

## Zystische oder alveoläre Echinokokkose?

Leserbrief zu: Frasnelli A, Brack T. Da ist der Wurm drin ... [1]

Der Fallbericht von Frasnelli et al. über einen Patienten mit isolierter Echinokokkose der Wirbelsäule und klinischer Erstmanifestation einer Paraplegie ist aus verschiedenen Gründen interessant. In erster Linie ist ein Knochenbefall bei Echinokokkose selten, nämlich etwa bei 0,5 bis 3% in grösseren Patientenkollektiven [2, 3], und vor allem deshalb, weil eine isolierte Echinokokkose ohne Primärbefall von Leber (+/- Lunge) bei alveolärer resp. zystischer Echinokokkose eine Rarität darstellt. Die Interpretation der Autoren, es handle sich bei diesem Patienten um eine zystische Echinokokkose, muss allerdings kritisch hinterfragt werden. Eine sichere Differenzierung zwischen zystischer («Hundebandwurm») und alveolärer Echinokokkose («Fuchsbandwurm») ist heute mehrheitlich möglich. Wie die Autoren zu Recht betonen, entstammen nämlich praktisch alle Patienten in der Schweiz mit zystischer Echinokokkose aus den Mittelmeerländern, und in unserem grossen Patientenkollektiv von zystischer Echinokokkose gibt es kaum einen Patienten mit Schweizer Herkunft (<2%).

Im Gegensatz zur Publikation von Frasnelli et al. ist eine isolierte extrahepatische Läsion bei alveolärer Echinokokkose zwar selten, aber in Einzelfällen beschrieben worden. In einer kürzlichen Literaturübersicht mit Beschreibung von zwei eigenen Beobachtungen liegt diese Anzahl im Jahre 2000 etwa bei 16 Fallberichten (mit adäquater Dokumentation), wobei rund die Hälfte einen isolierten Knochenbefall aufwies [4]. Im eigenen Patientenkollektiv von alveolärer Echinokokkose (n = 220) findet sich nur *ein* Patient mit isoliertem Wirbelsäulenbefall (14 Jahre guter Verlauf unter Chemotherapie; nicht publiziert). Aufgrund der Schweizer Herkunft, der Rarität einer zystischen Echinokokkose bei Schweizern und der beruflichen Exposition des Patienten (Jäger) scheint mir die Interpre-

tation «zystische Echinokokkose» bei diesem Patienten fragwürdig. Eine direkte Analyse des Biopsiematerials durch PCR (alveoläre Nukleinsäurebestimmung) würde heute diese Diagnose definitiv sichern.

Rudolf W. Ammann

---

### Korrespondenz:

Prof. Dr. med. emeritus Rudolf W. Ammann  
Schweizerisches Echinokokkose-Kompetenzzentrum  
UniversitätsSpital  
CH-8091 Zürich  
[ammannr@access.uzh.ch](mailto:ammannr@access.uzh.ch)

---

### Literatur

- 1 Schweiz Med Forum. 2010;10(25):448–9.
- 2 Ammann RW, Fleiner A, Eckert J und Schweizerische Echinokokkose-Studiengruppe. Schweizerische Studie für Chemotherapie der alveolären Echinokokkose – Rückblick auf ein 20-jähriges klinisches Forschungsprojekt. Schweiz Med Wochenschrift. 1999;129:323–32.
- 3 WHO/OIE Manual on Echinococcosis in Humans and Animals: a public health problem of global concern. Paris, France; OIE/WHO, 2001, Neufassung 2009; im Druck. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans [Kurzfassung]. Acta tropica. 2010;114: 1–16.
- 4 Reuter S, Seitz HM, Kern P, Junghans T. Extrahepatic alveolar echinococcosis without liver involvement: a rare manifestation. Infection. 2000;28:187–92.

### Replik

Wir danken Herrn Prof. Ammann für seinen interessanten Kommentar zu unserem Fallbericht. Wir teilen seine Beurteilung vollständig, dass der Patient sich weder als Jäger noch als Wirt in der Schweiz mit *E. granulosus* infiziert hat. Wie wir im Kommentar zum Fall ausgeführt haben, vermuten wir, dass er von Hofhunden bei seinem Spanienaufenthalt angesteckt wurde, wo er vor 20 Jahren auf einem Bauernhof arbeitete.

Andreas Frasnelli, Thomas Brack