

Eitrige Lymphadenitis nach Abszessotomie bei Immunsuppression

Eine oft vergessene Differenzialdiagnose

Falldarstellung

Anamnese

Ein 75-jähriger Patient, der aufgrund einer mit Myeloperoxidase (MPO) und antineutrophilen zytoplasmatischen Antikörpern (ANCA) assoziierten Glomerulonephritis immunsupprimiert war, wurde uns zur konsiliarischen Beurteilung wegen seit 2 Wochen progredienten, linksseitigen Hals- und Schluckschmerzen von der Klinik für Nephrologie zugewiesen. Die Immunsuppression erfolgte vor 10 Monaten einmalig mit einem Cyclophosphamid-Bolus und anschließender Dauermedikation über einen Zeitraum von 10 Monaten mit Steroiden sowie zudem 9 Monate mit Mycophenolat-Mofetil (CellCept®).

Klinische Befunde

Aufgrund einer deutlichen Asymmetrie des linken Gaumenbogens mit Vorwölbung und Rötung ergab sich der Verdacht auf einen Peritonsillarabszess (PTA), was sich computertomographisch bestätigte (■ **Abb. 1**). Die Sonographie der Halsweichteile und der restliche HNO-Status waren unauffällig. Es erfolgte eine Abszessotomie links mit postoperativer 10-tägiger, nierenadaptierter intrave-

nöser Antibiotikatherapie mit Amoxicillin/Clavulansäure.

Nach initialer Besserung der Beschwerden wurde uns der Patient einen Monat später aufgrund einer druckdolentem Schwellung angulär links erneut zugewiesen. Er war febril, klagte über Nausea, Appetitlosigkeit mit Gewichtsverlust von 10 kg sowie neu aufgetretener nasaler Regurgitation von Flüssigkeiten. Mesopharyngeal fiel eine Wundheilungsstörung der linken Tonsillarloge mit persistierenden Fibrinbelägen auf. Laborchemisch waren die Leukozyten im Normbereich (8,3 G/l), das CRP war mit 85 mg/l (Normwert < 8 mg/l) erhöht. In der Sonographie der Halsweichteile zeigte sich im Level II links eine hypoechoogene, scharf begrenzte Raumforderung mit fehlendem Durchblutungsmuster. Bei Inzision in Lokalanästhesie bestätigte sich der Verdacht einer eitrigem Lymphadenitis, die als Komplikation nach PTA interpretiert wurde.

Trotz nierenadaptierter intravenöser antibiotischer Therapie und Abszessdrainage kam es 9 Tage später zu einem zervikalen Rezidivabszess, welcher erneut drainiert werden musste. Der Wundgrund des Rezidivabszesses präsentierte sich im weiteren Verlauf, ähnlich der Tonsillarloge, fibrinbelegt ohne Abheilungstendenz (■ **Abb. 2**).

Verlauf

Bei zunehmender Verschlechterung des Allgemeinzustands mit Fieber, neu aufgetretener Unruhe, Desorientiertheit sowie Dysphasie wurde der Patient auf die Intensivstation verlegt. Die Gabe von Mycophenolat-Mofetil (CellCept®) wurde gestoppt. Zur Infektokussuche und Ausschluss einer generalisierten Vaskulitis musste sowohl auf eine Computertomographie mit Kontrastmittelgabe aufgrund der Niereninsuffizienz als auch auf eine Magnetresonanztomographie aufgrund eines Pacemakers verzichtet werden, weswegen eine Positronenemissionstomographie-Computertomographie (PET-CT) angefertigt wurde, wo sich ein verminderter zerebraler Glucosestoffwechsel mit fokaler vermehrter Anreicherung zervikal links darstellte (■ **Abb. 3**). Zur weiteren Diagnostik wurde eine Lumbalpunktion und Bronchoskopie durchgeführt.



Abb. 1 ◀ Axiale native Computertomographie mit Nachweis eines Peritonsillarabszesses links



Abb. 2 ◀ Fibrinbelegtes Ulkus zervikal links ohne Abheilungstendenz



Abb. 3 ▲ PET-CT mit vermindertem Glukose-Uptake zerebral und vermehrter Anreicherung zervikal links

▶ Wie lautet ihre Diagnose?

» Diagnose: disseminierte Tuberkulose (Landouzy-Sepsis)

Histologie

In der histologischen Aufarbeitung der Tonsille wurde eine akute abszedierende Tonsillitis und Peritonsillitis beschrieben. Mikrobiologisch ließ sich weder in der Kultur der intraoperativ entnommenen Abstriche des PTA, des Halslymphknotenabszesses noch in den Blutkulturen Bakterienwachstum nachweisen. Auch fanden sich histologisch keine Hinweise auf ein Lymphom oder eine Vaskulitis. Das pathohistologische Bild der Biopsie des Wundgrunds des zervikalen Ulkus ergab eine nekrotisierende, akut eitrig granulozytäre Entzündung ohne Anhalt für Granulome. Aufgrund des Rezidivabs-

zesses und der fehlenden Abheilungstendenz des Ulkus wurde die nunmehr dritte Probe der zervikalen Wunde zudem auf säurefeste Stäbchen untersucht, die in der Primärmikroskopie bereits nachgewiesen werden konnten. Die Kultur und die Polymerasekettenreaktion (PCR) auf *Mycobacterium-tuberculosis*-Komplex respektive *Mycobacterium tuberculosis* waren in der Folge positiv. Die Liquorpunktion bestätigte den Verdacht auf einen intrazerebralen Tbc-Befall mit kulturellem Nachweis von *Mycobacterium tuberculosis*. Auch die Bronchiallavage war sowohl im Direktpräparat, in der PCR als auch in der Kultur positiv.

Therapie

Da es sich entgegen der ursprünglichen Arbeitshypothese einer eitrigen Lymphadenitis colli nach PTA um eine disse-

minierte Tuberkulose (Landouzy-Sepsis) handelte, wurde eine antituberkulöse Dreierkombinationstherapie mit Rifampicin, Isoniazid und Pyrazinamid initiiert. Auf Ethambutol wurde aufgrund der fehlenden anamnestischen Hinweise für eine Resistenz des Keims, Niereninsuffizienz und nur bakteriostatischen Wirkung in der initialen Therapie verzichtet. Der Patient erholte sich zunehmend und konnte in die Rehabilitation und schließlich nach Hause entlassen werden. Bei der klinischen Nachkontrolle in unserer Klinik war nach 3 Monaten eine vollständige Abheilung des zervikalen Ulkus zu verzeichnen (▶ **Abb. 4**). Im Bereich der Tonsillarloge war eine etwa 2 mm messende Perforation des hinteren Gaumenbogens bei ansonsten unauffälligen Verhältnissen zu sehen. Zur nasalen Regurgitation kam es lediglich beim hastigen Trinken von Flüssigkeiten.



Abb. 4 ◀ Reizlose Halsweichteile nach vollständiger Abheilung der tuberkulösen Lymphadenitis

Definition

Im Jahr 2008 erkrankten weltweit 9,4 Mio. Menschen an Tuberkulose, was einer Inzidenz von 139 pro 100.000 entspricht [1]. Die Inzidenz der Tuberkulose in den entwickelten Ländern ist mit rund 10 Fällen pro 100.000 Einwohner pro Jahr auf tiefem Niveau stagnierend und die Tuberkulosemortalität sehr gering (0–1 Fall/100.000/Jahr). In Westeuropa und Nordamerika sind vor allem ältere Patienten sowie Immigranten aus Ländern mit hoher Tuberkuloseinzidenz betroffen. Nur 10% der Infizierten entwickeln eine aktive Tuberkulose. Bei effektiver Immunabwehr wird *Mycobacterium tuberculosis* (MT) bei 10% der Betroffenen komplett eradiziert, während es bei anderen zur Persistenz vitaler Erreger im Organismus, jedoch ohne erkennbare Erkrankung oder Organmanifestation kommt [1]. Man spricht von einer latenten Tuberkulose, die sich nach Jahrzehnten reaktivieren und klinisch manifestieren kann. Die primäre Tuberkulose ist meist selbstlimitierend und wird oft nicht diagnostiziert. Eine Miliartuberkulose ist Folge einer lymphohämatogenen Aussaat von MT aus einem pulmonalen oder extrapulmonalen Fokus. Sie wird gehäuft bei Immunkompromittierung beobachtet und geht bei Erwachsenen mit einer Mortalität von 25–30% einher.

Die tuberkulöse Lymphadenitis stellt mit 25% der Fälle die häufigste Form der extrapulmonalen Tuberkulose dar. Im Kopf-Hals-Bereich sind die zervikalen Lymphknoten, gefolgt vom Larynx, der häufigste Manifestationsort, wobei nur in 5% eine Primärtuberkulose vorliegt [2, 3]. Die betroffenen Lymphknoten, die meist

im Level II und V gelegen sind, präsentieren sich klinisch meist als indolente, verschiebliche Knoten und stellen sich sonographisch hypoechogen mit intranodaler Nekrose und unscharfer Begrenzung dar [2, 3]. Primärformen oraler und oropharyngealer Lokalisation gelten als Raritäten und werden eher sekundär nach Lungentuberkulose beobachtet [3]. Klinisch zeigt sich typischerweise ein schmerzloses Ulkus oder eine chronisch noduläre Veränderung der Pharynxschleimhaut [2].

Diskussion

Beim hier vorliegenden Fall ist die Reaktivierung eines extrapulmonalen, zervikal gelegenen Tuberkuloseherds durch die Immunschwäche im Rahmen der Grunderkrankung und der immunmodulierenden Therapie sowie des vorausgegangenen PTA sehr wahrscheinlich. Eine Primärinfektion der Tonsilla palatina mit MT als Ursache des PTA mit sekundärer Lymphknotenbeteiligung ist aufgrund der Anamnese und des klinischen Bildes unwahrscheinlich.

Irreführend in den primär differenzialdiagnostischen Überlegungen war der vermeintliche Ausschluss einer latenten Tuberkulose mit Verzicht auf eine präventive Isoniazidtherapie vor Beginn der immunsuppressiven Therapie im Rahmen der MPO-ANCA-assoziierten Glomerulonephritis.

Die Argumente gegen eine latente Tuberkuloseinfektion waren eine fehlende Stimulierbarkeit des Interferon- γ -Release-Assay (IGRA, Qantiferon Gold in-tube®), fehlende post-Tbc-spezifische Veränderungen im Röntgenbild des Tho-

HNO 2012 · 60:622–625
DOI 10.1007/s00106-011-2469-7
© Springer-Verlag 2012

O. Jeleff · C. Gutmann · P. Greminger · I. Binet · S.J. Stöckli · M.A. Broglie

Eitrige Lymphadenitis nach Abszessotomie bei Immunsuppression. Eine oft vergessene Differenzialdiagnose

Zusammenfassung

Ein 75-jähriger, immunsupprimierter Patient entwickelte nach einem Peritonsillarabszess (PTA) eine rezidivierende, eitrige Lymphadenitis. Zervikal präsentierte sich ein nicht abheilendes Ulkus. In weiterer Folge kam zu einer akuten Verschlechterung des Allgemeinzustands bei Landouzy-Sepsis. Im Wundgrund des Ulkus konnte schließlich *Mycobacterium tuberculosis* nachgewiesen werden. Der Patient litt an einer latenten Tuberkulose, die sich im Rahmen seiner Grunderkrankung, der immunmodulierenden Therapie sowie des vorausgegangenen PTA reaktivierte. Durch tuberkulostatische Behandlung erfolgte eine vollständige Genesung.

Schlüsselwörter

Wundheilungsstörung · Extrapulmonale Tuberkulose · Latente Tuberkulose · Landouzy-Sepsis · Immunsuppression

Purulent lymphadenitis after peritonsillar abscess under immunosuppression. An often forgotten differential diagnosis

Abstract

In the present case study, a 75-year-old, immunosuppressed man presented with recurrent cervical abscesses after a peritonsillar abscess. In the cervical region, an ulcer developed with persistent wound healing deficit. Subsequently, the patient's general condition deteriorated, showing symptoms of a Landouzy sepsis. In the course of the examination, *Mycobacteria tuberculosis* was detected in the cervical ulcer. He suffered from latent tuberculosis, which was reactivated by a combination of his disease, immunosuppressive therapy and the preceding peritonsillar abscess. Upon treatment with tuberculostatics, the patient fully recovered.

Keywords

Wound healing disorder · Extrapulmonary tuberculosis · Latent tuberculosis · Landouzy sepsis · Immunosuppression

rax und a priori eine negative Anamnese bezüglich Tbc-Erkrankung oder -Exposition. Die Sensitivität des IGRA für die Diagnose einer aktiven Tuberkulose wird je nach Testsystem mit 81–88% angegeben [4]. Die Sensitivität des Testsystems kann infolge Immunsuppression, Malnutrition und Alter beeinflusst werden [5] und hätte vor Beginn der immunsuppressiven Therapie wiederholt werden sollen, insbesondere da der Patient Teil einer Generation ist, welche häufiger mit Tbc in Kontakt kam. Ein nicht stimulierbares Testresultat, wie es beim vorliegenden Patienten infolge einer Anergie bei schwerer Vaskulitis wahrscheinlich der Fall war, darf nicht als Negativeresultat fehlinterpretiert werden. Beim vorliegenden Patienten ergab eine nachträgliche ausgedehnte Familienanamnese, dass ein naher Verwandter, mit dem der Patient in seiner Kindheit Kontakt hatte, mit Tbc infiziert war.

Fazit für die Praxis

- Die Tuberkulose ist ein Chamäleon, das andere Krankheitsbilder imitieren kann.
- Insbesondere bei rezidivierenden Abszessen und Wundheilungsstörungen sollte bei Patienten mit entsprechendem Risikoprofil wie immunmodulierender Therapie, chronischer Erkrankung und fortgeschrittenem Alter die Tuberkulose immer als Differenzialdiagnose in Betracht gezogen und mittels gezielter Diagnostik ausgeschlossen werden.
- Wünschenswert ist der Gewebegewinn zum histologischen, mikroskopischen und kulturellen Nachweis der Erkrankung und eine Resistenztestung, damit eine fokussierte, resistentgerechte tuberkulostatische Behandlung möglich wird.

Korrespondenzadresse



Dr. O. Jeleff
Hals-Nasen-Ohrenklinik,
Kantonsspital St. Gallen
Rorschacher Straße 95,
9007 St. Gallen
Schweiz
Olivia.Jeleff@med.uni-
muenchen.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Ahmad S (2010) New approaches in the diagnosis and treatment of latent tuberculosis infection. *Respir Res* 11:169
2. Nalini B, Vinayak S (2006) Tuberculosis in ear, nose, and throat practice: its presentation and diagnosis. *Am J Otolaryngol* 27:39–45
3. Vaid S et al (2010) Tuberculosis in the head and neck—a forgotten differential diagnosis. *Clin Radiol* 65:73–81
4. Sester M et al (2011) Interferon-gamma release assays for the diagnosis of active tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J* 37:100–111
5. Pai M et al (2004) Interferon- γ assays in the immunodiagnosis of tuberculosis: a systemic review. *Lancet Infect Dis* 4:761–776

Hier steht eine Anzeige.

 Springer