

Akute Otitis media: wie erkennen, wie behandeln?

Fragen an Urs Thommen,
Spezialarzt für Otorhinolaryngologie,
Hals- und Gesichtschirurgie

ARS MEDICI: Sehen Sie häufig Mittelohrentzündungen in Ihrer Praxis ?

Urs Thommen: Ja, sehr oft. Die städtische Bevölkerung geht häufig direkt zum Spezialisten. Von Grundversorgern zugewiesen bekomme ich vor allem PatientInnen mit rezidivierenden Otitiden oder mit Komplikationen.

ARS MEDICI: Wie alt sind Ihre PatientInnen mit Otitis media?

Thommen: Eine Otitis media kann in jedem Alter auftreten, aber meistens sind es Kinder – in meiner Praxis am häufigsten Ein- bis Sechsjährige. Zur epidemiologischen Tatsache, dass Otitis media besonders oft Säuglinge und Kleinkinder trifft, gibt es eine amüsante Hypothese: Der Mensch werde zwölf Monate zu früh geboren, und dies führe zu einer Reihe von ORL-Leiden – unter anderem zur Otitis media –, welche sich im ersten Lebensjahr «auswachsen» würden. Tatsächlich wird mit zunehmendem Alter die Belüftung des Mittelohrs besser. Etwas mechanistisch erklärt, verlegt beim Kind oft eine grosse Rachenmandel den Zugang zu den Eustach'schen Röhren, und die Luft in der Paukenhöhle wird vom Gewebe resorbiert. Strömt keine neue Luft nach, entsteht ein Unterdruck, welcher aus der Mittelohrschleimhaut Flüssigkeit saugt. Dieser «Paukenerguss» ist ein idealer Nährboden für Bakterien, die sich exponentiell vermehren. Entzündungszellen wandern ein, und schon ist es eine eitrige Mittelohrentzündung, mit Schmerzen, Schalleitungsschwerhörigkeit und Fieber.



Dr. med. Urs Thommen

ARS MEDICI: Also eine klare Symptomatik?

Thommen: Nein, leider eben oft nicht, besonders nicht bei den ganz kleinen Kindern. Dort kann man nicht auf das Fieber gehen, und das gern beschriebene «Greifen ans Ohr» ist oft erst bei älteren Kindern zu beobachten. Bei Säuglingen schildern die Mütter oft, dass sie nicht recht essen und trinken, schlecht schlafen, weinen und allgemein «mudere».

ARS MEDICI: Wie kann die Diagnose gestellt werden?

Thommen: Mit dem Otoskop! Genau das machen die Pädiater und Allgemeinpraktiker immer, wenn ein Kind unspezifische Krankheitszeichen zeigt. Im typischen Fall sieht man ein milchig aussehendes, «entdifferenziertes» Trommelfell, bei dem man den Hammergriff nicht mehr vom übrigen Trommelfell abgrenzen

kann. Ist das Mittelohr eitergefüllt, dann wölbt sich das Trommelfell vor. Obwohl Kinder einen geraden, kurzen Hörgang haben, ist es nicht einfach, ein schreiendes und sich windendes Kleinkind zu otoskopieren. Bei Erwachsenen ist der Gehörgang länger und stärker gekrümmt.

ARS MEDICI: Dann hat es keinen Sinn, wenn der Allgemeinmediziner otoskopiert?

Thommen: Ganz im Gegenteil! Die Mehrzahl der otoskopischen Diagnosen von Grundversorgern trifft zu. Zudem sollte man so oft wie möglich otoskopieren, um den Blick zu schulen, idealerweise auch im Rahmen des normalen Status. Fragliche Befunde kommentieren wir ORLer gerne. Mit dem Ohrmikroskop steht uns ja auch ein besseres Hilfsmittel zur Verfügung. Durch Zerumen können unterschiedlichste Befunde verblüffend echt vorgetäuscht werden. Mir wurde einmal ein Patient mit der Verdachtsdiagnose «hämorrhagische Grippeotitis mit Hämatotympanon» zugewiesen, wo blauschwarzes, unregelmässig strukturiertes Zerumen tatsächlich diesen Befund imitierte. Weissliches, scholliges Zerumen kann leicht für ein Cholesteatom gehalten werden.

ARS MEDICI: Wie behandeln Sie eine Otitis media?

Thommen: Nach den US-amerikanischen Richtlinien, die nicht nur ständig den neuesten evidenzbasierten Erkenntnissen angepasst werden, sondern auch dem Arzt ausdrücklich einen Ermessens-

Akute Otitis media: wie erkennen, wie behandeln?

spielraum bei Diagnostik und Therapie zugestehen, wie dies auch Prof. Richard Rosenfeld, der amerikanische Otitisexperte, stets betont. Vorab eine kleine Begriffsdefinition: Das Serotypanon, im Englischen «OME = otitis media with effusion», also der reine Paukenerguss ohne Eiter, bedarf keiner Antibiose. Anders jedoch die akute eitrige Otitis media (engl. AOM), bei der ich meist Antibiotika gebe, wenn möglich Amoxicillin mit Clavulansäure. Häufige Erreger sind nämlich verschiedene Serotypen des Streptococcus pneumoniae (Pneumokokken), Branhamella catarrhalis, Staphylokokken sowie beim Säugling der Haemophilus influenzae. Dank Antibiotika sieht man heutzutage viel weniger Komplikationen wie Mastoiditiden und Meningitiden als in früheren Zeiten.

ARS MEDICI: Was halten Sie vom Trommelfellschnitt?

Insbesondere in Japan, Finnland und Grossbritannien wird grosszügig myringotomiert, oft auch ohne Antibiotikagabe, und die Resultate sind gut. Bei der Myringotomie oder Parazentese wird das Trommelfell im vorderen unteren Quadranten radiär inzidiert. Ich führe diesen Eingriff nie ohne Anästhesie durch. Bei kooperativen, informierten Erwachsenen reicht oft eine Oberflächenanästhesie. Bei Kindern ist meist eine kurze Vollnarkose nötig. Häufig drängt es sich auf, bei dieser Gelegenheit auch noch ein hypertrophes, entzündetes Adenoid zu entfernen. Damit wird die künftige Belüftung des Mittelohrs sichergestellt, und es treten dann keine weiteren Otitiden mehr auf. Die Parazentese-Stichinzision im Trommelfell verheilt gewöhnlich innerhalb von zwei bis drei Wochen. Atrophe Membranen und Schwachstellen im Trommelfell entstehen

eigentlich nur bei grossflächigen Perforationen.

ARS MEDICI: Wann sind Paukenröhrlindiziert?

Thommen: Generell muss ja jeder operative Eingriff sehr kritisch abgewogen werden, insbesondere im Säuglings- und Kindesalter. Falls er wirklich indiziert ist, sollte er sorgfältig mit den Eltern und dem behandelnden Hausarzt oder Pädiater besprochen werden. Dauer und Schwere der Symptome, Zahl der Rezidive sowie mögliche Auswirkungen einer Schallleitungsstörung auf die Sprachentwicklung des Kindes müssen genauso berücksichtigt werden wie der Allgemeinzustand und die generellen Lebensumstände, wie zum Beispiel die Betreuung in Krippe oder Hort, wo die Erregerexposition grösser und damit das Infektionsrisiko höher ist. Die meisten meiner PatientInnen mit chronischem Erguss, mit Serotypanon, wurden vom Grundversorger bereits sehr sorgfältig abgeklärt, sogar mit Tympanometrie, und die Symptomatik wurde über einen langen Zeitraum hinweg gut dokumentiert. Fast immer besteht der Paukenerguss schon mehr als drei Monate, oft noch länger. Rezidivierende Infekte und ein Entwicklungsrückstand sowie eine Obstruktion, wie ein grosses Adenoid, lassen dann einen Eingriff als ratsam erscheinen, oft eine Kombination von Parazentese und Adenoidektomie oder eben eine Tympanostomie.

ARS MEDICI: Hat die Impfung einen Platz?

Thommen: Ja, auf jeden Fall. Die Impfstoffe werden immer besser. Sie decken ein grosses Spektrum der Pneumokokken-Serotypen ab, und auch die Impfung gegen Haemophilus influenza hat sich durchgesetzt.

ARS MEDICI: Und was halten Sie von Zwiebelumschlägen?

Thommen: Meine PatientInnen halten sehr viel davon! Sie versichern glaubhaft, dass rohe, aufgeschnittene Zwiebeln, in einem sauberen Gazetüchlein aufs Ohr gelegt, gut gegen die Schmerzen wirken. Zwar habe ich keine wissenschaftlichen Studien gefunden, die mir die Wirkung erklären oder evaluieren. Doch Zwiebelgewächse enthalten schwefelhaltige Substanzen und ätherische Öle, die eine Reihe von interessanten Wirkungen zeigen – deshalb kann ich mir einen Effekt vorstellen. Als Schmerztherapie empfehle ich aber die grosszügige Gabe von Paracetamol. ●

Das Interview führte Uwe Beise.

Interessenkonflikte: keine

Aktuelle Literaturempfehlungen:

Bluestone CD: Humans are born too soon: impact on pediatric otolaryngology. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2005; 69 (1): 1–8.

Rosenfeld R.M. et al.: Clinical practice guideline: Otitis media with effusion. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004; 130 (5 Suppl): 95–118.

American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media: Diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics. 2004; 113 (5): 1451–1465.

Leibovitz E., Jacobs M.R., Dagan R.: Haemophilus influenzae: A significant pathogen in acute otitis media. Pediatr Infect Dis J. 2004; 23 (12): 114–115.

Bernatoniene J., Finn A.: Advances in pneumococcal vaccines: advantages for infants and children. Drugs 2005; 65(2): 229–255.