Atypische Mykobakteriosen als Ursache zervikaler Lymphadenopathien im Kindesalter

Kristine Emmanouil*, Mechthild Sinnig[†], H.-J. Welkoborsky*

*HNO-Abteilung Kinderkrankenhaus „Auf der Bult“, HNO-Klinik
Klinikum Hannover Nordstadt

[†]Abteilung für Kinderchirurgie, Kinderkrankenhaus „Auf der Bult“, Hannover

Infektionen mit „atypischen“, sog. nicht-tuberkulösen Mykobakterien werden mit zunehmender Häufigkeit diagnostiziert. Die häufigste Manifestationsform im Kindesalter ist die zervikale Lymphadenopathie.

Epidemiologie

Nicht-tuberkulöse Mykobakterien (NTM) sind weit verbreitete Umweltkeime, die ein grosses Spektrum an Erkrankungen verursachen können. Sie finden sich v.a. in Erdreich, Wasser und Aerosolen, als Eintrittspforte gelten Läsionen der Haut od. Mundschleimhaut, eine Übertragung von Mensch zu Mensch erfolgt nicht. Der Erkrankungsgipfel bei Kindern liegt zwischen dem 1. und 5. Lebensjahr.

Klinik

Die häufigste Manifestation von NTM im Kindesalter ist die zervikale Lymphadenopathie mit Befall der submandibulären oder präaurikulären, intraparotidalen Lymphknoten (LK) (Abb.1, 2). Die Schwellungen nehmen meist rasch an Grösse zu und sind schmerzlos. Bei etwa 90% der Pat. tritt eine Hautveränderung mit livider Verfärbung, Verklebung oder Ausdünnung auf (Abb.1), in ca. 20% auch eine Fistelbildung. Symptome einer systemischen Infektion fehlen. Nach Literaturangaben kann in 65-87% M. avium/ intracellulare-Komplex nachgewiesen werden. Lt. Literatur ist bei 45-63% der Kinder der GT-10-Test positiv

Abb. 1

Abb. 2

Patientengut

Zwischen 10/99 und 11/04 wurden von den Abt. Kinderchirurgie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde des Kinderkrankenhauses „Auf der Bult“, Hannover, insgesamt 11 Kinder von 2-12 Jahren mit extrapulmonalen Infektionen durch NTM behandelt, davon 7 mit Befall der zervikalen oder intraparotidalen LK und 4 mit extranodalem Befall. Bei allen Kindern erfolgte primär eine chirurgische Therapie. Bei 57% der Kinder mit LK-Befall wurde M. avium/ intracellulare-Komplex, und bei allen 4 Kindern mit extranodalem Befall M. marinum nachgewiesen. Im Gegensatz zu Literaturangaben war bei allen in unserer Klinik behandelten Kindern der GT-10-Test positiv. Ein Röntgen-Thorax zum Ausschluss einer Lungentuberkulose wurde bei allen Patienten durchgeführt. Bei insgesamt 3 Kindern wurde postoperativ eine tuberkulostatische Therapie mit Rifabutin und Clarithromycin bei inkompletter Resektion bzw. erneuter LK-Schwellung eingeleitet, Revisionsoperationen wurden nicht durchgeführt.

Fallbeispiel 1:

A: 3 7/12-jähr. Kind, seit 3 Monaten schmerzlos. Schwellung li. Kieferwinkel/ kaudaler Parotispol, derb, nicht zur Haut verschieblich, Haut livide verändert, beginnende Fistelung, keine Fazialisparese, keine Tbc-Impfung, GT-10-Test positiv, Rö-Thorax o.B.

Th.: superfizielle Parotidektomie li. mit Hautresektion

H: Lymphknoten mit epitheloid-zelligen verkäsenden Granulomen, Nachweis säurefester Stäbchen

Nachweis von M. intracellulare

Verlauf: nach 5 Mon. HLK-Schwellung links

> Einleitung einer tuberkulostatischen Therapie mit Rifabutin (10mg/kg KG) und Clarithromycin (30mg/kg KG) unter Kontrolle von Blutbild, Leber- und Nierenwerten, augenärztliche Kontrolle, Befund nach 5 Monaten Behandlungsdauer nahezu vollständig rückgebildet.

Fallbeispiel 2:

A: 2-jähr. Pat., schmerzlose Schwellung re. präaurikulär, ca. kirschgroß, derb, nicht zur Haut verschieblich, Haut livide verändert (Abb.1), keine Fistel, keine Fazialisparese, keine Tbc-Impfung, GT-10-Test positiv, Rö-Thorax o.B.

Th.: superfizielle Parotidektomie re. ohne Hautresektion

H: Lymphknoten mit epitheloid-zelligen verkäsenden Granulomen, Nachweis säurefester Stäbchen

Nachweis von M. avium

Verlauf: nach 1 Jahr rezidivfrei, Hautveränderung nahezu vollständig rückgebildet (Abb.3)

Abb.3 Befund 10 Mon. Post-OP

Fazit

Die Abgrenzung einer durch NTM verursachten Lymphadenitis colli von anderen Ursachen ist anhand der Klinik allein nicht möglich. Wesentlich ist v.a. die Differenzierung zwischen „typischen“ und „atypischen“ Mykobakterien. Ein positiver GT-10-Test, der Nachweis säurefester Stäbchen oder von verkäsenden Granulomen in der Histol. erschwert die Diagnosefindung. Die definitive Diagnose ist nur durch die kulturelle Anzucht mit mikrobiologischer Speziesdifferenzierung zu stellen [3].

Die Therapie der NTM ist primär chirurgisch. Dieses Vorgehen führt in bis zu 95% der Fälle zur Ausheilung, bei Rezidiv wird, sofern möglich, eine erneute Resektion empfohlen [2,3].

Bei unzureichender Exzision oder Rezidiv ist eine tuberkulostatische Therapie mit Rifabutin (10mg/kg KG/ Tag) und Clarithromycin (10-30mg/kg KG/ Tag) über mindestens 6 Monate indiziert.

Literatur:

1. Knuf M. et al. (2003): Lymphadenitis colli durch nicht-tuberkulöse Mykobakterien (NTM) im Kindesalter - Eine Fallserie und Literaturübersicht. Klin Pädiatr 215: 9-15
2. Pumberger W. et al. (2004): Cervicofacial Lymphadenitis due to atypical Mycobacteria: A surgical disease. Pediatric Dermatology 21: 24-29
3. Kentrup H. et al. (1997): Nichttuberkulöse Mykobakterien als Ursache zervikaler Lymphadenitiden im Kindesalter. Dt Ärzteblatt (94): A-2416-2419