

Ausgeprägter Hypopharynxabszess nach Fremdkörperingestion

Mehnert S, Seidel C, Marschner J, Mekonnen B

Einleitung:

In dieser Falldarstellung berichten wir über eine 62-jährige Patientin, die sich wegen akuter Dyspnoe und Aphagie seit 2 Tagen in unserer Klinik vorgestellt hatte.

Vorausgegangen war eine Fremdkörperentfernung 4 Tage zuvor, nachdem die Patientin beim Verzehr einer Hühnersuppe einen 4 cm langen Hühnerknochen verschluckt hatte und dieser wegen seiner komplizierten Lage (Interaryregion/ Hypopharynx) in Sedierung entfernt wurde (s. Abb. 1^(gelber Pfeil)+2).

Im Rahmen der nun durchgeführten Lupenlaryngoskopie imponierte eine ausgeprägte ödematöse Schleimhautschwellung im gesamten rechten Hypopharynx. Der Kehlkopfengang war insbesondere im Aryknorpelbereich geschwollen und dadurch teilweise verlegt. Zudem bestand ein Foetor ex ore.

Material und Methoden:

Laborchemisch wurden hohe Entzündungsparameter festgestellt (Leukozyten: 20,7 Gpt/l; CrP: 313mg/l).

In der durchgeführten kontrastmittelverstärkten CT der Halsweichteile konnte eine große Abszesshöhle im Hypopharynx rechts mit ausgeprägter Schleimhautschwellung verifiziert werden (s. Abb.3+4^(grüne Pfeile)).

Die Indikation zur sofortigen Mikrolaryngoskopie und Hypopharyngoskopie in Intubationsnarkose wurde gestellt. Intraoperativ konnte die Abszesshöhle zunächst weit eröffnet, drainiert und mit Antiseptika gespült werden.

Ergebnisse:

Unter initialer Beatmung i.R. der 8-tägigen intensivmedizinischen Überwachung, hochdosierter Gabe von Glukokortikoiden, kombinierter intravenöser Antibiotikagabe (initial Piperacillin und Tazobactam, danach Cefuroxim und Metronidazol), regelmäßigen Wundspülungen und temporärer Ernährung via nasogastraler Sonde konnte der Allgemeinzustand stabilisiert werden.

Eine Woche nach der Abszesseröffnung wurde im Rahmen einer erneuten Kontroll-Hypopharyngoskopie die ventrale pharynxseitige Abszesswand mit dem Laser reseziert (s. Abb.5+6) und die Patientin am Folgetag problemlos extubiert.

Histologisch bestätigte sich das Bild einer nekrotisierenden, abszessbildenden Pharyngitis. Weitere Kontrolluntersuchungen ergaben unauffällige Spiegel- und Endoskopiebefunde. Funktionell bestehen keine Einschränkungen.

Schlussfolgerung:

Hypopharynxabszesse sind hinsichtlich der Lokalisation selten, jedoch wegen der unmittelbaren Nachbarschaft zum Kehlkopf besonders gefährlich.

Neben der häufigen Ursache einer Verletzung, die sich sekundär infiziert, sind iatrogene Schädigungen durch flexible bzw. starre Endoskopie oder Sondeneinführungen in Betracht zu ziehen [1].

Die differentialdiagnostische Abklärung der tiefen Halsweichteile, dem Para- oder Retropharyngealraum sowie die frühzeitige Diagnostik und Therapie sind essenziell für die Prognose dieser unter Umständen lebensbedrohlichen Komplikation, wie in diesem Fall nach Fremdkörperingestion.

Abb. 1+2: Befund bei Erstvorstellung mit Fremdkörper (Hühnerknochen):

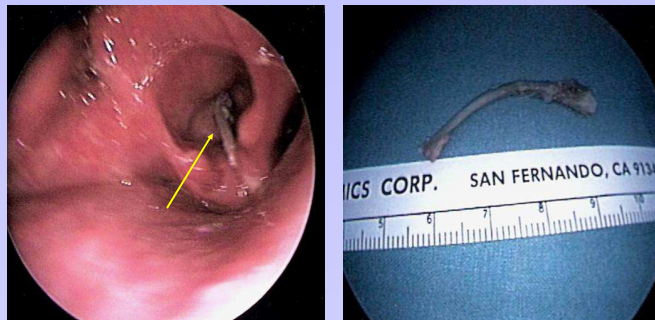


Abb. 3+4: CT-Befund mit Darstellung der Abszesshöhle und der ausgeprägten Schleimhautschwellung:

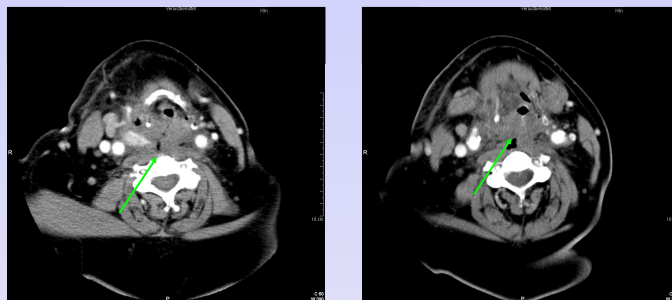
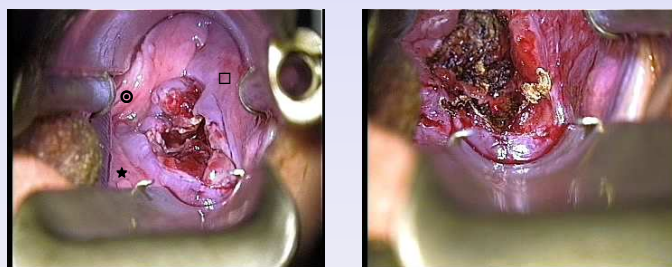
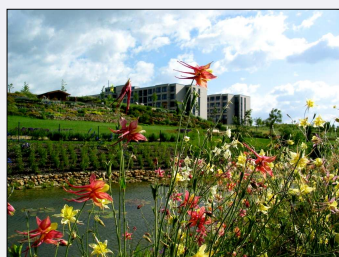


Abb. 5+6: intraoperative Darstellung vor und nach laserchirurgischer Abtragung der ventralen Abszesswand:



□=laterale Hypopharynxwand rechts; ★=Rachenhinterwand; ○=rechter Aryknorpel



Literatur:

1: Strutz J, Mann W. (2001) Entzündliche Erkrankungen des Oro- und Hypopharynx. In: Jürgen Strutz, Wolf Mann, Praxis der HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie. Stuttgart, New York: Thieme

Autoren:

Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Georgius-Agricola-Klinikum Zeitz
Chefarzt: Dr. med. Bekele A. Mekonnen

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Steffen Mehnert
Klinik für HNO-Heilkunde, Georgius-Agricola-Klinikum Zeitz,
Lindenallee 1,
06712 Zeitz
e-mail: s.mehnert@klinikum-zeitz.de