

Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen nach den Campingferien

Fortsetzung aus Heft 11: Auflösung und Epikrise

Bernard Descoeurdes, Madeleine Rothen

Auflösung

Der Fall

Eine 39jährige, ansonsten gesunde Frau leidet nach den Campingferien am Bodensee an Kopfschmerzen und Fieber. Unter einer symptomatischen Therapie kommt es zu einer zerebralen Verschlechterung mit Desorientiertheit und Somnolenz, in der Folge zu einem leichten Meningismus. Das Schädel-MRI ist unauffällig. Im Liquor finden sich 130 Zellen, davon 80% Mononukleäre; die Proteinwerte liegen bei 0,92 G/L (normal: 0,15–0,45 G/L); das EEG ist pathologisch; innerhalb von zehn Tagen fast komplette Spontanremission.

? Die Fragen

1. Welche Diagnose ist die wahrscheinlichste?
A Infekt mit Listerien.
B Infekt mit Herpes simplex Typ 1.
C Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME).
D Bakterieller Infekt.
E Vaskulitis.
2. Klinisch besteht das Bild einer Meningoenzephalitis. Welche der folgenden Aussagen trifft zu?
A Eine Vaskulitis ist aufgrund der Normalbefunde im CT und im MRI ausgeschlossen.
B Eine HSV-1-Enzephalitis lässt sich aufgrund der Normalbefunde im CT und im MRI mit einer Sicherheit von >90% ausschliessen.
C Der Liquorbefund ist mit jeder Form einer viralen Enzephalitis vereinbar.
D Der EEG-Befund schliesst eine bakterielle Ursache mit einer Sicherheit von >90% aus.
E Das nur leicht erhöhte CRP spricht für eine nichtinfektiöse Genese.


Auflösung

1. Die richtige Antwort ist C: Die in erster Linie erwogene Frühsommer-Meningoenzephalitis wurde bestätigt. Im Serum und im Liquor liessen sich IgG und im Serum auch IgM gegen das FSME-Virus nachweisen.
2. Die richtige Antwort ist C: Es gibt keine spezifische virale Enzephalitis, für die der obige Liquorbefund ein positives oder negatives Argument ist.

Klinik

Die klinischen Befunde und der Verlauf passen bestens zu einer FSME: zweigipfliger Verlauf mit «grippalen» Symptomen nach ein bis zehn Tagen sowie fünf bis zehn Tage später neurologische Symptome. Die häufigsten Zeichen in beiden Phasen sind Fieber und Kopfschmerzen. In der zweiten Phase treten zudem ein Meningismus und Bewusstseinsstörungen als Ausdruck einer Meningitis und Enzephalitis auf.

Endemiegebiet

Der besuchte Campingplatz liegt in einem Risikogebiet (Abb. 1 ); ein Zeckenbiss bei einer anderen Person in der unmittelbaren Umgebung hat schon stattgefunden.

Risiko

Zecken sind aktiv von Mitte Februar bis Mitte November. Rund 1% (0,5–3%) von ihnen sind mit dem FSME-Virus infiziert. Häufig tritt nur eine grippeartige Symptomatik auf, oder die Infektion verläuft sogar symptomlos. Eine neurologische Symptomatik findet sich in 5 bis 15% der Fälle. Das Risiko, sich durch einen Zeckenbiss in einem Endemiegebiet mit einer neurologischen Erkrankung anzustecken, beträgt ungefähr 1:1000 (1:200–1:4000).

Impfung

Serokonversion von 95% nach zwei Dosen, von 99% nach drei Dosen. Effektive Wirksamkeitsstudien gibt es keine.

Impfempfehlungen: Personen ab einem Alter von über sechs Jahren, die in einem Risikogebiet wohnen oder sich in einem solchen aufhalten; Wiederholung der Impfung nach zehn Jahren; unerwünschte Wirkungen (Meningitis, Enzephalitis, Neuropathie) treten im Vergleich zu anderen Impfungen vermehrt auf.

Was ist zu tun?

Es existiert keine spezifische Therapie der Frühsommer-Meningoenzephalitis.



Abbildung 1
Gefahrengebiete der FSME in der Schweiz (nach Prof. Dr. med. Thomas Krech, Kreuzlingen).

Korrespondenz:
 Dr. med. Bernard Descoedres
 Departement Innere Medizin
 Abteilung Transplantations-
 immunologie und Nephrologie
 Universitätsspital Basel
 Petersgraben 4
 CH-4031 Basel
bdescoedres@uhbs.ch

Epikrise

Bei einem zweiphasigen viralen Infekt, bei dem neurologische Zeichen auftreten, muss auch entfernt von Endemiegebieten an die Möglichkeit

einer FSME gedacht werden: Die Diagnose kann durch eine gezielte Anamnese für kürzlich erfolgte Aufenthalte in Endemiegebieten und durch den Nachweis von FSME-IgM im Serum gestellt werden.