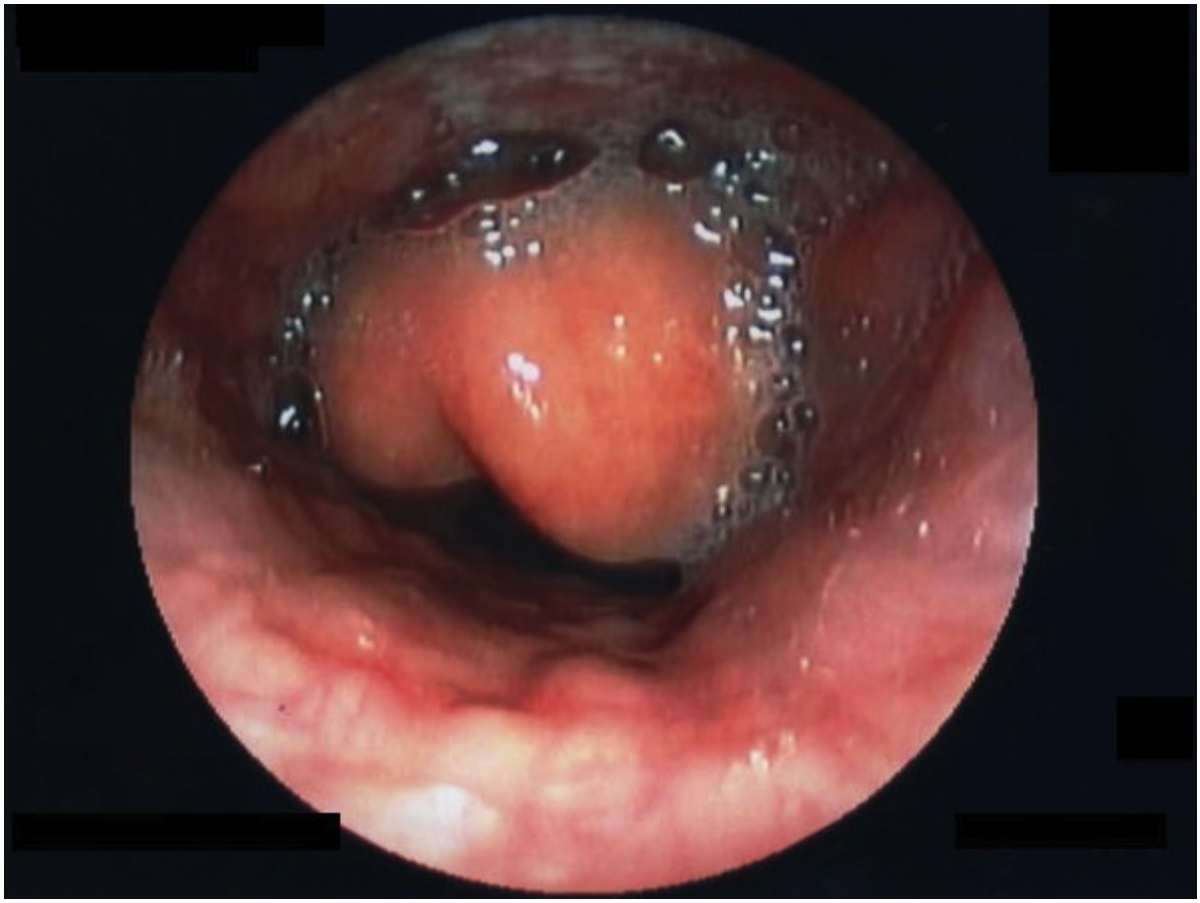
Epiglottitis

Atmung · https://rd-factsheets.de/fs/epiglottitis/

Die Epiglottitis ist eine **bakterielle Entzündung des Kehldeckels (Epiglottis)** und ein **akut-lebensbedrohlicher Kindernotfall**. Trotz wirksamer Impfung tritt die Erkrankung heutzutage aufgrund aktueller Migrationsströme und der zunehmenden Anzahl von Impfverweigerern vermehrt auf. Als besondere Risikogruppe gelten nicht-geimpfte Vorschulkinder im Alter zwischen 2 bis 7 Jahren.



Endoskopische Aufnahme einer entzündeten Epiglottis (Foto by Takashi Fujisawa under CC BY-SA)

Gekennzeichnet ist die Epiglottitis durch einen **plötzlichen Krankheitsbeginn mit hohem Fieber** und einer **rapiden Verschlechterung**. Im Verlauf kann es zu **lebensbedrohlichen Atemwegsverlegungen** kommen.

Ursache

Die Epiglottitis wird in den meisten Fällen durch eine **bakterielle Infektion** verursacht, die zu einer Schwellung des Kehldeckels (Epiglottis) führt. Hauptverantwortlich ist dabei das Bakterium **Haemophilus influenzae Typ b (Hib)**. In seltenen Fällen können jedoch auch Streptokokken die Erkrankung auslösen.

Symptome

Kinder wirken **schwer krank** und sind **extrem abgeschlagen**. Durch starke Schmerzen beim Schlucken **vermeiden betroffene Kinder das Sprechen und Schlucken**, was zu einem erhöhten Speichelfluss (Hypersalivation) führt. Die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme kann deutlich herabgesetzt sein. Bei der Auskultation ist ein **inspiratorischer Stridor** wahrzunehmen.

- hohes Fieber (> 39°)
- inspiratorischer Stridor
- heißere, „kloßige“ Stimme ("hot potatoe voice")
- Kutschersitz als Schonhlatung
- AZ-Verschlechterung

Abgrenzung zur Laryngotracheobronchitis (Pseudokrupp)

	Epiglottitis	**Laryngotracheobronchitis (Pseudokrupp)**
Alter	2 - 7 Jahre	6 Monate - 4 Jahre
Fieber	Ja / stark erhöht	Nein / leicht erhöht
Halsschmerzen	Ja	Nein
Stimme	kloßig	heiser
Schluckbeschwerden	Ja	Nein

Therapie

Ein bei der Racheninspektionen oder Laryngoskopie **ausgelöster Vagusreiz kann bei Kindern zu lebensbedrohlichen Zuständen führen**. Aus diesem Grund sollte eine Racheninspektion oder Laryngoskopie zwingend im Krankenhaus unter Intubations- und Koniotomie-Bereitschaft

erfolgen.

- keine Manipulation oder Racheninspektion/Laryngoskopie
- sitzende Lagerung (Kutschersitz)
- bei suffizienter Eigenatmung: hochdosiert O2 über Maske
- bei insuffizienter Atmung: assistierte Beatmung im Sitzen
- **ALLE** invasiven Maßnahmen (i.v.-Zugang, Laryngoskopie, etc.) nur unter Sedierung oder Narkose!

Es muss ein **unmittelbarer Transport** in eine Kinderklinik (telef. Voranmeldung!) durchgeführt werden. Um den Transport nicht zu verzögern sollte ein NA-Rendezvous in Betracht gezogen werden. Während des gesamten Einsatzes muss das Team jederzeit auf die Notwendigkeit einer Intubation oder notfallmäßiger Koniotomie vorbereitet sein!

Medikamente

Eine **medikamentöse Therapie erfolgt nur, wenn dadurch kein Zeitverlust entsteht**. Die Gabe von Glukokortikoiden oder die Inhalation von Epinephrin zeigte in Studien keine direkte Evidenz und verbesserte das Outcome nicht signifikant, ist aber dennoch in vielen Rettungsdienstbereichen gängiger Standard.

Die Nutzung von Verneblermasken bei Kindern erhöht das Risiko von lebensbedrohlichen Vagusreizungen durch Stressreaktionen und Angst. Ein Einsatz sollte je nach Compliance des Kindes abgewogen werden.

Folgende Medikamente können eingesetzt werden, zeigten **in Studien aber keine direkte Evidenz** (s.o.):

Prednisolon	2 mg / kgKG i.v.
Prednison	100 mg supp.
Epinephrin (Suprarenin)	4 mg inhalativ

Differentialdiagnostik

- Aspiration / Bolusgeschehen
- Laryngotracheobronchitis (Pseudokrupp)

- Asthma bronchiale
- Bronchiolitis

Quellen

- Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V. (DBRD). (2024). *Muster-Algorithmen 2024 zur Umsetzung des Pyramidenprozesses im Rahmen des NotSanG*. https://dbrd.de/images/algorithmen/DBRDAlgo24_Web9_2.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). (2021, Dezember). *Halsschmerzen - S3-Leitlinie*. https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-010l-S3_Halsschmerzen_2021-12.pdf.
- Eich, C. B., Guericke, H., Brackhahn, M. & Glowacka, M. (2018, 8. Juni). *Maße & Dosierungen in der Kinderanästhesie, Kinderintensiv- und Kindernotfallmedizin*. Kinder- und Jugendkrankenhaus „Auf der Bult“. https://www.auf-der-bult.de/fileadmin/media/docs/KIB-ARZ/downloads/An%C3%A4sthesie_Ma%C3%9Fe_und_Dosierungen_Kinderan%C3%A4sthesie.pdf
- Enke, K., Flemming, A., Hündorf, H.-P., Knacke, P. G., Lipp, R. & Rupp, P. (Hrsg.). (2015). *Lehrbuch für präklinische Notfallmedizin: Patientenversorgung und spezielle Notfallmedizin* (5. Aufl., Bd. 1). Edewecht, Niedersachsen: Stumpf + Kossendey. S. 556 - 557