

UNSPECIFISCHE ENTZÜNDUNGEN:

Entzündungen des Ohres

Hans-Georg Boenninghaus

Aus der Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik Heidelberg
(Direktor: Professor Dr. Hans-Georg Boenninghaus)

Bei Entzündungen des Ohres ist eine konservative Behandlung durch den Allgemeinarzt angezeigt im Fall von Gehörgangsekzem, Gehörgangsrunkel, Tubenmittelohrkatarrh, akuter Otitis media und chronischer Schleimhautentzündung des Mittelohres. Hals-nasen-ohren-ärztliches Eingreifen wird erforderlich bei Perichondritis der Ohrmuschel, Mittelohrergüssen, drohenden Komplikationen der akuten Otitis media, bei Mastoiditis und chronischer Knocheneiterung des Ohres sowie zur tympanoplastischen Operation.

Die entzündlichen Erkrankungen des äußeren Ohres und des Mittelohres haben einen erheblichen Anteil am Krankengut des praktischen Arztes. Diagnostik und Therapie sind im Rahmen einer allgemeinen Praxis durchaus möglich, wenn der konsultierte Arzt entsprechende Erfahrung in der Spiegeluntersuchung des Ohres hat. Bei unklaren Befunden, bei chronisch verlaufenden Krankheitsbildern und insbesondere bei Komplikationszeichen ist die sofortige Überweisung an einen Hals-Nasen-Ohren-Arzt erforderlich.

Im einzelnen sind zu besprechen

- ▶ die Entzündungen der Ohrmuschel (Perichondritis),
- ▶ des Gehörganges (Ekzem, Furunkel) und
- ▶ des Mittelohres (Tubenmittelohrkatarrh, akute Otitis media, chronische Otitis media).

Perichondritis der Ohrmuschel

Vorgeschichte und Symptome: Wenige Tage nach einem Verkehrsunfall, einem Arbeitsunfall, einer Schlägerei (Riß- und Bißverletzungen!) oder iatrogen nach Punktion eines Othämatoms mit nachfolgender Infektion starke Schmerzen im Bereich der Ohrmuschel.

Befund: Rötung der Ohrmuschel im knorpeligen Anteil, Verstreichen der Ohrmuschelkonturen (Abbildung 1), später Abszedierung mit Durchbruch nach außen, Abstoßen von Knorpelanteilen und Schrumpfen der Ohrmuschel.

Therapie: Einweisung in HNO-Abteilung, dort gezielt hochdosiert Antibiotika (Erreger meist *Pseudomonas aeruginosa*) und operative Behandlung.

Differentialdiagnose: Ohrmuschelerisipel: Die Rötung ergreift die Haut der Umgebung und auch das Ohr läppchen.

Gehörgangsekzem

Vorgeschichte und Symptome: Seit längerer Zeit bestehen Juckreiz im Gehörgang und wechselnd starke nicht sehr heftige Schmerzen. Der Gehörgangseingang ist wund und nassend. Schmieriges, übel riechendes Sekret im Gehörgangseingang. Auftreten auch als sekundäre Infektion bei Mittelohreiterungen, erkennbar an der mehr schleimigen Sekretion und der Trommelfellperforation.

Bei rezidivierenden Gehörgangsentzündungen muß ein Diabetes mellitus ausgeschlossen werden. ▷

Entzündungen des Ohres

Befund: Verschwellung des Gehörgangslumens, Rötung der Gehörgangshaut, die entweder schuppt (trockenes Ekzem) oder foetiden Eiter absondert. Eine Schwerhörigkeit tritt nur auf, wenn das Gehörgangslumen durch Schwellung oder Sekret vollständig verlegt ist.

Therapie: Einbringen von salbenge-tränkten Mullstreifen (antibiotika- und kortikoidhaltige Salben zum Beispiel Jellin® oder Kanamycin®). Bei fehlendem Therapieerfolg Abstrichuntersuchung auf Pilze und Erreger mit Resistenzbestimmung und danach gezielt Antibiotika beziehungsweise Antimykotikastreifen (zum Beispiel Myco-Jellin®).

Differentialdiagnose:

① **Otitis externa maligna** (nekrotisierende Gehörgangsentzündung) bei Diabetikern im höheren Alter und Infektion mit *Pseudomonas aeruginosa* führt zur Ostitis des Schläfenbeines und erfordert eine operative Behandlung in einer HNO-Klinik.

② **Zoster oticus** zeigt sich an durch stechende Schmerzen und Bläschenbildung in Gehörgang oder Ohrmuschel und Hirnnervenausfällen: Nervus facialis mit Lähmung der Gesichtsmuskulatur, Nervus vestibularis mit Drehschwindel und Nyctagmus, Nervus cochlearis mit Schallempfindungsschwerhörigkeit. Eine Überweisung zur hals-nasen-ohren-ärztlichen oder nervenärztlichen Untersuchung ist erforderlich.

Gehörgangsfurunkel

Vorgeschichte und Symptome: Durch Reiben (Gehörgangssäuberung) oder Kratzen kommt es zur Staphylokokkeninfektion der Haarbälge im Gehörgang. Starke Ohrenschmerzen, vor allem beim Berühren und Verschieben der Ohrmuschel und beim Kauen. Druck auf den Tragus oder Zug an der Ohrmuschel sind unerträglich.

Befund: Gehörgang im knorpeligen Anteil geschwollen. Vorwölbung

und Rötung der Gehörgangshaut. Das Einführen eines Ohrtrichters ist wegen der Schmerzen kaum möglich. Bei Lymphknotenbeteiligung findet sich ein Druckschmerz vor der Ohrmuschel oder retroaurikulär.

Therapie: Einlage von Mullstreifen mit Boralkohol (3%) in den Gehörgang bei stündlichem Nachträufeln und Boralkoholumschläge auf das Ohr. Sobald der Gehörgang etwas abgeschwollen ist, Einbringen von Salbenstreifen (Aureomycin®-Salbe, Refobacin®-Creme, Jellin®). Analgetika.

Differentialdiagnose: *Mastoiditis* als Komplikation der akuten Otitis media: Gehörgang im hinteren knöchernen Anteil durch Senkung der oberen Gehörgangswand geschwollen. Trommelfellrötung, Schalleitungsschwerhörigkeit.

Durchbruch des Eiters erkennbar an Rötung, Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit des Warzenfortsatzes (siehe unten). Abklärung durch hals-nasen-ohren-ärztliche Untersuchung und Röntgenaufnahme des Warzenfortsatzes nach Schüller.

Tubenmittelohrkatarrh

Vorgeschichte und Symptome: Tubenventilationsstörung, bedingt durch Schwellung der Tubenschleimhaut und Verlegung des Tubenlumens bei Erkältung, Rhinitis oder Behinderung der Nasenatmung (zum Beispiel Rachenmandel bei Kindern). Die Resorption der Luft aus den nicht mehr belüfteten Mittelohrräumen führt zu Unterdruck und häufig zu einem Erguß in der Paukenhöhle. Vergleichbare Störungen treten bei plötzlichem Höhenwechsel auf. Die Patienten klagen über Druck im Ohr, „das Ohr ist zugefallen“, es bestehen ein Rauschen im Ohr und eine Schwerhörigkeit. Bei serösem Mittelohrerguß Gefühl des „Wasserplätscherns“ im Ohr.

Befund: Das Trommelfell ist retracted: der kurze Hammerfortsatz springt vor, der Hammergriff er-

scheint verkürzt, der Lichtreflex rückt vom Hammergriff ab. Bei serösem Erguß in der Pauke scheint die Flüssigkeit gelblich durch das Trommelfell durch und wird nach oben durch scharfe Linien des Flüssigkeitsspiegels abgegrenzt (Abbildung 2). Bei eingedicktem Sekret – häufig bei Kindern als sogenanntes Leimohr – ist das Trommelfell eher vorge-drängt, milchig weiß mit diskreter Gefäßzeichnung. Die Schalleitungsschwerhörigkeit kann vom Allgemeinarzt durch den Weberschen Stimmgabelversuch (die auf die Mitte des Schädels aufgesetzte a¹-Stimmgabel wird im schwerhörigen Ohr wahrgenommen) und am negativen Ausfall des Rinneschen Stimmgabelversuches (über Knochenleitung wird länger gehört als über Luftleitung) erkannt werden.

Therapie: Durch Allgemeinarzt abschwellende Nasentropfen (Otriven®, Nasivin®, Tyzine®), um die Nasen- und Tubenschleimhaut zur Abschwellung zu bringen, und Tubendurchblasung mit dem Politzer-Ballon (falls kein frischer Infekt mit Sekretion der Nasenschleimhaut besteht): Ballon mit Olive in ein Nasenloch luftdicht einsetzen und Zudrücken des anderen Nasenloches; während der Durchblasung K-Laut (zum Beispiel „Kuckuck“ oder „Coca-Cola“) sagen lassen, um das Gaumensegel zur Kontraktion zu bringen und den Nasenrachenraum abzuschließen. Wärmebehandlung des Ohres durch Sollux, Wärmflasche oder ähnliches. Bei Verdacht auf Mittelohrerguß Überweisung an HNO-Arzt zur Spezialuntersuchung des Mittelohres (Audiometrie, Tympanometrie) und Parazentese bei serösem Erguß oder Einsetzen eines Paukenröhrchens in das Trommelfell für mehrere Monate und Adenotomie bei Kindern mit Leimohr.

Differentialdiagnose: *Hörsturz:* Bei normalem Trommelfellbefund plötzlich auftretende einseitige Innenohrschwerhörigkeit, erkennbar beim Weber-Versuch durch Lateralisation des Tones ins gesunde Ohr. Erforderlich ist eine sofortige hals-nasen-ohren-ärztliche Behandlung mit

Entzündungen des Ohres

Verbesserung der Innenohrsauerstoffversorgung und -durchblutung, meist bei stationärem Aufenthalt.

Akute Otitis media

Vorgeschichte und Symptome: Nach einer Erkältung oder einem Schnupfen kommt es zur Mittelohrinfektion über die Tube, bei Virusinfekt auch hämatogene Infektion des Mittelohres. Rasch zunehmende, tiefsitzende stechende oder klopfende Ohrenschmerzen treten auf in Verbindung mit Schwerhörigkeit und Ohrgeräusch. Nicht selten bestehen Kopfschmerzen, allgemeines Krankheitsgefühl und Fieber. Bei Durchbruch des entzündlichen Exsudates durch das Trommelfell kommt es anfangs zu seröser, später zu schleimig-eitriger Sekretion aus dem Gehörgang und Nachlassen der Schmerzen.

Befund: Falls sich Eiter im Gehörgang findet, zunächst Ausspülen mit körperwarmem Wasser, danach Trommelfellbefund erheben: das Trommelfell ist injiziert oder hinten oben gerötet und vorgewölbt, bei Perforation des Trommelfelles und Sekretabfluß sieht man einen pulsierenden Reflex vorn oder hinten unten auf dem Trommelfell. Bei Grippeotitis bilden sich im Gehörgang oder auf dem Trommelfell Blutblasen (Abbildung 3). Das Sekret kann dann blutig tingiert sein.

Therapie: Penicillin per os (zum Beispiel Baycillin®, Isocillin®) in ausreichender Dosierung mindestens 4 bis 6 Tage. Keine ungenügenden oder verzettelten Antibiotikagaben! Abschwellende Nasentropfen (Otriven®, Nasivin®, Tyzine®) sind wichtig, dagegen Ohrentropfen bei akuter Otitis media entbehrlich. Analgetika. Bei Fieber Bettruhe. Wärmebehandlung des Ohres ist nur gestattet, falls Wärme angenehm empfunden wird und keine Zeichen drohender Komplikationen bestehen.

Komplikationsmöglichkeiten: Bei anhaltenden Schmerzen, hohem Fieber, Schüttelfrost und drohenden oder beginnenden Innenohrkompli-

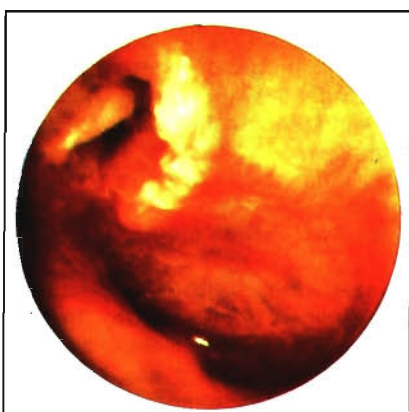
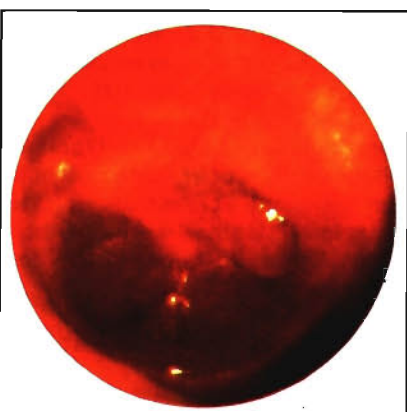
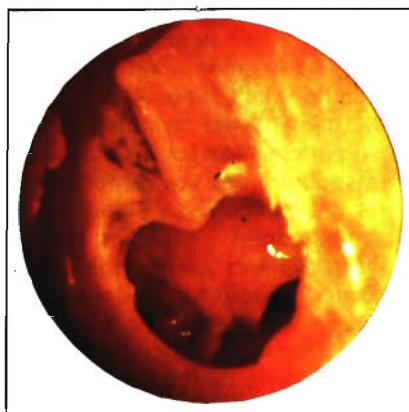
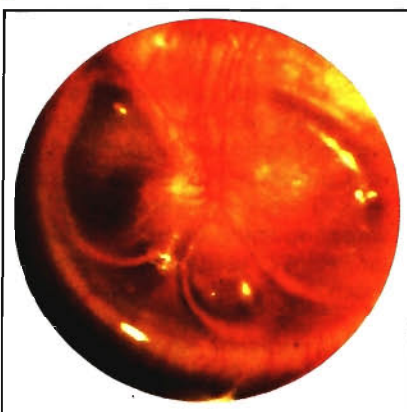
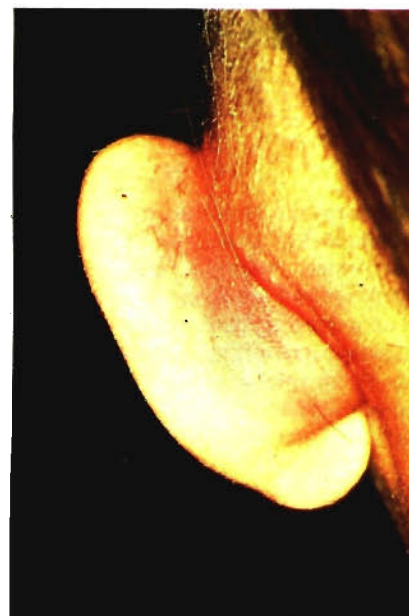


Abbildung 1 (oben): Perichondritis der Ohrmuschel

Abbildung 2 (Mitte): Tubenmittelohrkatarrh mit Paukengeruß

Abbildung 3 (unten): Akute Otitis media mit Blutblasen (Grippeotitis)

Abbildung 4 (oben): Mastoiditis mit retroaurikulärem Durchbruch

Abbildung 5 (Mitte): Chronische Mittelohrschleimhauteiterung mit zentralem Trommelfelldefekt (chronische mesotympanale Otitis media)

Abbildung 6 (unten): Chronische Mittelohrknöcheneiterung mit randständigem Trommelfelldefekt vorn oben und Cholesteatom (chronische epitympanale Otitis media)

Entzündungen des Ohres

kationen, die sich durch Schwindel, Übelkeit, Erbrechen und Nystagmus bemerkbar machen, oder bei Benommenheit oder einer Fazialisparese sofortige Überweisung in hals-nasen-ohren-ärztliche Behandlung zur Parazentese, weiteren diagnostischen Abklärung und eventuell operativen Behandlung.

Treten 3 bis 4 Wochen nach einer akuten Otitis media, die bereits im Abklingen war, erneut Ohrenschmerzen mit Druckschmerz über dem Warzenfortsatz eventuell mit Abstehen der Ohrmuschel auf (Abbildung 4) oder kommt es zu verstärkter Sekretion, zunehmender Schwerhörigkeit und Anstieg der BSG, besteht der dringende Verdacht auf eine *Mastoiditis*. Röntgenuntersuchung des Warzenfortsatzes durch Aufnahme nach Schüller und Mastoidektomie (=Antrotomie) durch HNO-Arzt sind erforderlich, da bei Mastoiditis endokranielle Komplikationen drohen. Eine Mastoiditis entwickelt sich heute wegen der erforderlichen antibiotischen Behandlung der vorausgehenden akuten Mittelohrentzündung sehr viel seltener als früher. Eine ungenügende oder verzettelte Antibiotikagabe bei akuter Otitis media kann jedoch eine Mastoiditis begünstigen.

Chronische Otitis media

Vorgeschichte und Symptome: Seit der Kindheit immer wieder Ohreiterung ohne stärkere Schmerzen. Die Eiterung tritt häufig auf, nachdem Wasser ins Ohr gekommen ist. Das Sekret kann fötide sein. Seit vielen Jahren bestehende Schwerhörigkeit auf diesem Ohr.

Die chronische Otitis media tritt in zwei Formen auf:

► a) *chronische Schleimhauteiterung* (chronische mesotympanale Otitis media). Nur diese Form ist einer Behandlung durch den Allgemeinarzt zugänglich.

Befund: Großer runder oder nierenförmiger Trommelfelldefekt bei

überall erhaltenem Trommelfellrand (Abbildung 5). Bei akuter Exazerbation der Erkrankung ist die Paukenhöhlenschleimhaut gerötet und verdickt und sondert schleimig-eitriges Sekret ab.

Therapie: Bei Sekretion Ausspülen des Gehörganges mit körperwarmem Wasser, anschließend Austupfen des Gehörganges mit Wattetrillern und Verschreibung antibiotikahaltiger Ohrentropfen (Leukomyacin®, Paraxin®, Scheroson®, Otopsporin® und ähnliche) möglichst nach vorheriger Erregertestung. Komplikationen sind nicht zu erwarten. Bei trockenem Trommelfelldefekt ist keine hausärztliche Behandlung erforderlich. Der Gehörgang ist beim Kopfwaschen und Schwimmen durch gefettete Watte abzudichten. Zur Trommelfellverschlusplastik (Tympanoplastik) in HNO-Abteilung oder Klinik sollte stets geraten werden.

► b) *Chronische Knocheiterung* (Cholesteatomeiterung, chronische epitympanale Otitis media). Komplikationen sind durch Knochenzerstörungen zu erwarten. Keine konservativen Behandlungsversuche, da eine Operation geboten ist!

Befund: Randständiger Trommelfelldefekt vorn oder hinten oben, in dem weißliche Epithelmassen (Cholesteatom) sichtbar werden (Abbildung 6). Foetide Eiterung aus dem Gehörgang.

Komplikationen zeigen sich an

▷ bei Arrosion der Gehörknöchelchenkette durch stärkere Schallleitungsschwerhörigkeit,

▷ bei Arrosion des horizontalen knöchernen Bogenganges mit Labyrinthitis durch Schwindel oder Nystagmus,

▷ bei Arrosion des knöchernen Fazialiskanals durch eine Fazialisparese,

▷ bei Arrosion des Sinus sigmoideus durch septische Temperaturen und Schüttelfrost und

▷ bei Arrosion der Schädelbasis durch meningitische Zeichen (Kopfschmerzen, Benommenheit, Erbrechen, Nackensteife).

Therapie: Bei foetider Ohreiterung möglichst bereits vor Eintritt von Komplikationen Überweisung zum HNO-Arzt zur Abklärung, wie weit die Knochenzerstörung fortgeschritten ist, und zur operativen Behandlung: Mittelohroperation mit Entfernung des Cholesteatoms und Wiederaufbau von Trommelfell und Gehörknöchelchenkette (Tympanoplastik).

Bei Entzündungen des äußeren Ohres und des Mittelohres wird der Allgemeinarzt im Rahmen seiner Behandlung – falls stärkere Schmerzen oder Fieber auftreten – vorübergehend Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Das gilt zum Beispiel für einen Gehörgangsfurunkel oder eine akute Otitis media. Eine hals-nasen-ohren-ärztliche Behandlung wird in manchen Fällen wegen notwendig werdender Operationen stationär durchgeführt werden müssen, wie zum Beispiel bei einer Perichondritis der Ohrmuschel, einer Mastoiditis, einer Komplikation bei akuter Otitis media oder bei einer operativen Behandlung der chronischen Otitis media mit Tympanoplastik.

Literatur

Boenninghaus, H.-G.: HNO-Heilkunde für den Allgemeinarzt Springer-Verlag 1976 (Taschenbücher Allgemeinmedizin) – Boenninghaus, H.-G.: HNO-Heilkunde für Medizinstudenten (4. Auflage) Springer-Verlag 1977 (Heidelberger Taschenbücher Nr. 76)

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med.
Hans-Georg Boenninghaus
Universitäts-Hals-Nasen-
Ohren-Klinik
Voßstraße 5–7
6900 Heidelberg