

Der besondere Fall

Plasmozytom im Larynx

CATHRIN ZEISNER, OLIVER KASCHKE

Meist infiltrieren Plasmozytome das Knochenmark, zerstören dort den Knochen und verdrängen die normalen blutbildenden Zellen. In seltenen Fällen können sie aber auch solitär und extramedullär auftreten. Entwickeln sie sich im HNO-Bereich, ist vorwiegend der Nasopharynx betroffen – jedoch nicht immer, wie die folgende Kasuistik zeigt.

Bei einer 72-jährigen Patientin wurde im Rahmen einer Akutbehandlung wegen plötzlicher Heiserkeit und starken rechtsbetonten Schluckbeschwerden ein auffälliger lupenlaryngoskopischer Befund erhoben. Eine Luftnot oder stridoröse Atmung fiel nicht auf. Bis auf einen bekannten Bluthochdruck, eine Schilddrüsenunterfunktion und degenerative Wirbelsäulenveränderungen gab die Patientin keine weiteren Erkrankungen an.

Diagnostik und Befunde

In der Lupenlaryngoskopie fiel eine große, kugelförmige, livide Raumforderung im Bereich der Supraglottis auf. Diese erstreckte sich ausgehend vom rechten Morgagnischen Ventrikel über die gesamte rechte Taschenfalte bis in die aryepiglottische Falte (Abb. 1). Die Glottisebene war wegen des überhängenden Tumors schlecht einsehbar, der Glottis-

spalt imponierte schmal. Eine Beweglichkeit beider Stimmlippen wurde aber registriert. Alle anderen endoskopisch einsehbaren HNO-Abschnitte zeigten keine Auffälligkeiten, insbesondere bestand keine Halslymphknotenschwellung.

Differenzialdiagnostisch wurden eine Larynxneoplasie oder eine abszedierende Entzündung in Betracht gezogen; die Patientin erhielt deshalb eine intravenöse Antibiotikatherapie unter stationärer Überwachung. Im zunächst eingeleiteten CT des Halses (Abb. 2) war ein großer rechtsseitiger, transglottisch gelegener Larynxtumor zu erkennen, der in den Schildknorpel durchgebrochen war und in enger nachbarschaftlicher Beziehung zum Ösophagusmund stand. Beidseits stellten sich entlang der Gefäß-Nerven-Scheide und im Kieferwinkel rechtsbetont Halslymphknoten dar, deren Durchmesser jedoch kleiner als 1 cm waren. Die Laborwerte ergaben bis auf

eine mäßige Leukozytose (12,7/nl) Normwerte. Und auch im Röntgen-Thoraxbild gab es bis auf eine ältere BWK-Fraktur keine Auffälligkeiten.

Die zur histologischen Diagnose-sicherung durchgeführte Mikrolaryngoskopie stellte noch deutlicher einen derben, geröteten Tumor dar, ausgehend von der rechten Taschenfalte mit Ausdehnung auf die aryepiglottische Falte. Der relativ glatt begrenzte Befund konnte laserchirurgisch in toto reseziert werden. Die Histologie des Resektates ergab die Diagnose eines schlecht differenzierten Plasmozytoms; das entsprechende Referenzzentrum für Lymphknoten- und Hämatopathologie am Universitätsklinikum Benjamin Franklin in Berlin bestätigte die Diagnose.

Plasmozytome

Plasmozytome gehören zu den Non-Hodgkin-Lymphomen der B-Zell-Reihe und infiltrieren diffus und/oder multilokulär das Knochenmark. Ausgehend von einem Klon maligne transformierter Plasmazellen wird der normale Knochen zerstört und die normale Blutbildung verdrängt. Typischerweise werden Immunglobuline eines einzigen Idiotypen gebildet (sog. monoklonales IgG) oder nur Leichtketten. Selten finden sich solitäre, primär extramedulläre Plasmozy-

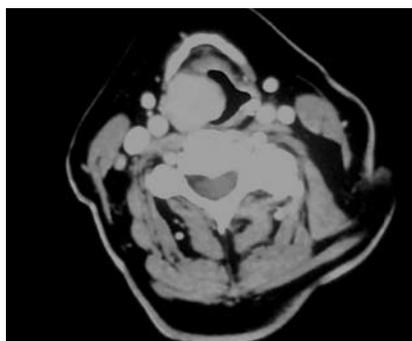
**Abbildung 1:** Präoperativer Befund**Abbildung 2:** Rechtsseitiger Larynxtumor im CT des Halses**Abbildung 3:** Befund 10 Tage postoperativ



Abbildung 4: Befund 15 Wochen postoperativ



Abbildung 5: Befund 23 Wochen postoperativ



Abbildung 6: Befund 27 Wochen postoperativ

tome, wie zum Beispiel im HNO-Bereich. Da diese langsamer metastasieren, haben sie eine bessere Prognose.

In Kenntnis der Histologie erfolgte nun die plasmozytom-spezifische Diagnostik mit Bestimmung von CRP, BSG, Calcium, Alkalischer Phosphatase, Differenzialblutbild, Elektrophorese, Immunfixation und Urinstatus. Die hier aufgeführten Werte lagen bei unserer Patientin fast alle im Normbereich. Lediglich durch die Immunfixation ließ sich monoklonales IgG Typ lambda nachweisen. Darüber hinaus wurden weitere bild-

gebende Verfahren eingesetzt, unter anderem die Skelett-szintigrafie.

Therapie

Nach Abschluss der stationären postoperativen Überwachung wurde die Patientin zur weiteren Therapieplanung und -durchführung in eine Abteilung für Hämatologie und Onkologie (Universitätsklinikum Charité, Campus Benjamin Franklin) überwiesen. Unter der dort eingeleiteten Chemotherapie nach dem CAD-Protokoll (Cyclophosphamid/Doxorubicin/Dexamethason) kam es nach fünf Zyklen zu einem Weichteilrezidiv parasternal, so dass die Therapie gemäß dem VAD-Protokoll (Vincristin/Adriamycin/Dexamethason) umgestellt wurde. Hierunter war das Rezidiv zunächst weiter progredient, sodass die Patientin schließlich einer Hochdosischemotherapie mit Melphalan zugeführt wurde, unter der es zu einer kompletten Regression kam. Parallel zur Chemotherapie wurde regelmäßig lupenlaryngoskopisch kontrolliert – die dabei erhobenen Befunde waren regelrecht und entsprachen dem Verlauf der Wundheilung (Abb. 3, 4, 5, 6). Acht Monate nach Tumorresektion gab es keinen Anhalt für lokoregionäre Rezidive.

Dr. med. Cathrin Zeisner

Prof. Dr. med. Oliver Kaschke

Abteilung HNO, plastische
Gesichts- und Halschirurgie
Sankt Gertrauden Krankenhaus
Paretzer Str. 12, 10713 Berlin

Fazit

Auch wenn Plasmozytome sich insgesamt selten solitär und extramedullär manifestieren, entwickeln sich diese im HNO-Bereich vorwiegend im Bereich des Nasopharynx, seltener im Larynx oder Hypopharynx. Glatt begrenzte und symptomarme Neubildungen der Schleimhaut sollten stets histologisch abgeklärt werden. Bei unsicheren histologischen Befunden sollte die Diagnostik mit immunhistologischen Techniken ergänzt werden. Wegen der prinzipiellen Rezidivgefahr ist eine regelmäßige endoskopische Kontrolluntersuchung erforderlich.

Anzeige