

Kindliche Otosklerose: Ein Fallbericht

S. Schumpa, K. Uecker, T. Schrom

Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, plastische Operationen, Helios Klinikum Bad Saarow

Einleitung

Eine Schallleitungsschwerhörigkeit bei Kindern aufgrund einer Stapesfixation ist selten, aber prinzipiell operativ behebbar. Die häufigsten Ursachen hierfür sind eine kindliche Otosklerose und eine kongenitale Stapesfixation (1). Zu den seltenen Begleiterkrankungen im Kindesalter mit simultanen Auftreten einer Otosklerose gehören Osteogenesis imperfecta (Mutation Typ 1 Kollagen) und Morbus Hunter (Mucopolysaccharidose) (2-3).

Kasuistik

Wir berichten über ein 11-jähriges Mädchen, welches aufgrund einer progredienten Schallleitungsschwerhörigkeit rechts bei uns vorstellte.

Im pädiatrischen Untersuchungsbefund zeigte sich ein altersentsprechend entwickeltes Mädchen im guten Allgemeinzustand.

Im Alter von 2 Jahren bestand eine Normakusis bds, 2010 zeichnete sich erstmals im Audiogramm eine leichte Tieftonschwerhörigkeit rechts ab. Im weiteren Verlauf kam es zu einer progredienten Hörminderung rechts.

Ohrmikroskopisch zeigten sich bei regelrechter Trommelfellcompliance keine Auffälligkeiten.

Im Tonschwellenaudiogramm stellte sich rechts eine pantonale Schallleitungsschwerhörigkeit mit Betonung in den tiefen Frequenzen bei negativen ipsi- und kontralateralen Stapediusreflexen dar (s. Abb. 1).

CT-morphologisch zeigten sich Hinweise auf einen Otoskleroseherd in der Fissula ante fenestram (s. Abb. 2).

Bei der explorativen Tympanotomie sahen wir eine fixierte Fußplatte bei sonst regelrechter und mobiler Kette und guter Belüftung, worauf eine Stapedotomie mit dem CO₂-Laser in single shot Technik mit Implantation eines 4,50/0,4mm Titan-Pistons erfolgte.

Ein Jahr postoperativ stellte sich eine geringgradige Schallleitungsschwerhörigkeit von max. 10dB bei subjektiv zufriedenstellendem Hören rechts dar (s. Abb. 3).

Schlussfolgerung

Eine kindliche Otosklerose ist selten. Im Kindesalter wird die Indikation zur Stapesplastik zurückhaltend gestellt. Eine fixierte Stapesfußplatte lässt sich sicher nur bei einer explorativen Tympanotomie diagnostizieren. Bei Verdacht auf eine Otosklerose sollte auch im Kindesalter auf diese nicht verzichtet und bei entsprechendem Befund eine Stapesplastik zur Hörverbesserung durchgeführt werden. Zum Ausschluss weiterer Mittelohrpathologien ist laut Literatur präoperativ eine CT-Felsenbein empfohlen (4).

Literatur:

1. An YS, Lee KS. The surgical results of stapes fixation in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014 Jan; 78(1): 55-9.
2. Santos F, McCall AA, Chien W, et al. Otopathology in Osteogenesis imperfecta. Otol Neurotol. 2012 Dec; 33(9): 1562-6.
3. Zechner G, Moser M. Otosclerosis and mucopolysaccharidosis. Acta Otolaryngol. 1987 May-Jun; 103(5-6): 384-6.
4. Vick U, Just T, Terpe H, et al. Stapesfixation bei Kindern. HNO 2004 Dez; 52(12): 1076-1082

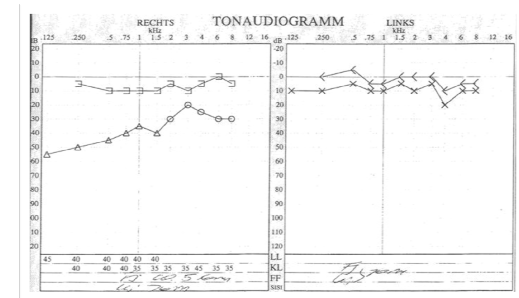


Abb. 1: Tonschwellenaudiogramm präoperativ

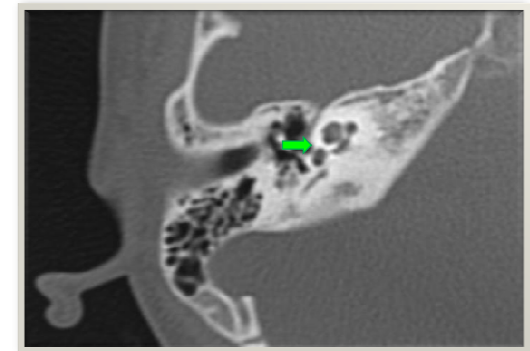


Abb. 2: Computertomographie Felsenbein präoperativ

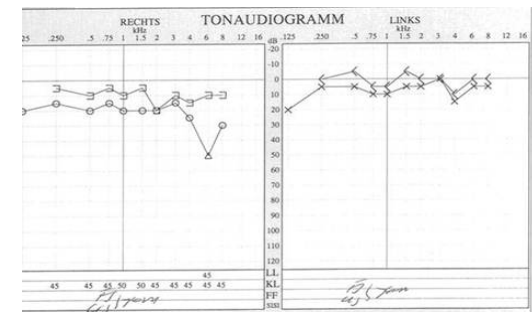


Abb. 3: Tonschwellenaudiogramm postoperativ