

J. Abrams¹ · P. Niemann²

¹ Belegabteilung für HNO Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Plastische Operationen, St.-Barbara-Klinik Hamm/Meessen

² Gemeinschaftspraxis für Pathologie, Hamm

Ein seltener Tumor der äußeren Nase

Vorgeschichte

Ein 44-jähriger Patient stellte sich unserer Praxis mit einer Schwellung im Bereich der Nase vor. Er berichtete, dass diese Veränderung vor ca. 6 Monaten zum ersten Mal aufgetreten ist. Seitdem sei sie mal größer und mal kleiner gewesen, habe aber insgesamt an Größe zugenommen. Ein Unfall war nicht erinnerlich, ebenso gab es keine Operation im Bereich der Nase oder der Nebenhöhlen in der Vorgeschichte. Nachträglich konnte eine Gichtanamnese mit mehreren Gichtanfällen seit dem Jahr 2000 eruiert werden, die zu mehreren Krankenhausaufenthalten geführt haben, Urikostatika wurden nur unregelmäßig genommen.

Diagnostik

HNO-Untersuchung. Bei der Erhebung des Spiegelbefundes fand sich in der rechten Nasenseite eine Schwellung oberhalb der unteren Muschel. Der übrige Spiegelbefund war unauffällig. Äußerlich sah man einen glatten, nicht verschieblichen, leicht rötlichen, kugelförmigen Tumor auf der rechten Nasenseite und auf dem Nasenrücken, der von der Seite den Aspekt einer Höckernase ergab (Abb. 1). Palpatörisch war die Veränderung hart.

CT. In der Weichteilfenstertechnik zeigte sich im Bereich der Nase rechts und der Nasenspitze eine 1,5 × 0,5 cm große, hyperdense Raumforderung, die bis unmittelbar nach subkutan reichte.

In Knochenfenstertechnik stellte sich eine Arrodierung der angrenzenden knöchernen Strukturen des Os nasale und des Nasenseptums dar.

Eine Verbindung zum Zerebrum lag nicht vor (Abb. 2).

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Hier kann auch Ihr Fall dargestellt werden!

Haben Sie Anregungen oder eine interessante Falldarstellung. Senden Sie diese bitte an:

Prof. Dr. F. Boetz
 Universitäts-HNO-Klinik
 Sigmund-Freud-Straße 25
 53105 Bonn

Tel: 0228-2875 551/552
 Fax: 0228-2876 030
 E-Mail: friedrich.boetz@ukb.uni-bonn.de



Abb. 1 a, b ◀ Patient präoperativ mit Nasentumor rechts



Abb. 2 ◀ Präoperatives CT

Ihre Diagnose? 

Diagnose: Gichttophus der äußeren Nase

Therapie und Verlauf

Der beschriebene Tumor wurde von außen über einen Kilian-Schnitt entfernt. Er hatte zur Destruktion des knöchernen Nasengerüsts und eines Teils des knorpeligen Septums geführt. Nach vollständiger Entfernung des Tumors erfolgte der primäre Wundverschluss ohne weitere rekonstruktive Maßnahmen. Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Die Inspektion des Operationspräparates zeigte ein 3 cm großes zystisches Gewebstück mit brüchig, weißlichem Inhalt (Abb. 3). Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Die Wunde heilte per primam. Bei der letzten Kontrolluntersuchung nach Monaten war der Operationsbereich reizlos abgeheilt. Es bestand kein Anhalt für ein Rezidiv.



Abb. 3 ■ Nasentumor direkt nach der Entfernung

Pathologisch-anatomischer Befund

Makroskopisch: 3 cm großes, partiell eröffnetes, zystisch imponierendes Gewebstück mit brüchigem weißlichem Inhalt.

Mikroskopisch: Teils flach verhorntes Plattenepithel und teils respiratorisches Epithel an der Oberfläche. Im Schleimhautstroma unauffällige seröse Drüsen der Nasenschleimhaut. Unter dem Epithel ein elastischer Nasenknorpel und daneben Ablagerung einer fibrillären eosinophilen Matrix, die von Histiozyten, Lymphozyten und stellenweise von Fremdkörperriesenzellen umgeben wird. In der Matrix stark negativ polarisationsoptisch aktive, doppellichtbrechende, schlanke kristalline Ablagerungen (Natriumuratkristalle; Abb. 4, 5).

Diskussion

Gicht entsteht durch die Ablagerung von Uratkristallen in der Synovialflüssigkeit

oder anderen Geweben und der Bildung von Uratsteinen in der Niere. Von einer Hyperurikämie wird ab Harnsäureserumkonzentrationen von über 7 mg/dl gesprochen. Die Erkrankung tritt im mittleren, selten vor dem 30. Lebensjahr auf. Frauen werden selten vor der Menopause befallen. Es handelt sich um eine Wohlstandserkrankung. Sie ist häufig verbunden mit Diabetes mellitus, einer Hypertriglyzeridämie und soll ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Koronararterienkrankung sein. Obwohl die Hyperurikämie als ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Gicht anzusehen ist, gibt es dennoch Patienten, die bei normalen Serumharnsäurewerten eine akute Gichtarthritis entwickeln.

Gichttophi sind Zeichen einer chronischen Gicht und entstehen durch Uratablagerungen in den Weichgeweben. Vorzugslokalisationen außerhalb des HNO-Bereichs sind die Finger, die Hand, die Bursa olecrani und die Achillessehne. Weiter kommt es zu renalen Komplikationen.

Im HNO-Bereich können Gichttophi an verschiedenen Lokalisationen auftre-

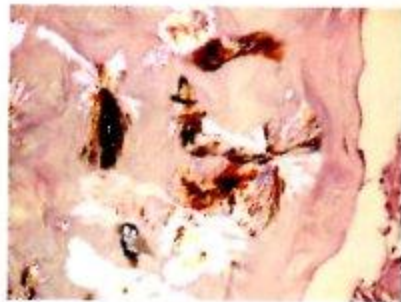


Abb. 4 ■ Polarisationsoptisch negativ doppellichtbrechende Uratkristalle im elastischen Nasenknorpel (HE-Färbung)

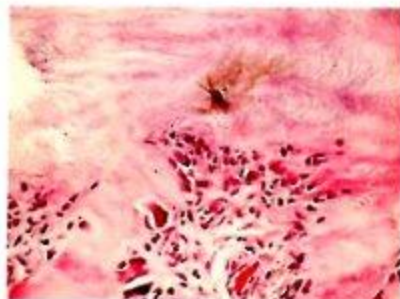


Abb. 5 ■ Fibrilläre eosinophile Matrix, Histiozyten, Fremdkörperriesenzellen, Uratkristalle (HE-Färbung)

ten. Bei einem Drittel aller Gichtpatienten sind Gichtperlen an der Ohrmaschel bekannt. Beschrieben wurden weiterhin Gichtophi im Bereich des Larynx, des lateralen Karthus, im Kiefergelenk und auf der Tuba Eustachii, in der Tonsille, dem Weichgaumen, der Uvula und dem Hyoid [1, 2, 3, 4]. Es handelt sich nach übereinstimmender Auffassung der Beschreiber um eher seltene Ereignisse.

Über das Auftreten eines Gichtophus im Bereich der knöchernen Nase wurde bisher nur einmal berichtet. Auch in diesem Fall war die Entstehung auf eine nicht ausreichende Einstellung der Harnsäurewerte im Rahmen einer chronischen Gicht zurückzuführen. Röntgenologisch war es im Gegensatz zu dem hier berichteten Fall zu keiner Arrosion des Nasenknochens gekommen. Die Sanierung erfolgte ebenfalls chirurgisch von außen mit anschließend problemloser Wundheilung [5].

Differenzialdiagnostisch wurde bei der beschriebenen Veränderung an der knöchernen Nase an eine Dermoidzyste, ein Chondrom, ein Osteom oder eine Mukozelle gedacht. Ein maligner Tumor war aufgrund des Lokalbefundes und der langen Anamnese ohne Infiltrationen von Nachbarstrukturen eher unwahrscheinlich. Das CT ließ am ehesten den Verdacht auf ein Dermoidzyste aufkommen. Die Diagnose eines Gichtophus war eine Überraschungsdiagnose, zumal der Patient präoperativ nicht über eine Gichterkrankung berichtet.

Korrespondierender Autor

Dr. Dr. J. Abrams

Gemeinschaftspraxis für HNO-Heilkunde,
Heessener Markt 2, 53073 Hamm
E-Mail: abrams@hno-hamm.de

Interessenkonflikt keine Angaben

Literatur

1. Fassl (1963) Ein Gichtophus im Kiefergelenk der Tuba Eustachii. *Laryngol Rhinol Otol* 62: 574–577
2. Guttenplan MD, Hendrix RA, Townsend MI, Babiarz G (1991) Laryngeal manifestations of gout. *Ann Rhinol Laryngol* 100: 899–902
3. Merlon RB, Aperia JL, Makinley WH (1972) Gouty tophus of the true vocal cord. *Arch Otolaryngol* 96: 163–167
4. Morris WR, Fleming JC (2002) Gouty tophus of the lateral canthus aich. *Ophthalmol* 121: 1195–1196
5. Rank MR, Kopf BH (1978) Nasal gouty tophus. *JAMA* 240: 636

Hier steht eine Anzeige.

 Springer