

Funktionelle Larynxrekonstruktion mittels Rippenknorpel und freiem Radialistransplantat nach 2/3 Laryngektomie

V. Bogdanov, T. Makridis, D. Grafmans, M. Herzog (E-Mail: v.bogdanov@ctk.de)

Klinik für HNO-Krankheiten, Kopf- und Halschirurgie, Carl-Thiem-Klinikum, Cottbus, Leitung: PD Dr. med. habil. Michael Herzog

Hintergrund:

Zur plastischen Rekonstruktion der Defekten nach ausgedehnten Kehlkopfteilresektionen sind viele verschiedene Methoden entwickelt worden. Meistens erfolgte dabei die Rekonstruktion mit lokal verfügbarem Gewebe (Haut- und Myokutanlappen, Trachealspangen, „composite grafts“ aus der Nasenscheidewand.^{1,2,3} Bei relativ häufig nach solchen Eingriffen auftretenden Atemweghindernissen und Aspirationen war in vielen Fällen eine funktionelle Laryngektomie erforderlich.² Nach Entwicklung der Rekonstruktionsoperationen mit freien Radialistransplantaten wurden diese auch zur Kehlkopfreakonstruktion verwendet.³ In jüngster Zeit berichteten einige Autoren über Verwendung des Rippenknorpels zur Larynxchondrosynthese.⁴ Wir stellen einen Fall vor, wo der Kehlkopf mit einem Rippenknorpel und einem Radialistransplantat nach einer unerwartet ausgedehnten Resektion rekonstruiert wurde.

Methode:

Bei dem 57-jährigen Patienten wurde initial ein cT3cN0cM0 glottisches Larynxkarzinom links diagnostiziert. Intraoperativ (geplantes Vorgehen - Teilresektion von außen) zeigte das Karzinom ein submuköses Wachstum über den kompletten Hemilarynx links mit Infiltration des Schild- und Ringknorpels. Nach schnellschnittkontrollierter R0-Resektion resultierte ein 1/3 Ringknorpeldefekt median, ein 2/3 Schildknorpeldefekt median links mehr als rechts. Der rechte Aryknorpel und die dorsalen 2/3 der rechten Stimmlippe und

Taschenfalte waren erhalten. Da mit dem Patienten keine Laryngektomie vereinbart wurde, erfolgte die Rekonstruktion mit Rippenknorpel, der den anterioren Aufbau des Larynxskeletts in der Medianlinie bildete. Die ipsilaterale Schildknorpelseite wurde mit restlichem Schildknorpel rekonstruiert und der Endolarynx mit einem Radialistransplantat ausgekleidet.

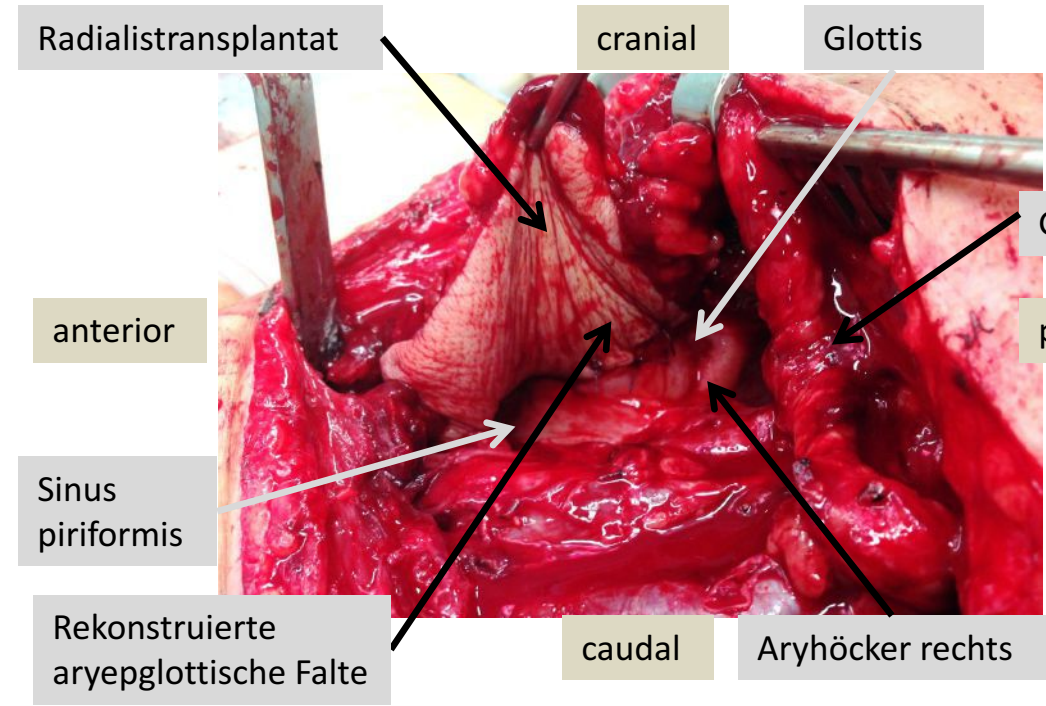
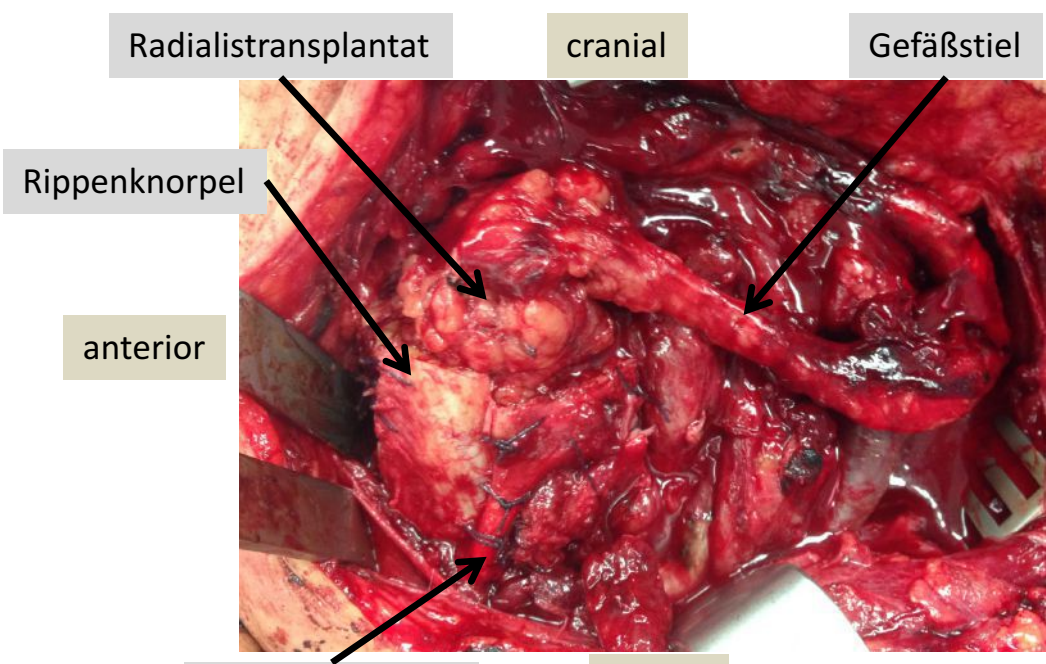
Ergebnis

10 Tage postoperativ war eine komplette orale Ernährung ohne Aspiration und Sprechen mit ungeblockter Sprechkanüle möglich. Bei abgedichtetem Stoma bestand keine Dyspnoe. Der Stomaverschluss wird in 6 Monate nach durchgeführter adjuvanter Radiochemotherapie angestrebt.

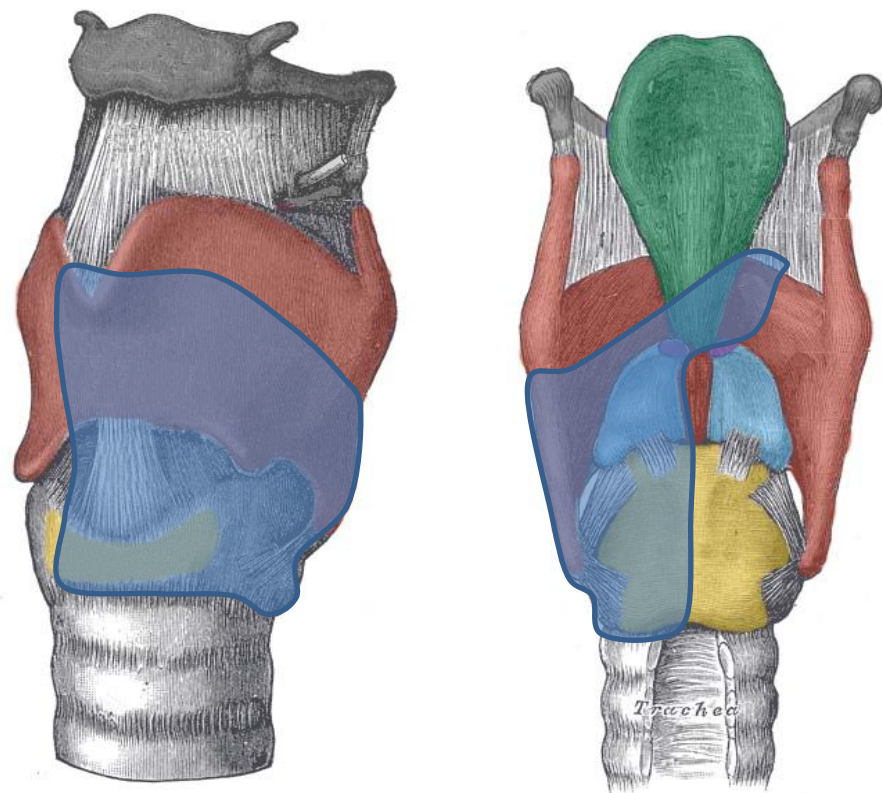
Schlussfolgerung

Eine 2/3-Rekonstruktion des Larynx ist funktionell zufriedenstellend möglich. Die Schluck-, Sprech- und Atemfunktion kann durch die Schaffung eines stabilen Knorpelskeletts und einer endolaryngealen Transplantatauskleidung erhalten werden. In Übereinstimmung mit der Literatur⁴ ist dafür der Erhalt eines mobilen Aryknorpels und 1/3 von Ring- und Schildknorpel nötig. Eine derartige Rekonstruktion kann bei ausgewählten Patienten als Alternative zur Cricohyoido(epiglott)pexie oder zur Laryngektomie gewählt werden.

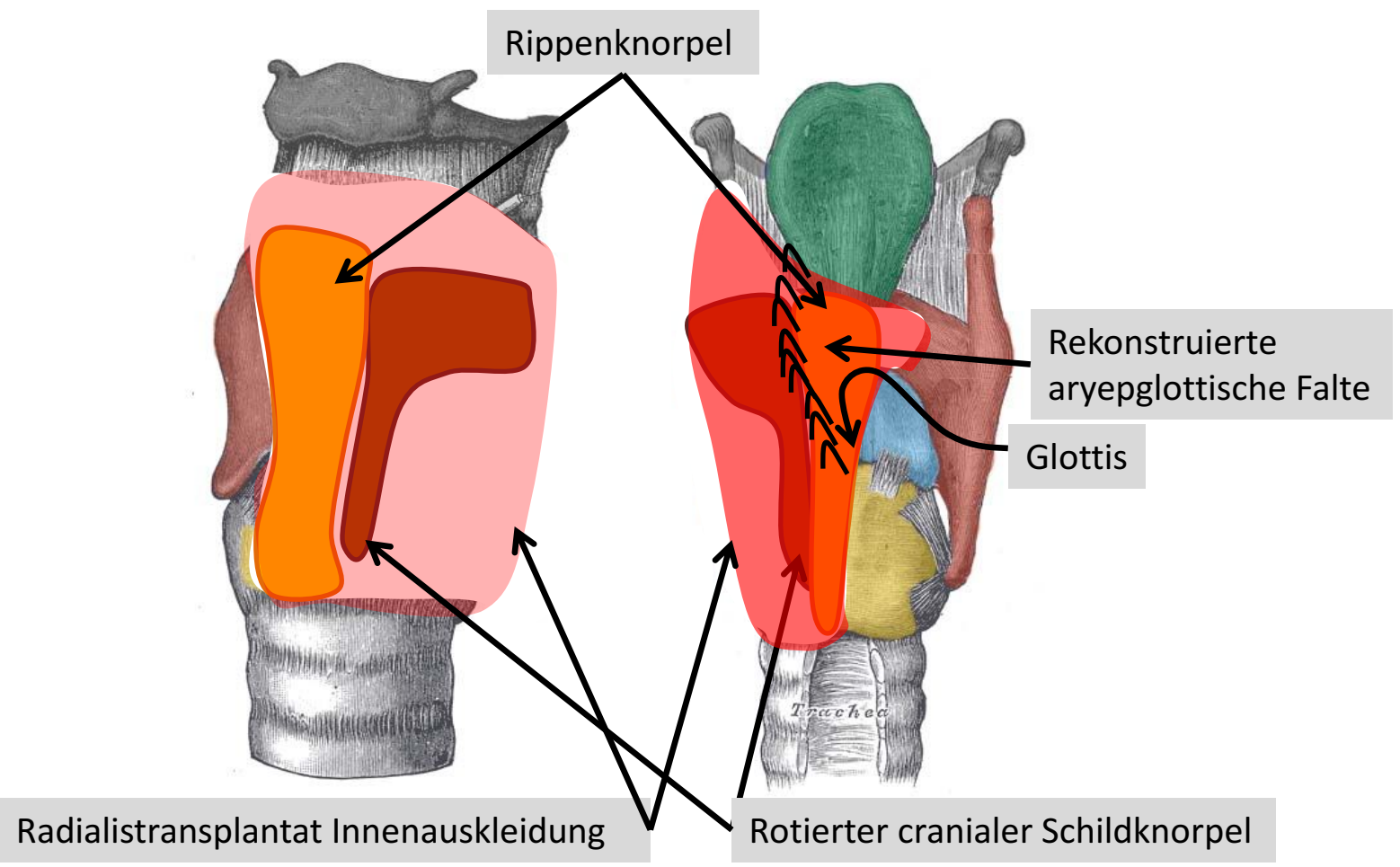
Intraoperative Bilder



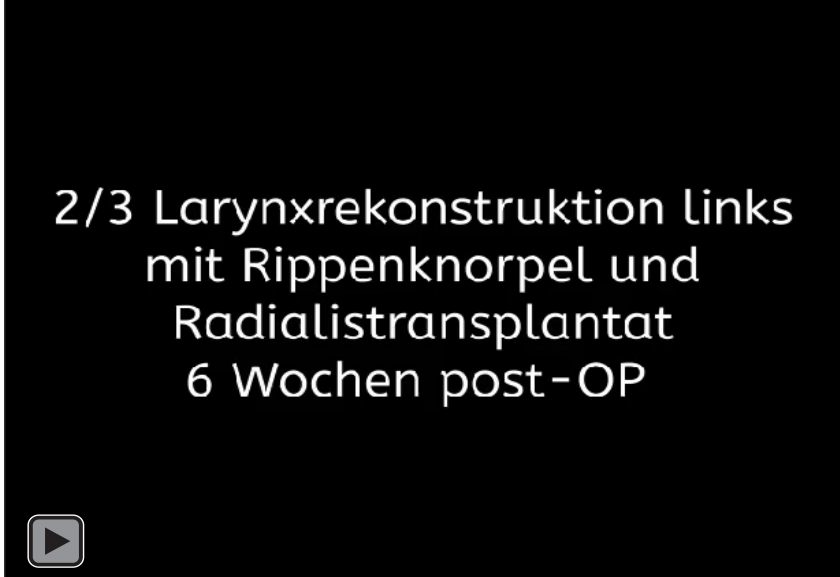
Resektionsareal



Rekonstruktion



Postoperatives FEES



Literatur:

1. Eliachar I, Papay F, Tucker HM (1991) Laryngotracheal reconstruction. Extended vertikale partial laryngektomie: reconstruction combining epiglottoplasty and the rotatory door flap. Otolaryngol Clin North Am 24. 1367-1383
2. Suits GW, Cohen JI, Everts EC (1996) Near-total laryngektomie. Patient selection and technical considerations. Arch Otolaryng 122: 473-475
3. Delaere PR, Poorten VV, Goeleven A, Feron M, Hermans R (1998) Tracheal autotransplantation: A reliable reconstructive technique for extended hemilaryngektomie defects. Laryngoskope 108: 929-934
4. Siegert R, Witte J, Jurk V, Kunisch M, Katzbach R, Remmert S (2002) Rekonstruktion nach ausgedehnten Larynx- und Hypopharynxteilresektionen. HNO 50:829-835