

Läuse oder Flöhe?

# Asylsuchender mit Fieber

Dr. med. Lysann Apicella, Dr. med. Davide Fadini, Dr. med. Brenno Balestra

Medizinische Abteilung, Ospedale della Beata Vergine, Mendrisio

## Fallbericht

Wir berichten über einen 17-jährigen Asylsuchenden aus Somalia, der nach zweimonatiger Reise im Asylantenheim in Chiasso angekommen ist. Der Patient klagt über nächtliche Fieberschübe und Schüttelfrost seit ca. zehn Tagen.

Bei der klinischen Untersuchung bestätigt sich das Fieber (40 °C, axillär) ohne eine erkennbare Ursache. Die Laboruntersuchungen ergeben eine hyperregenerative normozytische Anämie mit einem Hämoglobin von 85 g/l und eine Thrombozytopenie von 87 G/l. Weiterhin zeigen sich erhöhte Entzündungsparameter mit einer Blutsenkungsgeschwindigkeit von 80 mm/h und einem C-reaktiven Protein von 127 mg/l, ohne assoziierte Leukozytose. Zusätzlich finden sich ein leicht erhöhtes Kreatinin von 108 µmol/l, eine GOT von 67 U/l und ein LDH von 629 U/l. Der HIV-test ist negativ.

Die morphologische Beurteilung des peripheren Blutausstriches (Abb. 1) zeigt Plasmodien der Malaria (3 × 1000), als *Plasmodium falciparum* identifiziert. Da-

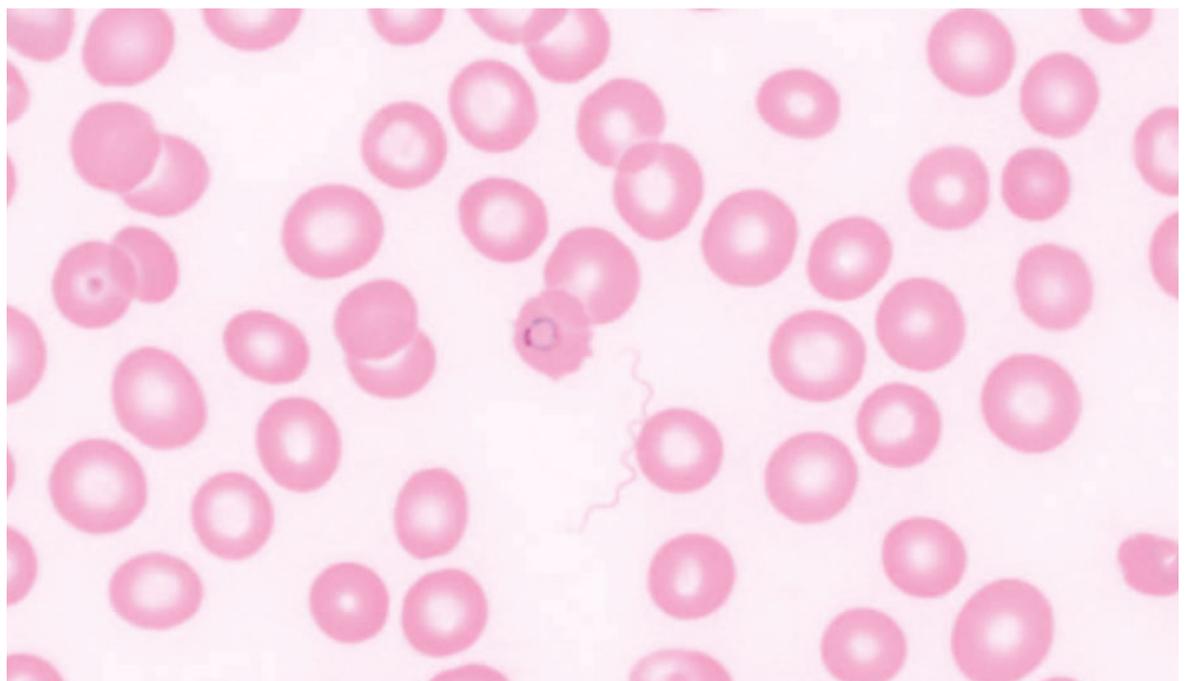
neben finden sich einige Mikrofilamente, die verdächtig für Spirochäten oder aber eine Exflagellation der Plasmodien sind. Per PCR («polymerase chain reaction») können wir die Diagnose einer *Borrelia recurrentis* bestätigen. Unter Behandlung mit Arthemeter-Lumefantrine und Vibramycin (200 mg/Tag für 3 Tage), gehen die Symptome rasch zurück.

## Diskussion

Die zunehmende Migration, speziell aus dem subsaharischen Afrika, lässt uns vermehrt mit nicht alltäglichen humanitären und gesundheitlichen Problemen in Kontakt treten. Im Umgang mit Migranten, die Fieber haben, oft mangelernährt und nicht selten Träger des HI-Virus sind, müssen wir mit Krankheitserregern rechnen, die aus dem Herkunftsland oder einem der Durchreiseländer stammen. Bei Fehlen eines klaren Infektfokus sind daher Infektionskrankheiten wie HIV und Tuberkulose oder klassische tropische Erkrankungen wie Malaria, Typhus-Fieber, Dengue, Rickettsiose,



Lysann Apicella



**Abbildung 1:** Blutausstrich (Giemsa): intra-erythrozytäre Ringformen (*Plasmodium falciparum*) und fadenförmige extrazelluläre Strukturen (*Borrelia recurrentis*).

Leishmaniose etc. und schliesslich auch bei uns wenig bekannte Erkrankungen wie Ebola oder *Borellia recurrentis* in Betracht zu ziehen.

Unser Patient wurde mit hohem Fieber und reduziertem Allgemeinzustand unklarer Genese sowie assoziierter Anämie und Thrombozytopenie vorstellig. Dank genauer Begutachtung des Blutausstriches (Abb. 1) konnte neben *Plasmodium falciparum* auch *Borrelia recurrentis* erkannt werden, beide mit allgemein ähnlicher klinischer Darstellung und beide potenziell letal bei nicht rasch beginnender Behandlung.

Das sogenannte endemische Rückfallfieber ist eine seltene Erkrankung, die weltweit vorkommen kann. Endemisch ist sie allerdings nur in einigen Länder Ostafrikas (Somalia, Eritrea, Sudan, Aethiopien), sodass sie in europäischen Staaten praktisch unbekannt war bis 2015 im Zusammenhang mit der Migrationsbewegung [1, 2, 3].

Der Erreger *Borrelia recurrentis* gehört zur Gruppe der Spirochäten und wird über Flöhe übertragen, von Mensch zu Mensch. Die Inkubationszeit beträgt sieben Tage und das klinische Bild zeigt sich typischerweise mit hohen Fieberschüben, Schüttelfrost, Kopfschmerzen und Arthralgien.

Die Laboruntersuchungen zeigen neben einer Anämie erhöhte Entzündungsparameter und eine Thrombozytopenie. Im Ganzen ähnelt das klinische Bild sehr der Malaria. Die Diagnosestellung erfolgt anhand des Nachweises von Spirochäten im Blutausstrich, die von Mikrofilarien oder Malaria mit Exflagellation der Plas-

modien in vitro unterschieden werden müssen [4]. Die diagnostische Bestätigung erfolgt mittels PCR.

Unbehandelt und unerkannt kann die Mortalität sehr hoch sein, schwankt aber je nach Literaturangaben zwischen 10 bis 70%. Eine Einzeldosis Doxycyclin 200 mg (oder Ceftriaxon 1 g) ist zur Behandlung ausreichend, wobei wir bemerken möchten, dass die Patienten unter Behandlung auf eine etwaige Jarisch-Herxheimer-Reaktion hin überwacht werden müssen.

Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass gerade bei Patienten mit Migrationshintergrund immer an eine eventuelle Ko-Infektion gedacht werden muss. Verschiedene Erreger und Vektoren kommen infrage. Waren in unserem Fall Läuse oder Flöhe schuldig? Beide!

#### Verdankung

Wir bedanken uns herzlich beim Personal unseres Labors und dem Tropeninstitut Basel.

#### Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

#### Literatur

- 1 Raoult D, Roux V. The body louse as a vector of reemerging human diseases. *Clin Infect Dis*. 1999;29:888–911.
- 2 Von Both U, Alberer M. *Borrelia recurrentis* infection. *N Engl J Med*. 2016;375:5.
- 3 Osthoff M, Schibli A, Fadini D, Lardelli P, Goldenberger D. Louse-borne relapsing fever-report of four cases in Switzerland. *BMC Infectious Diseases*. 2016;16:210–4.
- 4 Balestra B, Carnino L. In vitro Exflagellation of *Plasmodium vivax*. *N Engl J Med*. 2016;375:12.

Korrespondenz:  
Dr. med. Brenno Balestra,  
Chefarzt Innere Medizin  
Ospedale della Beata Vergine  
CH-6850 Mendrisio  
brenno.balestra[at]jeoc.ch