



F. Stoiber-Lipp, S. Schröder, M. Lehmann, H. Sudhoff

Die Abdeckung des runden Fensters mit Bindegewebe als minimal invasiver Therapieversuch bei Dehiszenz des oberen Bogenganges- Ein Fallbericht

Einleitung: Die Dehiszenz des oberen Bogenganges wurde 1998 erstmals von Lloyd Minor beschrieben. Zu Grunde liegt dabei eine fehlende knöcherne Deckung des oberen Bogenganges. Betroffene berichten über Autophonie, pulssynchrone Ohrgeräusche, Schwindel bei Lärmeinwirkung, Schwerhörigkeit oder Druckgefühl des Ohres. Das Tullio-Phänomen kann positiv sein und pulssynchrone Oszillopsien werden beschrieben. Während bei intaktem Labyrinth die Volumenverschiebungen zwischen ovalem und rundem Fenster gleich null sind, wirkt der Theorie nach die fehlende Knochendeckung des oberen Bogenganges pathomechanisch als sogenanntes „3. Fenster“. Zur Diagnostik empfiehlt sich eine CT des Felsenbeines, VEMP`s und die Videonystagmographie. Als chirurgische Therapieoptionen werden die transmastoidale Okklusion des Bogenganges oder die Abdeckung der Dehiszenz über einen middle fossa approach beschrieben. Silverstein et al. [1] beschrieben 2014 die Abdeckung des runden Fensters [3. Fenster] als minimal invasiven Therapieversuch. Es zeigte sich eine signifikante Symptomverbesserung bei 19 Patienten.

Fallbericht: Im November 2014 stellte sich ein 48-jähriger Patient unter dem Verdacht auf eine klaffende Tube in unserer Klinik vor. Er klagte über Autophonie insbesondere links und über Schwindel z.B. beim Schnäuzen der Nase. In unseren Untersuchungen mittels Tubenmanometrie nach Estève und in der Reflex- Decay- Messung ließ sich keine klaffende Tube nachweisen. Es bestand bereits Z.n. Tympanoplastik Typ III (Clip-PORP- Titan 2,5 mm) bei Hammerkopffixation links 2013 alio loco. Diese Behandlung führte zu einer Besserung des Hörvermögens jedoch nicht zur Verbesserung der oben genannten Symptome.

In Zusammenschau der Befunde ergab sich für uns der Verdacht auf eine Dehiszenz des oberen Bogenganges. Wir führten eine CT des Felsenbeins durch. Es fanden sich beidseitig längerstreckige Dehiszenzen des oberen Bogenganges. Wir klärten den Patienten über Diagnose und Therapiemöglichkeiten auf und entschieden uns gemeinsam zu einem Therapieversuch mit Tympanoskopie und Abdeckung des runden Fensters links mit Bindegewebe. Postoperativ war der Patient beschwerdefrei in Hinblick auf Autophonie und Schwindel. Die tieftonale und hochtonale Schalleitungsschwerhörigkeit von etwa 20 dB blieb jedoch unverändert.

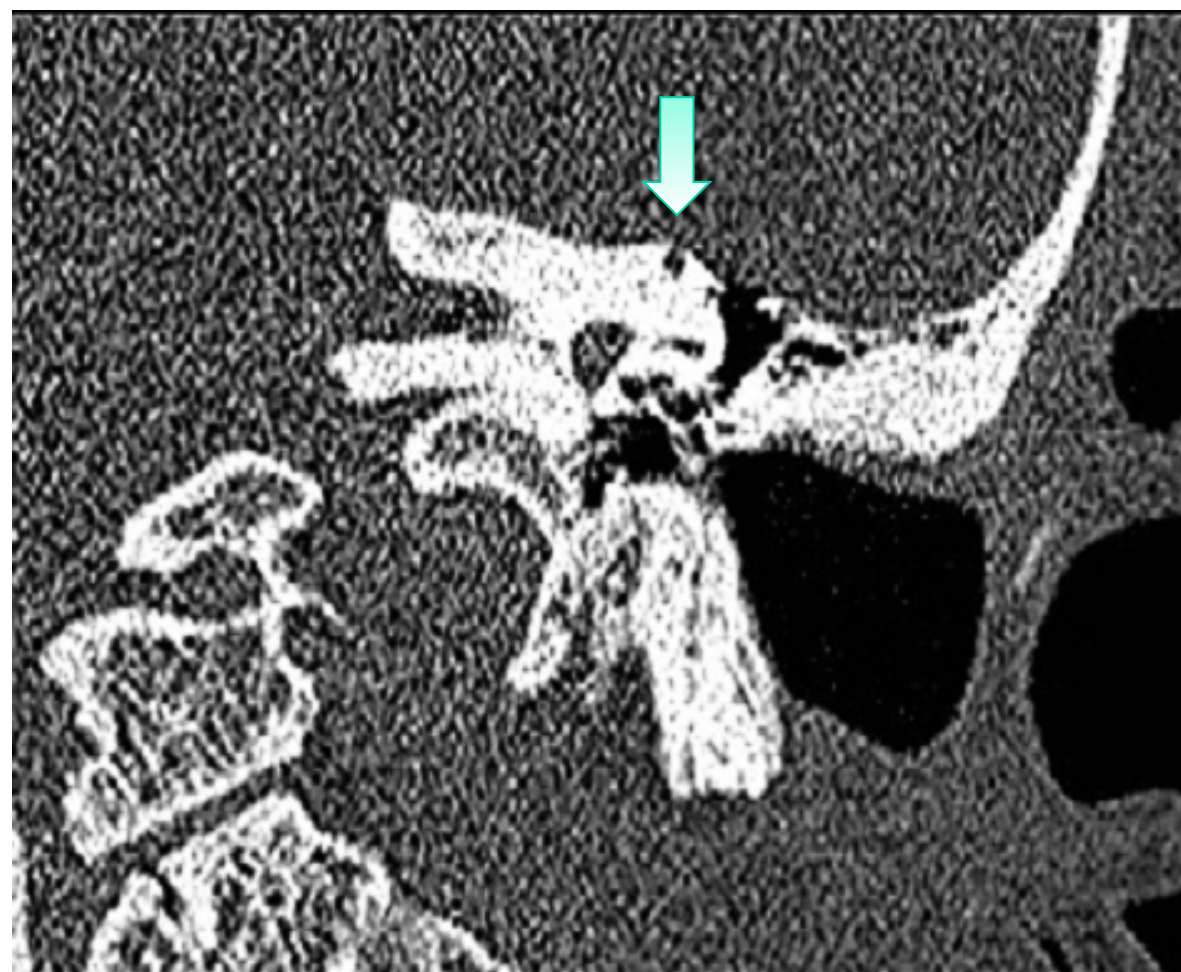


Abb.1: Coronare Darstellung des linken Felsenbeines mit Bogengangsdehiszenz

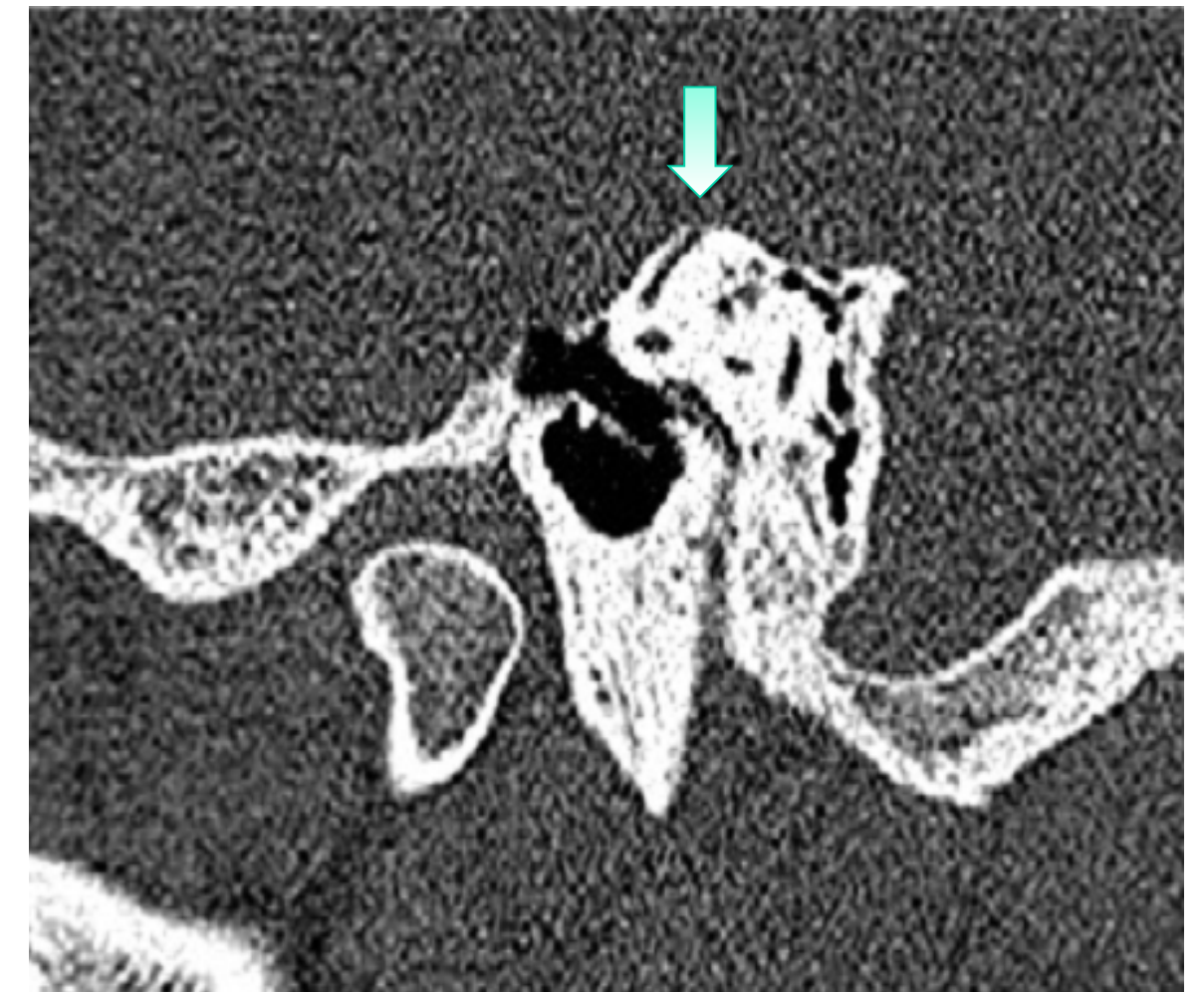


Abb. 2: Sagittale Darstellung des linken oberen Bogenganges mit Dehiszenz

Schlussfolgerung: Die Dehiszenz des oberen Bogenganges ist eine wichtige Differentialdiagnose bei Autophonie mit Hörminderung und Schwindel. Mit der Abdeckung des runden Fensters [3. Fenster] mit Bindegewebe steht nun ein minimalinvasiver Therapieversuch zur Verfügung. Das Ergebnis bei unserem Patienten ist vielversprechend. Weitere Erfahrungen und folgende Untersuchungen der Erfolgsraten sind wünschenswert.