

Extrakranielle Neurinome der Kopf-Hals-Region: eine Fallübersicht

K. van Ackeren¹, J.P. Thomas¹, I. Stricker², S. Dazert¹

(1) Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie der Ruhr-Universität Bochum, St. Elisabeth-Hospital
(2) Institut für Pathologie der Ruhr-Universität Bochum, Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil

Einleitung

Neurinome der Kopf-Hals-Region treten meist intrakraniell auf. Abhängig von Größe und klinischen Symptomen wird oft zunächst ein kontrollierendes Vorgehen empfohlen, um das Risiko iatrogenen Nervenläsionen zu vermeiden. Bei den extrakraniellen Manifestationen fehlen bislang konsistente Therapieempfehlungen.

Material und Methoden

Wir untersuchten alle Patienten mit extrakraniellen Neurinomen im Kopf/Halsbereich, die von 2007-2013 an der HNO-Uniklinik Bochum operiert wurden. Betrachtet wurde die klinischen prä-, und postoperative Manifestation, Bildgebungsbefunde sowie die histologische Aufarbeitung.

Ergebnisse

Bei den erfassten 6 Patienten (4w, 2m, Altersdurchschnitt 43,6 Jahre) fanden sich als Ursprungsnerv (jeweils n=1) Nn. VII, X, XI, XII, Plexus brachialis und cervicalis. Die Erstvorstellung erfolgte meist bei unklarer cervicaler Raumforderung. Mittels Bildgebung bestand in 2 Fällen bereits präoperativ begründeter Neurinomverdacht, bei 3 weiteren Patienten wurde im radiologischen Befund ein Neurinom explizit als Differentialdiagnose genannt. In 2 Fällen bestand erst intraoperativ Neurinomverdacht. In allen Fällen erfolgte die totale Tumorentfernung, postoperativ zeigten sich bei allen Patienten im Verlauf persistierende Paresen/Paralysen der vom jeweiligen Nerven innervierten Muskulatur. Nur bei einem Patienten bestand bereits präoperativ eine Facialisparese.

Diskussion

Extrakranielle Neurinome können diagnostische und therapeutische Herausforderungen darstellen. Als operative Therapieoptionen bestehen Enukleation und komplette Tumoresektion. In der Literatur wird die intrakapsuläre Enukleation bezüglich Funktionserhalt kontrovers diskutiert wird ^{1,2}. Bei den von uns operierten Patienten traten in 5/6 Fällen Paralysen auf, die präoperativ noch nicht bestanden. Hierbei ist besonders zu bedenken, dass bis auf eine bereits vorbestehende Facialisparese bei allen Patienten präoperativ eine asymptomatische cervicale Raumforderung bestand. Es sollte diskutiert werden, ob bei insgesamt konsistenten Befunden ein schnelles operatives Vorgehen mit Resektion welcher Form auch immer zwingend notwendig oder eine engmaschige wait-and-scan Strategie optional sinnvoll ist.

Ergebnisse

Geschlecht	Alter	Ursprungsnerv	Größe (in cm)	Postoperative Nervenläsion
w	62	N. hypoglossus rechts	2,4 x 2,2 x 2,2	Hypoglossusparese rechts
w	22	N. vagus links	3,0 x 2,5 x 4,0	Stimmklappenparese links
w	46	Plexus cervicalis links	3,1 x 3,5 x 4,2	Horner-Syndrom links
m	31	N. accessorius	3,9 x 2,1 x 2,1	Armheberschwäche links
m	56	oberer Anteil Plexus brachialis rechts	4,2 x 2,8 x 0,9	Ausfall Schultergürtelmuskulatur rechts
w	45	N. facialis links	2,8 x 2,8 x 4,0	Facialisparese links*

Abbildung 1: Tabelle deskriptive Statistik, die mit * markierte Parese bestand bereits präoperativ

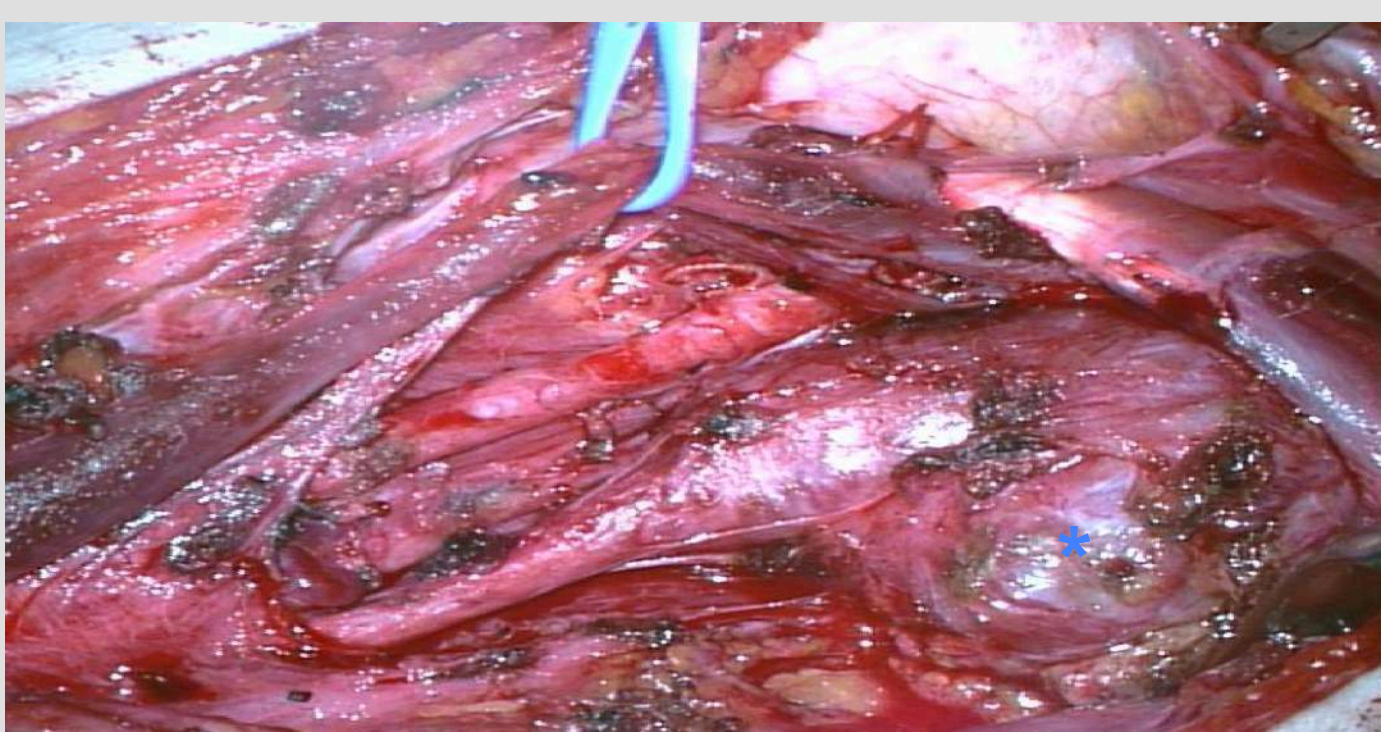


Abbildung 2: intraoperative Darstellung Hypoglossusneurinom rechts (mit * markiert)

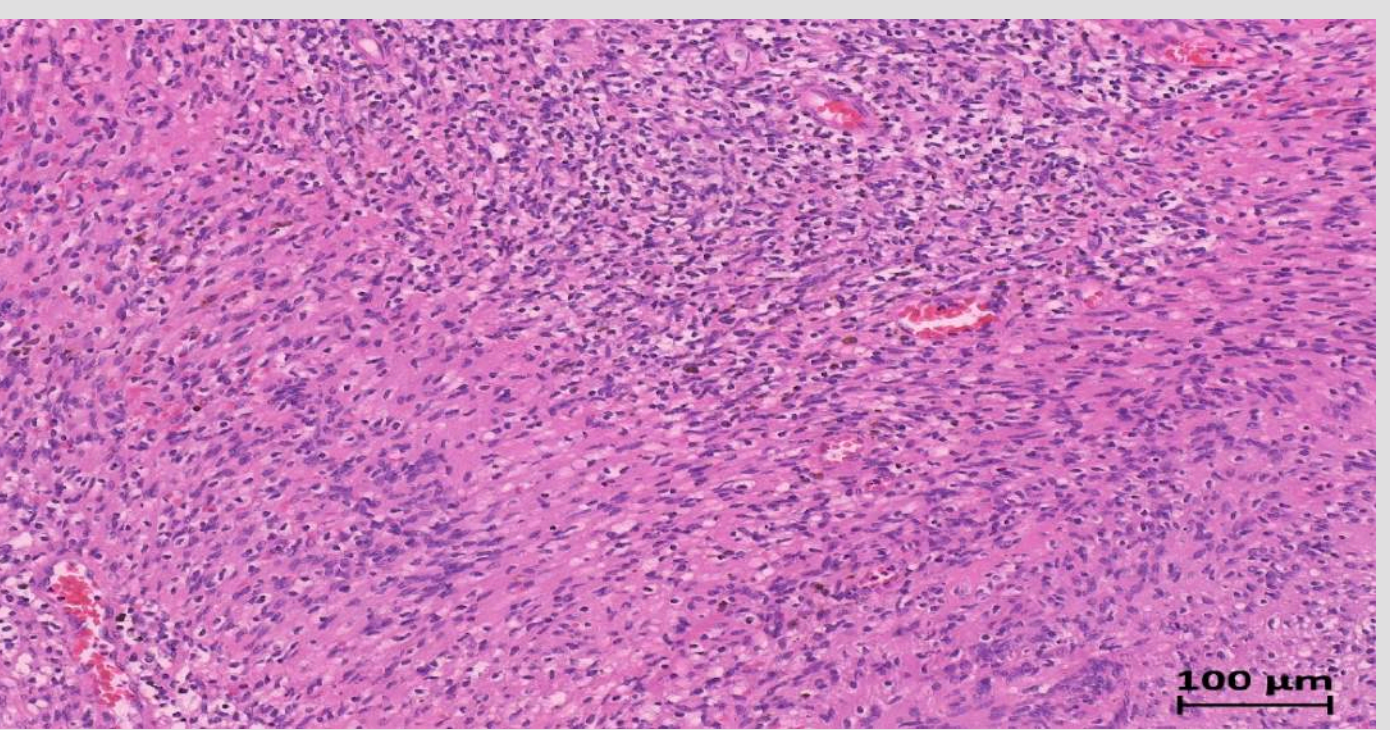


Abbildung 3: Histologische Aufarbeitung Hypoglossusneurinom



Abbildung 4: MRT Schädel, Darstellung eines Facialisneurinoms links

Literatur

1. Yasumatsu R, Nakashima T, Miyazaki R, Segawa Y, Komune S. Diagnosis and Management of Extracranial Head and Neck Schwannomas: A Review of 27 Cases. International Journal of Otolaryngology. 2013;2013:973045.
2. Yafit D, Horowitz G, Vital I, Locketz G, Fliss DM. An algorithm for treating extracranial head and neck schwannomas, European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 2014, Online-Publikation 25. Juni 2014.