Hörminderung durch bilaterale Metastasen im inneren Gehörgang

M. Weber, M. Scheich, F. Hoppe, A. Relic

Patientenvorstellung:

50jährige Patientin mit seit zwei Monaten bestehender, progredienter Hörminderung und Rauschen rechts. Vor zwei Jahren Resektion und postoperative Chemotherapie eines Ovarialkarzinoms Stadium FIGO III C, mit erneuter Resektion sowie Chemotherapie ein Jahr später wegen eines Rezidives.

Diagnostik:

Bei Verdacht auf eine cochleäre Dysfunktion Beginn einer Infusionstherapie nach Stennert sowie weiterführende Diagnostik.

Tonschwellenaudiogramm: Surditas rechts bei Normakusis links bei Aufnahme, 4 Wochen später beginnende Hörminderung links

Vestibularisprüfung: periphere Störung rechts

BERA: Hinweise auf retrocochleäre Läsion links, rechts bei Taubheit keine Beurteilung möglich

Cranielles MRT: Kontrastmittelaufnahme im inneren Gehörgang beidseits. Bei Verdacht auf Neurofibromatose Typ II Durchführung einer spinalen Kernspintomographie ohne Nachweis weiterer Tumore

Lumbalpunktion: zahlreiche atypische Zellen, KL1 positive Zellen entsprechend einer Meningeosis carcinomatosa

Abbildung 1 (oben): Audiogramm bei Aufnahme (a) und nach 4 Wochen (b)

Abbildung 2 (oben): MRT bilaterale KM-Aufnahme innerer Gehörgang in der T1-gewichteten Sequenz (a und b)

Abbildung 3 (links): May-Grünwald-Giemsa Färbung: atypische große, unregelmäßige Zellen (a)
Panzytokeratinfärbung: KL1 positive Karzinomzellen (b)

Verlauf und Therapie: beginnende Fazialisparese rechts sowie Beschwerden der Gegenseite mit Hörminderung. Deutliche Größenprogredienz in der Kontroll-MRT nach 4 Wochen. Anlage eines Ommaya-Reservoirs und intrathekaler Gabe von 8 Zyklen, je 15 mg, Methotrexat über vier Wochen sowie niedrigdosierte intravenöse Gabe von Cortison. Anschließend Radiotherapie des Ganzhirns mit 30 Gy über 6 Wochen. Weitere Verschlechterung des Hörvermögens sowie zunehmender Visusverlust während der ambulanten Kontrollen, Tod der Patientin 6 Monate nach Diagnosestellung.

Fazit

Bei Tumoren im inneren Gehörgang und rasch progredienter Symptomatik sollte differentialdiagnostisch an Metastasen gedacht werden