

Stumme Aspiration eines tracheoösophagealen Shuntventils: ein Fallbericht

Stella Sanader, Dirk Beutner, Maria Grosheva

*Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie der Uniklinik Köln
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. K.-B. Hüttenbrink)*

Einleitung

Die Stimmrehabilitation nach einer totalen Laryngektomie erfolgt bei einer Vielzahl der Patienten heutzutage mit einem tracheoösophagealen Shuntventil. Über eine Shuntventil-Aspiration wird in 1-13% der Patienten berichtet. Die Aspiration wird in der Regel durch akute Dyspnoe, Husten und Speichelaspiration bemerkt. Wir berichten hier über eine 8 Monate klinisch unbemerkte Stimmprothesenaspiration.

Falldarstellung

Anamnese:

Ein 52-jähriger Patient stellte sich in unserer regulären Tumornachsorge vor. Bei vor 1,5 Jahren durchgeführter totaler Laryngektomie und Sprechventileinlage bei einem pT4a Larynxkarzinom verneinte er tumorbezogene Symptomatik. Es fiel eine Aphonie auf. Sie bestünde laut Patienten seit ca. einem halben Jahr. Seit ca. 8 Monaten habe er auch einen lästigen, jedoch sporadischen Husten. Luftnot oder Schluckbeschwerden wurden verneint.

In der klinischen Untersuchung zeigte sich ein reizloser Neopharynx und Tracheostoma. Es waren weder ein Sprechventil noch eine tracheoösophageale Fistel sichtbar oder sondierbar. Die Trachea war bis zur Carina frei einsehbar. Der Abgang des linken Hauptbronchus war mit wenig weißlichem Sekret verlegt.

Diagnostik:

Bei Verdacht auf eine länger zurückliegende Aspiration des Sprechventils führten wir eine Röntgen-Thorax Untersuchung in 2 Ebenen durch, wobei sich ein rundlicher röntgendichter Fremdkörper auf den linken Unterlappenbronchus projizierte (Abb. 1a, b). Die beiden Lungen waren belüftet; Hinweise auf ein entzündliches Infiltrat oder ein Pleuraerguss fanden sich nicht.

Verlauf:

Wir führten sofort eine starre Tracheobronchoskopie in Allgemeinanästhesie durch. Intraoperativ war das Lumen des linken Hauptbronchus durch das Granulationsgewebe subtotal verlegt. Das Sprechventil (Abb. 2) war im vulnerablen Granulationsgewebe eingebettet, konnte jedoch komplikationslos unter Sicht entfernt werden. Die weitere Endoskopie zeigte reizlose Schleimhäute. Wir führten ein Kontroll-Röntgen des Thorax durch, welches unauffällig war. Der Patient wurde beschwerdefrei entlassen. Die Neu-Anlage der tracheoösophagealen Fistel erfolgte zweizeitig nach Ablauf von 8 Wochen in ITN komplikationslos.

Diskussion

Die Aspiration des Shuntventils ist in meisten Fällen iatrogen bedingt: d.h. zur Aspiration kommt es beim Prothesenwechsel. Eine akute Aspiration des Shuntventils mit Luftnot stellt eindeutig einen Notfall dar und bedarf einer sofortiger Intervention. Eine „stumme“ Aspiration, deren „Dunkelziffer“ sehr hoch ist, wird häufig durch Komorbiditäten (wie COPD) kaschiert und kann schlichtweg durch den behandelnden Arzt „übersehen“ werden. Bei Verdacht einer Ventilaspiration stellt ein Röntgen-Thorax in 2 Ebenen die Diagnostik der ersten Wahl dar. (Abb. 1). Eine Computertomographie kann in unklaren Fällen durchgeführt werden. Unabhängig von der Klinik der Prothesenaspiration ist die eine notfallmäßige schnellstmögliche Sicherung des Fremdkörpers unabdingbar. Wir führten am gleichen Tag notfallmäßig eine starre Tracheobronchoskopie in Allgemeinanästhesie durch und konnten das Ventil komplikationslos aus dem linken Hauptbronchus entfernen. Ist eine starre Endoskopie nicht möglich, liefert ein flexibles Verfahren mit einer Erfolgsrate von bis zu 60% eine Alternative.

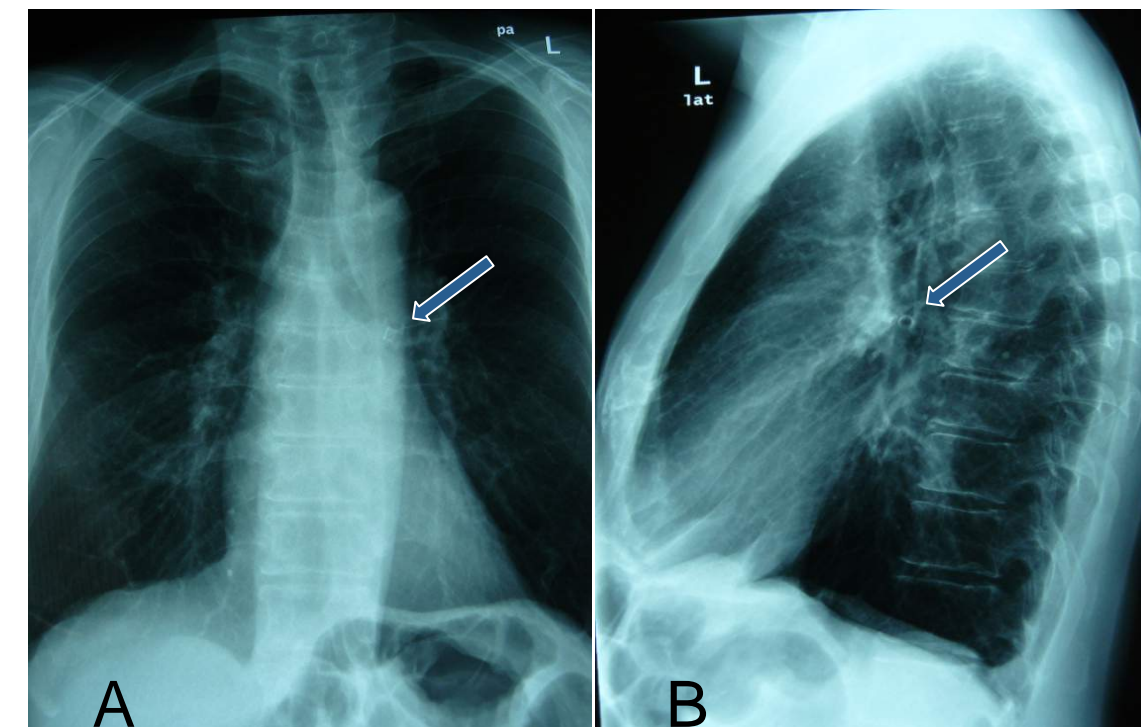


Abbildung 1. Röntgen Aufnahme mit Projektion des Shuntventils auf den linken Unterlappenbronchus. In **A** in a.p. Projektion, in **B** in lateraler Projektion



Abbildung 2. Provox™ - Shuntventil