

Fataler Husten

Untersuchung des Schluckakts führte zur Diagnose

■ Bossley CJ et al. A Fatal Case of Cough. *Pediatr Pulmonol.* 2010;45:205–207

Fall

Ein 13-jähriges, nicht atopisches Mädchen präsentiert sich mit chronischem Husten. Im Jahr zuvor traten Fieber und Thoraxschmerzen, gefolgt von produktivem Husten auf.

Untersuchungen

Das Mädchen hatte Trommelschlegelfinger, links basale feinblasige Rasselgeräusche und ein vermindertes Atemgeräusch. Im Röntgenthorax zeigten sich ein Kollaps und eine Verdichtung des linken Unterlappens. Die hochauflösende Computertomografie (HR-CT) zeigte Bronchiektasen im linken Unterlappen und in der Lingula (Abb. 1). Bronchoskopisch wurde viel mukopurulenten Sekret gefunden, in der Lavage Neutrophilie bei Nachweis von *Haemophilus influenzae*. Weitere Untersuchungen brachten negative Ergebnisse.

Therapie

Es erfolgten eine intravenöse antibiotische Therapie und eine intensive Physiotherapie. Dennoch persistierte der Husten, und es kam zu einem weiteren Verlust an Gewicht und Lungenfunktion.

Verlauf

Ein Jahr nach der Erstvorstellung wurde das Mädchen notfallmäßig mit Tachypnoe und Hypoxämie aufgenommen. Sie erhielt eine Therapie mit i.v. Cefuroxim und Azithromycin sowie eine Physiotherapie und Sauerstoff.

Weiterhin bestanden ein schwacher Husten, eine Schluckstörung beim Essen sowie die Unfähigkeit, Speichel zu schlucken, aber keine Anamnese für das Verschlucken oder Husten im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme. Weitere Befunde waren eine linksseitige Ptosis, die im Lauf des Tages zunahm und seit mehr als fünf Jahren anamnestisch bekannt war. Das Vorhandensein

einer Facies myopathica, einer milden Schwäche der axialen Muskulatur, einer milden Koordinationsstörung und eines Nystagmus bei extremem Linksblick wurde vermutet. Die Nervenleitfähigkeit und genetische Untersuchungen waren unauffällig.

Der Ursache endlich auf der Spur

Die Video-Loop-Untersuchung des Schluckakts zeigte eine verzögerte Auslösung des Schluckakts und einen Rest Nahrungsbrei.

Nun wurde mit der nasogastralen Ernährung begonnen. Es kam zu einer wei-



Abb. 1 HR-CT bei der Erstvorstellung.



Abb. 2 Schädel-MRT. Die Inversion-Recovery-Sequenz zeigt auf der Höhe des Foramen magnum einen Tumor (A).

teren Verschlechterung der Hypoxämie, zu Hyperkapnie mit Morgenkopfschmerzen und zu einer Verschlechterung der Spirometrie mit einer Einsekundenkapazität von 23% des Sollwerts. Es erfolgte eine nicht invasive Beatmung. Das Mädchen erlitt einen Krampfanfall, eine Phenytointherapie wurde begonnen.

Diagnose Hirntumor

Das Notfall-CT und die MRT zeigten eine Masse im Bereich des linken Kleinhirnfortsatzes (Abb. 2). Eine Foramenmagnum-Dekompression und die Tumorbiopsie ergaben ein niedriggradiges Astrozytom vom Typ des pontomedullären pilozytischen Astrozytoms. Das Kind starb durch Atemstillstand nach der fünften fraktionierten Radiotherapie.

Fazit

Das Mädchen hatte Bronchiektasen aufgrund einer chronischen Aspiration als Folge einer Schluckstörung, deren Ursache ein Hirntumor war. Ein Jahr vor dem Tod wurde die Ausschlussdiagnose idiopathische Bronchiektasie gestellt.

Kommentar

Prof. Dr. med.
Matthias Griese, München

Im Kindesalter sollen Aspirationen als Ursache für Bronchiektasen selten sein und etwa 3–18% der pädiatrischen Fälle ausmachen, wobei weitere 18–26% der Fälle „idiopathisch“ bleiben. Sicher ist die Dunkelziffer von Bronchiektasen, die durch chronische Aspirationen ausgelöst werden, viel höher. Der Grund hierfür ist, dass Schluckstörungen häufig nicht untersucht und routinemäßig mit in die Differenzialdiagnostik bei Bronchiektasen im Kindesalter einbezogen werden.

Dieser und ähnliche Fälle zeigen, dass die Untersuchung des Schluckaktes zur Routineuntersuchung bei der Aufklärung von Bronchiektasen gehören sollte. Darüber hinaus ist an die seltene Auslösung von Bronchiektasen durch neurologische Erkrankungen, z.B. im Rahmen einer Chiari-Typ-1-Malformation oder wie hier im Rahmen eines Hirntumors, zu denken.