

Cervikal lymfadenitis forårsaget af atypiske mykobakterier hos børn

Rikke Haahr Iversen¹ & Peter Illum²

INTRODUKTION

Atypiske mykobakterier (AM) er allestedsnærværende mikroorganismer, der kan isoleres fra søer og vandløb, og som findes i drikkevandssystemer og i jorden. Bakteriens hydrofobe cellemembran medvirker til dannelsen af biofilm, adhæsion til overflader og til resistensudvikling. Den konventionelle opfattelse, at infektion med AM stammer fra fugle (fugletuberkulose), kan ikke eftervises, og ætiologien må således søges i naturen.

AM er en udfordring for det humane immunsystem, og derfor øger tilstande med immunsuppression risikoen for infektion. De fleste infektioner opstår dog hos raske børn i alderen 1-5 år. Tendensen til cervikal lymfadenitis taler ætiologisk for smitte via mundslimhinden, muligvis under tandfrembrud. Incidensen af infektion er opgjort til 0,77 pr. 100.000 børn pr. år (0-18 år), og den er højest i den yngste aldersgruppe (0-4 år) med 2,3 pr. 100.000 børn pr. år.

Klinisk præsenterer børnene sig med en unilateral persisterende lymfeknudevulst uden almensymptomer. Lymfeknuden kan perforere til huden, og der kan opstå fisteldannelse med vedvarende sekretion i måneder til år.

Udfordringen i det kliniske arbejde med disse børn er at sikre den rette diagnose og balancere morbiditeten af sygdommen med morbiditeten af behandlingen.

MATERIALE OG METODER

Journaler på børn (0-15 år), der var diagnosticeret med cervikofacial AM-infektion, blev retrospektivt



Unilateral, non-tender, cervical lymphadenopathy with violaceous discoloration.

gennemgået. Patienter blev inkluderet, hvis der var foretaget kirurgi, og hvis diagnosen blev bekræftet af en eller flere af følgende: 1) positiv dyrkning, 2) positiv mikroskopi for syrefaste stave, 3) positiv polymerasekædereaktion (PCR) og/eller 4) histopatologisk fund af kronisk granulomatøs inflammation.

RESULTATER

I alt blev 23 patienter inkluderet. Medianalderen var tre år (1-7 år). Alle var systemisk upåvirkede og præsenterede sig med en unilateral, uømt, rødviollet lymfeknudevulst.

På basis af den operative behandlingsstrategi kunne populationen inddeles i to grupper. Gruppe 1 (12 patienter (52%)) fik foretaget excision af alt patologisk lymfeknudevæv, og Gruppe 2 (11 patienter (48%)) blev behandlet med incision og drænage.

Risikoen for at udvikle en postoperativ fistel var forskellig i de to grupper. I Gruppe 1 (excision) udviklede seks patienter (50%) en suppurerende fistelgang, sammenlignet med ti patienter (91%) i Gruppe 2 (incision og drænage) ($p = 0,06$).

Postoperativ opfølgende antibiotisk behandling blev givet til 57% af alle patienter. Behandlingen blev givet signifikant hyppigere til patienter, der initialt var blevet behandlet med incision og drænage (ti patienter (91%)) end til patienter, der var blevet behandlet med excision (tre patienter (25%)) ($p = 0,03$).

KONKLUSION

Kirurgisk excision af alt patologisk væv anbefales som førstebehandling ved cervikofacial lymfadenitis, der er forårsaget af AM, da dette medfører hurtigere helbredelse, og da risikoen for postoperativ fisteldannelse reduceres. Kirurgi er dog ikke uden komplikationer. Specielt submandibulært og i relation til glandula parotis er risikoen for nerveskade stor. Det kosmetiske resultat efter kirurgi versus antibiotika alene er undersøgt og fundet at være signifikant bedre efter kirurgi. En afventende holdning eller antibiotisk behandling kan indledes i de tilfælde, hvor kirurgi er for risikabel.

DANISH MEDICAL JOURNAL: Dette er et resume af en originalartikel publiceret på www.danmedj.dk som Dan Med J 2012;59(1):A4349



ORIGINALARTIKEL

1) Øre-næse-halsafdeling, Aarhus Universitetshospital
2) Øre-næse-halsafdeling, Regionshospitalet Viborg