

ÖÄZ Nr. 17
10. September 2017

Österreichische
Ärztezeitung
Die Zeitschrift der Ärztinnen und Ärzte

Innovationen und Positionen

61. Österreichischer HNO-Kongress



Innovationen und Positionen

Unter diesem Motto steht der 61. Österreichische HNO-Kongress, der von 13. bis 17. September 2017 in der Wiener Hofburg stattfindet. Es geht um Neuentwicklungen und den aktuellen Forschungsstand in den drei unterschiedlichen Aspekten der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde: Onkologie, Rhinologie beziehungsweise Nasennebenhöhlen-Chirurgie und Otologie. Des Weiteren sind Round-Table-Gespräche, internationale Foren, Vorträge und Seminare zu verschiedensten Themen, u.a. auch Komplikationen bei der Behandlung von Tumoren, Epidemiologie – Quality of Life, Psychosomatik, Tinnitus, u.v.m. geplant. „Der Trend zu mehr Round Tables ist auch bei internationalen Kongressen zu beobachten“, stellt Kongresspräsident Univ. Prof. Peter Franz von der Krankenanstalt Rudolfstiftung Wien fest.

Bei onkologischen Therapien liegt das Augenmerk vor allem auf neuen Chemotherapien und auch auf neuen immunologischen Therapien mit spezifischen Antikörpern. „Eines der Highlights sind neue Behandlungskonzepte für insbesondere HPV-assoziierte Tumoren“, betont Franz, der auch Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie ist.

Neuerungen gibt es bei der Behandlung von komplexen Hörstörungen: Hier werden neue implantierbare Hörgeräte für Hörstörungen, die mit herkömmlichen Hörgeräten bisher nicht behandelbar waren, präsentiert.

Weiterentwicklungen bei der Rhinologie und Nasennebenhöhlenchirurgie gibt es vor allem auf dem Gebiet der endoskopischen Chirurgie; diese Eingriffe erfolgen mit Hilfe von Navigationscomputern. Franz dazu: „Neben einem besseren Lerneffekt für Chirurgen ist sowohl die Sicherheit für Patienten erhöht als auch die Komplikationsrate niedriger.“

Hauptzuwieser der Patienten auf HNO-Abteilungen sind HNO-Fachärzte aus dem niedergelassenen Bereich, so Franz. Daher ist eine der Besonderheiten auch dieses Jahr wiederum der Kongress-Samstag, an dem Themen speziell für niedergelassene Fachärzte und auch Allgemeinmediziner abgehandelt werden. So soll eine Brücke zwischen Wissenschaft und Praxis gebaut werden: „Es werden interaktive Seminare angeboten, in denen gezeigt wird, wie wissenschaftliche Errungenschaften praktisch einsetzbar sind“, erläutert Kongresspräsident Franz.



Vertigo

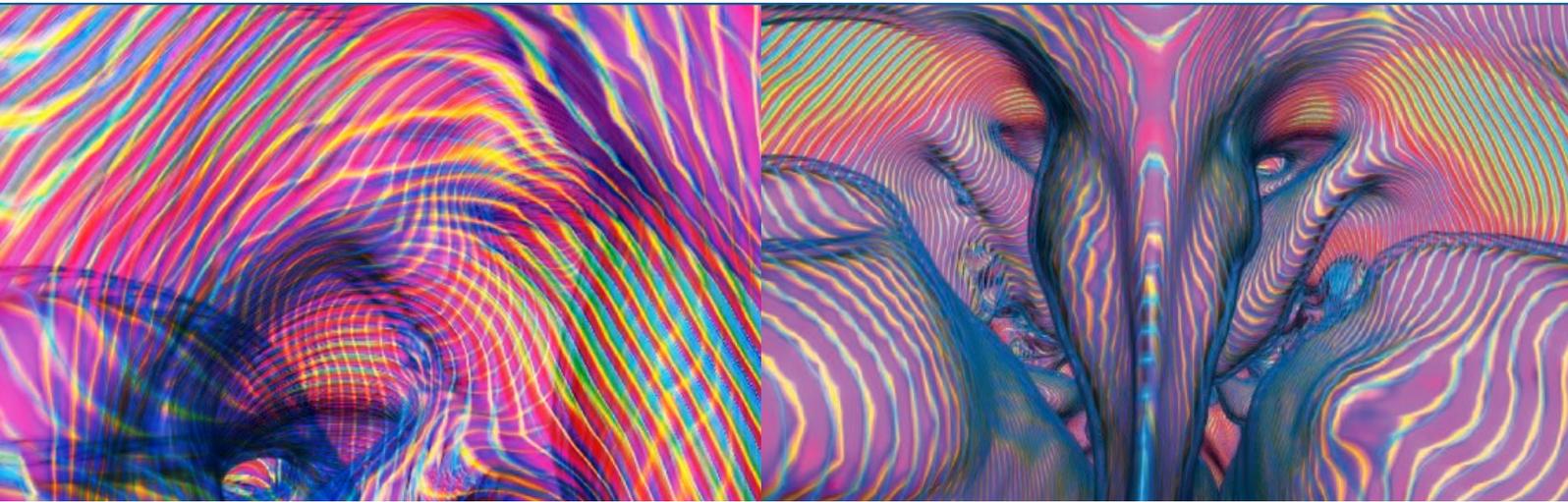
Bessere Diagnose,

Schwindel ist – nach Kopfschmerzen – das zweithäufigste Symptom, mit dem Allgemeinmediziner in der Ordination konfrontiert werden. War es bisher nur möglich, qualitative Messungen durchzuführen, können nun mit dem Video-Kopfpuls-Test erstmals alle fünf vestibulären Rezeptoren im Innenohr zusätzlich auch quantitativ und seitengetreunt untersucht werden.

Von Marlene Weinzierl

Nach Kopfschmerzen ist Schwindel das zweithäufigste Symptom in der Allgemeinpraxis, angeführt vom Leitsymptom Stehschwindel mit einer hohen Lebenszeitprävalenz von etwa 30 Prozent, berichtet Univ. Prof. Arne-Wulf Scholtz von der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in Innsbruck. Dank neuer Erkenntnisse über die vestibulären Reflexe und erweiterter technischer Möglichkeiten gibt es heute verbesserte Diagnosemethoden, die auch eine gezieltere Therapie ermöglichen. Konnten bislang nur qualitative Messungen durchgeführt werden, ist es jetzt zum ersten Mal möglich, alle fünf vestibulären Rezeptoren im Innenohr auch quantitativ und seitengetreunt zu untersuchen.

Bei peripher-vestibulären Störungen sind neben den Otolithen-Organen speziell die Bogengänge häufig einseitig, seltener beidseitig funktionell beeinträchtigt. Mit der Weiterentwicklung des klinischen Kopfpuls-Tests steht nun der Video-Kopfpuls-Test zur Verfügung, mit dessen Hilfe der Funktionszustand der sechs Bogengänge in beiden Labyrinthen analysiert werden kann. „Dieser Test ist für die Erkennung des Innenohr-bedingten Schwindels wegweisend“, betont Scholtz. Damit lassen sich impulsartige Kopfbewegungen und deren reflektorische Augenbewegungen erstmals via Videobrille rasch und einfach messen. Ort und Ausmaß der Schädigung sowie die Seite der Bogengang-Funktionsstörung könnten nun eingegrenzt werden; ebenso ist die Abgrenzung von zentral-vestibulären Störungen möglich. Darüber hinaus kann nun – einer



gezieltere Therapie

Hörprüfung ähnlich – auch eine Frequenz-spezifische Untersuchung aller Strukturen des vestibulären Innenohrs erfolgen. Die schon seit vielen Jahren zum Standard gehörenden Drehprüfungen eignen sich für den mittelfrequenten, die altbewährte thermische Prüfung für den niederfrequenten Bereich. Mit dem neuen Kopfpuls-Test kann nun erstmals die Prüfung im hochfrequenten Bereich durchgeführt werden. „Dieser steht am ehesten mit dem Beschwerdebild des Patienten in Zusammenhang“, so Scholtz.

Eine differenzierte Betrachtung der vestibulären Krankheitsbilder ermöglicht auch die Messung der zervikalen (cVEMP) und okularen (oVEMP) vestibulär evozierten Muskelpotentiale. Als Reflex des Gleichgewichtsorgans auf akustische Reize können sie objektive Aussagen zur Einschätzung der Otolithenfunktion liefern. Scholtz weist darauf hin, dass die neuen Methoden auch bei Tauglichkeitsuntersuchungen von Bedeutung sind, denn: „Es entstehen immer mehr Berufe mit höheren Anforderungen an das Gleichgewichtssystem.“

Schwindel hat bei etwa 80 Prozent der Patienten eine kardiovaskuläre Ursache, bei 15 Prozent sind es neurologische Faktoren und nur bei etwa fünf Prozent der Patienten wird der Schwindel durch das Innenohr ausgelöst, weiß Univ. Prof. Peter Franz von der HNO-Abteilung der Krankenanstalt Rudolfstiftung in Wien. Charakteristisch für den HNO-Schwindel ist der Nystagmus. Liegt kein Nystagmus vor, liegt vermutlich eine neurologische Ursache für den Schwindel vor.

Bei akutem Schwindel solle der Hausarzt – so der Tipp von Scholtz – auf folgende Aspekte besonders achten: Ist die Ursache peripher vestibulär bedingt, handelt es sich meist um viral-bedingte Entzündungen des Gleichgewichtsnervs oder Erkrankungen des im Innenohr gelegenen Vestibularapparats. Liegt keine vestibuläre Störung vor, könnten Herzrhythmusstörungen, neuromuskuläre Erkrankungen oder eine Polyneuropathie die Ursache sein. Beim akuten Gleichgewichtsausfall ist besonders auf eine zentrale Störung wie einen Kleinhirnsult zu achten. Diese manifestiert sich unter anderem mit der vertikalen Schielstellung der Augen (Skew Deviation) und pathologischen Augen-Bewegungsmustern. „Der Kopfpulstest ist bei peripheren Störungen immer pathologisch. Bei einer zentralen Störung liefert er aber

ein normales Ergebnis“, unterstreicht Scholtz. Auch die Medikation sollte stärker berücksichtigt werden. Scholtz dazu: „Wenn speziell ältere Patienten mehr als vier Medikamente einnehmen, verursacht in der Regel eines davon als Nebenwirkung den Schwindel.“

Chirurgie bei M. Menière

Beim akuten Ausfall des Gleichgewichts hat sich „die Therapie mit Kortison durchgesetzt“, erklärt Franz. Die Behandlung des M. Menière hat sich insofern geändert, dass heutzutage chirurgisch vorgegangen wird. „Früher wurde meist ein ototoxisches Antibiotikum in das Mittelohr eingetropfelt. Damit war der Schwindel meist weg, aber auch das Hörvermögen wurde oft stark gemindert – bis hin zur Ertaubung“, berichtete Franz. In den vergangenen Jahren hat sich daher auch international die Tenotomie etabliert, bei der die Sehnen beider Mittelohrmuskeln durchtrennt werden, ohne dass das Innenohr dabei geschädigt wird.

Die gesamte Behandlung besteht aus einer Kombination von medikamentöser Therapie und Bewegungstherapie. In der Akutphase eines peripher-vestibulären Schwindels werden Medikamente mit anti-vertiginöser und sedierender Wirkung verordnet. Um die zentralen Ausgleichsprozesse im Gehirn zu unterstützen, müssen stark sedierende Medikamente jedoch spätestens nach einer Woche abgesetzt und durch ein Kombinationspräparat aus Cinnarizin und Dimenhydrinat ersetzt werden. Darüber hinaus gewinnen die physikalischen Maßnahmen nach Abklingen der Akutphase immer mehr an Bedeutung. „Da die Beschwerden bei Erkrankungen des Innenohrs in der Regel vier Wochen dauern, sollte man die physikalischen Maßnahmen auch über diesen Zeitraum hinweg durchführen“, unterstreicht Scholtz.

Ein weiterer Ansatz ist Neurofeedback: Die Betroffenen verlagern ihren Körperschwerpunkt – ähnlich einem Videospiel – auf einer Plattform derart, dass sie einem Bewegungsmuster verschiedener Formen auf einem Bildschirm folgen können. Eine andere neue Methode ist SpaceCurl: Dieses ermöglicht ein dreidimensionales Training in einem frei beweglichen Ringsystem. Dabei wird das sensomotorische System mit seinen Sinnesstrukturen stimuliert und die Körperbalance verbessert.

Unterschätzte Sinne



Die Behandlung von Geruchs- und Geschmacksstörungen stellt nach wir vor eine große Herausforderung dar. So verfügt etwa jeder zweite über 60-Jährige über einen nur eingeschränkten Geruchssinn. Die olfaktorischen Neuronen selbst haben regenerative Kapazität: Je nach Dauer der Riechstörung kann der Geruchssinn unter Umständen wieder vollständig erlangt werden.

Von Irene Mlekusch

Der Mensch ist in der Lage, Informationen aus ungefähr 400 olfaktorischen Rezeptortypen zu interpretieren und Geruchsspuren zu lesen. Sogar das menschliche Verhalten und die Kommunikation werden - wenn auch meist unbewusst - von Gerüchen beeinflusst. Schon allein durch den sensomotorischen Akt des Schnüffeln wird - auch ohne Vorhandensein eines speziellen Duftes - ein olfaktorisches Netzwerk aktiviert.

Die Untersuchung der chemo-sensorischen Prozesse von Patienten, die an Riechverlust leiden, erweist sich als schwierig. Allerdings hat man in den vergangenen Jahren tiefere Einblicke gewonnen. Bereits im Jahr 2004 haben die US-Amerikaner Richard Axel (Professor für Pathologie, Molekulare Biophysik und Biochemie, Columbia University) und Linda B. Buck (Professorin für Physiologie, University of Washington) den Nobelpreis für Physiologie oder Medizin für die Erforschung der Riechrezeptoren und der Organisation des olfaktorischen Systems erhalten. „Bekanntlich ist der Geruchssinn neben der Wahrnehmung beim Essen und Trinken, also das retronasale Riechen, wichtig, um Gefahren wie Feuer, Gas und verdorbene Lebensmittel zu erkennen“, betont Priv. Doz. Christian Müller von der Universitätsklinik für HNO am Wiener AKH. Nicht nur das: Riech- und Schmeckstörungen haben weitreichende Effekte auf das Gehirn, beeinträchtigen die Lebensqualität und können erste Hinweise auf neurodegenerative Erkrankungen wie M. Parkinson oder M. Alzheimer sein. Die individuellen olfaktorischen Fähigkeiten hängen ab von Alter, Geschlecht und Erfahrung der Person. Man geht davon aus, dass bei rund 50

Prozent der über 60-Jährigen der Geruchssinn eingeschränkt ist; diese Tatsache jedoch nur selten angesprochen oder unter Umständen auch nicht weiter abgeklärt wird.

Geschmacksrezeptoren in der Nase

Neuesten Forschungsergebnissen zufolge kann der Mensch nicht nur auf der Zunge schmecken, sondern verfügt auch über Geschmacksrezeptoren in der Nasenschleimhaut, die an der Abwehr von Infektionen beteiligt sind. Die Polymorphismen der T2R38 Bitter-Rezeptoren entscheiden, ob das Immunsystem eines Menschen innerhalb von Sekunden bis Minuten auf eine beginnende Infektion reagiert oder ob ein langsamer Immunprozess mit der Bildung von Antikörpern in Stunden bis Tagen in Gang gesetzt wird.

Häufige Ursachen für Riechstörungen sind inflammatorische oder obstruktive Erkrankungen wie Rhinitis, Sinusitis oder Polypen, aber auch Schädel- und Gesichtstraumen, neurodegenerative Prozesse und Neoplasmen. Häufige Ursachen für Geschmacksstörungen sind Infektionen, Drogen und Medikamente, aber auch der Kontakt mit chemischen Substanzen wie Metallen oder Pestiziden, Traumata oder Bestrahlung. Zur Häufigkeit von Riech- und Schmeckstörungen nach operativen Eingriffen berichtet Müller, dass die Studienlage heterogen sei und die Daten lediglich Richtwerte darstellten. „Nasale Eingriffe können bei circa zehn Prozent der Patienten zu einer Hyposmie führen. Eine Anosmie wird in wenigen Studien mit etwa einem Prozent beschrieben. Mögliche pathophysiologische Mechanismen für die durch Medikamente be-

dingten Riech- und Schmeckstörungen sind: die Beeinträchtigung der Zellteilung beispielsweise bei Zytostatika oder der Speichelzusammensetzung bei zum Beispiel Anticholinergika oder Antidepressiva, die Beeinträchtigung der neuronalen Weiterleitung bei Kalzium-Antagonisten, die Hemmung von Enzymen unter anderem bei Statinen, die Anreicherung im Riechkolben wie bei Lithium oder die direkte Beeinträchtigung mit olfaktorischen Rezeptorproteinen.

Bei der Behandlung von Riechstörungen können Medikamente - Kortison-haltige Nasentropfen - direkt in die Riechspalte appliziert werden; dafür liegen jedoch nur offene Studien vor, betont Müller. Dabei ist es wichtig, die Tropfen durch spezielle Lagerung des Kopfes in das Nasendach zu bringen, „was bei Nasensprays jedoch nicht immer gelingt“, weiß Müller aus der Praxis. Bei sinuogen bedingten Riechstörungen kommen Nasensprays Leitlinien-konform zur Anwendung; andere Möglichkeiten sind etwa Nasentropfen oder alternativ oral verabreichte systemische Medikation.

Olfaktorische Neuronen haben regenerative Kapazität und je nach Dauer der Riechstörung kann der Geruchssinn unter Umständen auch wieder vollständig erlangt werden. „Ein standardisiertes Riechtraining hat sich als effektive Behandlungsmöglichkeit für Patienten mit Riechstörungen unterschiedlicher Genese gezeigt“, bestätigt Müller. Dabei soll zumindest täglich zwei Minuten lang an vier Duftölen gerochen werden. Dadurch komme es laut dem Experten zu einer „signifikant schnelleren“ Regeneration des Riechvermögens.

Hörsturz

Hochdosis- anstatt Dauerinfusionstherapie

Auch wenn Übergewicht, Hypertonie, Diabetes mellitus, erhöhte Lipidwerte und Rauchen vermutlich das Auftreten eines Hörsturzes begünstigen, gibt es dafür bis heute keine statistisch signifikanten Daten. Kortison ist nach wie vor Mittel der Wahl; allerdings ersetzt die Stoßtherapie die bislang üblichen mehrtägigen Infusionsserien.

Von Marlene Weinzierl

Durchblutungsstörungen oder eine Virusinfektion im Bereich des Ohrs sind vermutlich die Ursache dafür, dass die Haarzellen im Innenohr ihre Funktion in einem speziellen Frequenzbereich oder aber komplett einstellen. Der dadurch bedingte Hörverlust tritt plötzlich meist innerhalb von wenigen Stunden ein; sehr oft über Nacht. Wurde ein Hörsturz früher als Notfall eingestuft, der eine sofortige Einweisung ins Spital erforderte, wird dies heute anders gesehen. „Der Betroffene sollte zumindest innerhalb weniger Tage ein Spital aufsuchen“, erklärt Univ. Prof. Christian Walch von der Abteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten im Landeskrankenhaus Leoben. In Österreich sind jedes Jahr zwischen 1.500 und 2.000 Menschen von einem Hörsturz betroffen.

Auch ist die Diagnostik bei einem Hörsturz nicht mehr so umfangreich wie noch vor einigen Jahren, als routinemäßig eine umfassende Labordiagnostik erfolgte ebenso wie ein internistischer und neurologischer Check. Walch dazu: „Die damals durchgeführten Screenings waren sehr kostspielig bei einem vergleichsweise geringen Output.“ Heutzutage wird eine Hörprüfung durchgeführt, um zwischen einer Hypakusis des Innenohrs und einer des Mittelohrs zu differenzieren. Meist erfolgt zusätzlich eine Magnetresonanztomographie, um ein Akustikus-Neurinom auszuschließen.

Wie so oft sollte auch beim Hörsturz die Differentialdiagnostik bereits beim Hausarzt beginnen. Der Fokus sollte dabei auf folgenden Fragen liegen: Liegt tatsächlich eine Innenohr-

Schwerhörigkeit vor?

Oder handelt es sich lediglich um Cerumen? Auch ein Paukenerguss kommt als mögliche Differentialdiagnose in Betracht. Das ist der Fall, wenn das Trommelfell matt und eingezogen ist. Charakteristisch sind typisch honigfarbene Ergüsse und kleine Bläschen im Mittelohr. Ein weiterer Hinweis auf einen Paukenerguss ist ein vorangegangener oder mit den Hörbeschwerden einhergehender Schnupfen.

Mögliche Risikofaktoren

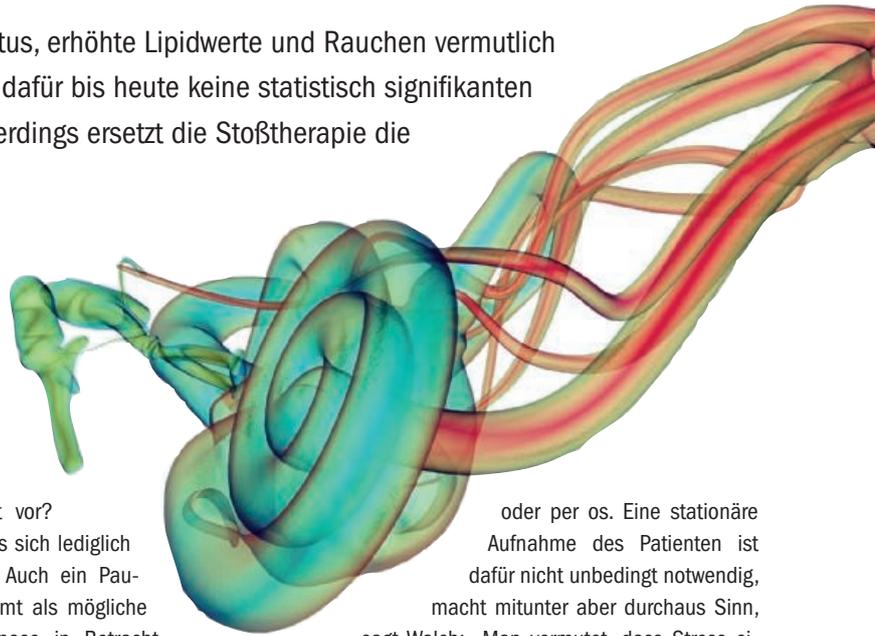
Je nach Jahreszeit sollte man bei der Anamnese außerdem daran denken, den Betroffenen nach einem Zeckenbiss oder einem Erythema migrans im Bereich des Ohrs zu fragen, um eine Borreliose auszuschließen. Übergewicht, Hypertonie, Diabetes mellitus, erhöhte Lipidwerte und Rauchen sind vermutlich Risikofaktoren, die das Auftreten eines Hörsturzes begünstigen. „Statistisch signifikante Daten dazu gibt es aber bis heute nicht“, sagt Walch.

In puncto Therapie hat sich ein Wandel vollzogen: Waren es früher durchblutungsfördernde Medikamente und Kortison-Infusionen über mehrere Tage hindurch, erfolgt heutzutage eine hochdosierte dreitägige Kortison-Stoßtherapie iv.

oder per os. Eine stationäre Aufnahme des Patienten ist dafür nicht unbedingt notwendig, macht mitunter aber durchaus Sinn, sagt Walch: „Man vermutet, dass Stress einen entscheidenden Beitrag für das Auftreten eines Hörsturzes leistet. Und besonders die Stress-bedingten Veränderungen werden in der stationären Pflege ganz gut sichtbar, weil die Betroffenen aus ihrem alltäglichen Umfeld herausgenommen werden.“ Darüber hinaus biete sie die Möglichkeit, psychologische Betreuung rasch in die Therapie miteinzubeziehen.

Nach einer dreitägigen Kortison-Therapie erfolgt eine neuerliche Hörprüfung. Zeigt sich keine Besserung, besteht die Möglichkeit, eine intratympanale Therapie mit Kortikoiden durchzuführen. Dabei wird Kortison mit einer feinen Nadel über das Trommelfell in das Mittelohr eingebracht. Über die Membran des Runden Fensters soll es nun in das Innenohr diffundieren und dort seine Wirkung entfalten. Das Kortison kann dabei sowohl allein als auch auf einer gelartigen Trägersubstanz instilliert werden, um eine längere Verweildauer im Ohr zu gewährleisten.

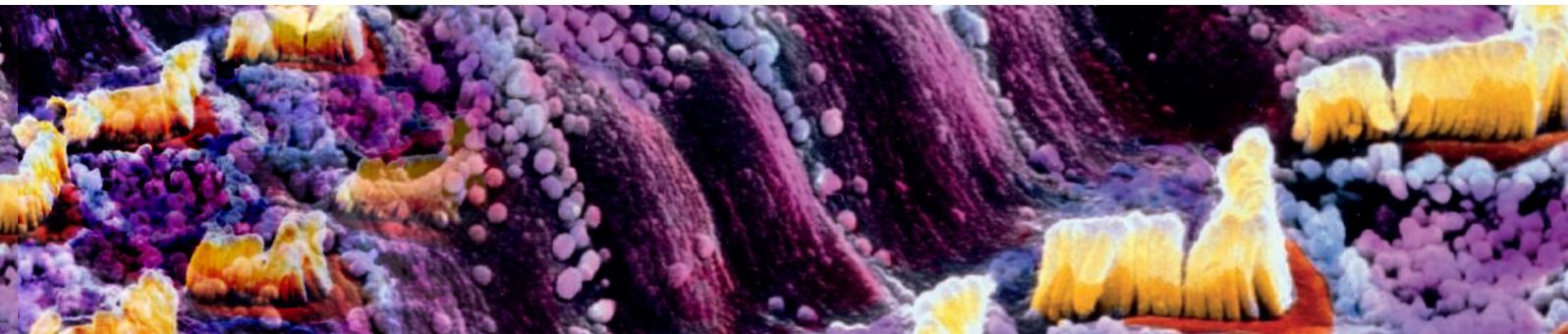
Was nach Ansicht von Walch dringend geändert werden sollte: dass es österreichweit eine einheitliche Vorgangsweise bei der Therapie von Menschen mit einem Hörsturz gibt.



Aufmerksamkeit umlenken

Bei der Diagnostik von Tinnitus zeigt sich oft, dass viele Betroffene ein normales Hörvermögen haben. Ziel des „Counseling“ ist es u.a., bei einer allfälligen Sekundärbelastung eine Kompensation oder Gewöhnung zu erreichen. Damit soll die meist pathologisch verstärkte Aufmerksamkeit vom Tinnitus weggeleitet werden.

Von Marlene Weinzierl



Eine Fehlerregung von neurophysiologischen Strukturen der Hörbahn, mit der eine primäre Läsion im Innenohr kompensiert werden soll, ist vermutlich die Ursache für Tinnitus. Diese Fehlerregung führt häufig zu einer pathologisch übersteigerten Reizantwort im Hörverarbeitungssystem. Durch komplexe Verarbeitungsvorgänge kann es zur Entwicklung einer Sekundärsymptomatik kommen: Konzentrationsprobleme, Schlaf- und Antriebsstörungen, Angst vor einer Verstärkung der Symptomatik oder auch Depressionen sind mögliche Folgen.

„Negativ-Counseling“ vermeiden

Dass Betroffene oft mit der Aussage „Da kann man ohnehin nichts tun“ oder „Damit müssen Sie leben“ konfrontiert werden, weiß Univ. Prof. Patrick Zorowka von der Universitätsklinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen an der MedUni Innsbruck. Auch wenn chronischer Tinnitus nach wie vor nicht heilbar, „jedoch durchaus beeinflussbar ist“, gelte es, ein derartiges „Negativ-Counseling“ zu vermeiden. Insofern kommt dem Hausarzt entscheidende Bedeutung zu, indem er den Betroffenen ernst nimmt, bereits beim Erstkontakt entsprechend berät und richtig weitervermittelt. Die Sekundärsymptomatik hingegen ist „durchaus“ gut behandelbar, wie der Experte weiter ausführt.

Neben der Frage nach einem allfälligen Lärmtrauma oder einer Ohrerkrankung sollten auch Komorbiditäten evaluiert werden. So sind beispielsweise Personen mit chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, mit Stoffwechselstörungen wie Diabetes mellitus, Nierenfunktionsstörungen oder neurodegenerativen Erkrankungen wie Multiple Sklerose besonders gefährdet. Weitere mögliche Ursachen sind Kiefergelenkerkrankungen oder ein Halswirbelsäulentrauma; die plötzliche einseitige Schwerhörigkeit mit Tinnitus kann Hinweis auf ein Akustikusneurinom sein.

Mit der zunehmenden Hinwendung zum Tinnitus kann es zur Chronifizierung desselben kommen; bei mehr als drei Monaten Dauer handelt es sich um chronischen Tinnitus. Zunehmend entwickeln sich Sekundärsymptome wie Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Antriebsstörungen, psychovegetative Symptome bis hin zu Depressionen und psychische Komorbiditäten wie affektive Störungen, Angst-, Belastungs- oder Anpassungsstörungen. Zorowka dazu: „Diese Patienten verfügen häufig über eine beeinträchtigte kognitiv-emotionale Reaktion und klagen über Resignation, ein vermindertes Selbstwertgefühl oder dysfunktionale Gedanken, die eine fachkompetente psychotherapeutische Intervention mit Verhaltenstherapie erfordern.“

Entscheidend für eine erfolgreiche Therapie ist deshalb eine differenzierte, individualisierte Diagnostik mit eingehender Anamnese und psychometrischer Evaluation, wobei die audiolologische Diagnostik großen Stellenwert hat. Die Tinnitus-Bewältigungstherapie nach Jastreboff gilt heutzutage als übliches Therapieverfahren. Dabei wird die pathologisch verstärkte Aufmerksamkeit vom Tinnitus weggelenkt. Um die Schwerhörigkeit auszugleichen und den Tinnitus zu verdecken, kann ein Hörgerät indiziert sein. In einigen Fällen wiederum ist der Noiser eine mögliche therapeutische Option. Bei Ertaubung mit ausgeprägtem Tinnitus kann in bestimmten Fällen auch ein Cochlea-Implantat das Sistieren des Tinnitus bewirken. Ein wesentlicher Bestandteil der Therapie sind das „Tinnitus-Counseling“ und die Vermittlung von Strategien, wie man besser mit Stress umgeht.

„Kontraindiziert“ ist die Verordnung von durchblutungsfördernden Medikamenten bei chronischem Verlauf, da sie „sogar zur Verstärkung der Tinnitus-Symptomatik führen können“, betont Zorowka. Was es laut dem Experten jedenfalls zu vermeiden gilt: häufige Wechsel des behandelnden Arztes, einseitige Informationen aus dem Internet und unrealistische Erwartungen der Betroffenen, was Enttäuschungen über den ausbleibenden Therapieerfolg zur Folge hat.

Behandlung von HNO-Tumoren

Perspektivenwechsel

Die entscheidende Frage bei der Behandlung von Patienten mit einem Tumor im HNO-Bereich lautet nicht mehr „Was ist chirurgisch machbar“ sondern „Was ist für den Patienten lebbar?“ Im Mittelpunkt dabei stehen Funktionalität und Lebensqualität sowie die Vermeidung von akuten und chronischen Komplikationen.

Von Verena Isak

War es früher die Frage „Was ist chirurgisch machbar?“ geht man jetzt vielmehr dazu über, zu fragen „Was ist für den Patienten lebbar?“ erklärt Univ. Prof. Michael Formanek von den Barmherzigen Brüdern in Wien. Er wird beim diesjährigen HNO-Kongress einen Round Table moderieren, bei dem mögliche Komplikationen einer Tumortherapie im Mittelpunkt stehen. Der Fokus wird dabei nicht nur auf akute Komplikationen, die bei jeder Operation passieren können, wie etwa Blutungen, Nervenschädigungen oder Wundheilungsstörungen gelegt, sondern auch auf chronische Komplikationen nach Tumoroperationen oder Strahlen- und Chemotherapien und fließen als ein wesentlicher Bestandteil in die Therapieplanung mit ein.

Wie Formanek betont, dürfe man „nie vergessen, dass hinter jedem Patienten ein anderer Mensch steckt“. Auch wenn ein Tumor dieselbe Größe und Lokalisation habe, heiße das nicht, dass die Behandlung immer gleich ablaufe. „Jeder Patient muss individuell gesehen werden.“ Dementsprechend sind neben dem Ausmaß und der Lokalisation des Eingriffes der Allgemeinzustand, die Compliance, die mentale Verfassung sowie das Alter des Patienten zu berücksichtigen: „Ein 40-Jähriger verkraftet in der Regel mehr. Die Rehabilitation sieht anders aus als etwa bei einem über 70-Jährigen“, so Formanek.

Die Auswirkungen des Eingriffes auf Sprechen, Schlucken und Atmen sind dabei wesentlich. „Vor allem Schluckstörungen werden oft unterschätzt“, weiß Formanek. Daher erfolgt die Therapieplanung immer individueller; Lebensqualität beziehungsweise Funktionalität werden als signifikante Faktoren miteinbezogen. Für Formanek ist das Nichterreichen eines Therapieziels eine Komplikation. Auch wenn der Tumor sich intraoperativ größer als gedacht darstellt, wird das als solche bewertet.

Dass Funktionalität vor Organerhalt steht, erklärt der Experte anhand eines Beispiels: „Wird ein Kehlkopfkarzinom mittels Radiochemotherapie statt operativ behandelt, wie es für einige Zeit international propagiert worden ist, bleibt der Kehlkopf zwar erhalten, führt dies nicht zwangsläufig zu einem funktionierenden Organ, was also ebenfalls eine Komplikation darstellt.“

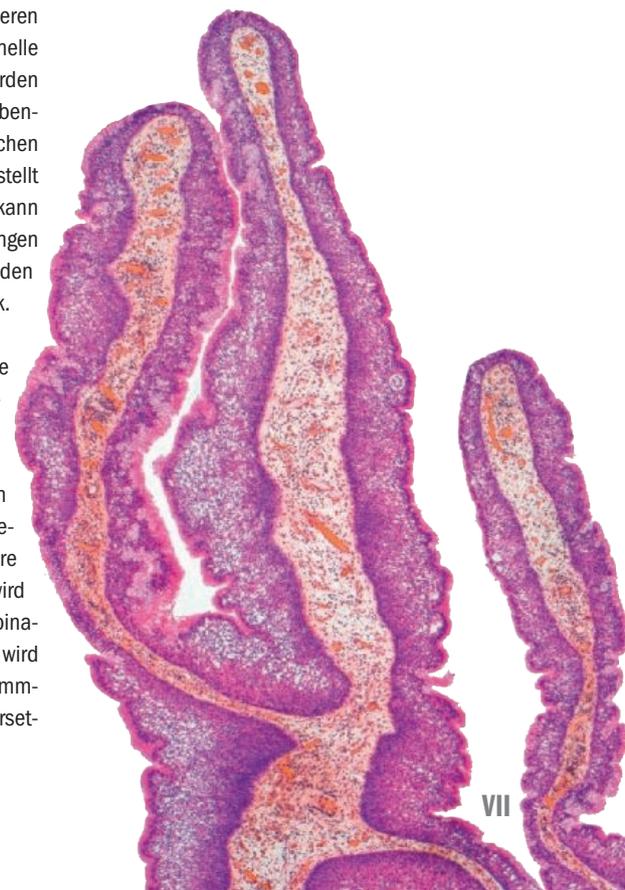
Lappenrekonstruktionen wiederum sind ein wichtiger Bestandteil bei der Rekonstruktion von Defekten nach Tumorresektionen. „Funktionelle Defizite können dadurch verbessert werden“, nennt er einen Vorteil dieser OP-Technik. „Allerdings ist hier eine mögliche Komplikation das Nicht-Anheilen des Lappens.“

Auch bei der Strahlentherapie, dem anderen Eckpfeiler der onkologischen Therapie von HNO-Tumoren, gibt es die Tendenz zu immer kleineren und gezielteren Strahlenfeldern. Funktionelle Strukturen wie etwa die Speicheldrüsen werden ausgespart, um Komplikationen und Nebenwirkungen zu minimieren. Eine der typischen Komplikationen nach Strahlentherapie stellt die chronische Mukositis dar. „Dadurch kann es im schlimmsten Fall zu einem lebenslangen Geschmacksverlust oder einer anhaltenden Schluckstörung kommen“, erklärt Formanek.

Die isolierte Chemo- beziehungsweise Immunotherapie spielt bei der Primärtherapie eine eher untergeordnete Rolle. Sie wird entweder in Kombination mit einer Strahlentherapie oder primär nur in einem palliativen Setting beziehungsweise in der Rezidiv-Situation eingesetzt, wenn keine andere Therapieoption mehr besteht. Allerdings wird die Toxizität deutlich erhöht durch die Kombination zweier Therapien. „In neuen Schemata wird unter Studienbedingungen versucht, herkömmliche Chemotherapien durch Antikörper zu erset-

zen. Dadurch sollen geringere Nebenwirkungen und dadurch weniger Funktionsverlust erreicht werden“, berichtet Formanek.

Passend zum Thema dieses Rundtischgesprächs führt ein Team der HNO-Abteilung der Barmherzigen Brüder Wien eine prospektive Studie zur prätherapeutischen Evaluation von Funktionalität und Rehabilitierbarkeit durch. Ziel ist, dass man mit den richtigen funktionellen Untersuchungen schon vor Beginn einer entsprechenden Tumortherapie feststellen kann, ob ein Patient für eine bestimmte Therapie geeignet ist, und ob es funktionell umsetzbar ist beziehungsweise der Patient eine Rehabilitation schaffen kann. So sollen etwaige Komplikationen weiter vermindert werden und die Entscheidung für die individuell richtige Therapie leichter getroffen werden.





Psychosomatik in der HNO

Psychosoziale Disposition entschärfen

Bei Allergikern beispielsweise hat die psychosoziale Disposition als Risikofaktor an Bedeutung gewonnen. Emotionen beeinflussen Immunreaktionen einerseits über das Zytokinprofil; andererseits dürfte aber auch die Reagibilität der Mastzellen psychisch beeinflussbar sein. Bei der Therapie steht die Entschärfung der psychosozialen Disposition an erster Stelle.

Von Irene Mlekusch

Die Psychosomatik weist speziell im Bereich der HNO viele Projektionsfelder auf. Starke psychische Assoziationen finden sich beispielsweise bei Verringerung der Hörfähigkeit, Vertigo, Tinnitus, Globusgefühl, Heiserkeit, Erstickungsgefühlen, aber auch auf dem Gebiet der Allergologie, weiß Priv. Doz. Wolfgang Luxenberger, der zusammen mit Andrea Steiner Vorsitzender der ARGE Psychosomatik der österreichischen Gesellschaft für HNO ist. Ein Symptom auf allen Ebenen zu hinterfragen könne in vielen Fällen bereits eine Besserung der Beschwerden bewirken.

Der Verlust des Hörsinns kann zu sozialem Rückzug, Depressionen und geistigem Abbau führen - auch das ist ein Thema der Psychosomatik. Mit zunehmendem Alter steigt auch die Prävalenz der Hörminderung an, die damit einhergehenden negativen emotionalen und sozialen Konsequenzen beeinflussen das Alltagsleben der Betroffenen stark. Alltägliche Dinge wie telefonieren, fernsehen, Unterhaltungen in Gruppen, Musik hören, aber auch die Lokalisation von Geräuschen auf der Straße werden zu mitunter unüberwindbaren Herausforderungen. Die Hörbeeinträchtigung ist für andere nicht sichtbar, daher kommt es vor, dass die Betroffenen ausgegrenzt werden oder sich aufgrund der Kommunikationsprobleme schämen. In Studien konnte ein Zusammenhang zwischen Altersschwerhörigkeit und depressiven Symptomen, Angstgefühlen, Isolation und Einsamkeit, kognitiven Einbußen, erhöhter Mortalität und erhöhtem Sturzrisiko festgestellt werden. Hörgeräte können den Einsamkeitsgefühlen entgegenwirken und die kognitiven Funktionen verbessern, doch ist das Hören mit einer Hörhilfe nicht mit dem „normalen“ Hören gleichzusetzen. Eine rezente Studie der Medizinischen Universität Graz, an der Luxenberger mitgewirkt hat, zeigt die enorme Bedeutung der sozialen Unterstützung durch Angehörige im Rahmen der Anpassung von Hörgeräten auf. „Ohne entsprechende Mithilfe und Verständnis der Angehörigen scheint eine erfolgreiche Hörgeräteanpassung kaum möglich“, bestätigt Luxenberger.

Bei Allergikern wiederum hat die psychosoziale Disposition als Risikofaktor an Bedeutung gewonnen. „Die Psycho-Allergologie untersucht den

Einfluss von Gedanken und Gefühlen auf allergische Reaktionen, da psychische Einflüsse Symptome sowohl verstärken als auch verringern können“, weiß Luxenberger. Hilflosigkeit, Stress und Angst erhöhen die Wahrscheinlichkeit, eine Sensibilisierung zu entwickeln, wobei auch innere Überzeugungen in Bezug auf Umweltrisiken sowie das Modelllernen - beispielsweise an den Eltern - diskutiert werden. Emotionen beeinflussen Immunreaktionen einerseits über das Zytokinprofil, aber auch die Reagibilität der Mastzellen dürfte psychisch beeinflussbar sein. Allergische Reaktionen können klassisch konditioniert werden. Somit sollte der Anblick oder die Angst vor dem Allergen ausreichen, um eine allergische Reaktion auszulösen.

Somatoforme Störungen als Ursache

Ein kritisches Thema ist der Krankheitsgewinn durch vermehrte Aufmerksamkeit von der Umwelt oder das Vermeiden unangenehmer Situationen oder Tätigkeiten aufgrund der Erkrankung, der ebenfalls verstärkend wirken kann. „Pseudoallergien und vermeintliche Intoleranzen gegen Nahrungsmittel überschwemmen die Allergieambulanzen. Sehr oft liegen jedoch somatoforme Störungen ohne organisch erklärbare Störung zugrunde“, gibt Luxenberger zu bedenken. Somit steht bei der Therapie die Entschärfung der psychosozialen Disposition an erster Stelle.

Andererseits sieht Luxenberger in der HNO-Heilkunde eines der letzten Fächer, in dem der Arzt den Patienten im Rahmen der Untersuchung im wahrsten Sinn des Wortes (be)greift, was von vielen Patienten positiv empfunden wird. Die Placebo-Komponente durch den körperlichen Kontakt hat vor allem bei somatoformen Störungen einen enorm positiven Einfluss. „Das Bewusstsein, dass das ärztliche Gespräch selbst eine große Wirkung hat, und daher auch einen entsprechenden Wert haben sollte, ist leider zunehmend verloren gegangen“, bedauert Luxenberger. Dem Patienten werde heute mit dem Einsatz von viel Technik - einer Art „Fetischkult“, wie Luxenberger es bezeichnet - der Eindruck vermittelt, dass nur derartige apparative Untersuchungen wertvoll seien.