

Nekrotisierende Tracheitis nach mehrfachen Intubationen Eine Kasuistik

A. Dittrich^{1,2}, K. Thomalla¹, M. Hennigs¹, M. Schultz³, H. J. Achenbach¹

¹ Lungenklinik Lostau · Pfeiffersche Stiftungen; ²Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Diabetologie und Endokrinologie, Universitätsklinikum Magdeburg; ³Praxis für Pathologie, Stendal

Einleitung

Die nekrotisierende Tracheitis ist eine seltene und bisher nur in einzelnen Kasuistiken bei erwachsenen Patienten beschriebene Erkrankung (1, 2). Infektionen (v.a. mit Aspergillus) und Immunschwäche werden als Risikofaktoren angegeben (3). Ventilations-assoziierte nekrotisierende Tracheobronchitiden werden vorrangig bei Kleinkindern beobachtet (4). Therapie der Wahl ist die mechanische Entfernung der Membranen (5).

Aufnahme

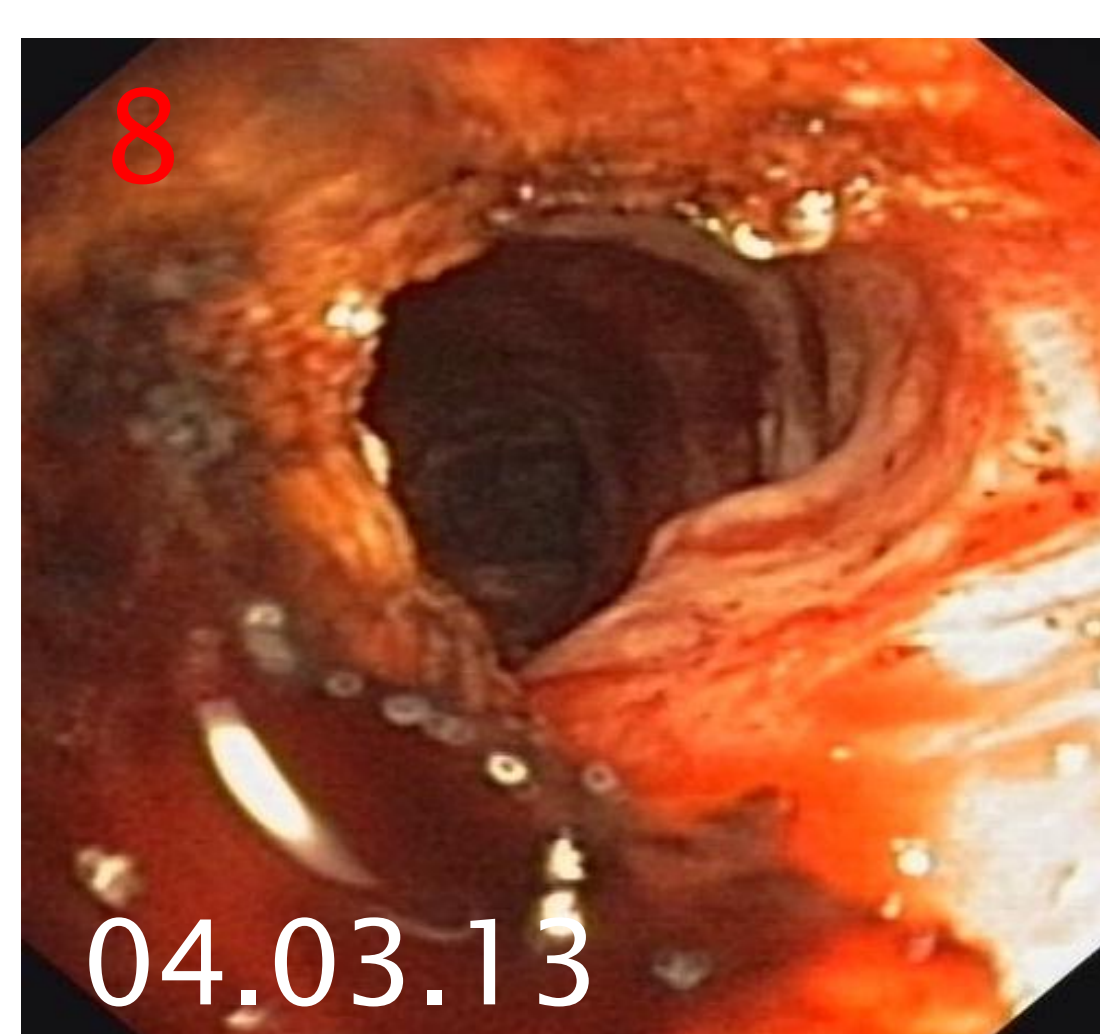
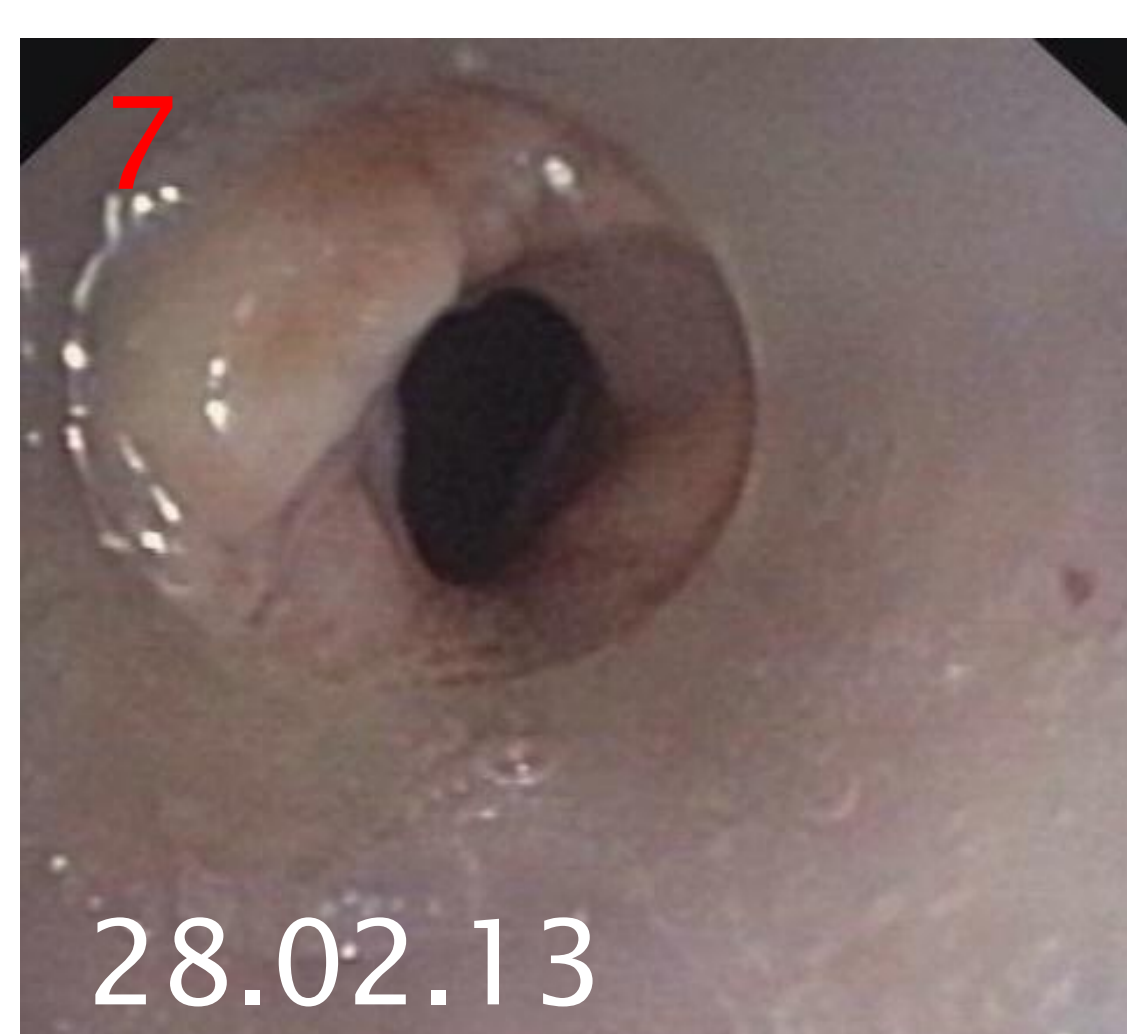
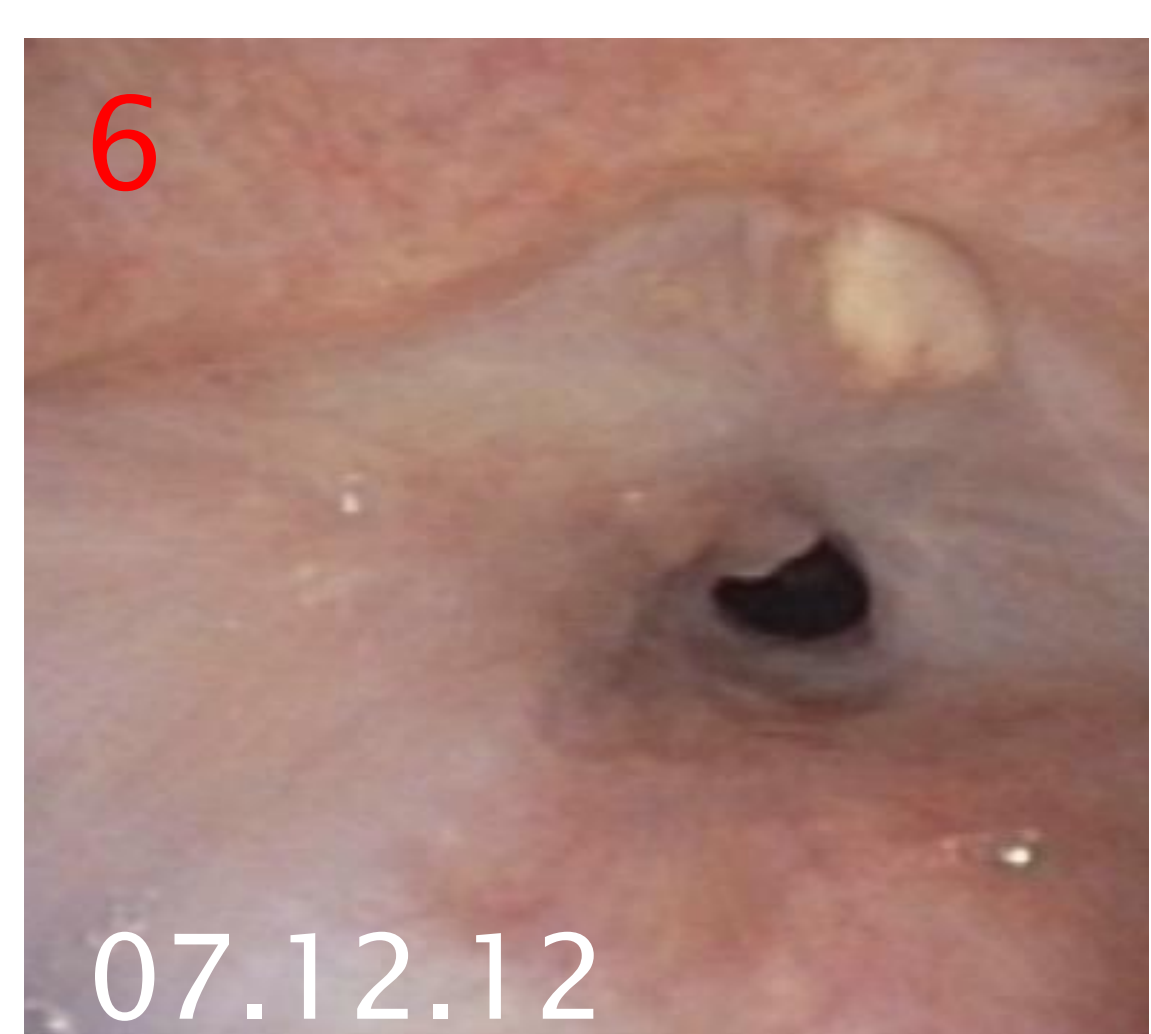
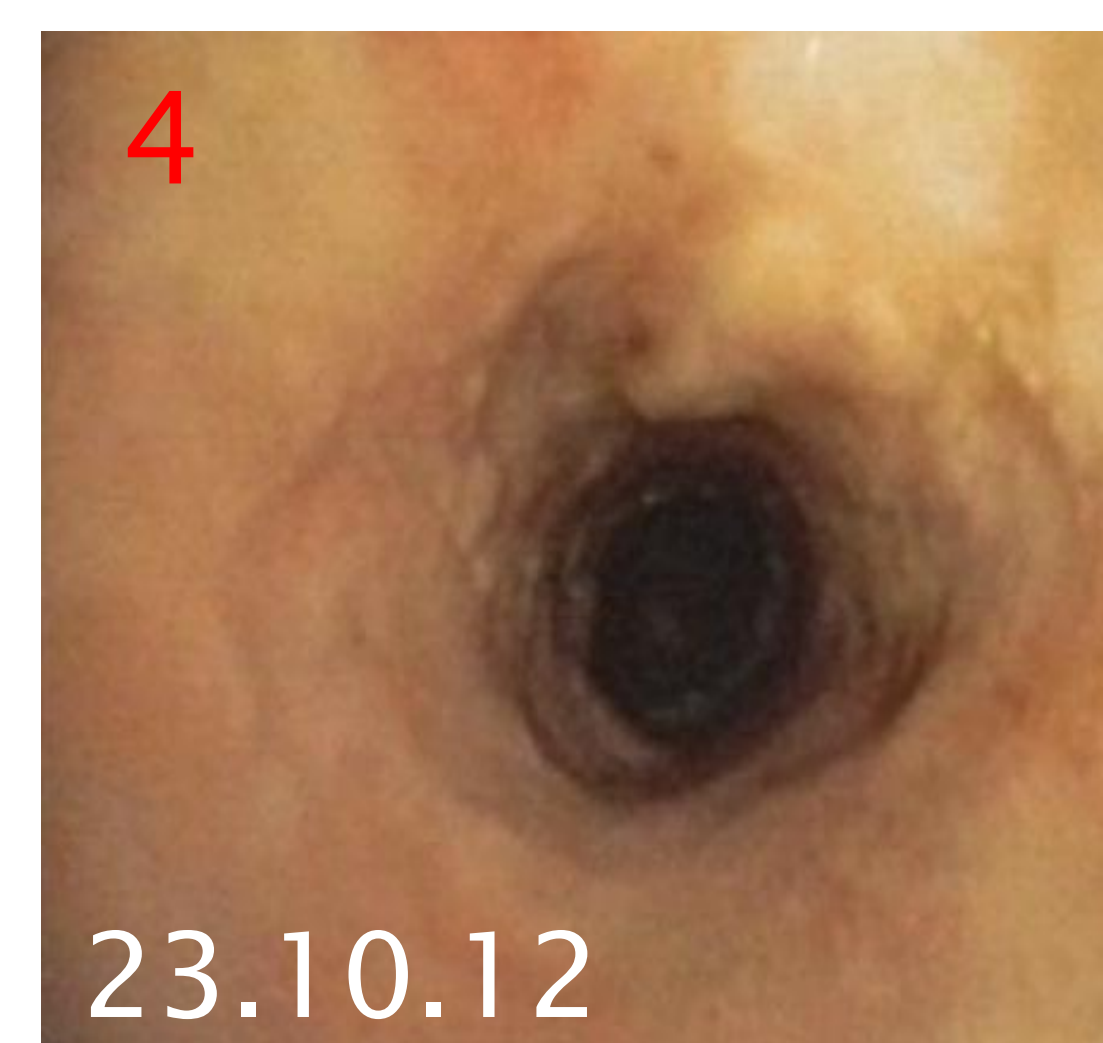
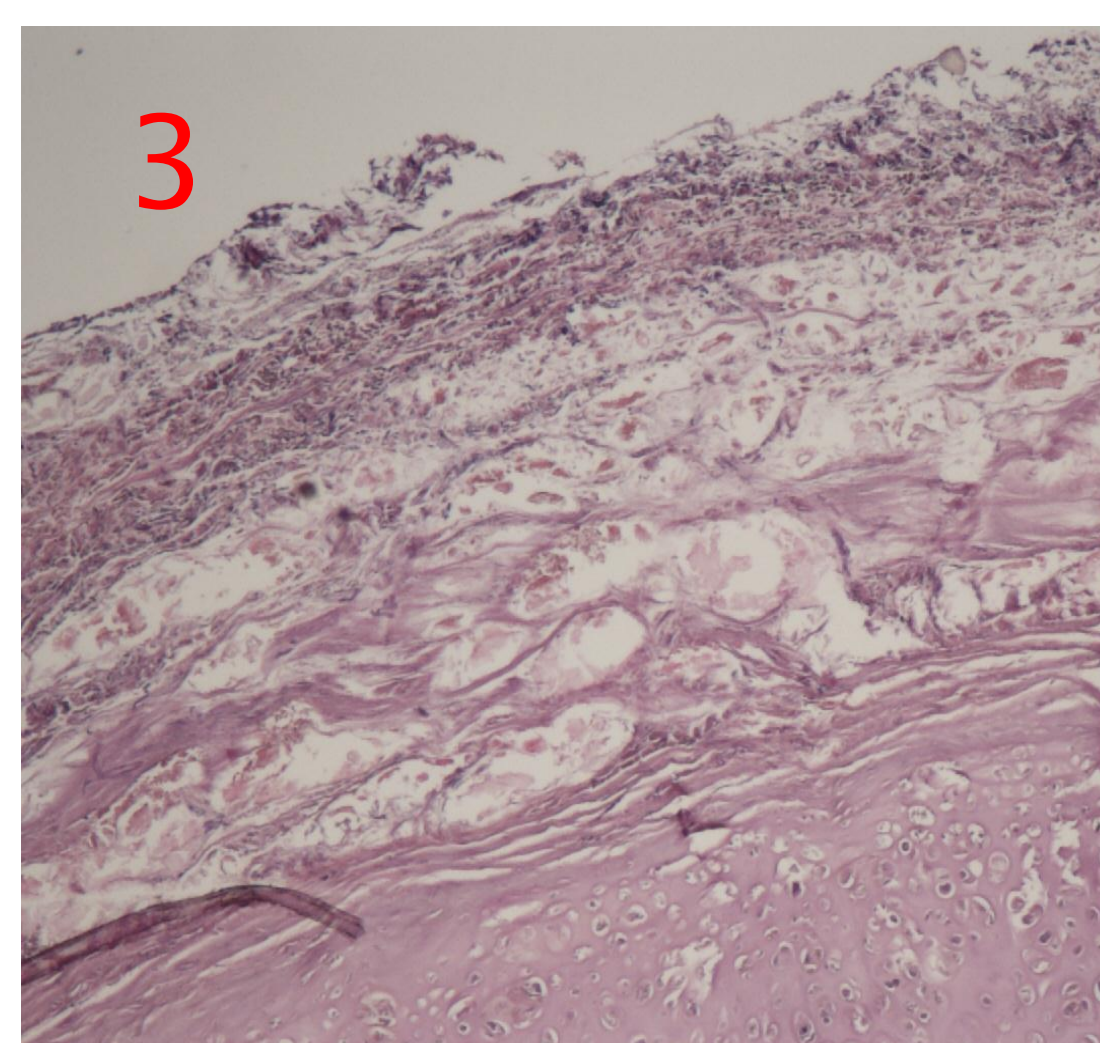
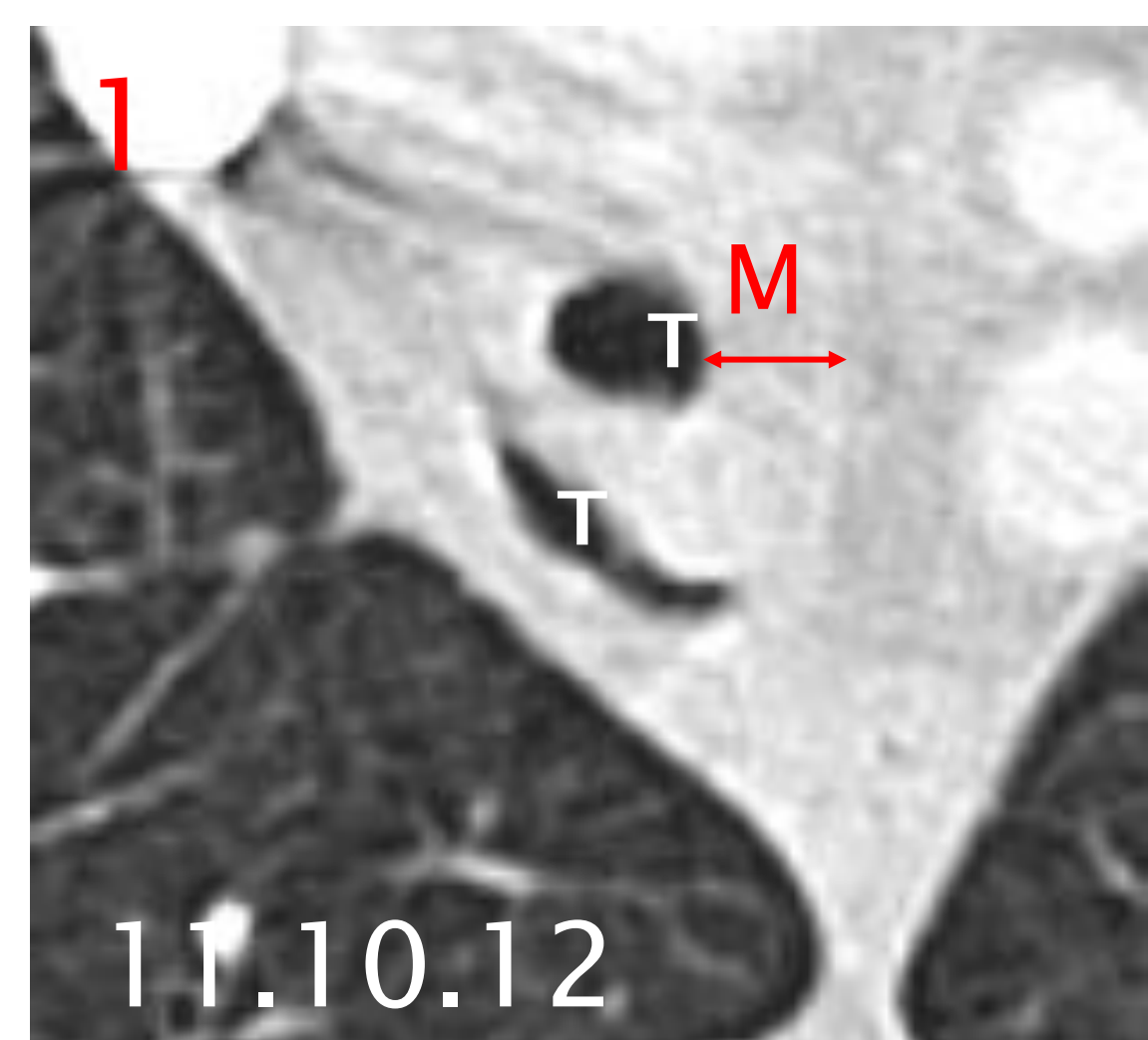
Wir stellen eine 65-jährige Patientin vor, die im Rahmen eines Coma diabeticum mit Multiorganversagen ab 08/2012 für mehrere Wochen intubiert und beatmungspflichtig war. Nach einer Woche in der Kurzzeitpflege entwickelte die Patientin Dyspnoe und eine Entgleisung des Diabetes mellitus, was zur erneuten stationären Aufnahme führte. Eine Re-Intubation war notwendig. Die Verlegung in unsere Klinik 10/2012 erfolgte auf Grund von Stridor und rezidivierendem Abfall der O₂-Sättigung.

Therapie

In einer starren Bronchoskopie (BSK) fand sich eine nur schwer mobilisierbare Membran in der Trachea (2), die diese subtotal verlegte. Histologisch fanden sich in den Resektaten Trachealwand mit hyalinem Knorpel, ausgedehnter Nekrose und entzündlicher Reaktion (6). Noch mehrfach waren Bronchoskopien notwendig, um eine ausreichende Entfernung der Membranen durchzuführen (3, 4).

Mikrobiologisch ließen sich *Pseudomonas* sp., *Enterococcus faecalis* und *Candida albicans* im Bronchialsekret nachweisen. Die Therapie erfolgte u.a. mit Ciprofloxacin, Ceftazidim und Diflucan sowie Inhalationen mit Gentamycin und Prednisolon. Die Entzündungswerte waren regredient und der Allgemeinzustand besserte sich.

Eine abschließende Bronchoskopie zeigte eine langstreckige subtotale Trachealstenose (5). Eine akute Intervention war bei fehlenden Symptomen nicht notwendig. Die Patientin war bei Entlassung in die Rehabilitation nicht beatmungspflichtig und benötigte keine Sauerstoff-Insufflation.



1: CT-Thorax externes KH; 2, 4-8: BSK-Befunde; 3: Histologischer Befund vom Trachealresektat 10/12: hyaliner Knorpel, aufgelagert ist nekrotisches Material mit geringer entzündlicher Reaktion aus neutrophilen Granulozyten, kein Nachweis spezifisch-entzündlicher Infiltrate oder neoplastischer Prolifere.

Verlauf

Nach zwei Wochen wurde die Patientin mit ausgeprägtem Stridor und Dyspnoe erneut aufgenommen. Aufgrund der subglottischen, narbigen Stenose auf wenige Millimeter war eine chirurgische Tracheotomie unumgänglich. In einer Kontrolluntersuchung 02/2013 fand sich persistierend die hochgradige Trachealstenose unmittelbar subglottisch sowie eine neu aufgetretene Trachealstenosierung durch Granulationsgewebe am Ende der Trachealkanüle (7). Letztere konnte mittels Kryosonde und Laservaporisation gut erweitert werden (8). Eine Vorstellung in einer HNO-ärztlichen Klinik zur Frage der Möglichkeiten des weiteren Vorgehens ist empfohlen.

Schlussfolgerung

Die Entwicklung der nekrotisierenden Tracheitis ist bei der Patientin am ehesten auf traumatische Verletzungen der Trachea durch mehrfache In- und Extubationen sowie eine Immunsuppression im Rahmen eines Typ-1-Diabetes zurückzuführen. Bei neu auftretendem Stridor oder Dyspnoe nach Intubation, Langzeitbeatmung und erfolglosem Weaning sollte an eine nekrotisierende Tracheitis gedacht und entsprechende diagnostische und therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden.

Quellen: 1: Chechani V et al., 1991, South Med J., 2: Sigrist T et al., 1981, Anaesthetist, 3: Spasova MI et al., 2006, Folia Med, 4: Metlay LA et al, 1983, N Eng J Med, 5: Deslée G. et al., 2000, Am J Respir Crit Care Med,