Können sie das rezidivierende Fieber erklären?

Rötliche Knötchen an Fingern und Zehen

Immer wieder litt der 62-jährige Patient an unerklärlichen Fieberschüben. Auch die Gabe verschiedener Antibiotika führte nicht zu einer dauerhaften Entfieberung. Erst das Auftreten kleiner rötlicher Knoten an den Akren führte auf die richtige Spur.

Osler-Knötchen bei Endokarditis.

Bei dem 62-jährigen Patienten bestanden seit vielen Jahren eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und ein nicht insulinpflichtiger Typ-2-Diabetes. Bei plötzlich einsetzendem Fieber mit Dyspnoe lag der Verdacht auf eine Exazerbation der COPD nahe. Die Laborkonstellation, insbesondere der deutlich erhöhte CRP-Wert sprachen für eine infektassoziierte, vermutlich bakteriell verursachte Exazerbation. Röntgenologisch konnte eine Pneumonie ausgeschlossen werden.

Nun wurde eine antibiotische Therapie mit einem Makrolid eingeleitet. Diese führte jedoch nur zu einer vorübergehenden Entfieberung. Daraufhin wurde die Antibiotikatherapie auf ein Cephalosporin umgestellt, was jedoch wiederum nur kurzzeitig das Fieber eindämmen konnte. Auch die zusätzliche Gabe eines Fluorchinolons führte nicht zu einer dauerhaften Entfieberung.

Differenzialdiagnostische Überlegungen

Angesichts des therapierefraktären Fiebers wurde differenzialdiagnostisch jetzt auch eine entzündliche Systemerkrankung im Sinne einer Autoimmunerkrankung diskutiert. Die entsprechenden Laborparameter fielen jedoch negativ aus. Sonografisch und endoskopisch fand sich kein Hinweis für einen malignen Tumor. In den Blutkulturen konnten keine Bakterien nachgewiesen werden, und serologisch ergab sich auch kein Hinweis für eine akute virale Erkrankung (Coxsackie-Viren, HIV, Zytomegalievirus, Epstein-Barr-Virus).

Plötzlich Hämorrhagien an den Akren

Im weiteren Verlauf entwickelten sich plötzlich kleine rötliche Knötchen an den Finger- und Zehenspitzen – die typischen Osler-Knötchen. Bei diesem Befund muss in erster Linie an eine Endokarditis gedacht werden. Bei der jetzt durchgeführten transthorakalen und transösophagealen Echokardiografie fanden sich tatsächlich frische Vegetationen an der Aortenklappe. Bei erneut abgenommenen Blutkulturen konnte jetzt auch *Streptococcus viridans* nachgewiesen werden.

Ernste Prognose

Die Diagnostik einer Endokarditis ist nicht immer einfach. Sie wird erschwert durch die weit verbreitete, unkritische Antibiotikatherapie. Trotz großer Fortschritte handelt es sich bei der Endokarditis immer noch um eine Erkrankung mit sehr ernster Prognose. Auch bei Einsatz modernster Untersuchungstechniken beträgt die diagnostische Latenzzeit noch immer vier Wochen, und die Letalität der Erkrankung liegt bei ca. 15%.

Die Diagnose „Endokarditis“ gilt klinisch als gesichert, wenn mehrere Blutkulturen mit einem identischen Erreger positiv sind und wenn gleichzeitig echokardiografisch eine Endokardbeteiligung im Sinne von Vegetationen nachweisbar ist. Die Echokardiografie ist für die Diagnostik unverzichtbar. Wenn die transthorakale Echokardiografie keinen krankhaften Befund zeigt, sollte bei klinischem Endokarditisverdacht immer eine transösophageale Echokardiografie durchgeführt werden.

Wird auch dabei kein pathologischer Befund erhoben, sollte die Untersuchung eventuell nach ein bis zwei Wochen wiederholt werden.

Bei der Verdachtsdiagnose Endokarditis empfiehlt sich bei Patienten, die bisher nicht antibiotisch behandelt wurden, die sofortige Abnahme von drei Blutkulturen im Abstand von einer Stunde, bevor eine empirische antibiotische Therapie eingeleitet wird. Bei antibiotisch vorbehandelten, stabilen Patienten sollte die Abnahme der Blutkulturen erst nach einer 48-stündigen Antibiotikapause erfolgen.

Osler-Knötchen sind diagnoseweisend

Nicht immer, aber bei einem Teil der betroffenen Patienten entwickeln sich bei einer Endokarditis kleine subkutane, schmerzhaft, entzündlich gerötete hämorrhagische Effloreszenzen. Sie sind Ausdruck einer septischen Mikroembolie. Sie treten insbesondere an Finger- und Zehenkuppen, sowie im Thenar- und Hypothenar-Gebiet auf, können aber Arme und Beine betreffen.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

Fabula docet

Bei Patienten mit rezidivierenden Fieberschüben, die nicht auf eine antibiotische Therapie ansprechen, sollte immer an eine Endokarditis gedacht werden. Diagnostisch wegweisend sind septisch embolische Hämorrhagien an den Finger- und Zehenkuppen.