

Das infektanfällige Kind aus HNO-ärztlicher Sicht

Von Dr. med. Wolfgang Kehrl

Eine Reihe chronischer Infekte im Kopf-Hals-Bereich können nach Versagen einer konservativen Therapie chirurgisch therapiert werden. Hier soll aus klinisch praktischer Sicht ein aktueller Überblick über Indikationen, Kontraindikationen und Komplikationen dieser Operationen dargestellt werden.

Adenotomie

Komplikationen von vergrößerten Rachenmandeln sind rezidivierende (eitrige) Rhinopharyngitiden, Sinusitiden, Tubenfunktionsstörungen mit Schallleitungsschwerhörigkeit, rezidivierende Mittelohrentzündungen und/oder Malokklusionen. Bei vergrößerten Adenoiden sollte nach Ausschluss von anderen Ursachen die Adenotomie durchgeführt werden. Wichtigste Komplikation ist die Nachblutung (ca. 1%). Sehr selten sind velopharyngeale Insuffizienzen und eine Rhinophonie.

Nachuntersuchungen an adenotomierten Kindern zeigen, dass bei mehr als 80% der Kinder Nasenrachenraum-Infekte und rezidivierende Otitiden deutlich reduziert oder nicht mehr beobachtet wurden. Ebenso wurde ein positiver Effekt auf die Mundatmung, das Schnarchen und die Entstehung von Sinusitiden beschrieben.

Tonsillektomie

Die Gaumenmandel steht an vorderster Front der Antigenaufnahme und –verarbeitung. Diese Funktion ist besonders bis zum 4./5. Lebensjahr ausgeprägt. Daher ist bei Kleinkindern die Indikation zur TE besonders streng zu überprüfen.

Folgende Indikationen zur Tonsillektomie beim Kind bestehen: Mechanisch behindernde Tonsillenhyperplasie, rezidivierende akute Anginen, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, chronische Tonsillitis, Peritonsillarabszess, Fokus, Malignomverdacht. Die wichtigste Komplikation ist die Nachblutung. Sie wird in der Literatur zwischen 0,1 und 10% angegeben. Nachblutungsbedingte Todesfälle werden auf 1:3000 bis 1:27000 geschätzt. Die Tonsillektomie ist daher nur unter stationären Bedingungen durchzuführen. Als Kontraindikationen gelten Agranulozytose, Leukämie, schwere Allgemeininfektionen und/oder die Pharyngitis sicca. Eine stärkere Infektanfälligkeit nach TE ist nicht nachgewiesen.

Paukendrainage

Das chronische Sero- oder Mukotympanon führt zu einer Schallleitungsschwerhörigkeit. Wenn eine konservative Therapie zur besseren Belüftung des Mittelohres fehlschlägt, sollte rechtzeitig die Paukendrainage

(evtl. in Verbindung mit der Adenotomie und Tonsillektomie) durchgeführt werden, da sonst Sprachentwicklungsverzögerungen drohen.

Mastoidektomie

Insgesamt muss man bei fehlender Besserung einer Otitis nach 2-3 Wochen oder bei einer Verschlechterung an eine Mastoiditis denken.

Neben den klassischen Symptomen retroaurikuläre Schwellung, Druckschmerz über dem Mastoid und Otorrhoe, die aber nicht immer vorliegen, besteht Fieber oder nur ein reduziertes Allgemeinbefinden. Die Diagnose wird am sichersten durch eine Computertomographie bestellt. Die Entzündungsparameter sind deutlich erhöht. Zur Vermeidung von otogenen oder endokraniellen Komplikationen sollte eine Mastoidektomie in Kombination mit einer antibiotischen Therapie durchgeführt werden. Nur beim Frühstadium ist eine alleinige Antibiose gerechtfertigt.

Nasennebenhöhlenoperation

Operationsindikationen zur Nasennebenhöhlenoperation bei Kindern sind gegeben bei Komplikationen einer akuten Sinusitis, therapieresistenten chronischen Sinusitiden, totaler nasaler Obstruktion, Muko-, Pyomukozelen, Malignomen und/oder schweren Cephalgien durch Kontakte zwischen Nasenmuschel und Septum. Insgesamt sollte die Nasennebenhöhlenchirurgie im Kindesalter erst nach Versagen einer konsequenten konservativen Therapie durchgeführt werden.

Dr. med. Wolfgang Kehrl, Marienkrankenhaus Hamburg