

Zoster oticus

Synonym: Ramsay-Hunt-Syndrome

ZEITSCHRIFT FÜR LARYNGO-
RHINO-OTOLOGIE

Ein dem Varizellenerreger
entsprechendes Virus führt zu
herpetiformen Effloreszenzen
am Ohr, Schädigung des
N. facialis, N. statoacusticus,
manchmal des N. vagus,
N. glossopharyngeus und des
N. abducens. Die sich entlang
der genannten Nerven aus-
breitende Erkrankung verur-
sacht Funktionsvermindern-
gen und -ausfälle von Gehör,
Gleichgewicht und Motorik.

Trotz virostatischer Therapie haben sich die Behandlungsergebnisse praktisch nicht gebessert. Bleibende Funktionsausfälle sowie zosterbedingte Neuralgien sind weiterhin zu erwarten.

Die Autoren werteten 91 Fälle von Zoster oticus aus den Jahren 1932 bis 2001 der HNO-Klinik Jena aus; das ist wesentlich mehr als in anderen Publikationen.

Klinik

Klinisch treten zunächst isolierte Ohrenschmerzen, Zephalea und unspezifischer Schwindel auf. Nach etwa zwei bis drei Tagen entwickeln sich herpetiforme Effloreszenzen am äusseren Ohr und retroaurikulär. Gleichzeitig kommt es zu Affektionen einiger Hirnnerven, in erster Linie des N. facialis (86,6%), N. vestibularis (76,9%) und des kochleären Anteils (36,3%); Vagus, Abduzens und Hypoglossus sind hingegen nur selten betroffen. Die Fazialisparese war in der Hälfte der Fälle komplett. Als Erreger wurde eine endogene Reaktivierung des neurotrophen Varizellenvirus (VZV) nachgewiesen, welches latent in Spinalganglien und Ganglienzellen persistieren kann. Durch den Nachweis der VZV-DNA (Desoxyribonukleinsäure) im Ganglion geniculi konnte die Ätiologie der Erkrankung bestätigt werden.

Von den 91 untersuchten Fällen waren etwa zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer. Das durchschnittliche Erkrankungsalter lag bei Frauen und Männern ähnlich, nämlich bei knapp über 50 Jahren bei einem Alterspektrum von 9 bis 79 Jahren (Frauen) und 9 bis 89 Jahren (Männer). Ein Erkrankungsgipfel war im sechsten Dezennium erkennbar, jahreszeitlich dominierte der Winter.

Therapie

Schon in früheren Jahren wurden Analgetika, Vitamine, Prednisolon und Antibiotika verabfolgt. Eine kausale antivirale Behandlung (z.B. Aciclovir) erfolgte ab 1986. In den Jahren 1964 bis 1979 war die operative Dekompression des N. facialis bei Lähmung die Therapie der Wahl. Allerdings ergab eine längere Überschau, dass sich durch all diese Massnahmen keine entscheidende Besserung ergeben hat. Bei jüngeren Patienten (9–29 Jahre) war ten-

Merk- punkte

Die Auswertung einer grösseren Fallzahl (n = 91) ergab für Herpes zoster oticus:

- Frauen sind häufiger betroffen als Männer (2:1).
- Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt knapp über 50 Jahren.
- Therapeutisch kommen Analgetika, Vitamine, Prednisolon, Antibiotika bzw. Virustatika in Betracht, die letzten Dekaden haben aber keine entscheidende Verbesserung gebracht.
- Die Fazialislähmung neigt eher zur Erholung als der kochleoves-tibuläre Schaden.
- Eine postzosterische Neuralgie ist in der Hälfte der Fälle zu erwarten.
- Die Serodiagnostik ist nur dann indiziert, wenn der klinische Befund uncharakteristisch ist.

denziell eher eine Nervenregeneration erkennbar als bei älteren (60–89 Jahre).

Fast immer ist die serologische Untersuchung (IgA und IgM) positiv, allerdings erst nach sieben Tagen. Bei 8 der 91 Patienten wurde eine Lumbalpunktion vorgenommen, die jedoch ausser einer vermehrten Lymphozytenzahl und einer Eiweiss-erhöhung keine Anzeichen einer viralen Meningitis ergab.

Zoster oticus

Der Herpes zoster oticus ist nur eine der verschiedenen Möglichkeiten einer Zosteraffektion. Im kranialen Bereich kennt man noch den Zoster ophthalmicus, doch ist die kraniale Lokalisation wesentlich seltener als jene am Thorax («Gürtelrose»), aber etwa so häufig wie die zervikale und lumbale Form.

Prognose

Je schwerer die klinischen Erscheinungen sind, um so geringer ist die Aussicht auf eine Restitutio ad integrum. Die Fazialislähmung neigt eher zur Erholung als der kochleovestibuläre Schaden. Eine postzosterische Neuralgie ist in der Hälfte der Fälle zu erwarten. Grössere Zahlenangaben liegen offenbar nicht vor.

Da die anfänglichen Symptome oft etwas unklar sind, kann es differenzialdiagnostische Probleme geben. Kopfschmerzen zu Beginn sind nicht aufschlussreich. Eine initiale Rötung des Gehörgangs kann wie eine banale Otitis externa aussehen, hämorrhagische Bläschen gibt es auch bei

der Otitis externa haemorrhagica bullosa (bei grippalen Infekten). Fehlen die Nerven ausfälle, ist eine Abgrenzung zum Herpes simplex schwierig.

Haben die Hauterscheinungen ein hämorrhagisches Aussehen, ist das Risiko der Entwicklung einer postzosterischen Neuralgie erhöht wie bei Zoster an anderen Körperstellen auch.

Eine systemische antivirale Medikation soll sich beim kranialen und zervikalen Zoster sowie bei älteren Personen positiv auf die Abheilung der Effloreszenzen und die Entwicklung einer Neuralgie auswirken, wenn sie innerhalb der ersten 72 Stunden eingesetzt wird, allerdings gibt es auch weniger gute Erfahrungen. Topische Virostatika haben keinen Effekt.

Bei Immunschwäche ist eine Generalisierung des Zoster, in seltenen Fällen eine zentrale Ausbreitung möglich.

Die Serodiagnostik ist jedoch nur dann indiziert, wenn der klinische Befund uncharakteristisch ist. Der voll entwickelte Zoster ist eigentlich unverkennbar.

Kommentar des Referenten

So harmlos im Allgemeinen Windpocken sind, so unerfreulich ist die Kehrseite des betreffenden Virus. Da auch Virostatika keine signifikante Verbesserung der Abheilung bringen, ist man auf die bisherigen Methoden angewiesen. Hinzu kommen oft länger dauernde medikamentöse Massnahmen gegen den vestibulären Schwindel. Der Gehörschaden ist zumeist erträglich, wenn das Ohr der Gegenseite einigermassen hört. ●

L.E. Walther und A. Walther (HNO-Klinik Aachen), H. Gudziol (HNO-Klinik Jena) et al.: Untersuchungen zum Zoster oticus. Z. f. Laryngo-Rhino-Otologie 2004; 83: 355–362.

Ernst Moritsch, Wien

Interessenkonflikte: keine