

Einleitung:

Das primäre Plattenepithelkarzinom der Schilddrüse ist mit weniger als 1% aller malignen Neoplasien der Schilddrüse ein extrem seltener Tumor. Bei einer mittleren Überlebenszeit von 9 Monaten ab Diagnosestellung, haben Patienten bis heute eine äußerst schlechte Prognose. Als einzig prognostischer Faktor für ein verlängertes Überleben hat sich bisher die chirurgische R0 Resektion gezeigt. Es tritt für gewöhnlich zwischen der fünften und sechsten Lebensdekade auf, mit einer leichten Bevorzugung des weiblichen Geschlechts (M:F 1:2). Häufige Beschwerden sind eine paratracheale Raumforderung, Dysphagie, Dysphonie oder Dyspnoe. Die Therapie umfasst die chirurgische Resektion sowie die primäre oder adjuvante Radiochemotherapie, wobei das Ansprechen auf Radiatio als schlecht gilt.

Methoden:

Fallvorstellung eines 90-Jährigen Patienten, welcher in unserer Ambulanz aufgrund einer seit 4 Wochen persistierenden Dysphonie und dem Morgen neu aufgetretenen Dyspnoe mit inspiratorischen Stridor, vorstellig war. Bei für dem Alter hervorragenden Allgemeinzustand, bestanden bis auf einen arteriellen Hypertonus, keine weitere Vorerkrankung. Der HNO-Spiegelbefund zeigte neben einer linksseitigen

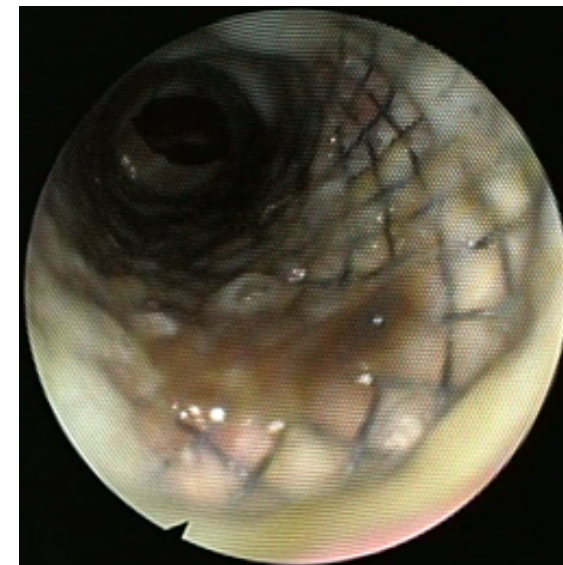
Stimmbandparese auch eine kurzstreckige subglottische Stenose mit glatter Schleimhaut auf Höhe der zweiten/dritten Trachealspange. Das CT ohne KM (Abbildung 1) ergab den V.a. ein Schilddrüsenkarzinom mit Infiltration der Halsmuskeln, Subkutis, Mediastinums und Stenosierung der Trachea sowie des Ringknorpels. Insbesondere der linke Schilddrüsenlappen reichte bis retrosternal, an den Ösophagus und die prävertebrale Faszia. Zusätzlich bestand der dringende V.a. lokoregionale Lymphknotenmetastasen, betont links retroclavikulär. Bei der PE von außen stellte sich ein invasives mittelgradig differenziertes, gering verhornendes Plattenepithelkarzinom heraus. In der Bronchoskopie bestätigte sich der Befund einer 3 cm distal der Glottis gelegenen Trachealstenose, welche durch beidseitiges laterales und ventrales Tumorwachstum bereits zu einer 70% Stenose (Cotton II-III) fortgeschritten war. Eine R0 Resektion war nicht möglich. In dieser palliativen Situation stellte sich somit die Frage, wie wir dem Patienten eine möglichst hohe Lebensqualität garantieren können.

Ergebnis:

Bei der zu erwartenden begrenzten Lebenszeit und der gut bekannten negativen Konsequenzen einer Tracheostomie durch den Tumor, fiel unserer Entscheidung zu einem ummantelten Trachealstent (Leufen-Trachealstent 2 cm x 6 cm; Abbildung 3) mit linksseitiger definitiver Lateralfixation nach Lichtenberger (Abbildung 2). Postoperativ bestand weder Dyspnoe noch Stridor, so dass der Patient nach Hause

enlassen werden konnte. In unserem interdisziplinären Tumorboard fiel die Entscheidung zu einer primären Radiatio, welche vom Patienten auch gut toleriert wurde. Einzig eine intermittierende Dyspnoe aufgrund zähen Mukos, welcher respektiv aufgrund des Stents entstand und zu einer teilweisen Obstruktion der Glottis führte, wurde beklagt. Dieser wurde in regelmäßigen Abständen bronchoskopisch abgesaugt. Zusätzlich entstand im weiteren Verlauf eine zervikale Strahlendermatitis bzw. Mukositis. Leider zeigte der Tumor auf die mit 60 Gy vollständig durchgeführte Strahlentherapie nur ein geringes Ansprechen. Der Patient verstarb 5 Monate nach Diagnosestellung.

Abb.3:
Trachealstent



Fazit:

Das primäre Plattenepithelkarzinom der Schilddrüse stellt eine seltene Differenzialdiagnose der Malignome der Glandula thyroidea dar. Unabhängig von der gewählten Therapieoption ist die Prognose bis heute äußerst schlecht. Die eigentlich indizierte kombinierte Radio-Chemotherapie konnten wir aufgrund des Alters nicht durchführen. Insbesondere bei der Versorgung sehr alter Patienten (älter als 80 Jahre) ist ein Abweichen von standardisierten Therapien leider nicht nur häufig, sondern eher die Regel. Beim palliativen Patienten steht die Lebensqualität an erster Stelle. Durch die Versorgung des Patienten mittels Lateralfixation und Trachealstent konnte eine Tracheotomie vermieden, die Durchführung einer kompletten Radiatio ermöglicht und eine hohe Lebensqualität erzielt werden.

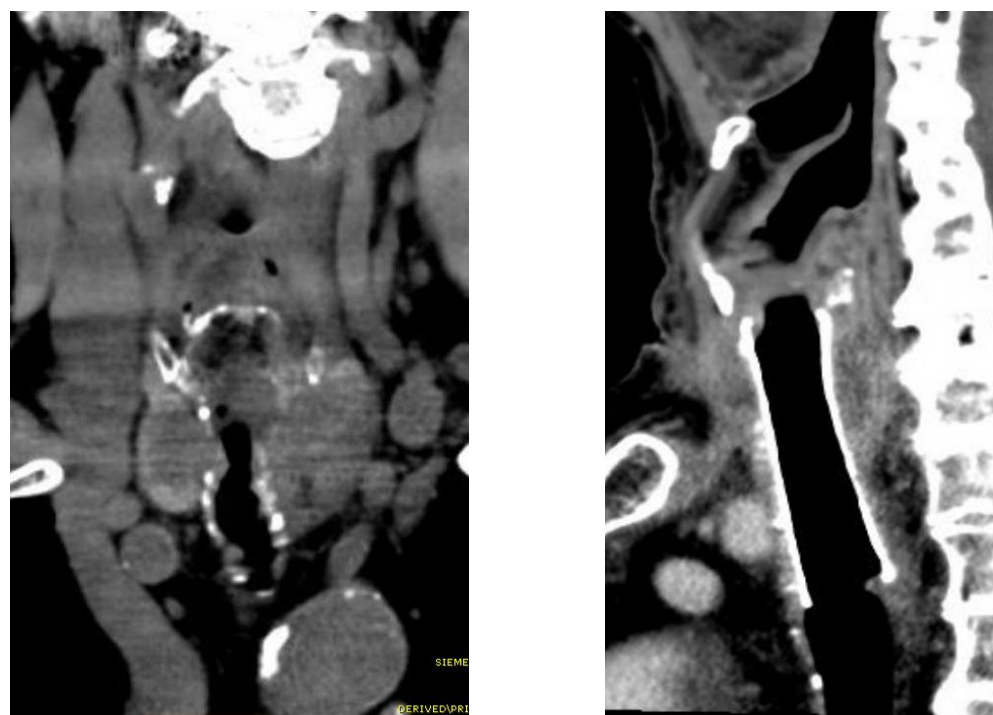
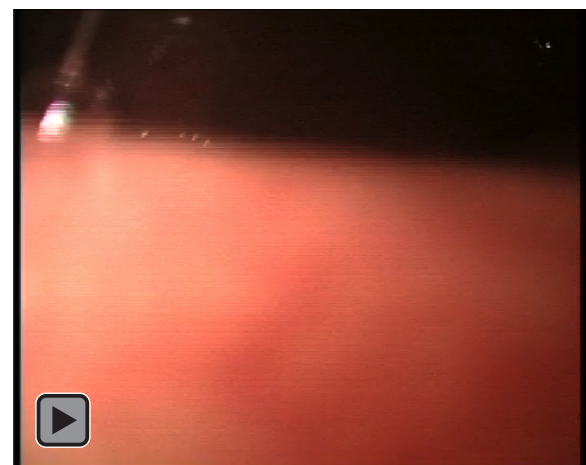


Abb.1: CT ohne KM vor Trachealstenteinlage (links, coronar) und nach Stenteinlage (rechts, sagittal)



Abb.2: Z.n. definitiver Lateralfixation links n. Lichtenberger; links bei Phonation, rechts Inspiration