

Erstdiagnose eines Glomustumors durch Tympanoskopie aufgrund fehlender Detektierbarkeit in der präoperativen Bildgebung

B. Mekonnen, S. Mehnert, T. Schallawitz, K. Engel
HNO-Klinik Zeitz

Einleitung:

Im Jahre 2005 hat sich die heute 49-jährige Dame erstmalig beim HNO-Arzt zunächst aufgrund eines pulsatilen Ohrgeräusches im rechten Ohr vorgestellt. Die Hörfunktion war uneingeschränkt. Eine Schwindelsymptomatik lag nicht vor. Die Ohrmikroskopie zeigte ein graues und glänzendes Trommelfell. Der Hörtest ergab auf beiden Seiten eine Normakusis. In den Felsenbein-CT-Aufnahmen waren weder eine retrocochleäre Läsion noch Auffälligkeiten im Mittelohr sichtbar. Daraufhin wurde die Diagnose Tinnitus aurium unklarer Genese gestellt. Die anschließenden ambulanten Therapiemaßnahmen erbrachten kein Erfolg. Im Sommer des Jahres 2011 kam es, aufgrund eines infektiobedingten Tubenmittelohrkatarrhs, zu einer zusätzlichen Hörverschlechterung bei immer noch persistierendem pulssynchronen Tinnitus auf der rechten Seite, woraufhin die Patientin zur eventuellen Entlastung des Seromukotympanons in unserer Klinik vorgestellt wurde.

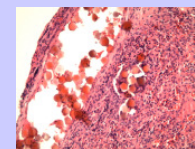
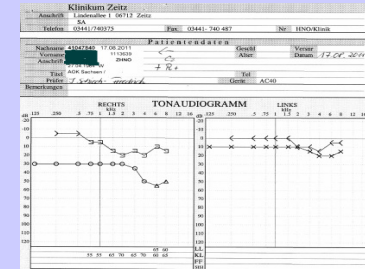
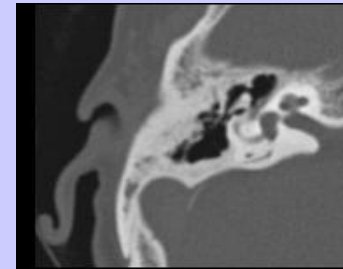
Material und Methoden:

Bei der Erstvorstellung war mikroskopisch ein grau-verdicktes Trommelfell rechts mit Anzeichen einer Sekretverhaltung zu sehen. Der Hörtest ergab eine Normakusis links und eine Schalleitungsschwerhörigkeit von ca. 20 - 25 dB rechts. Das aktuelle Felsenbein-CT zeigt eine, auch nach Dichtemessung nicht eindeutig als Weichteil klassifizierbare Verschattung des Mittelohrs. Knochendestruktionen bzw. eine Tumorbildung im inneren Gehörgang kann ausgeschlossen werden. Zur sicheren Klärung der Mittelohrverschattung empfahl sich nun mehr eine Tympanoskopie. Bei der Tympanoskopie wurde, nach Eröffnen der Pauke und Absaugen eines seromukösen Sekretes, ein pulsierender Tumor im Bereich des Promontoriums und Bodens des Mittelohrs exponiert. Die Histologie der entnommenen Probe bestätigte das Vorliegen eines Glomustumors.

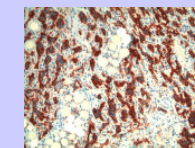
Therapie und Ergebnisse:

An Hand der Histologie erfolgte dann die endovaskuläre Embolisierung über die Klinik für Neuroradiologie der Uni. Leipzig. Die nach der Embolisierung aufgetretene passagere inkomplette N. glossopharyngeusparese war nach 3 Tagen rückläufig. 8 Tage nach der Embolisierung konnte die operative Sanierung des Glomustumors durch einen retroaurikulären Zugang und unter Schonung der Kette und der Chorda tympani durchgeführt werden.

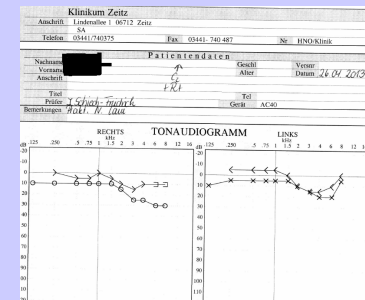
Gleich am 1. postoperativen Tag berichtete die sichtlich erleichterte Patientin über eine deutliche Verbesserung des Druckgefühls im Mittelohr und insbesondere über das endliche Versiegen des unangenehmen Tinnitus. Die aktuelle Hörkontrolle am 26.04.2013 zeigt eine Normakusis beidseitig. Die Patientin ist weiterhin tinnitusfrei.



Embolisierter Glomustumor



Synaptophysin positiv



Schlussfolgerung:

Ein pulssynchroner Tinnitus sollte stets den Verdacht auf einen Glomustumor ergeben. Glomustumore können nicht unbedingt und immer radiologisch bzw. ohrmikroskopisch nachgewiesen werden. Eine Tympanoskopie ist in solchen Fällen zielführender.



1. Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Georgius-Agricola-Klinikum Zeitz, Lindenallee 1, 06712 Zeitz, Chefarzt: Dr. med. Bekele, Mekonnen (Korrespondierender Autor)
2. Universitätsklinikum Leipzig, Abteilung für Neuroradiologie Liebigstr. 20, 04103 Leipzig, Leiter: Prof. Dr. med. Karl-Titus Hoffmann
3. Institut für Pathologie, Weißenfels: Dr. med. Thomas Meier