

EIN KARZINOSARKOM DES KEHLKOPFES

Mit 2 Abbildungen

Von PROF. DR. E. A. WESSELY, Wien

Als Karzinosarkome werden maligne Geschwülste beschrieben, die morphologisch zum Teil aus Karzinom, zum Teil aus Sarkomgewebe aufgebaut sind. Die beiden Geschwulstarten bestehen aber nicht gesondert nebeneinander, sondern verflochten und durchdringen einander. Sie wurden bereits in den verschiedensten Körperregionen gefunden. Für den Bereich des Kehlkopfes hat H. ULLMANN 1929 anscheinend den ersten Fall beschrieben. Ich konnte 1936 ein Karzinosarkom einer Stimmlippe behandeln und publizieren. In meiner ganzen klinischen Tätigkeit während der Jahre 1919 bis 1945 habe ich an der Klinik selbst bei dem großen Material und den subtilen Untersuchungsmethoden keinen einzigen Fall gesehen. Auch sonst erscheinen in der Weltliteratur meines Wissens keine weiteren Kehlkopffälle auf. Aus diesem Grunde habe ich mich entschlossen, auch diesen Fall zu veröffentlichen.

Der 68jährige J. G. war, soweit er sich erinnern kann, nie krank gewesen; nur im Jahre 1945 verursachte ihm ein substernal wachsender Kropf Atembeschwerden. Nach einer gelungenen Operation war er in der Folge wieder beschwerdefrei und arbeitsfähig. Seit etwa einem halben Jahre verspürte er in der linken Halsseite ein ständiges Kratzen. Der Schluckakt war jedoch in keiner Weise gestört. Er konnte alles essen, nur stark saure oder stark gesalzene Speisen mied er, nachdem ihm der behandelnde Arzt Gurgelungen und eine Diät angeraten hatte. Das Kratzen blieb jedoch unbeeinflusst, und so wurde er in der Folge an eine Wiener Klinik gewiesen, wo man auch nichts Krankhaftes nachweisen konnte. Man riet ihm damals, sich die Zähne in Ordnung bringen zu lassen. Das Kratzen blieb jedoch weiter bestehen und nahm eher zu. Schließlich drängte der Patient auf eine spezialärztliche Untersuchung, und so kam er in meine Hände.

Am 1. August 1947 konnte ich folgenden Befund erheben:

Ein für sein Alter sehr gut erhaltener kräftiger Mann, fieberfrei, Körpergewicht 64,2 kg. Seit dem 14. Lebensjahre raucht er täglich bis in die jüngste Zeit 20 bis 40 Zigaretten. Dem Potus nicht abhold, pflegte er an Sonntagen 15 bis 20 Krügel Bier zu trinken. Auch in der russischen Gefangenschaft während des ersten Weltkrieges trank er an Sonntagen eine ganze Kiste Flaschenbier. Berauscht war er nie. Von Beruf Maurer, war er sein ganzes Leben arbeitsfähig gewesen. Veneria negiert. Der Vater war ein Trinker und starb mit 45 Jahren an Tbc. Eine Schwester ist ebenfalls an Tbc. gestorben. Die Mutter verstarb mit 71 Jahren nach einer Operation an einem Bauchtumor.

Im Bereiche von Nase, Mund und Rachen keine krankhaften Veränderungen. Im Larynx findet sich über der linken aryepiglottischen Falte ein grauroter Tumor von scharfer Begrenzung und blumenkohllartiger Oberfläche im Ausmaße von 10 x 18 mm. Der übrige Kehlkopf sonst sym-

metrisch, anatomisch und funktionell normal; keine regionären Lymphknoten tastbar.

Der klinischen Erscheinung nach handelt es sich um ein Neoplasma; dem Sitze nach um die seltene Lokalisation einer Primärgeschwulst. Infolge des Sitzes an dem Übergange vom Inneren des Kehlkopfes in das äußere Gebiet war die Geschwulst in bezug auf die vermutliche Weiterentwicklung als ein äußeres Karzinom anzusprechen und damit auch die anzunehmende Malignität als ernst zu betrachten. Es ist ja schon lange bekannt, daß die sogenannten äußeren Karzinome des Larynx mitunter noch kaum lokale Beschwerden verursachen und schon regionäre Lymphknotenmetastasen setzen, welche erst zur Aufdeckung des Halsleidens Anlaß geben. In unserem Falle bestanden aber, wie erwähnt, noch keine nachweisbaren Lymphknotenmetastasen. Die Geschwulst ließ die Motilität noch völlig ungestört, womit anzunehmen war, daß das Tiefenwachstum noch keinen nennenswerten Fortschritt gemacht haben konnte. Zur Sicherung und weiteren Klärung des Geschwulstcharakters habe ich mich daher entschlossen, in lokaler Oberflächenanästhesie diese für die Zwecke einer Probeexzision einfach vollständig bis ins allseits Gesunde abzutragen. Die Gewebsuntersuchung wurde von Prof. PRIESEL durchgeführt und ergab nachfolgendes überraschendes Resultat.

Historisch bestehen die untersuchten spärlichen, kleinen, zusammen etwa erbsengroßen Stückchen überwiegend aus Plattenepithel, welches die Oberfläche in größerer Ausdehnung bedeckt und in Form breiter, solider Zapfen oder Stränge nach der Tiefe reicht. Diese Zellverbände sind basal gegen das Stroma nur teilweise durch eine zylindrische Zelllage begrenzt, meist ohne solche und öfters ohne scharfe Grenze gleichsam in das Grundgewebe verdämmern. Ihre Hauptmasse wird von Stachel- oder Riffelzellen gebildet; Verhornung fehlt fast völlig, doch sind Ansätze zu solcher in Form kleiner Kugelbildungen mit ausgesprochen konzentrischer Schichtung der Zellen bei erhaltenen Kernen gelegentlich erkennbar. Das Stroma dicht von Rundzellen durchsetzt, seine Gefäße zum Teil leicht erweitert. Die Geschwulstmassen reichen stellenweise recht tief in dieses Gewebe hinein. Statt des letzteren findet sich in mehreren Stückchen ein davon wesentlich abweichendes Gewebe, welches mitunter unmittelbar an die eben beschriebenen atypischen Epithelformationen heranreicht (Abb. 1). Es besteht aus nur wenig in faszikulärem Verband angeordneten, meist recht wirr durcheinander liegenden Zellen von spindeligem Grundtypus, welche in ihrer Größe stark wechselnde, chromatinreiche Kerne aufweisen und reichlich Fibrillen produzieren. Die Plasmaleiber der Zellen vorwiegend länglich, ebenfalls in ihrer Größe wechselnd, mitunter auffallend lang oder mehr unregelmäßig gestaltet, dann mit zipfelförmigen Ausläufern versehen. Die Kerne solcher Riesenzellen sind besonders groß, mehr kugelig, hie und da mit deutlichem Nucleolus (Abb. 2).

Darnach liegt offenbar ein Kombinationstumor vor, welcher als Karzinosarkom zu bezeichnen ist. (Vergesellschaftung eines Plattenepithel-

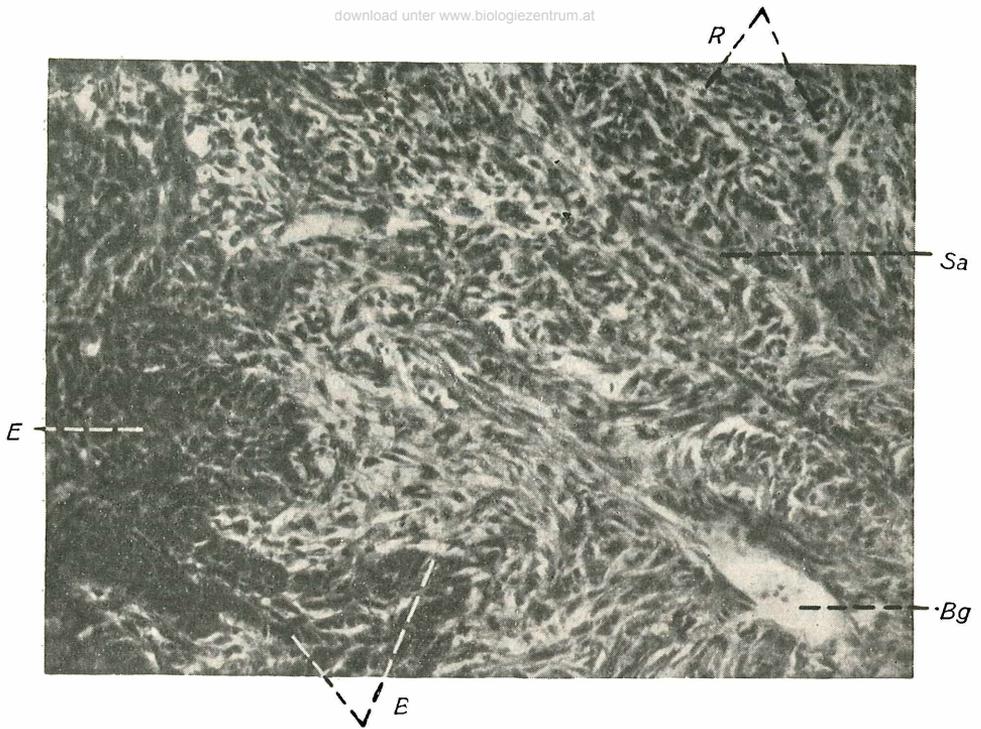


Abb. 1. Von einem mit Hämatoxylin-Eosin gefärbten Schnitt, stärkere Vergrößerung (Zeiss Objektiv C, Okular 2). — Atypisch vordringendes Plattenepithel E, die Basalzellige nur mehr hier und da erkennbar B. Daneben sarkomatöses Tumorgewebe Sa, locker von kleinen Rundzellen R durchsetzt. Die Blutgefäße Bg etwas weit.

karzinoms mit einem polymorphzelligen Sarkom von spindeliggzelligem Grundtypus.) (Prof. A. PRIESEL.)

Therapie: Noch vor kurzer Zeit wäre operativ die Totalexstirpation des Kehlkopfes in Frage gekommen. Im Hinblick auf meine Erfahrungen aus den letzten 25 Jahren habe ich den Patienten jedoch der Röntgenbestrahlung zugeführt, nachdem ich, wie früher erwähnt, die Geschwulst makroskopisch völlig abgetragen hatte. Die Röntgenbehandlung wurde in der Form der fraktionierten und protrahiert-fraktionierten Langzeitbestrahlung durchgeführt, wie sie von Prof. E. G. MAYER und mir in Wien, fußend auf den Arbeiten und dem Gedankenaustausch mit COUTARD in Paris, entwickelt worden war. Sie wurde im Zentralröntgeninstitut im Allgemeinen Krankenhaus in Wien von Dr. STONAWSKI unter meiner Kontrolle durchgeführt. Er bekam in der Zeit vom 7. August 1947 bis 12. September 1947 von zwei seitlichen Halsfeldern 7200 r Oberflächendosis. Als primärer Effekt resultierte eine ausgedehnte Radioepithelitis mit Belagbildung über der Tumore-

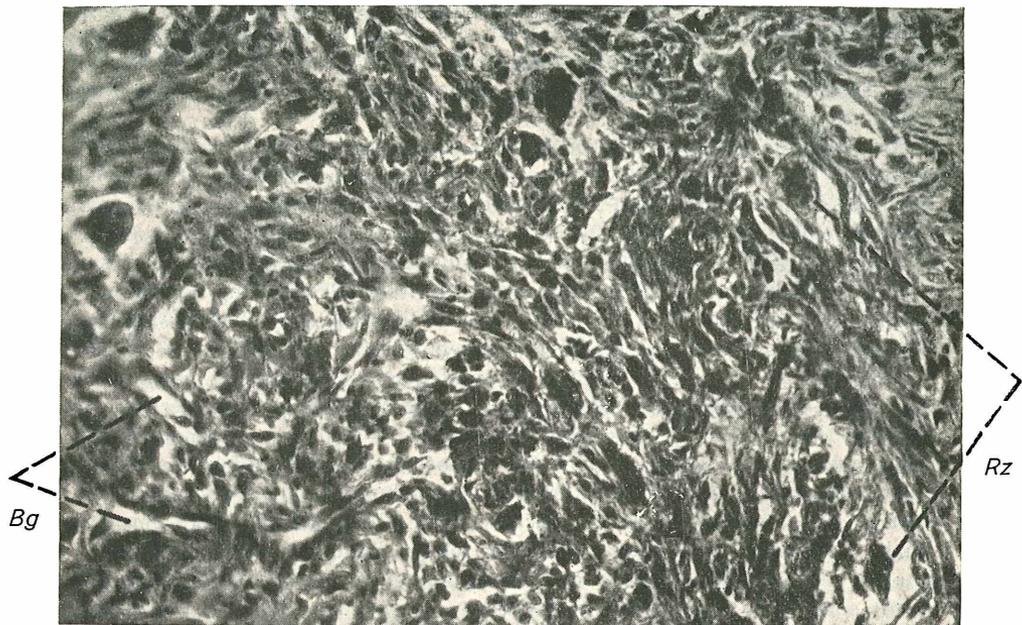


Abb. 2. Gleiche Färbung und Vergrößerung. — Sarkomatöses Tumorgewebe mit reichlichen Riesenzellen RZ. Blutgefäße Bg.

gend, aber auch der weiteren Umgebung des Kehlkopfes und des Pharynx. Beide Hautfelder stark pigmentiert, zum Teil stark nässend. Nach dem Abklingen der Reaktion resultieren im Kehlkopf vollständig normale symmetrische Verhältnisse. Die vorübergehend gestörte Geschmacksempfindung und der schmerzhaft irritierte Schluckakt sind wieder normal geworden. Der Patient ist bei gutem Wohlbefinden, sieht blühend aus und ist voll arbeitsfähig.

Was die Entstehung der Karzinosarkome anlangt, so gibt es bisher nur theoretische Erwägungen. Man könnte sich am ehesten vorstellen, daß das wuchernde Epithelgewebe auf das darunterliegende Bindegewebe unter uns noch unbekanntem Umständen einen Reiz ausübt, wodurch die sarcomatöse Entartung in die Wege geleitet wird. Was die Frage der Metastasierung betrifft, erscheint es mir mangels weiterer gesicherter Beobachtungen doch erwähnenswert, den von CILOTTI Mario erwähnten Fall neuerdings anzuführen. Er hat ein Speiseröhrenkarzinom bei einem 75jährigen Manne beschrieben und konnte zeigen, daß alle Metastasen in Leber, Lunge, Pankreas, Pleura und Rippen reines Sarkomgewebe aufwiesen. CILOTTI glaubt daher, daß in seinem Falle das Karzinom sich in der Mukosa entwickelt

und von dort das Bindegewebe zur Entartung angeregt habe. Das schnell wachsende Sarkom gewann dann über das langsam wachsende Karzinom die Oberhand und beherrschte so auch die Metastasierung. Nach VIRCHOW, von HANSEMANN, BORST und anderen sind Karzinomsarkome von außerordentlicher Malignität.

Der von mir 1936 veröffentlichte Fall starb nach einem Jahr unerwartet an einem Herzinfarkt. Er war bis dahin rezidivfrei geblieben. Leider ist auch der Fall ULLMANN 1½ Jahre nach der Kehlkopfbehandlung an einer interkurrenten Krankheit gestorben, so daß über die Malignität und die Frage der allfälligen Rezidivierung nichts ausgesagt werden kann. Sofern aber in der Behandlung die Frage Operation oder Bestrahlung entschieden werden soll, will ich für den vorgelegten Fall noch kurz meine Meinung darlegen. Auf Grund unserer Erfahrungen können Karzinome des Kehlkopfes, solange das Perichondrium nicht affiziert erscheint und noch keine regionären Metastasen vorhanden sind, röntgenologisch geheilt werden. In meinem jetzigen Falle waren, wie erwähnt, regionäre Lymphknotenmetastasen nicht zu tasten, aber bei der anzunehmenden besonderen Malignität mußte man doch mit einer allfälligen mikroskopischen Verbreitung mindestens der Sarkomkomponente rechnen. Die Röntgenbestrahlung im Bereiche der beiden seitlichen Halsfelder wirkte daher auf alle Fälle nicht nur auf den primären Tumor, sondern auf das ganze Lymphabflußgebiet und damit auch einer regionären Metastasierung entgegen, und darin liegt nach meiner Meinung neben der guten Beeinflussbarkeit der primären Geschwulst bereits ein wertvoller Beitrag zur Verhinderung der Ausbreitung in die Lymphknoten. Mit der durchgeführten Röntgenbehandlung sind aber auch für allfällige operative Eingriffe alle Wege gangbar erhalten. Außerdem ist es von nicht zu unterschätzender Bedeutung, wenn dem Patienten der Kehlkopf erhalten bleiben kann. Es ist nur zu hoffen, daß nach einer entsprechenden Beobachtungszeit (5 Jahre) das gute primäre Ergebnis von einer Dauerheilung gefolgt ist.

Literatur

- Borst*, zitiert nach BLUMENFELD und JAFFÉ. Pathologie der oberen Luft- und Speisewege. Verlag Kurt Kabitzsch, Leipzig, 1931.
- Cillotti M.*, Di un caso di Carzinom sarcoma dell'esofago. Pathologica. (Genova, 1928) 20.
- Hansemann*, zitiert nach WOELK.
- Lang und Krainz*, Zur Kenntnis der Carcinom sarcome des Hypopharynx. Z. Hals-, Nasen-, Ohrenheilk. V (1923), 2 (Literatur).
- Ullmann H.*, Ein echtes Karzinom sarcom des Kehlkopfes. Berl. laryng. Ges. Sitzg. V. 8. VIII. 1921. Z. Hals-, Nasen-, Ohrenkrankh. 1 (1922), 1/2.
- Virchow*, zitiert nach BLUMENFELD und JAFFÉ. Pathologie der oberen Luft- und Speisewege. Verlag Kurt Kabitzsch, Leipzig, 1931.
- Wessely E.A.*, Ein echtes Karzinom sarcom des Kehlkopfes. Beitr. Festschr. Prof. VOYATCHEK. Leningrad, 1936.
- Woelk*, Über das Karzinom sarcom und ein anscheinend geheiltes Karzinom des Oberkiefers. Z. Hals-, Nasen-, Ohrenkrankh. 14 (1926), 3.

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Mikroskopie - Zentralblatt für Mikroskopische Forschung und Methodik](#)

Jahr/Year: 1948

Band/Volume: [3](#)

Autor(en)/Author(s): Wessely E. A.

Artikel/Article: [Ein Karzinosarkom des Kehlkopfes. 52-56](#)