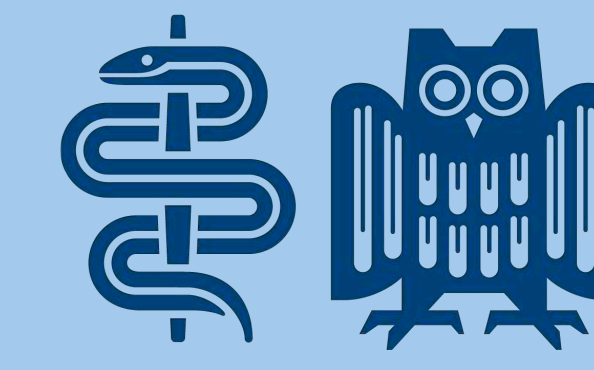


Larynxpapillomatose im Kindesalter

C. Koch, G. Wolf, M. Linxweiler, B. Schick

^(*) Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Universitätsklinikum Saarland, 66421 Homburg / Saar, Deutschland



UKS
Universitätsklinikum
des Saarlandes

Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Einleitung

Die **Larynxpapillomatose** ist der häufigste gutartige Tumor des Larynx im Kindesalter. Daher ist bei Heiserkeit, Stridor und Dyspnoe eines Kindes neben einer Laryngomalazie, subglottischer Stenose oder Stimmlippenparese auch die Larynxpapillomatose als eine wichtige Differenzialdiagnose in Betracht zu ziehen [1].

Kasuistik

Wir berichten über den Fall eines 2jährigen Mädchens, bei dem alio loco bei Dysphonie eine Laryngoskopie durchgeführt wurde. Hier zeigte sich intraoperativ der Befund einer ausgeprägten Larynxpapillomatose.

Es erfolgte die Verlegung des intubierten Kindes in unsere Klinik. In der Mikrolaryngoskopie zeigte sich die papillomatöse Veränderung auf der linken Seite von der Taschenfalte bis zur Stimmlippe über die vordere Kommissur reichend mit einem rechtsseitigen fast kompletten Befall der Stimmlippe bis zum Sinus Morgagni (Abbildung 1).

Zunächst wurde die rechtsseitige Abtragung des Befundes vollzogen inklusive Stimmlippenstripping mit Hilfe eines **Mikroschere**s. Die sechs Wochen später durchgeführte Kontroll-Mikrolaryngoskopie zeigte eine papillomfreie gut verheilte rechte Seite. Im selben Eingriff wurde die Papillomabtragung links durchgeführt (siehe Abbildung 2).

Bei **positivem HPV-6-Status** erfolgte eine **Vakzinierung** [2]. Kontrollmikrolaryngoskopien 6 Wochen sowie 6 ½ Monate nach der 2.OP zeigten bei guter Stimmfunktion einen unauffälligen Larynxbefund (siehe Abbildung 3).

Fazit

Die Abtragung einer ausgedehnten Larynxpapillomatose kann mit **Mikroinstrumenten** im Kindesalter erfolgen. Die zweizeitige operative Behandlung ermöglicht das Erreichen einer guten Stimmfunktion.

Weitere Erfahrungen müssen gewonnen werden, um den Stellenwert einer Vakzinierung bei differenziertem HPV-Nachweis bestimmen zu können (Abbildung 4).

Quellenangaben

[1] Derkay CS (2001) Recurrent respiratory papillomatosis. Laryngoscope 111: 57–69

[2] Derkay CS, Smith RJ, McClay J et al. (2005) HspE7 treatment of pediatric recurrent respiratory papillomatosis: final results of an open-label trial. Ann Otol Rhinol Laryngol 114: 730–737

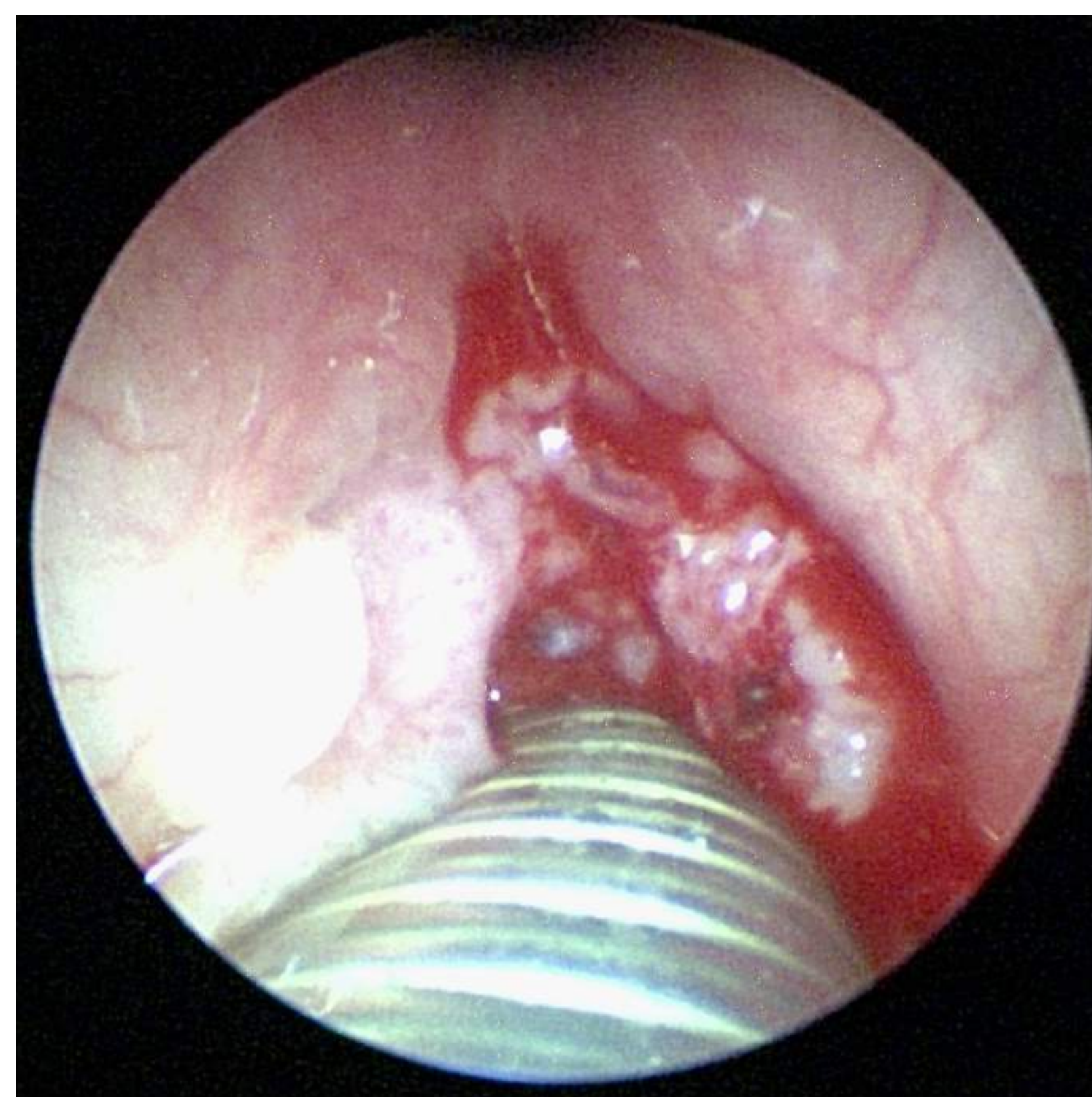


Abbildung 1:
1. Eingriff: Abtragung der
Larynxpapillomatose rechtsseitig

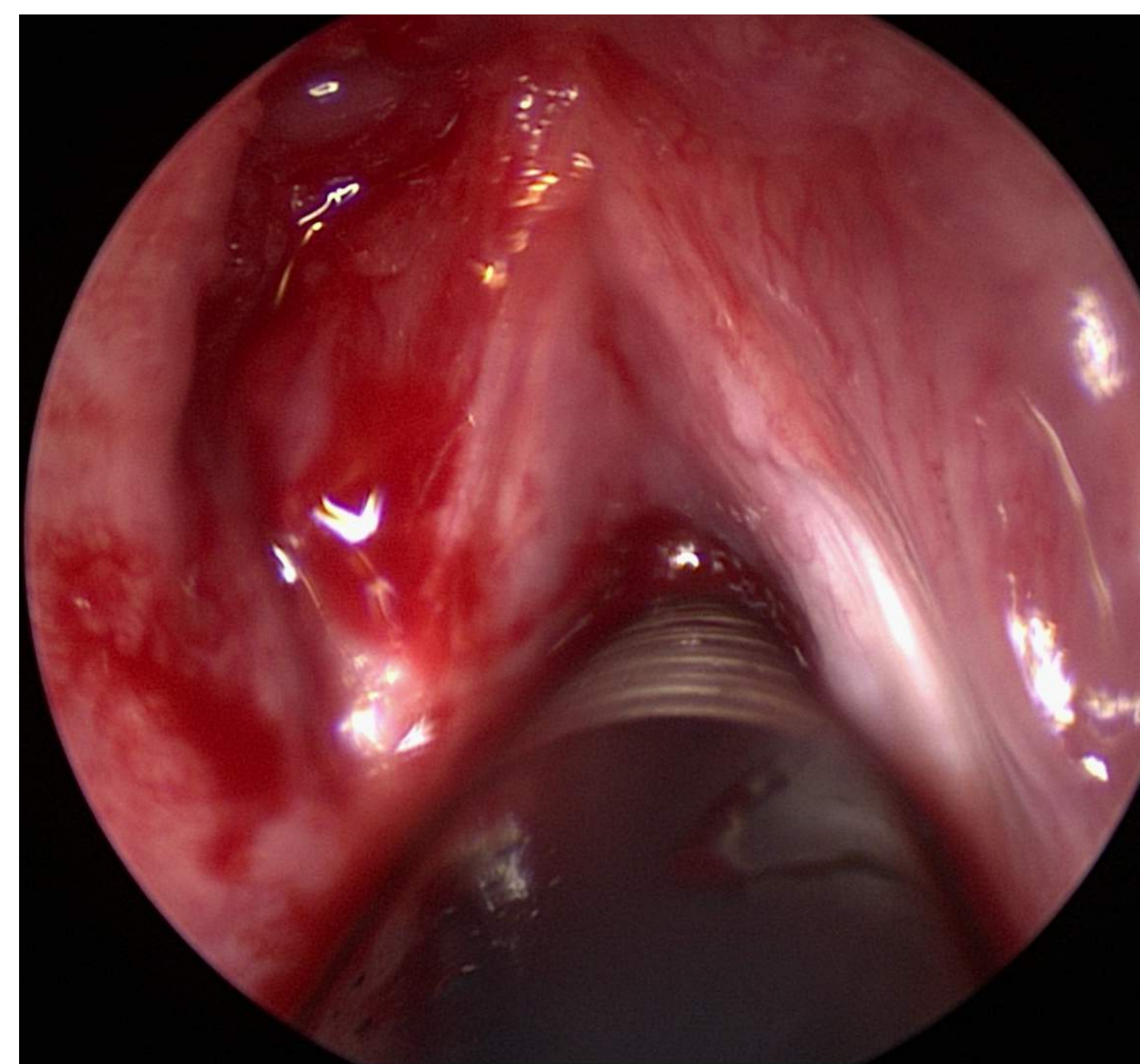


Abbildung 2:
Abtragung einer Larynxpapillomatose im 2. Schritt
linksseitig



Abbildung 3:
Kontroll-MLE 6 Wochen nach Zweiteingriff,
Z.n. HPV-Impfung



Abbildung 4:
HPV-Impfstoff