

HNO

Adenoide Vegetation	<p>Syn.: „Polypen“ (Nicht: <i>Polyposis nasi</i>* !) / „Wucherungen“ im Volksmund</p> <p>Def.: Rachenmandelhyperplasie in den ersten Lebensjahren, Rückbildung in der Pubertät (auf konstitutioneller Grundlage, immunologische Vorgänge)</p> <p>Sy.: durch Verlegung des Nasenrachenraumes beim Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • behinderte Nasenatmung mit offenstehendem Mund und dämmlichem Gesichtsausdruck (→ C. Schiffer) • Schnarchen, schlechter Schlaf • Verlegung der Tubenöffnung → Tubenkatarrhe, T'fellretraktion, S'Leitungs-SH, rez. akute Mittelohrentzündungen • chronische Rhinitis, Sinusitis, Bronchitis <p>Th.: Adenotomie = Entfernung der Rachenmandel [≠ Tonsillektomie = Entfernung der Gaumenmandel, z.B. bei chron. Tonsillitis (Herdfektion), Hyperplasie]</p>
Boenn. S. 281, 291	
Akustikusneurinom	<p>Def.: histologisch gutartiger Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel ausgehend von den Schwannzellen des N. vestibularis</p> <p>Audio: Schallempfindungs-SH (neurale SH), negatives Recruitment, Ausfall des Stapediusreflexes → einseitige Hyperakusis Vestibularisbefund: thermisch hochgradige Unerregbarkeit</p> <p>Sy.: einseitige Hyperakusis, Tinnitus, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Facialis-Teilausfall (Geschmacksstörungen) später: Facialisparese, Abducensparese, Trigeminiushypästhesien, Kleinhirnsymptome</p>
<i>Angina</i>	= alle akuten Entzündungen der lymphoepithelialen Organe des Rachens
Angina agranulocytotica	<p>bei meist medikamenteninduzierter Agranulozytose: nekrotisierende Tonsillitis schmierige, schmutzig-graue Beläge bei <i>fehlender Hals-LK-Schwellung!</i>, Schmerzen, Fieber ↑↑, Fötör ↑↑, Sialorrhoe</p>
Angina herpatica, Herpangina	<p>Err.: Coxsackie-A-Virus (<i>Nein, nicht durch Herpesviren, falsche Bezeichnung!</i>)</p> <p>Sy.: Fieber ↑↑, LK ↑↑, AZ ↓↓, Schmerzen, Tonsillenbeläge papulovesikulöse Eruptionen an vorderen Gaumenbögen</p> <p>DD: Ø Exanthem!, Ø LK ↑ !!</p>
Angina PLAUT-VINCENT	<p>Syn.: Angina ulcero-membranacea</p> <p>Def.: einseitige nekrotisierende Angina</p> <p>Err.: <i>Fusobacterium fusiforme</i> oder <i>Borrelia buccalis</i> in Symbiose mit <i>Treponema vincenti</i></p> <p>Sy.: einseitige Schluckbeschwerden, Ulcerationen einer Tonsille, fauliger Foetor ex ore, einseitige schmerzhafte LK-Schwellung → bei gutem AZ ! Auswischen des Ulcus mit Chromsäure, Antibiotika i.d.R. nur lokal</p>
Angina tonsillaris	<p>Syn.: akute Tonsillitis, Streptokokken-Angina</p> <p>Def.: akute Entzündung der Gaumenmandel, häufig bei Kindern + Jugendlichen</p> <p>Err.: meist b-hämolisierende Streptokokken der Gruppe A (<i>Strep. pyogenes</i>), Viren selten: Pneumokokken, Staph.</p> <p>Di.: Kiefer-LK ↑ und schmerzhaft, CRP ↑, Granulozytose (bei Leukopenie i.d.R. NIE Staph.-Tonsillitis!!)</p> <p>Verlauf Angina catarrhalis → follicularis → lacunais (flächenhafte Beläge)</p> <p>Th.: Pen V hochdosiert (oral 4x 1 Mega / d) über 10 d, ggf. Analgetika (nicht ASS, damit bei etwaiger Abszedierung noch Tonsillektomie möglich!)</p> <p>Ko.: Endo-, Myo-, Perikarditis, RF, Nephritis bei Scharlach zusätzlich: Himbeerzunge + feinfleckiges Exanthem</p>

Angina: Scharlach(angina)	Err.: wie bei normaler Streptokokken-Angina: <i>Streptokokkus pyogenes</i> (Gruppe A) durch Bildung von Erythrotoxin → Gefäßpermeabilität↑↑ → Exanthem, Enanthem kaputte Erys
	Vork.: meist zwischen 3. und 10. Lebensjahr
	Klinik: <ul style="list-style-type: none"> • Inkubationszeit 3-5 d • feinfleckiges Scharlachexanthem (stecknadelkopfklein!) am Oberkörper bis auf „periorale Blässe“ im Mund-Kinn- Δ • „Himbeerzunge“, LK↑↑ • groblamelläre Hautschuppung • Enanthem des weichen Gaumens mit Petechien
	DD: A-Streptokokken-Tonsillitis=Angina tonsillaris: besteht bei Infektion bereits antitoxische Immunität, entsteht nur eine Tonsillitis – wenn nicht dann Vollbild Scharlach!
	Di.: Rachenabstrich, Labor: AST ↑, BB: Leukozytose
	Th.: Pen hochdosiert wie bei Angina tonsillaris
	Ko.: RF, Glomerulonephritis (Urinuntersuchung, auch 2 Wo. nach Angina!!), STSLS (staphylococcal toxic shock like syndrome: Sepsis, Weichteilinfektionen)
Angina: Infektiöse Mononukleose = PFEIFFER' Drüsenfieber	Err.: <i>EBV</i> (EBV-Tonsillitis)
	Klinik: <ul style="list-style-type: none"> • erst Kieferwinkel-, nuchale LK↑↑, • dann: Angina mit lakunären / pseudomembranösen Belägen (DD: Diphtherie!) • urtikarielles / rubeoliformes Exanthem • Milz ↑↑ (CAVE bei Palpation: Ruptur!), Leberschwellung, generalisierte LK↑↑
	Th.: Fieber, Schmerzen symptomatisch (kein ASS, falls Tonsillektomie nötig!) Pen V oral bei bakt. Superinfektion (kein Amp / Amox , da Exanthemgefahr!) Tonsillektomie bei schwerem Verlauf (Fieber > 8 d)
Angina: Diphtherie	Err.: <i>Corynebakterium diphtheriae</i>
	Klinik: <ul style="list-style-type: none"> • Inkubationszeit 2-7 d • mäßiges Fieber, hoher Puls, Allgemeinbefinden ↓↓↓ • nach 24 h: <i>Pseudomembranöse, bei Entfernung blutende, grau-gelbe Beläge</i> (Epithelzellnekrosen durch Exotoxin) • (echter) Krupp • Azeton-Geruch: süßlich • Cäsarenhals durch ödematöse Schwellung
	DD: Ø LK↑, Ø Exanthem
	Th.: schon bei Diphtherieverdacht: <ul style="list-style-type: none"> • ISOLIERUNG DES PAT. !! • sofort: Diphtherie-Antitoxin i.v. / i.m. !!! • hochdosiert Pen G Entlassung erst wenn 3 Abstriche negativ (evtl. Tonsillektomie)
	Ko.: Myokarditis, Nephritis, toxische Nervenlähmung
Audio: Hörtest: RINNE	Vergleich Luftleitung – Knochenleitung des gleichen Ohres
	Durchf. 1. Knochenleitung: Stimmgabel auf Mastoid
	2. Luftleitung: Stimmgabel vors Ohr
	normal: Luftleitung besser als Knochenleitung → RINNE positiv
	Schalleitungs-SH: Knochenleitung besser / länger → RINNE negativ
	Schallempfindungs-SH: sowohl Luft- als auch Knochenleitung kürzer als normal, Luftleitung aber stets lauter / länger als Knochenleitung
	→ RINNE positiv
	SH = Schwerhörigkeit

Audio: Hörtest: Weber	Durchf.	Prüfung der Knochenleitung Stimmgabel auf die Mitte des Schädels normal / seitengleiche SH: seitengleiche Hörempfindung Schalleitungs-SH: Lateralisierung ins kranke (schlecht hörende) Ohr Schallempfindungs-SH: Lateralisierung ins gesunde (besser hörende) Ohr
Audio: Hörtest: Recruitment, Fowler		Der Patient bekommt Töne mit steigender Lautstärke abwechselnd in beide Ohren im direkten Vergleich eingespielt. Vorraussetzungen für den Test: Schwerhörigkeit nur auf einem Ohr, die Knochenleitungshörschwelle des gesunden Ohres liegt im Normbereich, die Differenz der Knochenleitungshörschwelle der beiden Ohren beträgt mehr als 20 dB. a) Positives Recruitment: Liegt der gebotene Ton über einer bestimmten Lautstärke, so empfindet der Patient den Ton auf beiden Ohren als gleich laut, trotz des Hördefektes des kranken Ohres. Diagnostische Aussage: Der Schaden liegt im Corti-Organ (Innenohrschwerhörigkeit). Mögliche Erklärung: Nur die äußeren Haarsinneszellen des Corti-Organs sind geschädigt, die inneren sind intakt. Ist die Lautstärke groß genug, d.h. der Reiz stark genug, werden auch die unempfindlicheren inneren Haarsinneszellen "rekrutiert". b) Negatives Recruitment: Der Patient hört die Töne in allen Lautstärken auf dem kranken Ohr leiser. Diagnostische Aussage: Der Schaden liegt dem Corti-Organ nachgeschaltet (Hörbahn, Cortex).
Audio: Schwerhörigkeit (SH)		Schalleitungsschwerhörigkeit: gestörte Schalleitung... - im Gehörgang (z.B. durch Zerumen) - im Mittelohr (Otitis media) - am ovalen Fenster (Otosklerose) Schallempfindungsschwerhörigkeit: Störungen... - am Innenohr: Kochleäre SH (z.B. Hörsturz, Menière, Ototoxikose, Schalltrauma) - am Hörnerven: Retrokochleär = neural (z.B. Akustikusneurinom) - im ZNS (Läsionen oberhalb der Kerngebiete im Bereich der Medulla oblongata) → DD: Rinne / Weber → DD: Tonschwellenaudiometrie / Überschwellige Tonaudiometrie
Cholesteatom	Def.:	chron. Knochenentzündung im Mittelohr mit Epithelwucherungen aus abgeschilferten, avitalen Epithel begünstigt durch Trommelfelldefekt oder chron. Tubenbelüftungsstörung evtl. fötoideitriges Sekret bei bakterieller Besiedlung
	Th.:	Tympanoplastik mit Entfernung des Epithelgewebes, Voraussetzung: ungestörte Tubenfunktion, da sonst das Trommelfell retrahiert wird → Rezidiv
KARTAGENER-Syndrom		Polyposis – Bronchiektasien – Situs inversus
M. Menière	Def.:	Hydrops des Labyrinths mit Störung der Produktion und Resorption der Endolymphe Auslösung eines Anfalls (min – h) durch Zerreißen der Membran zwischen Endo- und Perilymphe
	Sy.:	Trias: –rezidivierend über Jahre– 1. anfallsweiser Drehschwindel mit Spontannystagmus, Übelkeit, Erbrechen 2. einseitiger Tinnitus 3. einseitige SH, evtl. Druckgefühl
	Th.:	des akuten Anfalls: Antiemetika, Sedativa, HAES, evtl. OP zur Prophylaxe Vermeiden von Nicotin, Alkohol

M. Osler auto.-dom.	Syn.: hereditäre Teleangiektasie Def.: multiple angiomatöse Teleangiektasien in Form kleiner (\varnothing 1-3 mm), flacher, rotbrauner Knötchen v.a. im Gesicht, unter den Fingernägeln, an der Nasen- u. Mundschleimhaut (oft sublingual) u. an den Lippen sowie an inneren Organen (endoskop. v.a. in Magen, Rektum u. Bronchialbaum nachweisbar), gelegentl. arteriovenöse Fisteln der Lunge häufig Nasenbluten (Leitsymptom), aber auch rezidiv. Blutungen im Magen-Darm-Kanal od. aus den Bronchien mit Entw. einer chron. Eisenmangelanämie Sy.: symptomatisch (lokale Blutstillung, Eisenzufuhr, evtl. Bluttransfusion), Ersetzen der Schleimhaut der vorderen Nasenhaupthöhle durch freies Hauttransplantat Th.:
NasenNebenHöhlen: Ausführungsgänge	Stirnhöhle = Sinus frontalis Kieferhöhle = Sinus maxillaris Siebbeinzellen = Sinus ethmoidales anteriores+medii hintere S.= Sinus ethmoidales posteriores Keilbeinhöhle = Sinus sphenoidalis } → Mündung unter der mittleren Nasenmuschel } → Mündung über der mittleren Nasenmuschel (Tränengang: Mündung unter der unteren Nasenmuschel)
Otosklerose	Def.: Mineralstoffwechselstörung der knöchernen Labyrinthkapsel → Verknöcherungsherde, v.a. im Bereich des ovalen Fensters → Stapesfixierung (Stapesankylose) v.a. Frauen 20-40 J., unregelm. auto.-dom., in Schüben bei Hormonveränderung Sy.: langsam progrediente SH, meist bds., aber asym. beginnend; Tinnitus; Schwindel Audio: Schalleitungs-SH Th.: Stapektomie / Stapesplastik bei unbeweglichem Steigbügel
Polyposis nasi	Def.: exzessiv wachsende Polypen in Nase / Nasen-Nebenhöhlen Ät.: Allergie, chron. Entzündung Kopfschmerz, verstopfte Nase, Hyposmie, Rhinophonia clausa ☺
Rhinitis, allergische	IgE-vermittelte Sofortreaktion Typ I Di.: Pricktest, Intracutantest IgE-Nachweis: früher RAST = Radio-Allergo-Sorbent-Test, heute ELISA
Röntgen: Ohr	SCHÜLLER <ul style="list-style-type: none"> • Rö.Platte liegt am Ohr an • Darstellung von Mastoid, Antrum mastoideum, Mittelohr, äußerer (+ innerer) Gehörgang • → Pneumatisationsgrad, entzündliche Prozesse, Einschmelzungen, Knochendestruktion im Warzenfortsatz (Mastoiditis) • → Felsenbeinlängsfraktur STENVERS <ul style="list-style-type: none"> • RöPlatte seitlich vor Orbita und Jochbein • Darstellung des gesamten Felsenbeins bis Pyramidenspitze mit Labyrinthblock und innerem Gehörgang • → obere Pyramidenkante, Pneumatisation der Pyramidenspitze, Weite des inneren Gehörganges, des Labyrinths (Cholesteatom) • → Felsenbeinquerfraktur
Tumoren: Larynx	häufigster Tumor im HNO-Bereich Eintlg.: supraglottisch: 30% glottisch: 60% → Stimmbandregion: gute Prg., da geringer Lymphabfluß + Früherkennung (Symptom Heiserkeit!) infraglottisch: 10% Metastasierung v.a. lymphogen in die regionalen, ipsilateralen LK, selten fern

Valsalva-Versuch

zur Tubenfunktionsprüfung

Pat. erzeugt nach tiefer Inspiration bei geschlossenem Mund u. zugehaltener Nase einen **Überdruck im Nasen-Rachen-Raum**. Bei normaler Tubendurchgängigkeit entweicht i.d.R. Luft über die Ohrtrumpete in die Paukenhöhle, was bei gleichzeitiger Otoskopie als Verwölbung des Trommelfells zu sehen ist. Mißlingen des V.-V. ist ohne pathol. Bedeutung u. erfordert die Durchführung einer anderen Funktionsprobe, z.B. des Politzer-Verfahrens.

[Top](#) | [Home](#)