

Tödliches Reisemitbringsel in Sachsen

Eine Kasuistik

A. Thürmer¹, J. Seibt², M. Meinhardt³

Ein 46-jähriger Mann deutscher Herkunft ohne Vorerkrankungen stellte sich in der hausärztlichen Praxis einer sächsischen Kleinstadt mit Fieber, grip-paler Symptomatik, Übelkeit und wässrigem Durchfall während der ausgeprägten Influenza-Saison im vergangenen Januar vor. Unter dem Verdacht einer viralen Allgemeininfektion erfolgte ohne weitergehende Diagnostik eine symptomorientierte Therapie. Eine Woche darauf wurde der Patient von Angehörigen tot in seiner Wohnung aufgefunden. Nach notärztlicher Leichenschau erging aufgrund der unklaren Todesumstände die richterliche Anordnung zur rechtsmedizinischen Sektion. Bei der Untersuchung zeigten sich neben der schweren Anämie ein ausgeprägtes Hirnödem (Abb. 1), eine akute Schwellung von Leber und Milz sowie eine Weitstellung der Hohlorgane als Zeichen der schweren zentralen Dysregulation. Zeitgleich ergaben kriminalistische Ermittlungen, dass der Verstorbene wenige Tage vor Erkrankungsbeginn von einer mehrwöchigen Keniareise heimkehrte. Histopathologische und parasitologische Untersuchungen konnten schließlich die Diagnose einer komplizierten *Malaria tropica*, ausgelöst durch *Plasmodium falciparum*, mit Multiorganversagen als Todesursache sichern (Abb. 2 und 3).

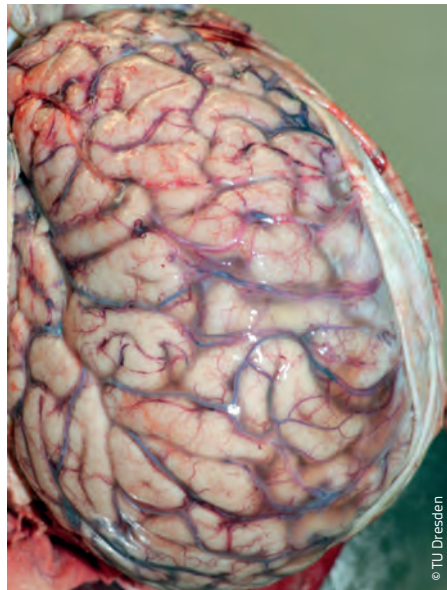


Abb. 1: Ödematös geschwollene linke Hirnhälfte des Leichnams

Molekularbiologisch wurde der Befund durch das Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin (BNITM Hamburg) zweifelsfrei als *Falciparum*-Monoinfektion bestätigt. Nach Auskunft der Angehörigen erfolgten keinerlei Prophylaxe-Maßnahmen vor und während der Reise. Dem Hausarzt wurde der Tropenaufenthalt verschwiegen, so dass der Grundsatz, immer eine Malaria bei Reiserückkehrern mit Fieber aus Endemiegebieten auszuschließen, leider nicht befolgt werden konnte und die gezielte Diagnostik ausblieb. So werden jedes Jahr dem Robert Koch-Institut zwei bis vier potenziell vermeidbare Todesfälle unter den etwa 1.000 importierten Malaria-Erkrankungen in Deutschland gemeldet (2014: 1.022 Erkrankungen und vier Todesfälle, 2015: 1.068 Erkrankungen und zwei Todesfälle, 2016: 961 Erkrankungen und drei Todesfälle, 2017: 956 Erkrankungen und drei Todesfälle) [1, 2].

Ursächlich für die schwere Verlaufsform bei der *Malaria tropica* ist die intravasale Hämolyse sowie Sequestrierung der infizierten Erythrozyten in den Kapillaren, welche ihrerseits Mikrozirkulationsstörungen und Ischämien in den Organen bedingen. Beim Abbau der parasitierten Erythrozyten kommt es zu Ablagerungen des Malariapigments (Hämozin) im Gewebe.

Wir möchten diese Kasuistik zum Anlass nehmen, an die entscheidende Relevanz einer Reiseanamnese bei Patienten mit unklaren Fieberzuständen zu erinnern. Die unspezifische grippeähnliche Symptomatik und der durchaus unregelmäßige Fieberverlauf bei der *Malaria tropica* birgt die große Gefahr, diese akut lebensbedrohliche Erkrankung (wie auch andere reiseassoziierte Infektionen mit ähnlicher Symptomatik) zu übersehen. Umso größer wird die Herausforderung, gerade solche Patienten während der „Grippewelle“ in einer Hausarztpraxis rasch zu erkennen und einer unmittelbaren Diagnostik zuzuführen. Doch besonders während der Wintermonate sind touristische Fernreisen in (sub)tropische Regionen und damit häufig in die Malaria-Endemiegebiete sehr beliebt. Im Rahmen der ärztlichen Sorgfaltspflicht sollte daher jeder Patient mit unklarem Fieber (FUO) in der Sprechstunde nach einem Aufenthalt in Malaria-Endemiegebieten („Tropenreise“) gefragt werden. Die Inkubationszeiten der verschiedenen Malariaformen sind sehr variabel, bei der dringend abklärungsbedürftigen *Malaria tropica* jedoch zumeist zwischen einer und sechs Wochen und kaum länger als vier Monate, so dass insbesondere für den kürzlich zurückgekehrten Reisen-

¹ Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Technische Universität Dresden

² Institut für Rechtsmedizin, Technische Universität Dresden

³ Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

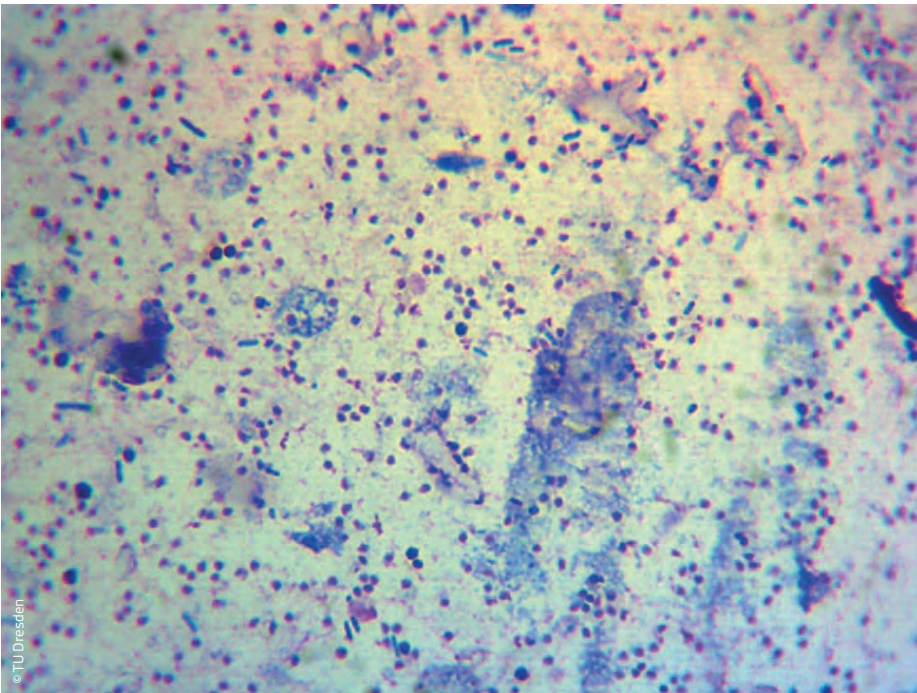


Abb. 2: Dicker Tropfen aus Leichenblut (Giemsa-Färbung, x1.000) mit massenhaft Malaria-Trophozoiten (rot-violett gefärbtes Chromatin der Plasmodien-Zellkerne)

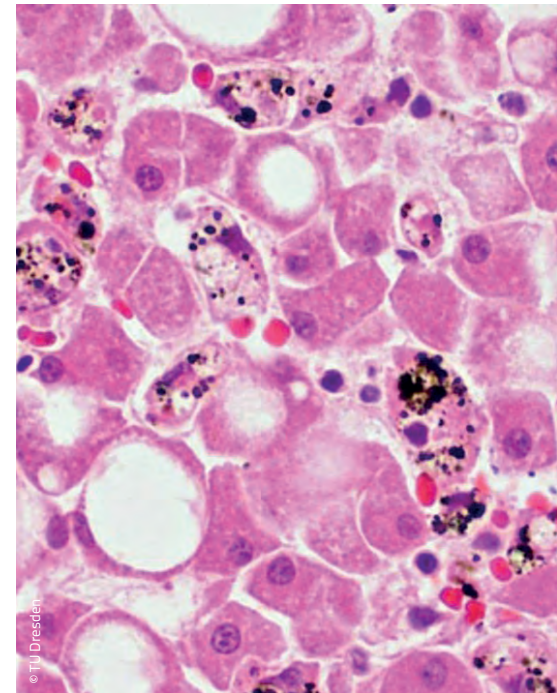


Abb. 3: Lebergewebe (HE-Färbung, x400) des Leichnams mit reichlich Malariapigment (braunschwarz) in den Kupffer-Zellen

den mit Fieber die unmittelbare Diagnostik zu veranlassen ist (S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit: Diagnostik und Therapie der Malaria, www.awmf.org/leitlinien/detail/II/042-001.html). Hierfür wird EDTA- oder Kapillarblut in ein parasitologisch erfahrenes Fachlabor zur sofortmikroskopischen Beurteilung („Dicker Tropfen“ und dünner Blutausrich) eingesandt. In jedem Fall empfiehlt sich die frühzeitige Kontaktaufnahme mit einer infektiologischen beziehungsweise tropenmedizinischen Einrichtung, um Differenzialdiagnostik und Therapie bei Reiserückkehrern optimal steuern zu können. Patienten mit einer diagnostizierten Falciparum-Malaria bedürfen unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung immer einer sofortigen stationären Therapie mit Vorhalten einer intensivmedizinischen Versorgung. Rechtzeitig erkannt und adäquat behandelt, ist jede Malariaform heilbar. Idealerweise sollten natürlich vor dem Reiseantritt präventive Maßnahmen

zur Verringerung des Erkrankungsrisikos ergriffen werden. Die korrekt durchgeführte Malariaphylaxe (Chem- und Expositionsprophylaxe) hätte im beschriebenen Fall die Erkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit verhindern können. Das setzt jedoch voraus, dass der Reisende sich den Gesundheitsrisiken im Ausland bewusst ist und eigenverantwortlich eine reisemedizinische Beratungsstelle aufsucht. In der ärztlichen Sprechstunde sollte man stets hellhörig werden, wenn Patienten von geplanten privaten oder beruflichen Aufenthalten im Ausland berichten, damit rechtzeitig vor Reiseantritt ein Beratungsgespräch einschließlich notwendiger Impfungen und/oder Malariaphylaxe angeboten werden kann. Reisemedizinisch qualifizierte Kollegen sind vielerorts verfügbar und können über diverse Internetportale (zum Beispiel www.dtg.org/aktuelles/arzt suche.html, www.crm.de/beratungsstellen/index.asp, www.fit-for-travel.de/rundum-reise/arzt suche/ et cetera) abgerufen werden. Interessierten Ärzten

aller Fachgebiete stehen zudem umfangreiche Fortbildungsangebote der Fachgesellschaften und -verbände zur Verfügung, um die Basisqualifikation „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“ (gemäß Curriculum der Bundesärztekammer) zu erwerben. ■

Literatur bei den Autoren

Interessenkonflikt: keine

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Alexander Thürmer, DTM&H
Institut für Medizinische Mikrobiologie und
Hygiene/Institut für Virologie
Technische Universität Dresden
Fiedlerstraße 42, 01307 Dresden
E-Mail: alexander.thuermer@tu-dresden.de