

# Pädiatrie Fallbericht 1: Pyomyositis

## Anamnese

Die Patientin, ein 10-jähriges Mädchen, klagte vor 3 Wochen morgens plötzlich über stärkste Schmerzen im rechten Bein mit konsekutiver Bewegungseinschränkung. Am Vorabend hatte Sie ein Karatetraining mit Dehnungsübungen absolviert, jedoch ohne Schmerzen im unmittelbaren Anschluss.

Eine Paracetamol-Gabe seitens der Mutter linderte die Beschwerden nicht.

Im Verlauf traten dann zusätzlich auch Unterleibschmerzen auf.

Beim Kinderarzt zeigten die Laborwerte keine Auffälligkeiten, auch die Sonographie des Abdomens und eine Urinprobe blieben ohne pathologischen Befund. Man verblieb bei einer Schmerzmedikation mit Ibuprofen.

In den nächsten Tagen reduzierte sich der Allgemeinzustand der Patientin jedoch deutlich weiter mit Fieber bis 40 Grad und Ausweitung der Schmerzen auf weitere Gelenke. Daraufhin erfolgte eine Einweisung in die Kinderklinik.

Nebenbefundlich besteht bei der jungen Patientin eine bekannte ADHS die mit Methylphenidat behandelt wird. Aufgrund ihres stark impulsiven und aggressiven Verhaltens erfolge die Gabe auch an Tagen ohne Schulbesuch.

## Körperliche Untersuchung

10 Jahre altes Mädchen in gutem Allgemeinzustand und schlankem Ernährungszustand. Hautkolorit blass-rosig, aber hell. Schleimhäute des Rachens reizlos.

Lymphknotenstatus im Kieferwinkel und axillär unauffällig. Rechte Leiste deutliche Lymphknotenvergrößerung (1,5 x 1 cm), derb, druckdolent und nicht verschieblich. Linke Leiste blande.

Pulmo: eupnoe, seitengleich vesikuläres Atemgeräusch.

Cor: rein und rhythmisch.

Abdomen: weich, kein Druckschmerz. Darmgeräusche regelrecht.

Muskuloskelettaler Status: rechte Hüfte in der Leiste druckdolent.

Innenrotation, Außenrotation und Extension schmerzhaft. Abduktion und Flexion in der Hüfte frei. Keine äußerlichen Auffälligkeiten.

Neurologie: wach, orientiert, kein Meningismus. Pupillen isokor, Lichtreaktion seitengleich prompt.

## Verlauf

Die Entzündungswerte (CRP, BSG) waren nun deutlich erhöht, eine Blutkultur zeigte eine Besiedlung mit Staphylococcus aureus. Daraufhin wurde eine antibiotische Therapie mit Cefotaxin und Gentamycin begonnen, sowie eine Fokussuche mittels multipler sonographischer Untersuchungen, die jedoch zunächst ergebnislos blieben. Erst eine MRT zeigte einen 2\*1\*0.5 ccm grossen Abszess im rechten Musculus obturatorius externus unter fraglicher Mitbeteiligung des Ramus inferior des Os pubis rechts. Die antibiotische Therapie wurde daraufhin um Clindamycin ergänzt. Die hinzugezogenen Kinderchirurgen sahen zunächst keine Indikation zur Abszessspaltung, so dass man unter Beobachtung bei einer konservativen Therapie verblieb. Die Entzündungswerte waren in den nächsten Tagen deutlich rückläufig und

auch die sonographische Kontrolle zeigte eine Verkleinerung des Abszesses.

## Ausblick

Auf Wunsch der Eltern wurde die Patientin in eine heimatnahe Klinik verlegt.

Die Fortführung der antibiotischen Therapie mit Clindamycin wurde für mindestens eine weitere Woche i.v. empfohlen, bis zur Normalisierung der BSG und des sonografischen Befundes.

Eine Wiedervorstellung bei Persistenz trotz Fortführung der Antibiose wurde erbeten.

## Medikation bei Verlegung

Cefotaxim	1g i.v.	3-mal täglich (seit 09.09.2016)
Gentamycin	150mg i.v.	0-0-1 (10.09.2016)
Clindamycin	300mg i.v.	3-mal täglich (seit 13.09.2016)
Ibuprofen	240mg per os	4-mal täglich
Methylphenidathydrochlorid	30 mg per os	1-0-0

## Pyomyositis

Die Pyomyositis ist eine akute bakterielle Infektion der Skelettmuskulatur. Der häufigste Erreger ist mit etwa 75% der Fälle Staphylococcus aureus. Der Altersgipfel liegt zwischen 10 und 40 Jahren.

In den Tropen ist die Pyomyositis mit einer Inzidenz von bis zu 1:1000 deutlich häufiger und gilt mit bis zu 4% der stationären Krankenhaufälle als endemisch.

Die Mortalität beträgt selbst bei rechtzeitiger Diagnose und angemessener Behandlung bis zu zwei Prozent. Beginnen Diagnostik und Therapie zu spät, sterben rund 10% der Patienten.

Bei bis zu 40% der Patienten kann, wie bei der hier beschriebenen, eine vorangehende Verletzung oder Gewalteinwirkung am betroffenen Muskel gefunden werden.

Bei 20% findet man eine HIV-Infektion.

Die Diagnose des Erregers kann mittels Blutkultur erfolgen, die jedoch in höchstens 30 Prozent der Fälle positiv ist. Der Goldstandard ist die Abszesspunktion mit mikrobiologischem Erregernachweis.

Die Behandlung kann mittels chirurgischer Drainage des Abszesses erfolgen oder im Frühstadium mit einer erregerspezifischen antibiotischen Therapie.

Man unterteilt die Erkrankung in 3 Stadien. Das invasive Stadium dauert etwa eine Woche und ist gekennzeichnet durch lokalisierte Muskel-Schmerzen und -Schwellung und geringes Fieber. Das purulente Stadium folgt 2-3 Wochen nach Beginn der Symptome mit zunehmend schwerer fieberhafter Erkrankung und einer weichen und bei Berührung schmerzhaften Schwellung des Muskels. Ohne Behandlung folgt das dritte Stadium mit Sepsis, metastatischen Abszessen, akutem Nierenversagen, septischem Schock und Tod.