

Kasuistik / Casuistry

Plötzlicher Tod bei Larynxtumor

P. Krajcsovics und I. Balogh

Gesundheitsdienst des Innenministeriums und Institut für Gerichtliche Medizin der Semmelweis-Universität Budapest, üöl út 93, Postfach 9, H-1450 Budapest, Ungarn

Sudden Death Caused by Cancer of the Larynx

Summary. This study reports the sudden death of a 52-year-old man during hard physical work.

Necropsy and histology revealed malignant papillomas of the hypopharynx. The frequency of laryngeal tumors is also discussed.

Key words: Sudden death, cancer of larynx

Zusammenfassung. Darstellung des plötzlichen Todesfalles eines 52jährigen Mannes während schwerer körperlicher Arbeit, bedingt durch Kehlkopfverschluß durch ein gestieltes malignes Papillom. Literaturübersicht.

Schlüsselwörter: Plötzlicher Tod, bei Larynxtumor – Larynxtumor, plötzlicher Tod

Bei plötzlichen und dubiosen Todesfällen kann auch durch den Lokalaugenschein oft keine ausreichende Klärung herbeigeführt werden. Gewaltsame Todesfälle, in erster Linie Vergiftungen, können durch die reine Leichenschau als natürliche Todesfälle diagnostiziert werden, während andererseits natürliche Erkrankungen den Verdacht eines gewaltsamen Todesfalles hervorrufen können. Unter den durch die Sektion erkannten pathologisch-anatomischen Ursachen des unerwarteten Todes sind die Larynxtumoren besonders selten. Den plötzlichen Erstickungstod durch intra-laryngeale Tumoren erwähnen Merkel und Janssen, die einschlägige Kasuistik ist jedoch so spärlich, daß der nachfolgende Fall einer kurzen Beschreibung wert erscheint:

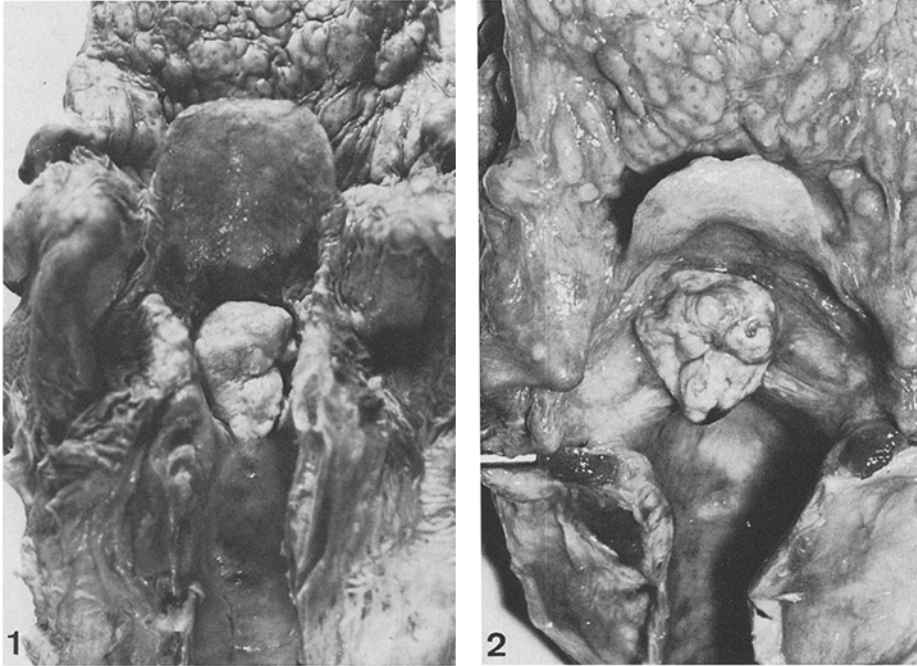


Abb. 1. In den Kehlkopfingang eingekleite Geschwulst

Abb. 2. Die an ihren Stielen herabhängende Geschwulst nach Eröffnung des Kehlkopfs

Fallbeschreibung

Einen 52jährigen Fuhrmann befahl während des Aufladens von Schotter auf einen Wagen ein plötzliches Unwohlsein. Er atmete schwer und verlor bei zunehmendem Luft Hunger das Bewußtsein. Bis zum Eintreffen ärztlicher Hilfe war der Tod bereits eingetreten.

Bei der Sektion keine Spuren äußerer Verletzung. Im Hypopharynx eine sich an die Rachenwand eng anschmiegende, den Kehlkopfingang völlig verschließende, birnenförmige Geschwulst von der Größe einer Walnuß (Abb. 1). Diese ist an zwei Stellen ihrer hinteren Oberfläche durch einen 1,5–2 cm langen, zwiindünen Stiel mit der seitlichen und hinteren Rachenwand verbunden, wobei eine seitliche Beweglichkeit auf einen $\frac{1}{2}$ cm, vor und zurück auf $1\frac{1}{2}$ cm besteht (Abb. 2). Die Oberfläche ist grobhöckerig, man hat den Eindruck, daß die ganze Geschwulst von einer Bindegewebskapsel umschlossen ist.

Bei der histologischen Untersuchung (HE, PTAH und Azan) findet sich ein mehrschichtiges, verhornendes Epithel, welches in das Stroma stellenweise handschuhfingerartig hineinragt (Abb. 3 + 4). Im lockeren Stroma ausgedehnte Gefäße, in deren Umgebung konfluierende Blutungen. In diesem Bereich finden sich auch atypische Zellgruppen mit bizarren Kernformen, zerfallene Zellen, anderenorts Infiltrate von kleineren Lymphozyten und Plasmazellen.

Von den weiteren Sektionsbefunden sind lediglich zu erwähnen eine Verengung der Kranzarterie, eine chronische Bronchitis und ein Lungenödem; Blutalkohol negativ.

Aus der Anamnese ergab sich, daß der Verstorbene erstmals ein halbes Jahr vor dem Tode zeitweise durch Heiserkeit und Anfälle von röchelnder Atmung aufgefallen sei. Diese Symptome seien in bestimmter Körperlage stärker geworden, hätten dann aber von selbst aufgehört. Wegen dieser Beschwerden habe er drei bis vier Monate vor seinem Tod einen Arzt aufgesucht, der auch die tumorartige Veränderung diagnostizierte und eine Operation empfahl, welche jedoch durch den Patienten verweigert wurde.

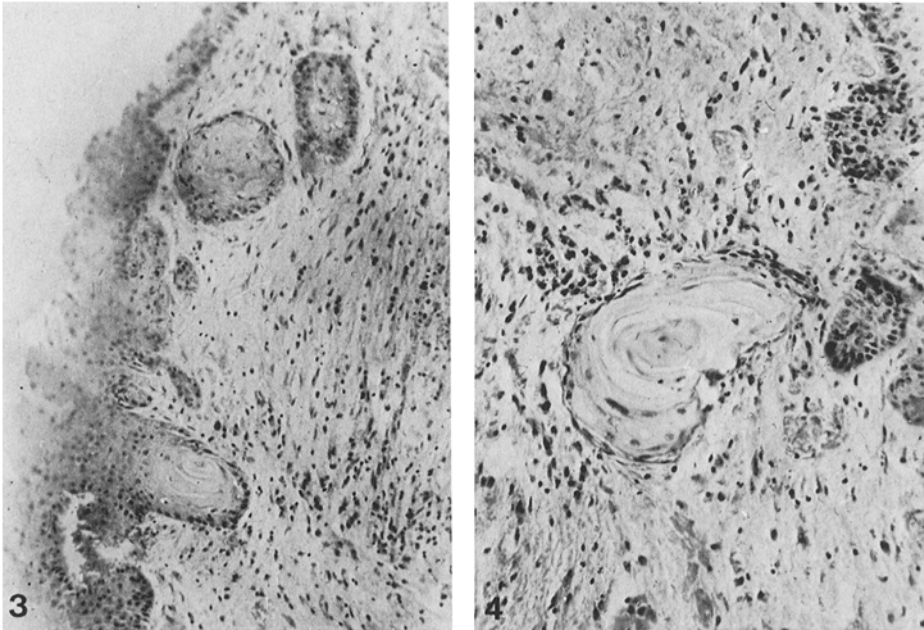


Abb. 3. Histologische Verhältnisse an der Geschwulstoberfläche (Azan, 400fach)

Abb. 4. Kernatypien in der Umgebung in die Tiefe reichender Epithelzapfen (Azan, 800fach)

Diskussion

Tumorartige Erkrankungen der Atemwege sind nicht besonders selten, je nach der topographischen Situation aber doch. Der primäre Tracheatumor kommt sehr selten vor, er bilde etwa 0,1% aller malignen Tumoren [6, 7]. Die Pharynxtumoren hätten demgegenüber eine Frequenz von 1–5% [4]. Am häufigsten finden sich ausgereifte Karzinome der Tonsillen-Umgebung; einengende Papillome des Larynx und der Trachea wurden hin und wieder beschrieben [2, 5, 8]. Für die Pathogenese dieser gutartigen Geschwülste werden teils auch chronische Entzündungen und Virusinfektionen in Anspruch genommen [1, 3]. Wir meinen, daß das Schicksal derartiger Geschwulstbildungen auch mit chronisch irritierenden Faktoren, wie lautes Sprechen, regelmäßiges Alkoholtrinken und Rauchen, ferner auch mit dem Beruf des Verstorbenen zusammenhängen kann. Im vorstehend geschilderten Fall ist der Erstickungstod offenbar durch eine plötzliche Anschwellung des Papillomknotens durch Ödematisierung und Blutaustritte verursacht worden, wobei die Hals- und Kopf-Kongestion als Folge der schweren körperlichen Arbeit eine kausale Rolle gespielt haben könnte.

Literatur

1. Aubry M (1949) Chirurgie de l'oreille, du nez, du larynx et pharynx (in French). Masson, Paris
2. Calciceti P (1931) Compendio di oto-rhino-laryngologia. Capelli, Bologna

3. Holinger PH (1950) Papilloma of the larynx: a review of 109 cases with a preliminary report of aureomycin therapy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 59:547-564
4. Jakob Gy (1976) Rejtett uvula carcinoma. *Fül-orr-gégegyógy* 22:60-61
5. Janssen W, Naeve W (1975) Der plötzliche Tod aus natürlicher Ursache. In: Mueller B (Hrsg) *Gerichtliche Medizin*, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 270
6. Kaplan GA, et al (1971) Primary squamous-cell carcinoma of the trachea successfully treated with radiation. *Arizona Med* 28: 19-22
7. McCafferty, et al (1964) Primary malignant disease of the trachea. *J Laryngol* 78:441-478
8. Merkel H (1940) Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache. In: Neureither F v, Pietrusky F, Schütt E (Hrsg) *Handwörterbuch der gerichtlichen Medizin und naturwissenschaftlichen Kriminalistik*. Springer, Berlin, S 580
9. Pytel J (1974) Rosszindulatu daganatok a Pécsi Orvostudományi Egyetem Fül-orr-gége-klinikája beteganyagában 1958 és 1972 között. *Fül-Orr-Gégegyógy* 20:202

Eingegangen am 2. Mai 1980