



## **Bösartige Tumoren des Kehlkopfs (Larynxkarzinom) und des unteren Rachenbereichs (Hypopharynxkarzinom)**

Prim. Prof. Dr. Hans-Edmund Eckel (HNO-Abteilung Landeskrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee)

### **Risikofaktoren und Ursachen**

Die häufigste Ursache für die Entstehung von bösartigen Tumoren des Kehlkopfs und des Rachens ist das langjährige Zigaretten rauchen. Weitere ursächliche Faktoren können übermäßiger Genuss von alkoholischen Getränken und spezielle Virusinfektionen (mit humanen Papilloma-Viren) sein. Auch die chronische Refluxerkrankung kann eine mögliche Ursache für Kehlkopftumore darstellen. Es gibt aber immer wieder Patienten, bei denen ein ursächlicher Auslöser für einen Kehlkopftumor letztlich nicht gefunden werden kann.

### **Symptome**

Tumore des Kehlkopfs gehören zu den häufigsten Tumorerkrankungen im Kopf- und Halsgebiet. Da der Kehlkopf die Funktion hat, die Atem- von den Nahrungswegen zu trennen, kann es bei Kehlkopftumoren zu Störungen von Atmung, Nahrungsaufnahme (Schlucken) und zusätzlich zu Stimmstörungen (Heiserkeit) kommen, weil die Stimmlippen einen Teil des Kehlkopfs bilden. Außerdem können Schmerzen im Hals, besonders beim Essen und Trinken, auftreten. Deshalb sollte bei jeder Stimmstörung, bei Störungen der Atmung und bei Schluckstörungen stets ein HNO-Arzt konsultiert werden, der durch eine einfache Untersuchung in der Praxis den Verdacht auf Kehlkopftumoren ausschließen oder aber einen vorläufigen Verdacht bestätigen kann. Die möglichst frühzeitige Diagnostik ist entscheidend für die Heilungsaussichten und die Lebensqualität. Deshalb muss bei den o.g. Symptomen eine rasche Abklärung erfolgen.

### **Diagnostische Abklärung, Untersuchungen**

Das häufigste Symptom eines Kehlkopftumors ist eine Stimmstörung (Heiserkeit). Heute gilt in der Medizin daher die feste Regel: Wenn eine Heiserkeit länger als drei Wochen besteht, muss unbedingt eine endoskopische Untersuchung des Kehlkopfs beim HNO-Arzt erfolgen. Diese Untersuchung kann in jeder HNO-Praxis ohne Narkose durchgeführt werden. Bei besonders empfindlichen Menschen kann eine oberflächliche Betäubung der Schleimhäute im Rachen angebracht sein. Die Untersuchung kann entweder mit einem starren Endoskop durch den Mund hindurch erfolgen, oder aber mit einem flexiblen Endoskop durch die Nase. Die Untersuchung ist praktisch risikolos und nicht schmerzhaft.

Wenn sich bei dieser Untersuchung verdächtige Veränderungen im Bereich von Rachen oder Kehlkopf finden, ist eine weiterführende Abklärung des Befundes im Rahmen einer Narkoseuntersuchung (sogenannte Mikrolaryngoskopie und Panendoskopie, siehe auch die Artikel Bösartige Tumoren der Mundhöhle und Bösartige Tumoren des oberen Rachens) erforderlich. Dabei wird in

Allgemeinnarkose ein spezielles Endoskop durch den Mund des Patienten in den Kehlkopf eingeführt. Auf diesem Weg kann dann die Kehlkopfschleimhaut mit dem Operationsmikroskop und mit speziellen Optiken sehr genau untersucht werden. Von verdächtigen Schleimhautabschnitten werden dabei Gewebeproben entnommen und im Anschluss vom Pathologen untersucht. Bei dieser Untersuchung wird dann endgültig festgestellt, ob ein Tumor vorliegt oder nicht, und welche Art von Tumor gegebenenfalls besteht.

Wenn ein Tumor einmal endgültig festgestellt ist, folgen in der Regel weitere Untersuchungen, in der Regel Computertomographie oder Kernspintomographie des Halses, Ultraschalluntersuchung der Halslymphknoten, Röntgenuntersuchungen der Lunge und gegebenenfalls weitere Untersuchungen. Labor-Untersuchungen (Blutuntersuchungen) spielen bei der Diagnose von Kehlkopfkarzinomen und für die Behandlungsplanung keine wesentliche Rolle, sie sind nur für die Einschätzung des Allgemeinzustandes und eventuell vorhandener Begleiterkrankungen von Bedeutung. Sogenannte Tumormarker (spezielle Laboruntersuchungen), die bei manchen Tumorarten für eine Einschätzung der Prognose und eine Beurteilung des Behandlungsverlaufs herangezogen werden können, bestehen für bis heute leider Kehlkopfkarzinome nicht.

## **Behandlung**

Wenn eine Tumordiagnose einmal durch die Auswertung einer Gewebeprobe bestätigt wurde, werden vom HNO-Arzt alle wichtigen Befunde – Gewebsbefund (Histologie), Ergebnisse bildgebender Untersuchungen (CT, MR, Ultraschall, etc.), allgemeinmedizinische Untersuchungsbefunde (EKG, Laborwerte, etc.) – zusammengetragen. Auf der Basis dieser Befunde wird dann eine vorläufige Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten vorgenommen. Jeder Patient sollte darauf bestehen, dass die für ihn am besten geeigneten Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen eines sogenannten interdisziplinären Tumorboards besprochen werden. Es handelt sich um eine Konferenz von HNO-Ärzten, Strahlentherapeuten, internistischen Tumorspezialisten, gegebenenfalls auch Radiologen und Pathologen, bei der die unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten aus der Sicht des jeweiligen Fachs beleuchtet und erörtert werden. Am Ende steht eine Empfehlung für den Patienten.

Oft sind verschiedene Behandlungsmöglichkeiten gegeben, deren Vor- und Nachteile mit dem Patienten zu besprechen sind, bevor letztendlich in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten eine endgültige Entscheidung über den weiteren Behandlungsverlauf getroffen wird.

Bei kleineren Tumoren besteht heute in der Regel die Möglichkeit, den Tumor auf endoskopischem Weg (durch den Mund hindurch) laserchirurgisch und minimal-invasiv zu entfernen. Ergänzend kann bei speziellen Tumoren die zusätzliche Entfernung von Hals-Lymphknoten (sogenannte Neck dissection) erforderlich werden. Sind Hals-Lymphknoten mitbetroffen, oder liegt ein besonders aggressives Tumorstadium vor, ist nach der Operation eine ergänzende Nachbestrahlung erforderlich.

Als Alternative zur Operation kommt bei kleinen Tumoren aber auch eine alleinige Bestrahlungsbehandlung in Betracht.

Bei fortgeschrittenen Tumoren sind ausgedehntere Operationen am Kehlkopf, bis hin zur vollständigen Kehlkopferntfernung, oft die beste Therapie. Alternativ kann aber auf eine Kehlkopferntfernung verzichtet werden, wenn die Kehlkopfknochen noch nicht vom Tumor angegriffen worden sind. An die Stelle einer Operation tritt dann eine Kombination aus Chemotherapie und Strahlentherapie.

Ob im Einzelfall eine OP oder eine Kombination aus Chemo- und Strahlentherapie besser geeignet ist, kann nicht verallgemeinert werden. Hier ist stets eine am einzelnen Patienten orientierte individuelle Entscheidung erforderlich.

### **Prognose**

Die Prognose von kleinen Kehlkopfknochenkarzinomen ist, eine entsprechende Behandlung vorausgesetzt, heute sehr günstig. Weit über 90 % aller Patienten mit kleinen Stimmlippenkarzinomen können heute dauerhaft geheilt werden. Aber auch bei fortgeschrittenen Kehlkopftumoren sind die Heilungsaussichten wesentlich günstiger als bei vielen anderen bösartigen Tumorarten, etwa den bösartigen Tumoren der Lunge oder der Speiseröhre. Entscheidend für die Prognose ist eine möglichst frühzeitige Diagnose. Daher darf bei dem ersten Auftreten von Symptomen, die auf eine Tumorerkrankung hinweisen könnten, nicht aus Angst vor drohendem Ungemach eine ärztliche Untersuchung aufgeschoben werden. Eine rasche Abklärung erlaubt eine frühere Diagnose und in weiterer Folge eine schonende und sehr erfolgversprechende Behandlung. Ein Verschleppen der Diagnose bedeutet dem gegenüber häufig eine schwerwiegendere Behandlung mit weniger günstigen Heilungsaussichten.

Wichtig für alle Patienten ist insbesondere, dass mit Beginn der Behandlung unbedingt das Rauchen konsequent und dauerhaft eingestellt werden muss. Wer weiterraucht, verschlechtert die eigenen Behandlungsaussichten erheblich!

### **Nachbehandlung**

Nach dem Abschluss der eigentlichen Tumorthherapie ist eine regelmäßige Nachsorge erforderlich. Sie erfolgt entweder im behandelnden Krankenhaus oder beim niedergelassenen HNO-Facharzt. Art und Intervall der Kontrolluntersuchungen werden im Einzelfall von den behandelnden Ärzten festgelegt. Regelmäßige Bestandteile der Nachsorge sind die endoskopische Untersuchung des Larynx und die regelmäßige Ultraschall-Untersuchung der Halslymphknoten. In speziellen Situationen werden auch Computertomographie, Kernspintomographie, PET-Untersuchungen oder Endoskopien in Allgemeinnarkose (sogenannte Panendoskopie) erforderlich.

Generell gelten Tumorkrankheiten des Kehlkopfs, wenn 5 Jahre nach Behandlungsbeginn kein neues Tumorwachstum festzustellen ist, als geheilt.

Es verbleibt aber allen Patienten, die einmal einen derartigen Tumor hatten, stets ein gewisses Risiko für eine spätere neue Tumorentstehung im Kopf-Halsgebiet. Daher sollen Nachuntersuchungen nicht nur für 5 Jahre, sondern in regelmäßigen Abständen lebenslang erfolgen.