



UniversitätsKlinikum Heidelberg



traduction simultanée
Simultanübersetzung

Réunion franco-allemande d'ORL Deutsch-Französische HNO-Tagung

21ème rencontre SaarLorLux | gemeinsam mit der SaarLorLux-Tagung

Heidelberg 9. – 10.9.2016

„Différences et convergences“ | „Gemeinsamkeiten und Unterschiede“

Président du congrès: Pr Peter K. Plinkert

CME 15 P

Sous l'égide de la Société Française
d'Oto-Rhino-Laryngologie



Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie



Sponsoring



Cochlear®

€ 3000,-

MED®**EL**

€ 3000,-



Advanced Bionics

€ 2000,-



€ 1500,-

Atos
Amplified Your voice

€ 1000,-

FAHL

€ 1000,-



€ 1000,-

otopront

€ 1000,-

STORZ
LARI STORZ - ENDOSCOPE

€ 1000,-



€ 700,-

medicon

€ 300,-

if INNOFORCE
creative solutions

€ 200,-

Chers Collègues, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Nous sommes ravis de poursuivre la tradition de l'échange franco-allemand entre collègues savantes avec la prochaine réunion qui aura lieu à Heidelberg les 9-10 septembre 2016. Nous mettons l'accent sur le thème des «Différences et convergences». Bien que, aujourd'hui, la médecine soit globalisée avec des recommandations internationales, il reste des approches différentes dans les domaines du diagnostic, du traitement, et du financement. Nous aimerions discuter ces différences et convergences de manière interactive afin d'apprendre à se connaître les uns les autres. Grâce à une traduction simultanée, même ceux qui ne maîtrisent pas parfaitement la langue du voisin puissent participer. L'échange sera poursuivi au cours du programme culturel suivant la tradition des rencontres franco-allemandes. Nous vous invitons cordialement à cette conférence exceptionnelle à Heidelberg et nous nous réjouissons de vous y rencontrer.

Wir freuen uns, die Tradition des deutsch-französischen Austausches unter Kollegen mit der nächsten Tagung am 9.-10. September 2016 in Heidelberg fortzusetzen. Wir möchten die kommende Tagung unter das Leitthema „Gemeinsamkeiten und Unterschiede“ stellen. Auch wenn sich die Medizin überall heute nach internationalen Standards richtet, gibt es doch auch abweichende Wege in Diagnostik, Therapie und auch der Finanzierung. Diese Differenzen wollen wir gerne in interaktiver Weise herausarbeiten, um voneinander zu lernen. Dank einer Simultanübersetzung können auch diejenigen teilhaben, die die Sprache des Nachbarn nicht fließend beherrschen. Den Austausch setzen wir dann während des Rahmenprogramms in der bewährten Tradition der deutsch-französischen Tagungen fort. Wir laden Sie ganz herzlich zu dieser besonderen Tagung nach Heidelberg ein und freuen uns auf Ihr Kommen.



Prof. Peter K. Plinkert



Priv-Doz. Dr. Philippe A. Federspil

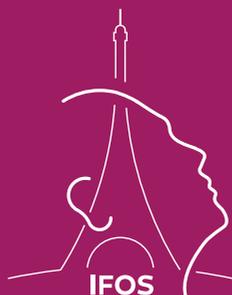


Dr. Karim Zaoui

DIVERSITY, INNOVATION, EVALUATION

5TH
DECEMBER
2016
Submission
deadline

Preliminary scientific programme



IFOS
**ENT
WORLD
CONGRESS**

PARIS 2017

24th TO 28th
JUNE 2017

PALAIS DES CONGRÈS

3RD ANNOUNCEMENT

www.ifosparis2017.org

IMPORTANT DATES

On-line registration opening:

April 18th, 2016

Abstract submission deadline:

December 5th, 2016

Early bird registration deadline:

February 28th, 2017

CONTACT

Colloquium

13-15, rue de Nancy

75010 Paris - France

contact@ifosparis2017.org



IFOS: INTERNATIONAL FEDERATION OF OTO-RHINO-LARYNGOLOGICAL SOCIETIES

Supported by



Informations générales / Allgemeine Informationen

www.orl-francoallemmand.org

www.hno-heidelberg.de

Téléchargez le livret détaillé sur le site internet du congrès

Download des detaillierten Tagungsprogramms auf der Kongress-Webseite

<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/RFA-2016.141166.0.html>

Lieu de Conférence / Veranstaltungsort

Amphithéâtre Médecine Interne - Hörsaal Medizinische Klinik

Im Neuenheimer Feld 410

69120 Heidelberg

Sécrétariat de Conférence / Kongresssekretariat

Frau Nina Rauball

nina.rauball@med.uni-heidelberg.de

+49 (0)6221 56-6705

Inscription / Anmeldung

Nous prions de vous inscrire d'avance sur notre site internet:

Wir bitten um Anmeldung über unser Webportal:

<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/RFA-2016.141166.0.html>.

Bureau du congrès / Tagungsbureau

Das Tagungsbüro befindet sich im Foyer vor dem Hörsaal der Medizinischen Klinik.

Le bureau du congrès est localisé dans le foyer devant l'amphithéâtre de Médecine Interne.

Avis important / Wichtiger Hinweis

Malheureusement, il N'Y A PAS de possibilité de payer par carte crédit /bancaire.

Veillez transférer les frais en avance sur notre compte courante ci-dessous.

Leider besteht KEINE Bezahlungsmöglichkeit mit Kredit- oder EC-Karte. Bitte überweisen Sie vorab auf unser unten stehendes Konto.



Veranstaltungsort / lieu de la manifestation: Hörsaal der Medizinischen Klinik



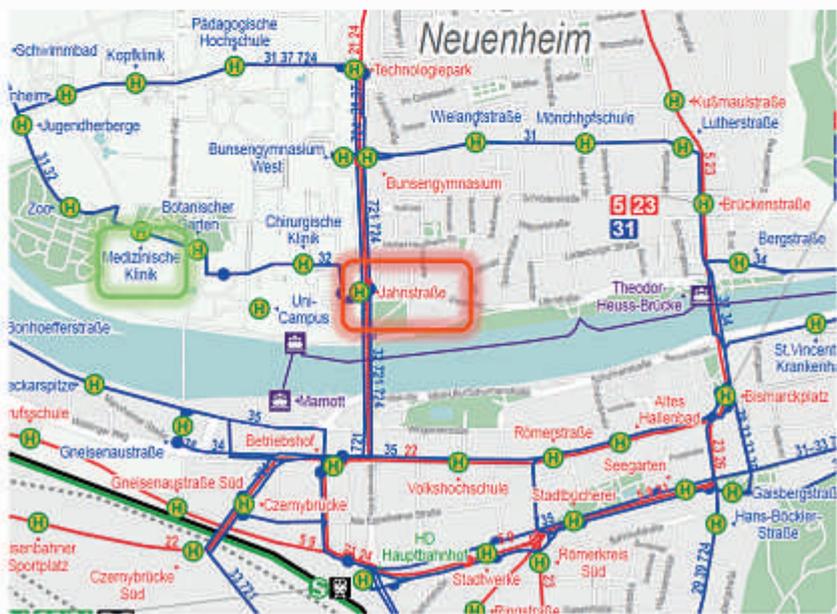
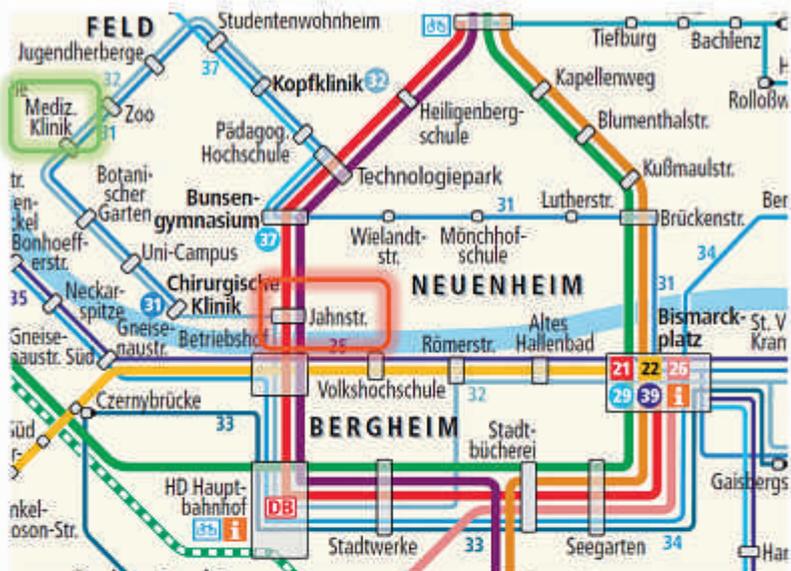
Fußweg von / chemin d' Hotel Marriott



Bushaltestelle / arrêt d'autobus Nr. 31 & 32 Medizinische Klinik



Tramhaltestelle / arrêt de tram Nr. 21 & 24 Jahnstraße



Hotel	Preis	Adresse	Webadresse	Entfernung Hörsaal
 Marriott Hotel Heidelberg ****	EZ: 179 € DZ: 202 €	Vangerowstrasse 16 69115 Heidelberg Tel.: 06221-9089	http://www.marriott.de/hotels/travel/hdbmsc-heidelberg-marriott-hotel	1,6 km
 NH Hotel Heidelberg ****	EZ: 148 € DZ: 168 €	Bergheimer Str. 91 69115 Heidelberg Tel.: 06221-13270	http://www.nhotels.de/hotel/nh-heidelberg	2,1 km
 Leonardo Hotel Heidelberg City Center ****	EZ / DZ: 126 €	Bergheimer Str. 65 69115 Heidelberg Tel.: 06221-5089	https://www.leonardohotels.com/gemanyhotels/heidelberg-hotels/leonardohotel-heidelberg	2,4 km
 Hotel Bergheim41 ****	EZ: 124 € DZ: 139 €	Bergheimer Str. 41 69115 Heidelberg Tel.: 06221-750040	http://www.bergheim41.de	2,5 km
 Crown Plaza Heidelberg City Centre ****	EZ / DZ: 177 €	Kurfürstenanlage 1 69115 Heidelberg Tel.: 06221-917190	http://www.ihg.com/crownplaza-hotels	3 km
 Arthotel Heidelberg **** Altstadt	EZ: 132 € DZ: 149 €	Grabengasse 7 69117 Heidelberg Tel.: 06221-650050	http://www.arthotel.de	3,7 km
 Hotel Ibis Hauptbahnhof **	EZ: 69 € DZ: 79 €	Willy-Brandt-Platz 3 69115 Heidelberg Tel.: 06221-9130	http://www.ihg.com/accorhotels.com/de/hotel-1447-ibis-heidelberghauptbahnhof	2,2 km
 Hotel Krokodil *	EZ: 83 € DZ: 96 €	Kleinschmidstrasse 12 69115 Heidelberg Tel.: 06221-7592970	http://www.krokodil-heidelberg.de	2,8 km



— Fußweg zum Hörsaal der Medizinischen Klinik, ca. 15 min.
 itinéraire à pied environ 15 min.

Tarifs/ Kongressgebühren

	jusqu'au 15/6/2016 bis zum 15.6.2016	Après le 15/6/2016 nach dem 15.6.2016
Internes / Médecins en retraite Ärzte in Weiterbildung / Ärzte im Ruhestand	90 €	120 €
Médecins Fachärzte	190 €	220 €
Acceuil 8.9. & Jardin Botanique Empfang 8.9. & Botanischer Garten	gratuit kostenlos	gratuit kostenlos
Dîner gala Gala-Abend	100 €	100 €
Accompagnants Begleitpersonen	100 €	100 €
Visite guidée du Centre de radiothérapie par faisceau de particules Führung durch das Heidelberger Ionenstrahl- Therapiezentrum (HIT)	gratuit kostenlos	gratuit kostenlos

Coordonnées bancaires / Bankverbindung

Universitätsklinikum Heidelberg
Baden Württembergische Landesbank Stuttgart
IBAN: DE64600501017421500429
BIC/ SWIFT: SOLA DE ST 600

IMPOTANT / WICHTIG:

Référence: D10086330 & Nom du participant
Referenz: D10086330 & Name des Teilnehmers

Jeudi 8 septembre 20h | Donnerstag, 8. September 20:00 Uhr

Amphithéâtre Médecine Interne - Hörsaal Medizinische Klinik Im Neuenheimer Feld 410



20:00 Accueil des premiers arrivants | Begrüßung der ersten Teilnehmer

Les participants et les accompagnants sont cordialement invités. |
Teilnehmer und Begleitpersonen sind herzlich eingeladen.

Ouverture du secrétariat du congrès | Eröffnung des Tagungsbüros
Inscription | Einschreibung

20:30 Visite guidée du Jardin Botanique | 20:30 Uhr Führung durch den Botanischen Garten
vis-à-vis de l'amphithéâtre | gegenüber dem Hörsaal



Vendredi 9 septembre | Freitag, 9. September

06:00 5k morning run

Point de ralliement: pré du Neckar a côté du pont „Ernst-Walz“ en allongement de la rue „Berliner Straße“, côté nord

Treffpunkt: Neckarwiese an Ernst-Walz-Brücke / Berliner Straße, Nordseite

Forerunner : Dr. Daniela Haas / Coureur de queue : Philippe Federspil





Hörimplantat-Systeme



SYNCHRONY
Cochleaimplantat-System



SYNCHRONY EAS
Hörimplantat-System



BONEBRIDGE®
Knochenleitungs-
implantat-System



VIBRANT SOUNDBRIDGE®
Mittelohrimplantat-System

Programme scientifique | Wissenschaftliches Programm

Vendredi 9 septembre | Freitag, 9. September

Amphithéâtre Médecine Interne - Hörsaal Medizinische Klinik Im Neuenheimer Feld 410

8:30 Accueil, café et visite des stands / Kaffee und Industrieausstellung

09:00 Ouverture du congrès | Kongresseröffnung

Pr. Peter K. PLINKERT
Président du congrès | Tagungspräsident

Prof. Frédéric CHABOLLE
Président 2017 de la Société Française d'ORL | Präsident 2017 der französischen HNO-Gesellschaft
Secrétaire Général Congrès Mondial d'ORL PARIS IFOS 2017 | Generalsekretär HNO-Weltkongress IFOS Paris 2017

1. **Geschichte der Heidelberger Universität Ruperto-Carola**
L'histoire de l'université Ruperto-Carola à Heidelberg
Peter K. Plinkert (Heidelberg)

9:30-10:50 Présentations | Vorträge

Rhinologie

Modération: Pr. Stéphane HANS (Paris) / Priv.-Doz. Philippe A. FEDERSPIL (Heidelberg)

Débat / Kontroverse Rhinologie 9:30 – 10:20

Intervenants / Teilnehmer:

Dr. Cécile RUMEAU (Nancy): Nasalisation

Pr. Bernhard SCHICK (Homburg): FESS

Televoting Rhinologie: Quelles sont les différences et convergences?

Was sind die Unterschiede und Gemeinsamkeiten?

Modération: Pr. Stéphane HANS (Paris) / Pr. Bernhard SCHICK (Homburg)

2. **Détermination du profil immunophénotypique de l'éosinophile sanguin et tissulaire dans la Polypose naso-sinusienne associée à l'Asthme**
Bestimmung des immunphänotypischen Profils der Eosinophilie im Blut und im Gewebe bei der Polyposis nasi mit Asthma
Isabelle Gengler, C. Szymanski, L. Prin, M. Capron, D. Chevalier, G. Mortuaire (Lille)

3. **Veränderte epitheliale Chloridsekretion in primären humanen Nasenepithelzellen von Patienten mit chronischer Rhinosinuitis**

Sécrétion épithéliale de chlorure modifiée dans les cellules épithéliales du nez humain dérivées des patients avec une sinusite chronique

Tobias Albrecht, J.J. Salomon, I. Baumann, M.A. Mall (Heidelberg)

4. **Vergangenheit u. Gegenwart der bipolaren Radiofrequenz an der unteren Nasenmuschel und deutsch-französische Anknüpfungspunkte**

Sur le passé, l'actualité et les convergences franco-allemands dans la radiofréquence bipolaire pour les cornets nasals inférieurs

Andrei Marinescu (Winnenden)

10:50-11:20 Pause café et visite des stands | Kaffeepause und Industrieausstellung

11:20-12:50 Présentations I Vorträge

Modération: Pr. Dominique CHEVALIER (Lille) / Dr. Karim ZAOUÏ (Heidelberg)

Glandes salivaires / Speicheldrüsen

5. **Chirurgie der Glandula parotis** *15 min*

Chirurgie de la glande parotidienne

Friedrich Bootz (Bonn)

6. **Besondere Aspekte in der Parotischirurgie – eine Darstellung anhand ausgewählter Fallbeispiele.** *15 min*

Aspects spéciaux dans la chirurgie parotidienne – un exposé par des cas exemplaires

Heinz Maier (Neu-Ulm)

Biologie tumorale / Tumorbologie

7. **Recherche des cellules tumorales circulantes dans les CEVADS: résultats sur 40 patients**

Nachweis zirkulierender Tumorzellen von Plattenepithelkarzinomen der oberen Atem- und Speisewege

Romina Mastronicola (Nancy)

8. **Heterogene strahlungsinduzierte ERK-Phosphorylierung im präklinischen Kopf-Hals-Karzinommodell**

Induction hétérogène de ERK phosphorylé par radiation d'après le modèle préclinique du cancer de la sphère ORL

Annette Affolter, M.-F. Muller, K. Zaoui, W. Weichert, P.K. Plinkert, J. Heß (Heidelberg)

Cancérologie – diagnostic / Onkologie – Diagnostik

9. **Indikationen der Panendoskopie - Vorgehen in der HNO-Klinik Halberstadt**

Les indications de la panendoscopie

Stefan Leopold (Halberstadt)

10. **Funktionelle endoskopische Evaluation des Schluckens (FEES) bei Kopf-Hals-Tumoren**

Évaluation endoscopique fonctionnelle de la déglutition dans les tumeurs de la tête et du cou

Norbert Stasche, M. Bärmann (Kaiserslautern)

11. **Genauigkeit der TMN-Klassifikationen in ausgewählten Patientendaten bei der Diagnose C.32 und Möglichkeiten für Assistenzsysteme**

Précision de la classification TNM chez des malades avec une diagnose C32 et d'options pour des systèmes d'assistance

Andreas Boehm, K. Birnbaum, A. Dietz, K. Heuermann (Leipzig)

12. **Das Sarkom im Kopf-Hals-Bereich - Ein Chamäleon unter den malignen Tumoren**

Le sarcome de la tête et du cou – un caméléon entre les tumeurs malignes

Marlene Wigand, T. Hoffmann, J. Veit (Ulm)

13:00-14:00 Buffet et visite des stands | Mittagspause und Industrieausstellung

14:00-15:15 Présentations | Vorträge

Larynx

Modération: Pr. Philippe SCHULTZ (Strasbourg) / Pr. Friedrich BOOTZ (Bonn)

13. **La commissure antérieure du larynx humain: nouvelle définition 15 min**

Die vordere Kommissur des menschlichen Kehlkopfs: neue Definition

Jean Michel Prades, Marie Gavid (St- Etienne)

14. **Analyse des échecs du traitement chirurgical endoscopique ou par CHEP des cancers glottique** *15 min*

Untersuchungen über die Therapieversager der glottischen Karzinome nach endoskopischer Resektion oder CHEP

AS Thisse, F Mouawad, Q Charbonnier, G Mortuaire, B Rysman, D Chevalier (Lille)

15. **La chirurgie de rattrapage dans les récidives de carcinomes épidermoïdes du larynx et de l'hypopharynx : étude rétrospective de 2005 à 2013**

Die Salvage-Chirurgie der Rezidive von Plattenepithelkarzinomen des Larynx und Hypopharynx : retrospektive Studie von 2005 bis 2013

Pierre Philouze, K. Pujo, M. Poupar, P. Ceruse (Lyon)

16. **Pharyngokutane Fisteln nach Salvage-Laryngektomie und Laryngopharyngektomie – Einfluss der freien und gestielten Lappenplastiken**

Les fistules pharyngo-cutanées après laryngectomie et laryngo-pharyngectomie de rattrapage – intérêt de l'utilisation des lambeaux de distance libres et pédiculés

Philippe A. Federspil, K. Zaoui, M. Schlösser, S. Braunhälter, P.K. Plinkert (Heidelberg)

17. **Remplacement laryngé après laryngectomie totale** *15 min*

Kehlkopfersatz nach totaler Laryngektomie

Christian Debry, A. Dupret, J. Carvalho, T. Raguin, Ph. Schultz (Strasbourg)

Televoting Onkologie: Quelles sont les différences et convergences? 10 min

Was sind die Unterschiede und Gemeinsamkeiten?

Karim Zaoui, Philippe A. Federspil (Heidelberg)

15:15-15:45 Pause café et visite des stands | Kaffeepause und Industrieausstellung

15:45-17:10 Présentations | Vorträge

Nouvelles technologies / Neue Technologien

Modération: Pr. Philippe CERUSE (Lyon) / Dr. Andreas BOEHM (Leipzig)

18. **Implementierung eines miniaturisierten Navigationssystems in der Kopf-Halschirurgie zur Fremdkörperdetektion und Entfernung**

Mise à point d'un système de navigation miniaturisé dans la chirurgie cervico-faciale pour la détection et le retrait des corps étrangers

Kai J. Lorenz, A. Böckers, U. Fassnacht, F. Wilde, M. Wegener (Ulm)

19. **Intérêt d'un système de planification chirurgicale virtuelle et de dispositifs sur mesure dans les reconstructions mandibulaires par lambeau libre de fibula** 15 min

Bedeutung eines Systems zur virtuellen OP-Planung und patientenspezifische Schablonen in Unterkieferrekonstruktion mit freiem Fibula-Lappen

Carine Fuchsmann, Ph. Céruse (Lyon)

20. **Transorale Roboter-assistierte Chirurgie von Kopf-Hals-Tumoren** 15 min

La chirurgie transorale assistée par robot des tumeurs de la tête et du cou

Stephan Lang, Pia Haßkamp, Laura Holtmann, Stefan Mattheis, Essen

21. **Chirurgie transorale assistée par robot de la base du crâne : étude cadavérique et premiers patients** 15 min

Transorale Roboter-assistierte Schädelbasis-Chirurgie: anatomische Studie und erste Patienten

Stéphane Hans, D. Chauvet (Paris)

Moderation : Pr. Patrice TRAN BA HUY (Paris) / Pr. Pierre FEDERSPIEL (Homburg)

22. **Erweiterte Indikation beim CI – SSD** 15 min

Les indications étendues de l'implant cochléaire – cophose unilatérale

Roland Laszig, Susan Arndt, et al. (Freiburg)

23. **Neue Optionen und Ergebnisse in der Diagnostik und Therapie der allergischen Rhinitis** 15 min

Nouvelles options et résultats dans le diagnostic et le traitement de la rhinite allergique

Ludger Klimek (Wiesbaden)

20:00 Dîner de gala Château Heidelberg - Galaabend Schloss Heidelberg

La soirée aura lieu dans le bâtiment „Ottheinrich“ au Château Heidelberg. Le dîner sera préparé par Martin Scharff, chef à une étoile du guide Michelin.

Der Abend findet im Ottheinrichbau auf dem Schloss Heidelberg statt. Wir werden aus der von Sternekoch Martin Scharff geführten Schlossweinstube verköstigt.

<http://www.heidelbergerschlossgastronomie.de/scharffschlossweinstube/>



24. IFOS Congrès mondial Paris 2017

IFOS Weltkongress Paris 2017

Pr. Frédéric CHABOLLE (Suresnes)

25. Interaktionen der französischen und deutschen HNO-Heilkunde

Interactions de l'oto-rhino-laryngologie française et allemande

Philippe A. Federspil (Heidelberg)

22:30 Chanson française vs Neue deutsche Welle

DJ Dr. Tobi & MC Schulz



Das weltweit dünnste Cochlea-Implantat

Mit nur 3,9 mm benötigen die Cochlea Implantate der Nucleus® Profile Serie eine geringere Knochenvertiefung für eine leichtere Implantation und unauffälligeres Tragen.

- Entwickelt für die Bedürfnisse der Patienten und des chirurgischen Eingriffs,
- eignet sich das schlanke Profil für Patienten aller Altersgruppen.
- Die Profile Serie verfügt über ein dünnes, sockelfreies Profil. Deshalb ist lediglich eine minimale Knochenvertiefung erforderlich, während die Hautwölbung über dem eingesetzten Implantat gering bleibt.



• AKTUELLE GRÖSSE

www.cochlear.de

Folgen Sie uns auf:   

Cochlear, das elliptische Logo und Hear now. And always sind Marken beziehungsweise eingetragene Marken von Cochlear Limited.
© Cochlear Deutschland GmbH & Co. KG N36841F ISS4 JUL16 German translation

Hear now. And always


Cochlear®

Programme scientifique | Wissenschaftliches Programm

Samedi 10 septembre | Samstag, 10. September

Amphithéâtre Médecine Interne - Hörsaal Medizinische Klinik Im Neuenheimer Feld 410

8:30 Accueil, café et visite des stands / Kaffee und Industrieausstellung

9:00 - 10:45 Présentations | Vorträge

Moderation : Priv-Doz. Armand KOCH (Luxembourg) / Pr. Matthias TISCH (Ulm)

Otologie

26. **Stammzelltechnologien des Innenohres** 15 min
Les technologies à cellules souches de l'oreille interne
Hubert Löwenheim (Oldenburg)
27. **Erfolgsraten der intratympanalen Steroidinjektion in Korrelation zur Latenz des Behandlungsbeginns**
Taux de succès de l'injection intratympanale de stéroïde en corrélation du délai du traitement
Guido Mühlmeier, M. Maier, M. Tisch (Ulm/ Heidelberg)
28. **Möglichkeiten und Grenzen der endoskopischen Ohrchirurgie**
Possibilités et limites de la chirurgie endoscopique de l'oreille moyenne
Serena Preyer (Karlsruhe)
29. **Bonebridge Chirurgie bei 67 Kindern und Erwachsenen – Erfahrungen und Ergebnisse**
La chirurgie Bonebridge dans 67 enfants et adultes – expérience et résultats
Wolf-Dieter Baumgartner, A. Jappel, E. Karltorp (Wien, Heidelberg, Stockholm)

Table ronde / Roundtable Otologie: Tympanoplastik oder Hörgerät? 9:45-10:45

Moderator: Karl-Bernd HÜTTENBRINK (Köln)

Intervenants / Teilnehmer:

Pr. Wolf-Dieter BAUMGARTNER (Wien)

Pr. Jean-Pierre BEBEAR (Bordeaux),

Pr. Thomas LENARZ (Hannover)

Pr. Mark PRAETORIUS (Heidelberg)

Pr. Patrice TRAN BA HUY (Paris)

Televoting Otologie: Quelles sont les différences et convergences?

Was sind die Unterschiede und Gemeinsamkeiten?

10:45-11:15 Pause café et visite des stands | Kaffeepause und Industrieausstellung

11:15 - 13:00 Présentations / Vorträge

Moderation: Pr. Jean-Pierre BEBEAR (Bordeaux) / Pr. Hubert LÖWENHEIM (Oldenburg)

Trompe d'Eustache / Tuba auditiva

30. **Radiologische Diagnostik der Tuba Eustachi**
Diagnostic radiologique de la trompe d'Eustache
Savvas Kourtidis, S. Preyer (Karlsruhe)
31. **Etude de la fonction equipressive de l'oreille moyenne par tubomanométrie et vidéo-endoscopie simultanée de la trompe d'Eustache.**
Untersuchungen zum Druckausgleich des Mittelohres durch Tubomanometrie und Videoendoskopie der Eustachischen Röhre
Victor Colin, A. Karkas, M. Gavid, J.M. Prades (St.-Etienne)
32. **Einfluss von Wiederholungstauchgängen im Salzwasser auf den Druckausgleich und die Funktion der Eustachischen Röhre. Eine prospektive Beobachtungsstudie**
Les plongées de reprises dans l'eau salée - Influence sur l'équilibration des pressions et la fonction de la trompe d'Eustache. Une étude observationnelle prospective
Moritz F. Meyer, S. Jansen, M. Boor, M. Felsch, H.-D. Klünter, E.D. Pracht, K.B. Hüttenbrink, D. Beutner, M. Grosheva (Köln)

Implant cochléaire / CI

33. **Auditorische Implantate – Stand und Perspektiven** 15 min
Les implants auditives – état actuel et perspectives
Thomas Lenarz (Hannover)
34. **L'implantation cochléaire précoce chez l'enfant. Vingt ans d'expérience** 15 min
Frühe Cochlea-Implantation bei Kindern. 20 Jahre Erfahrung
Jean-Pierre Bebear, R. Dauman, V. Darrouzet (Bordeaux)
35. **L'insertion de l'électrode dans la cochlée en technique sous-marine**
Die Insertion des CI-Elektrodenkabels in Unterwassertechnik
Karl-Bernd Hüttenbrink, Anagiotos Andreas, Gostian Antoniu Oreste, Schwarz David, Beutner Dirk, Lüers Jan-Christoffer (Köln)

36. **Die akustische Mittigkeit nach mindestens 1 Jahr Cochlea-Implantat-Erfahrung**

La centricité acoustique plus d'une année après l'implantation cochléaire

Ioana Herisanu, M. Westhofen, W.Döring (Aachen)

37. **Rehabilitation der einseitigen Ertaubung mit einem Cochlea-Implantat: Auswirkungen auf Hören und Tinnitus**

Réhabilitation de la cophose unilatérale avec un implant cochléaire: effets sur l'audition et les acouphènes

Matthias Tisch, A. Limberger (Ulm)

13:00-14:00 Buffet et visite des stands | Mittagspause und Industrieausstellung

14:00- 16:00 Présentations | Vorträge

Modération: Pr. Patrice TRAN BA HUY (Paris) / Dr. Pierre KURT (Luxembourg)

Débat / Kontroverse: Somnologie 14:00-14:40

Intervenants / Teilnehmer:

Pr. Frédéric CHABOLLE (Suresnes)

Dr. Joachim MAURER (Mannheim)

Televoting Somnologie: Quelles sont les différences et convergences?

Was sind die Unterschiede und Gemeinsamkeiten?

ORL générale & Chirurgie plastique / Allgemeine HNO-Heilkunde & Plastische Chirurgie

38. **Kopf-Hals-Traumatologie aus der Sicht des HNO-Arztes**

Les traumatismes cervico-faciales du point de vue de l'oto-rhino-laryngologue

Klaus-Wolfgang Delank (Ludwigshafen)

39. **Riechtraining als Therapie bei postviralem Riechverlust**

Entraînement de l'odorat après hyposmie post-virale

Martin Otte, M. Damm, T. Hummel, K.B. Hüttenbrink (Köln)

40. **Alte und neue Techniken zur Korrektur absteher Ohren**

Anciennes et nouvelles techniques dans la chirurgie des oreilles décollées

Klaus Bumm (Saarbrücken)

41. **Lebensqualität nach funktioneller Septorhinoplastik**

Qualité de vie après septorhinoplastie fonctionnelle

Olçay Cem Bulut, F. Wallner, P.K. Plinkert, I. Baumann (Heidelberg)

Par visioconférence / Per Videokonferenz

42. **Chirurgie cervicale sous hypnose : avantages et limites** 15 min

Halschirurgie unter Hypnose: Vorteile und Grenzen

Franck Jegoux (Rennes)

Réunion prochaine | Nächste Tagungen

Franck JEGOUX (Rennes): RFA 2018 à Rennes



Remarques finales | Abschließende Bemerkungen

Peter K. PLINKERT, Philippe A. FEDERSPIL

16:00- 17:30

Visite guidée du Centre de radiothérapie de particules

Führung durch das Heidelberger Ionenstrahl-Therapiezentrum (HIT)

Pr. Dr. Dr. Jürgen DEBUS (Radioonkologie Heidelberg)

Im Neuenheimer Feld 450



17:30

SEGWAY Tour Heidelberg

optionnel - à réservation individuelle optional - individuell buchbar



PHONAK



Sarah E., Naída CI Anwenderin, nutzt die gemeinsamen AB und Phonak Technologien

Sind Ihr Cochlea-Implantat und Ihr Hörgerät füreinander geschaffen?



Naída CI
Soundprozessor

Phonak Naída Link
Hörgerät

Das Phonak Naída™ Link* ist das erste Hörgerät, das **speziell für die Zusammenarbeit** mit einem Cochlea Implantat System entwickelt wurde.

Das Naída Link und der Naída CI Prozessor von Advanced Bionics haben die **einzigartige Fähigkeit miteinander zu kommunizieren** und sich **automatische Funktionen, die Bedienung und Zubehör zu teilen**.

Informationen zu den **Vorteilen der Naída bimodalen Hörlösung** unter:

www.AdvancedBionics.com

I. Gengler, C. Szymanski, L. Prin, M. Capron, D. Chevalier, G. Mortuaire

CHRU de Lille, Hopital Huriez; Unité INSERM 995

Détermination du profil immunophénotypique de l'éosinophile sanguin et tissulaire dans la Polypose naso-sinusienne associée à l'Asthme

La polypose naso-sinusienne (PNS) est une pathologie inflammatoire affectant 4% de la population adulte et associée dans 40% des cas à l'asthme. Cette association se traduit par une aggravation clinique et une plus grande résistance au traitement de référence. L'effecteur local essentiel est le polynucléaire éosinophile.

Objectif de l'étude: évaluer l'impact de l'asthme sur l'hyper-éosinophilie tissulaire et sur l'expression des récepteurs membranaires de l'éosinophile.

Méthodes: Nous étudions les patients opérés pour polypose naso-sinusienne au CHU de Lille. La cohorte compare l'éosinophilie sanguine et tissulaire des patients avec PNS+ Asthme et PNS isolée. Nous établissons le profil inflammatoire sanguin et endonasal des marqueurs locaux. Par cytométrie en flux, nous déterminons le profil membranaire différentiel de l'éosinophile sanguin chez nos deux groupes de patients.

Résultats: Notre étude monocentrique prospective regroupe 93 patients dont 47 avec asthme. Chez les patients asthmatiques, on met en évidence une hyper-éosinophilie sanguine et tissulaire et l'hyper-expression des marqueurs de l'inflammation (IL-5, EDN...) selon un profil pro-Th2. Sur la membrane de l'éosinophile, les récepteurs au CD69, à l'Il-5 et à l'Il-9 sont modifiés selon l'état d'activation de la cellule, favorisant la survie tissulaire des cellules et leur accumulation dans les polypes.

Conclusion: L'éosinophilie tissulaire est activée en cas d'asthme via un mécanisme éosinophile-dépendant basé sur l'interaction entre plusieurs cytokines responsables de la survie cellulaire.

T Albrecht ¹, J J Salomon ², I Baumann ¹, M A Mall ²

1) Hals-Nasen-Ohrenklinik, Universität Heidelberg 2) Abteilung für translationale Pneumologie, Zentrum für Translationale Lungenforschung (TLRC-H), Universität Heidelberg

Veränderte Epitheliale Chloridsekretion in primären humanen Nasenepithelzellen von Patienten mit Chronischer Rhinosinusitis

Die chronische Rhinosinusitis (CRS) ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen der oberen Atemwege deren zugrundeliegende Pathomechanismen noch nicht eindeutig identifiziert sind. Ein eingeschränkter transepithelialer Ionenstrom könnte bei der Pathogenese eine Rolle spielen. Ziel dieser Studie war es, die epitheliale Chloridleitfähigkeit von kultivierten Nasenepithel von Patienten mit und ohne CRS zu charakterisieren.

Polypöses Siebbeingewebe von CRS Patienten sowie Gewebe der unteren Nasenmuschel von gesunden Patienten wurde während eines operativen Eingriffs gewonnen. Primäre nasale Epithelzellen (hNEpC) wurden isoliert und für 14 Tage kultiviert. Transepitheliale Cl⁻ Ströme wurden in Ussing Kammer Messungen sowohl in unbehandelten sowie in mit IL-13 vorbehandelten Zellen gemessen.

Transkriptionslevel des Chloridkanals TMEM16A wurden bestimmt.

Ussing-Kammer-Messungen zeigten einen signifikant reduzierten basalen Kurzschlussstrom bei Patienten mit CRS im Vergleich zu gesunden Kontrollen. Der Amilorid unempfindlichen Stromsowie die UTP-induzierte Reaktion zeigten sich bei Patienten mit CRS deutlich verringert. Die UTP-vermittelte Cl⁻ Sekretion in IL-13 vorbehandelten Kulturen war bei CRS ~20-fach, im Kontrollgewebe lediglich ~4-fach erhöht. Die Vorbehandlung mit IL-13 erhöht TMEM16A Transkriptionslevel in hNEpC von CRS und Kontrollen.

Wir konnten einen signifikanten Unterschied in der Cl⁻ Sekretionsfähigkeit von hNEpC von Patienten mit CRS im Vergleich zu Kontrollen zeigen. Eine Fehlregulation von TMEM16A könnte zu dem anormalen epithelialen Ionenstrom beitragen.

La rhinosinusite chronique (RSC) est une des pathologies chroniques des voies respiratoires supérieures la plus fréquente, alors que la pathophysiologie n'est pas encore toute à fait comprise. Un transport d'ions transépithéliaux réduits pourrait jouer un rôle dans la pathogenèse. L'objectif de cette étude était de caractériser la conductivité épithéliale de chlorure dans des épithéliums nasals cultivés obtenus des patients avec et sans CRS.

Pendant les interventions opératives, des tissus polypeux éthmoïdaux des patients avec CRS et des tissus du cornet inférieur des patients sains, ont été récoltés. Les cellules épithéliales nasales primaires (hNEpC) ont été isolées et cultivées pendant 14 jours. Les conduits de chlorure transépithéliaux ont été mesurés à travers des chambres d'Ussing dans des cellules non-traitées, ainsi que prétraitées avec IL-13. Les niveaux de transcription des canaux chlorures TMEM16A ont été définis.

Les mesures avec les chambres d'Ussing ont montré une réduction significative du courant de court-circuit basal chez les patients avec CRS en comparaison avec le groupe de contrôle sain. Le courant insensible à l'amiloride, ainsi que la réaction induite par UTP ont été fortement réduits dans les patients avec CRS. La sécrétion de chlorure transmise par UTP dans les cultures prétraitées avec IL-13 a été augmentée par 20 chez les patients avec CRS et seulement par 4 dans les tissus de contrôle. Le prétraitement avec IL-13 augmente les taux de transcription de TMEM16A dans le hNEpC des CRS et dans le groupe de contrôle.

Nous avons pu montrer une différence significative entre la sécrétion de chlorure dans hNEpC dans les patients avec CRS en comparaison avec le groupe de contrôle. Un réglage défectueux de TMEM16A pourrait contribuer au transport épithélial anormal des ions.

Andrei Marinescu

Winnenden

Vergangenheit und Gegenwart der bipolaren Radiofrequenz an der unteren Nasenmuschel und deutsch-französische Anknüpfungspunkte.

Die Elektrochirurgie der Nasenmuscheln hat eine lange Geschichte die im Jahr 1906 in Europa begann als Onodi und Rosenberg eine duale elektrolytische Nadel entwickeln. Ein paar Jahre später, war entscheidend die Herstellung des ersten HF-Generators in Frankreich von Arsène d'Arsonval, durch abwechselnden Strom funktionierend. Zwischen vierziger und siebziger Jahren haben sich Jean Bourdial, Yves Lallemand und Ammar Kojda in Frankreich und Binner in Deutschland gegenseitig beeinflusst und zur Entwicklung der Elektrochirurgie der unteren Turbinates bei Hypertrophie und Rhinitis vasomotorika zusammen beigetragen. Der Fortschritt hat sich durch neue biologische Forschungsstudien auf Gewebebereich fortgesetzt und die Technikindustrie in USA und Deutschland reagierte mit der Entwicklung von 4 MHz RF- Einheiten, welche schonender und präziser in den Gewebezellen die elektromagnetischen Felder verwalten. Inzwischen, basierend sich auf physiologische und histologische aber auch auf anatomische Erkenntnisse, berichten viele Autoren aus beiden Ländern, von innovativen Elektroden und Konzepten welche Schleimhaut und Concha Funktionen intakt erhalten bzw. der Prinzip des rhino- respiratorische Homöostase beachten. Neue Indikationen (OSAS, Schnarchen, Behandlung von submuköse Turbinale -Hypertrophie bei Kindern und von Alters -Rhinorrhoe) fallen ein. Die modernisierte minimal – invasiv bipolare RF- Volumen Reduktion der Nasenmuscheln ist heute eine effiziente, etablierte Methode. Einige Highlights, inklusiv Videos, aus seiner langjährigen Erfahrung werden von dem Autor dieses Vortrags kurz präsentiert.

L'électrochirurgie des cornets nasals a une longue histoire qui a commencé en Europe en 1906 quand Onodi et Rosenberg développent une aiguille électrolytique double. Quelques années plus tard, un rôle important a joué la production du premier générateur en radiofréquence (fonctionnant avec du courant alternatif) en France par Arsène d'Arsonval. Entre les années quarante et soixante-dix Jean Bourdial, Yves Lallemand et Ammar Kojda en France et Binner en Allemagne c'est sont réciproquement influencé et ont a contribué ensemble au développement de l'application de l'électrochirurgie au haute fréquence pour la hypertrophie des cornets inférieurs ou pour le traitement de la rhinite vasomotoria Des progrès ont continué à travers de nouvelles études biologiques sur les tissus et la muqueuse ainsi que l'industrie de la technologie médicale aux Etats-Unis et de l'Allemagne a répondu en développant des unités 4MHz RF qui gèrent doucement et précisément les champs électromagnétiques dans les cellules des tissus traitées. Pendant ce temps, sur la base des résultats physiologique et histologique, mais aussi sur les connaissances anatomiques, reportent nombreux auteurs des deux pays des innovations dans la construction ou design des les électrodes, aussi bien que, des concepts qui maintiennent les fonctions de la muqueuse et de cornets intactes en respectant ainsi le principe de la « homéostasie naso-respiratoire ». De nouvelles indications (SAOS, le ronflement, le traitement de l'hypertrophie muqueux turbinale chez les enfants ou de la rhinorroe des les âgés) ont apparues. Minimale invasive et modernisée la RF -réduction bipolaire en volume des cornets inférieurs est aujourd'hui une méthode bien établie et efficace. Profitant de sa longue expérience dans la haute et radiofréquence l'auteur de cet article présentera brièvement quelques contributions personnelles, y compris des vidéos, sur le sujet.

AUDIKA PARTENAIRE DES ORL

Les médecins ORL au cœur de la stratégie d'Audika

- Des audioprothésistes plus proches de vous (visites régulières, comptes rendus d'appareillage systématiques...).
- Des appareillages réalisés **uniquement sur prescription d'un médecin ORL**.
- Un engagement en faveur de la formation médicale continue des ORL.
- Une présence active aux congrès ORL avec l'organisation de Symposiums en partenariats avec les plus grands otologues.

Près de 40 ans d'expérience auditive

- Des audioprothésistes experts diplômés d'État, formés en continu, aux **dernières innovations technologiques**.
- **Audirama®**, notre logiciel exclusif de réglage des aides auditives.
- Un réseau spécialisé de plus d'une vingtaine de centres dédiés aux **enfants (Audikakids)**.
- La mise en place progressive d'un réseau spécialisé pour la **prise en charge des acouphéniques**.

Notre priorité, la satisfaction de vos patients

94%* des clients Audika sont satisfaits de nos services :

- Un **essai à domicile gratuit et sans engagement**.
- Une **garantie satisfaction** allant jusqu'au **changement gratuit des aides auditives****.
- Une **large gamme d'aides auditives** sélectionnée par notre comité technique.
- Un **suivi illimité** de l'appareillage de vos patients, **sans surcoût**.
- Un **réseau national de plus de 460 centres**.
- Des **facilités de paiement sans frais***** et des **partenariats mutuelles** pour accéder plus facilement à l'appareillage.

* Source IFO Février 2015. ** Dans un délai maximum de 2 mois après la date de livraison. *** Paiement en 5, 10, 20 ou 45 fois sans frais.



Pour plus d'informations
contactez-nous :
ORL@audika.com

Prof. Dr. Dr. h.c. Friedrich Bootz

Univ.-HNO-Klinik Bonn

Chirurgie der Glandula parotis

Chirurgie de la glande parotidienne

In 41% aller Erkrankungen der großen Speicheldrüsen handelt es sich um Tumore, von denen 70-80% in der Ohrspeicheldrüse benigne sind. Tumore der großen Speicheldrüse repräsentieren eine sehr heterogene Gruppe, die eine individualisiertes Therapiekonzept verlangen. Es werden die chirurgischen Möglichkeiten zur Behandlung benignen und malignen Tumore der Glandula parotis dargestellt, insbesondere unter besonderer Berücksichtigung Organ erhaltender Operationstechniken und des Neuromonitorings aber auch unter Berücksichtigung des histopathologischen Tumortyps.

Mme Romina Mastronicola PhD

Institut De Cancerologie De Lorraine

Recherche des cellules tumorales circulantes dans les CEVADS: résultats sur 40 patients

Nachweis zirkulierender Tumorzellen von Plattenepithelkarzinomen der oberen Atem- und Speisewege

Par définition, une métastase est la formation de foyers tumoraux secondaires liée à la capacité des cellules tumorales à se détacher de la tumeur primitive, de s'implanter dans un autre organe et de proliférer. A partir du foyer primitif, il peut y avoir une dissémination micrométastatique c'est-à-dire la libération dans le sang ou le réseau lymphatique de cellules tumorales isolées ou de petits amas cellulaires. Ces micrométastases peuvent proliférer et donner naissance à des métastases. La difficulté est de déceler ces cellules tumorales isolées ou en micro-amas, et également d'évaluer leur valeur pronostique, ainsi que leur potentiel métastatique. Dans cette étude, nous allons nous intéresser plus particulièrement au processus métastatique lié à l'acte chirurgical dans les cancers épidermoïde des voies aérodigestive supérieures (CEVADS). En effet, dans ce type de cancers, la meilleure méthode pour établir un diagnostic est l'analyse anatomo-pathologique du prélèvement réalisé par biopsie. La principale barrière physique empêchant les cellules tumorales de migrer est la membrane du tissu atteint. Lors de la chirurgie, ces barrières sont détruites, ce qui facilite l'invasion du système vasculaire. Les cellules tumorales peuvent ainsi se loger dans les vaisseaux et proliférer à distance du site primitif pour former des tumeurs secondaires.

Généralement, les métastases sont détectées par imagerie ou sérologie à un stade très avancé du cancer.

L'objectif de cette étude est de détecter la présence de cellules isolées ou disséminées (CTCs) de CEVADS dans la circulation sanguine à travers la Recherche des cellules tumorales circulantes après acte chirurgical pour carcinomes épidermoïdes des VADS stade III et IV.

Ce protocole nous permettra de valider la recherche des CTCs en situation clinique et par la suite de développer des études prospectives diagnostiques et pronostiques des CTCs des CEVADS

Hals-Nasen-Ohrenklinik/ Translationale und Experimentelle Kopf-Hals-Onkologie, Pathologisches Institut des Universitätsklinikums Heidelberg; Molekulare Mechanismen der Kopf-Hals-Tumoren, DKFZ Heidelberg, Pathologisches Institut der Technischen Universität München

Heterogene strahlungsinduzierte ERK-Phosphorylierung im präklinischen Kopf-Hals-Karzinommodell

Einleitung: Resistenzbildung stellt einen limitierenden Faktor des Behandlungserfolgs einer Strahlentherapie im Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereiches (HNSCC) dar. Die Etablierung innovativer präklinischer Modellsysteme für die systematische Charakterisierung von Resistenzmechanismen und Testung neuer gezielter Pharmakotherapeutika ist daher unbedingt erforderlich.

Methoden: Die Analyse der Interaktion zwischen Bestrahlung und Phosphorylierung der MAP-Kinasen ERK, p38 und JNK erfolgte *in vitro* sowie im humanen *ex vivo*-Kopf-Hals-Karzinommodell. HNSCC-Zelllinien (p53WT/mut) wurden nach MAPK-Inhibition bestrahlt, das Bestrahlungsansprechen funktionell analysiert und im *ex vivo*-Modell bestätigt. Zusätzlich wurden humane HNSCC-Tissue Microarrays auf die Expression von aktiviertem ERK hin untersucht.

Ergebnisse: Zwei HNSCC-Linien zeigten eine deutliche strahlungsinduzierte ERK-Phosphorylierung, welche mit Radiosensibilisierung nach MEK-Hemmung im Colony Forming Assay (CFA) einherging. Dagegen erwies sich eine Linie mit geringer postradiogener ERK-Phosphorylierung im CFA als weniger sensibel auf MEK-Inhibition. Das heterogene Ansprechen bestätigte sich im *ex vivo*-Modell. JNK und p38 zeigten keine relevante strahlungsinduzierte Aktivierung. *Ex vivo* kam es bei Patienten mit geringer basaler ERK-Phosphorylierung und postradiogener Induktion im Verlauf zu einem Rezidiv. Im TMA zeigten die Tumorproben, die später rezidierten, signifikant niedrigere pERK-Level als nicht-rezidivierende HNSCC.

Schlussfolgerungen: Die heterogene strahlungsinduzierte ERK-Phosphorylierung in der Zellkultur und im *ex vivo*-Modell weist auf einen kontextabhängigen Regulationsmodus hin.

Niedriges basales phospho-ERK in Patientenproben könnte ein Indikator für eine schlechte Prognose sein, daher soll diese Subgruppe in größeren Kohorten genauer analysiert werden.

Introduction : La réussite thérapeutique d'une radiothérapie chez les patients avec un cancer épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) est limitée par le développement de résistance. L'établissement de modèles précliniques innovants pour la détermination systématique des mécanismes de résistances et des essais de nouvelles thérapies pharmacologiques ciblées sont absolument nécessaires.

Méthodes : Une analyse de l'interaction entre la radiothérapie et la phosphorylation des MAP kinases ERK, p38 et JNK a eu lieu *in vitro* ainsi que dans un modèle de cancer de la tête et du cou *ex vivo* humain. Après avoir irradié les lignées cellulaires HNSCC (p53WT/mut), la réponse à la radiothérapie a été analysée fonctionnellement et confirmée dans le modèle *ex vivo*. En outre, des HNSCC-Tissue Microarrays humains ont été examinés afin de déterminer l'expression d'ERK activé.

Résultats : Deux lignées de HNSCC ont montré une phosphorylation d'ERK importante induite par l'irradiation, accompagnée d'une radiosensibilisation après l'inhibition par MEK dans le Colony Formin Assay (CFA). Par contre, une lignée avec une phosphorylation d'ERK post-radiothérapique réduite dans le CFA s'est avérée moins sensible à l'inhibition par MEK. Cette réponse hétérogène s'est confirmée dans le modèle *ex vivo*. JNK et p38 n'ont pas montré une activation importante post-radiothérapique. Chez les patients avec une phosphorylation d'ERK basale basse et une induction post-radiothérapique, il apparaissait des récurrences de leurs tumeurs. Dans la TMA, les prélèvements tumoraux des cancers qui ont récidivé plus tard ont montré un taux de pERK significativement moins élevé que dans les HNSCC non-récidivés.

Conclusion : La phosphorylation d'ERK hétérogène induite par l'irradiation dans la culture cellulaire telle que dans le modèle *ex vivo* indique un module régulateur contextuel.

Les niveaux bas d'ERK phosphorylé dans les prélèvements humains pourraient être un indicateur pour un mauvais pronostic, et en conséquence, ce sous-groupe devrait être analysé de manière plus approfondie.

08/15
nicht unser
Standard.

Unser Anspruch ist
Evidenz & Qualität

#PROVOX[®]

Erhöhen Sie gemeinsam mit uns
den Versorgungsstandard!



www.atosmedical.de

Atos
Atos Medical Your voice

Stefan Leopold

HNO-Klinik, AMEOS Klinikum Halberstadt

Les indications de la panendoscopie

Indikationen der Panendoskopie – Vorgehen in der HNO-Klinik Halberstadt

Die Indikation zur Panendoskopie in ITN ist in Deutschland nicht einheitlich vorgegeben. Es existiert keine Leitlinie. In den verschiedenen Veröffentlichungen der letzten Jahre werden zum Teil unterschiedliche Empfehlungen ausgesprochen. Im Vordergrund steht die Diagnosesicherung und Erfassung der Ausdehnung bei V.a. Malignität. Häufig bestehen aber auch Bedenken, ein Karzinom zu übersehen. Anhand einer retrospektiven Auswertung von Patientendaten der HNO-Klinik Halberstadt im Jahr 2012 mit 511 Eingriffen sollen die Indikationen und Ergebnisse dargestellt werden. Neben dem Tumorstaging (66 OPs) wurden die häufigsten Eingriffe im Rahmen der Tumornachsorge (199), zur Abklärung einer unklaren Dysphagie (52) sowie bei V.a. chronische Laryngitis (33) durchgeführt. Im Rahmen des Re-Stagings wurden bei sechs Patienten Karzinomrezidive gesichert, ohne dass im Vorfeld ein klinischer Verdacht bestand. Bei Dysphagie und Laryngitis konnte ein Karzinom ausgeschlossen werden.

Die Panendoskopie stellt einen wichtigen diagnostischen und therapeutischen Eingriff dar. Ein einheitliches Vorgehen anhand einer Leitlinie mit Empfehlungen konservativer Diagnostik wäre wünschenswert. Dies kann einerseits das Risiko für Patienten durch Eingriffe mit Verletzungsgefahr und Nebenwirkungen der Narkose verringern. Andererseits kann das Risiko, ein Karzinom zu übersehen, minimiert werden.

Norbert Stasche, Michael Bärmann

Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern

Évaluation endoscopique fonctionnelle de la déglutition dans les tumeurs de la tête et du cou

Funktionelle endoskopische Evaluation des Schluckens (FEES) bei Kopf-Hals-Tumoren

Selon le bilan de l'extension, la localisation de la tumeur et de la stratégie thérapeutique des tumeurs de la tête et du cou, il faut considérer le pourcentage élevé de la dysphagie directement liée au traitement. Les complications secondaires de la dysphagie, telles que la déshydratation, la malnutrition ou la pneumonie d'aspiration, conduisent à une morbidité accrue. La dénutrition et la déshydratation signifient non seulement une diminution de qualité de vie, mais aussi un plus mauvais pronostic et un impact sur les coûts globaux des soins de santé. L'évaluation endoscopique fonctionnelle de la déglutition est dans les tumeurs de la tête et du cou une méthode pour le diagnostic précoce de la dysphagie après le traitement tumoral. Différents scores permettent d'orienter de façon ciblée la prise en charge pluridisciplinaire. Compte tenu du fait que le diagnostic de la dysphagie fait de plus en plus partie des bonnes pratiques dans d'autres disciplines telles que les orthophonistes, il est important de l'intégrer aussi dans la formation ORL.

Abhängig von Staging, Lokalisation und Therapiemodalität kommt es bei Kopf-Hals-Tumoren in einem hohen Prozentsatz bei den betroffenen Patienten zu therapierelevanten Schluckstörungen. Sekundärkomplikationen wie Dehydratation, Malnutrition oder Aspirationspneumonien führen zu einer erhöhten Morbidität. Die therapiebedingte mangelhafte Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bedeutet für die Patienten jedoch nicht nur einen Verlust an Lebensqualität sowie eine schlechtere Prognose, sondern auch hohe Folgekosten für das Gesundheitswesen. Die funktionelle endoskopische Evaluation des Schluckens (FEES) stellt bei Kopf-Hals-Tumoren ein wichtiges diagnostisches Verfahren dar, um derartige Schluckstörungen frühzeitig nach der Tumortherapie zu diagnostizieren, mit diversen Scores zu erfassen und bei Bedarf eine entsprechende Dysphagietherapie einzuleiten. Gerade angesichts der zunehmenden Etablierung der Schluckdiagnostik in anderen Fachrichtungen sowie bei Logopäden sollte die FEES fester Ausbildungsbestandteil in der HNO-Heilkunde sein.

A. Boehm¹, K. Birnbaum², A. Dietz³, K. Heuermann³

1HNO-Klinik, Klinikum St. Georg Leipzig, Deutschland; 2, ICCAS, Universität Leipzig, Deutschland; Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde, Universitätsklinikum Leipzig

Précision de la classification TNM chez des malades avec une diagnose C32 et d'options pour des systèmes d'assistance

Genauigkeit der TMN-Klassifikationen in ausgewählten Patientendaten bei der Diagnose C.32 und Möglichkeiten für Assistenzsysteme

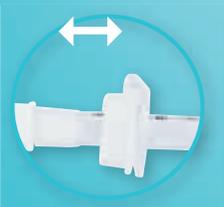
In der HNO-Klinik Leipzig wird seit November 2012 das Assistenzsystem oncoFlow zur Verlaufsdokumentation von Tumorpatienten genutzt. Mit den Daten zur Variabilität der TNM-Klassifikation in wird das bestehende System auf seine Datenkonsistenz überprüft. Auf dieser Grundlage sollen Verbesserungsmöglichkeiten in der Dokumentation, und damit in der Patientenversorgung, aufgezeigt werden. Denn unter der Annahme, dass die TNM-Klassifikation nicht nur wichtige prognostische Faktoren repräsentiert, sondern auch für die Therapieentscheidung essentiell ist, spielt eine gewissenhafte Dokumentation in den unterschiedlichen Komponenten der Patientenakte eine wichtige Rolle.

Für die Analyse wurden alle Patienten aus dem Jahr 2013 (Nachbeobachtungszeit 2 Jahre) mit der Hauptdiagnose C.32 (Bösartige Neubildung des Larynx) ausgewählt. Patienten mit einem Rezidiv im Verlauf wurden zugunsten einer späteren Vergleichbarkeit nicht berücksichtigt. Für 41 Patienten wurden alle Dokumente (440), die im K.I.S. vorhanden sind, auf die TNM-Klassifikation hin überprüft. Dabei wurden fünf Kategorien unterschieden: 1. Nomenklaturabweichungen (z. B. innerhalb eines TNM-Stadiums wie cT1 zu cT1a), 2. Keine TNM- Klassifikation, nur namentliche Beschreibung des Tumors, 3. Unvollständige Klassifikation, 4. Abweichung des TNM-Stadiums oder keine Beschreibung des Tumors und 5. Abweichung des TNM-Stadiums mit Auswirkungen auf evtl. Therapieentscheidungen.

In den Dokumenten wurden insgesamt 80 % (354) der TNM-Klassifikationen als richtig betrachtet, darin wurden auch die Abweichungen der Kategorien 1 (13,7 %), 2 (11,7 %) und 3 (14,3 %) eingeschlossen. In die 4. Kategorie fallen 17,7 % der dokumentierten TNM-Klassifikationen, 2,3 % der Dokumente entsprachen der 5. Kategorie. Bei 37 (90,2%) Patienten liegt ein p-TNM vor, dies weicht in 36,6 % von dem c-TNM ab. Die Abweichungen betreffen in 50 % das T-Stadium, in 25 % das N-Stadium, in 25% der Fälle das T-und N-Stadium und keine im M-Stadium. Postoperativ wurden 89,2 % (33) im interdisziplinären Tumorboard vorgestellt, präoperativ erfolgte die Vorstellung zu 41,5 % (17). Obwohl im klinischen Ablauf viel Wert auf eine korrekte Dokumentation gelegt wird, ist in 2,3 % der Dokumente eine ggf. therapieentscheidende Abweichung der TNM-Klassifikation zu beobachten. Eine Weiterentwicklung des Assistenzsystems OncoFlow im Sinne einer intelligenten, das Therapiestadium berücksichtigende, Kontrollfunktion ist daher sinnvoll. – Eine interne Konsistenzprüfung der Staging-relevanten Tumordaten ist für die nächste Entwicklungsstufe geplant.

SPIRAFLEX® MRT

FLEXIBEL & FORMSTABIL
FLEXIBILITÉ & STABILITÉ



Individuell verstellbares Kanülenschild
 Colerette réglable de manière personnalisée

- ▶ **Sehr flexible Spiral-Kanüle**
 Canule à spirale très flexible
- ▶ **Hohe Formstabilität durch integrierte Kunststoffspirale**
 Grande stabilité grâce à une spirale intégrée en matière plastique
- ▶ **Während einer Magnetresonanztomografie (MRT) verwendbar**
 Utilisable au cours d'une tomographie par résonance magnétique (TRM)
- ▶ **Individuelle Anpassung der Kanülenlänge durch verstellbares Kanülenschild**
 Adaptation personnalisée de la longueur de la canule grâce à une colerette réglable
- ▶ **Skalierung für eine exakte Positionierung des Kanülenschildes**
 Graduation pour un positionnement exact de la colerette
- ▶ **MADE IN GERMANY**

ANDREAS FAHL

MEDIZINTECHNIK-VERTRIEB GMBH

August-Horch-Straße 4a · 51149 Köln · Phone +49(0)22 03/29 80-0
 Fax +49(0)22 03/29 80-100 · Germany · mail vertrieb@fahl.de · www.fahl.de

M. Wigand, T. Hoffmann, J. Veit

Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie Ulm

Le sarcome de la tête et du cou – un caméléon entre les tumeurs malignes

Das Sarkom im Kopf-Hals-Bereich – Ein Chamäleon unter den malignen Tumoren

Le sarcome représente environ 1% des tumeurs malignes de la tête et du cou. Il se forme à partir des cellules souches mésenchymateuses qui possèdent des propriétés pluripotentes.: Nous présentons des patients de notre clinique qui sont tombés malades des sarcomes des types histologiques différentes. On explique les profils cliniques diversifiés, les principes de diagnostic et les plans de traitement individuels.

Cette série de cas contient un ostéosarcome de la base du crâne, un chondrosarcome du larynx, un liposarcome des parties molles de cou, un sarcome synovial biphasique de l'épiglotte, un sarcome pléomorphe indifférencié du visage et un tumeur maligne des gaines nerveuses périphériques de l'orbite. Le traitement de choix des sarcomes de la tête et du cou est la résection radicale dit la „wide excision“. Elle peut être accompagnée d'une irradiation ou chimiothérapie adjuvante respectivement néo-adjuvante.

La décision thérapeutique est prise dans le cadre d'une réunion de concertation interdisciplinaire (tumorboard) et s'oriente aux lignes directrices de la DGHO (Société Allemande d'Hématologie et d'Oncologie) entre autres.

La combinaison de faible incidence, de physiopathologie hétérogène et de localisations différentes des sarcomes de la tête et du cou représente un défi pour le diagnostic et le traitement de l'oncologie ORL. L'élaboration des concepts thérapeutiques interdisciplinaires est indispensable, tout en respectant les lignes directrices.

Sarkome gehen aus mesenchymalen Stammzellen mit pluripotenten Eigenschaften hervor und machen rund 1% der malignen Tumore im Kopf-Hals-Bereich aus.

Wir stellen Patienten aus unserer Klinik vor, die an Sarkomen unterschiedlicher histologischer Differenzierung erkrankten. Vorgestellt werden die vielgestaltigen klinischen Profile, diagnostische Prinzipien sowie individuell angepasste Behandlungspläne.

Zu den Sarkomen dieser Fallreihe gehören neben einem Osteosarkom der Schädelbasis und einem Chondrosarkom des Larynx ein Liposarkom der Halsweichteile, ein biphasisches synoviales Sarkom der Epiglottis, ein undifferenziertes pleomorphes Sarkom der Gesichtweichteile sowie ein maligner peripherer Nervenscheidentumor der Orbita. Therapie der Wahl von Sarkomen im Kopf-Hals-Bereich stellt die radikale chirurgische Resektion, die sogenannte „wide excision“, dar. Diese kann von einer neoadjuvanten bzw. adjuvanten Bestrahlung und Chemotherapie flankiert werden. Die Therapieentscheidung erfolgt im interdisziplinären Sarkomboard in Tumorzentren und orientiert sich an Leitlinien u.a. der DGHO (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie).

Das Zusammenspiel von niedriger Inzidenz, heterogener Pathophysiologie und unterschiedlicher Lokalisation von Sarkomen im Kopf-Hals-Bereich stellt eine Herausforderung für Diagnostik und Therapie in der HNO-Onkologie dar. Unabdingbar ist die leitlinienkonforme, interdisziplinäre Ausarbeitung von individuellen Therapiekonzepten.

AS Thisse, F Mouawad, Q Charbonnier, G Mortuaire, B Rysman, D Chevalier

CHU Lille

Analyse des échecs du traitement chirurgical endoscopique ou par CHEP des cancers glottiques

La chirurgie endoscopique au laser est le traitement de choix des carcinomes épidermoïdes du plan glottique au stade précoce. L'objectif est d'analyser les récurrences locales et loco-régionales

Méthode : Une étude rétrospective était menée chez des patients présentant un carcinome épidermoïde du plan glottique, traités par cordectomie laser ou CHEP. Les données cliniques et radiologiques du bilan d'extension loco-régional les données anatomopathologiques, la survie étaient analysées pour chaque technique.

Résultats : Étaient inclus 174 patients traités par cordectomie et 191 traités par CHEP. Le taux de récurrence et le taux de contrôle final étaient de 18,6% et 97,5% pour les cordectomies et de 4,4% et 93,3% pour les CHEP. La survie sans récurrence était liée à l'extension à l'aryténoïde ($p=0,01$), au ventricule ($p=0,003$), à la mobilité cordale ($p=0,004$), au stade T ($p=0,003$) et au caractère envahi des marges d'exérèse ($p=0,002$) pour les cordectomies. Pour les CHEP les facteurs liés à la survie sans récurrence étaient l'envahissement des aires ganglionnaires cervicales latérales ($p=0,004$), de l'aire VI, des marges d'exérèse et le traitement post-opératoire par radiothérapie externe ($p<0,001$). Pour les lésions présentant une extension à l'aryténoïde, au ventricule et à la sous-glotte, la survie sans récurrence était significativement meilleure pour les lésions traitées par CHEP. Il n'existait pas de différence, selon la technique chirurgicale, pour les stades T1a et T1b ($p=0,5$ et $p=0,4$), contrairement aux lésions T2 ($p<0,001$).

Conclusion : La chirurgie endoscopique est le traitement de référence des cancers glottiques au stade précoce après une sélection rigoureuse.

Philouze P, Pujo K, Poupar M, Ceruse P

Hospices civils de Lyon

La chirurgie de rattrapage dans les récidives de carcinomes épidermoïdes du larynx et de l'hypopharynx : étude rétrospective de 2005 à 2013.

Die Salvage-Operation bei rezidivierenden Plattenepithelkarzinomen des Larynx und Hypopharynx: eine retrospektive Studie von 2005 bis 2013

Objectif :

La chirurgie en terrain irradié, dite de rattrapage, est l'option thérapeutique de référence en cas de récurrence locorégionale mais dont les résultats carcinologiques et fonctionnels modérés nécessitent de pouvoir sélectionner au mieux les patients pouvant en bénéficier. L'objectif principal est la détermination de facteurs préopératoires associés à la survie. Les objectifs secondaires étaient l'étude de la survie globale et sans récurrence à 5 ans, du taux de complications locorégionales et générales et des résultats fonctionnels en terme d'alimentation et de sevrage de trachéotomie.

Patients et méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique sur 52 patients ayant présenté une récurrence de carcinome épidermoïde laryngé ou hypopharyngé en terrain irradié et ayant bénéficié d'une chirurgie de rattrapage entre 2005 et 2013.

Résultats :

Les facteurs associés à une meilleure survie globale à 3 ans en analyse univariée étaient la localisation laryngée de la tumeur initiale ($p = 0,001$), la localisation laryngée de la récurrence ($p = 0,026$), les tumeurs classées rT1, rT2, rT3 par rapport aux tumeurs rT4 ($p = 0,007$), la présence de chimiothérapie dans les antécédents ($p = 0,036$) et la réalisation d'une lymphadénectomie cervicale au cours de la chirurgie de rattrapage ($p = 0,005$). Ce dernier est confirmé à l'analyse multivariée.

La survie globale à 5 ans était de 36,0% [27,6%-44,4%]. La durée médiane de survie globale estimée était de 23,04 mois (IC 95% [19,44-26,64]).

La survie sans récurrence à 5 ans était de 23,5% [16,0%-31,0%]. La durée médiane de survie sans récurrence estimée était de 8,04 mois (IC 95% [2,04-14,04]).

Platz- halter

für die sichere Dekanülierung

Der **PRIMA-SAFE** und der **PRIMA-SAFE LARGE** sind zwei besonders schonende Platzhalter von HEIMOMED. Der **PRIMA-SAFE** ist für ein Punktionstracheostoma und der **PRIMA-SAFE LARGE** für ein chirurgisch angelegtes Tracheostoma geeignet.

- zur schonenden Offenhaltung des Tracheostomas
- zur Verschlussvorbereitung des Tracheostomas und somit optimal zur Wiedereingewöhnung an Mund-/Nasatmung
- besonders leicht einzusetzen und individuell anpassbar

Mit dem Universalansatz-Adapter können auch HMEs (Feucht-Wärme-Austauscher) und Sprechventile in Verbindung mit dem **PRIMA-SAFE / LARGE** verwendet werden.

HEIMOMED Heinze GmbH & Co. KG
Daimlerstraße 30 · 50170 Kerpen
Tel.: +49 2273 9849-43
Fax: +49 2273 9849-543
info@heimomed.de · www.heimomed.com

*PRIMA-SAFE mit
Universalansatz-
Adapter*



**Pharyngokutane Fisteln nach Salvage-Laryngektomie und Laryngopharyngektomie
– Einfluss der freien und gestielten Lappenplastiken**

Hintergrund: Die pharyngokutane Fistel ist eine gefürchtete und potenziell lebensbedrohliche Komplikation nach Laryngektomie und Laryngopharyngektomie im bestrahlten Hals. Der Einfluss des Einsatzes einer Fernlappenplastik auf die Reduktion der Fistelrate ist noch nicht hinreichend geklärt. Material und Methoden: Retrospektive Studie. Vom 1.1.2001 bis 30.6.2013 wurde bei 57 Patienten eine Salvage-Laryngektomie oder Laryngopharyngektomie durchgeführt. Das sind 31% von insgesamt 185 Laryngektomien im gleichen Zeitraum. In 40% der Fälle (23) wurde eine Fernlappenplastik eingesetzt. Ergebnisse: Bei 26% aller Patienten kam es postoperativ zu einer pharyngokutanen Fistel. Bei Eingriffen ohne Lappenplastik (34) kam es in 32% zu einer Fistel (11). Wenn eine Lappen eingesetzt wurde, kam es dagegen lediglich bei 17% zu einer Fistel ($p=0,2$). Bei Einsatz eines Pectoralis-major-Lappens (11) trat in 27% der Fälle eine Fistel auf. Dagegen kam es bei freiem Gewebetransfer (Unterarm-lappen, anterolateraler Oberschenkellappen) (12) nur zu einer (8%) Fistel ($p=0,2$). Eine multivariate Regressionsanalyse fand keinen signifikanten Risikofaktor.

Schlussfolgerung: Der Einsatz der Fernlappenplastik insgesamt führte zu einer Reduktion der Fistelrate von 32% auf 17%. Bei Einsatz eines freien Gewebetransfers trat nur eine Fistel (8%) auf. Eine mögliche Erklärung liegt in der optimalen Modellierbarkeit und guten Rand-Vaskularisation bei freiem Gewebetransfer. Allerdings erreichte der Unterschied keine statistische Signifikanz.

Introduction: Les fistules pharyngo-cutanées représentent des complications redoutées et potentiellement fatales après laryngectomie et laryngo-pharyngectomie en terrain irradié. L'intérêt de l'utilisation des lambeaux de distance libres et pédiculés n'est toujours pas tout à fait établi.

Matériel et méthodes: Étude rétrospective. Du 1.1.2001 jusqu'au 30.6.2013, 57 patients ont bénéficié d'une laryngectomie ou laryngo-pharyngectomie de rattrapage. Ça fait 31% de 185 laryngectomies effectuées pendant cette période. Dans 40% des chirurgies de rattrapage, des lambeaux de distance libres ou pédiculés ont été effectués.

Résultats: Une fistule pharyngo-cutanée est survenue chez 26% des patients. En cas de chirurgie sans lambeau de distance (34), le taux de fistules était 32%. Cependant, quand un lambeau de distance a été utilisé, une fistule n'est que survenue dans 17% ($p=0,2$). En cas d'utilisation de lambeaux du grand pectoral, le taux de fistule était 27%. Par contre, en cas de lambeaux libres (lambeau chinois, lambeau de cuisse antero-latérale), le taux n'était que 8% ($p=0,2$). Une analyse de régression multi-variate n'a pas trouvé de facteurs de risque significatifs.

Conclusion: L'utilisation de lambeaux de distance a réduit le taux de fistules de 32% à 17%. En cas d'utilisation de lambeaux libres, le taux a baissé à 8% (un cas). Une explication possible pourrait être la plasticité supérieure et une bonne perfusion aux bords des lambeaux libres. Cependant, cette différence n'atteignait pas de signification statistique.

Debry C, Dupret A, Carvalho J, Raguin T, Schultz Ph.

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Remplacement laryngé après laryngectomie totale

Kehlkopfersatz nach totaler Laryngektomie

La laryngectomie totale, pratiquée dans les cas de carcinomes pharyngo-laryngés étendus, induit une mutilation majeure avec d'importantes séquelles physiques et psychologiques par l'abouchement définitif de la trachée à la peau. Un larynx artificiel composé de 2 structures : 1) une structure rigide inamovible biointégrable composée de titane poreux destinée à prolonger la trachée restante après laryngectomie totale ; 2) une double valve remplissant la triple fonction de respiration, déglutition, phonation. Nous présentons la synthèse de ces travaux depuis la première implantation en 2012 chez l'homme. La tolérance au matériel était actuellement très bonne. Le rétablissement d'un néo-pharyngolarynx entre les voies respiratoires et digestives a permis au patient de respirer normalement, de s'exprimer avec une voix chuchotée et de déglutir sa salive. Par contre une déglutition normale n'est pas encore obtenue mais les progrès accomplis dans la compréhension et la résolution progressive de ce problème ouvrent des perspectives très intéressantes dans la réhabilitation du carrefour aéro-digestif.

Lorenz KJ¹, Böckers A², Fassnacht U², Wilde F³, Wegener M³

- 1 Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf-Halschirurgie BwKrhS Ulm
- 2 Institut für Anatomie und Zellbiologie, Universität Ulm
- 3 Klinik für Mund-Kiefer und Gesichtschirurgie BwKrhS Ulm

Implementierung der intraoperativen Navigation in der Fremdkörper Detektion im Kopf- Halsbereich

Die Entfernung von eingesprengten Fremdkörpern aus den Weichteilen, insbesondere im Kopf-/Halsbereich ist äußerst schwierig. Zum einen, da viele der eingesprengten Fremdkörper nicht metall dicht sind und so im Rahmen einer Durchleuchtung nicht verifizierbar sind, zum anderen, da insbesondere im Gesichtsbereich eine weite Exploration des Weichteils aufgrund funktioneller wie auch kosmetischer Gegebenheiten nicht möglich ist. Der Einsatz der intraoperativen Navigation (CAS) könnte geeignet sein, die fremdkörpersuche zu vereinfachen und die Explorationstraumata zu verringern. An 10 Körperspendern wurden pro Kopf/Halsseite je 5 Prüfkörper unterschiedlichen Materials (Glas, Metall, Holz, Kunststoff, Stein) über einen intraoralen Zugang verblindert eingebracht. Durch einen zweiten Arzt erfolgte die Fremdkörpersuche und Entfernung an einer Körperhälfte ohne Navigationsunterstützung an der anderen Körperhälfte mit Navigation. Erfasst wurden die OP-Dauer, die Ausdehnung des operativen Gewebetraumas, die Dauer der Fremdkörperentfernung sowie die subjektive Einschätzung des Wertes der Navigation. Die verschiedenen Fremdkörper konnten bei Verwendung des Navigationssystems im Schnitt nach 26,7 ($\pm 35,1$) Sekunden gefunden werden ($p < 0.0001$), die Zeit für die Exstirpation betrug im Schnitt 79,1 ($\pm 66,2$) Sekunden ($p = 0.0239$) bei einer Inzisionslänge von 10,0 ($\pm 3,5$) mm. Ohne Verwendung der Navigation wurden im Durchschnitt 86,5 ($\pm 77,7$) Sekunden zum Auffinden der Fremdkörper und 74,1 ($\pm 45,9$) Sekunden zu Entfernung bei einer Inzisionslänge von 13,0 mm ($\pm 3,6$) mm benötigt ($= 0.0007$). Der Einsatz intraoperativer Navigationssysteme stellt auch für die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Gesicht- und Halsweichteilen eine wertvolle Hilfe dar. Sowohl die Operationszeit, als auch die Größe der operativen Zugänge lassen sich mit Unterstützung der Navigation verringern. In Abhängigkeit vom Material der Fremdkörper und der Signaldichte im CT/MRT bestehen jedoch unterschiedliche Detektionssicherheiten. Zusammenfassend wird die Navigation jedoch als nützliches Hilfsmittel eingeschätzt

PES Pilot HDpro

STROBOSCOPE



Compact, mais complet:

- Capture d'images et vidéos Full HD
- Source de lumière stroboscopique LED
- Écran tactile 15" et ordinateur
- Gestion des patients et des examens

La source de lumière LED haute qualité, spécialement développée par Otopront pour la stroboscopie, permet des temps d'exposition très courts. Cette fonctionnalité, couplée à la caméra Full HD, permet d'obtenir des images nettes du mouvement des cordes vocales. Le **PES Pilot HDPro Stroboscope** joue ainsi dans la gamme des colonnes stroboscopiques professionnelles, mais en format compact.



Otopront France sarl

2, Rue Thomas Edison

67450 Mundolsheim

Téléphone +33 (0) 3 88 20 00 41

E-Mail: info@otopront.fr

www.otopront.fr

otopront®

Fuchsmann C, Céruse P

Hospices civils de Lyon

Bedeutung eines Systems zur virtuellen OP-Planung und patientenspezifische Schablonen in Unterkieferrekonstruktion mit freiem Fibula-Lappen

Intérêt d'un système de planification chirurgicale virtuelle et de dispositifs sur mesure dans les reconstructions mandibulaires par lambeau libre de fibula

Le lambeau libre de fibula est devenu le premier choix dans les reconstructions mandibulaires. La principale difficulté à laquelle le chirurgien est confronté est de modeler la fibula grâce à des ostéotomies afin de recréer la forme de l'os mandibulaire réséqué. L'utilisation d'une planification virtuelle préopératoire et de dispositifs sur mesure (guides de coupes et de plaques d'ostéosynthèse sur mesure) se développe afin d'obtenir des résultats plus reproductibles et systématisés tout en permettant de gagner du temps opératoire.

Matériel et méthode : Trois patients ont été opérés pour des reconstructions complexes mandibulaires par lambeau libre de fibula : une mandibulectomie subtotale pour radionécrose et deux hémimandibulectomies incluant la symphyse mandibulaire pour des résections tumorales. Pour ces 3 patients, une planification virtuelle préopératoire et des dispositifs sur mesure (OBL) ont été utilisés.

Stephan Lang, Pia Haßkamp, Laura Holtmann, Stefan Mattheis

Univ-HNO-Klinik Essen

Transorale Roboter-assistierte Chirurgie von Kopf-Hals-Tumoren

Introduction

Head and neck surgery has incorporated transoral robot assisted surgery (TORS) as a new approach in the management of pharyngeal and supraglottic lesions. In contrast to well-known systems originally designed for large cavity surgery the new Flex® Robotic System (Medrobotics Corporation, Raynham, MA, USA) was developed in order to enhance the spectrum of TORS and to overcome existing limitations. It is an operator controlled computer assisted flexible endoscope that enables the physician to easily access and visualize structures within the pharynx and larynx providing also 2 accessory channels for various compatible flexible instruments.

Material and Methods

The Flex® Robotic System was evaluated in 46 patients treated for benign as well as malignant lesions in the oropharynx, hypopharynx, and larynx. The system was evaluated for adjustability, maneuverability, visualization, and resectability of the tumor.

Results

We were able to expose, visualize and access the palatine tonsil area, the base of tongue area, the epiglottis, the posterior pharyngeal wall, and the false vocal cords in all patients. In addition, a variety of surgical procedures could successfully be completed. There were no serious adverse events.

Conclusion

The Flex® Robotic System was specifically developed for TORS: The combination of a robot assisted flexible endoscope with flexible instruments allowed for excellent maneuverability and tactile feedback. All relevant anatomic structures of the pharynx and larynx could be well exposed, visualized and accessed. Lesions especially in different to reach regions could be successfully resected thus making it a safe and effective tool in transoral robotic surgery.

Hans S, Chauvet D

Hôpital européen Georges Pompidou, Faculté de médecine Paris Descartes, Fondation Rothschild

Chirurgie transorale assistée par robot de la base du crâne : étude cadavérique et premiers patients

Etude de la faisabilité et de la sécurité de l'approche de la selle turcique par chirurgie assistée par robot. Nous avons effectué dix dissections assistées par le robot da Vinci (Intuitive Surgical®) sur des cadavres frais humains dans le but d'atteindre la selle turcique par la cavité buccale. La technique opératoire mise au point est décrite.

Chez les dix cadavres, une ouverture de la selle turcique selon une approche minimale invasive assistée par robot a été effectuée. De nouveaux repères anatomiques ont été définis.

Quatre patientes ont été opérées selon cette technique dans le cadre d'un protocole.

Les avantages et les inconvénients de la technique sont discutés.

Cette technique innovante et minimale invasive peut modifier la résection des adénomes hypophysaires selon une approche inféro-supérieure.



Die neue LED-Kopfleuchte KS70

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

Guido Mühlmeier, M. Maier, M. Tisch

Univ-HNO-Klinik Heidelberg

Erfolgsraten der intratympanalen Steroidinjektion in Korrelation zur Latenz des Behandlungsbeginns

In den vergangenen Jahren hat sich die intratympanale Therapie mit Steroiden in der Behandlung von Hörstürzen und Lärmtraumata etabliert. Die gültige AWMF-Leitlinie favorisiert die Salvage Therapie bei nicht ausreichender Wirksamkeit oder die primäre Therapie bei Vorliegen von Kontraindikationen gegen systemische Steroide. Unklar ist bisher, in welchen Zeitfenstern die Behandlung sinnvoll ist.

Material/Methoden

Es wurden n=58 Patienten mit akutem Hörsturz unterschiedlicher Frequenzbereiche mit intratympanalen Kortisoninjektionen behandelt. Hierbei wurde eine Mischung aus Dexamethason 4 mg/ml und gelartiger Hyaluronsäure verwendet. Die 3-5 einzelnen Injektionen erfolgten im Abstand von jeweils 3-7 Tagen.

Ergebnisse:

Im Vergleich zur Hörfähigkeit vor Beginn der intratympanalen Behandlung konnte tonaudiometrisch eine Hörschwellenverbesserung in den tiefen und mittleren Frequenzen bis 3000 kHz von bis zu 12,8 im Mittel bzw. bis zu 28 % erreicht werden, in den hohen Frequenzen immerhin noch 10-15 %.

Bei Therapiebeginn innerhalb der ersten 10 Tage nach Hörsturz sind insbesondere bei hohem Hörverlust große Verbesserungen möglich. Mit zunehmender zeitlicher Latenz zum Ereignis lässt die durchschnittliche Verbesserung der drei zusammenhängenden am meisten geschädigten Frequenzen etwas nach, weist jedoch auch nach bis zu 125 Tagen nach Hörsturz noch signifikante Ergebnisse auf.

Zusammenfassung:

Das Therapiekonzept der intratympanalen Injektion ist schlüssig und praktikabel. Die Indikation zur intratympanalen Injektion von Steroiden sollte leitliniengerecht und zeitnah gestellt werden. Zu überlegen ist, die Latenzen zwischen den Injektionen abhängig von der Heilung des Trommelfells möglichst kurz zu halten, um einen Kumulativeffekt zu erreichen. Mit dieser Therapie steht eine effiziente Hilfe bei akutem Hörsturz zur Verfügung, welche innerhalb der ersten 10 Tage gute Ergebnisse liefert und auch bei bereits länger zurückliegenden Ereignissen bis zu 3 Monaten angeboten werden sollte.

S. Preyer

HNO-Klinik ViDia

Possibilités et limites de la chirurgie endoscopique de l'oreille moyenne

Möglichkeiten und Grenzen der endoskopischen Ohrchirurgie

Die endoskopische Ohrchirurgie findet international immer mehr Verbreitung. Durch die technische Weiterentwicklung der Video-Endoskopie mit HD- und 4K-Technik ist die Bildqualität inzwischen so gut, dass auf dem Bildschirm auch Details im Mittelohr gut zu erkennen sind. Der Blickwinkel in das Mittelohr mit dem Endoskop ist ein anderer als mit dem Mikroskop.

Wir erproben derzeit klinisch in wieweit die transmeatale endoskopische Ohrchirurgie die traditionelle mikroskopische Ohrchirurgie sinnvoll ergänzen oder sogar ersetzen kann. Unsere Erfahrung zeigt, dass vor allem bei der Cholesteatomchirurgie der Einsatz des Endoskopes die Entfernung der Pathologie sicherer macht und dass weniger gesunder Knochen abgetragen werden muss, um die Ausbreitung des Cholesteatomes zu beurteilen. Insbesondere beim kindlichen genuinen Cholesteatom kann die Pathologie im Mittelohr endoskopisch transmeatal deutlich besser eingesehen und entfernt werden als mikroskopisch über einen retroaurikulären oder enauralen Schnitt. Der andere Blickwinkel auf das Mittelohr über das Endoskop gibt auch neue Aufschlüsse über die Pathogenese der epitympanalen selektiven Belüftungsstörung bei normaler Tubenfunktion und erlaubt eine chirurgische Verbesserung der Ventilation.

Wir halten die Technik daher für ein interessantes Verfahren als Ergänzung der mikroskopischen Ohrchirurgie.

Wolf-Dieter Baumgartner ⁽¹⁾, Alexandra Jappel ⁽²⁾, Eva Karltorp ⁽³⁾

1) ENT Department University of Vienna, Währinger Gürtel 18-20, 1097 Wien, Austria

2) ENT Department University Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, Germany

3) ENT Karolinska Institutet Hospital, Huddinge, 14186 Stockholm, Sweden

Bonebridge Chirurgie In 67 Kindern Und Erwachsenen – Erfahrung Und Ergebnisse

Die Vibrant Bonebridge ist ein semiimplantierbares Knochenleitungshörgerät, indiziert bei moderater sensorineuraler Schwerhörigkeit, bei einseitiger Taubheit, Fehlbildungen und Atresien, bei Kindern, sowie bei Erwachsenen. Die Haut bleibt vollständig intakt. Die Energie und die Signalinformation werden durch die intakte Haut gesendet, so wie bei der Vibrant Soundbridge oder bei Cochlea Implantaten. Bis dato wurden 67 Patienten, 52 Erwachsene und 15 Kinder erfolgreich implantiert. Bisher wurden keine Komplikationen beobachtet. In vielen Fällen wurde die Dura mater und/oder der Sinus Sigmoideus freigelegt und/oder komprimiert. Bei den Kinderoperationen war immer ein Freilegen der Dura, sowie ein sanfter Druck auf dieselbe nötig, um eine gute Fixation zu erreichen. 20 Patienten wurde retrosigmoidal implantiert. Bei 98% der Patienten wurde ein sehr gutes audiologisches Ergebnis sowie sehr gute Ergebnisse in den Sprachtests erreicht. Ebenso zeigen sämtliche Kinderimplantationen ein ausgezeichnetes Hör-Sprachergebnis. Die Verstärkungsleistung beträgt im Mittel 45 dB(A). Mit der Bonebridge erreichen die Patienten Aufblähschwellen von bis zu 10 dB(A). Die Vibrant Bonebridge ist eine sichere und verlässliche Methode zur Hörrehabilitation und erbringt signifikante Hörleistungsverbesserungen. Wir konnten die Eingriffe an Kindern bis zu 5 Jahre alt sicher und erfolgreich durchführen. Die Ergebnisse mit der Bonebridge zeigen sehr gute audiologische Ergebnisse und ein sicheres und verlässliches chirurgisches Procedere.

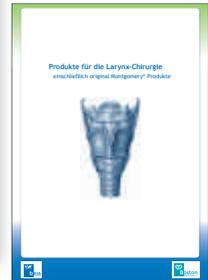
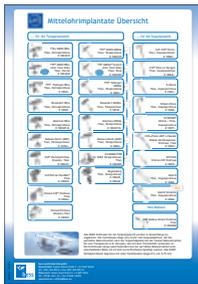
La Vibrant Bonebridge est une prothèse auditive ostéoconduisante sémi-implantable qui peut être prescrite à des enfants et adultes avec une surdité neurosensorielle modérée, une surdité unilatérale, ou une déformité congénitale ou atrésie de l'oreille. La peau reste intacte dans toute son intégrité. L'énergie et l'information de signaux sont envoyées à travers la peau intacte, comme c'est aussi le cas chez la Vibrant Soundbridge ou l'Implant cochléaire. A ce jour, 67 patients, dont 52 adultes et 15 enfants, ont été implantés avec succès et sans complications. Dans des nombreux cas, la dure-mère et/ou le sinus sigmoïde ont été exposés et/ou comprimés. Dans les interventions pédiatriques, il était toujours nécessaire d'exposer la dure-mère, et d'appliquer un peu de pression sur cette dernière, afin d'atteindre une bonne fixation. Chez 20 patients, une implantation retrosigmoïdale a été effectuée. 98% des patients ont atteint des très bons résultats audiologiques ainsi que dans les tests linguistiques. De même, tous les implants pédiatriques montrent un résultat auditif et linguistique excellent. La puissance d'amplification est de 45 dB(A) en moyenne. Avec la Bonebridge, les patients atteignent un seuil de 10 dB(A). La Vibrant Bonebridge est une méthode sûre et fiable pour la réhabilitation auditive et apporte une amélioration de l'audition. Nous pouvons effectuer l'intervention chez les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans sûrement et efficacement. Notre expérience avec la Bonebridge montrent de très bons résultats auditives et une procédure chirurgicale fiable.



Spezialisten im Bereich HNO
und Kopf- und Hals-Chirurgie

Spécialistes en ORL et en
chirurgie cervico-faciale

www.bess.eu



- KURZ Mittelohrimplantate
- bess|oto Produkte für die Otologie
- bess|rhino Produkte für die Rhinologie
- Montgomery® Produkte für die Larynx-Chirurgie u. v. m.



a bess group company

bess medizintechnik gmbh
Gustav-Krone-Straße 7 • D-14167 Berlin
Tel.: 030 / 816 909-0 • Fax: 030 / 816 909-16
www.bess.eu • office@bess.eu

Savvas Kourtidis, Serena Preyer

Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr

Radiologische Diagnostik der Tuba Eustachii

Einleitung: Es ist unumstritten, dass chronische, funktionelle Tubenventilationsstörungen einen entscheidenden Beitrag zur Pathogenese von Mittelohrpathologien leisten. Leider gibt es gegenwärtig keinen internationalen Konsens über die Diagnosestellung einer Tubendysfunktion. Eine Kombination von klinischen Symptomen, apparativer Diagnostik (Tubenmanometrie, Tonaudiometrie, Tympanometrie) und validierten Fragebögen kommt oft in verschiedener Konstellation zum Einsatz. Die kürzlich vorgestellte Technik der Durchführung einer CT-Aufnahme des Felsenbeins unter Valsalva-Manöver aus der Arbeitsgruppe von Tarabichi et al erlaubt erstmals die Visualisierung der physiologisch unter Ruhebedingungen kollabierten Tuba Eustachii und stellt damit einen zusätzlichen Baustein zur Evaluation der anatomischen Verhältnisse bzw. der Funktion der Eustachischen Röhre dar.

Methode: Im Rahmen einer konsekutiven Studie, soll die Korrelation zwischen objektiven, radiologischen Befunden die mittels Valsalva-CT erhoben werden und den gängigen Tubenfunktions-tests, i.e. ETS-7, ETDQ-7, Tonaudio-/Tympanogramm, untersucht werden. Festgestellt werden soll, ob sich die CT-Diagnostik der Schädelbasis unter Valsalva-Manöver standardisiert in der allgemeinen Diagnostik der Tubenventilationsstörungen etablieren kann und es sollen neue Einsichten in der Beurteilung der Durchgängigkeit des knöchernen Teiles der Tube und der nebenbefundlichen Pathologien des Nasenrachenraumes gewonnen werden.

Erste Ergebnisse geben Hinweise auf die Wertigkeit dieser Methode

V. Colin, A. Karkas, M. Gavid, J.M. Prades

CHU St-Etienne

Etude de la fonction equipressive de l'oreille moyenne par tubomanométrie et vidéo-endoscopie simultanée de la trompe d'Eustache.

Le but de l'étude était d'améliorer nos connaissances sur l'ouverture de la trompe d'Eustache (TE) en étudiant les conditions d'ouverture par tubomanométrie synchronisée à une vidéo-endoscopie chez le sujet normal. Pour cette étude prospective monocentrique, étaient inclus les adultes sans antécédent de maladie otologique ou tubaire. Nous avons utilisé un tubomanomètre (Atomisor®). La Diffusion Technique Française, Saint-Etienne, France) pour effectuer une tubomanométrie (TMM), qui fournit des données dynamiques de la capacité d'ouverture de la TE lors de la déglutition. L'enregistrement vidéoendoscopique de l'orifice pharyngé de la TE a été réalisé par un système de capture d'image et d'un nasofibroscope flexible concomitamment d'une TMM avec une consigne de pression de 15 mbar et 30 mbar. Les résultats de vidéoendoscopie ont été classés selon la classification MTEV (mucosa tensor elevator valve). Quinze adultes ont été inclus dans notre étude. Les résultats de TMM ont été exprimés par l'indice de latence d'ouverture corrigée de la TE (indice R). L'étude a révélé que, avec un gradient de pression bas (15 mbar) la vidéoendoscopie montre un mouvement normal de l'orifice pharyngé de la TE, mais avec une ouverture objectivée par la TMM dans seulement une déglutition sur cinq. Par contre, avec un gradient de pression plus haut (30 mbar), la mécanique tubaire en vidéoendoscopie était la même avec une ouverture à presque chaque déglutition en TMM. Le calcul du risque relatif d'ouverture tubaire entre la consigne basse de 15 mbar et la consigne haute de 30 mbar, était de 0,06 avec un IC à 95% compris entre 0.02 et 0.18 ($p < 0.001$). Ce qui montre une association forte entre les pressions appliquées dans le rhinopharynx et l'ouverture de la TE. Ce rapport présente une méthode analytique de données quantitatives et qualitatives de tubomanométrie synchronisée à une vidéoendoscopie de la TE dans les cas normaux. Cette étude montre un faible intérêt de la vidéoendoscopie seule dans l'investigation de l'ouverture de la TE chez les sujets normaux. En outre, les mesures indiquent que contrairement à ce qui a pu être dit auparavant, la TE ne s'ouvre que rarement lors de la déglutition en dehors d'un gradient de pression suffisant entre l'oreille moyenne et le nasopharynx. Cela contribue à la théorie d'un système de contrôle neuronal de régulation de l'ouverture de la TE.

Moritz F. Meyer, Stefanie Jansen, Manuela Boor, Moritz Felsch, Heinz-Dieter Klünter, Eberhard D. Pracht, Karl-Bernd Hüttenbrink, Dirk Beutner, Maria Grosheva

Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, University of Cologne, Germany

Einfluss von Wiederholungstauchgängen im Salzwasser auf den Druckausgleich und die Funktion der eustachischen Röhre: eine prospektive Beobachtungsstudie.

Einleitung

Ohrbezogene Beschwerden gelten als häufiger Abbruchgrund eines Tauchganges. Die Druckänderung beim Auf- und Abtauchen stellen eine spezielle Herausforderung für die Druckausgleichsfunktion der eustachischen Röhre dar. Die präsentierte Studie untersuchte den Einfluss von Wiederholungstauchgängen im Salzwasser auf das Trommelfell und die Funktion der eustachischen Röhre.

Methoden

In der prospektiven Studie wurden 28 Taucher an 6 Folgetagen bei Wiederholungstauchgängen begleitet. Vor und nach jedem Tauchgang erfolgte ein auf Tympanometrie basierender Tubenfunktionstest. Ausgewertet wurden Veränderungen hinsichtlich der Compliance und des peak pressure.

Ergebnisse

In 6 Tagen wurden bei 28 Probanden insgesamt 437 Tauchgänge untersucht. Im Mittel dauerte ein Tauchgang 51,3 +/- 6,7 Minuten bei einer mittleren Tauchtiefe von 24,9 +/- 6,9 Metern. 1074 Tympanogramme wurden durchgeführt und ausgewertet. Die Compliance stieg nach dem ersten Tauchgang signifikant an. Der peak pressure veränderte sich über die 6 Tage signifikant. Es zeigte sich hinsichtlich des Tubenfunktionstestes, dass unerfahrene Taucher eine schlechtere Tubenfunktion aufwiesen als erfahrene Taucher.

Diskussion

Tauchen hat einen Effekt auf die Funktion und Physiologie des Trommelfells und der Eustachischen Röhre. Veränderungen lassen sich feststellen, zeigen nach Tagen eine Konstanz. Veränderungen am Trommelfell und der eustachischen Röhre zeigen sich Abhängig vom Erfahrungsgrad des Tauchers.

Miniatur-Verankerung von Epithesen für Auge und Ohr

Miniature bone anchorage of craniofacial prostheses of the eye or the ears.

EPIPLATING CMS



Literature:
A New Implant System for Orbital Prosthetic Rehabilitation: "Epiplating Mono"
M. H. Schneider, P.A. Federspil, A. Neumann, B.Schick
Laryngo-Rhino-Otol 2014; 93:381 - 384

Die größenreduzierten Platten für Auge und Ohr eignen sich besonders für die Versorgung bei dünnen Hautverhältnissen und im engen Orbita-raum.
Beide Platten sind mit den Komponenten und Werkzeugen des Medicon-Titan-Epiplatingssystem kompatibel.

The downsized implants for the ear and eye region are particularly suitable for the treatment of areas with thin skin layer or flap graft and for the limited space in the orbita.
The Titan Epiplating CMS implants match perfectly with the components and tools of the Medicon Titan Epiplating System.



Epiplating Prospekt: 451.09.21

medicon®

Gänsäcker 15 · D-78532 Tuttlingen
Tel.: +49 (0) 74 62 / 20 09-0 · Fax: +49 (0) 74 62 / 20 09-50
Internet: www.medicon.de · Email: info@medicon.de · Germany

J.P. Bébéar, D. Bonnard, R. Dauman, V. Darrouzet

ENT department, Pellegrin Hospital, University of Bordeaux, France

EARLY PAEDIATRIC COCHLEAR IMPLANTATION: THE BORDEAUX EXPERIENCE

Aim: The objective of this work was to observe and analyze the evolution of communication in very young cochlear implant users by using a newly developed scale to monitor communication before and after implantation.

Material and methods: The evolution in communication mode for a group of cochlear-implanted children was monitored through a specific scale focussed on three main domains: perception/oral comprehension, oral production and gesture production.

Results: The scale will be introduced first, with particular attention paid to the different skills and the interaction between them. The children's scores will then be presented.

Conclusions: In very young cochlear implant users, the oral language can develop rapidly and depends both on pre-verbal communication (oral and/or gestures) built before implantation and on early oral comprehension abilities developed after implantation. Those results support the idea of immediate cochlear implantation after deafness diagnosis with adapted monitoring of communication.

Hüttenbrink Karl-Bernd, Anagiotos Andreas, Gostian Antoniu Oreste, Schwarz David, Beutner Dirk, Lüers Jan-Christoffer

Uniklinik Köln

L'insertion de l'électrode dans la cochlée en technique sous-marine

Die Insertion des CI-Elektrodenkabels in Unterwassertechnik

Eine möglichst atraumatische Insertion des Elektrodenträgers eines Cochlear Implants in das Innenohr ist für den Hörerhalt wünschenswert. Neben mechanischen Alterationen beim Vorschieben der Elektrode in der Scala tympani spielen auch die erheblichen Druckunterschiede nach Eröffnen der Rundfenstermembran eine Rolle, bedenkt man die hohe Sensitivität des als Druckempfänger funktionierenden Innenohres. Um diese potenzielle Gefährdung zu verringern, haben wir zum Ausschluss der Druckschwankungen eine Eröffnung des Innenohres und Insertion des Kabels in Unterwassertechnik ersonnen.

Die Technik besteht in einem Auffüllen der Paukenhöhle mit körperwarmer Ringerlactatflüssigkeit, die durch einen Spülkatheter permanent nachgeführt und abgesaugt werden kann, bis nach subtiler Blutstillung eine klare Flüssigkeitsfüllung der Paukenhöhle besteht. Durch diese Flüssigkeit hindurch kann die vorher dargestellte Rundfenstermembran eingesehen werden und an ihrem unteren vorderen Rand, weit entfernt von der Basilarmembran, eine kleine Inzision erfolgen. In diese wird das Elektrodenkabel vom processus pyramidalis der Stapediussehne aus zielend, ebenfalls von der Basilarmembran wegführend, durch die Flüssigkeit in die Scala tympani eingeführt. Erst nach kompletter Insertion wird die Flüssigkeit abgesaugt und die Rundfensternische mit einem Bindegewebsbröckchen versiegelt, analog der Ummantelung des Pistons der Stapesplastik.

An 15 Implantationen bei Kindern und Erwachsenen mit Resthörigkeit in den tiefen Frequenzen bis 1kHz konnten wir bei 13 der Patienten (87%) innerhalb der ersten 8 Wochen nach der Operation noch einen Hörerhalt nachweisen, der allerdings nach 1,5 Jahren auf 64% abfiel. Diese simple und untraumatische Technik zur Insertion des Elektrodenkabels könnte somit als einer der noch vielen anstehenden Schritte zum Verringern der Innenohrtraumatisierung und zum Erhalt des Restgehörs beitragen.

Die akustische Mittigkeit nach mindestens 1 Jahr Cochlea-Implantat-Erfahrung

La centricité acoustique plus d'une année après l'implantation cochléaire

Die Erkennung der akustischen Mitte kann entscheidende Hinweise für die tatsächliche räumliche Wahrnehmung beim binauralen Hören geben. Eine Asymmetrie bzw. ein Richtungs-„Bias“ kann durch die CI-Hörerfahrung oder auch durch eine evtl. ungünstige Anpassung verursacht sein, die aber möglicherweise korrigierbar ist. Patienten sind sich einer Asymmetrie nicht notwendigerweise bewusst, oder stellen sie sich bspw. aufgrund unterschiedlicher Frequenzgewichtungen der Seiten sogar selber ein. Die herkömmlichen Tests zur Schallquellenlokalisierung sind im klinischen Alltagsbetrieb aus Zeit- und Aufwandsgründen nicht durchführbar, weswegen in Aachen der schnell und einfach durchzuführende „Mittigkeitstest“ (W. Döring) entwickelt wurde. Der Mittigkeitstest wird mit drei für die Patienten sichtbaren Lautsprechern bei -90° (links), 0° (vorne) und 90° (rechts) durchgeführt. Die Stimuli werden ausschließlich von vorne angeboten, die Patienten hingegen erhalten die Information, dass alle drei Lautsprecher die Quelle sein können und geben die subjektiv wahrgenommene Schallquelle an. Die Stimuli sind Schmalbandrauschen (SBR) mit den Mittenfrequenzen 0,5 kHz, 1 kHz, 2 kHz und 4 kHz und zwei unterschiedlichen Schallpegeln von 55 dB und 75 dB. Jeder Ton wird viermal wiedergegeben, insgesamt werden also 32 Stimuli angeboten. Wir untersuchten 105 Patienten mit insgesamt 159 Mittigkeitstests. Der summatorische Mittelwert der korrekten Mittigkeitsangaben lag bei 40%. Die Mittigkeitserkennung bei 500Hz war 39,46%, bei 1 kHz 48,15%, bei 2kHz 38,68% und bei 4kHz 33,49%. Die Erkennung bei 1kHz war signifikant besser als bei den anderen drei Frequenzen (Wilcoxon-Rangsummentest). Der Schallpegel 55dB versus 75dB hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Mittigkeitserkennung. Der Mittigkeitstest ermöglicht es auch in der klinischen Routine schnell zu erfassen ob ein frequenzspezifischer Bias vorliegt.

L'identification de la centricité acoustique peut donner des indications capitales sur la correcte perception spatiale chez les patients avec une audition bilatérale. Une asymétrie ou bien un biais-direction se produit soit à cause de l'expérience avec l'implant cochléaire, soit par un réglage défectueux, qui peut être corrigé. Les patients ne se rendent pas compte de l'asymétrie ou paramètrent leur-même l'implant à cause de différentes fréquences dominantes. Les tests traditionnels sur la localisation sonore ne sont pas utilisables au quotidien, parce qu'ils prennent beaucoup de temps et de l'effort. Pour ça, on a développé un test très simple et rapide à réaliser, le test de la centricité (W. Döring). Le test de la centricité est effectué avec trois haut-parleurs visibles pour le patient, -90 (à gauche), 0 (devant) et 90 (à droite). Les stimuli viennent que de face, les patients reçoivent l'information que toutes les trois haut-parleurs pouvaient présenter le stimulus et signalisent la source subjectivement aperçue. Les stimuli sont bruit à bande étroite de fréquences 0,5 kHz, 1 kHz, 2 kHz et 4 kHz à deux niveaux sonore différents 55dB et 75dB. Chaque son sera joué quatre fois, 32 stimuli en tout. Nous avons étudié 105 patients, en total 159 tests de centricité. La valeur moyenne des indications correcte de la centricité est 40%. L'identification à 500Hz a été 39,46%, à 1kHz 48,15%, à 2kHz 38,68% et à 4 kHz 33,49%. L'identification à 1kHz a été significatif mieux que aux autres fréquences (Wilcoxon- test). Le niveau sonore 55dB versus 75dB n'a eu pas influence sur l'identification de la centricité. Le teste de la centricité permet aussi dans la routine clinique de constater rapidement un biais de fréquence.



ENTstatistics

benutzerfreundlich - leistungsfähig - zeitsparend



Prof. Dr. Joachim Müller
Oberarzt, Leitung CI-Zentrum
Ludwig-Maximilians-Universität
München

Prof. J. Müller befasst sich seit 1988 intensiv mit dem Thema der computergestützten Ohrdokumentation. Mit dem „Würzburger Ohrbogen“ [Schön und Müller 2002] begründeten F. Schön und er unter Prof. J. Helms eine der weltweit größten Ohrdatenbanken. Für Prof. J. Müller ist die strukturierte Dokumentation seiner Operationen für wissenschaftliche Fragestellungen und zur Qualitätssicherung wichtig.

Heute verlässt er sich an der HNO-Klinik der LMU München (Direktor Prof. A. Berghaus) auf ENTstatistics, das durch die Verknüpfung mit großen Klinikdokumentationssystemen eine komfortable und schnelle Dokumentation aller Ohr-Operationen, auch an verschiedenen Standorten und mit erweiterten Funktionen, wie z.B. mit den neuen CI-Funktionen, ermöglicht.



www.innoforce.com

 **INNOFORCE**
innovative solutions

M. Tisch, A. Limberger

Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Rehabilitation der einseitigen Ertaubung mit einem Cochlea-Implantat Auswirkungen auf Hören und Tinnitus

Hintergrund

Das Cochlea-Implantat (CI) hat sich in den letzten Jahren zunehmend für die Versorgung von einseitig ertaubten Menschen mit und ohne Tinnitus als erfolgreich herausgestellt. In den letzten 12 Monaten wurden in der HNO Klinik am Bundeswehrkrankenhaus Ulm insgesamt 11 Patienten mit einseitiger Ertaubung und Tinnitus mit Cochlea-Implantaten versorgt. Im Rahmen der Studie wurden sowohl die Auswirkungen der Versorgung auf die Sprachverständlichkeit und das Richtungsgehör, als auch auf Tinnitus und allgemeine Akzeptanz untersucht.

Material und Methoden

11 Patienten mit einseitiger Taubheit und Tinnitus wurden in die Studie aufgenommen und untersucht. Untersucht wurden die Patienten mittels Freiburger Sprachverständlichkeitstest in Ruhe, OISa, HSM-Satztest und Lokalisation im Freifeld. Zudem wurde eine subjektive Zufriedenheit erfasst. Die Tinnitus-Evaluation erfolgte mittels VAS und STI.

Ergebnisse

Bei allen 11 Patienten konnte ein Hörerfolg durch das CI festgestellt werden. Der bei allen Probanden präoperativ bestehende Tinnitus konnte mittels des CI bei fast allen auf ein Minimum reduziert werden und war das in dieser Publikation im Vordergrund stehende Ergebnis.

Schlussfolgerung

Durch eine CI-Versorgung nach einseitiger Ertaubung konnte bei fast allen Patienten ein zusätzlich vorhandener Tinnitus annähernd komplett kompensiert werden. Auch hinsichtlich der Sprachverständlichkeit im Störgeräusch und der Lokalisation erwies sich für jede Altersgruppe das CI als erfolgreich, bei der eine Ertaubungsdauer von weniger als 10 Jahren vorlag.

Maurer JT, Chabolle F

Universitäts-HNO-Klinik Mannheim, Hôpital Foch, Suresnes

Prise en charge des patients SAOS en France et Allemagne

Diagnostik und Therapie der OSA in Deutschland und Frankreich

Ils existent dans les deux pays de nombreux recommandations, Guidelines etc. des organes scientifiques et, en même temps, des lois et des règles socio-médicaux concernant la prise en charge des patients SAOS. Les deux exposées essayent de présenter et évaluer ces différences entre nos deux pays et leurs conséquences pour la vie quotidienne au cabinet et à l'hôpital.

In beiden Ländern existieren Leitlinien und Konsensuspapiere der Fachgesellschaften sowie sozialmedizinische und rechtliche Grundlagen für die Diagnostik und Therapie der Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe. Die beiden Beiträge haben zum Ziel, die zum Teil erheblichen Unterschiede mit ihren Folgen für die tägliche Arbeit und die Patientenversorgung darzustellen und zu bewerten

Delank,K.-Wolfgang

Klinikum Ludwigshafen,Bremserstr 67,D-67063 Ludwigshafen

Kopf-Hals-Traumatologie aus der Sicht des HNO-Arztes

Die Diagnostik und Behandlung von Kopf-Hals-Verletzungen zählt zu den traditionellen Aufgaben der HNO-Heilkunde in Deutschland. Das Referat stellt wichtige Weiterentwicklungen der letzten Jahre dar und nimmt Bezug auf deutsch-französische Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Otte M, Damm M, Hummel T, Hüttenbrink KB

HNO-Klinik der Uniklinik Köln, HNO-Klinik der Uniklinik Dresden

Riechtraining als Therapie bei postviralem Riechverlust

Riechstörungen sind ein häufiges Leiden im Bereich der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Ca. 5% der Bevölkerung beklagen einen vollständigen Riechverlust, bei etwa 15% kann eine Hyposmie nachgewiesen werden. Häufig geht der Entwicklung einer Riechstörung eine virale Infektion voraus. Eine pharmakologische Therapie postviraler Infektionen gibt es bislang nicht.

Wir konnten in einer multizentrischen Studie zeigen, dass die tägliche Durchführung eines Riechtrainings zu einer signifikanten Verbesserung der Riechfunktion postviral anosmischer und hyposmischer Patienten führt. Die Probanden führten hierfür ein tägliches Riechtraining mit vier verschiedenen Duftstoffen durch. Hierdurch konnte nach einem Zeitraum von 16 Wochen die Gruppe der anosmischen Patienten von 36% auf 21% reduziert werden. Nach 36 Wochen hatten 8,9% der Patienten das Riechvermögen vollständig wiedererlangt. Somit führte das regelmäßige Riechtraining zu einer Steigerung der Erholungsrate gegenüber der Spontanheilung von mehr als 50%. Dieser Effekt ist vermutlich durch eine Stimulation von Stammzellen innerhalb der Riechschleimhaut zurückzuführen.

Ein regelmäßiges Riechtraining sollte daher zentraler Bestandteil in der Behandlung postviraler Riechstörungen sein.

Lebensqualität nach funktioneller Septorhinoplastik

Einleitung

Die Messung der Lebensqualität gewinnt in der heutigen Medizin immer mehr an Bedeutung. Im Bereich der Septorhinoplastik-Chirurgie fehlte es bisher an einem Instrument, welches die Ästhetik und die Funktionalität gleichermaßen bewertet.

Material und Methoden

Patienten mit einer primären Septorhinoplastik beantworteten präoperativ und 12 Monate postoperativ den Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE), den Functional Rhinoplasty Outcome Inventory-17 (FROI-17), und den Short Form 36 Health Survey (SF-36).

Ergebnisse

Von den 103 Patienten antworteten 69 Patienten (32 männlich, 37 weiblich) nach 12 Monaten (67% Antwortrate). Alle Werte des ROE und des FROI-17 zeigten postoperativ signifikante Verbesserungen. Im SF-36 war dies nur in zwei Kategorien der Fall (körperliche Funktionsfähigkeit und psychisches Wohlbefinden). Es zeigten sich signifikante Korrelationen zwischen dem FROI-17 und dem SF-36, nicht jedoch zwischen dem ROE und dem SF-36.

Schlussfolgerung

Die krankheitsspezifische Lebensqualität verbessert sich signifikant nach funktioneller Septorhinoplastik. Der FROI-17 detektiert im Vergleich zum ROE die funktionellen Aspekte der Operation besser, welches die signifikante Korrelation mit dem SF-36 erklärt.

Introduction

La détermination de la qualité de vie devient de plus en plus importante dans la médecine moderne. Il manquait jusqu'alors dans la chirurgie plastique du nez un instrument pour mesurer l'esthétique ainsi que la fonctionnalité.

Matériel et méthodes

Les patients avec une septorhinoplastie primaire ont rempli les formulaires « Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE) », « Functional Rhinoplasty Outcome Inventory-17 (FROI-17) » et « Short Form 36 Health Survey (SF-36) » avant et 12 mois après l'intervention.

Résultats

Des 103 patients, 69 patients (32 hommes, 37 femmes) ont répondu dans les 12 mois (taux de réponse de 67%). Tous les résultats des ROE et des FROI-17 ont montré une amélioration postopératoire significative. Dans le SF-36 ceci n'était le cas que dans deux catégories : le fonctionnement physique et le bien-être mental. Il existe une corrélation significative entre le FROI-17 et le SF-36, mais pas entre le ROE et le SF-36.

Conclusion

La qualité de vie s'améliore significativement après une septorhinoplastie fonctionnelle. En comparaison avec le ROE, le FROI-17 détecte mieux les aspects fonctionnels de l'intervention, ce qui explique la corrélation significative avec le SF-36.

Franck Jegoux

CHU Rennes

Chirurgie cervicale sous hypnose : avantages et limites

L'hypnose se définit comme un état modifié de la conscience. Elle repose sur une dissociation du corps et de l'esprit, capable de procurer à la fois, une analgésie et un vécu agréable. L'hypnose est différente de l'anesthésie locale, la neuroleptanalgésie, ou la diazanalgésie. Elle est pratiquée par une infirmière. Le temps perdu par la mise en hypnose est gagné par la rapidité de sortie de salle. L'acte chirurgical n'est que très peu modifié. Les indications usuelles sont principalement la lobo-isthmectomie, la parathyroïdectomie, la thyroplastie de médialisation. Le vécu par le patient est très positif et le taux de satisfaction très élevé. La sélection des patients concerne beaucoup plus la difficulté attendue de l'acte chirurgical que le profil du patient lui-même. Initialement réservée à des gestes simples chez des patients très demandeurs, elle est désormais proposée systématiquement à la majorité des patients.

2 Congress

3rd of the International Association for
Surgical Prosthetics and Epithetics

I.A.S.P.E.

Innovations in Surgical
Prosthetics and Epithetics
& Free Topics



7th - 9th of October 2016
Heidelberg, Germany

Call for Papers

<http://iaspe.de/symposium-2016.html>
www.iaspe.org



