

Therapie bei schlafbezogenen Atemstörungen – Adenotomie und Tonsillen Chirurgie im Kindesalter

Tonsillotomie versus Tonsillektomie, Pro und Contra

von Prof. Dr. med. Hans Scherer, Berlin

Autor:

Prof. Dr. med. Hans Scherer, Oberhaardter Weg 2, 14193 Berlin
E-mail: hans.scherer@charite.de

Einleitung:

Bei der Tonsillen Chirurgie im Kindesalter muss man differenzieren zwischen Kleinkindesalter (bis ca. 6 J.) und größeren Kindern und Jugendlichen (ab ca. 6 J.), denn in der ersten Gruppe liegt meist eine nicht entzündliche, konstitutionelle Hyperplasie des Tonsillengewebes vor, in der zweiten Gruppe eine nach rezidivierenden Entzündungen sich ausbildende chronisch rezidivierende oder chronische Entzündung. Die Therapie ist unterschiedlich. Im Kleinkindesalter muss berücksichtigt werden, dass es sich bei der Tonsillenhypertrophie um gesundes Gewebe handelt, das nur wegen seiner Größe den Kindern Probleme bereitet. Hier ist die Teilresektion der Tonsillen (Tonsillotomie-TO) zum Raumgewinn im Rachen die Therapie der Wahl, während bei der chronischen Tonsillitis mit meist nicht vergrößerten Tonsillen eine Tonsillektomie angezeigt ist.

Sehr lange Zeit gehörten TE und TO bei den entsprechenden Indikationen zum Therapiespektrum von HNO-Ärzten. In den 30er Jahren des vorigen Jahrhunderts setzte sich eine Auffassung durch, dass eine angebliche Vernarbung nach einer Teilresektion an den Tonsillen Schuld sei an der Ausbildung von peritonsillären Abszessen. Die Methode (TO) wurde für obsolet erklärt und verschwand aus den Operations-Lehrbüchern. Nachdem trotz Vermeidung dieser Methode über viele Jahrzehnte die Zahl der peritonsillären Abszesse nicht abnahm, wurde von der HNO-Klinik der FU Berlin in den 80er und 90er Jahren die Tonsillotomie wieder eingeführt unter Verwendung moderner chirurgischer Geräte, z.B. des LASERs.

Von den Krankenkassen wurde die Methode aber nicht in den Leistungskatalog übernommen mit der – falschen – Behauptung, es handle sich um eine neue Methode, die noch nicht genügend evaluiert sei. Sie wird jetzt meist als IGeL-Leistung angeboten.

Da in diesem Stadium naturgemäß evidenzbasierte große Studien noch fehlen und doppelt verblindete operative Maßnahmen wie TE gegen TO wegen des sehr unterschiedlichen Aufwands und der sehr unterschiedlichen Schmerzbelastung der Kinder nicht durchführbar sind und auch von den Eltern der Kinder nicht akzeptiert werden, hat die KV-Bayern unter meiner Leitung eine Evaluation im Rahmen einer Zusatzvereinbarung Tonsillotomie mit Daten von Versicherten beteiligter Betriebskrankenkassen und von Versicherten der KKH-Allianz durchgeführt mit dem Ziel, die Effizienz der Methode darzulegen und das Komplikationspotential der Tonsillotomie im Vergleich zur Tonsillektomie zu bestimmen und bei positivem Ausgang der Studie eine Entscheidungshilfe für die Krankenkassen zur Verfügung zu stellen, damit die TO in den Leistungskatalog der GKVn übernommen werden kann.

Methode und Ergebnisse:

In einem Zeitraum vom 1.7.2009 bis zum 31.12.2010 wurden 216 Kinder unter strikten Bedingungen einer guten Dokumentation durch Operateur und Eltern operativ behandelt, wobei methodisch die Verwendung eines Lasers, eines Coblationsgerätes oder eines Hochfrequenzgerätes vorgegeben war. Die statistische Auswertung (Helmut Orawa, Berlin) ergab eine sowohl von Seiten der nachbehandelnden Ärzte und der Eltern sehr niedrige Komplikationsrate, einen raschen Heilungsverlauf und wenig, rasch abklingende Schmerzen. Insgesamt wurde festgestellt:

- Die Tonsillotomie ist ambulant durchführbar.
- Beim ersten Nachbehandlungstermin im Mittel am 2. postoperativen Tag war das Allgemeinbefinden der Kinder in 69 % bei „sehr gut“ oder „gut“
- Bereits beim 2. Nachuntersuchungstermin im Mittel nach 9 Tagen lagen alle Bewertungen zu Befunden oder Beschwerden über 90 % bei „sehr gut“ oder „gut“.

Verglichen mit der alternativen Tonsillektomie war die Zahl der Komplikationen wesentlich geringer, der Schmerzverlauf niedriger und kürzer, der Heilungsverlauf kürzer. Die Auswertung der vom behandelnden Arzt und den Eltern ausgefüllten Bögen hat ergeben, dass die Tonsillotomie ambulant durchführbar ist. Alle im Rahmen des Vertrages behandelten Kinder wurden ambulant operiert, 89 % ohne stationären Aufenthalt. Nimmt man die 7 Kinder dazu, die wegen einer „weichen“ Indikation stationär aufgenommen wurden, dann wären von den 100 % ambulant behandelten Kindern 97 % ohne stationären Aufenthalt.

Die evaluierten Fälle der Tonsillotomie wiesen eine extrem niedrige Komplikationsrate auf. Nur bei 4 Kindern (2,3 %) trat eine Komplikation im Zusammenhang mit der Operation auf, davon 2 nicht methodenrelevant. Auf die Tonsillotomie bezogen gab es damit nur in 1,15 % Komplikationen in Form von Nachblutungen noch im OP. Diese konnten gestillt werden. In der postoperativen Phase fiel bei einem Kind Blut auf dem Kopfkissen auf. Eine Behandlung war nicht notwendig. Somit gab es kein Kind, bei dem eine behandlungsbedürftige Nachblutung außerhalb des OP aufgetreten war. Ähnlich günstig waren die Zahlen im Krankengut an der früher von mir geleiteten Klinik am Klinikum Benjamin Franklin der FU-Berlin. K. Helling (Helling K., H. Scherer (2002)) hatte die Akten von 851 Kindern ausgewertet, bei denen eine Tonsillotomie ausgeführt worden war. Bei 186 Kindern konnten auch die Eltern befragt werden. Eine Blutung war nur bei einem Kind intra-operativ aufgetreten, eine postoperative Nachblutung hatte es nicht gegeben.

Diese Werte müssen mit dem Nachblutungsrisiko nach der alternativen Tonsillektomie verglichen werden. Hier sind die Zahlen in der Literatur sehr unterschiedlich, weil keine Einigung besteht, was als Nachblutung zu definieren sei. So wurde in einer Studie aus Aachen und Duisburg an 4848 Tonsillektomien, davon 2567 Kindern jünger als 15 Jahre nur behandlungsbedürftige Nachblutungen gewertet. Diese waren in 1,6 % aufgetreten, davon aber ein Kind, bei dem die A. Carotis externa unterbunden werden musste und Bluttransfusionen nötig waren. In einer Literaturübersicht von Luckhaupt (1999) wird für Nachblutungen nach TE eine Spanne von 0,1-10 % angegeben. Er fand auch nachblutungsbedingte Todesfälle bei Kindern und Erwachsenen, die auf eine Inzidenz von 1:3000 bis 1:27000 geschätzt werden. Tripp und Stammberger (2001) fanden in der Literatur eine Spanne für Nachblutungen von 0-20 %. In ihrem eigenen Krankengut an 1603 Kindern war eine Nachblutung bei 5,3 % der Kinder in einem Zeitraum vom 1. bis zum 21. Tag nach der Operation aufgetreten. Diese Zahl stimmt überein mit 5 % Nachblutungen in einer Untersuchung aus der Univ. Klinik Bochum (siehe Greiner S. (1995)).

Das Ziel der Evaluation, im Rahmen einer streng kontrollierten Studie klare Daten über die wieder eingeführte Methode der Tonsillotomie zu erhalten, wurde erreicht.

Literatur:

Angaben aus neuerer Zeit unter modernen Gesichtspunkten (evidenzbasiert) unterscheiden sich aus methodischen Gründen (siehe Einleitung) nicht von älterem Schrifttum:

Gemeinsame Empfehlung der Österreichischen Gesellschaften für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie und Kinder- und Jugendheilkunde zur Entfernung der Gaumenmandeln, 2007.

Gerloff K. HNO Univ. Klinik Königsberg i. Pr.

Zur Frage der Tonsillotomie im Kindesalter.

Z. für Laryngologie, Rhinologie und Otologie Bd.24, 255-264, 1933

Greiner S., Zur Komplikationshäufigkeit nach Tonsillektomie und Adenotonsillektomie bei Kindern

Dissertation aus der HNO Klinik der Ruhr Universität Bochum 1995

Helling K., H.Scherer, Laser-Tonsillotomie in Infantile Tonsillar Hyperplasia

Med. Laser Appl. 17:263-271 (2002)

Helling K., J. Abrams, W.K.Bertram, S.Hohner, H.Scherer, Die Lasertonsillotomie bei der Tonsillenhypertrophie des Kleinkindes.

HNO 50: 470-478 (2002)

Luckhaupt H., Tonsillektomie, Adenotomie, Paukenergüsse.

In: Verhandlungsbericht 1999 der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde

Springer Verlag Berlin 1999 (212 – 144)

O'Reilly J., Is the routine use of antibiotics justified in adult tonsillectomy?

J. Laryngol, Otol. 117: 382-385 (2003)

Tripp R., A. Lackner, W. Habermann, H. Stammberger

Tonsillennachblutungen: Häufigkeit des Auftretens und Notwendigkeit eines intensiven präoperativen Screenings.

Otorhinolaryngol Nova 2001: 39

Windfuhr J.P., Yue-Shih Chen, Incidence of post-tonsillectomy hemorrhage in children and adults: A study of 4848 patients

Ear, Nose, Throat Journal, 626-634, 2002