

# Wer sucht, der findet – mehr als eine Enteritis

Eva Seiler<sup>a</sup>, Mirjam de Roche<sup>b</sup>, Oliver Kummer<sup>c</sup>


Spital STS AGThun


<sup>a</sup> Innere Medizin, <sup>b</sup> Infektiologie, <sup>c</sup> Gastroenterologie

## Fallbeschreibung

Ein 21-jähriger Patient wird aus einem Durchgangszentrum für Asylsuchende zugewiesen. Seit dem Vortag bestehen Bauchschmerzen, wiederholte Diarrhoe ohne Blutauflagerung und im Verlauf Fieber und Schüttelfrost. Die Umgebungsanamnese ist unauffällig. Der Patient stammt aus Somalia und hält sich seit zwei Jahren ununterbrochen in der Schweiz auf. Die persönliche Anamnese ist bland, insbesondere bestehen kein Gewichtsverlust und keine chronisch intermittierenden Bauchschmerzen.

Auf der Notfallstation zeigt sich ein febriler Patient in reduziertem Allgemeinzustand, es besteht eine diffuse abdominelle Druckdolenz mit Punctum maximum im rechten Oberbauch ohne peritonitische Zeichen. Bei deutlich erhöhten Entzündungsparametern, Dehydratation und computertomografisch nachgewiesener, segmentaler Kolitis des Colon ascendens wird der Patient zur Hydrierung und antibiotischen Therapie hospitalisiert. Stuhluntersuchungen werden abgenommen. Die initiale antibiotische Therapie auf der Notfallstation erfolgt empirisch mit Ceftriaxon und Metronidazol.

Am zweiten Hospitalisationstag stellen wir, bei Verdacht auf eine Campylobacter-Enteritis, die Antibiotikatherapie auf Azithromycin um. Nach zunächst rascher Besserung des Allgemeinzustands klagt der Patient am vierten Hospitalisationstag neu über massive postprandiale Krämpfe bei persistierender Diarrhoe, jedoch sinkenden Entzündungsparametern. Die klinische Untersuchung ergibt rege Darmgeräusche, keine Druckdolenz und keinen Peritonismus. Es erfolgt eine Koloskopie mit Frage nach chronisch-entzündlicher Darmerkrankung, ischämischer Kolitis oder einem Passagehindernis. Endoskopisch zeigen sich ein ödematöser und kontaktvulnerabler Kolonrahmen sowie eine entzündlich alterierte Ileozökalklappe. Der Gastroenterologe beschreibt zudem eine erschwerte Sigmoidpassage, mit dem Bild einer Torquierung des Kolons (Abb. 1 )<sup>1</sup>, die nur verzögert passiert werden kann. Biopsien und mikrobiologische Proben werden entnommen. Unmittelbar nach der Koloskopie ist der Patient vollständig beschwerdefrei. Nach problemloser Nahrungsaufnahme kann er am Folgetag in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden.

Überraschend gelingt im formalinfixierten Kolonbiopsat der Nachweis von Schistosomeneiern, morphologisch der Spezies *S. mansoni* entsprechend (Abb. 2 )<sup>2</sup>). In den Kulturen, die während der Koloskopie entnommen wurden, lassen sich *Salmonella enteritidis* nachweisen. In den vorgängig entnommenen Stuhlproben finden sich

weder Schistosomeneier noch Salmonellen. Die HIV-Serologie fällt negativ aus. Eine Eosinophilie bestand zu keiner Zeit.

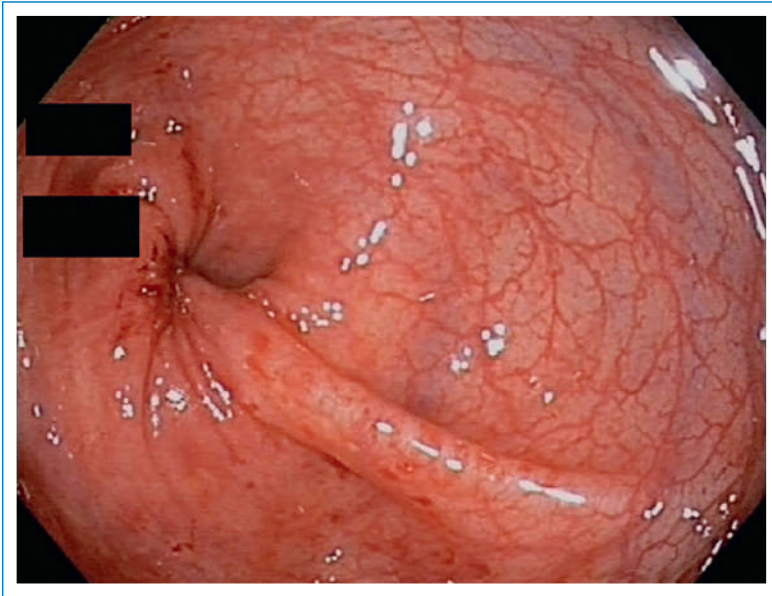
Somit kann die Diagnose einer akuten Kolitis mit *Salmonella enteritidis* sowie einer chronischen intestinalen Schistosomiasis mit einem akuten Sigmavolvulus gestellt werden.

## Kommentar

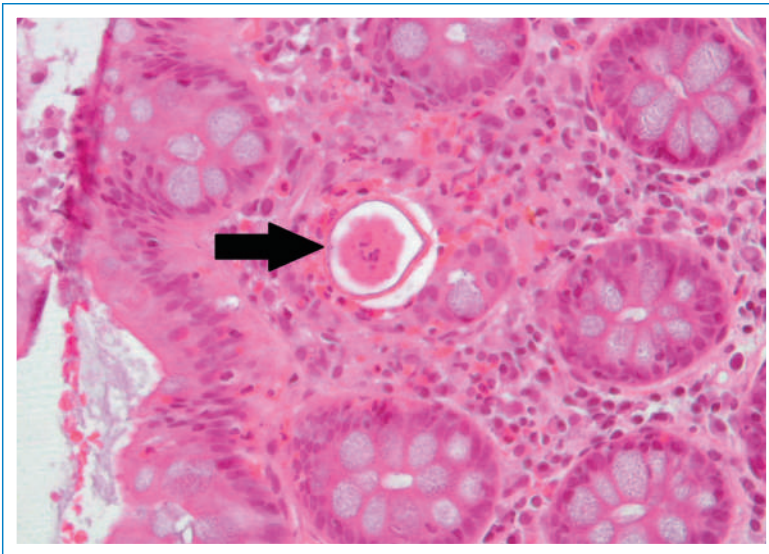
Die Schistosomiasis, auch bekannt als Bilharziose, tritt endemisch auf in der Subsahara-Region und je nach Spezies in weiteren tropischen Gebieten Afrikas, Asiens (*S. japonicum*) oder im Mittleren Osten und Indien (*S. haematobium*). Die infektiösen Zerkarien leben im Süßwasser mit Schnecken als Zwischenwirten. Bei Kontakt mit dem Endwirt Mensch penetrieren die Zerkarien die intakte Haut und finden so den Weg in das Blut- und Lymphsystem. Sie gelangen über Herz und Lunge in die arterielle Strombahn und an ihre bevorzugten Lokalisationen: Bei *S. mansoni* sind dies die mesenterialen Venolen des Kolons, *S. haematobium* setzt sich im venösen Plexus der Harnblase fest. Meist verläuft die Infektion asymptomatisch, ohne Eosinophilie, insbesondere bei Menschen aus endemischen Ländern. Reisende aus nichtendemischen Ländern zeigen hingegen eher akute Symptome. Die perkutane Penetration kann sich als pruritischer Hautausschlag am Eintrittsort präsentieren («swimmer's itch»), der sich 12–24 Stunden nach Exposition manifestiert und bis zu einer Woche bestehen bleibt [1]. Die akute Schistosomiasis, auch Katayamasyndrom genannt, ist eine systemische Hypersensitivitätsreaktion gegen die migrierenden Parasiten, die 2–6 Wochen nach Exposition auftreten kann. Sie äussert sich in plötzlichem Fieber, Schüttelfrost, Myalgien, Arthralgien, trockenem Husten, Durchfall und Kopfschmerzen, zudem können eine Lymphadenopathie und Hepatosplenomegalie auftreten [2].

Die chronische Infektion hingegen manifestiert sich mit organspezifischen Symptomen. Die intestinale Schistosomiasis verursacht intermittierende Bauchschmerzen, Diarrhoe, Appetitverlust, gelegentlich intestinale Polypen und Ulzerationen, woraus blutiger Stuhlgang und Mangelerscheinungen resultieren können [1]. Selten kann auch eine Invagination durch das entzündliche Gewebe entstehen, auch Sigmavolvuli werden beschrieben [3, 4]. Die Schistosomiasis des Urogenitaltrakts kann, neben der Kalzifizierung und Fibrose der Harnwege mit konsekutiver Hydronephrose, zu Urothelkarzinomen führen. Daneben gibt es noch weitere seltene Organmanifesta-

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.



**Abbildung 1**  
Koloskopie: Torquierung des Kolons.



**Abbildung 2**  
Histologie: Schistosomenei (Pfeil) in der Darmschleimhaut, umgeben von einzelnen eosinophilen Granulozyten (Hämatoxylin-Eosinophil-Färbung, 400-fache Vergrößerung).

tionen wie die hepatische, pulmonale und zerebrale Schistosomiasis [1].

Bei unserem jungen Patienten gehen wir von einer aus Somalia mitgebrachten, chronischen Schistosomiasis aus, die bisher keine klinischen Manifestationen zeigte. Die Symptome, welche er initial präsentierte, führen wir auf die akute Salmonellen-Enteritis zurück. Die im Verlauf entwickelten krampfartigen Bauchschmerzen interpretieren wir im Rahmen des Volvulus, der möglicherweise durch die intestinale Schistosomiasis hervorgerufen wurde.

Eine Therapie der Schistosomiasis mit Praziquantel in zwei Dosen à 60 mg/kg Körpergewicht wurde durchgeführt. Eine Erfolgskontrolle ist bei initialem Nachweis der Eier im Stuhl empfohlen. Da dies in unserem Fall nicht gelang, haben wir lediglich eine klinische Nachkontrolle veranlasst. Der Patient ist wieder bei bester Gesundheit. Auf eine chirurgische Versorgung des Volvulus verzichteten wir bewusst, da dessen Ursache mit der Beseitigung der Schistosomen-Infektion therapiert wurde. Bei rezidivierendem Sigmavolvulus müsste aber die Operation diskutiert werden.

Dieser Fall zeigt: Wer eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung sucht, der findet unter Umständen einen Volvulus, eine Salmonellen-Enteritis und eine intestinale Schistosomiasis.

#### Danksagung

Wir bedanken uns bei PD Dr. med. R. H. Laeng und Dr. med. Biral, Pathologie Länggasse Bern, für die Fotografie des histologischen Präparats.

#### Korrespondenz:

Dr. med. Eva Seiler  
Spital STS AG  
Krankenhausstrasse 12  
CH-3600 Thun  
[eva.seiler\[at\]spitalstsag.ch](mailto:eva.seiler[at]spitalstsag.ch)

#### Literatur

- 1 Gryseels B, Polman K, Clerinx J, Kestens L. Lancet. Human schistosomiasis. 2006;368(9541):1106–18.
- 2 Jauréguiberry S, Paris L, Caumes E. Acute schistosomiasis, a diagnostic and therapeutic challenge. Clin Microbiol Infect. 2010;16(3):225–31.
- 3 Buchwald P, Joost P, Lindmark G. Concomitant chronic schistosomiasis and sigmoid volvulus. Int J Colorectal Dis. 2010;25(7):919–20.
- 4 Mourra N, Lesurtel M, Paye F, Flejou JF. Chronic schistosomiasis: an incidental finding in sigmoid volvulus. J Clin Pathol. 2006;59(1):111.