

Kleinere Eingriffe am Kehlkopf

Kehlkopfoperationen in der Praxis – Was ist möglich, was ist sinnvoll?

von Univ.-Prof. Dr. med. Markus Hess, Hamburg

Autor: Univ.-Prof. Dr. med. Markus M. Hess, Direktor der Klinik und Poliklinik für Hör-, Stimm- und Sprachheilkunde (Phoniatrie und Pädaudiologie), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), 20246 Hamburg, Martinistrasse 52, hess@uke.de

Einleitung: Kehlkopfoperationen in der Praxis gibt es schon seit etwa 150 Jahren. Dennoch sehen wir in den letzten Jahren eine rasche Zunahme der Anzahl an Praxis-Eingriffen in lokaler Betäubung. Und obwohl der Ursprung der indirekten Kehlkopfchirurgie in Europa zu finden ist, sehen wir den deutlichsten Zuwachs der Anzahl sog. „office-based procedures“ in den Vereinigten Staaten. Woran liegt das? Im Vordergrund stehen nicht die Verbesserungen der transoral verwendeten Instrumente, sondern viel mehr (1) die Verbesserung der Bildqualität bei den flexiblen Endoskopen mit heutzutage hervorragender „high-definition“ Auflösung, (2) die Zunahme von fasergestützten Lasereingriffen (transnasal, transoral) bei verschiedenen Läsionen, (3) die Zunahme von Augmentationen bei Glottisinsuffizienzen sowie nicht zuletzt (4) die – in den USA, nicht in Deutschland! – deutlich verbesserte Vergütung von ambulanten Operationen. Für den Laryngologen stellt sich mit diesen neuen Operationsmöglichkeiten die Frage, welche Form der Intervention er wählt, wenn ein Kehlkopfeingriff indiziert ist.

Methode und Ergebnisse: Im Vortrag werden die Zugangswege zum Kehlkopf bei operativen Eingriffen in örtlicher Betäubung aufgezeigt und mit Beispielen erläutert: (1) der klassische, transoral indirekte Weg mit Visualisierung des Larynx durch starre Optiken; (2) Eingriffsmöglichkeiten unter Verwendung flexibler Endoskope mit Arbeitskanal für fasergeführtes Laserlicht (CO₂, KTP, PDL, Diode, Thulium) sowie (3) Injektionen und Augmentationen mit Separation von Visualisierung des Larynx (transoral, transnasal) und perkutane Führung von Kanülen zur Injektion und Augmentation der Stimmlippen.

Ferner wird auf die zur Durchführung eines Eingriffs in der Praxis ausreichende Oberflächenanästhesie und das unabdingbare Monitoring des Patienten eingegangen. Die Wahl der entsprechenden Medikamente und die nötigen Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Intervention werden ebenso besprochen.

Diskussion: Mit den gängigen Endoskopen und Instrumenten können heutzutage eine Reihe von verschiedenartigen Eingriffen im Kehlkopf durchgeführt werden. Gezielte Biopsien und vereinzelt sogar Exzisionen von gutartigen Veränderungen, Injektionen von Medikamenten, Augmentationen mit Gewebe-Fillern, koagulierende, photoangiolytische sowie ablativ Lasereingriffe können auf therapeutischer Seite eingesetzt werden, unterstützt durch diagnostische Maßnahmen wie Stroboskopie, Illuminationsverfahren wie Autofluoreszenz- und Narrow-Band-Imaging, Larynx-EMG und palpatorische Aryknorpel-Mobilitätstestung.

Für die Wahl des geeigneten Interventionsverfahrens (Eingriff in Lokalanästhesie oder in Vollnarkose) bedarf es einer individuellen Abwägung der Faktoren (1) Operationsziel (Gewebeabklärung? Phonochirurgischer Eingriff? Atemwegs Chirurgie?), (2) Indikation und Risikoeinschätzung der jeweiligen Verfahren unter Einbeziehung des Allgemeinzustandes und des Wunsches des Patienten sowie (3) der Möglichkeiten des behandelnden Arztes, den gewünschten Eingriff mit der erforderlichen Qualität in Lokalanästhesie durchführen zu können (technische Rahmenbedingungen, Expertise, Vorerfahrung und Übung bei lokalanästhetischen interventionellen Eingriffen).

Der nicht zu unterschätzende Vorteil bei phonochirurgischen Eingriffen in Lokalanästhesie liegt u. a. in der Möglichkeit, die Stimmgebung während des Eingriffs zu überprüfen und ggf. rasche Verfeinerungen durchführen zu können. Dabei sind Operationen in Lokalanästhesie in der Regel schonend und in den meisten Fällen auch deutlich angenehmer als mikrolaryngoskopische Operationen unter Vollnarkose. Dennoch wird die Operation in der Praxis die Präzision der Operation mit sog. ‚kalten‘ Instrumenten in Vollnarkose noch nicht ersetzen können.

Fazit: Schon jetzt sind deutlich mehr Kehlkopfeingriffe in der Praxis möglich – und sinnvoll – als tatsächlich durchgeführt werden. Der Autor ist fest davon überzeugt, dass sich einerseits mit der rasant zunehmenden Akzeptanz von neueren Behandlungsverfahren (beispielsweise fasergeführten Laser-Operationen, Augmentationen in Lokalanästhesie) und Anwendung bereits jahrzehntelang bewährter Methoden bei indirekt-transoralen Larynxeingriffen und andererseits mit einer erhofften adäquaten Vergütung dieser schonenden Interventionsverfahren Larynxeingriffe in Zukunft zunehmend durchsetzen werden.

Literatur:

- Rosen CA, Amin MR, Sulica L, et al. Advances in office-based diagnosis and treatment in laryngology. *Laryngoscope* 2009;119:185–214.
- Bastian R, Delsupehe K. Indirect larynx and pharynx surgery: A replacement for direct laryngoscopy. *Laryngoscope* 1996;106:1280–1286.
- Sulica L, Blitzler A. Anesthesia for laryngeal surgery in the office. *Laryngoscope* 2000;110(10 pt 1):1777–1779.
- Simpson CB, Amin MR, Postma GN. Topical anesthesia of the airway and esophagus. *Ear Nose Throat J* 2004;83(7 suppl 2):2–5.
- Koufman JA, Rees CJ, Frazier WD, et al. Office-based laryngeal laser surgery: a review of 443 cases using three wavelengths. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;137:146–151.
- Bove M, Jabbour N, Krishna P, et al. Operating room versus office-based injection laryngoplasty: a comparative analysis of reimbursement. *Laryngoscope* 2007;117:226–230.