

# Reiseandenken

Ein 56-jähriger Patient stellt sich mit seit zwei Tagen bestehendem Fieber bis 39,2 °C und ausgeprägter retro-orbitaler Zephalgie vor. Am linken Sprunggelenk zeigt sich ein von dem Patienten bisher nicht bemerkter, kleiner schwärzlicher Schorf mit gerötetem Randsaum (Abbildung). Die Reiseanamnese ergibt, dass der Patient fünf Tage zuvor von einer Südafrika-Rundreise zurückgekehrt ist.



Rötlicher Fleck mit Ulkus.

## Diagnose

Die typische Hauteffloreszenz, der so genannte „Eschar“ oder „Tache Noire“, ist als Primäraffekt ein entscheidender Hinweis auf das Vorliegen einer Zeckenbissfieber-Rickettsiose. Die Erkrankung ist in Afrika und Indien weit verbreitet, sowie in den Mittelmeerländern und in Gebieten um das Schwarze und Kaspische Meer.

Der Erreger ist *Rickettsia conorii* (mediterranes Zeckenbissfieber) und im südlichen Afrika auch *Rickettsia africae* (afrikanisches Zeckenbissfieber). Klinik und Verlauf unterscheiden sich aber nicht wesentlich.

Die Bakterien werden durch einen Zeckenbiss inokuliert und sind nicht direkt von Mensch zu Mensch übertragbar. An der Bissstelle entsteht bei etwa 70 Prozent der Betroffenen ein

Ulkus mit schwärzlichem Grund, zum Teil mit regionaler Lymphadenopathie. Nach einer Inkubationszeit von fünf bis 15 Tagen treten abrupt Fieber, Kopfschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen auf. Im Verlauf kann sich ein generalisiertes makulo-papulöses Exanthem entwickeln. Gelegentlich kommt es zu neurologischen, kardialen oder renalen Komplikationen, die Letalität ist gering, auch ohne spezifische Therapie.

Im vorliegenden Fall wird die Verdachtsdiagnose anhand des klinischen Bildes bei entsprechender Exposition gestellt. Nach Ausschluss anderer wichtiger Differenzialdiagnosen wie Malaria, Meningitis, Typhus abdominalis erfolgt die Therapie mit Doxycyclin (200 mg/die über sieben Tage). Hierunter sistierten die Symptome bei diesem Patienten nach zwei Tagen.

Zur raschen Diagnosesicherung kann eine Rickettsien-PCR aus einem Eschar-Biopsat durchgeführt werden. Ab der zweiten Krankheitswoche können serologisch auch spezifische Antikörper nachgewiesen werden. Im vorgestellten Fall zeigte sich im Verlauf eine positive Rickettsien-Serologie (IgM/IgG), die die Blickdiagnose bestätigte.

### Literatur:

Jelinek T., Löscher T. Clinical features and epidemiology of tick typhus in travelers. *J Travel Med.* 2001; 8:57-59

*Dr. Mirjam Schunk, Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Leopoldstraße 5, 80802 München, Internet: [www.lmutropmed.de](http://www.lmutropmed.de)*