Diagnostik zur Unterscheidung zwischen chronischer Tubenobstruktion und einer klaffenden Tube

Zum Beitrag

Schröder S, Lehmann M, Sudhoff H, Ebmeyer J (2013) Beurteilung der chronisch-obstruktiven Tubenfunktionsstörung. Evaluation des „Eustachian Tube Dysfunction Questionnaire“ in der deutschen Übersetzung. HNO 62:160–164

Betrachtet man das Lumen der Tuba Eustachii, so erkennt man 2 unterschiedliche Kompartimente: einen halbzyklindrischen Raum zwischen der lateralen und medialen Lamina des Tubenknorpels, den sog. Rüdinger-Sicherheitskanal und unmittelbar darunter die sog. Hilfsspalte. Die Hilfsspalte ist nach medial durch den Tubenknorpel, nach lateral durch den lateralen Ostmann-Fettkörper und den M. tensor veli palatini begrenzt, welche die sog. membranöse Tubenwand bilden. Der Rüdinger-Sicherheitskanal ist normalerweise mit Luft oder Schleim gefüllt und wahrscheinlich immer offen. Die Hilfsspalte dagegen ist in Ruhe geschlossen.

Beide Kompartimente haben unterschiedliche Bedeutung für die Tubenfunktion. Diese ist nämlich außerordentlich komplex. Sie umfasst die Ventilation, die Drainage und die Protektion des Mittelohrs. Eine Funktionshierarchie, d. h. eine Festlegung, welche Tubenteilfunktion für das Mittelohr die wichtigere ist, gibt es übrigens nicht. Bei der Tubenöffnung erweitert sich tatsächlich nur der kraniale Anteil des Tubenlumens, während die Hilfsspalte im Wesentlichen komprimiert wird. Dabei wird die Kompression der Hilfsspalte durch Kontraktion des M. tensor veli palatini ausgelöst und über den lateralen

Ostmann-Fettkörper als Hypomochlion auf das Lumen übertragen.

Zwar wäre es wünschenswert, vor jeder Mittelohroperation oder insbesondere vor jeder Manipulation in der Tube selbst zu wissen, ob oder was für eine Tubenfunktionsstörung vorliegt. Die Werkzeuge, welche dem Otologen hierbei zur Verfügung stehen, sind aber dürftig, schlecht evaluiert oder zu aufwendig. Außerdem können die bekannten Verfahren nicht alle 3 Tubenteilfunktionen untersuchen.

» Die bekannten Verfahren können nicht alle 3 Tubenteilfunktionen untersuchen

Die Autoren greifen diese Problematik auf und reflektieren die Tatsache, dass die Anamneseerhebung durch den erfahrenen Otologen das wichtigste Instrument für die Einschätzung der Tubenfunktion ist. Allerdings weisen sie auch auf die Schwierigkeit hin, 2 völlig gegensätzliche Störungen anamnestisch zu unterscheiden: die chronische Tubenobstruktion und das Syndrom der klaffenden Tube mit seinen sehr unterschiedlichen Ausprägungsgraden.

Die Bielefelder Arbeitsgruppe hat sich unter der Leitung von Prof. Sudhoff auf dem Gebiet der Tubentherapie immense Verdienste erworben. Für die Differenzialtherapie chronischer Tubenfunktionsstörungen ist die Evaluation eines geeigneten Fragebogens ein sehr wichtiger klinischer Baustein. Mit der Verwendung des Tubenkatheters findet aber in letzter

Konsequenz eine Entscheidung dahingehend statt, welche Tubenfunktionsstörung tatsächlich vorliegt, nämlich eine chronische Tubenobstruktion. Die versehentliche Therapie z. B. einer latent oder intermittierend klaffenden Tube mit dem Bielefelder Katheter könnte grundsätzlich erhebliche Nachteile für den Patienten nach sich ziehen. Daher wäre ein nächster wünschenswerter Schritt eine Erweiterung des Fragebogens und dessen erneute Evaluation zwischen Patienten mit chronischer Tubenobstruktion und Patienten mit einer klaffenden Tube.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. R. Leuwer
Klinik für HNO-Heilkunde,
Helios-Klinikum Krefeld
Lutherplatz 40, 47805 Krefeld
rudolf.leuwer@helios-kliniken.de

Interessenkonflikt. R. Leuwer gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.