DIE 10-MINUTEN-SPRECHSTUNDE

Das Infektionskonsil bringt eine heiße Spur

25-Jährige mit hohem Fieber

D. Anz, K. Dichtl, J. R. Bogner

An einem Junitag bemerkt eine 25-jährige, frisch promovierte Akademikerin einen Hautausschlag an Rumpf und Extremitäten. Dieser blasst innerhalb von zwei Tagen ab. Dann kommt es jedoch zu hohem Fieber von 39,5 °C, Krankheitsgefühl und Bauchschmerzen. Die Patientin stellt sich in der Praxis vor.

— Ende Mai war es bei der Patientin zu neurologischen Symptomen im Sinne einer Myelitis gekommen. Nach stationärer Liquorpunktion wurde eine Steroid-Stoßtherapie veranlasst.

Was abklären?

- Reiseanamnese: Reise nach Teneriffa vor acht Wochen, Reise nach Südtirol vor neun Monaten, ansonsten nur Aufenthalte in Deutschland.
- Umgebungsanamnese: keine ähnlichen Erkrankungen bei Kontaktpersonen. Der Verlobte der Patientin ist gesund. Haustiere und Tierkontakte werden verneint.
- Keine Hobbies in der freien Natur, nur Besuche an einem Badensee bei München.
- Die körperliche Untersuchung ergibt eine schwer kranke Patientin mit kaum mehr sichtbaren Exanthem und 39,2 °C Fieber. Die Vitalparameter sind stabil (RR 120/75 mmHg, Puls 104, Atemfrequenz 14). Das Abdomen ist diffus druckschmerzhaft (insb. der rechte Mittelbauch).
- Im Labor massive Entzündungszeichen: CRP 198 mg/l, hoch normale Leukozyten (9,0 G/l) ohne Linksverschiebung. Weitere Werte: GOT 240 U/l, GPT 720 U/l, GGT 50 U/l, Bilirubin 1,1 mg/dl, LDH 389 U/l.

Management/Differenzialdiagnose

- Virushepatitis (Impfstatus? Woher kommt dann das hohe CRP?)

- Hepatitis anderer Genese?
- Welche Serologien sind sinnvoll?
- Genügt die Sonografie?
- Kann das Krankheitsbild ambulant geklärt und behandelt werden?
- Ist eine kalkulierte antibiotische Therapie angezeigt?

Da es subjektiv zu einer Verschlechterung der Bauchschmerzen kommt, wird die Patientin in eine Klinik eingewiesen. Dort erfolgt neben dem Sonogramm auch eine CT des Abdomens, bei der sich der hochgradige V.a. eine Appendizitis ergibt. Im OP-Situs und der Histologie erweist sich die Appendix jedoch als unschuldig. Postoperativ kommt es zu einem Anstieg der Transaminasen und zu einem Abnehmen der Lebersyntheseleistung im Sinn eines akuten Leberversagens. Als kalkulierte Therapie war die Kombination aus Piperacillin und Tazobactam begonnen worden.

Infektionskonsil hilft weiter

Im infektiologischen Konsil werden Vorschläge zur serologischen Klärung gemacht. Als Favorit gilt dabei die Leptospirose, als Differenzialdiagnose auch Rickettsien, Brucellen und Treponemen. Die antibiotische Therapie wird umgestellt, obwohl angesichts des drohenden Leberversagens nun nahezu jedes Antibiotikum kontraindiziert ist.

Es erfolgte gemäß den Empfehlungen der gängigen Literatur zu Leptospiren eine Umstellung auf Ceftriaxon. Hierunter kommt es zu einem weiteren Rück-

gang der Infektparameter. Die Leptospirose wird serologisch bestätigt.

Es gibt Berichte, dass Leptospiren auch eine Myelitis transversa (wie im o.g. Fall) auslösen können.

Was aus dem Fall lernen?

- Die Leptospirose (Erreger: *Leptospira interrogans*) betrifft nicht nur Landwirte und Kanalarbeiter (wie wir es im Studium gelernt haben)
- Initial kann die „Gelbsucht“ (Vollbild der systemischen Leptospirose = Morbus Weil, ausgewiesen durch Bilirubin) fehlen
- Die serologische Diagnostik kann wegweisend sein.

→ Für die Verfasser:

PD Dr. med. David Anz
Sektion Klinische Infektiologie
Klinik und Poliklinik IV
Klinikum der Universität München
Pettenkoferstr. 8a, D-80336 München
E-Mail: david.anz@med.uni-muenchen.de

→ **Koautoren:** Dr. med. Karl Dichtl, Prof. Dr. med. Johannes Bogner, München

Kasuistik

WIE GING ES WEITER?

Anamnestisch erfuhren wir drei Monate nach dem Ende der antibiotischen Therapie, dass die Patientin wohl auf ist, normale Laborwerte hat und keine erneuten neurologischen Beschwerden aufgetreten sind.