

Glomus vagale oder caroticum? Lokalisationsdiagnostik und Folgen für die Therapie

**Wiebke Mannhardt, Georgios Psychogios, Ansgar Berlis, Johannes
Zenk**

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Mannhardt, Wiebke, Georgios Psychogios, Ansgar Berlis, and Johannes Zenk.
2015. "Glomus vagale oder caroticum? Lokalisationsdiagnostik und Folgen für die
Therapie." GMS Current Posters in Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery
11: Doc177. <https://doi.org/10.3205/cpo001142>.

Glomus vagale oder caroticum?

Lokalisationsdiagnostik und Folgen für die Therapie

Mannhardt W, Psychogios G, Berlis A*, Zenk J

Hals-Nasen-Ohrenklinik, Klinikum Augsburg

Chefarzt: Prof. Dr. J. Zenk

Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuroradiologie Augsburg

*Chefarzt für diagnostische und interventionelle Neuroradiologie: Prof. Dr. A. Berlis



Einleitung: Paragangiome des Kopf-Hals Bereichs stellen eine seltene Tumorentität dar. Die präoperative Lokalisationsdiagnostik kann für die postoperative Schluckfunktion entscheidend sein, da bei einem Paragangliom des N. vagus dieser intraoperativ mit hoher Wahrscheinlichkeit geschädigt wird. Alternativ zur Operation kann je nach Beschwerden und Patient auch eine Bestrahlung erfolgen oder eine abwartende Haltung eingenommen werden. Diese Problematik wird anhand eines Fallberichtes dargestellt.

Kasuistik: Bei einer 65-jährigen Patientin bestand eine links cervikale Schwellung. In der Mund-Racheninspektion und Laryngoskopie zeigte sich die linke Pharynxseitenwand vorgewölbt. In der Sonographie und der MRT ergab sich der Verdacht auf ein Paragangliom der Art. carotis. Die Tumorausdehnung betrug 5,4 x 4 x 4 cm. Nach ausführlichen Gesprächen mit der Patientin und Darlegung der Therapieoptionen wurde zunächst eine primär operative Therapie indiziert. Direkt präoperativ erfolgte eine Angiographie und zusätzliche Embolisation über eine perkutane Direktpunktion mit Onyx® (Ethylvinyl-Alkohol-Copolymer). Bei der operativen Exploration des Paraganglioms konnte mit Hilfe des Neuromonitorings des N. vagus (Nadelelektrode im Bereich des M. vocalis) die korrekte anatomische Lage des Tumors frühzeitig identifiziert werden. Aufgrund der zu erwartenden postoperativen Schluckstörung und Aspirationsgefahr bei einer kompletten Resektion des Paragangliom vagale wurde lediglich eine Biopsie zur Diagnosesicherung durchgeführt.

Histologisch bestätigte der Befund das Vorliegen eines Paraganglioms. Es erfolgte die Einleitung einer primären Radiotherapie.

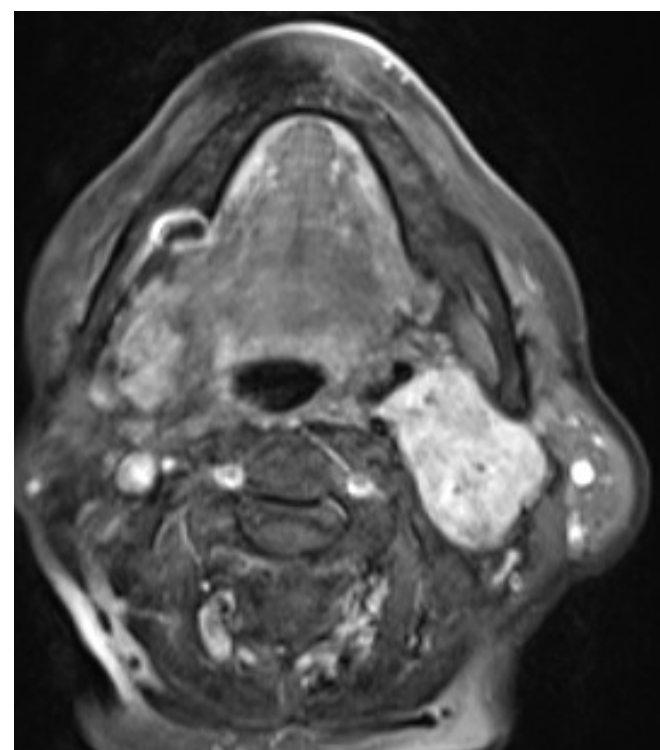


Abb. 1: präoperatives MRT

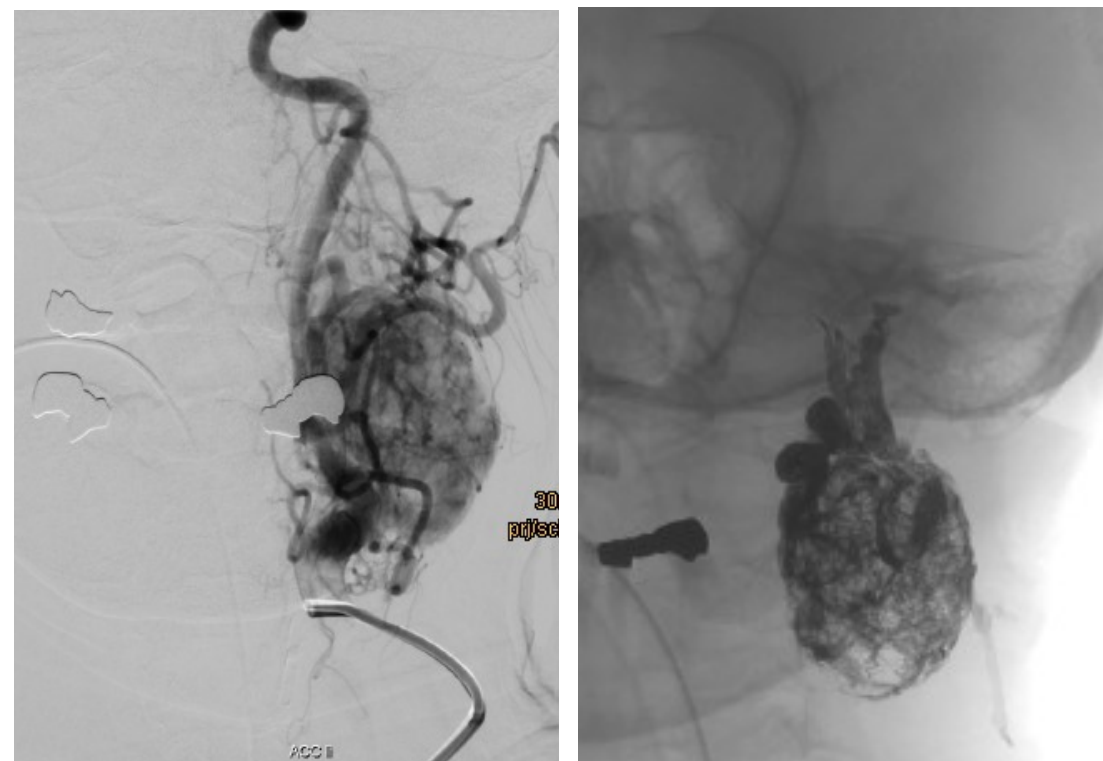


Abb. 2: Übersichtsangiographie der Halsgefäße (Remodelling Ballon in proximaler ACE platziert) und Tumorembolisation durch Direktpunktion mit Flüssigembolisat (Onyx®)

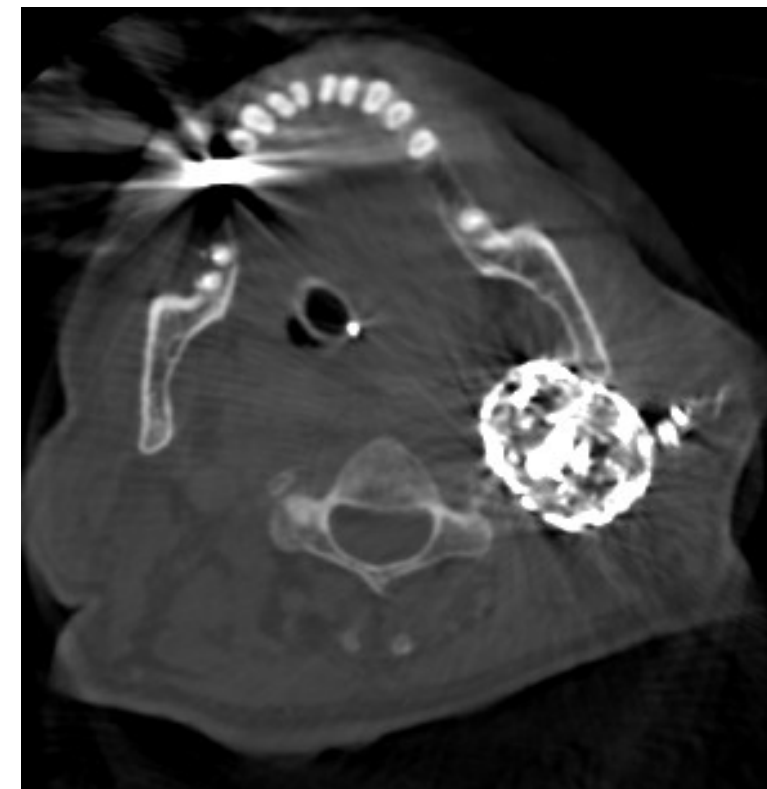


Abb. 3: Postprozedurales Dyna-CT mit Darstellung der maximalen Tumorausdehnung

Schlussfolgerung: Die prä- und intraoperative Unterscheidung von Paragangiomen der Art. carotis oder des N. vagus kann für den Patienten hinsichtlich der Folgen der Operation entscheidend sein.

Die Therapieentscheidung zwischen einer radikalen chirurgischen Resektion, einer primären Bestrahlungstherapie oder „wait and scan“ müssen individuell entschieden und mit dem Patienten ausführlich besprochen werden. So kann auch ein intraoperativer Befund zu einer Revision der therapeutischen Option führen. Im genannten Fallbeispiel war das intraoperative Vagusmonitoring für die präzise Lokalisationsdiagnostik essentiell.

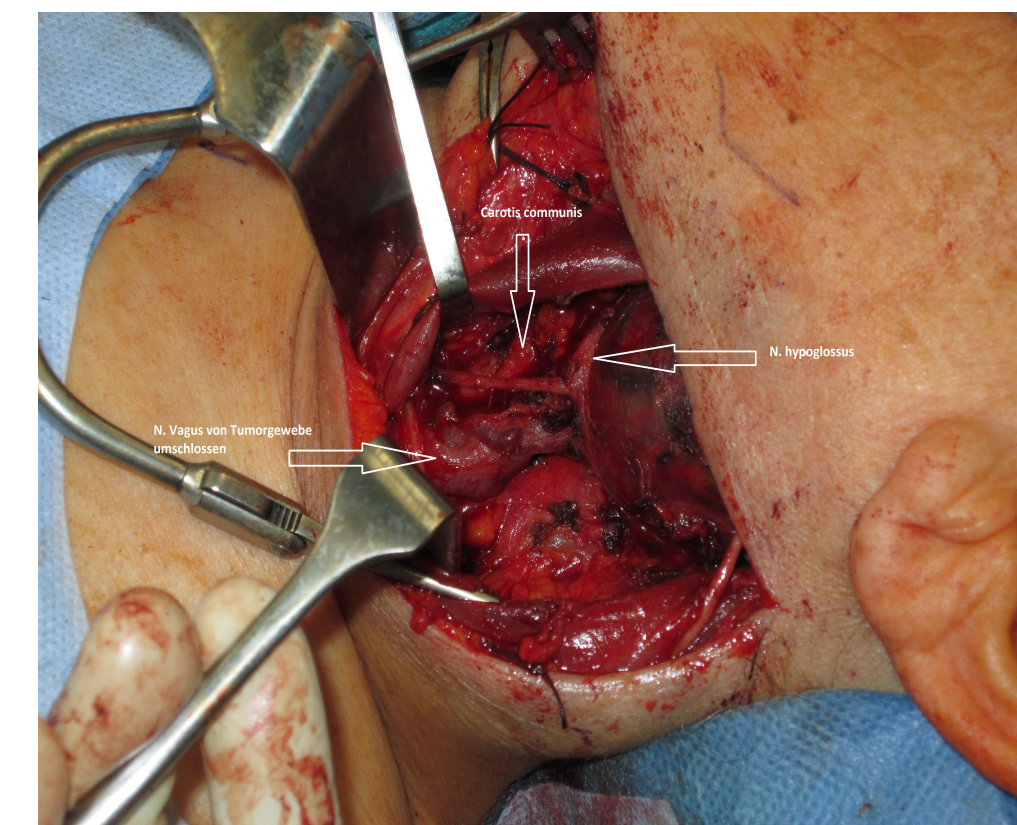
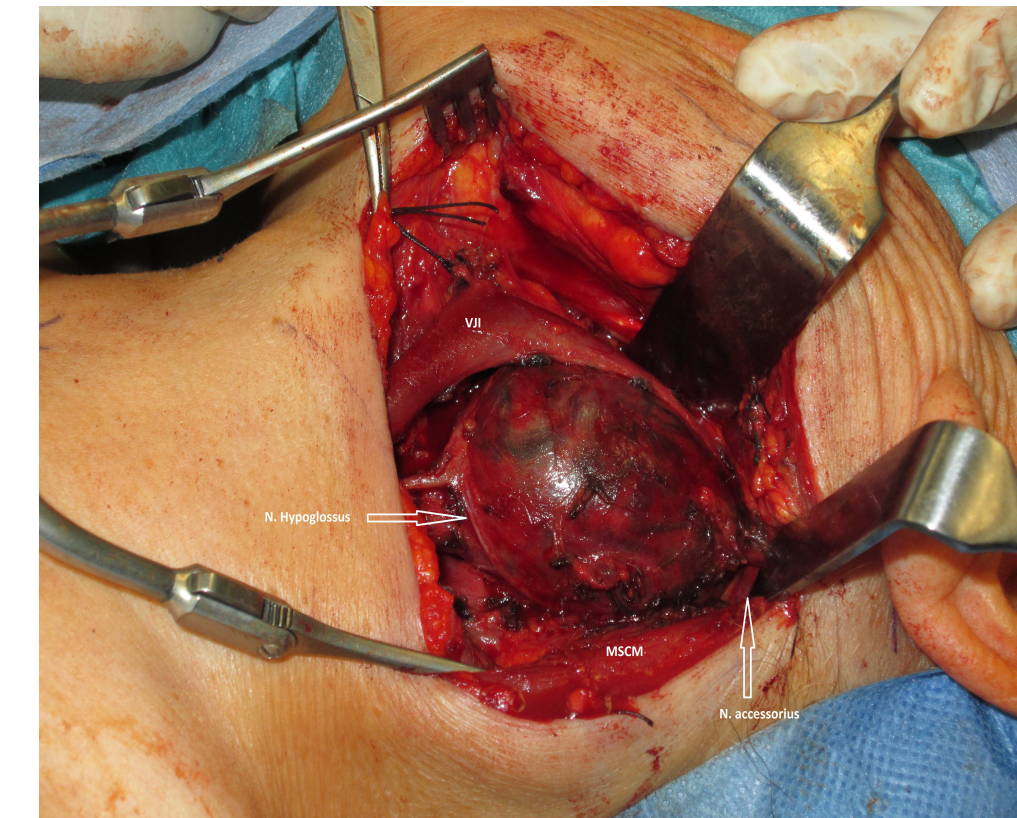


Abb. 4: Intraoperativer Situs mit Darstellung des Paragangliom vagale, N. vagus, N. hypoglossus, N. accessorius und Art. carotis communis

