

Tularemia: four manifestations of a challenging disease

Kirsten van de Sand, Julia Wagner, Daniel Ribeiro, Dieter Schmidt

Spital Walenstadt, Innere Medizin, Walenstadt, Switzerland

In der Schweiz konnte gemäss BAG über die letzten drei Jahre hinweg eine Zunahme der gemeldeten Tularämie Fälle verzeichnet werden. Insbesondere der Kanton St.Gallen verzeichnete dabei im Jahr 2017 den stärksten Anstieg¹. Im Spital Walenstadt präsentierten sich über das Jahr 2017 hindurch vier Patienten mit verschiedensten Manifestationsformen.

¹ BAG-Bulletin 18 vom 30. April 2018

1. Patient: 68 J., männlich

- Seit drei Tagen Fieber über 39°C sowie Kopf- und Gliederschmerzen mit allgemeinem Krankheitsgefühl. Zudem Flankenschmerzen mit Dysurie. Bei pathologischem Urinbefund und CRP > 200mg/l Beginn einer Antibiotikatherapie bei V.a. Pyelonephritis.
- In der klinischen Untersuchung findet sich ein initial tachypnoischer, febriler schweissiger Patient mit St.n. Zeckenbiss am rechten Unterschenkel sowie vergrösserte Lymphknoten inguinal beidseits.
- Im CT-Abdomen Lymphadenopathien retroperitoneal, iliacal und inguinal beidseits.
- Serologien auf Rickettsien, Borrelien, Francisella und Coxiella werden abgenommen.



Abb.1: Zeckenbiss Unterschenkel rechts

2. Patient: 33 J., männlich

- Grippe-symptomatik mit Fieber bis zu 40°C. Beginn einer antibiotischen Therapie durch den Hausarzt mit Co-Amoxicillin bei V.a. Tonsillitis. Vorstellung auf dem Notfall mit neuem Hautexanthem sowie seit 4 Tagen zunehmender schmerzhafter Schwellung in der rechten Axilla. Auf Rückfrage Mäuse als Haustiere.
- Laborchemisch zeigt sich eine leichte Leukozytose sowie eine CRP-Erhöhung (89 mg/l). Sonographisch vergrösserte axilläre Lymphknoten, zum Teil einschmelzend. Serologien auf Francisella erfolgten. Therapiebeginn mit Doxycyclin oral. Im Verlauf eine zunehmende Funktionseinschränkung des Armes durch axilläre LK-Schwellung.

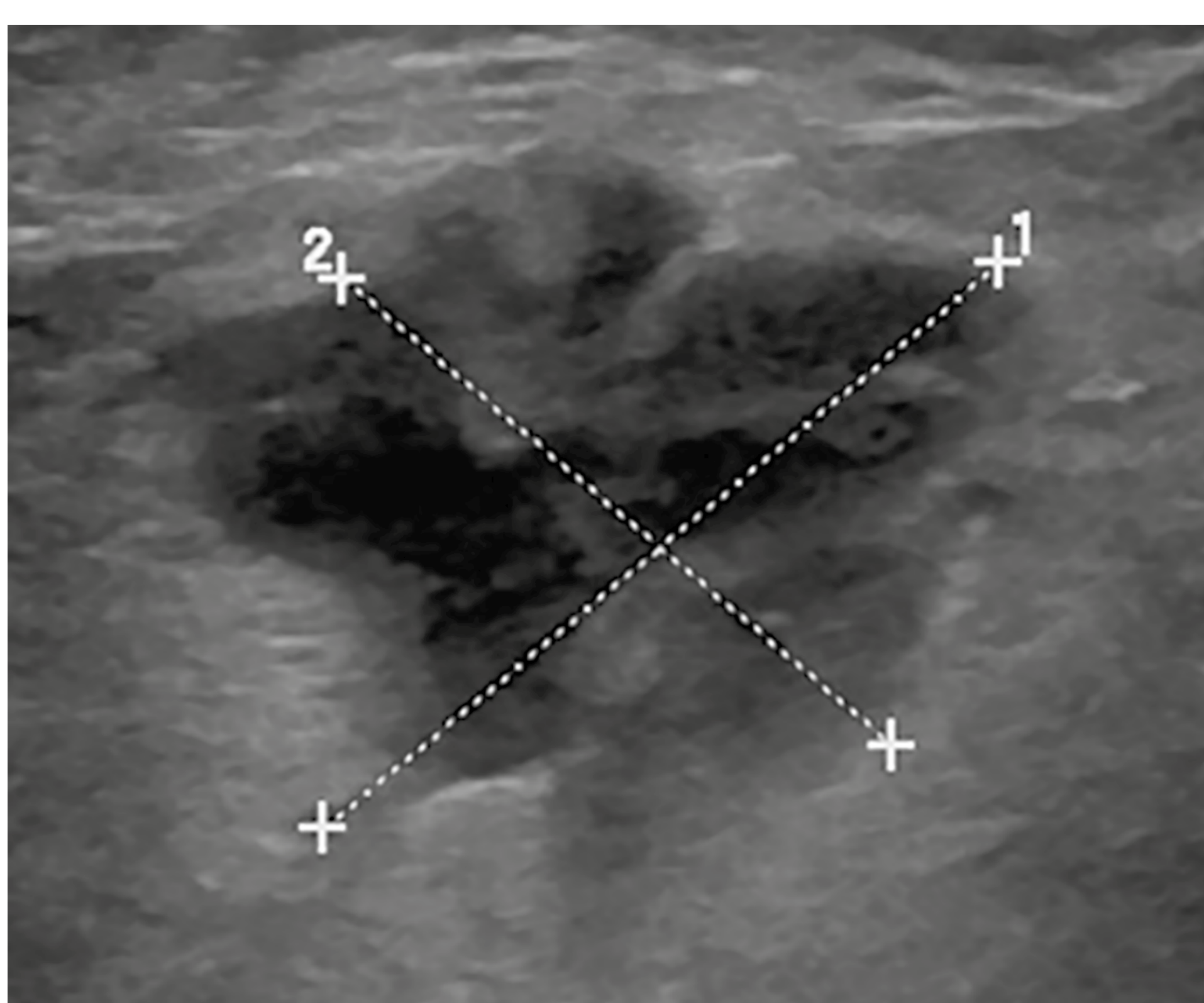


Abb.2: Sonographie Axilla mit einschmelzenden Lymphknoten

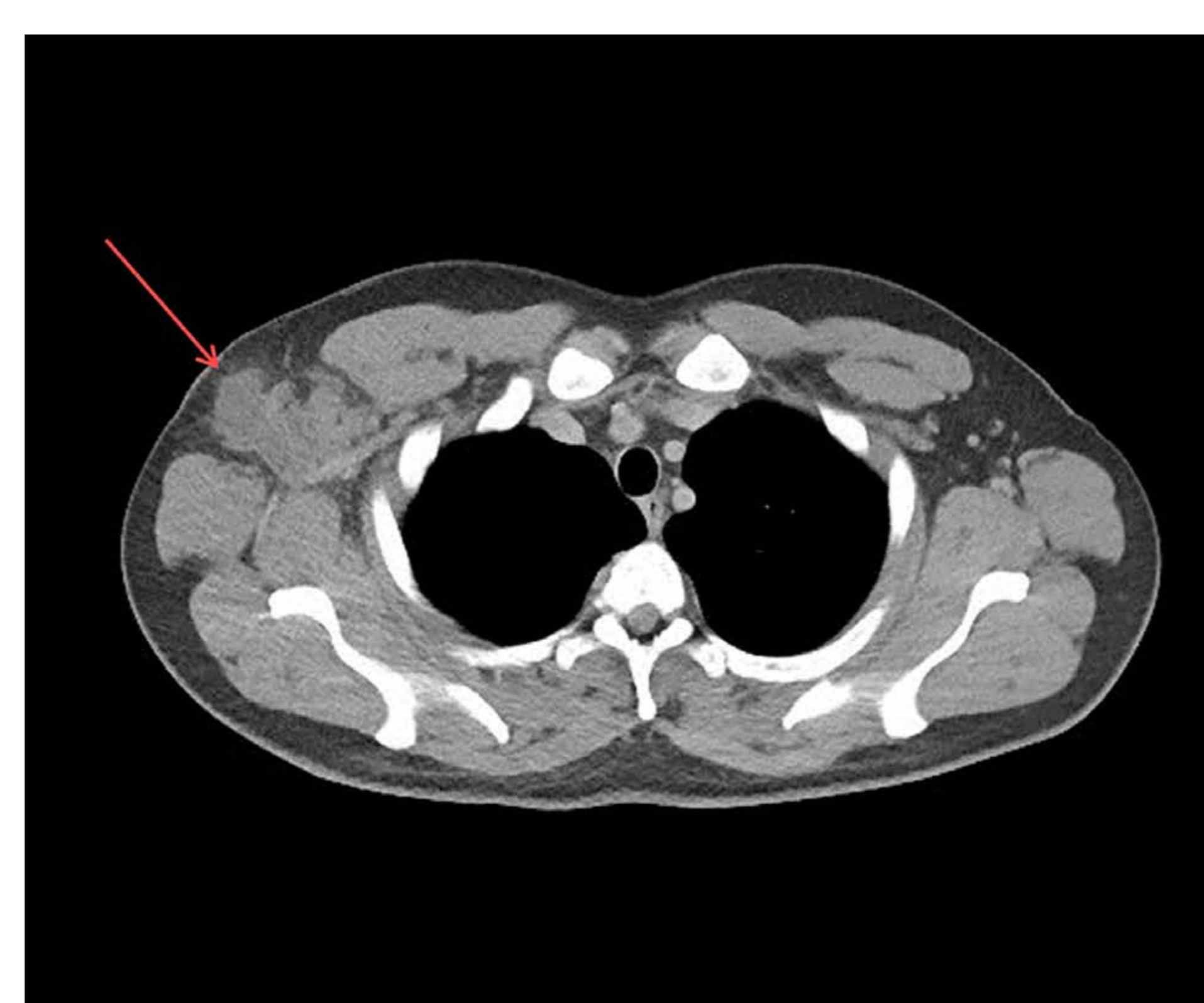


Abb.3: CT-Thorax: 6,5 cm messendes Lymphknotenkonglomerat.

3. Patient: 62 J., weiblich

- Seit zwei Wochen subfebrile Temperaturen bis 38°C mit lokaler Schwellung am Oberarm. Initialer ambulanter Therapieversuch bei V.a. Abszess mit Co-Amoxicillin ohne Besserung. Anamnestisch hält die Patientin Schafe.
- Neben einer unverschieblichen abszessverdächtigen Raumforderung mit ca. 5 cm Durchmesser zeigten sich zwei schmerzhafteste, axilläre Lymphknoten sowie ein Kratzer an der Fingerbeere Dig. IV.
- Bei Nichtansprechen der antibiotischen Therapie erfolgte die Serologie auf Francisella und Umstellung auf Doxycyclin.



Abb. 4: Oberarm rechts

4. Patient: 25 J., männlich

- Mit Adalimumab immunsupprimierter Patient zeigt seit drei Tagen bestehendes Fieber über 39°C sowie frontale Kopfschmerzen und Dysurie. Von Beruf Landwirt.
- Sonographisch Splenomegalie. Laborchemisch Leukozytose mit Lymphozytose und CRP-Erhöhung auf 97 mg/l sowie Transaminasenanstieg.
- Im Rahmen der FUO- Abklärung zeigte das CT-Thorax/Abdomen eine Raumforderung rechts hilär mit mediastinaler Lymphadenopathie. Die breite serologische Abklärung blieb zunächst negativ.
- Im Rahmen einer Mediastinoskopie wurde Francisella biotisch nachgewiesen. Im Verlauf wurden die wiederholten Serologien positiv.

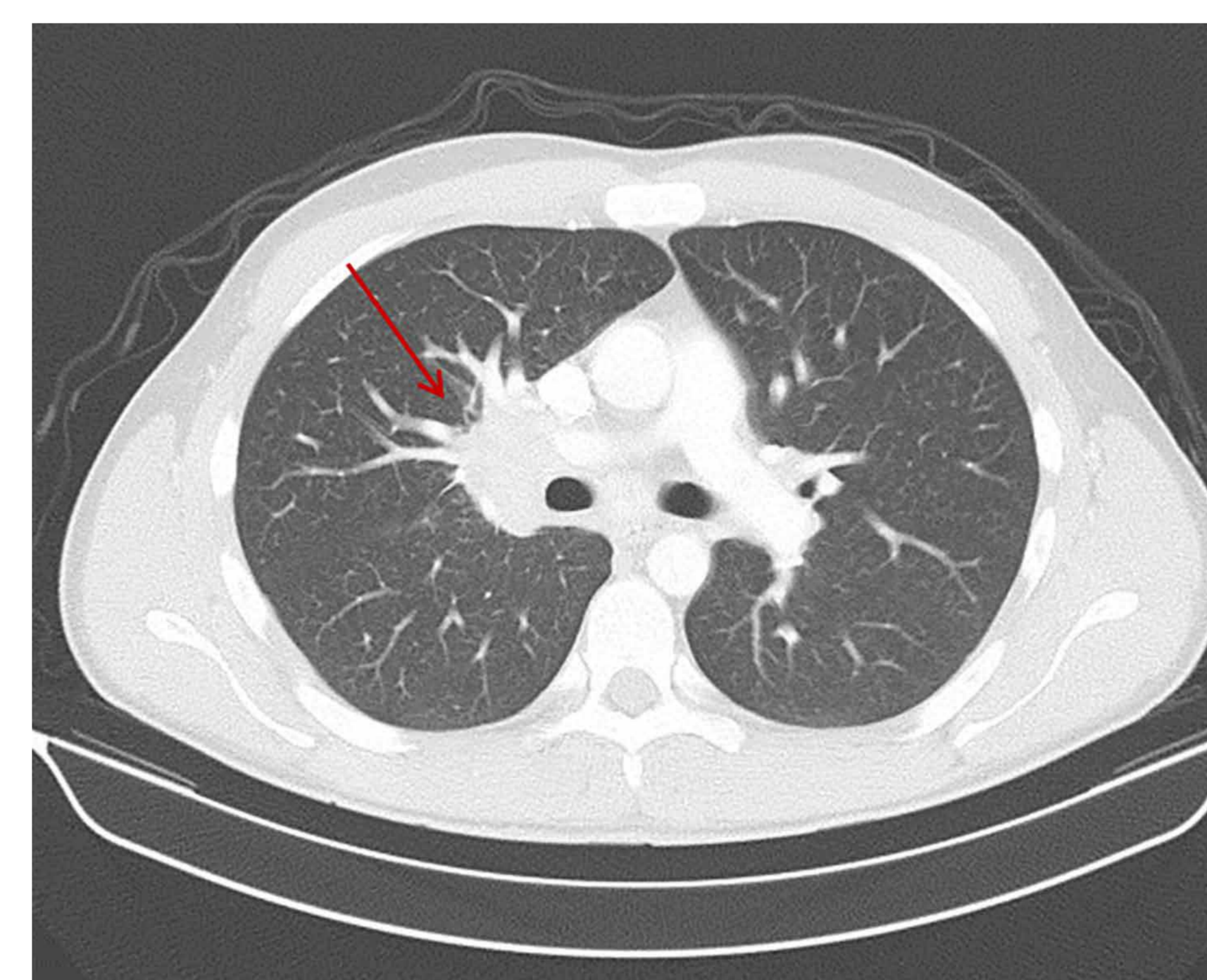


Abb.5: CT-Thorax

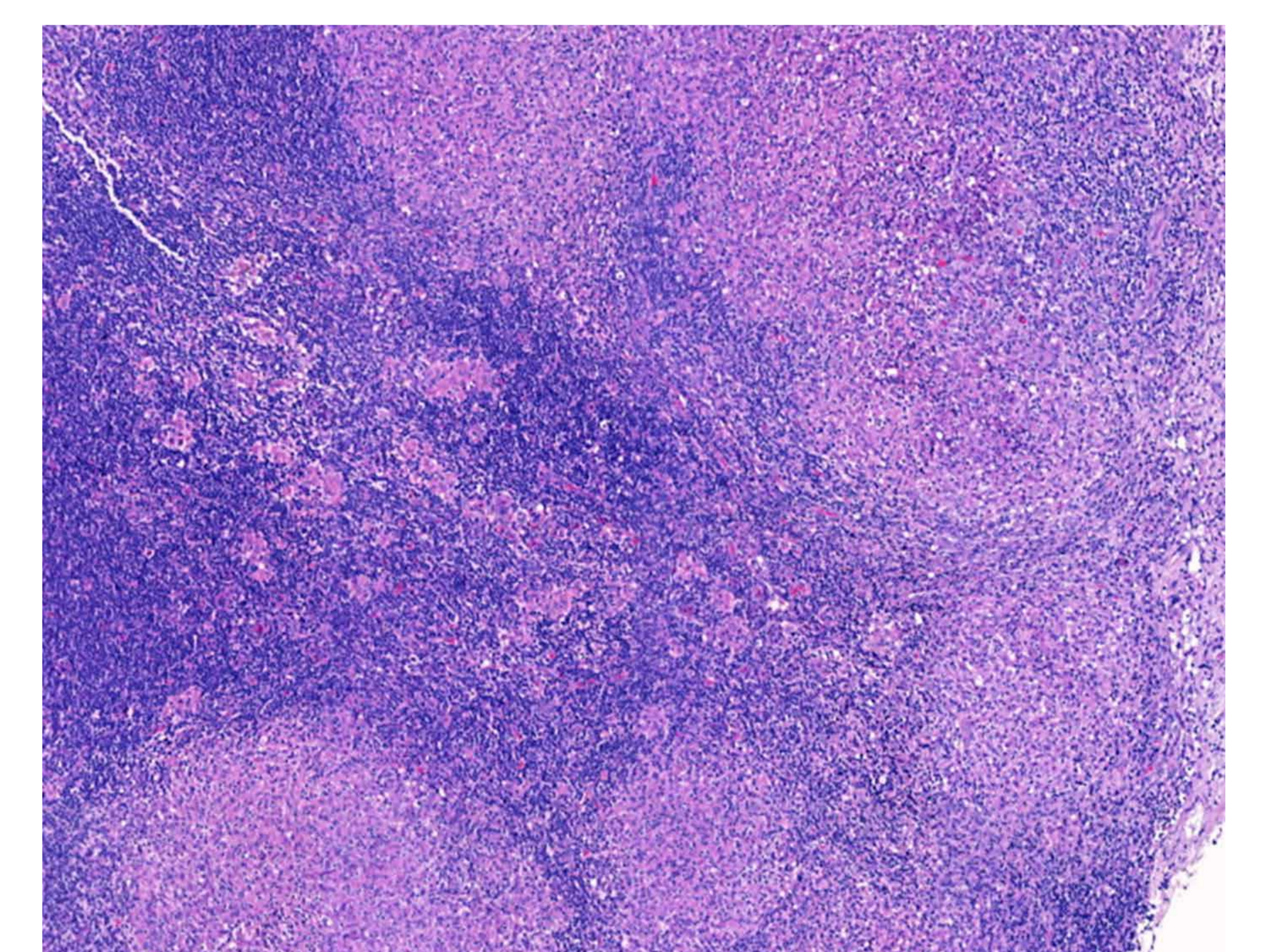


Abb.6: Granulomatöse Lymphadenitis, HE-Färbung

Conclusions

Immunologisch zeigte sich bei allen vier Patienten die IgG/IgM-Serologie für Francisella tularensis positiv. Bei den ersten drei Patienten handelt es sich um die lokalisierte ulzero-kutanoglanduläre Form, welche jeweils mit Doxycyclin behandelt wurde. Beim vierten Patient manifestierte sich eine invasive pulmonale Form, welche mit Ciprofloxacin therapiert wurde. Unter dieser Therapie kam es bei allen Patienten zu einer raschen Besserung.

Die Tularämie bleibt trotz dieser von uns beschriebenen Häufung in einem Regionalspital eine seltene Erkrankung. Die Ursache für die aktuell ansteigenden Fallzahlen ist unklar. Die Tularämie ist bei zeitnaher Diagnose mit Antibiotika gut behandelbar. Da es sich um eine seltene Infektion handelt, ist eine erhöhte Sensibilität der Ärzteschaft insbesondere in Bezug auf die Beurteilung des Expositionsrisikos wichtig.