

UNSPECIFISCHE ENTZÜNDUNGEN:

Mediastinitis

Heinrich Matthys

Aus der Medizinischen Universitätsklinik, Abteilung Pulmonologie,
(Direktor: Professor Dr. med. Heinrich Matthys)
im Klinikum der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau

Die Mediastinitis als phlegmonöse Entzündung wird meist durch Ösophagusperforation, Verletzungen der Brustwand, des Tracheobronchialbaumes oder fortgeleitet von einem Entzündungsprozeß im benachbarten Gewebe (Mundbodenphlegmone) ausgelöst. Bei Auftreten von Symptomen wie Fieber, Schluckbeschwerden, substernale Schmerzen, bei Beteiligung des Tracheobronchialbaums zusätzlich Husten, Atemnot sowie Haut- und Mediastinalemphysem ist die sofortige Klinikeinweisung angezeigt.

Einleitung

Das Mediastinum wird unten vom Diaphragma und nach oben offen durch lockeres Bindegewebe des Halses ventral und dorsal durch den knöchernen Thorax begrenzt. Das vordere Mediastinum umfaßt im wesentlichen bei Kindern den Thymus, der sich bei Erwachsenen zum retrosternalen Fettkörper rückbildet. Das mittlere Mediastinum enthält Herz, Perikard, Aorta ascendens, Arcus aortae und Venae cavae sowie extrapulmonale Anteile zentraler Lungengefäße. Das hintere Mediastinum wird von der Trachea, von beiden Hauptbronchien, dem Ösophagus, der Aorta descendens, den Venae azygos und hemiazygos, den Nervi vagi, phrenici, sympathici sowie dem Ductus thoracicus durchzogen.

Von besonderem klinischem Interesse ist der Reichtum des Mediastinums an Lymphgefäßen und Knoten, daher auch die große diagnostische Bedeutung der „vorderen“ Mediastinoskopie.

Akute diffuse Mediastinitis

Die infektiöse Mediastinitis ist trotz zahlreicher das Gebiet des Mediastinums betreffender Traumata und operativer Eingriffe relativ selten.

Pathogenese

Der häufigste Infektionsweg führt über die Ösophagusperforation durch Fremdkörpertraumata, Verätzungen, Ulkus, Karzinomzerfall und Mißbildungen (Divertikel). Iatrogene Eingriffe, zum Beispiel Mediastinoskopie, Operationen (Bronchusabrisse, Manschettenresektionen und Nahtinsuffizienz), Bougierungen am Ösophagus, Biopsie am Lungenhilus und endoskopische Manipulationen führen häufiger als sekundäres Übergreifen von peritonsillären Abszessen, Osteomyelitiden des Sternums und der Wirbelsäule sowie des Bauchraums und der Lunge zu akuter Mediastinitis. Hämatogene Infektionen des Mediastinums kommen so gut wie nicht vor. Die durch therapeutische und kurative Bestrahlung hervorgerufene nichtinfektiöse Mediastinitis macht selten Symptome. Die seltene Mundbodenphlegmone führt oft zur Mediastinalphlegmone.

Krankheitsbild

Fieber, Schüttelfrost, Tachykardie, Tachypnoe, retrosternale Schmerzen mit Husten und Schluckbeschwerden weisen auf eine mögliche Mediastinalbeteiligung hin. Plötzlich auftretende Zwerchfellähmung und Heiserkeit lassen auf

Mediastinitis

Phrenikus- und Rekurrensbeteiligung schließen. Gleichzeitig auftretendes Mediastinal- und Hautemphysem (Abbildung 1) legen eine Perforation des Ösophagus oder eines Lungenabszesses ins Mediastinum nahe.

Diagnose und Differentialdiagnose

Bei klinischen Symptomen ist eine Aufnahme des Thorax anterior-posterior und seitlich in jedem Falle anzufertigen. Durch resorbierbare Kontrastmittel (nicht Bariumsulfat) wird man gleichzeitig den Ösophagus darstellen. Diskrete Mediastinal-

emphyseme können auskultatorisch durch herzsynchrone Knistergeräusche oft früher erfaßt werden als durch die typischen Röntgenzeichen mit der parakardialen Doppelkonturbildung und Fiederung der Muskulatur (Abbildung 2). Linksverschiebung und Leukozytose sind praktisch immer nachweisbar.

Differentialdiagnostisch müssen bei fehlenden Thoraxbefunden für Mediastinitis (Mediastinalverbreiterung) Ulcus ventriculi und duodeni Perforationen sowie eine akute Pankreatitis in Erwägung gezogen werden. Symptomatik, EKG und Serum-

enzymbestimmungen lassen im allgemeinen einen Herzinfarkt ausschließen. Infizierte mediastinale Zysten erkennt man am besten im Vergleich mit früheren Röntgenaufnahmen. Klopfschmerz (Osteomyelitis) und tastbares Hautemphysem geben weitere differentialdiagnostische Hinweise.

Therapie und Prognose

Eintrittspforte und Erregernachweis ergeben die wesentlichen prognostischen und therapeutischen Richtlinien. Antibiotikagabe allein genügt selten, Drainage des Mediastinalrau-



Abbildung 1 (links): Patient mit akuter Mediastinitis, Mediastinal-, Haut-, Skrotal- und Augenlidemphysem



Abbildung 2 (oben): Zugehöriges Röntgenbild mit Mediastinalverbreiterung, Fiederung der Muskulatur, Abgehobene Subkutis und Doppelkonturierung von Pleura und Perikard

Mediastinitis

mes und operative Versorgung der traumatischen Eintrittspforte sind meist notwendig. Bei Abszessen und Phlegmonen wird eine Saugdrainage eventuell mit Mediastinostomie gelegt. Pleuraergüsse müssen gleichzeitig drainiert werden. Abszesse brechen selten in den Bronchialbaum oder größere Gefäße durch, was meist tödlich endet. Der Übergang in eine chronische Mediastinitis mit konsekutivem Pleuraerguß durch Stauung der Lymphdrainage ist extrem selten.

Chronische Mediastinitis**Pathogenese**

Tuberkulöse Milzbrand- und syphilitische Infekte können nebst Echinokokken, Blasto- und Aktinomyzeten sowie Fremdkörpern (Steckschüsse) und Bestrahlungen zu einer chronischen Mediastinitis führen mit Übergang in eine sekundäre Mediastinalfibrose. Lymphknotentuberkulosen waren früher häufigste Ursache der chronischen Mediastinitis. Steckschüsse und Thrombosen der Vena cava waren nach dem Kriege häufiger Ursachen der chronischen Mediastinitis. In Verbindung mit Pleuritis und Perikarditis ist sie fast ausschließlich tuberkulöser Genese.

Krankheitsbild

Im allgemeinen symptomlose, eventuell mit subfebrilen Temperaturen einhergehende Verbreiterung des Mediastinums. Begleitergüsse, deutliche Lymphknotenvergrößerungen mit Pleuraexsudat weisen häufiger auf tumoröse als infektiöse Genese hin. Ein unstillbarer Singultus kann wegweisendes klinisches Symptom sein.

Diagnose und Differentialdiagnose

Tbc-spezifisches Röntgenbild, eventuell Senkungsabszesse, positiver Tine-Test oder KBR auf Bang und Syphilis sowie Pilze lassen die infektiöse Genese ahnen. Negative Pleurabiopsie und Fehlen von Tumorzellen im Exsudat oder Transsudat sowie fehlende Bestrahlung könnten an die Rarität einer primären chroni-

schon Mediastinitis denken lassen. Da es sich um höchst seltene Krankheiten handelt, müssen die zahlreicheren tumorösen Ursachen der Mediastinalverbreiterung, meist mit Pleuraergußbildung einhergehend, durch Mediastinoskopie ausgeschlossen werden. Die Pleuritis mediastinalis, die sich am Mediastinum abgekapselt entwickelt und röntgenologisch eine tumoröse Verbreiterung imitiert, ist differentialdiagnostisch stets zu erwägen.

Therapie und Prognose

Infektiöse chronische Mediastinitiden werden systemisch durch Gabe von Antibiotika, Tuberkulostatika und eventuell Antimykotika meist mit geringem Erfolg behandelt. Spezifische Senkungsabszesse, Echinokokken und „Pilztumoren“ sowie Fremdkörper können bei günstiger Lage chirurgisch entfernt oder drainiert respektive lokal antibiotisch-mykotisch und tuberkulostatisch behandelt werden. Meist handelt es sich um ein Übergreifen der Infektion von seiten des Halses, der Lunge oder der Pleura, was eine gleichzeitige kombinierte chirurgische und medikamentöse Behandlung vor allem bei der Tuberkulose verlangt. Vom Hausarzt und mit den Möglichkeiten der Praxis kann nur die Verdachtsdiagnose gestellt werden. Aus diesem Grunde ist in allen Verdachtsfällen sofortige Klinikeinweisung erforderlich.

Literatur

Glinz, W.: Thoraxverletzungen, Springer, Berlin 1978 – Frommhold, W., Gerhardt, P. (Hrsg.): Erkrankungen des Mediastinums, Georg Thieme, Stuttgart 1975 – Oliva, L.: Erkrankungen des Mediastinums, in: Schinz, Baensch, Frommhold, Glauner, Uehlinger, Wellaner, Lehrbuch der Röntgendiagnostik, Bd. IV/2, Georg Thieme, Stuttgart 1973

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med.
Heinrich Mathys
Leiter der Abteilung
Pulmonologie der
Medizinischen Universitätsklinik
am Klinikum der
Albert-Ludwigs-Universität
Hugstetter Straße 55
7800 Freiburg i. Br.

ECHO

Zu: „Kind und biologische Rhythmik“ von Prof. Dr. med. Dr. phil. Joseph Rutenfranz in Heft 6/1979, Seite 355 ff.

Reformer mit Scheuklappen

„... Mitte Februar hat der Vorsitzende der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft, Frister, mal wieder auf die Pauke gehauen und ‚endlich‘ die Gesamtschule gefordert. Die Anpreisungen der Ganztagschule verstummen nicht. Der Schüler habe in der Ganztagschule die Möglichkeit des Fragens bei den Hausaufgaben, er lebe in einer Gemeinschaft und werde von ihr mitgerissen bei der Leistungssteigerung, heißt es da. Solche Pläne setzen ein gleichmäßiges Leistungsvermögen des Schülers den ganzen Tag über voraus. Hier wird nicht oder zu wenig berücksichtigt, daß den Schülern dann Leistungen auch während Tageszeiten abverlangt werden, während denen ihr Organismus nur unvollkommen auf die Abgabe von Leistungen vorbereitet ist.

Das ist keineswegs neu, nur paßt das nicht in die ideologisch gestanzten Reformpläne (mit rot eingefärbtem Geschichts- und Gesellschaftsbild). Professor Dr. Joseph Rutenfranz vom Institut für Arbeitsphysiologie in Dortmund schreibt im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT vom 6. Februar, daß schon seit 150 Jahren tagesperiodische Schwankungen nicht nur für physiologische Funktionen, sondern auch für viele psychische Leistungen nachgewiesen wurden...“ (Schlin: Der Pilger, Speyer)