

## Manchmal lohnt sich ein zweiter Blick ...

Joris Budweg<sup>a</sup>, Lukas Stettler<sup>c</sup>, Andreas Zettl<sup>d</sup>, Michael Manz<sup>a, b</sup>

<sup>a</sup> Abteilung Innere Medizin, St. Claraspital, Basel

<sup>b</sup> Gastroenterologie, St. Claraspital, Basel


<sup>c</sup> Praxis für Innere Medizin, Birsfelden

<sup>d</sup> Pathologie, Viollier AG, Basel

### Fallbeschreibung

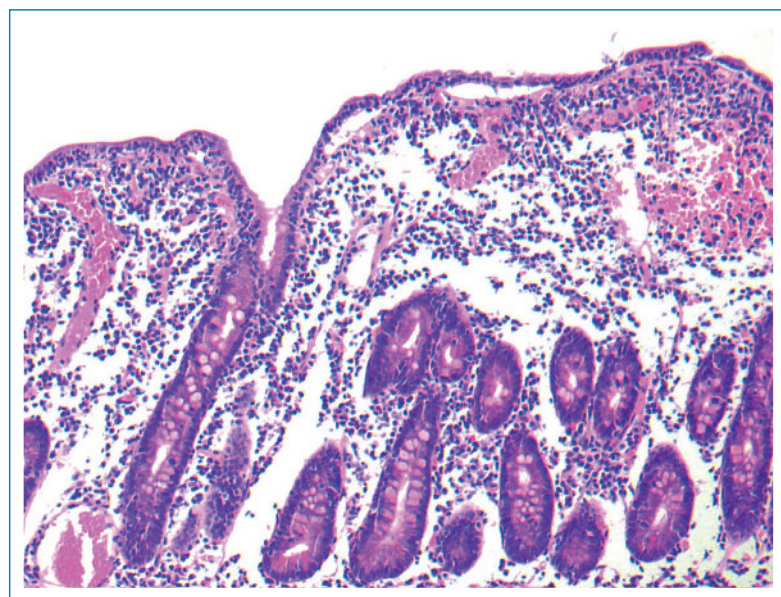
Eine 38-jährige Patientin wird zur stationären Abklärung von wässriger Diarrhoe, geblähtem Abdomen und rezidivierender Übelkeit seit 6 Wochen zugewiesen. Sie hat innerhalb dieser Zeit 5 Kilogramm an Körpergewicht verloren (BMI 17,1 kg/m<sup>2</sup>) und ist bei Eintritt deutlich volumendepletiert. Die übrige klinische Untersuchung ist ohne wegweisende Befunde. Die Reiseanamnese war unauffällig.

Vorgängige ambulante Stuhluntersuchungen blieben ohne Nachweis von Bakterien, *Clostridium-difficile*-Toxin sowie Protozoen (drei Proben). Calprotectin im Stuhl als Marker einer luminalen Entzündung hingegen war leicht erhöht (60 mg/kg).

In einer ambulanten oberen Panendoskopie war bei makroskopisch unauffälligem Befund eine duodenale Zottenatrophie mit Vermehrung der intraepithelialen Lymphozyten, vereinbar mit einer Sprue Marsh Typ IIIb, bioptisch nachgewiesen worden (Abb. 1 ). Diskrepanz zum histologischen Befund waren die Antikörper gegen Transglutaminase-Antigen (IgG/IgA) negativ. Auch eine probatorische glutenfreie Ernährung war symptomatisch nicht erfolgreich.


Anlässlich der Hospitalisation nach Durchsicht sämtlicher Befunde baten wir einen Pathologen um Reevaluation der Duodenalbiopsien hinsichtlich der Diskrepanz zum fehlenden serologischen Sprue-Nachweis.

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.



**Abbildung 1**

Duodenalbiopsie mit intraepithelialer Lymphozytenvermehrung, hyperplastischen Krypten und Zottenatrophie (verkürzte, plumpe Zotten).

Auf den zweiten Blick konnte nun *Giardia lamblia* mikroskopisch identifiziert werden (Abb. 2 ). Somit war die Ursache der protrahierten Beschwerden und der Zottenatrophie geklärt.

Unter oraler antibiotischer Therapie mit Metronidazol wurde die Patientin rasch beschwerdefrei und nahm wieder an Gewicht zu.

### Diskussion

Lambliasis wird durch den einzelligen Parasiten *Giardia lamblia* (syn. *Giardia duodenalis*, *Giardia intestinalis*) verursacht. Die geographische Verbreitung ist weltweit. Lambliasis gilt als eine der häufigsten parasitären Darminfektionen, die Inzidenz in den Vereinigten Staaten liegt bei 7,5 Neuerkrankungen pro 100000 Einwohner pro Jahr [1, 2].

Die Infektion erfolgt fäkal-oral durch Aufnahme von kontaminiertem Wasser oder Nahrung. Zystoide Dauerformen des Parasiten können darin über Monate persistieren.

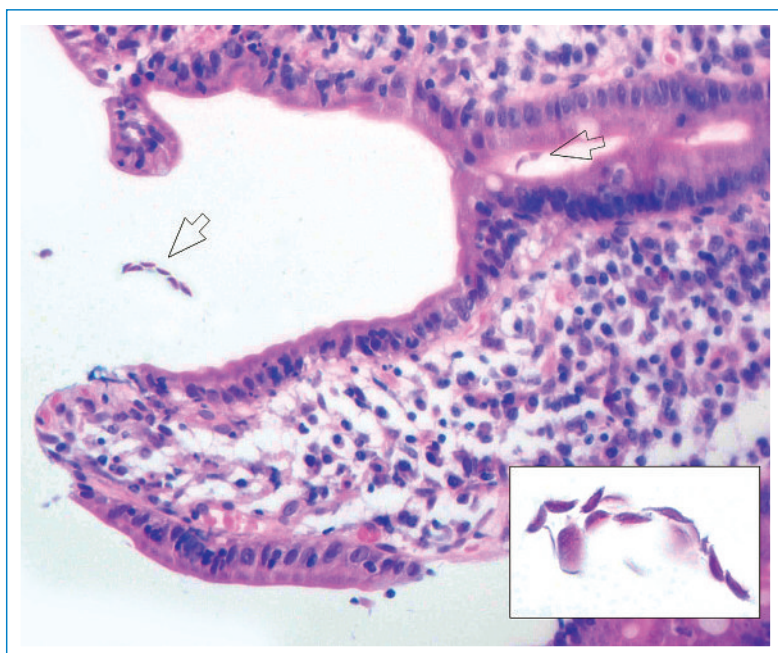
Im menschlichen Darm kommt es zur Umwandlung der Zysten in aktive Trophozoiten, die dann bevorzugt Duodenum und proximales Jejunum besiedeln [1]. Dort in der Mukosa verankert führen sie zu einer Funktionseinschränkung des Darmepithels, welche pathophysiologisch nicht restlos geklärt ist [3, 4].

Es wird eine Kombination aus Malabsorption, Reduktion von Enzymaktivitäten und einer Hypersekretion von Elektrolyten diskutiert. Eine erregervermittelte Induktion der Apoptose von Epithelzellen ist ebenfalls möglich [2, 3].

Wie bei unserer Patientin kommt es bei 25–50% der Infizierten zu intestinalen Symptomen wie Durchfall, Bauchschmerzen, Blähungen, starker Übelkeit und abdominalen Krämpfen. Eine chronische Malabsorption kann zu Gewichtsverlust führen. Andere extraintestinale Symptome wie Fieber, Urtikaria, Lymphadenopathie, Uveitis oder Polyarthritiden sind selten. Über die Hälfte der Infektionen verläuft symptomfrei [1, 3].

Die Diagnose wird primär durch Stuhluntersuchungen auf Parasiten (bei dreimaliger Probe Sensitivität bis 90%) gestellt. Ergänzend oder alternativ kommen Antigen-Untersuchungen im Stuhl, Duodenalsaft-Analyse oder eine Dünndarmbiopsie im Rahmen einer oberen Panendoskopie in Frage [1, 3]. Makroskopisch kann sich die Schleimhaut hierbei, trotz duodenaler Zottenatrophie, unauffällig präsentieren. Die endoskopische biopsische Abklärung macht vor allem zum Ausschluss von Differentialdiagnosen Sinn.

In seltenen Fällen, wie bei unserer Patientin, kann es zu einer schweren mukosalen Entzündung mit Zottenatrophie bei nur sehr geringer Erregeranzahl kommen. Ohne mikroskopischen Erregernachweis ergibt sich dann das



**Abbildung 2**

Bei der Reevaluation Nachweis von *Giardia lamblia*.

histologische Bild einer Sprue, wie in unserem Fall [2]. Der initial beurteilende Pathologe konnte somit, ohne Wissen um die Diskrepanz der serologischen Befunde, von einer Sprue ausgehen.

Lambliasis wird mit Metronidazol 250 mg 3× täglich über 5–7 Tage therapiert und zeigt hierunter eine Ausheilungsrate von 80–95%, alternativ kommt eine Behandlung mit Tinidazol 2 g als Einmaldosis in Frage [1, 3].

#### Korrespondenz:

Dr. med. Michael Manz  
Abteilung für Innere Medizin und Gastroenterologie  
St. Claraspital  
Kleinriedenstrasse 30  
CH-4016 Basel  
[michael.manz@claraspital.ch](mailto:michael.manz@claraspital.ch)

#### Literatur

- 1 Ali SA, Hill DR. *Giardia intestinalis*. *Curr Opin Infect Dis*. 2003;16(5):453–60.
- 2 Kasper HU, Kemper M, Siebert F, Langner C. Lamblieninfektion als Differentialdiagnose der Zöliakie in der Duodenalbiopsie. *Z Gastroenterol*. 2010;48:829–832.
- 3 Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. (2008). *Harrison's principles of internal medicine* (17th ed.). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- 4 Buret AG. Pathophysiology of enteric infections with *Giardia duodenalis*. *Parasite*. 2008;15(3):261–5.