

Rezidivierende Fieberschübe 6 Monate nach Afrikareise – Fall 4/2015

Jonas Erhardt, Matthias Frank

In den Tropen lauern viele Gefahren – angefangen bei giftigen Tieren und Pflanzen bis hin zu zahlreichen Infektionskrankheiten. Die Symptome mancher Tropenkrankheiten können auch erst nach langer Latenzzeit auftreten, was die Diagnose erschwert. Dies zeigt auch der hier vorgestellte Fall eines 13-jährigen Mädchens, das ein halbes Jahr nach einer Afrikareise plötzlich an rezidivierenden Fieberschüben leidet. Die ausführliche Beschreibung des Falls mit detaillierten Hintergrundinformationen finden Sie im Internet.



QR-Code einscannen und kompletten Fall online lesen oder unter:

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-103556>

Korrespondenz

Dr. med. Matthias Frank,
Institut für Tropenmedizin
Eberhard-Karls-Universität
Wilhelmstr. 27
72074 Tübingen
E-Mail: Matthias.Frank@uni-tuebingen.de

Abb. 1 Im Blutausstrich sind intrazelluläre Malaria Parasiten zu erkennen (Pfeil). Färbung nach Pappenheim, Vergrößerung 100×, Öl-Immersion.

Aktuelle Anamnese | Bei einem 13-jährigen Mädchen treten 6 Monate nach einer Afrika-Rundreise rezidivierende Fieberschübe auf. Relevante Vorerkrankungen bestehen nicht, der Impfschutz ist lückenlos. Während der 12-monatigen Reise bis 4 Wochen nach der Rückkehr war eine kontinuierliche Malariaprophylaxe mit Mefloquin erfolgt.

Fieberschübe | Die Fieberschübe treten alle 48 h auf. Jeder Schub beginnt mit einem plötzlichen Anstieg der Körpertemperatur auf 40 °C, Schüttelfrost und Gliederschmerzen. Das Fieber hält jeweils für wenige Stunden an, bevor die Patientin erschöpft in einen tiefen Schlaf fällt. Der Folgetag ist stets beschwerdefrei.

Klinische Untersuchung

- ▶ guter Allgemeinzustand
- ▶ normaler Ernährungszustand (BMI 18,6 kg/m²)
- ▶ Temperatur: 37,1 °C
- ▶ Blutdruck: 100/70 mmHg
- ▶ Herzfrequenz: 100 Schläge/min
- ▶ Pulmo, Cor, Haut: keine pathologischen Befunde
- ▶ Milz palpabel

Laborbefunde

- ▶ intravasale Hämolyse mit Anämie
- ▶ systemische Entzündungsreaktion



Bildgebung | Die Abdomensonografie ergibt eine Splenomegalie (Längsdurchmesser > 13,1 cm). Ein 2 Tage zuvor beim Hausarzt angefertigtes Röntgenbild des Thorax ist unauffällig.

Blutausstrich | Im Blutausstrich sind vergrößerte, tröpfchenförmige Erythrozyten mit intrazellulären Malaria Parasiten zu sehen (▶ **Abb. 1**). Eine Schüffner-Tüpfelung ist erkennbar. Die Morphologie der Parasiten spricht für Plasmodium vivax oder Plasmodium ovale. Es handelt sich somit um eine Malaria tertiana. Um die Parasitenspezies zu bestimmen, wird eine Plasmodien-DNA-PCR veranlasst.

Therapie | Bis das PCR-Ergebnis vorliegt, wird eine initiale Therapie mit Chloroquin begonnen. Daraufhin bessern sich rasch die Symptome und Laborwerte. Die PCR identifiziert P. ovale als Ursache der Malaria tertiana. Diese Spezies bildet persistente Leberstadien (Hypnozoiten), die durch Chloroquin nicht eliminiert werden. Nach Ausschluss eines Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangels wird deshalb eine 14-tägige Folgetherapie mit Primaquin eingeleitet, die komplikationslos verläuft. Seither ist bei der Patientin kein Malariarezidiv aufgetreten.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Bei Fieber nach Tropenreisen ist stets eine Malaria in Betracht zu ziehen.
- ▶ Eine fehlende Fieberperiodizität schließt eine Malaria tertiana oder quartana nicht aus.
- ▶ P. vivax und P. ovale können Leberdauerformen (Hypnozoiten) bilden, die nach jahrelanger Latenzzeit wieder aktiviert werden können.
- ▶ Die Manifestation der Primärinfektion einer Malaria tertiana wird durch die Malaria-Prophylaxe unterdrückt.
- ▶ Nach der Akuttherapie der Blutparasiten ist eine Folgetherapie mit Primaquin notwendig, um die Hypnozoiten zu eliminieren.

DOI 10.1055/s-0041-103556
Dtsch Med Wochenschr
2015; 140: 1614
© Georg Thieme Verlag KG ·
Stuttgart · New York ·
ISSN 0012-0472