

Neues aus Amerika?

■ Leif Erik Walther

HNO-Mitt. (2011) 61: 381-384

Der diesjährige Kongress der American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery (AAO-HNS) fand vom 11. bis 14. September 2011 im kalifornischen San Francisco statt. In eigener Praxis sowie in der Klinik tätige HNO-Ärzte tauschen sich auf diesem Kongress jährlich gemeinsam über aktuelle Probleme und Entwicklungen des Fachgebietes aus.

Die Besonderheit in diesem Jahr war die Tatsache, dass Deutschland zu den Gastländern dieser Veranstaltung zählte. Professor Karl Hörmann von der Universitäts-HNO-Klinik in Mannheim kam die Ehre einer Gastvorlesung zuteil. Ehrungen an deutsche HNO-Ärzte gingen unter anderem an Professor Hans-Jürgen Welkoborsky aus Hannover. Deutsche HNO-Beiträge kamen z. B. aus Berlin (Professor Arneborg Ernst) über die neurofeedback-basierte Physiotherapie bei periphervestibulären Störungen.

Von einer Reihe internationaler Vorträge, Rundtischgespräche und Kurse gibt es Interessantes zu berichten. Die erstmals 1993 beschriebene **Ballonkatheterdilatation der Nasennebenhöhlen**

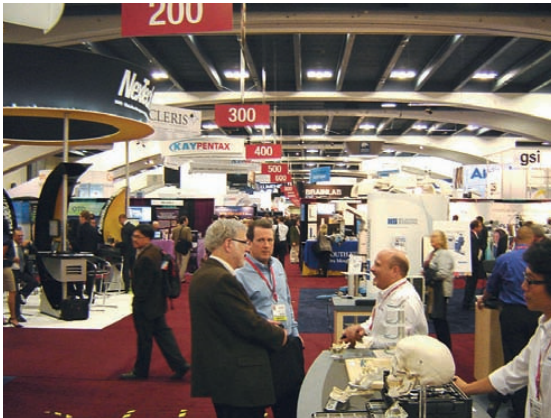
und deren Evidenz standen im Mittelpunkt eines Rundtischgespräches. Eine offizielle Zulassung dieser therapeutischen Methode durch die amerikanische Food and Drug Administration (FDA) existiert seit 2005. Die Technik ist weniger invasiv als die konventionelle endonasale endoskopisch oder mikroskopisch kontrollierte Nasennebenhöhlenoperation und Komplikationen sind selten. Zudem kann die Methode ambulant bei isolierten Befunden im Bereich der Kiefer-, Stirn- oder der Keilbeinhöhle eingesetzt werden, ggf. auch zur lokalen Medikamentenapplikation. In vielen Fällen wird dadurch eine Schmerzfreiheit eher erreicht und die Heilung tritt zügiger ein. Professor P. Batra von der University of Texas Southwestern Medical Center, USA, erläuterte jedoch auch, dass es erhebliche Einschränkungen gibt: Die Gewebspathologie kann nicht in toto beseitigt werden, die Gewebsentnahme kann wenig repräsentativ sein, die Methode kann im Einzelfall nicht für alle pathologischen Befunde im Siebbeinbereich eingesetzt werden. Eine in diesem Jahr von Batra durchgeführte Cochrane-Analyse führte



Eröffnungsveranstaltung



Professor Dr. Karl Hörmann während der Eugene N. Myers Vorlesung



Industrierausstellung



Professor Dr. L. Parnes bei der Erläuterung der Therapie des gutartigen Lagerungsschwindels bei einem der zahlreich angebotenen Kurse.

zu dem Schluss, dass unter evidenzbasierten Gesichtspunkten, trotz der vielen Vorteile, gegenwärtig noch keine überzeugenden Beweise für die höhere Wirksamkeit der Ballonkatheterdilatation im Vergleich zu den herkömmlichen chirurgischen Modalitäten geliefert werden können [1]. Die Rundtischteilnehmer ermutigten aber die Durchführung weiterer Studien, so Professor M. Ryan von University of Texas Southwestern Medical Center. Unter unterschiedlichen Aspekten betrachtet, ist die Methode, insbesondere auch bei Kindern, im Langzeitverlauf (1 Jahr) erfolgreich, zudem können längere Eingriffe und Narkosen bei multimorbiden Patienten umgangen werden [2,3].

Eine aktuelle europäische Studie unterstreicht neben den Vorteilen der Methoden zwei Aspekte: Die histologische Untersuchung kann Probleme bereiten, und die Stirnhöhle ist in ca. 10 % der Fälle nicht ohne Weiteres zugänglich. Ursachen sind Variationen des frontoethmoidalen Recessus (z.B. frontoethmoidale, frontobulläre oder Agger nasi-Zellen) [4-6].

Aktuelle **chirurgische Konzepte**, insbesondere der Zungenchirurgie **bei der obstruktiven Schlafapnoe (OSA)**, wurden in einem Mini-Seminar thematisiert.

„Es gibt keine chirurgische Methode, die die gesamte Problematik vollständig löst. Der Schlüssel für den chirurgischen Erfolg ist die Wahl der richtigen Operation für den richtigen Patienten“, so der Moderator des Rundtischgesprächs Professor K. P. Pang vom Pacific Sleep Centre in Paragon, Singapore.

In der Regel haben Patienten mit einem schweren obstruktiven Schlafapnoesyndrom eine Zungengrundproblematik „Patienten mit schwerer OSA haben eine 10-fach höhere Inzidenz von Zungengrundobstruktion im Vergleich zu Patienten mit leichter OSA“, so Pang.

Professor B. Rotenberg von der University of Western Ontario in London, Canada, diskutierte den Einsatz chirurgischer Methoden. Demnach stellt die Radiofrequenztherapie des Zungengrundes ein sinnvolles, gut toleriertes und komplikationsarmes ergänzendes Verfahren für die Therapie der höhergradigen OSA in Kombination mit anderen Verfahren dar. Auch die Resektion der Zungengrundtonsillen wird als effektives Verfahren eingeschätzt.

Für die Therapie der obstruktiven Schlafapnoe beim Erwachsenen gibt es seit 2009 eine Leitlinie der Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. Das



Videobeispiel 1*: BPLS des horizontalen Bogengangs links



Videobeispiel 2*: BPLS des hinteren Bogengangs links



Videobeispiel 3*: BPLS des vorderen Bogengangs rechts

* QR-Codes können mit kostenfreien Apps auf Smartphones gelesen werden. Hierzu eignen sich z. B. Bee Tagg oder Herold QR.

Die Originalvideos finden Sie im Internet unter:

www.hno-im-mtz.de/video/Lagerungsschwindel-Bequachtung-video1.mp4 – für den horizontalen Bogengang

www.hno-im-mtz.de/video/Lagerungsschwindel-Bequachtung-video2.mp4 – für den hinteren Bogengang

www.hno-im-mtz.de/video/Lagerungsschwindel-Bequachtung-video3.mp4 – für den vorderen Bogengang

Verfahren der Radiofrequenztherapie des Zungengrundes wird danach als Monotherapie bei der milden und mittelgradigen OSA empfohlen. Die Entfernung der Zungengrundtonsillen kann nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft als isolierte Maßnahme bei der OSA eingesetzt werden oder in Kombination mit anderen Eingriffen (z.B. Multi-Level-Chirurgie) bei erfolgloser oder abgebrochener Beatmungstherapie [7].

Professor M. Magnusson vom Skåne University Hospital aus Lund (Schweden) erläuterte in einem praktischen Kurs die **Diagnostik und Therapie des benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels (BPLS)**. In der klinischen Praxis sind die degenerativen Formen am häufigsten anzutreffen, bei denen die Kalziumkarbonatkristalle der Otokonienmembran des Utriculus altersbedingt in Bruchstücke zerfallen können, ihren Kontakt verlieren und so in die Bogengänge gelangen können. Daher beträgt die Häufigkeit des BPLS im 80. Lebensjahr bis zu 10%! Idiopathische Formen (in jedem Lebensalter) oder symptomatische Formen (nach Kopfanpralltraumen, im Rahmen einer Neuritis vestibularis oder eines Morbus Menière) kommen seltener vor, sollten im klinischen Alltag jedoch berücksichtigt werden, da diese Formen häufig nicht immer anamnestisch sofort von den Symptomen der primären Erkrankung separiert werden können, so Magnusson. Insbesondere traumatische Fälle sollen prognostisch eine schlechtere Prognose haben [8].

Beim BPLS können einseitig oder beiderseitig ein identischer oder mehrere, auch unterschiedliche Bogengänge betroffen sein. Ca. 90 % der Fälle sind einseitig und etwa 10 % beiderseitig. Die einseitige Erkrankung eines Bogengangs ist beim BPLS unabhängig von der Ursache am häufigsten. In der klinischen Praxis ist der

hintere Bogengang am häufigsten betroffen, in dessen am weitesten von allen Bogengängen nach unten reichenden Schenkel Otokonien akkumulieren und nicht, wie beispielsweise aus dem horizontalen Bogengang, spontan wieder in den Utrikulusbereich gelangen können. Es folgen der laterale und der vordere Bogengang, dessen Bogengangsschenkel am weitesten von allen kranial gelegen ist [9].

Je nach Affektion eines Bogengangs wird ein pathologischer vestibulookulärer Reflex (VOR) induziert. Nach dem 2. Ewaldschen Gesetz ist der VOR für jeden Bogengang bzw. jede Form beim BPPV pathognomonisch. Der durch die unterschiedlichen diagnostischen Lagerungsmanöver induzierte pathologische VOR dient der differentialdiagnostischen Abgrenzung und Einordnung (siehe Videobeispiele 1–3 QR-Code).

Magnusson erläuterte, dass bei der Behandlung des BPLS Schwierigkeiten auftreten können, wenn die Otokonien im Bogengang bereits konglomeriert sind. Dann spricht man von einem („Canalith jam“). Hier wird ein forciertes Vorgehen bei den jeweiligen therapeutischen „Befreiungsmanövern“ empfohlen. Organische Erkrankungen mit „Schwindel“, wie der BPLS, sind nach vollständiger Remission nicht selten Ursache eines reaktiven psychogenen (sekundären somatoformen) Schwindels, der oft spät erkannt wird, da von „Restzuständen“ eines BPLS ausgegangen wird.

Literatur:

- [1] Batra PS, Ryan MW, Sindwani R, Marple BF. Balloon catheter technology in rhinology: Reviewing the evidence. *Laryngoscope*. 2011; 121: 226–232



- [2] Ramadan HH, McLaughlin K, Josephson G, Rimell F, Bent J, Parikh SR. Balloon catheter sinuplasty in young children. *Am J Rhinol Allergy* 2010; 24: e54–56
- [3] Stewart AE, Vaughan WC. Balloon sinuplasty versus surgical management of chronic rhinosinusitis. *Curr Allergy Asthma Rep* 2010; 10: 181–187
- [4] Brehmer D. Catheter-based balloon dilatation of the frontal, maxillary, and sphenoid ostia: a new procedure in sinus surgery. *HNO* 2008; 56: 65–70
- [5] Siow JK, Al Kadah B, Werner JA. Balloon sinuplasty: a current hot topic in rhinology. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008; 265: 509–511
- [6] Heimgartner S, Eckardt J, Simmen D, Briner HR, Leunig A, Caversaccio MD. Limitations of balloon sinuplasty in frontal sinus surgery. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2011; 268:1463–1467
- [7] Therapie der obstruktiven Schlafapnoe des Erwachsenen. Leitlinien. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/017-069.html>
- [8] von Brevern M, Schmidt T, Schönfeld U, Lempert T, Clarke AH. Utriclar dysfunction in patients with benign paroxysmal positional vertigo. *Otol Neurotol* 2006; 27: 92–96
- [9] Tomaz A, Ganança MM, Ganança CF, Ganança FF, Caovilla HH, Harker L. Benign paroxysmal positional vertigo: concomitant involvement of different semicircular canals. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2009; 118:113–117

Leserbrief von Herrn Dr. med. Bonifaz Ullrich, Blieskastel,

zu „Ein sehr persönlicher Leserbrief aus Thüringen“, „Offener Brief an Herrn Gesundheitsminister Daniel Bahr“, und dessen Antwort, Leserbrief von Herrn Dr. J. Volek, „Volkskrankheit Schwerhörigkeit?“ in den HNO-Mitteilungen Heft 5/2011
HNO-Mitt. (2011) 61: 384-385

Sehr geehrte Damen und Herren, mit großem Interesse habe ich die Leserbriefe gelesen. Im Jahr 2003 konnte ich mit fast 66 Jahren in den Ruhestand treten. Liest man von der zunehmenden wirtschaftlichen Zwangslage der niedergelassenen Kollegen, kann ich nur Gott sei Dank sagen, dass ich diesem Schlamassel entronnen bin.

So sehr auch die Wut und der Aufschrei der drangsalierten Kollegen nach einem gerechten, existenzhaltenden Einkommen verständlich sind, so wundere ich mich umso mehr darüber, dass niemand einen Hinweis darauf gibt, woher das Geld dazu genommen werden soll, da „die finanziellen Mittel für die Gesundheitsversorgung begrenzt sind“ (Antwort des Bundesministeriums für Gesundheit). Dabei wäre es ein Leichtes, diese erforderlichen Summen zu beschaffen und dies sogar auf eine weitaus sozialere und gerechtere Art, als dies mit der heute üblichen Beitragserhebung der Fall ist. Es wäre dazu lediglich erforderlich, wie es bei jeder anderen Versicherung völlig verständlich und üblich ist, einen Risikozuschlag zu erheben und zwar auf die 3 Volksseuchen Übergewicht, Alkohol- und Nikotinabusus, die die wesentlichen Kostentreiber im Gesundheitswesen sind. Andere Überlegungen, die steigenden Kosten durch Priorisierung oder Zusatzversicherungen aufzufan-

gen, können dagegen nur als klammheimliche und asoziale Beitragserhöhungen bezeichnet werden.

Mit großem Unverständnis kann in diesem Zusammenhang auch die Forderung nach einer Vergütung der Präventionsleistung durch die GKV bei der „Volkskrankheit Schwerhörigkeit“ zur Kenntnis genommen werden. Hier ist doch eindeutig der Gesetzgeber in die Pflicht zu nehmen, damit, wie es in manchen Nachbarländern schon praktiziert wird, der Freizeitlärm durch entsprechende Maßnahmen deutlich eingeschränkt wird. Dies betrifft außer den in dem Artikel schon aufgeführten Spielzeugen und portablen Musikabspielgeräten auch Diskotheken, Musikboxen im Auto, öffentliche Veranstaltungen mit Jahrmarkt- oder Festzeltmusik. Ebenso ist die Lärmvermeidung schon als ein Ziel bei der Kindererziehung anzusehen (Lärm im Kindergarten). Die Prävention muss daher, wie dies erfolgreich auch bei der berufsbedingten Lärmschwerhörigkeit geschehen ist, im sozialen und gesetzgeberischen Bereich erfolgen!

So sehr die Ärzteschaft einerseits gerechtermaßen gegen die ihre Existenz ruinierenden Reglementierung aufbegehrt, so sehr nimmt sie andererseits in relativistischer Gleichgültigkeit, meist verbrämt als Toleranz, die systematisch unsere Fundamente zerstö-

