

Hals - Kehlkopf- Ösophagus

Anatomie, Diagnostik, Pathologie, Therapie

Barbara Wollenberg

Klinik für HNO-Heilkunde, UKSH, Campus Lübeck,
Dir. Frau Prof. Dr. B. Wollenberg

Hals: Leitsymptome

- Formveränderungen
- Schmerzen
- Bewegungseinschränkungen
- Schluckbeschwerden

Hals: Untersuchungsmethoden

- Anamnese
- Inspektion
- Palpation
- Sonographie
- Computertomographie
- Magnetresonanztomographie
- Feinnadelpunktion
- PET

DD Schwellung am Hals

- I
- N
- T
- I
- M
- (L)
- Infektion/Entzündung
- Neubildung gut-/ bösartig
- Trauma
- Iatrogen
- Mißbildung (Embryologisch)
- Lähmung

Hals: Entzündliche Erkrankungen

- Furunkel, Karbunkel
- Lymphadenitis colli
- Halslymphknotentuberkulose, Sarkoidose
- Komplizierte Infektionen
 - Abszesse der tiefen Halsweichteile, Halsphlegmone
 - Nekrotisierende Fasiitis

Lymphadenitis colli

Hals: Halsabszess

- Dentogen
- Hämatogen
- Regionär

Stephan Lang

Beziehungen der drei Halsfaszien zu den häufigsten Abszesslokalisationen am Hals

Hals: Halsabszess- Spaltung

„UBI PUS IBI EVACUO“

Stephan Lang

Hals: Benigne Tumoren

- Lipom,
- Neurinom,.....

Madelung-Fetthals

Hals- Benigne Tumoren: Glomus caroticum Tumor

Gutartiger, gefäßreicher Tumor des Glomus caroticum
=> nicht chromaffines Paragangliom

Hals- Maligne Tumoren:

- Lymphknotenmetastasen
- CUP (Cancer of unknown primary)
- Lymphome
(> 30% starten am Hals)

Topographie der Halslymphknotenregionen

Level I: zw. Mandibula sowie Dig.-Bäuchen
(einschließl. Gl. submandibularis)

Level II: Schädelbasis bis Karotisbifurkation;
zw. Vorder- und Hinterkante des MSCM

Level III: Karotisbifurk. bis Kreuzung M. omo/V.
jug. int.;
zw. Vorder- und Hinterkante des MSCM

Level IV: Kreuzung M. omo/V. jug. int. bis
Clavicula;
zw. Vorder- und Hinterkante des MSCM

Level V: Hinterkante MSCM

Level VI: anteriore LK

Klassifikation der regionären Lymphknoten-Metastasierung von Kopf-Hals-Tumoren (TNM)

- N0: keine Lymphknotenfiliae
- N1: 1 ipsilateraler LK kleiner 3 cm
- N2a: 1 ipsilateraler LK $> 3 < 6$ cm
- N2b: mehrere ipsilaterale LK < 6 cm
- N2c: bi- oder kontralaterale LK < 6 cm
- N3: LK > 6 cm

Neck dissection

**Identifikation und Ausräumung
von besonders häufig
metastatisch befallenen
Lymphknotengruppen in
Abhängigkeit der Lokalisation
des Primärtumors**

Mögliche Indikationsstellung zur ipsilateralen Neck Dissection bei klinischem N0-Hals

Bei allen HNO-Karzinomen $T \geq 2$

Ausnahme:

- Glottiskarzinom $T \geq 3$
- Jedes Hypopharynxkarzinom
- Lymphangiosis carcinomatosa

Embryologie I: Anatomie der lateralen Halsfistel des 3. Kiemenbogensegments

Laterale Halszyste

- Ät: Relikt der 2. oder 3. Schlundtasche oder zystische Lymphadenopathie
- Sy: cervikale RF
- Dg: Sonographie
- Th: Exstirpation ggf. mit TE

Mediane Halszyste - Lagevarianten

- Pg: Deszendierende Schilddrüsenanlage aus den ventralen Anteilen des 3. u. 4. Kiemenbogen
- Persistierender Ductus thyreoglossus → Ductus-thyreoglossus-Zyste oder Zungengrundstruma

Mediane Halszyste

- Kinder, jüngere Erwachsene
- Sy: RF in der Mittellinie, Schluckbeschwerden, FK-Gefühl
- Dg: Sonographie
- Th: OP nach Sistrunk

Stephan Lang

Larynx-Hypopharynx-Ösophagus-Trachea

Ösophagus- Anatomie

3 Engen

Leitsymptom Dysphagie

(Störung des Schluckaktes von der Mundhöhle bis zum Magen)

- Schluckbeschwerden
- Foetor ex ore
- Regurgitation
- Retrosternaler Schmerz
- Aspirationen
- Gewichtsverlust

DD Dysphagie: Systematische Abklärung INTERDISZIPLINÄR

- Anamnese (Klärung der Etage)
- Inspektion
- Röntgenbreischluck (Kinematographie)
- Röntgen HWS seitlich
- Endoskopie !!!
- Computertomographie
- Magnetresonanztomographie
- (Endosonographie, pH-Metrie, Manometrie,)

DD Dysphagie

- I
- N
- T
- I
- M
- (L)

Störung des Schluckaktes von der Mundhöhle bis zum Magen

Ab dem 70.LJ. Bis zu 20 % betroffen

Infektiös -Entzündlich

GERD : Gastro esophageal reflux disease

Barrett Syndrom

Zenker'sches Divertikel

Falsches Divertikel – nicht alle Wandschichten
„Husten nach den ersten drei Bissen“



Dysphagie – HWS Problem ?

- Arthrose
- M.Forestier:
Spondylosis hyperostotica
- Schleudertrauma, Fraktur
- Luxation
- Halsrippe
- Spondylolisthesis

Neoplasie:

Ösophaguskarzinom
Oder

Extern infiltrierende
Karzinome

Trauma

- Akzidentelle oder suizidale Ingestion schädigender Substanzen/
Fremdkörper
- Der Schaden betrifft nicht nur die Schleimhaut der Mundhöhle,
sondern auch den Schlund und die Speiseröhre
- Säuren => Koagulationsnekrose
- Laugen => Kolliquationsnekrose

Trinken /Spülen/ Cortison/Antibiose /Resektion

Trauma- Fremdkörper

Jeder Fremdkörperverdacht muß
endoskopisch abgeklärt werden.

**Über dem Ösophagusfremdkörper
darf die Sonne nicht auf- und
untergehen.**

latrogen

Medikamente Nebenwirkung von :

- Anticholinergika
- Benzodiazepine
- Neuroleptika
- Glucocorticoide
-

Lähmung / Neurogen

1. Achalasie

Im Allgemeinen wird damit die Unfähigkeit des unteren Ösophagussphinkters bezeichnet, sich für den Durchtritt eines Bissens in den Magen ausreichend zu öffnen, wobei allerdings auch die Motilität der gesamten Speiseröhre gestört sein kann.

2. Zentrálnervöse Veränderungen:

- ALS
- MS
- Hirntumor,
- Polyneuropathie
- Myasthenia gravis
-

Anatomie

Diagnostik

Indirekte Laryngoskopie mit Lupenendoskop

Diagnostik- Flexible Endoskopie

Diagnostik

Direkte Laryngoskopie/ Stützautoskopie

Larynx- Funktion

Respiration

Phonation

DD Heiserkeit

- I
- N
- T
- I
- M
- (L)

Akute Laryngitis

Th: konservativ, Stimm Schonung, Inhalationen

Chronische Laryngitis

Akute Epiglottitis

Gutartige Tumoren des Larynx

Epitheliale Tumoren

Papillome
Epitheliale Zysten
Onkozytome
Pleomorphe Adenome

Mesodermale Tumoren

Chondrome
Hämangiome
Lymphangiome
Fibrome
Fibrioestozytome
Leiomyome
Rhabdomyome
Lipome

Neurogene Tumoren

Neurofibrome
Neurilemmome
Paragangliome
Granularzelltumoren

Schrei-/Sängerknötchen

Stimm lippenpolyp

Intubationsgranulom

Reinke-Ödem

Respiration

Phonation

Larynxpiliomatose

Sicherung des Atemweges durch Jetventilation



Ein Larynxkarzinom beeinflusst die Geschichte

Dez. 1886: Kaiser Friedrich III. => Heiserkeit

8 Wochen Behandlung durch Generalarzt Wegener erfolglos

15. Mai 1887: Heiserkeit progredient

Die deutsche Kronprinzessin bittet ihre Mutter, die englische Königin Victoria, einen berühmten englischen Spezialisten hinzuzuziehen = Morrel Mackenzie

20. Mai 1887: PE durch Morell Mackenzie. Ergebnis „Kein Malignom

Aug-Okt 1887: Fixation der linken Stimmlippe, Subglottisches Wachstum

Ein Larynxkarzinom beeinflusst die Geschichte

9. Nov. 1887: Rat zur Laryngektomie durch Wiener Laryngologen von Schrötter ► Vater Wilhelm I. lehnte dies ab

8. Februar 1888: Tracheostomie

3. März 1888: Tumor abgehustet. „Karzinom“

15. Juni 1888: Tod von Kaiser Friedrich III.

Klassifikation der Larynxkarzinome

Supraglottis

- T1** Tumor auf einen Unterbezirk der Supraglottis begrenzt, mit normaler Stimmbandbeweglichkeit
- T2** Tumor infiltriert mehr als einen Unterbezirk der Supraglottis oder Glottis, mit normaler Stimmbandbeweglichkeit
- T3** Tumor auf den Larynx begrenzt, mit Stimmbandfixation, und/oder Tumor mit Infiltration des Postkrikoidbezirks, der medialen Wand des Sinus piriformis oder des präepiglottischen Gewebes
- T4** Tumor infiltriert durch den Schildknorpel und/oder breitet sich auf andere Gewebe außerhalb des Larynx aus, z. B. Oropharynx oder Weichteile des Halses

Glottis

- T1** Tumor auf Stimmband (Stimmbänder) begrenzt (kann auch vordere oder hintere Kommissur befallen), mit normaler Beweglichkeit
 - T1a** Tumor auf ein Stimmband begrenzt
 - T1b** Tumorbefall beider Stimmbänder
- T2** Tumor breitet sich auf Supraglottis und/oder Subglottis aus und/oder Tumor mit eingeschränkter Stimmbandbeweglichkeit
- T3** Tumor auf den Larynx begrenzt, mit Stimmbandfixation
- T4** Tumor infiltriert durch den Schildknorpel und/oder breitet sich auf andere Gewebe außerhalb des Larynx, wie Oropharynx oder Weichteile des Halses, aus

Subglottis

- T1** Tumor auf die Subglottis begrenzt
- T2** Tumor breitet sich auf Stimmband (Stimmbänder) aus, mit normaler oder eingeschränkter Beweglichkeit
- T3** Tumor auf den Larynx begrenzt, mit Stimmbandfixation
- T4** Tumor infiltriert durch Ring- oder Schildknorpel und/oder breitet sich auf andere Gewebe außerhalb des Larynx, wie Oropharynx oder Weichteile des Halses, aus

Stimm lippenleukoplakie

Leichtgradige Dysplasie

Carcinoma in situ

Larynxkarzinom: Linke Stimmrinne

T-2 Karzinom

T-3 Karzinom

Larynxkarzinom

Frontolaterale Kehlkopfteilresektion

Progression zum 3-Etagen-Larynxkarzinom [Supraglottis – Glottis – Subglottis]

Laryngektomie

Lebensqualität nach Laryngektomie

- Riechen/ Schmecken
- Tracheale Öffnung
- Bauchpresse
- COPD -HME
- Stimme

Möglichkeiten der Stimmrehabilitation

- Ösophagusersatzstimme = Ruktussprache
- Elektronischer Tonerzeuger = Servox
- Stimmprothese = Provox



Provox-Stimmprothese

Klebeventil

Iatrogenes Trauma

Intubation

**Luxation
Arytaenoidgelenk**

Recurrensparese

Trauma: Larynxfraktur- Trachealabriss