Metastase eines Bronchuskarzinoms am Trommelfell

A.		Ranzenberger
A.		Erlach
S.		Redtenbacher

HNO-Abteilung, Krankenhaus Lainz, Wien, Österreich

Dr. Adrienne Ranzenberger, HNO-Abteilung, Krankenhaus Lainz, Wolkersbergenstr. 1, A-1130 Wien (Österreich)

Einleitung

In den Kopf- und Halsbereich metastasieren vor allem das Mammakarzinom sowie das Lungenkarzinom, gefolgt von Karzinomen der Nieren und des Gastrointestinaltrakts. Derartige Metastasen treten vor allem in der Nase, in den Nasennebenhöhlen, in der Mandibula, der Thyreoidea, der Parotis und in der Haut auf. Metastasen im äusseren Gehörgang und am Trommelfell sind extrem selten.

Von den Tumormarkern waren TPA, CA15-3, NSE und CYFRA deutlich erhöht. Weitere Metastasen fanden sich im Bereich der Leber, des Schädelknochens, des 4. Brustwirbelkörpers und in fast allen Rippen. An unserer onkologischen Abteilung wurde eine zytostatische Therapie mit Gemzar® eingeleitet. Zwei Monate später wurden wegen Progredienz der Tumorerkrankung zusätzlich Farnarubicin® und Oncovin® verabreicht, wobei sich die Metastase am Trommelfell völlig zurückbildete. Nach 8 Monaten erfolgte eine Umstellung der Therapie auf Vepesid® und Paraplatin®. Im weiteren Verlauf trat eine Ataxie mit Cephalaea auf, im Schädel-CT zeigte sich eine solitäre Kleinhirnmetastase. Der Patient verstarb 11 Monate nach der Erstdiagnose; eine Obduktion wurde nicht durchgeführt.

Fallbericht

Wegen einer langsam aufgetretenen peripheren Fazialisparese links wurde der 55 Jahre alte Patient an einer neurologischen Abteilung aufgenommen. Bei der otologischen Untersuchung zeigte sich am linken Trommelfell ein weissliches Gewebsplus. Die Biopsie ergab Verbände eines wenig differenzierten Karzinoms mit kleinzelligen Tumorformationen. Im Tonschwellenaudiogramm war rechts ein normales Gehör, links eine Schalleitungsstörung, die bei 2000 Hz 20 dB erreichte und bei 6000 Hz auf 35 dB abfiel, erkennbar. Klinisch bestanden keine vestibulären Symptome, jedoch ein herabgesetztes Geschmacksempfinden links. Eine Computertomographie (CT) des Felsenbeins zeigte lediglich eine leichte Verdickung des Trommelfells, jedoch einen unauffälligen Verlauf des Nervus facialis. Bei der Suche nach dem Primärtumor wurde im Lungenröntgen und im Thorax-CT eine rechtsbasale Raumforderung festgestellt. Das bei der Bronchoskopie gewonnene Gewebe wurde zytologisch und histologisch als wenig differenziertes Karzinom interpretiert.

Schlussfolgerungen

Eine hämatogene Metastasierung im Bereich des Trommelfells ist wahrscheinlich. Die Fazialisparese dürfte aufgrund ihres langsamen Auftretens und ihrer Besserung unter Chemotherapie ebenfalls auf die Tumorerkrankung zurückzuführen sein. Ungeklärt bleiben die

exakten Zusammenhänge zwischen Trommelfellmetastase und Fazialisparese. Die Schalleitungsstörung spricht möglicherweise auch für eine Ausbreitung der Trommelfellmetastase in die Mittelohrräume, wenngleich sich diese in der hochauflösenden CT nicht darstellen liessen. Dieser Fall zeigt eindrucksvoll, dass bei keiner Fazialisparese auf eine otologische Begutachtung einschliesslich Ohrmikroskopie und bei keinem unklaren Befund auf eine hochauflösende CT verzichtet werden darf.

KARGER

Accessible online at: <http://BioMedNet.com/karger> Fax+ 41 61 306 12 34 E-Mail karger@karger.ch www.karger.com