

Intermediusneuralgie - Fallbericht einer seltenen Differentialdiagnose der Otalgie

Hans-Peter Heilmann^a, Claudia Heilmann^b

^aBerufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie, Gera, ^bBerufsakademie Sachsen, Staatliche Studienakademie Plauen, Plauen

Diagnostische Kriterien¹

- Mindesten drei einseitige Schmerzattacken, die die Kriterien b und c erfüllen.
- Der Schmerz ist im Bereich des Gehörganges lokalisiert, manchmal ausstrahlend in die parieto-okzipitale Region.
- Der Schmerz hat mindestens drei der vier folgenden Charakteristika:
 - Intermittierend auftretende Schmerzparoxysmen für die Dauer von Sekunden oder Minuten
 - Von hoher Intensität
 - Nach der Qualität einschließend, stechend, scharf
 - Ausgelöst durch Stimulation einer Triggerzone an der Hinterwand des Gehörganges und/oder periaurikulär
- Klinisch kein nachweisbares neurologisches Defizit
- Keine bessere Zuordnung durch eine andere ICHD-3-Diagnose

Differentialdiagnosen

- Gruppe der trigemino-autonomen Kopfschmerzen²
 - Idiopathischer stechender Kopfschmerz²
 - Nummular headache syndrome³
 - Red ear syndrome⁴
 - Glossopharyngeus-Neuralgie⁵
 - Neuralgie des sensorischen Fazialisastes⁶
 - Neuralgie des Ramus auricularis des N. vagus⁷
 - Neuralgie des N. auricularis magnus des Plexus cervicalis⁸
 - Sekundäre Intermediusneuralgie durch Gefäß-Nerven-Kontakt an der Wurzelaustrittszone oder bei Herpes zoster^{1,3}
 - Otalgie anderer Ursache⁹
- Vergesellschaftung der Intermedius- mit Trigemini-, Glossopharyngeus- und/oder Okzipital-Neuralgie möglich¹⁰

Fallbericht

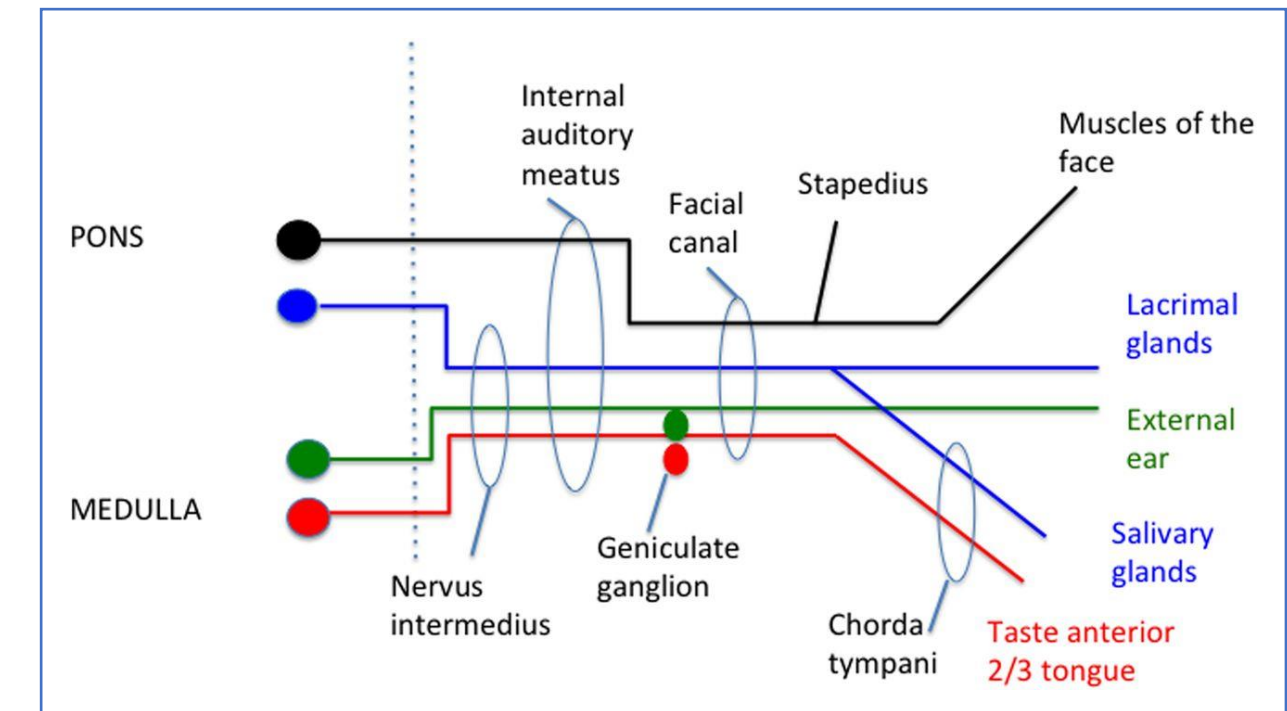
Die Neuralgie des N. intermedius stellt mit ca. 150 beschriebenen Fällen eine sehr seltene Erkrankung dar¹¹. Wir berichten über den Langzeitverlauf einer rezidivierenden Intermediusneuralgie rechts bei einem 79-jährigen Patienten.

Die erste gesicherte Attacke trat mit 43 Jahren auf. Eigen- und Familienanamnese waren unauffällig. Bis zum 68. Lebensjahr traten 20 weitere Anfälle in Abständen von Monaten bis Jahren auf.

Der Schmerz wurde als einschließend, brennend und stechend beschrieben, lokalisiert in den Meatus acusticus ext. und retroaurikulär mit Ausstrahlung in die Ohrmuschel. Nach Ausschluss einer anderen Ursache wurde die Diagnose nach der Internationalen Klassifikation von Kopfschmerzerkrankungen gestellt. Im Verlauf nahm die Anfallslänge von wenigen Minuten auf >4 Stunden zu. Parallel stieg die Schmerzintensität von 5/10 auf 7/10 an.

Ein typischer Trigger war nicht identifizierbar. Herpes-Effloreszenzen oder andere Begleiterscheinungen wurden nie beobachtet. Eine ursächliche Gefäßmalformation wurde durch MR-Angiografie ausgeschlossen. Der sonst gesunde Patient lehnte eine systemische Therapie im Anfall sowie eine medikamentöse Rezidivprophylaxe ab. Ein Behandlungsversuch mit Akupunktur blieb erfolglos.

Alle Attacken wurden durch einmalige Infiltration des retroaurikulären Bereichs und der hinteren Gehörgangswand mit einem Lokalanästhetikum erfolgreich kupiert. Die sofortige Schmerzfreiheit war von einem lokalen Wärmegefühl sowie einer Hyperalgesie des Gebietes über einige Tage begleitet. Jetzt ist der Patient seit 11 Jahren anfallsfrei.



Schema der Versorgungsgebiete des Nervus intermedius¹²

Zusammenfassung

Die primäre Neuralgie des N. intermedius stellt eine Ausschlussdiagnose dar. Nach differentialdiagnostischer Abklärung kann sie im Anfall durch lokalanästhetische Blockade erfolgreich behandelt werden.

Literatur

- <http://beta.ichd-3.org>, Zugriff am 31.10.2018
- <http://www.ihs-klassifikation.de>, Zugriff am 31.10.2018
- Cuadrado ML et al., Expert Rev Neurother. 2018;18:9-19
- Hersh SP, Hersh JN, Ear Nose Throat J. 2018;97:E11-E14
- Smith JH et al., Cephalalgia. 2013;33:914-23
- Mulazimoglu S et al., J Laryngol Otol. 2017;131:329-333
- Watanabe K et al., World Neurosurg. 2016;96:293-301
- Eghetesadi M et al., J Pain Res. 2017;10:435-438
- O'Neill F et al., Cephalalgia. 2017;37:658-669
- Wang Y et al., J Headache Pain. 2011;12:497-500; Riederer F et al., J Headache Pain. 2010;11:335-338; Bellotti C et al., Acta Neurochir (Wien). 1988;91:142-3; Homeida L et al., Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2016;121:626-8
- Tang IP et al., J Laryngol Otol. 2014;128:394-9; Inoue T et al., NMC Case Rep J. 2017;4:75-78
- Fuller G, Morgan C, Practical Neurology 2016;16:439-444.

CCC License 4499420240408