

Splenomegalie und Hyperproteinämie

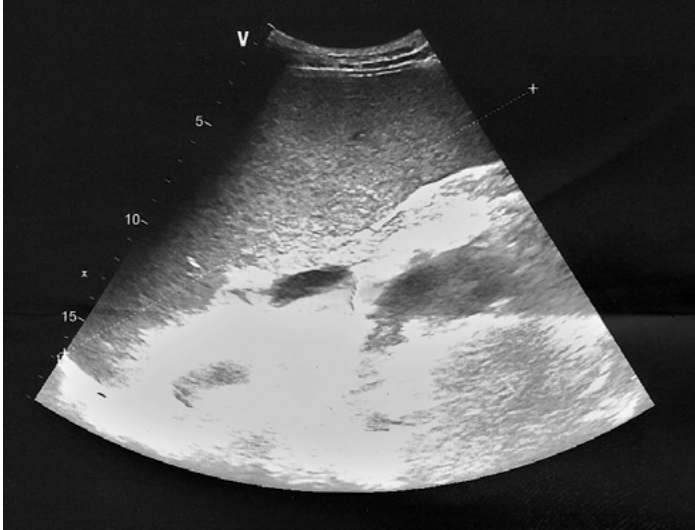


Abbildung 1: Die Milzgröße betrug bei einer Körpergröße von 176 cm in der Längsmessung ca. 23 cm (ausgeprägte Splenomegalie).

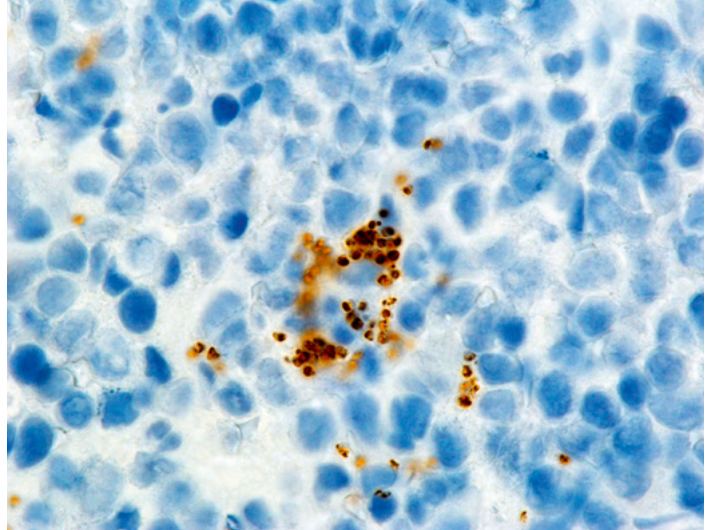


Abbildung 2: CD1a-Färbung des Knochenmarks und Darstellung der Leishmanien (braun).

Anamnese

Ein 43-jähriger Patient, seit 2015 in Deutschland, ursprünglich aus dem Senegal stammend und durch viele Länder Nordafrikas und Südeuropas (sogenannte Balkanroute) geflüchtet, wurde bei Zustand nach Lungentuberkulose und Verdacht auf Reaktivierung in unserer Klinik vorgestellt. Der Patient beklagte einen Gewichtsverlust und allgemeines Krankheitsgefühl. In der klinischen Untersuchung imponierte die Milz palpabel. In der Sonografie des Abdomens zeigte sich oben dargestellter Befund.

Diagnostik und Therapie

Im Labor imponierten eine Panzytopenie, eine ausgeprägte Hyperproteinämie (116 g/l, Normwert 64 bis 80) und erhöhte Retentionsparameter. In der weiteren Abklärung der Beschwerden des Patienten ergab sich kein Anhalt für eine Reaktivierung der stattgehabten Tuberkulose und kein Hinweis für eine HIV-Erkrankung oder eine EBV-Infektion.

Es wurde daher wenige Tage nach Aufnahme eine Knochenmarkspunktion durchgeführt.

Hier konnte in der Knochenmarksstanze mikroskopisch und mittels PCR eine Infektion mit *Leishmania donovani* bzw. *infantum* nachgewiesen werden und damit eine viszerale Leishmaniose bei dem Patienten gesichert werden. Eine Therapie mit liposomalem Amphotericin B (3 mg/kg Tag eins bis fünf und Tag zehn, somit insgesamt 18 mg/kg) wurde initiiert. In einer im Verlauf ambulant erfolgten Kontrolluntersuchung war eine Normalisierung der Laborwerte zu erkennen.

Fazit

Die viszerale Leishmaniose ist eine von weiblichen Sandfliegen übertragene, von Protozoen verursachte, Erkrankung. *Leishmania donovani* als Erreger ist überwiegend in Ostafrika, Indien und Bangladesch zu finden, während *Leishmania infantum* vor allem in Afghanistan, Iran, Brasilien, aber neuerdings auch in der Mittelmeerregion für die Erkrankung ursächlich ist. Der Erreger vermehrt sich im retikuloendothelialen System und ist daher für Hepatomegalie, Splenomegalie und Knochenmarkssuppression mit konsekutiver Panzytopenie verantwortlich. Die Hyperproteinämie ist typisch und erklärt sich durch eine polyklonale B-Zell-Aktivierung

und nachfolgend Hypergammaglobulinämie; ebenso sind die deutlich erhöhten Retentionsparameter für die Erkrankung typisch und lassen sich durch eine Immunkomplex-getriggerte interstitielle Nephritis erklären. Eine Behandlung mit liposomalem Amphotericin B hat die höchste Therapie-Erfolgsquote. Ohne Therapie verläuft die viszerale Leishmaniose tödlich.

Autoren

Dr. Arno Mohr¹
 Dr. Kirsten Utpatel²
 Lisa Schrader¹
 Dr. Sandor Kokai¹
 Professor Dr. Michael Pfeifer¹
 Dr. Iris Dvorak¹
 Dr. Stefan Blaas¹

¹ Abteilung für Pneumologie, Klinik Donaustauf, Ludwigstraße 68, 93093 Donaustauf

² Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Regensburg, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg