

Vorsicht vor mittellinigen nasalen Pickeln im Kindesalter!

Heidi Bächli^a, Angelika Sophia Zettl^b, Ruth Köppl^c, Johannes Mayr^b




^a Departement Neurochirurgie, Universitätsspital und Universitäts-Kinderspital beider Basel, ^b Departement Kinderchirurgie, Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), ^c Departement Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie, Universitätsspital Basel

Summary

Midline nasal pimple in infancy: caution!

We report the case of an eight-month-old boy with a suppurating pimple in the midline of the nose since birth and recurrent attacks of fever. Following the diagnosis of a nasal dermoid sinus with an intrafalxial dermoid tumor, the child underwent an interdisciplinary surgical procedure. The follow up was uneventful. The clinical presentation, diagnosis and treatment of these disorders are discussed.

Fallschilderung

Wir berichten über einen acht Monate alten Knaben, bei dem seit der Geburt rezidivierende Fieberschübe und ein eiternder Pickel in der Mitte des Nasenrückens auffielen. Zuletzt zeigte sich eine Schwellung im Bereich der rechten Nasenflanke und der Orbita verbunden mit Fieber, so dass eine notfallmässige Hospitalisation erfolgte (Abb. 1 ). Im MRI ergab sich Verdacht auf einen intrakraniellen Abszess, woraufhin eine Antibiotikatherapie mit Ceftriaxon, Vancomycin und Metronidazol eingeleitet wurde. Zusätzlich konnte die Diagnose eines intrafalxialen Dermoids sowie eines beginnenden zerebralen Abszesses gestellt werden (Abb. 2 ). Im CT zeigten sich in der Frontobasisfeinschichtung eine fehlende ethmoidale Ossifikation und eine bifide anteriore Crista galli mit einem Dermoid im Bereich des Foramen caecum bzw. des Falx (Abb. 3 ).

Aufgrund dieser Befunde wurde die Indikation zu einem interdisziplinären intra-/extrakraniellen Eingriff mit bifrontaler Kraniotomie, Entfernung des Dermoidtumors und der Frontobasisdeckung sowie mit transnasaler Ausräumung des Dermal sinus gestellt. Beim Abschieben der Galea floss teigiges, mit Haaren versehenes Material ab, ver-

einbar mit einem Dermoid. Nach der Duraeröffnung zeigten sich massive Verklebungen mit der Frontobasis, die Crista galli war aufgespalten, und es kam ein kleinfingerförmiger Dermoidtumor zum Vorschein, der sich zwischen der Falx nach intrakraniell vorschob. Der Sinus sagittalis superior wurde im vorderen Anteil ligiert und ein Teil der Falx herausgeschnitten, was zur vollständigen Entfernung des Tumors führte. Ein ungefähr 1 cm grosses Loch im Bereich der Crista galli wurde intradural mit einem Galea-Patch abgedichtet. Anschliessend erfolgte die transnasale Ausräumung des Dermal sinus. Zusätzlich wurde die Frontobasis extradural und endonasal gedeckt. Der Eingriff verlief komplikationslos. Die intraoperativ entnommenen Abstriche waren positiv für methicillinresistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA), was eine Umstellung der antibiotischen



Abbildung 1

Eiternder Pickel in der Mitte des Nasenflügels bei einem acht Monate alten Knaben.

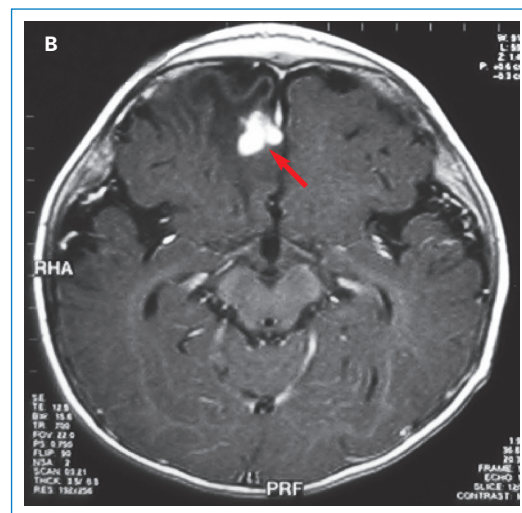
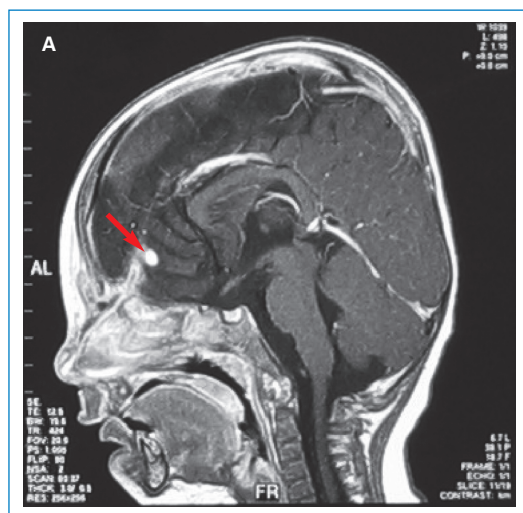


Abbildung 2

MRI: intrafalxiales Dermoid (A) und beginnender zerebraler Abszess (B).

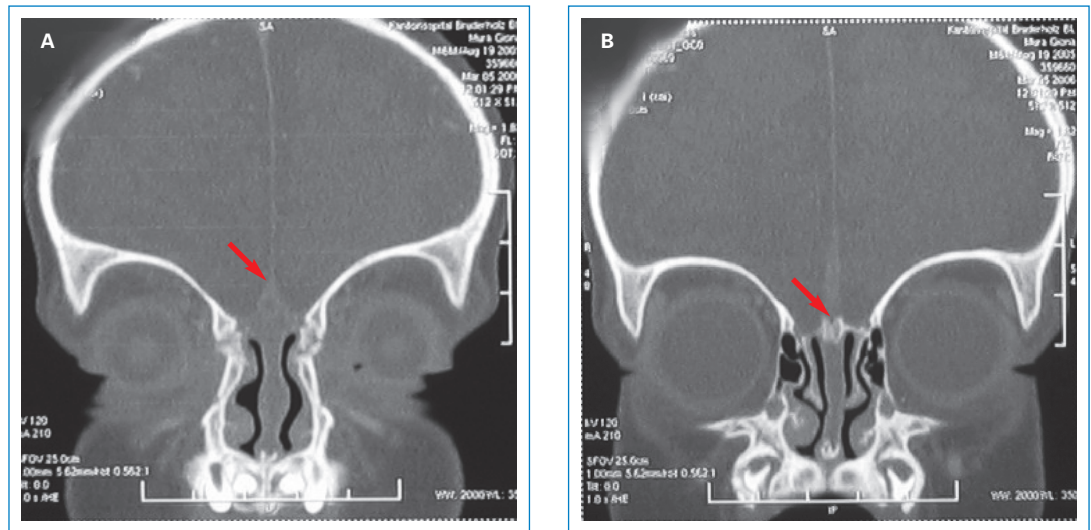


Abbildung 3
CT: fehlende ethmoidale Ossifikation (A) und bifide anteriore Crista galli (B) in der Frontobasisfeinschichtung.

Behandlung auf Clindamycin und Vancomycin nötig machte. Während fünf Tagen wurden Chlorhexidinwaschungen durchgeführt. Nach einer sechswöchigen intravenösen Gabe erfolgte die Verabreichung von Clindamycin während einer zweiten Phase von sechs Wochen peroral.

Im weiteren Verlauf fielen die MRSA-Abstriche negativ aus, und das Kind entwickelte sich altersentsprechend ohne neurologische Auffälligkeiten. Die MRSA-Positivität war möglicherweise auf die im Rahmen der rezidivierenden Fieberschübe erfolgten Antibiotikagaben zurückzuführen.

Die MRI-Kontrolle acht Monate später zeigte einen regelrechten postoperativen Befund ohne Nachweis entzündlicher Affektionen oder Tumoren.

Kommentar

Frontonasale Missbildungen sind insgesamt sehr seltene Entwicklungsstörungen. Hierzu zählen der nasale Dermal sinus, anteriore Zephalozele und nasale Gliome. Erstere präsentieren sich durchschnittlich mit 23 Monaten. Rund 50% der Kinder haben einen Pickel oder ein Grübchen über dem Nasenrücken. Gut 80% dieser Patienten haben extrakranielle Tumoren in Form von Dermoiden oder Epidermoiden, ungefähr 20% eine intrakranielle Beteiligung [1]. Auch kraniofaziale Missbildungen sind dokumentiert. Radiologische Hinweise sind eine bifid angelegte Crista galli und ein vergrössertes Foramen caecum sowie dort lokalisiertes Enhancement [1].

Aufgrund der grösseren Defekte in der Frontobasis kommt es nicht selten, wie auch in unserem Fall, über die Eintrittspforte des dermalen Sinus zu einer Meningitis bis hin zur Zerebritis (Früh-

form eines Hirnabszesses ohne Abkapselung der Entzündung) und zu einem Abszess [2]. Die Dekkung solcher Defekte ist häufig schwierig und sollte multidisziplinär angegangen werden. Die einzige effektive Therapie ist die chirurgische Sanierung mit möglichst totaler Resektion [3, 4]. Nicht selten bestehen bereits Verwachsungen, so dass zur Bewahrung der Funktionalität und zur Vermeidung irreversibler Schäden nur eine subtotale Entfernung möglich ist.

Eine längerfristige Antibiotikatherapie ist bei zerebraler entzündlicher Beteiligung notwendig zur Vermeidung von Abszessrezidiven und Osteomyelitis. Eine blinde Antibiotikatherapie ohne gezielte Fokussuche und Diagnostik sollte unbedingt vermieden werden, da sie zu unerwünschten Resistenzen führen kann. Zudem wird die Ursache so nicht beseitigt, und die Folge sind Rezidive, die mit einer Leidensverlängerung einhergehen.

Wichtig ist es, mittellinige Hautveränderungen, sei es im Bereich des Gesichtes oder auch der Wirbelsäule als kongenitale Fehlbildungen (mit möglicherweise darunterliegender intrakranieller oder intraspinaler Ausdehnung), als solche zu erkennen und entsprechende diagnostische Verfahren und Therapien zu veranlassen [5]. Eine oberflächliche Resektion eines mittellinigen dermalen Sinus ist unzureichend und sollte unbedingt vermieden werden. Nicht selten haben die Patienten aufgrund der primären Fehlinterpretation der Symptome bereits sehr lange Leidensgeschichten hinter sich. Die diagnostischen Mittel der Wahl sind das MRI und zur Beurteilung der ossären Strukturen das CT inklusive 3D-CT und gegebenenfalls Feinschichtung.

Korrespondenz:
Dr. med. Heidi Bächli
Oberärztin
Kinderneurochirurgische
Universitätsklinik
Universitäts-Kinderspital
beider Basel (UKBB)
Spitalstrasse 21
CH-4031 Basel
hbaechli@uhbs.ch

Literatur

- Hedlund G. Congenital frontonasal masses: developmental anatomy, malformations, and MR imaging. *Pediatr Radiol.* 2006;36:647–62.
- Layadi F, Louhab N, Lmejjati M, Aniba K, Ait Elqadi A, Ait Benali S. Cerebellar dermoid cyst with occipital dermal sinus. *Pediatr Neurosurg.* 2006;42:387–90.
- Caldarelli M, Massimi L, Kondageski C, di Rocco C. Intracranial midline dermoid and epidermoid cysts in children. *J Neurosurg.* 2004;100:473–80.
- Hanikeri M, Waterhouse N, Kirkpatrick N, Peterson D, Macleod I. The management of midline transcranial nasal dermoid sinus cysts. *Br J Plast Surg.* 2005;58:1043–50.
- Blake WE, Chow CW, Holmes AD, Meara JG. Nasal dermoid sinus cysts. A retrospective review and discussion of investigation and management. *Ann Plast Surg.* 2006;57:535–40.