# **HNO**

#### **Bild und Fall**

HNO 2019 · 67:710-711 https://doi.org/10.1007/s00106-019-0716-5 Online publiziert: 30. Juli 2019 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019



## S. Beckmann · M. Caversaccio · L. Anschuetz

Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie, Inselspital Bern, Bern,

# Schallleitungsstörung und periphere Fazialisparese

## **Anamnese**

Uns wurde ein 56-jähriger Patient mit langsam progredientem linksseitigem Hörverlust und geringem Tinnitus zugewiesen. Otalgie, Otorrhö oder Schwindelbeschwerden wurden auf Nachfrage verneint. Zusätzlich bestand bei dem Patienten schon seit mehreren Jahren eine linksseitige periphere Fazialisparese, die zuvor als idiopathischer Genese beurteilt worden war. Diesbezüglich wurde der Patient extern bereits mit einer Zügelplastik und der Einlage eines tarsalen Goldplättchens versorgt. Eine weitergehende Abklärung des Befundes hatte jedoch bis zu diesem Zeitpunkt nicht stattgefunden, insbesondere wurde der Patient bis dahin keiner HNO-ärztlichen Untersuchung zugeführt.

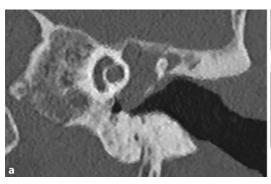
## **Befund**

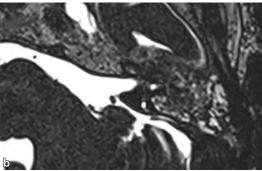
In der klinischen Untersuchung bestand eine linksseitig vollständig ausgeprägte periphere Fazialisparese (House-Brackmann Grad VI). Otoendoskopisch zeigte sich auf der linken Seite eine gelbliche Masse hinter dem Trommelfell mit Vorwölbung desselben und Dislokation der Gehörknöchelchen ( Abb. 1). Die Raumforderung füllte das Mittelohr vollständig aus.

Das Reintonaudiogramm zeigte einen moderaten Schallleitungsverlust mit "air-bone gap" von 40 dB HL. Mittels weiterführender CT- und MR-Bildgebung konnte ein 22×18×24 mm großer Tumor, ausgehend vom tympanalen und mastoidalen Segment des linken N. facialis, mit homogener Kontrastmittelanreicherung nachgewiesen werden ( Abb. 2).



**Abb. 1** ▲ Otoendoskopisches Bild der gelblichen Raumforderung in der linken Paukenhöhle, die die Gehörknöchelchen disloziert und zusätzlich zur Trommelfellprotrusion führt





**Abb. 2 ◄ a** CT- (koronare Schnittführung) und b MR-Bildgebung (axiale Schnittführung, T2-gewichtet). Homogene Tumormasse, ausgehend von tympanalen und mastoidalen Segmenten des linken N. faci-

## Wie lautet Ihre Diagnose?

## **>> Diagnose:** tympanales **Fazialisschwannom**

## **Therapie und Verlauf**

Therapeutisch wurde ein "canal-wall down" Zugang zum Mittelohr und Mastoid zur Tumorexstirpation durchgeführt. Der arrodierte Incus musste entfernt werden, der Stapes war nicht mehr abgrenzbar. Zur Rekonstruktion wurde eine Düsseldorfer TORP eingelegt und die Radikalhöhle mit einer Musculo-Meatoplastik verschlossen. Auf eine primäre Fazialisrekonstruktion wurde aufgrund der seit Längerem andauernden Fazialisparese und der bereits extern durchgeführten statischen Fazialisreanimation verzichtet. Histopathologisch ließ sich die klinische Verdachtsdiagnose eines tympanalen Fazialisschwannoms bestätigen. Der weitere Verlauf war komplikationslos. Bei vollständiger Tumorexstirpation konnte mittels MR 6 Monate postoperativ die Nachsorge beendet werden.

## **Diskussion**

Dieses Fallbeispiel zeigt exemplarisch die Notwendigkeit einer gründlich durchzuführenden klinischen Untersuchung. Insbesondere in der diagnostischen Abklärung einer peripheren Fazialisparese ist die Untersuchung durch den HNO-Facharzt ein essenzieller Bestandteil, um mögliche ursächliche Faktoren zu suchen. Zusätzlich bestätigt sich, dass eine periphere Fazialisparese ohne vollständige spontane Besserung einer Abklärung mittels MR-Bildgebung bedarf [1].

Insgesamt sind Schwannome des N. facialis mit einer Inzidenz von 0,38 % selten, betreffen häufig mehrere Segmente des Fazialisverlaufs und sollten erst bei manifester peripherer Fazialisparese bzw. größerer Wachstumsgeschwindigkeit primär chirurgisch behandelt werden [2]. Je nach geplantem Zeitpunkt der Fazialisreanimation sind entweder dynamische Methoden wie die primäre

Neuroraphie bzw. verschiedene Nerveninterpositionen und -koadaptionen bei frühem Rekonstruktionszeitpunkt und freie Muskeltransfers oder statische Methoden bei verzögertem Rekonstruktionszeitpunkt die Methode der Wahl [3]. Dabei ist insbesondere der freie Muskeltransfer mit Grazilismuskel und Innervation durch den N. massetericus eine vielversprechende Methode [3].

Alternativ kann bei kleinerer Tumorgröße, fehlender chirurgischer Resektionsmöglichkeit oder erhaltener Fazialisfunktion auch eine stereotaktische Bestrahlung therapeutisch in Betracht gezogen werden [4]. Als relevante Nebenwirkung ist dabei neben einer selten stärker ausgeprägten Fazialisparese auch auf die Möglichkeit einer Perzeptionsschwerhörigkeit hinzuweisen [5].

#### Fazit für die Praxis

- Die HNO-ärztliche Untersuchung ist bei neu aufgetretener peripherer Fazialisparese essenziell.
- Eine periphere Fazialisparese ohne vollständige spontane Regredienz bedarf einer Abklärung mit bildgebenden Verfahren.

## Korrespondenzadresse

### Dr. med. L. Anschuetz

Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie, Inselspital Bern Freiburgstrasse 10, 3010 Bern, Schweiz lukas.anschuetz@insel.ch

# **Einhaltung ethischer Richtlinien**

Interessenkonflikt. S. Beckmann, M. Caversaccio und L. Anschuetz geben an, dass kein Interessenkonflikt

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Für Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts, über die Patienten zu identifizieren sind, liegt von ihnen und/oder ihren gesetzlichen Vertretern eine schriftliche Einwilligung vor.

### Literatur

- 1. Baugh RF et al (2013) Clinical practice guideline: Bell's palsy. Otolaryngol Head Neck Surg 149 (Suppl 3):\$1-\$27
- 2. Prasad SC et al (2018) Surgical management of intrinsic tumors of the facial nerve. Neurosurgery 83(4):740-752
- 3. Harris BN et al (2015) Facial reanimation: Evolving from static procedures to free tissue transfer in head and neck surgery. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 23(5):399-406
- 4. Moon JH et al (2014) Gamma knife surgery for facial nerve schwannomas. J Neurosurg 121(Suppl):116-122
- 5. McRackan TR et al (2015) Stereotactic radiosurgery for facial nerve schwannomas: Meta-analysis and clinical review. Otol Neurotol 36(3):393–398