

Tonsillopharyngitis mit ungewöhnlicher Ursache

Anamnese

Ein 42-jähriger Patient stellt sich in unserer infektiologischen Hochschulambulanz aufgrund seit zwei Wochen bestehenden Hals- und Schluckschmerzen vor. Auswärts sei vor einer Woche in der Annahme einer primären Syphilis bereits eine empirische Therapie mit Benzathin-Benzylpenicillin erfolgt. Als Risikoereignis wird von einer Teilnahme am Christopher Street Day in Berlin mit kondomlosem Sexualkontakt eine Woche zuvor berichtet. Auf die Benzathin-Benzylpenicillin-Therapie sei keine Besserung eingetreten, die Läsion sei schmerzhaft. Der Patient lebt mit dem Humanen Immundefizienz-Virus und wird erfolgreich antiretroviral therapiert. Vor einem Monat war eine erste Impfung gegen Mpox mit der Modifizierten Vakzine Ankara Bavarian Nordic (MVA-BN) erfolgt.

Untersuchungsbefund

In der klinischen Untersuchung zeigte sich eine ausgeprägt krustig belegte Tonsille rechts mit ödematös geschwollener Uvula (Abbildung), die schmerzhaft sei. Der restliche körperliche Untersuchungsbefund war unauffällig.

Diagnostik

Es wurde ein Rachenabstrich zur molekularbiologischen Diagnostik von Mpox, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium sowie SARS-CoV-2 mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) durchgeführt. Zudem erfolgte synchron eine zweite Impfung gegen Mpox. Im Nachgang zeigte sich die PCR auf Mpox positiv, die restliche vorgenannte Diagnostik blieb negativ.

Therapie

Bei Diagnose einer Tonsillopharyngitis durch eine Infektion mit Mpox-Viren verordneten wir eine antiinflammatorische Therapie mittels einmaliger Gabe von Prednisolon 60 mg sowie eine primär antiphlogistische Bedarfsmedikation mittels Ibuprofen. Im Rahmen einer Abschlussuntersuchung nach einer Woche zeigte sich makroskopisch keine sichtbare Hauteffloreszenz oder Tonsillopharyngitis, und der Patient war subjektiv beschwerde-



Klinisches Bild einer einseitigen Tonsillopharyngitis durch Mpox.

frei, sodass von einer vollständigen Genesung auszugehen war.

Fazit für die Praxis

Mpox werden durch das Mpox-Virus ausgelöst und von Mensch zu Mensch übertragen, insbesondere durch mukosale und kutane (Sexual-)kontakte. Der klinische Verlauf ist variabel. In der Regel treten nach einer Prodromalphase mit Fieber und allgemeinem Krankheitsgefühl kutane Läsionen auf, welche meist anal oder genital lokalisiert sind. Wie das vorliegende Fallbeispiel zeigt, sind auch orale Manifestationen im Rahmen einer Tonsillitis, Epiglottitis oder Pharyngitis möglich – insbesondere, wenn bereits eine partielle Immunität nach einer Impfung besteht. Eine Infektion verläuft meist selbstlimitierend und erfordert in der Regel keine antivirale erregerspezifische Therapie [1, 2, 3].

Für Personen mit erhöhtem Infektionsrisiko wird eine zweimalige Impfung zum Schutz vor Infektion und schwerer Erkrankung durch die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut empfohlen. Nach durchgemachter Mpox-

Infektion besteht derzeit keine Indikation zur Impfung [4].

Die Impfung mit MVA-BN schützt hierbei in 66 bis 86 Prozent vor symptomatischem Verlauf [5 bis 9]. Bei Krankheitsverdacht, Erkrankung sowie Tod durch Mpox-Viren besteht eine namentliche Meldepflicht [1].

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter www.bayerisches-aerzteblatt.de (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

Autorin & Autor

Dr. Laura Wagner
Professor Dr. Christoph D. Spinner, MBA

Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II,
Klinikum rechts der Isar der Technischen
Universität München,
Ismaninger Straße 22, 81675 München