

Int Poster J Dent Oral Med 2006, Vol 8 No 03, Poster 325

Nekrotisierende Fasiitis im Kiefer-Gesichtsbereich

Sprache: Deutsch

Autoren:

PD Dr. Dr. Ralf Schön, Prof. Dr. Dr. Jörg Elard Otten, Prof. Dr. Dr. Rainer Schmelzeisen
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Uniklinikum Freiburg, Germany

Datum/Veranstaltung/Ort:

5. - 6.5.2005

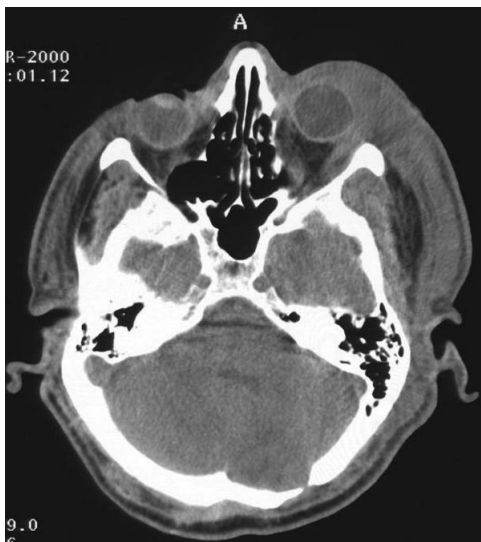
Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Bad Homburg, Germany

Einleitung

Das klinische Bild und die Therapie von Komplikationen bei nekrotisierender Fasiitis werden bei einem 53jährigen Patienten und einer 75jährigen Patientin vorgestellt.

Material und Methoden

Bei beiden Patienten war der Krankheitsverlauf durch eine phlegmonöse Entzündungsausbreitung nach sternal kompliziert und in Blutkulturen wurden β -hämolyisierende pyogene Streptokokken nachgewiesen. Bei dem 53 jährigen Patient war die nekrotisierenden Fasiitis im Bereich der Augenlider links lokalisiert. Eine intensivmedizinische Therapie war durch septische Komplikationen mit einer Nierenfunktionsstörung (Creatinin 2,3mg/dl, Normbereich 0,5-1,1 mg/dl) und einem beginnenden kardiogenen Schock (Blutdruck 80/40 mmHg, HF >100/min) indiziert. Im Computertomogramm und in der sonographischen Untersuchung waren die Augenmuskeln entzündlich aufgetrieben und phlegmonöse Veränderungen der Gesichts-Halsweichteile von links temporal bis parasternal ohne Anzeichen für eine Abszeßbildung darstellbar. Bei der 75 jährigen Patientin mit bekanntem Diabetes mellitus waren in der Computertomographie ausgedehnte Nekrosen und massive Lufteinschlüsse zervical bis sternal nachweisbar. Als Entzündungsursache wurde ein nichterhaltungswürdiger Zahn 46 verdächtigt. Der Krankheitsverlauf war durch eine schwellungsbedingte Verlegung der Atemwege, die eine endotracheale Intubation notwendige machte, und neurologische Symptome bei beginnender Sepsis kompliziert.



In einer axialen Computertomographie (Abb. 1a) ist eine Orbitaphlegmone eines 53jährigen Patient bei nekrotisierender Fasiitis der Augenlider dargestellt.



Die klinischen Bilder zeigen die Entzündungsausbreitung nach zervikal bis sternal (Abb. 1b)



und die Nekrosen im Bereich der Augenlider (Abb. 1c).



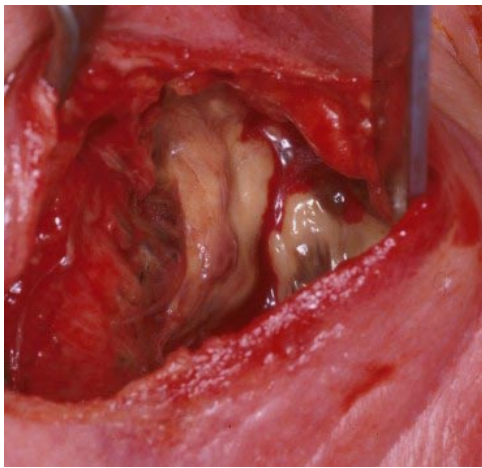
Sechs Monate nach antibiotischer Therapie ohne chirurgische Intervention besteht eine vollständige Regeneration mit ungestörter Funktion der Augenlider.



Der Befund eines submandibulären Abszeß mit beginnender kutaner Spontanperforation ist bei einer 75 jährigen Patientin mit nekrotisierender Faszitis klinisch (Abb. 2a)



und als axiale Computertomographie mit Lufteinschlüssen dargestellt (Abb. 2b).



Intraoperativ war nach Entfernung von ausgedehnten subkutanen Nekrosen (Abb. 2c) eine Weichgewebetasche,



die sich zervikal bis zur Gegenseite ausdehnte, auffällig. In einer axialen Computertomographie vom zweiten postoperativen Tag ist der rückläufige Befund nach Debridement und Einlage von Drainagerohren demonstriert (Abb.2d). Die Patientin wurde wegen der persistierende Schwellung am 4. postoperativem Tag extubiert (Abb. 2d).

Ergebnisse

Nach alleiniger hochdosierter i.v. Antibiotikatherapie zeigte sich bei dem 53-jährigen Patient eine deutliche Befundbesserung. Innerhalb von 6 Tagen normalisierten sich eine hochpathologische Entzündungsparameter mit einer Leukozytenzahl von 28,5 Tsd/ μ l und CRP Werte von 40,6 auf 4,5.

Bei der 75-jährigen Patientin wurde in Intubationsnarkose eine sofortige chirurgische Intervention mit Abszessdrainage und eine postoperativ eine antibiotische Therapie durchgeführt. Der Erfolg der chirurgischen Intervention wurde durch eine Verminderung der Leukozytenzahl von präoperativ 13,8 Tsd/ μ l auf 9,5 Tsd/ μ l am ersten postoperativen Tag dokumentiert. Bei persistierender zervikaler Schwellung wurde die Patientin am 4. postoperativen Tag extubiert. Bedingt durch eine Herzinsuffizienz war eine intensivmedizinische Therapie weitere 3 Tage indiziert. Im Bereich des Augenlids und der Halsweichteile wurde nach Beherrschung der septischen Komplikationen eine ungestörte Wundheilung gefunden.

Schlußfolgerung: Eine chirurgische Abszesseröffnung und eine alleinige medikamentöse Therapie bei nekrotisierender Faszitis mit phlegmonöser Entzündungsausbreitung und lebensbedrohlichen septischen Komplikation zeigten zufriedenstellende Therapieerfolge.

Literatur

- Edwards JD, Sadeghi N, Najam F, Margolis M: Craniocervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin with mediastinal extension. Ear Nose Throat J 2004;83:579-582.
- Fenton CC, Kretesz T, Baker G, Sandor GK: Necrotizing fasciitis of the face: a rare but dangerous complication of dental infection. J Can Dent Assoc 2004;70:611-615
- Shindo ML, Nalbone VP, Dougherty WR: Necrotizing fasciitis of the face. Laryngoscope 1997;107:1071-1079
- Tung-Yiu W, Jehn-Seyun H, Ching-Hung C, Hung-An C: Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin: a report of 11 cases. J Oral Maxillofac Surg 2000;58:1347-1352

Dieses Poster wurde übermittelt von PD Dr. Dr. Ralf Schön

Korrespondenz-Adresse:

PD Dr. Dr. Ralf Schön

Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie

Uniklinikum Freiburg

Hugstetter Str. 55

79106 Freiburg



NEKROTISIERENDE FASCIITIS IM KIEFER-GESICHTSBEREICH

R. Schön, J. Otten, R. Schmelzeisen

Klinik u. Poliklinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Freiburg



Das klinische Bild und die Therapie von Komplikationen bei nekrotisierender Faszitis werden bei einem 53-jährigen Patienten und einer 75-jährigen Patientin vorgestellt. Bei beiden Patienten war der Krankheitsverlauf durch eine phlegmonöse Entzündungsausbreitung nach sternal kompliziert und in Blutkulturen wurden β -hämolyisierende pyogene Streptokokken nachgewiesen. Bei dem 53-jährigen Patient war die nekrotisierende Faszitis im Bereich der Augenlider links lokalisiert. Eine intensivmedizinische Therapie war durch septische Komplikationen mit einer Nierenfunktionsstörung (Creatinin 2,3mg/dl, Normbereich 0,5-1,1 mg/dl) und einem beginnenden kardiogenen Schock (Blutdruck 80/40 mmHg, HF >100/min) indiziert. Im Computertomogramm und in der sonographischen Untersuchung waren die Augenmuskeln entzündlich aufgetrieben und phlegmonöse Veränderungen der Gesichts-Halsweichteile von links temporal bis parasternal ohne Anzeichen für eine Abszeßbildung darstellbar. Bei der 75-jährigen Patientin mit bekanntem Diabetes mellitus waren in der Computertomographie ausgedehnte Nekrosen und massive Lufteinschlüsse zervikal bis sternal nachweisbar. Als Entzündungsursache wurde ein nichterhaltungswürdiger Zahn 46 verdächtig. Der Krankheitsverlauf war durch eine schwellungsbedingte Verlegung der Atemwege, die eine endotracheale Intubation notwendige machte, und neurologische Symptome bei beginnender Sepsis kompliziert.

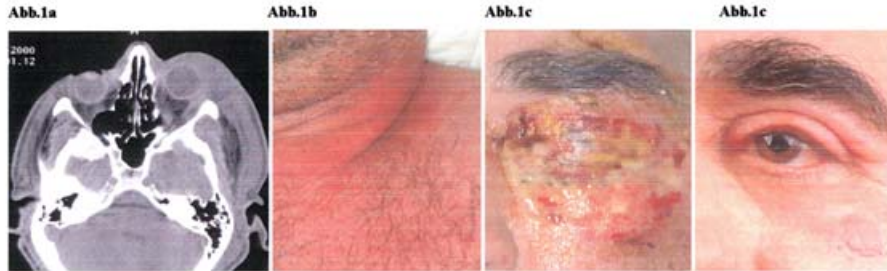
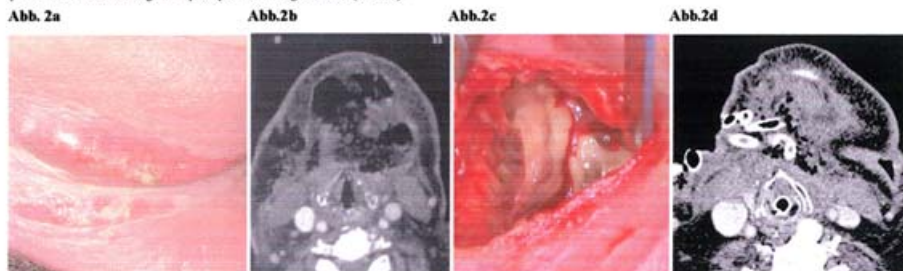


Abbildung 1. In einer axialen Computertomographie (Abb.1a) ist eine Orbitaphlegmone eines 53-jährigen Patient bei nekrotisierender Faszitis der Augenlider dargestellt. Die klinischen Bilder zeigen die Entzündungsausbreitung nach zervikal bis sternal (Abb.1b) und die Nekrosen im Bereich der Augenlider (Abb.1c). Sechs Monate nach antibiotischer Therapie ohne chirurgische Intervention besteht eine vollständige Regeneration mit ungestörter Funktion der Augenlider.

Abbildung 2. Der Befund eines submandibulären Abszeß mit beginnender kutaner Spontanperforation ist bei einer 75-jährigen Patientin mit nekrotisierender Faszitis klinisch (Abb.2a) und als axiale Computertomographie mit Lufteinschlüssen dargestellt (Abb.2b). Intraoperativ war nach Entfernung von ausgedehnten subkutanen Nekrosen (Abb.2c) eine Weichgewebetasche, die sich zervikal bis zur Gegenseite ausdehnte, auffällig. In einer axialen Computertomographie vom zweiten postoperativen Tag ist der rückläufige Befund nach Debridement und Einlage von Drainageröhren demonstriert (Abb.2d). Die Patientin wurde wegen der persistierende Schwellung am 4. postoperativen Tag extubiert (Abb.2d).



Nach alleiniger hochdosierter i.v. Antibiotikatherapie zeigte sich bei dem 53-jährigen Patient eine deutliche Befundbesserung. Innerhalb von 6 Tagen normalisierten sich eine hochpathologische Entzündungsparameter mit einer Leukozytenzahl von 28,5 Tsd/ μ l und CRP Werte von 40,6 auf 4,5.

Bei der 75-jährigen Patientin wurde in Intubationsnarkose eine sofortige chirurgische Intervention mit Abszeßdrainage und eine postoperativ eine antibiotische Therapie durchgeführt. Der Erfolg der chirurgischen Intervention wurde durch eine Verminderung der Leukozytenzahl von präoperativ 13,8 Tsd/ μ l auf 9,5 Tsd/ μ l am ersten postoperativen Tag dokumentiert. Bei persistierender zervikaler Schwellung wurde die Patientin am 4. postoperativen Tag extubiert. Bedingt durch eine Herzinsuffizienz war eine intensivmedizinische Therapie weitere 3 Tage indiziert. Im Bereich des Augenlids und der Halsweichteile wurde nach Beherrschung der septischen Komplikationen eine ungestörte Wundheilung gefunden.

Schlussfolgerung: Eine chirurgische Abszeßöffnung und eine alleinige medikamentöse Therapie bei nekrotisierender Faszitis mit phlegmonöser Entzündungsausbreitung und lebensbedrohlichen septischen Komplikation zeigten zufriedenstellende Therapieerfolge.

Literatur:
 Edwards JD, Sadeghi N, Najam F, Margolis M: Cranio-cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin with mediastinal extension. *Ear Nose Throat J* 2004;83:579-582.
 Fenton CC, Kretsch T, Baker G, Sandoz GK: Necrotizing fasciitis of the face: a rare but dangerous complication of dental infection. *J Can Dent Assoc* 2004;70:611-615
 Shindo ML, Nalbont VP, Dougherty WR: Necrotizing fasciitis of the face. *Laryngoscope* 1997;107:1071-1079
 Tung-Yiu W, Jehn-Sevyan H, Ching-Hung C, Hung-An C: Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin: a report of 11 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58:1347-1352