

Management schädelbasisnaher Parapharyngealabszesse im Kindesalter

A. Linke, M. Leinung, D. Glaser, T. Stöver

Klinik für HNO-Heilkunde, Universitätsklinikum Frankfurt (UKF)

Einleitung

Schädelbasisnahe Parapharyngealabszesse sind bei Kindern kein häufiges Krankheitsbild^{1,2}. Aufgrund der eingeschränkten Untersuchungsmöglichkeiten im Kindesalter und der unspezifischen Symptomatik ist die Abgrenzung zu anderen entzündlichen Erkrankungen schwierig. Im Folgenden berichten wir über 8 Kinder mit schädelbasisnahen Parapharyngealabszessen, die Anfang 2014 in unserer Klinik vorgestellt wurden, um aus den Gemeinsamkeiten und Besonderheiten der Krankheitsverläufe Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Material und Methoden

Die Krankheitsgeschichte der 8 Kinder mit schädelbasisnahen Parapharyngealabszessen wurde retrospektiv ausgewertet. Hierbei wurde der Krankheitsverlauf, die Entzündungsparameter und die Bildgebung gesondert betrachtet.

Ergebnisse

Das Alter der Kinder lag zwischen ein und neun Jahren (Mittelwert: 5,2 Jahre, 3 Jungen, 5 Mädchen). Symptome bei Aufnahme waren Fieber, reduzierter Allgemeinzustand,

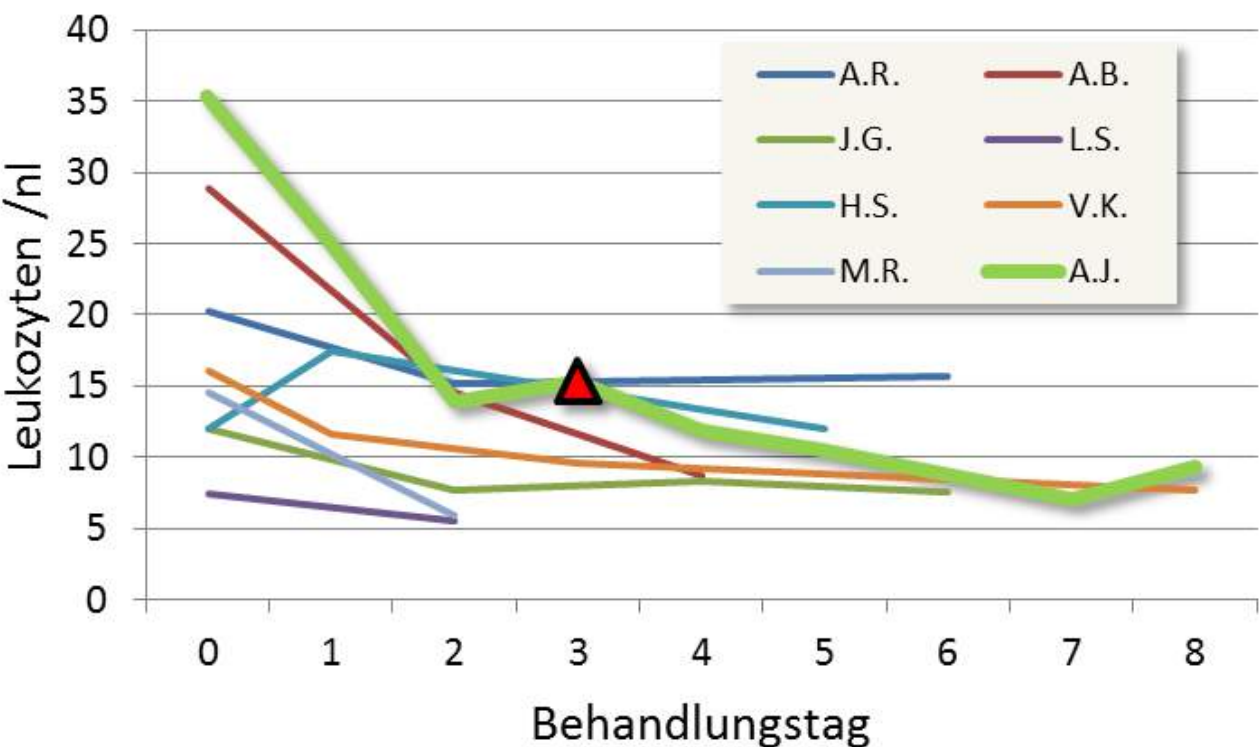


Abb. 1: Verlauf des Entzündungsparameter Leukozyten i.S. Bei dem Patienten A.J. wurde bei erneutem Anstieg der Leukozyten (s. roter Pfeil) eine CT-gesteuerte Punktion erforderlich.

Schonhaltung, Odynophagie und Trinkschwäche (vgl. Tab. 1). Alle Kinder wurden einer Schnittbildgebung zugeführt, die die Verdachtsdiagnose bestätigte. Es wurde daraufhin in allen Fällen die operative Eröffnung und Entlastung des Abszesses durchgeführt. Bei 6 Kindern wurde hierzu eine

Tonsillektomie durchgeführt, um über die Spreizung der Pharynxmuskulatur zum Befund zu gelangen. Nur in 5 von 8 Fällen konnte Eiter gewonnen werden (meist Streptokokkenvarianten). Bedarfsweise wurde die hausübliche initiale Antibiotikatherapie mit Cefuroxim um Metronidazol ergänzt oder auf Clindamycin umgestellt. Bei einem Kind zeigte sich bei nur partieller postoperativer Besserung des Allgemeinzustandes und des Beschwerdekompleses ein erneuter Anstieg der Leukozyten (vgl. Abb. 1). Da die Eltern eine operative Revision ablehnten, wurde eine CT-gesteuerte Punktion in Intubationsnarkose mit erfolgreicher Abszessentlastung durchgeführt (s. Abb. 2). Hierbei konnten 7 ml putrides Sekret gewonnen werden. Im Verlauf besserte sich das Krankheitsbild rasch.

Schlussfolgerung

Schon der Anfangsverdacht auf ein parapharyngeales Abszessgeschehen rechtfertigt den logistischen Aufwand einer Schnittbildgebung, die je nach Alter ggf. in Intubationsnarkose durchgeführt werden muss. In Anbetracht der möglichen lebensbedrohlichen Komplikationen ist eine operative Entlastung indiziert. Die Beurteilung eines weiteren Interventionsbedarfs ist in der frühen postoperativen Phase schwierig und erfordert die kritische Zusammenschau von klinischem Bild und messbaren Parametern. Bei unbefriedigendem Verlauf kann eine erneute Bildgebung und bei fortbestehender Einschmelzung eine weiterer operativer Eingriff oder eine CT-gesteuerte Punktion – sofern verfügbar – erforderlich werden.

Literatur

- Baldassari CM et al. Pediatric deep neck space abscesses. J of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2011;144(4):592-5.
- Grisaru-Soen G et al. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children--epidemiology, clinical features and treatment. Int Journal of pediatric otorhinolaryngology. 2010;74(9):1016-20.

Patient				Symptome					Bildgebung		Erreger		Therapie		
Initialen	Geschlecht	Alter [a]	Vorbehandlung alio loco	Halsschmerzen	Fieber	Torticollis	Schwellung	Dysphagie	Cephalgie	Abszeßvolumen /ml	Multilokulär	Pusgewinnung bei Spaltung	Mikrobiologie	Antibiose	Behandlungs- dauer in domo
A.R.	w	3,2	2		✓		✓			4,7	✓	(+)	Strept. pyogenes*	Cefuroxim → Clindamycin	9
A.B.	m	4,7	0		✓			✓		6,0	✓	(+)	Normalflora	Cefuroxim	6
J.G.	w	9,7	8			✓	✓	✓		4,0	✓	+	kein Keimnachweis	Cefuroxim → Clindamycin	7
A.J.	m	6,6	0	✓	✓					8,3	✓	++	Strept. pyogenes**	Cefuroxim + Metronidazol	9
L.S.	w	9,5	7			✓			✓	1,2		+	kein Keimnachweis	Cefuroxim	3
H.S.	w	1,0	5	✓						12,0		-	Normalflora	Cefuroxim	6
V.K.	m	1,3	0	✓			✓			10,8	✓	+++	Strept. mitis/oralis***	Cefuroxim + Metronidazol	7
M.R.	w	5,7	5	✓	✓	✓	✓			11,4		++	Normalflora	Cefuroxim	4

Resistenzen:

- * Gentamycin, Erythromycin
- ** Gentamycin, Co-Trimoxazol, Levofloxacin
- *** Penicillin G, Ampicillin, Cefuroxim, Gentamycin, Cefotaxim, Ceftriaxon, Erythromycin

Tab. 1: Tabellarische Darstellung der Behandlungsverläufe



Abb. 2: CT-gesteuerte Abszeßpunktion