

Die vergessene Krankheit¹

Cirus Schahab


Klinik für Hals-, Nasen-, Ohren- und Gesichtschirurgie, Kantonsspital Luzern

Ein 45-jähriger Patient stellte sich mit seit zehn Tagen andauernden Hals- und Schluckschmerzen sowie seit zwei Tagen bestehenden starken, konstanten, gürtelförmigen epigastrischen Schmerzen, verbunden mit mehrmaliger Emesis in einer 24-h-Permanence vor. Aufgrund der Schmerzexazerbation war seit 24 Stunden nur eine Flüssigkeitsaufnahme möglich. Vorangegangen war eine Selbstmedikation des Patienten mit 4 g Aspirin/24 h. Zusätzlich bestand anamnestisch ein Status nach Vagotomie vor 22 Jahren bei axialer Hiatushernie mit ausgeprägter Refluxproblematik.

Der Patient wurde mit Verdacht auf einen Peritonsillarabszess auf die HNO-Klinik des Luzerner Kantonsspitals überwiesen.

Status bei Eintritt: 45-jähriger, kaltschweissiger, tachykarder Patient, in reduziertem Allgemeinzustand, in regelrechtem Ernährungszustand. Temperatur axillär 37,1 °C. Keine Dyspnoe. Blutdruck 91/57 mm Hg, Puls 110/min. Im HNO-Status erkennbare vergrößerte, druckdolente Lymphknoten in Level I–II links. Im Bereich der geröteten und mit Stippchen belegten Tonsillen minime Asymmetrie zuungunsten der linken Seite. Jedoch kein Uvulashift und/oder -ödem. Keine Kieferklemme. Fiberendoskopisch geröteter Epipharynx und etwas prominenter Zungengrund. Larynx anatomisch sowie funktionell intakt. Freie obere Atemwege.

Abdominal: ubiquitärer Druckschmerz periumbilikal sowie im Oberbauch betont epigastrisch. Keine Resistenzen, kein Rüttelschmerz. Darmgeräusche über sämtlichen Quadranten vorhanden. Im Labor zeigten sich dann hohe Entzündungsparameter: Leukozytose mit Linksverschiebung 18,0 Giga/l, CRP 243 mg/l.

Es wurde die Diagnose einer Angina tonsillaris gestellt. Gleichzeitig Beginn einer intravenösen Antibiotikatherapie mit Amoxicillin/Clavulansäure sowie Verlegung des Patienten auf den chirurgischen Notfall zur Beurteilung der starken abdominalen Oberbauchschmerzen. Zum Ausschluss einer Hohlorganperforation wurde eine abdominale Computertomographie durchgeführt, wobei sich basal beidseits mehrere Lungeninfiltrate zeigten, so dass gleichzeitig noch eine Computertomographie des Thorax erfolgte mit nun erkennbaren Infiltraten in sämtlichen Lungenlappen (Abb. 1 ). Der Patient wurde daraufhin mit der Diagnose einer Aspirin-induzierten Gastritis, einer Pneumonie sowie einer Angina tonsillaris auf die medizinische Station zur Weiterbehandlung verlegt. Innert weniger Stunden kam es zur Vergrößerung des septischen Zustandsbildes mit zuneh-

¹ Zur Diskussion und Literaturübersicht zu diesem Fall beachten Sie den Beitrag in dieser Nummer des SMF: Das Lemierre-Syndrom. Schweiz Med Forum. 2012;12(19):386-8.

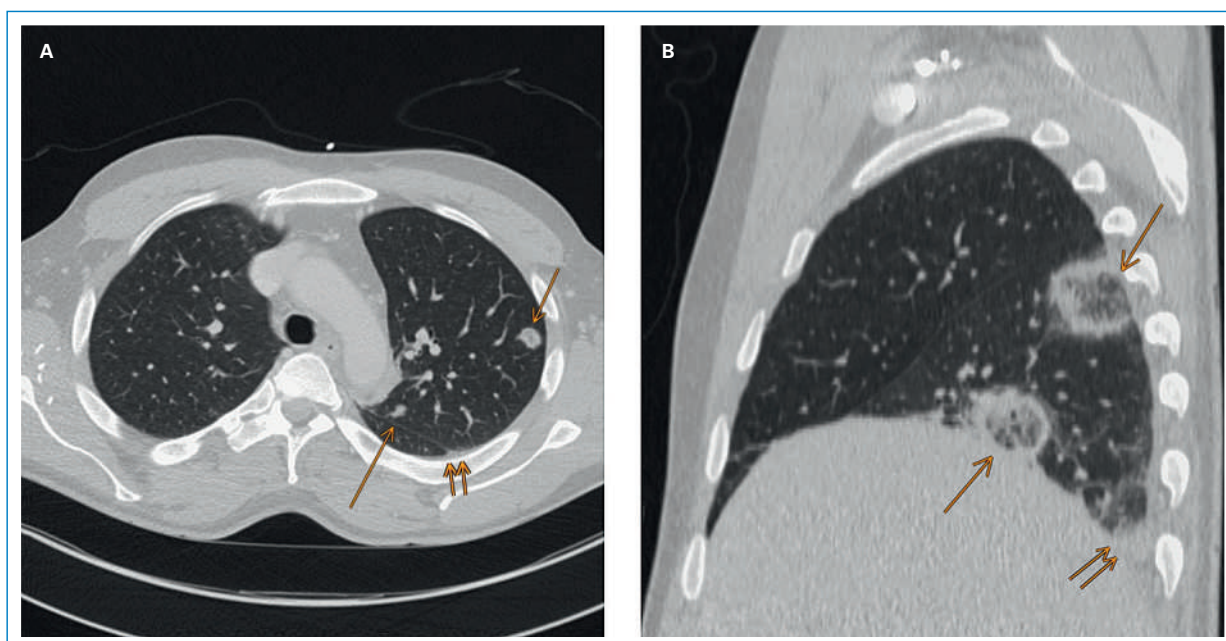



Abbildung 1
A und B Kontrastmittelverstärktes Thorax-CT: multiple noduläre und kavitäre Lungenherde (Pfeile), Pleuraerguss (Doppelpfeile).

Der Autor hat keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

mender Multiorgandysfunktion sowie Volumen- und Vasoaktivbedürftigkeit. Infolgedessen wurde der Patient auf die Intensivstation verlegt und intubiert. Aufgrund nun bestehenden Verdachts auf ein Lemierre-Syndrom erfolgte eine kontrastmittelverstärkte Computertomographie des Halses, wobei sich ein Peritonsillarabszess links und eine Thrombose der Vena jugularis interna links zeigten (Abb. 2 und 3 ). Zur Sanierung des Primärherdes wurde dann eine Abszessostomie links durchgeführt. Die initiale antibiotische Therapie mit Amoxicillin/Clavulansäure wurde nach Rücksprache mit den Infektiologen um Metronidazol ergänzt. Im intraoperativ abgenommenen Abstrich wuchsen in der Kultur Streptococcus anginosus, wenig Candida albicans sowie gramnegative Stäbchen. In den nach begonnener Antibiotikatherapie abgenommenen Blutkulturen zeigte sich kein Bakterienwachstum. Am 2. postoperativen Tag erfolgte die operative Drainage eines neu entstandenen parapharyngealen Abszesses links. Nach operativer Sanierung wurde eine Antikoagulation mit Liquemin begonnen. Im weiteren Verlauf mussten beim intubierten Patienten bei schlechter Oxygenierung und progredienten Pleuraergüssen beidseits Thoraxdrainagen angelegt werden. Der Patient stabilisierte sich zu-

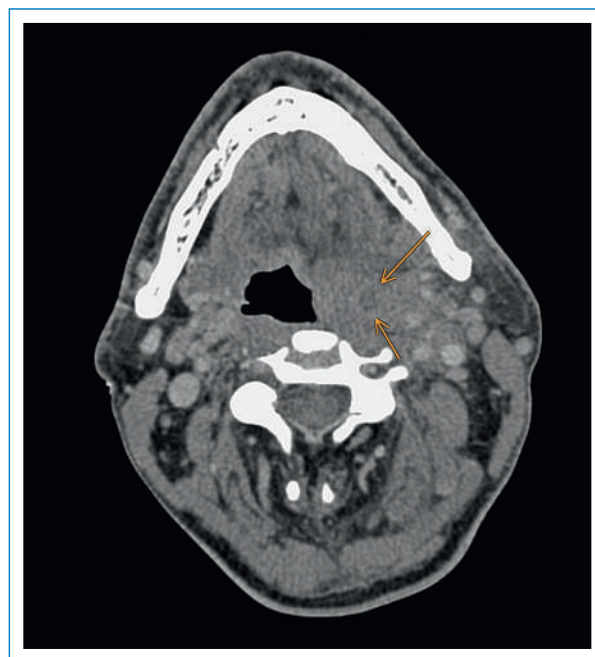


Abbildung 2
Kontrastmittelverstärktes Hals-CT: Peritonsillarabszess links (Pfeile).

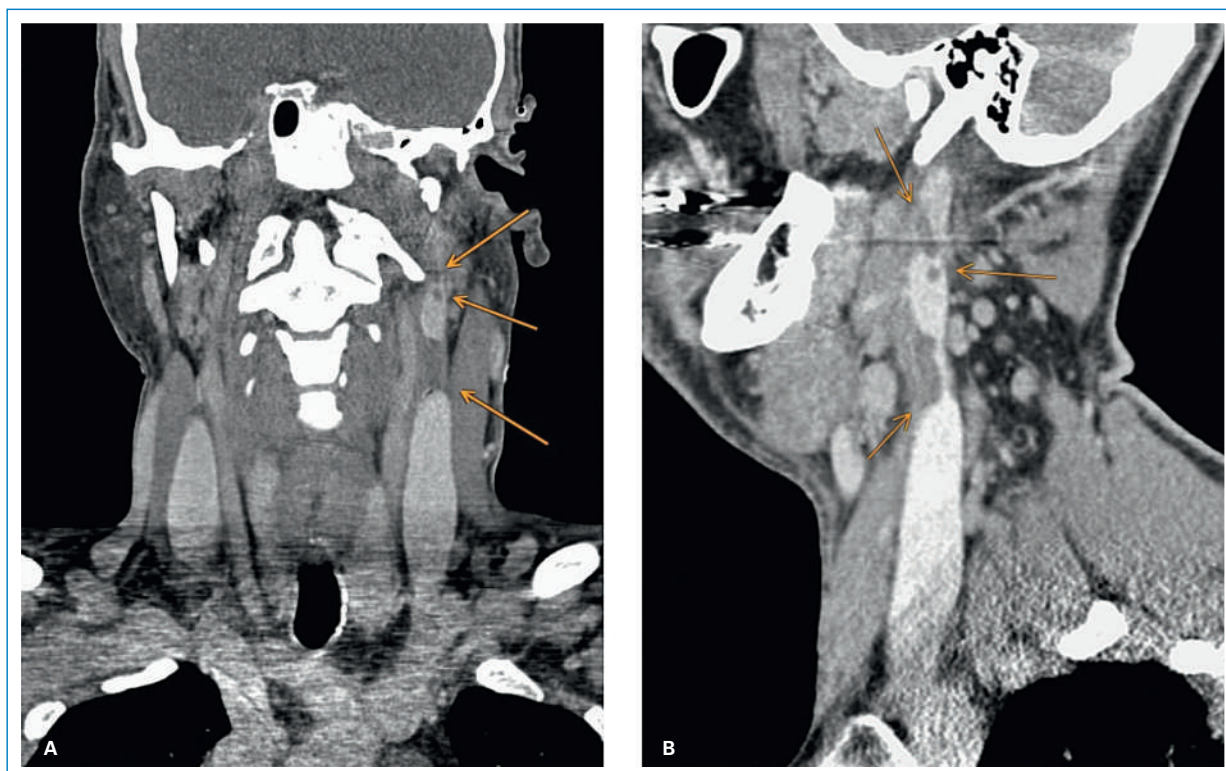


Abbildung 3
A und B Kontrastmittelverstärktes Hals-CT: Thrombosen der Vena jugularis interna links (Pfeile).

nehmend, so dass er am 6. Tag nach Einlieferung ins Spital extubiert werden konnte. Es erfolgte die Verlegung von der Intensivstation auf die HNO-Abteilung. Die Thoraxdrainagen konnten nach zwei Wochen entfernt werden. Der Patient wurde nach insgesamt vier Hospitalisationswochen mit oraler Antikoagulation sowie Clindamycin für zwei Wochen nach Hause entlassen.

Korrespondenz:

Dr. med. Cirus Schahab
Klinik für Hals-, Nasen-, Ohren- und Gesichtschirurgie
Kantonsspital Luzern
CH-6000 Luzern 16
[cirus.schahab\[at\]luks.ch](mailto:cirus.schahab[at]luks.ch)