

Ungewöhnliche Lage einer retropharyngeal eingespießten Fischgräte

R. Giger
B. N. Landis
P. Dulguerov

Uncommon Position of a Retropharyngeal Impacted Fishbone

Zusammenfassung

Wir berichten über den Fall einer 34-jährigen Frau mit einem retropharyngealen Abszess, verursacht durch eine Fischgräteverletzung. Trotz der typischen Anamnese und Symptome (Nackensteife, Aphagie) eines retropharyngealen Abszesses illustriert dieser Fall die Wichtigkeit der radiologischen Bildgebung (Computertomographie) hinsichtlich der Lokalisation des Fremdkörpers und der Planung dessen chirurgischer Entfernung. Die Fischgräte war bei der klinischen Untersuchung nicht sichtbar. In der Computertomographie des Halses fand sich ein ungewöhnlicher, schräg liegender, röntgendichter Fremdkörper im Retropharyngealraum. Nach pharyngoskopischer Abszesseröffnung konnte die Fischgräte mit Erfolg entfernt werden. Anhand dieses Falles sollen Ursache, klinische Zeichen, Symptome, Diagnostik, Behandlung und Komplikationen retropharyngealer Abszesse kurz diskutiert werden.

Schlüsselwörter

Retropharyngealer Abszess · Erwachsene · Fremdkörper · Fischgräte · pharyngoskopische Entfernung

Abstract

The case of a 34-year-old otherwise healthy woman with retropharyngeal abscess due to a fishbone injury and presenting with neck stiffness and aphagia without visualization of a pharyngeal mucosal lesion is reported. The case illustrates that sore throat with symptoms out of proportion to oropharyngeal findings should prompt a search for pathologies other than simple pharyngotonsillitis. Other typical symptoms of a retropharyngeal abscess are high fever, dysphagia, hot potato voice and, less commonly, dyspnea and sepsis. Retropharyngeal abscess in adults occurs most often as a complication of a spread of infection from a pharyngeal focus, a foreign body injury, an iatrogenic trauma due to tracheal intubation or endoscopy, and blunt or perforating neck trauma. Contrary to children, a retropharyngeal abscess in adults without loco-regional infection or preceding trauma is very rare. This case illustrates how important imaging investigations (CT-scan) are in order to locate foreign bodies and to decide on surgical management. Aetiology, presenting signs, symptoms, methods of diagnosis, treatment and complications of a retropharyngeal abscess are briefly discussed.

Key words

Retropharyngeal abscess · adults · foreign body · fishbone · pharyngoscopic removal

Institutsangaben

Hals-Nasen-Ohren-, Gesichts- und Halschirurgie-Klinik – Uniklinikum Genf, Genf; Schweiz
(Klinikdirektor: Prof. Dr. W. Lehmann)

Korrespondenzadresse

Dr. med. Roland Giger · Service ORL et Chirurgie cervico-faciale · Hôpitaux Universitaires Genève ·
24, rue Micheli-du-Crest · CH-1211 Genève · Suisse · E-mail: gigerro@hotmail.com

Eingegangen: 3. Februar 2004 · **Angenommen:** 26. April 2004

Bibliografie

Laryngo-Rhino-Otol 2004; 83: 852–855 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York ·
DOI 10.1055/s-2004-825679 · ISSN 0935-8943

Einleitung

Seit die Antibiotika in die Medizin Einzug gehalten haben, werden bis zu 50% aller retropharyngealen Abszesse (RPA) bei Erwachsenen beobachtet, während dies vorher eine vorzugsweise Kinder betreffende Erkrankung war [1–4]. Trotz antibiotischer Therapiemöglichkeiten sind Morbidität und Mortalität bei RPA nicht zu unterschätzen, und eine exakte und frühe Diagnosestellung ist entscheidend für den weiteren Verlauf [5]. Im Gegensatz zu Kindern ist die Ursache eines RPA bei Erwachsenen häufig durch eine lokale Verletzung der Mukosa oder Submukosa durch einen Fremdkörper bedingt [6–8]. Wir berichten über den Fall eines durch eine eingespießte Fischgräte verursachten RPA. Die Lokalisation dieser Fischgräte, welche komplett unter die Schleimhaut zu liegen kam, ist ungewöhnlich. Computertomographische (CT) Rekonstruktionen erlaubten eine optimale Erkennung des anhand klinischer Untersuchungen nicht sichtbaren Fremdkörpers.

Fallbericht

Eine 34-jährige Frau beklagte sich über eine seit zwei Tagen anhaltende Aphagie und Nackenstarre. Ein Fremdkörpergefühl im Rachenraum und Schluckschmerzen traten bereits fünf Tage vorher auf, nachdem die Patientin Thunfisch gegessen hatte. Die Patientin konsultierte zwei verschiedene Ärzte, welche ihr eine Antibiotikum- und Kortisontherapie verschrieben. Unter dieser medikamentösen Behandlung kam es zur Zunahme der Beschwerden. Bei der fiberoptischen Pharyngo-Laryngoskopie zeigte sich eine leichte, kaum sichtbare Schwellung der unteren oropharyngealen Hinterwand, ohne sichtbare Zeichen einer Schleimhautverletzung. Die Patientin blieb fieberlos, laborchemisch bestand eine normale Leukozytenverteilung, und ein leicht erhöhtes CRP von 23 mg/l (Norm 1–10 mg/l).

In der seitlichen Weichteilröntgenaufnahme des Halses fand sich eine Verbreiterung (1,5 cm) des retropharyngealen Raumes ohne Lufteinschlusszeichen auf Höhe des zweiten Halswirbelkörpers (HWK) sowie eine feine, 2,5 cm lange, vertikal gelegene, röntgendichte, fischgrätähnliche Struktur (Abb. 1). Die Patientin wurde einer antibiotischen i.v. Behandlung unterzogen (Amoxicillin-Clavulansäure und Metronidazol), und eine notfallmäßig durchgeführte Hals-CT zeigte eine deutliche Verbreiterung des Retropharyngealraumes mit eingeschlossenem, hypodensem Areal von 1 × 2 cm Größe (Abb. 2a). Die koronare CT-Rekonstruktion des Halses zeigte eine röntgendichte, schräg liegende, linienförmige Struktur von 2,5 cm Länge, von welcher ein Ende in der Nähe des linken Sinus piriformis auf Höhe HWK 3–4 zu liegen kam (Abb. 2b). Mittels direkter Pharyngo-Laryngoskopie in Intubationsnarkose konnte der Abszess auf einer Länge von 2 cm chirurgisch eröffnet und der Eiter entleert werden. Die nachfolgende Wundspreizung und deren gründliche Inspektion ließen die verdächtige Fischgräte lokalisieren und erfolgreich entfernen (Abb. 3).

Die mikroskopische Untersuchung des eitrigen Sekretes zeigte primär nur das Vorhandensein üblicher Mundhöhlenkeime, was das mikrobiologische Kulturergebnis nachträglich bestätigte.

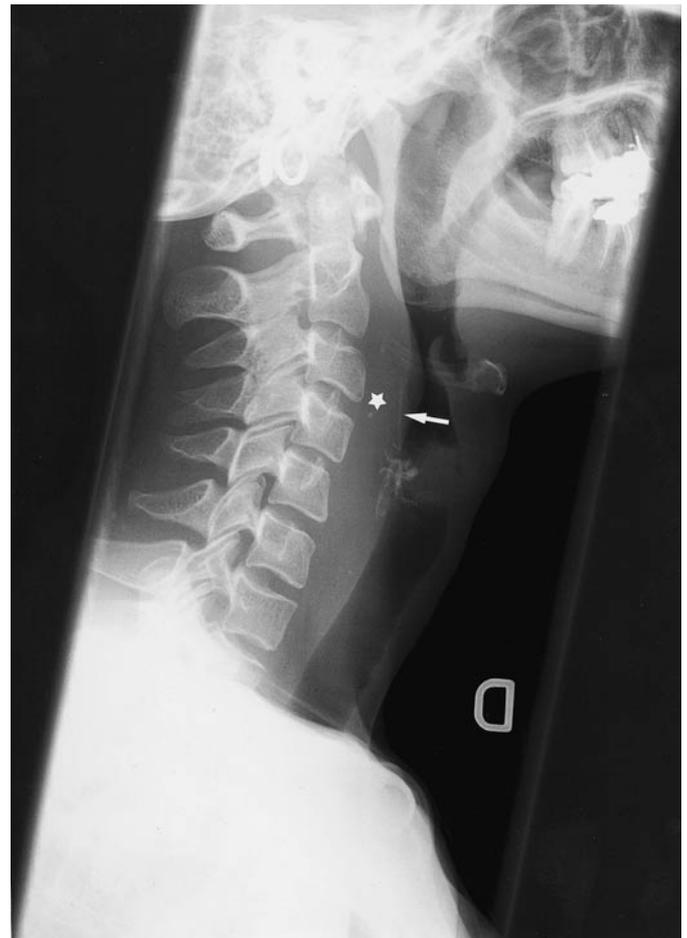


Abb. 1 In der seitlichen Weichteilröntgenaufnahme des Halses ist eine Verbreiterung des Retropharyngealraumes (> 7 mm) (Stern) sowie auch ein feiner, 2,5 cm langer, röntgendichter Fremdkörper (Pfeil) erkennbar.

Die Patientin wurde bereits einen Tag später bei absoluter Beschwerdefreiheit, normaler Schluckfunktion und unauffälliger, fiberoptischer Pharyngo-Laryngoskopie entlassen und während zwei Wochen engmaschig ambulant nachkontrolliert. Eine solche schnelle Spitalentlassung nach Drainage eines retropharyngealen Abszesses ist nur bei optimaler Compliance von Seiten des Patienten und Gewährleistung regelmäßiger ambulanter Kontrollen möglich und sollte nicht zur Gewohnheit werden [5]. Eine orale antibiotische Therapie (Amoxicillin-Clavulansäure) wurde während der gesamten Zeit der Nachkontrolle weitergeführt.

Diskussion

Fremdkörperbedingte Verletzungen als Ursache eines RPA sind heutzutage ebenso häufig anzutreffen, wie die klassisch beschriebenen RPA bei Kindern [2–4]. Bei den Erwachsenen werden in der Literatur folgende Ursachen eines RPA angegeben: Verschleppung lokaler Infektionen (Rachen- und Tonsilleninfektion); eine sich nach vorne ausbreitende Prävertebraleinfektion (septische Osteomyelitis nach i.v. Drogenabusus, selten tuberkulös bedingte Osteomyelitis); Einspießung von Fremdkörpern (Fischgräte, Geflügelknochen); iatrogene Verletzungen bei Intubationen oder Endoskopien (starre Ösophago- resp. Bron-

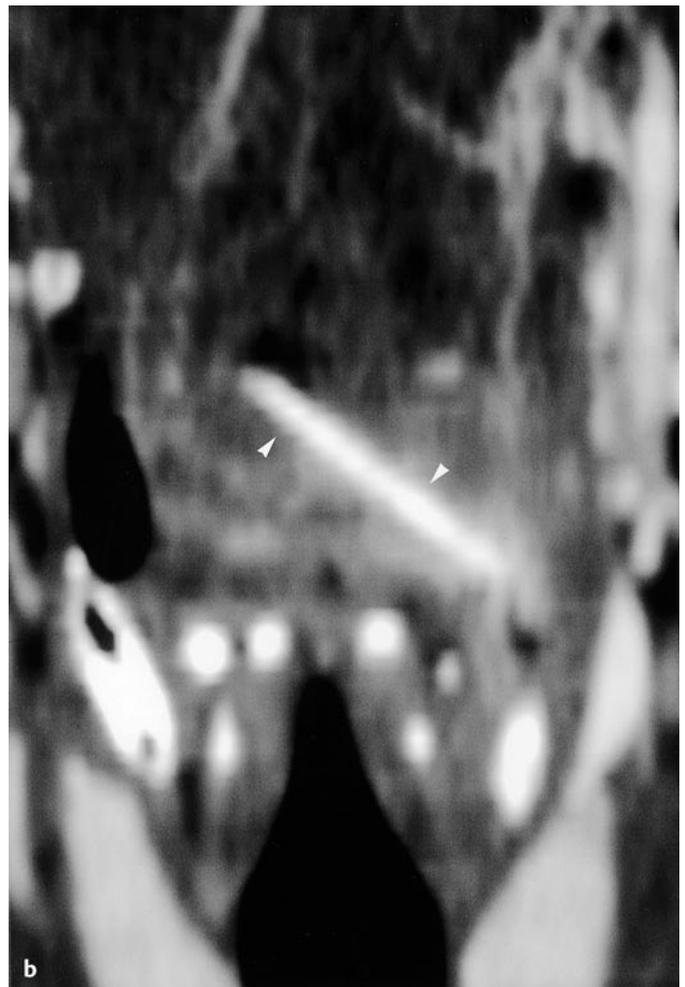
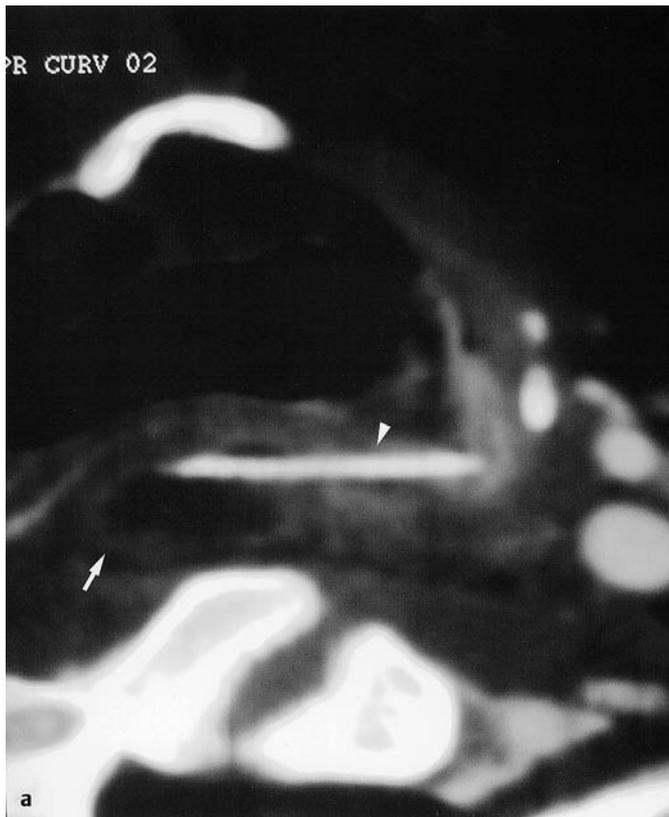


Abb. 2 Die Hals-CT wurde unmittelbar nach Spitaleintritt durchgeführt. **a** Das axiale Bild zeigt eine retropharyngeale Flüssigkeitsansammlung mit peripher verstärktem Randsaum (Pfeil), verdächtig auf einen Abszess. Ebenfalls ist eine röntgendichte Struktur (Pfeilkopf) im retropharyngealen Raum sichtbar, verdächtig auf das Vorhandensein einer Fischgräte. **b** Die koronare Rekonstruktion zeigt die genaue Position der Fischgräte (Pfeilkopf) im Retropharyngealraum auf.

choskopie) oder beim Legen einer Magensonde; äußere, perforierende oder stumpfe Halsweichteilverletzungen; Halswirbelsäulefrakturen; Pfählungsverletzungen sowie auch oropharyngeale Bagatellverletzungen; maligne Erkrankungen (z. B. Nasopharynxkarzinom, Hypopharynxkarzinom) und Tuberkulose der Halslymphknoten [7–12].

Klinisch zeigen diese Patienten häufig Fieber, Schluckschmerzen, Atemnot, Nackenstarre, eine kloßige Sprache („hot potato voice“) und möglicherweise Zeichen einer Sepsis [3, 8, 9]. In den meisten Fällen palpiert man vergrößerte Halslymphknoten oder es lässt sich eine Schwellung der hinteren Rachenwand erkennen [3, 4, 9].

Eine seitliche Weichteilröntgenaufnahme des Halses in Inspirationsstellung bleibt das diagnostische Mittel der Wahl zur initialen Beurteilung eines verdächtigen RPA und lässt häufig eine Verbreiterung des Retropharyngeal- und Retrotrachealraumes, einen Flüssigkeitsspiegel, und manchmal einen röntgendichten Fremdkörper erkennen. Die Kriterien zur Beurteilung und Messungen der Verhältnisse und Größen des Retropharyngeal- und Retrotrachealraumes wurden von Wholey et al. (1958) bestimmt [13]. Diese definierten als Normwerte bei Erwachsenen eine sagittal gemessene Breite des Retropharyngealraumes auf Höhe HWK 2 von durchschnittlich 3,4 mm (Bereich von 1–7 mm) und eine sagittal gemessene Breite des Retrotrachealraumes auf

Höhe HWK 6 von durchschnittlich 14 mm (Bereich von 9–22 mm) [13]. Wie auch unser Fallbericht zeigt, muss eine Verbreiterung des Retropharyngealraumes über 7 mm und eine Verbreiterung des Retrotrachealraumes über 22 mm an einen entzündlichen Prozess dieser anatomischen Räume denken lassen. Die CT ist das bildgebende Verfahren der Wahl bei der Beurteilung von tiefen Halsabszessen [14]. Eine CT des Halses mit Kontrastmittel kann hilfreich sein beim Unterscheiden zwischen einer phlegmonösen Entzündung und einem Abszess sowie beim genauen Lokalisieren und Identifizieren eines entzündlichen Prozesses und dessen Ausbreitung entlang der zervikalen Faszien und Halsweichteile. Wie unser Fall demonstriert hilft die CT beim Beschreiben der exakten Lokalisation und Position eines Fremdkörpers und beim Entscheiden des chirurgischen Zuganges zu dessen Entfernung. Eine präoperative Bildgebung mittels CT ist unerlässlich, um schwerwiegende intraoperative Komplikationen durch Verletzungen von lebenswichtigen Nachbarorganen zu vermeiden [12].

Als Komplikationen eines RPA werden Mediastinitis, Pyopneumothorax, bronchiale Erosionen und eitrige Perikarditis beschrieben [5, 8, 9]. Spontane Ruptur eines Abszesses kann bronchiale Aspiration, Lungenempyem und Pneumonie hervorrufen [8, 9, 15].

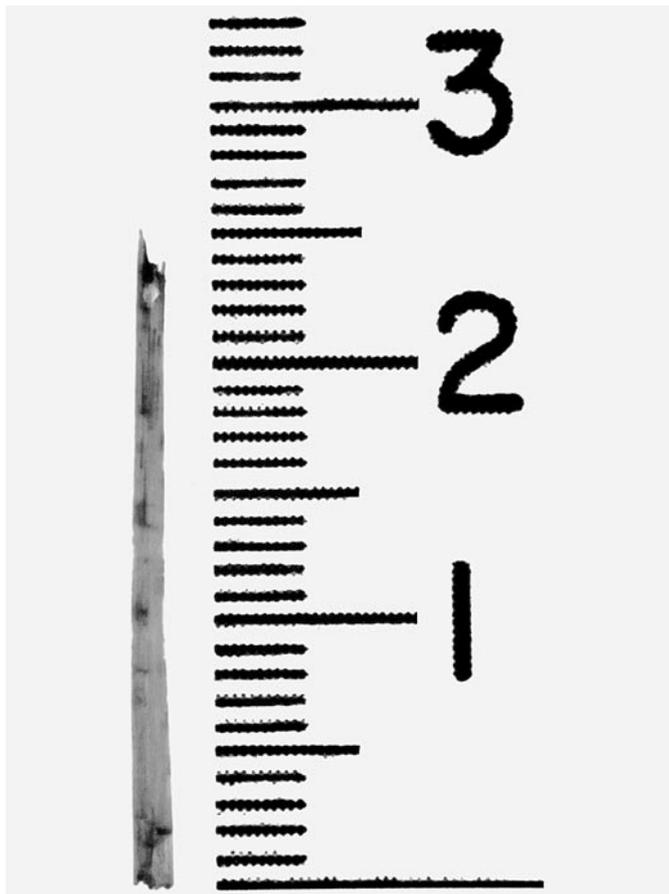


Abb. 3 Fremdkörper: 2,5 cm lange Fischgräte nach deren Extraktion.

Eine antibiotische i. v. Therapie sollte vor der chirurgischen Eröffnung des Abszesses begonnen werden, um eine potenzielle Sepsis zu vermeiden. Die Abszesseröffnung sowie die Entfernung eines Fremdkörpers kann transoral als auch via externem Zugang erfolgen [12]. Der chirurgische Zugang wird abhängig gemacht von der jeweiligen Ausbreitung und Lokalisation des entzündlichen Prozesses, welche mit Hilfe der CT präzisiert werden können [8,9].

In unserem Fall war die präoperative Beurteilung der CT-Bilder äußerst hilfreich beim Planen der exakten Lage der Inzision der Rachenhinterwand unter direkter Pharyngo-Laryngoskopie und beim Erkennen der genauen Position des retropharyngealen Fremdkörpers. Zusammengefasst sollte eine präoperative Bildgebung (seitliche Halsweichteilröntgenaufnahme und CT) bei Verdacht auf einen RPA immer durchgeführt werden, um primär die Diagnose zu sichern und um unangenehme Überraschungen und intraoperative Komplikationen bei Abszessdrainage möglichst vermeiden zu können.

Literatur

- ¹ Seid AB, Dunbar JS, Cotton RT. Retropharyngeal abscesses in children revisited. *Laryngoscope* 1979; 89: 1717 – 1724
- ² Gianoli GJ, Espinola TE, Guarisco JL, Miller RH. Retropharyngeal space infection changing trends. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 105: 92 – 100
- ³ Goldenberg D, Golz A, Joachims AZ. Retropharyngeal abscess: a clinical review. *J Laryngol Otol* 1997; 111: 546 – 550
- ⁴ Sharma HS, Kurl DN, Hamzah M. Retropharyngeal abscess: recent trends. *Auris Nasus Larynx* 1998; 25: 403 – 406
- ⁵ Constantinidis J, Steinhart H, Zenk J, Iro H. Die Problematik der Behandlung tiefer Halsinfektionen. *Laryngo-Rhino-Otol* 1998; 77: 551 – 556
- ⁶ Pontell J, Har-El G, Lucente FE. Retropharyngeal abscess: clinical review. *Ear Nose Throat* 1995; 74: 701 – 704
- ⁷ Singh B, Har-El G, Kantu M, Lucente FE. Complications associated with 327 foreign bodies of the pharynx, larynx, and esophagus. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997; 106: 301 – 304
- ⁸ Barrat GE, Koopmann CF, Coulthard SW. Retropharyngeal abscess – a ten year experience. *Laryngoscope* 1984; 94: 455 – 463
- ⁹ Marra S, Hotaling AJ. Deep neck infections. *Am J Otolaryngol* 1996; 17: 287 – 298
- ¹⁰ Parhiscar A, Har-El G. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001; 110: 1051 – 1054
- ¹¹ Höhmann D, Höhmann M. Tuberkulöser prä- und paravertebraler Abszess mit Spondylodiszitis. *HNO* 1992; 40: 64 – 66
- ¹² Schmäl F, Stoll W. Differenzialdiagnose und Management retropharyngealer Raumforderungen. *HNO* 2002; 50: 418 – 423
- ¹³ Wholey MH, Bruwer AJ, Baker HL. The lateral roentgenogram of the neck. *Radiology* 1958; 71: 350 – 356
- ¹⁴ Kühnemann S, Keck T, Riechelmann H, Rettinger G. Rationelle Diagnostik kindlicher Halsabszesse. *Laryngo-Rhino-Otol* 2001; 80: 263 – 268
- ¹⁵ Sethi DS, Stanley RE. Deep neck abscesses – changing trends. *J Laryngol Otol* 1994; 108: 138 – 143