsverarbeitung zur optimalen Entscheidungsfindung in der modernen personalisierten onkologischen Therapie. Unser Modell kann durch zuverlässige Berechnung der Wahrscheinlichkeiten geeignete Therapieoptionen abschätzen. Weitere Validierungsstudien an größeren Patientenkollektiven könnten so eine Unterstützung des Entscheidungsprozesses im HN-TB ermöglichen.

Unterstützt durch:

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Abb. 1



Das Dresdner Ultraschallmodell zum Erlernen sonographie-gestützter Punktionen solider Strukturen, von Gefäßen und Stanzbiopsien

M. Kemper¹, T. Lüdke¹, A. Paliege², A. Kluge¹, K. Paliege¹, F. T. Olesch¹, T. Zahnert¹, G. Hilger³, T. Beileites¹

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

²Uniklinikum Dresden, Medizinische Klinik und Poliklinik III, Nephrologie, Dresden, Deutschland

³Erzgebirgsklinikum gGmbH, Haus Stollberg, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Stollberg, Deutschland

Fragestellung: Im Rahmen der DEGUM-zertifizierten Ultraschallkursserie für die Kopf-Hals-Sonographie ist die Anwendung der Sonographie bei Punktionen und Stanzbiopsien Thema des Abschlusskurses. Zum Erlernen der Durchführung stehen bisher teils sehr kostenintensive Ultraschallmodelle zu Verfügung mit begrenzter Verfügbarkeit. Daher wurde in Dresden ein Punktionsmodell entwickelt, welches einfach, schnell und kostengünstig herstellbar ist und den Anforderungen eines Simulationsmodells gerecht wird.

Material und Methodik: Grundlage des Modells ist pflanzliche Gelatine/Agar-Agar. Nach Aufkochen des Agar-Agar-Pulvers in Wasser erfolgt die Färbung der Masse mittels Lebensmittelfarbe. Beim Gießen der Modelle können verschiedene Objekte (z.B. Blaubeeren, Oliven und Tomaten) der Masse zur Imitation solider Strukturen hinzugefügt werden. Zysten können durch Flüssigkeitsgefüllte Ballons imitiert werden. Zur Simulation von Gefäßen werden Harnblasenkatheter oder Absaugschläuche während des Gießens eingelegt. Diese können mit Flüssigkeiten zur Simulation von Gefäßpunktionen verwendet werden. Hindernisse für die Punktionen wie Steine können ebenfalls hinzugefügt werden.

Ergebnisse: Mit Herstellungskosten von ca. 2 € (ohne Katheter oder Schläuche) und einer Herstellungszeit inklusive des initialen Abkühlens ca. 2 h sowie einer reinen Arbeitszeit von 10 min ist dieses Modell überaus einfach und kostengünstig und in großer Menge schnell herstellbar. Die Einsatzfähigkeit ist nach einer Abkühlzeit von etwa 8 h gegeben. Die bisherigen Anwender im Rahmen der Kopf-Hals-Ultraschallkurse an der Uniklinik Dresden konnten nicht nur die Punktion und Stanzbiopsien solider Strukturen erfolgreich durchführen, sondern erlernten zudem die Punktion von simulierten Gefäßen. Sowohl die Handhabung, Praktikabilität als auch die mehrfache Verwendbarkeit wurden sehr positiv evaluiert.

Zusammenfassung: Mit dem Dresdner Ultraschallmodell auf der Basis von Agar-Agar steht eine sehr kostengünstiges, einfach herzustellendes und in der Ultraschallausbildung überaus effektives Tool zum Erlernen von Punktionen solider Strukturen und Gefäßen sowie Stanzbiopsien zur Verfügung.

Session 6 – Rhinologie in Praxis und Klinik

Allergologie in Klinik und Praxis

M. Cuevas¹

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

Die allergische Rhinitis (AR) ist die am weitesten verbreitete allergische Erkrankung mit einer Prävalenz von 15-20%. Die einzige kausale Behandlungsoption derzeit ist neben der Allergenkarrenz die Allergen-Immuntherapie (AIT). Der Vortrag „Allergologie in Klinik und Praxis“ thematisiert die Problematik des frühen Erkennens von Milbenallergikern, da sich hier die Symptome häufig von denen der Pollenallergie unterscheiden. Der frühe Beginn einer AIT ist hier jedoch von besonderer Relevanz da bei Milbenallergikern das Risiko der Entwicklung eines Asthmas höher ist als in der Allgemeinbevölkerung und bei Patienten mit AR durch Pollen bzw. Tier-Epithelien. Bei polysensibilisierten Patienten kann eine Komponentendiagnostik zielführend sein. Die aktuell wichtigsten Majorallergene für die AR werden aufgeführt und auf Provokationstestungen eingegangen. Einige wichtige Punkte aus der letztes Jahr veröffentlichten Aktualisierung der AWMF- Leitlinie zur AIT, vor allem hinsichtlich angepasster Indikations- und Kontraindikationskriterien, sowie neue Evidenz zu Langzeiteffekten und Krankheitsmodifikation der AIT werden besprochen.

Funktionelle Aspekte der Chirurgie der Nase

J. Lautermann¹

¹*Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau, Halle, Deutschland*

Die Chirurgie der äußeren und inneren Nase ist hoch-individualisiert. Folgende anatomische Strukturen spielen bezüglich der Nasenatmung eine entscheidende Rolle: das Septum, die Nasenmuscheln, der nasolabiale Winkel sowie die innere und äußere Nasenklappe. In unserer Klinik gebräuchliche Lösungsvorschläge zur Behebung pathologischer Veränderungen in oben genannten Strukturen werden präsentiert.

Epithetische Versorgung von Defekten im Kopf-Hals-Bereich

S. Knipping¹

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

Einleitung: Ausgedehnte Defekte im Kopf-Hals-Bereich entstehen meist nach radikalen Tumoroperationen oder Verletzungen. Eine epithetische Versorgung ist erforderlich, wenn die Möglichkeiten der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie ausgeschöpft sind bzw. es aus prognostischen Gründen erforderlich ist, eine zeitnahe und weniger aufwendige Rekonstruktion im Kopf-Hals-Bereich zu erreichen. Hierbei spielt auch der Therapiewunsch des Patienten eine wichtige Rolle.

Ziele: Einführung in Grundlagen der Epithetik und Möglichkeiten der Versorgung von Defekten.

Materialien & Methoden:

Es werden 5 Patienten mit verschiedenen ausgedehnten Tumorerkrankungen vorgestellt und das Prozedere beschrieben.

Ergebnisse: Nach Tumorresektionen und primären Defektdeckungen mittels plastisch-rekonstruktiver Maßnahmen sowie einer adjuvanten Radio-Chemotherapie konnten die Patienten mit magnetgetragenen Epithesen versorgt werden und ästhetische Proportionen wieder hergestellt werden.

Zusammenfassung: Die epithetische Versorgung von Defekten im Kopf-Hals-Bereich ist vielseitig und anspruchsvoll. Sie eignet sich zur Wiederherstellung der Ästhetik und kann die Lebensqualität der Patienten nach ausgedehnten Tumorerkrankungen deutlich verbessern.

Praktische Gesichtspunkte der Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe

A. Schwerdtner¹

¹*HNO-Arztpraxis, Eilenburg, Deutschland*

Einleitung: Darstellung der Vorgehensweise - von der Anamnese über klinische Untersuchung bis zum Screening

Ziel: Erkennung von gefährdeten Patienten aus der tgl. Sprechstunde heraus, Einsatz der Screening-Technik und Auswertung und Ableitung der Konsequenzen bis zum individualisierten Behandlungskonzept

Session 7 - Aktuelle Therapiekonzepte bei Kopf-Hals-Tumoren

Lappenrekonstruktion im Kopf-Hals-Bereich

A. Gerstner¹

¹*Städtisches Klinikum Braunschweig, Hals-, Nasen- & Ohrenheilkunde, Braunschweig, Deutschland*

Einleitung: Bei bösartigen Tumoren des Kopf-Hals-Bereiches stellt neben der Heilung vom Tumorleiden die Wiederherstellung der tumorbedingt eingeschränkten Funktion des oberen Aerodigestivtraktes eine große Herausforderung dar. Sogenannte Organ-erhaltende Ansätze erweisen sich hierbei nicht per se als Funktions-erhaltend.

Methoden: Aus den Fällen, die in den Kopf-Hals-Tumorzentren in Bonn und Braunschweig in Behandlung waren, werden Fälle demonstriert, anhand derer sich dieses Dilemma besonders gut veranschaulichen lässt.

Ergebnisse: Nicht immer ist es die Größe des Tumors, die zu entsprechenden funktionellen Einschränkungen führt. Vielmehr erweist sich der anatomische Sitz mitunter als Kriterium, trotz geringer Größe eine mikrovaskulär reanastomosierte Rekonstruktion vorzunehmen. Die Wahl des Transplantates ist hierbei von vielen verschiedenen Faktoren abhängig; neben der Routine der Teams sind der Gefäßstatus in Spender- und Empfängerregion, die erforderliche Dimension des Transplantates und das angestrebte funktionelle Ergebnis relevant. Eine besondere Herausforderung stellen Eingriffe im Rahmen einer sog. Rettungschirurgie dar, die sowohl onkologisch als auch funktionell selten die Ergebnisqualität erzielen, die bei einer primären Chirurgie möglich gewesen wären. Als besonders wichtig hat sich stets die Sicherung einer leckagefreien Schluckstraße erwiesen.

Schlussfolgerung: Der Einsatz mikrovaskulär-reanastomosierter Transplantate erlaubt eine onkologisch radikale Resektion der Tumore bei gleichzeitiger Wiederherstellung der durch den Tumor geschädigten Funktion. Die angestrebten Ziele des jeweiligen primären Therapieverfahrens müssen individuell kritisch hinterfragt werden; ein Erhalt von Organen ist dabei kein Garant für eine Wiederherstellung der Funktion.

Session 8 - Freie Themen III

Minimal-invasive und endoskopische Speicheldrüsentherapie – Nutzen und Limitationen

O. Guntinas-Lichius¹

¹*Universitätsklinikum Jena, Deutschland*

Einleitung: Die minimal-invasive Chirurgie ist heute in vielen Bereichen Standard.

Ziele: Der Stellenwert der minimal-invasiven Chirurgie bei der Behandlung von Speicheldrüsenerkrankungen wird dargestellt.

Materialien & Methoden: Es handelt sich um eine Übersichtarbeit. Dies basiert auf einer Literaturrecherche in PubMed und WebofScience über die letzten 10 Jahre.

Ergebnisse: Der Begriff minimal-invasiven Chirurgie in Bezug auf Operationen bei Speicheldrüsen wird definiert und die Entwicklung in den vergangenen Jahren dargestellt. Auf neuere Entwicklungen mit bislang begrenzter klinischer Bedeutung wie endoskopische und robotische Parotidektomie wird eingegangen. Eine Sonderrolle, da seit vielen Jahren primärer Standard, stellt die Sialendoskopie bei Sialolithiasis dar. Der Stellenwert wird erläutert.

Zusammenfassung: Minimal-invasiven Chirurgie hat einen wichtigen Stellenwert in der Parotischirurgie, setzt eine gute Patienten-Selektion voraus. Minimal-invasiven Chirurgie ist keine Anfänger-Chirurgie. Minimal-invasiven Chirurgie ist für die Sialolithiasis der heutige Goldstandard.

Differenzialdiagnostik und Therapie bei beidseitigen Stimmlippenmotilitätsstörungen

G. Förster¹, A. Müller¹

¹SRH Wald-Klinikum Gera, Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und Plastische Operationen, Gera, Deutschland

Einleitung: Beidseitige Stimmlippenmotilitätsstörungen gehen oft mit einer starken Einschränkung der Atmung einher. Die Ursachen können vielfältig sein.

Methoden: Seit 2008 wurden in unserer Klinik 120 Patienten mit beidseitigen Stimmlippenmotilitätsstörungen untersucht und behandelt.

Ergebnisse: Auch mit modernen Neuromonitoringmethoden und verbesserten Leitlinien ist die Schilddrüsenchirurgie weiterhin die häufigste Ursache für einen beidseitigen Stimmlippenstillstand. Die Anzahl zunächst unklarer Fälle hat in unserem Patientengut in den letzten Jahren zugenommen. Aktuell sind bei Patienten mit prolongierter translaryngealer Beatmung im Rahmen von schweren Covid-19 Infektionen auch wieder vermehrt posteriore Glottisstenosen aufgetreten. Therapeutisch wurden vor allem glottiserweiternde Eingriffe aber auch Behandlungen mit Botulinum Toxin und Voruntersuchungen für eine Kehlkopf-Schrittmacher-Behandlung in geplanten klinischen Studien durchgeführt.

Diskussion: Die Therapieoptionen sind befundabhängig. Bei geeigneten Patienten könnten dynamische Behandlungskonzepte, wie der zukünftig der Kehlkopfschrittmacher, gegenüber den klassischen Therapiekonzepten eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität bewirken.

Post-Covid in der HNO-Praxis

D. Lundershausen¹

¹*HNO-Berufsausübungsgemeinschaft Erfurt, Deutschland*

In diesem Vortrag werden 3 Inhalte aus der HNO-Praxis zum Thema Post-Covid angesprochen.

1. Was ist Post-Covid und mit welchen Symptomen haben wir in der Praxis zu tun? Sind diese Symptome häufiger geworden?
2. Wie verhalten wir uns in der HNO-Praxis nach der Corona-Pandemie gegenüber den Patienten?
3. Welches Konfliktpotential müssen wir bedenken und welche Konflikte aushalten?

Postersession 1

Erschwerte Blutzuckerkontrolle adipöser Menschen durch obstruktive Schlafapnoe

C. Seifen¹, J. Pordzik¹, K. Ludwig¹, K. Bahr¹, C. Schupp¹, C. Matthias¹, P. Simon², H. Gouveris¹

¹Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Hals-, Nasen-, Ohrenklinik und Poliklinik, Mainz, Deutschland

²Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Institut für Sportwissenschaft, Mainz, Deutschland

Einleitung: Die obstruktive Schlafapnoe (OSA) ist die häufigste Form der schlafbezogenen Atmungsstörung. Um den Schweregrad der OSA zu beurteilen, wird der Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) verwendet. Der AHI basiert auf der Gesamtzahl der Apnoen und Hypopnoen, die pro Stunde Schlaf auftreten; ein AHI <5/h gilt als normal. Die OSA wurde bisweilen mit verschiedenen kardiovaskulären und metabolischen Komorbiditäten assoziiert. So ist beispielsweise ein Zusammenhang zwischen der OSA und Adipositas sowie deren gemeinsamer Komorbidität Diabetes mellitus (DM) beschrieben, jedoch nicht vollständig verstanden.

Ziele: Ziel dieser Studie war es daher, den möglichen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der OSA bei adipösen Personen und polysomnographischen Parametern sowie den Serumwerten von C-reaktivem Protein (CRP) und glykiertem Hämoglobin (HbA1c) zu untersuchen.

Material & Methoden: Polysomnographien (PSG) und Blutproben wurden retrospektiv zwischen einer Gruppe von 23 erwachsenen adipösen Personen mit leichter OSA (AHI = 7,5 (5,5-12,5)/h, Alter = 42,57 ± 11,44 Jahre, 16 Männer, 7 Frauen, Body-Mass-Index (BMI) = 37,35 ± 3,88 kg/m²) und einer alters-, geschlechts- und BMI-übereinstimmenden Gruppe von Personen mit moderater/schwerer OSA (AHI = 41,5 (25,7-71,8)/h, Alter = 43,43 ± 11,96 Jahre, 16 Männer, 7 Frauen, BMI = 37,87 ± 4,74 kg/m²) verglichen. Zusätzlich wurden alle Krankenakten auf Vorliegen von Komorbiditäten, Einnahme von Dauermedikation und Raucherstatus untersucht.

Ergebnisse: Komorbiditäten, Dauermedikation und Raucherstatus unterschieden sich nicht signifikant zwischen den zwei Gruppen. Sämtliche untersuchten PSG-Parameter waren bei Personen mit moderater/schwerer signifikant erhöht. Die CRP-Werte unterschieden sich nicht signifikant zwischen den zwei Gruppen (p = 0,186). Die HbA1c-Werte waren in der Gruppe mit moderater/schwerer OSA signifikant höher (p = 0,016).

Zusammenfassung: Eine moderate/schwere OSA erschwert die Blutzuckerkontrolle adipöser Personen. Der Schweregrad der OSA scheint bei adipösen Personen nicht mit systemischer Entzündungsreaktion assoziiert zu sein. Adipöse Personen können von einem OSA-Screening und dessen Therapie profitieren, vor allem durch Prävention DM-assoziierter Folgeerscheinungen.

Schwere Infektionen im Kopf-Hals-Gebiet bei Kindern

J. Peskova¹, C. Güldner¹, J. Oeken¹

¹*Klinikum Chemnitz, Chemnitz, Deutschland*

Seit Dezember 2022 beobachteten wir in der HNO Klinik des Klinikum Chemnitz einen deutlichen Anstieg bis jetzt seltener Komplikationen infektiöser Krankheiten bei Kindern im Alter von 3 bis 7 Jahre.

Dies war erstens die intraorbitale Komplikation bei akuter Sinusitis. Es wurden insgesamt 5 Kinder behandelt, bei 4 davon musste eine endonasale endoskopische Nasennebenhöhlenoperation bei radiologischem Verdacht auf einen subperiostalen Abszess erfolgen. Dieser bestätigte sich bei 3 der Patienten.

Als Zweite wurde eine hohe Zahl von Abszedierungen para-/retropharyngealer Lymphknoten beobachtet. Insgesamt wurden 8 Kinder wegen Schiefstand des Halses vorstellig. Klinisch zeigten sich

enoral komplett reizlose Verhältnisse, sonographisch wurde Verdacht auf tiefen parapharyngealen Abszess geäußert, der sich im MRT bestätigte. Intraoperativ zeigten sich reizlose Tonsillen, nach einseitiger Tonsillektomie dann reizloses Wundbett. Unter Wissen der MRT-Befunde erfolgte dann tiefes para-/retropharyngeales Spreizen mit Eröffnung der Abszesshöhlen. Im intraoperativen Abstrich ließen sich bei einer Hälfte der Patienten A-Streptokokken, bei der zweiten Hälfte Keime der Rachenflora feststellen. Histologisch zeigte sich bei allen Fällen eine unauffällige Gaumentonsille. Im Rahmen des Vortrages sollen die Patientenverläufe demonstriert, sowie die Notwendigkeit einer Bildgebung und der mögliche Zusammenhang zur abgelaufenen Corona-Pandemie diskutiert werden.

Machbarkeitsstudie OncSaliva – nicht-invasive Probennahme zum Nachweis von Kopf-Hals-Tumoren anhand epigenetischer Biomarker

K. Zimmermann¹, M. Kouka¹, A. B. Hums², L. Jansen³, L. Wiehle², M. Dürst³, M. Schmitz², A. Hansel², O. Guntinas-Lichius¹

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

²*oncgnostics GmbH, Jena, Deutschland*

³*Universitätsklinikum Jena, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin, Jena, Deutschland*

Einleitung: Kopf-Hals-Plattenepithelkarzinome (HNSCC) werden meist erst in fortgeschrittenen Tumorstadien nach Symptombeginn diagnostiziert. Eine Früherkennung könnte zum Behandlungserfolg beitragen. Die Analyse von fünf epigenetischen Tumormarkern in der aktuellen OncSaliva-Studie soll deren klinische Leistung in nicht-invasiven Proben zeigen.

Methoden: Der Nachweis der Tumoren erfolgt über die Detektion krebsspezifischer DNA-Methylierung an fünf Genorten mittels qPCR unter Verwendung von Bisulfit-behandelter DNA aus Gewebe und Speichel/Abstrich. Ziel ist der Einschluss von 100 Kontrollen und 100 HNSCC-Patienten, letztere mit 2-jährigem Monitoring im Rahmen der Nachsorge.

Ergebnisse: Bisher wurden Gewebe-Gefrierschnitte sowie Speichelproben von 51 HNSCC-Patienten und 33 Kontrollen analysiert. Die DNA-Methylierungsmarker zeigten eine Sensitivität von 75% und eine Spezifität von 100%, wenn drei von fünf Markern für einen positiven Test im Gewebe nachgewiesen werden sollten. Einzelne Marker erzielten eine Sensitivität von bis zu 83% bei einer Spezifität von 97%. Die Analyse der einzelnen Marker in Speichelproben zum Zeitpunkt der OP/Gewebeentnahme zeigte eine maximale Sensitivität von 71% und Spezifität von 82%. Bei drei von fünf positiven Markern in Speichelproben wurde eine Sensitivität von 63% und eine Spezifität von 91% erzielt. Der Vergleich der Paare aus Gewebe- und Speichelproben ergab eine Übereinstimmung von 49% bis 78% für die HNSCC-Gruppe und von 73% bis 100% für die Kontrollgruppe. Auf der Tagung werden außerdem Daten aus Abstrichproben und den Proben der Patientennachsorge präsentiert.

Zusammenfassung: Die vorläufigen Studienergebnisse stützen unsere Hypothese, dass qPCR-basierte DNA-Methylierungsanalysen HNSCC auch im Speichel zuverlässig nachweisen können. Epigenetische Marker bilden die Basis für einen vielversprechenden Ansatz in der In-vitro-Diagnostik mit dem Ziel der Sekundär- und Tertiärprävention.

Stündliche Befundkontrolle oder entspannte Nacht? Die Nutzung des Flow-Couplers an der arteriellen Anastomose bei mikrovaskulären Transplantaten entlastet Dienstarzt, Operateur und Patienten

R. Stumpf¹

¹HELIOS Klinikum Aue, Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Plastische Operationen, Schilddrüsenzentrums-Erzgebirge, Aue, Deutschland

Zur Vereinfachung von Mikrogefäßanastomosen nutzen einige Operateure seit Jahren die in verschiedenen Größen erhältlichen Gefäßkoppler (Coupler) der Firma Synovis. Die Coupler sind auch mit integriertem Mini-Doppler erhältlich (Flow-Coupler). Publikationen und auch die Empfehlung der Herstellerfirma liegen nur für die venöse Anastomose vor, wenngleich eine Zulassung allgemein für "Blutgefäße" existiert. In unserem Hause wird die venöse Anastomose seit Jahren mit dem Flow-Coupler durchgeführt. Handling und Funktion der Anastomose sind überzeugend, die Dopplerfunktion hingegen nicht. Für die Nutzung des Dopplers erscheint strömungsphysiologisch die Transplantatarterie besser geeignet als die Kollektorvene. Die Anwendbarkeit des Systems an der arteriellen Anastomose ist in der Literatur bislang nicht thematisiert. Es wurde bei einer Fallserie von 6 Patienten die Nutzung des Flowcouplers für die arterielle Anastomose getestet. Bei allen venösen Anastomosen fand ein Coupler Verwendung, für die arterielle Anastomose der Flow-Coupler. Alle 12 Anastomosen funktionierten einwandfrei, es resultierten weder eine Revisionsoperation noch ein Transplantatverlust. Bei allen 6 arteriellen Anastomosen konnte ein deutliches, auch durch nichtärztliches Personal sicher interpretierbares Dopplersignal abgeleitet werden. Das Dopplergeräusch wurde durch die ITS-Schwester kontrolliert und dokumentiert. Bis auf die routinemäßigen Verbandwechsel und eine einmalige postoperative Wundkontrolle am Abend des OP-Tages wurden keine weiteren Transplantatkontrollen durch den Dienstarzt erforderlich. Insgesamt ist die Anwendung des Flow-Couplers für die arterielle Anastomose empfehlenswert. Es resultieren ein sicheres Monitoring der Transplantatdurchblutung und eine erhebliche Entlastung des Dienstarztes.

Die Differentialdiagnose der orofazialen Granulomatose bei Lippenschwellung

F. Leonhardt¹

¹Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dörlau, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Halle a. d. Saale, Deutschland

Beim Krankheitsbild der orofazialen Granulomatose kommt es durch Granulombildung zur Schwellung des orofazialen Weichteilgewebes. Wir präsentieren den Fall eines Patienten mit rezidivierender oraler Schwellung bei bekanntem Morbus Crohn. Eine initiale Schwellung vor mehreren Jahren war unter Prednisolongabe vollständig regredient, nun führten wir bei erneutem Auftreten die histologische Sicherung mittels Schleimhautbiopsie durch. Wir erörtern in Folge die Differentialdiagnose einer orofazialen Granulomatose bei Lippenschwellung sowie deren Assoziation mit Morbus Crohn.

Laryngozele, Halsabszess oder Laryngopyozele – 2 Fallberichte aus unserer Klinik

T. H. Le¹, J. Langer¹

¹AMEOS Klinikum Halberstadt, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Halberstadt, Deutschland

Eine Laryngozele ist eine seltene lufthaltige Schleimhautaussackung, die sich aus dem Sinus Morgagni entwickelt. In der Literatur wird die Inzidenz einer Laryngozele auf 1 zu 2,5 Millionen pro Jahr geschätzt. Sie tritt bei Männern fünfmal häufiger als bei Frauen auf. Die Mehrzahl der Fälle tritt in der sechsten Lebensdekade auf. Die Ätiologie ist bis heute nicht geklärt.

Es existieren mehrere Theorien der Entstehung einer Laryngozele: kongenitale oder erworbene Formen bei rezidivierendem erhöhtem laryngealem Druck (chronischer Husten, Glas- und Musikinstrumentenbläsern). Es gibt 2 Formen, eine innere und eine kombinierte Laryngozele. Da die Entstehung aus dem Sacculus laryngis erfolgt, ist eine äußere Langozele ohne inneren Anteil kaum vorstellbar. Akute entzündliche Prozesse können die Differenzialdiagnostik einer Laryngo(py)zele komplizieren.

2 Fälle in einer kurzen Zeit aus unserer Klinik veranschaulichen dies sehr gut. Beide Fälle konnten schlussendlich als kombinierte Laryngozele kategorisiert werden.

Der erste Fall stellt den Befund einer ausgedehnten Laryngozele dar, die durch eine großenprogrediente Halsschwellung auffiel.

Der zweite Fall zeigt die mögliche Komplexität von Laryngo(py)zelen auf. Eine Patientin stellt sich zunächst mit dem klinisch sicheren Bild eines Reinke-Oedems bds. zur OP vor. Nach erfolgreicher Behandlung wird die Patientin kurze Zeit später wegen eines Abszesses im Bereich des Larynx erneut vorgestellt. Während dieser Behandlung konnte MR-morphologisch eine kombinierte Laryngozele als Ursache der Abszedierung identifiziert werden. Die definitive Sanierung der Laryngopyozele erfolgte dann im entzündungsfreien Intervall über eine cervikale Incision.

In der Literatur wird in 7% der Laryngozele eine metachrone Karzinomentstehung beschrieben, sodass eine histologische Aufarbeitung zum Ausschluss von Malignität immer erforderlich ist. In ca. 8% der Laryngozele finden sich akute Infektion. Daher sollte bei rezidivierendem Halsabszess auch an eine Laryngo(py)zele gedacht werden.

Die Therapie stellt immer die chirurgische Entfernung dar, bei innerer Laryngozele durch einen endolaryngealen Zugang und bei kombinierter Laryngozele meistens durch einen externalen Zugang dar.

Massive Tracheostomablutung bei Ruptur des Truncus brachiocephalicus

F. Vogias¹, W. Herzog¹, K. Stock¹, S. Knipping¹

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

Einleitung: Arterielle Blutungen aus den großen Hals- und Mediastinalgefäßen sind eine seltene aber gefürchtete und lebensbedrohliche Komplikation, die während einer Tumorthherapie auftreten kann.

Kasuistik: Wir berichten von einem 56-jährigen männlichen Patient mit Z.n. Hypopharynxkarzinom rechts (G3, pT2, pN3b, cM0, L1, V0, Pn1, R0), behandelt mit mikrolaryngoskopischer Laser-Tumorsektion, Neck dissection beidseits (rechts radikal, links selektiv Regio II-V) inkl. Tracheostomie sowie adjuvanter Radiochemotherapie mit Cisplatin.

2 Monate nach Beendigung der Radiochemotherapie erfolgte das erste Restaging mittels Panendoskopie und CT (Hals/Thorax). Dabei wurde ein Rezidiv/Residuum ausgeschlossen. Aufgrund von metastasensupekten Lungenbefunde betont in beiden Unterlappen war zusätzlich eine Lungen-Biopsie und ggf. eine 2nd-line Chemotherapie geplant. Im Tracheostomabereich zeigte sich zusätzlich eine Nekrosetasche prätracheal, histologisch ohne Anhalt für Malignität.

Der Patient stellte sich kurz nach Entlassung in unserer Notaufnahme mit akuter Tracheostomablutung vor, welche initial wieder spontan sistierte. Einige Blutkoagel konnten aus der Nekrosetasche abgesaugt werden und der Patient wurde zur stationären Überwachung aufgenommen. Einige Stunden später trat eine erneute massive Blutung auf. Im OP-Saal wurde eine Arrosionsblutung aus dem Truncus brachiocephalicus festgestellt, wobei die Gefäßchirurgen hinzugezogen wurden. Nach einer 5-stündigen Operation konnte schließlich die Blutungsstelle vernäht und mit Tachosil und Tabotamp abgedeckt werden. Dabei wurden insgesamt 7 Blutkonserven und Blutplasma transfundiert. Anschließend wurde der Truncus brachiocephalicus mit 2 Vascular Plugs durch die interventionelle Radiologie vollständig verschlossen. Im weiteren Verlauf zeigte sich keine weitere Nachblutung. Die Kontroll-Angiographie zeigte eine ausreichende Kollateralisation und klinisch bestanden keine neurologische Auffälligkeiten. Die Nekrosetasche und das Tracheostoma wurden im Verlauf mit einer Lappenplastik (Pectoralis major) verschlossen. Der Patient ist bei gutem Allgemeinzustand seit 4 Jahren tumorfrei.

Schlussfolgerung/Diskussion: Blutungen aus den großen Hals- und Mediastinalgefäßen können im interdisziplinären Setting und unter bestimmten Voraussetzungen erfolgreich behandelt werden. Dabei besteht jedoch ein hohes interoperatives Risiko sowie die Möglichkeit der Entwicklung vaskulärer und neurologischer Spät-Komplikationen.

Fallvorstellung: Akute Rhinosinusitis – ab wann ist Gefahr im Verzug?

M. Lorenz¹, S. Koscielny¹, N. Dinc¹, O. Guntinas-Lichius¹

¹*Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland*

Die akute Rhinosinusitis wird konservativ behandelt und läuft in aller Regel ohne Komplikationen ab. Jedoch können eitrig-eitrige Nasennebenhöhlenentzündungen auch zu orbitalen Komplikationen, Meningitiden, intrazerebralen Abszessen oder zu Sinusvenenthrombosen führen.

Ein 21-jähriger Patient ohne Vorerkrankungen stellte sich initial ambulant alio loco mit Symptomen einer akuten Rhinosinusitis vor und wurde daraufhin 10 Tage antibiotisch mit Amoxiclav 875 mg/125 mg 2x täglich behandelt. Hierunter zeigte sich keine Besserung der unspezifischen Erkältungssymptome mit eitrigem Nasenlaufen. Eine erneute Vorstellung des Patienten am 13.03.2023 in einem Krankenhaus alio loco führte zu keinen weiterführenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und der Patient wurde ambulant belassen. Aufgrund einer rapiden Verschlechterung des Allgemeinzustands erfolgte am 14.03.2023 ein CT NNH, in dem sich ein Frontalhirnabszess bei zunehmenden linksseitigen Kopfschmerzen darstellte, woraufhin die notfallmäßige Einweisung in das Universitätsklinikum Jena erfolgte. Trotz umgehender interdisziplinärer Behandlung und neurochirurgischer Abszessentlastung links frontal und dekompressiver Hemikraniektomie verstarb der Patient innerhalb weniger Tage an den Folgen des sich entwickelten fulminanten Hirnödems. Es soll diskutiert werden, ob dieser fulminante Verlauf hätte verhindert werden können. Hätte man ambulant schon frühzeitiger Hinweise auf einen sinugenen Hirnabszess erkennen können? Sollte man frühzeitiger die Indikation zur Bildgebung stellen? Haben ambulante und stationäre Strukturen nicht rechtzeitig ineinandergreifen?

Dieser Kasus macht deutlich, dass man selbst bei immunkompetenten Patienten an seltene Komplikationen denken muss, wenn sich ein Verlauf ohne eindeutige klinische Verbesserung zeigt.

Postersession 2

Etablierung der ASV-Ambulanz Kopf Hals am Klinikum Chemnitz – ein Erfahrungsbericht

A. E. Chaaban¹, C. Güldner¹, J. Oeken¹

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

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist eine besondere Form der ambulanten Versorgung von Patienten mit schweren oder seltenen Erkrankungen, die eine interdisziplinäre und hochqualifizierte Behandlung erfordern. Eine dieser Erkrankungen sind Kopf-Hals-Tumoren, die eine hohe Morbidität und Mortalität aufweisen. Das Klinikum Chemnitz verfügt über eine umfassende Expertise in der Diagnostik und Therapie von Kopf-Hals-Tumoren. Um die Versorgungsqualität zu verbessern, startete nun die ASV- Ambulanz Kopf Hals am 01.03.2023.

Die ASV- Ambulanz Kopf Hals kooperiert eng mit den bestehenden Strukturen des Klinikums Chemnitz sowie mit den niedergelassenen Ärzten, den onkologischen Schwerpunktpraxen und den regionalen Tumorzentren. Die entstandene ASV- Ambulanz Kopf Hals kann ein umfangreiches Leistungsspektrum anbieten, das die Diagnostik, die Therapieplanung, die Therapiedurchführung und die palliative Versorgung von Kopf-Hals-Tumorpatienten umfasst.

Das Ziel des Vortrags ist es, das Konzept der ASV- Ambulanz Kopf Hals am Klinikum Chemnitz vorzustellen und die Vorteile für die Patienten und die beteiligten Fachdisziplinen zu erläutern. Dabei sollen folgende Fragen beantwortet werden: Welche Anforderungen muss eine ASV- Ambulanz Kopf Hals erfüllen? Wie wird die ASV- Ambulanz Kopf Hals in das bestehende Versorgungsnetzwerk eingebunden? Welche Leistungen werden in der ASV- Ambulanz Kopf Hals angeboten? Welche Probleme und Hindernisse entstehen?

Postoperative Ergebnisse nach Tympanoplastik mit Knorpelpalisaden in Underlay-Technik bei Kindern

K. Thangavelu¹, S. Gimbel¹, J. Müller-Mazzotta¹, R. Weiß¹, B. A. Stuck¹, K. Reimann¹

¹*Universitätsklinikum Marburg, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Marburg, Deutschland*

Einleitung: Zur Trommelfellrekonstruktion bei Tympanoplastik gibt es zahlreiche Möglichkeiten. Bezogen auf Kinder gibt es hier jedoch wenige Untersuchungen. Der Ziel unserer Studie war die Evaluation verschiedener Methoden der Trommelfellrekonstruktion bei Kinder und die Analyse der audiologischen Ergebnisse und Komplikationsraten.

Fragestellung: Gibt es einen Unterschied in den postoperativen Ergebnissen zwischen verschiedenen Transplantaten bei Tympanoplastik bei Kindern?

Methodik: Es erfolgte eine retrospektive Analyse der Daten der Kinder (0-17 Jahre), die zwischen 2010 und 2019 einer Tympanoplastik unterzogen wurde. Die drei untersuchten Hauptgruppen waren: 2mm Knorpelpalisaden (CP), Fascia temporalis (TF) und Knorpel-Perichondrium-Compound (CI). Verglichen wurden die Veränderungen in der Luftleitungskurve (AC), in der Schalleitungskomponente (Air-Bone-Gap) sowie das Wiederauftreten von Perforationen und Retraktionen.

Ergebnis: Eingeschlossen wurden 130 Kinder (59 männlich, 71 weiblich) mit einem Durchschnittsalter von $9,6 \pm 3,8$ Jahren. Bei 103 Kindern wurde eine chronische Otitis Media diagnostiziert, bei 19 Kinder ein Cholesteatom und bei 8 Kinder ein Adhäsivprozess diagnostiziert. Die CP-Gruppe umfasste 50 Kinder, die TF 45 Kinder und die CI 35 Kinder. Die Reduktion des Schalleitungskomponente (Air-Bone-Gap) nach OP war bei CP am höchsten (3,7 dB). Die postoperative Besserung der AC war mit 8,6 dB ebenfalls in der CP-Gruppe am höchsten mit statistisch signifikanter Besserung ($p < 0,05$). Die CP-Gruppe zeigte darüber hinaus mit 16% die niedrigste Perforationsrate im Vergleich zu TF (24,4 %) und CI (20 %) sowie die niedrigste Retraktionsrate (4 %) im Vergleich zu TF (6,6 %) und CI (5,7 %). Kinder mit Cholesteatom zeigten ein 10-fach erhöhtes Risiko, postoperativ eine Retraktion des Trommelfells zu entwickeln (OR = 10,3, 95 % CI: 1,1–97,0, $p = 0,042$).

Schlussfolgerung: Die Schalleitungsschwerhörigkeit besserte sich am stärksten bei Verwendung von Knorpelpalisaden. Die Knorpelpalisaden führen darüber hinaus zu geringeren postoperativen Perforationen und Retraktionen.

Abb. 1

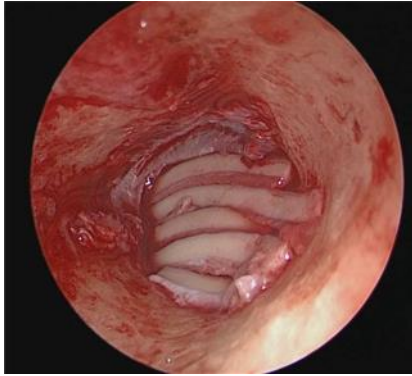


Abb. 2

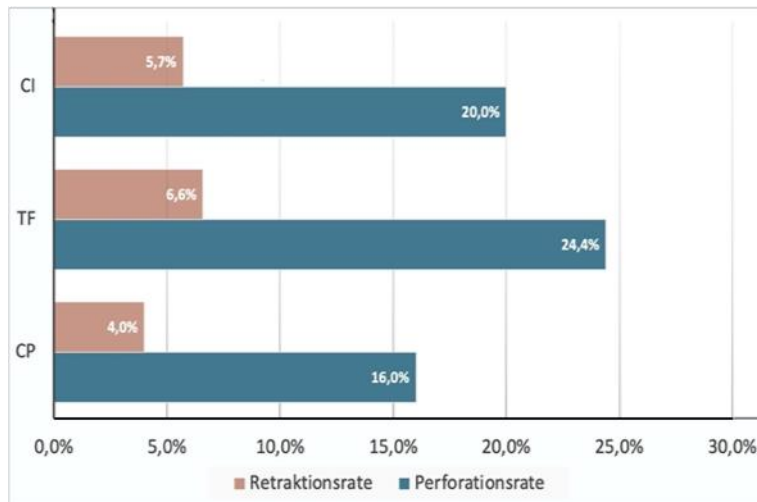
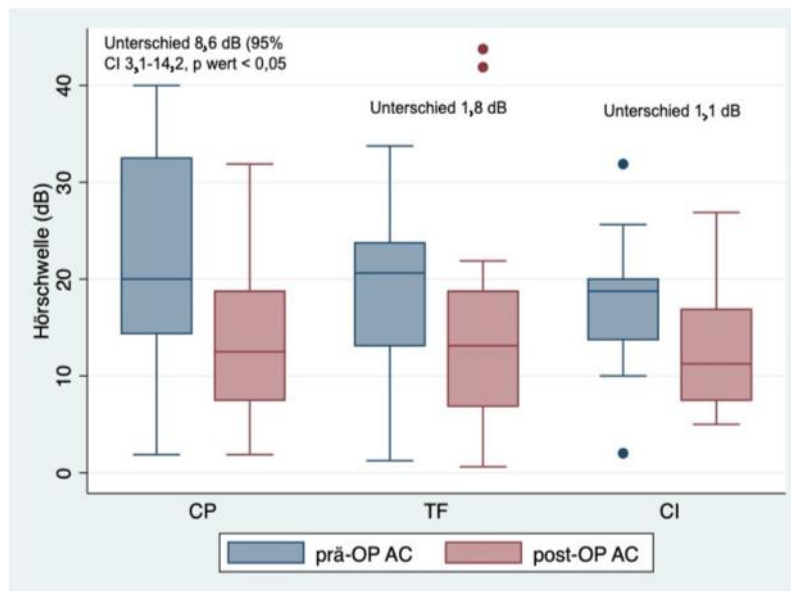


Abb. 3



Intralabyrinthäres Schwannom – Ein intraoperativer Zufallsbefund

V. Bezas¹, P. R. Issing¹

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

Einleitung: Heutzutage werden zahlreiche Patienten aufgrund einer funktionellen Surditas mit einem Cochlear Implantat versorgt. Die Abklärung der Ursache der Hörminderung erfolgt anamnestisch, klinisch sowie mittels gezielter audiologischer Untersuchungen und Bildgebung.

Material – Methoden: Es wird über eine 53-jährige Patientin berichtet, die vor etwa 4 bis 5 Jahren offenbar durch einen Hörsturz auf der rechten Seite ertaubt war, sie klagte auch über ein Ohrgeräusch und habe frustriert mehrere Hörgeräte erprobt. Das auswärtige MRT und CT Felsenbein wurden als unauffällig begutachtet. Im Rahmen der Cochlea Implantat Voruntersuchung stellten wir die grundsätzliche Eignung von der Patientin für ein CI fest.

Ergebnisse: Intraoperativ wurde eine Verlegung der Scala tympani mit einem schwammartigen Gewebe festgestellt. Nach Rekanalisierung über eine erweiterte Cochleostomie gelang die Insertion der Elektrode in Advance-Off- Technik ohne Schwierigkeiten. Die postoperative Bildgebung bestätigte eine regelrechte Lage der Elektrode. Die entnommene Histologie bestätigte ein intralabyrinthäres Schwannom (ILS). In der Aufblähkurve mit CI im Freifeld zeigten sich 2 Monate nach Erstanpassung pantonal Schwellenwerte 30-35 dB sowie 45% Verständlichkeit bei 65dB Sprachpegel der einsilbigen Wörter im Freiburger Sprachaudiogramm.

Zusammenfassung: Eine seltene Form des Schwannoms, die erstmals vor mehr als hundert Jahren beschrieben wurde, ist das intralabyrinthäre Schwannom. Typischerweise manifestiert sich mit einseitigem Schallempfindungs-Hörverlust (SES), die fortschreitend sein und zu einseitiger Taubheit führen kann. Selten wird auch von Patienten Schwindel angegeben. Trotz scheinbar unauffälliger Bildgebung steht man bisweilen intraoperativ vor unerwarteten pathologischen Befunden, wie unser Fall demonstriert.

Literatur: Beim Verfasser erhältlich

Chondrosarkom des Nasenseptums – ein Fallbericht

L. Gartmann¹, K. Thangavelu¹, B. A. Stuck¹

¹Universitätsklinikum Marburg, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Marburg, Deutschland

Einleitung: Chondrosarkome sind seltene, meist langsam infiltrierend wachsende Malignome mit einer Inzidenz von ca. 0,2/100.000 Einwohnern pro Jahr¹. Die chirurgische R0-Resektion stellt das therapeutische Kernelement für nicht-metastasierte Weichgewebesarkome dar². Eine konventionelle Strahlen- oder Chemotherapie ist wenig effektiv. Die Ionentherapie ist hier sicher indiziert und wirksamer³. Übliche Lokalisationen sind stammnah, der HNO-Bereich ist sehr selten betroffen und für das Nasenseptum existieren lediglich Einzelfallberichte.

Fallbericht: In unserer Klinik hat sich im März 2023 eine 60-jährige Patientin mit einer langsam progredienten Nasenatmungsbehinderung rechts seit 12 Monaten ohne weitere Symptome vorgestellt. In der Untersuchung imponierte ein glatter, derber Tumor der rechten Nasenhaupthöhle. Im CT wurde der ca. 38x24x45 mm messende Tumor mit Osteodestruktion und Einbruch in die Orbita beschrieben.

Therapie: Es erfolgte eine transnasale endoskopische Resektion zur Symptomlinderung und histologischen Sicherung, die ein Chondrosarkom Grad II ergab. Bei M0- und N0-Stadium im CT-Thorax/Abdomen und der Skelett-Szintigraphie erfolgte nach Vorstellung in der Tumorkonferenz die Nachresektion unter onkologischen Gesichtspunkten. Zur adjuvanten Therapie erhielt die Patientin einen Kohlenstoffionon-Boost (C12) im Rahmen der adjuvanten Radiotherapie mit Photonen.

Fazit: Eine frühzeitige Diagnose des Chondrosarkoms des Septums ist aufgrund der Seltenheit und der unspezifischen sinunasalen Symptome erschwert und gelingt nur histologisch. Die Therapie der Wahl besteht in der vollständigen operativen Resektion. Die adjuvante Radiotherapie ist ein wichtiger Bestandteil des Therapiekonzepts, wobei die Schwerionenbestrahlung eine lokal wirksame Möglichkeit bietet, da sie auch ruhende Zellen schädigt und somit bei langsam wachsenden Tumoren wie dem Chondrosarkom effektiv ist. Zudem kann die Strahlendosis im Vergleich zur reinen Photonenbestrahlung aufgrund geringer Streuung um bis zu 35% erhöht werden⁴, die strahlensensiblen Bulbi und der Hirnstamm sind so weniger gefährdet.

Quellen:

- 1 sarkome.de/patienten-hilfe/knochensarkome
- 2 S3-Leitlinie Adulte Weichgewebesarkome
- 3 Gelderblom et al. "The clinical approach towards chondrosarcoma." The oncologist vol. 13,3(2008):320-9
- 4 Eberle et al. "Kohlenstoffionon-Boost (C12) im Rahmen einer primären Radiochemotherapie als organerhaltendes Verfahren bei PEC im Bereich der vorderen Nasenhaupthöhle/Nasenvorhof." LRO 2020; 99(S02):91-92

Cochlea-Implantation bei Granulomatose mit Polyangiitis

B. Reuter¹, K. Hoffmann¹, D. Böger¹

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

Einleitung/ Anamnese: Wegen einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit rechts und mittelgradiger kombinierter Schwerhörigkeit links erfolgte die CI-Vordiagnostik zur Prüfung der Indikation für eine Implantation und erfolgreiche Rehabilitation sowie Planung der Operation.

Befunde: CT-morphologisch ergab sich der Verdacht auf eine partielle Ossifikation der basalen Cochleawindung, klinisch bestand ein Adhäsivprozess bei bekannter Granulomatose mit Polyangiitis und bei sonst regelrechter Schichtbildgebung und otoneurologischen Befunden, die für eine erfolgreiche Cochlea-Implantation sprechen.

Verlauf: Eine vorausschauende Elektrodenauswahl und ein adaptiertes operatives Vorgehen, ermöglichten eine CI-Versorgung mit regelrechter Elektrodenlage in der Röntgenkontrolle.

Zusammenfassung: Eine sorgfältige CI-Vordiagnostik, kritische Befundbeurteilung und ein befundadaptiertes Vorgehen sind Voraussetzung für eine erfolgreiche CI-Versorgung.

Seltene Ursache eines chronischen Tubenmittelohrkatarrhs

M. Degelmann¹, J. Stadler¹

¹HBK Zwickau, Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Zwickau, Deutschland

Anamnese: Ein 53-jähriger Patient (180cm, 100kg) stellt sich bei persistierendem Druckgefühl mit Hörminderung im linken Ohr seit einem Thailandurlaub vor 10 Monaten zur Paukendrainage vor. Schmerzen und Otorrhoe werden verneint. Die konservativen Maßnahmen mit abschwellenden und steroidal-nasentropfen sowie Druckausgleichmanövern erbrachten keine Besserung der Beschwerden. Der Patient nimmt ASS bei Z.n. 7 Koronar-Stents (zuletzt 2019) ein. Er ist Raucher (aktuell 5Z/d, zuvor 20Z/d seit 40 Jahren). Es besteht ein Gewichtsverlust von 10kg in 3 Jahren ohne Nachtschweiß.

Befund: Klinisch imponieren das linke Trommelfell stark retrahiert, intakt mit negativem Valsalva-Manöver sowie eine Septumdeviation nach links. Im Nasenrachen zeigt sich hyperplastische Schleimhaut, die das linke Tubenostium verlegt. Im Tonaudiogramm ergibt sich eine pantonale Schallleitungs-komponente links von 10-20dB bei symmetrischer sensorineuraler Senke ab 2kHz auf 30dB hochtonal. Das Tympanogramm ist links gipfelbildend im Unterdruckbereich mit Maximum bei -200daPa, rechts gipfelbildend im Normdruckbereich.

Operation: Durch Gewebeexzisionen im Nasopharynx links wurde das Tubenostium freigelegt. Bei der Parazentese links ergab sich reichlich seröses Sekret, sodass eine Titan-Paukendrainage 1,25mm eingelegt wurde.

Histologie: Histologisch ergab sich ortsständig abgrenzbares Drüsenparenchym mit zum Teil onkozytärer Metaplasie mit daneben lymphozytärem Zellinfiltrat. Die Beurteilung zeigte fibrosiertes Bindegewebe mit Anteilen eines Warthin-Tumors (sog. Zystadenolymphom).

Zusammenfassung: Postoperativ zeigte sich in der Kontrolle kein raumfordernder Prozess im Nasenrachen. Bei der Gewebeexzision handelte es sich primär um die histologische Sicherung. Eine komplette Entfernung des Tumors ist nicht sicher. Daher erfolgten im zeitlichen Abstand zur OP eine MRT-Kontrolle sowie klinische Kontrollen. Nach histologischer Sicherung eines benignen Tumors und aufgrund des langsamen Wachstums wird ein konservativ-abwartendes Vorgehen präferiert und lediglich bei erneuter Einengung des Tubenostiums oder Nasenatmungsbehinderung die operative Entfernung angestrebt.

Der Warthin-Tumor ist der zweithäufigste benigne Tumor der Speicheldrüsen und manifestiert sich meist in der Glandula parotis. In 10% der Fälle können Warthin-Tumore auch extraparotideal vorkommen, so zum Beispiel in der Mundhöhle, Augenlidern, Taschenfalten oder im Nasopharynx.

Tumor auf Abwegen

A. Boeßert¹, P. Boeßert¹

¹Klinik für Hals-, Nasen- und Hohenheilkunde, AMEOS Klinikum Haldensleben, Haldensleben, Deutschland

Einleitung: Wir berichten über einen 74-jährigen Patienten, der sich im Februar 2021 erstmals mit seit 6 Monaten bestehendem Kratzen im Hals und einer kloßigen Stimme ohne Dyspnoe oder eine B-Symptomatik vorstellte.

Vorgehen: In der hno-ärztlichen Untersuchung zeigte sich fiberoptisch eine von der linken Taschenfalte ausgehende, fleischig-exophytische, mehrknotige Raumforderung mit Teilverlegung der Glottisebene. Ultrasonographisch stellten sich keine suspekten Lymphknoten bei einer Struma multinodosa dar.

Im durchgeführten CT Hals/ Thorax mit KM 02/2021 wurde eine "tumoröse Raumforderung von ca. 15mm Durchmesser unterhalb der Epiglottis mit dringendem V.a. Infiltration des Larynx" beschrieben bei einem ansonsten unauffälligen Befund.

Eine dringlich durchgeführte Panendoskopie mit Tumor-Debulking 02/21 ergab histologisch ein extraossäres Plasmozytom. (Plasmazellneoplasie mit monotypischer Lambda-Leichtketten-Expression, CD 138+ Ki 67 10%)

Zusammenfassung: Wir berichten über die Rarität eines extraossären Plasmozytoms des Larynx, unser Vorgehen, die Therapie und den weiteren Verlauf bis heute.