

HIV-Parotitis beim Kind

Katrin Suter^a, Andrea Duppenenthaler^b, Zsolt Szücs-Farkas^c, Reto Villiger^a

^a Kinderklinik Wildermeth, Spitalzentrum Biel

^b Pädiatrische Infektiologie, Kinderklinik Bern

^c Institut für medizinische Radiologie, Spitalzentrum Biel

Fallschilderung

Eine bisher gesunde 14-jährige Jugendliche mit westafrikanischer Abstammung (in Deutschland geboren und planmässig geimpft) präsentierte sich auf unserem Notfall mit einer seit wenigen Tagen bestehenden, zunehmenden, schmerzhaften Wangenschwellung links. Daneben hatte sie Temperaturen bis maximal 38,0 °C, wenig Husten und Schnupfen. Mit der klinischen Diagnose «Mumps» wurde die Jugendliche mit einer symptomatischen Therapie nach Hause entlassen. Wenige Tage später kam es zur erneuten Vorstellung infolge einer Zunahme der Beschwerden und neu aufgetretener eitrig-otitischer Otorrhoe links. Klinisch zeigte sich eine ausgeprägte, indurierte Schwellung im Bereich der linken Wange präaurikulär bis angulär reichend, wobei sich eine Hyposensibilität der linken Gesichtshälfte sowie eine Kieferklemme nachweisen liess. Die angulären und hoch zervikalen Lymphknoten waren induriert und schmerzhaft auf 2–3 cm vergrössert. Die Tonsillen waren symmetrisch hyperplastisch. Das Trommelfell schien intakt und reizlos zu sein, während sich im linken Gehörgang eitriges Sekret fand. Enoral liess sich keine Pathologie nachweisen, auch bestand keine Organomegalie. Laborchemisch zeigten sich folgende Werte: CRP 310 mg/l, Lc 19.1 G/l, keine Linksverschiebung, BSR 93 mm/h.

Im CT von Hals- und Gesichtsbereich war die Parotis links deutlich vergrössert, und beidseits traten zahlreiche zystoide, hypodense Areale intraparenchymatös

auf (Abb. 1A, 1B ). Daneben war eine begleitende zervikale und submandibuläre Lymphadenopathie v.a. linksseitig sichtbar.

Unter einer antibiotischen Therapie mit Co-Amoxicillin (im Verlauf Wechsel auf Meropenem) kam es zwar zu Regredienz der Entzündungsparameter, aber auch zu einer einschmelzenden zervikalen Lymphadenitis, die im weiteren Verlauf eine chirurgische Drainage nötig machte. Postoperativ war eine rasche Abheilung zu beobachten. Und in der ambulanten Kontrolle zwei Wochen später war lediglich eine beidseitige, indolente Parotisschwellung vorhanden.

Im Rahmen der weiterführenden ätiologischen Abklärungen wurde bereits präoperativ eine HIV-Infektion neu entdeckt. Die HIV-Serologie war wie der Bestätigungstest positiv. Die Viruslast betrug 30 545 Kopien/ml, der CD4-Wert lag bei 1064/μl (entsprechend 34% der totalen Lymphozytenzahl). Zudem war eine relevante Hypergammaglobulinämie (IgG total 32,6 g/l) nachweisbar. Die mikrobiologischen Untersuchungen des Ohrabstriches und des Drainagematerials blieben unauffällig, insbesondere zeigten sich mikroskopisch keine säurefesten Stäbchen. Aufgrund der isolierten Parotitis bei quantitativ normaler Immunitätslage ergab sich ein Stadium A1 der HIV-Infektion.

Diskussion

Die Differentialdiagnose einer akuten Parotitis im Kindesalter umfasst hauptsächlich virale Erreger (wie Mumps, EBV, CMV, Influenza- oder Parainfluenzavirus, Coxsackievirus, Adenovirus, Parvovirus B19), seltener sind bakterielle Infektionen (Staphylococcus aureus, Streptokokken der Gruppe A, Mykobakterien). Für beide Formen sind Schmerz und Schwellung typisch, wobei die virale Form häufig bilateral und verbunden mit systemischen Zeichen wie Fieber und Malaise auftritt. Andere Ursachen – wie eine Sialolithiasis oder ein Tumor – sind selten bei Kindern. Chronische oder rezidivierende Parotitiden sieht man bei Kindern am häufigsten in Form der ätiologisch noch ungeklärten sog. «chronisch rezidivierenden Parotitis des Kindesalters» oder Infektionen [1]. Bei den weiteren beschriebenen Ätiologien (wie Tumoren, Immundefekten, Bulimie, Sjögren-Syndrom) handelt es sich um Seltenheiten. Der vorliegende Fall stellt eine Kombination beider Verlaufsformen dar. Einerseits zeigte sich das Bild einer nur wenige Tage andauernden, links betonten pyogenen Parotitis mit einer im Verlaufe abszedierenden Lymphadenitis colli. Andererseits zeugen die zystischen

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

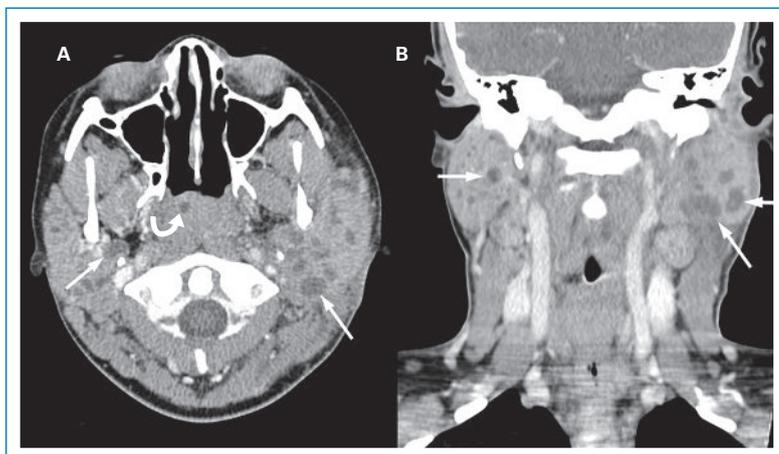


Abbildung 1

Transversale (A) und koronare (B) kontrastverstärkte CT-Bilder des Halses. Die Glandula parotis ist auf beiden Seiten vergrössert und weist mehrere minderperfundierte, zystische Areale auf (Pfeile). Der Drüsenbefall auf der linken Seite ist ausgeprägter als rechts. Ähnliche Veränderungen in der Rachenmandel (gebogener Pfeil).

Gewebeveränderungen der Parotis im CT eher von einem bereits länger dauernden Prozess im Sinne einer chronischen Entzündung. Letzteres ist die typische Manifestationsform der HIV-Parotitis, nämlich eine chronische, diffuse, indolente Schwellung der Parotis, meist beidseitig auftretend.

Je nach Studie kommt die Parotitis bei 4–47% der HIV-infizierten Kinder vor [2] und gilt als eines der klassischen Merkmale einer langsam progredienten perinatal erworbenen HIV-Infektion. Häufig ist sie das erste Zeichen bei sonst gesunden HIV-positiven Kindern, so wie im vorliegenden Fall: Die Jugendliche ist mit ihren 14 Jahren für eine Neudiagnose bereits recht alt (allerdings ist bei ihr der Infektionsweg noch nicht definitiv geklärt); sie war bisher gesund, zeigt eine nur mässige Virämie sowie noch normale CD4-Werte bei gleichzeitig bestehender Hypergammaglobulinämie.

Aus radiologischer Sicht entsprechen die im CT dargestellten multiplen zystischen Areale am ehesten lymphoretikulären Zysten. Grundsätzlich sind verschiedene histologische Formen der Parotisbeteiligung bei HIV-Infizierten bekannt, darunter die follikuläre Hyper-

plasie, die diffuse Infiltration der Drüse mit T-Lymphozyten (v.a. CD8) und die lymphoepitheliale Zystenbildung [3]. Die Zysten sind schmerzlos, singular oder multiple, variabel in ihrer Grösse und meist beidseitig. Aus therapeutischer Sicht führt die antiretrovirale Therapie i.d.R. zur klinischen Besserung [4].

Korrespondenz:

Dr. med. Reto Villiger
Kinderklinik Wildermeth am Spitalzentrum Biel
CH-2501 Biel/Bienne
reto.villiger@spital-biel.ch

Literatur

- 1 Ellies M, Laskawi R. Diseases of the salivary glands in infants and adolescents. *Head & Face Medicine* 2010 6:1.
- 2 Katz MH, Mastrucci MT, Leggott PJ, Westenhouse J, Greenspan JS, Scott GB. Prognostic significance of oral lesions in children with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection. *Am J Dis Child.* 1993;147(1):45-8.
- 3 Mandel L, Hong J. HIV-associated parotid lymphoepithelial cysts. *J Am Dent Assoc.* 1999;130(4):528-32.
- 4 Dave SP, Pernas FG, Roy S. The benign lymphoepithelial cyst and a classification system for lymphocytic parotid gland enlargement in the pediatric HIV population. *Laryngoscope.* 2007;117(1):106-13.

Mann oder Fisch? **Assoziation?** Ein 45-jähriger Mann, Fischer, kommt wegen eines starken, unangenehmen Körpergeruchs, der zu ehelichen Problemen geführt hat. Überdies ist dieser Geruch mit seiner Arbeit, Fischen, verbunden. Alle Körperflüssigkeiten verteilen den Geruch, und alle Parfums nützen nichts. Der Mann hofft ...

(Auflösung siehe rechte Spalte)

Auflösung: Google meint, das hätte mit Trimethylamin und Trimethylaminure zu tun. Und das wiederum ist auf einen Mangel an einer Flavin-enthaltenden Monooxygenase-3 zurückzuführen, die das überlebenswichtige Trimethylamin normalerweise in der Leber in nicht-berührende Trimethyl-N-oxyl überführt. Eine strikte Diät vermindert den Körpergeruch erheblich und stärkt das Selbstbewusstsein. Allerdings: Fische enthalten grosse Mengen von nicht-berührendem TMA-N-oxid, die nach dem Tod des Tieres bakteriell in das überlebenswichtige TMA überführt werden. Die strikte Diät (Vermeiden von Fisch, Fleisch- und Fischabfall, Eiern, Gemüse) vermeidet die Aufnahme von Cholin und Lezithin, den Vorstufen zu TMA. (*Lancet.* 2010;376:1710.)