

Fleckfieber

Dr. C. Adolphs

Nov. 2015

1. Meldepflicht

Meldepflicht bei direktem oder indirektem Erregernachweis in Verbindung mit einer akuten Infektion gemäß § 7, Abs. 1 Nr. 37 IfSG, ggf. Meldung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 5a (bedrohliche Krankheit) oder b (Erkrankungshäufung) IfSG.

2. Reservoir und Erreger

Rickettsia prowazekii (Gattung *Rickettsia*) kleine, obligat intrazellulär lebende Bakterien. Der Erreger kommt hauptsächlich bei engem Zusammenleben größerer Menschenmengen unter hygienisch schlechten Bedingungen (mit Läusebefall) vor, früher vor allem in Kriegszeiten auch in gemäßigten Klimazonen, heute nur noch sporadisch oder auch endemisch in kühleren Höhenlagen der Tropen (Zentral- und Ostafrika, Zentral- und Südamerika, Asien). Bürgerkriege und Flüchtlingsbewegungen führten in Afrika in den vergangenen Jahren zu lokalen Epidemien.

3. Infektiöses Material und Übertragung

Der Mensch ist das Hauptreservoir für *Rickettsia prowazekii*. Die Übertragung erfolgt durch die infizierte Kleiderlaus (Körperlaus, *Pediculus humanus corporis*). Die Erreger werden von den Läusen von Erkrankten mit dem Saugakt aufgenommen und mit den Fäzes abgegeben. Sie werden z. B. durch Kratzen über kleine Hautläsionen in den menschlichen Organismus eingerieben. Eine Ansteckung ist auch durch Inhalation von kontaminierten Läusefäzes möglich. Eine direkte Mensch-zu-Mensch-Übertragung erfolgt nicht.

4. Inkubationszeit

1-2 Wochen Kann auf dem Fluchtweg erworben werden.

5. Krankheitsbild

Die Erkrankung beginnt plötzlich mit starken Kopf- und Gliederschmerzen, Schüttelfrost und rasch ansteigendem hohem Fieber. Das Fieber kann 10–14 Tage anhalten. Es bestehen ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl und Benommenheit. Meist kommt es am 4. bis 6. Krankheitstag zum Auftreten eines generalisierten Exanthems. Dieses breitet sich rasch aus, nur das Gesicht sowie Hand- und Fußflächen bleiben frei. Anfangs bestehen pinkfarbene, nicht konfluierende, wegdrückbare Makulae, später entwickelt sich ein dunkelrotes, konfluierendes papulöses Exanthem, teilweise mit petechialen Einblutungen. Eine ZNS-Beteiligung ist typisch (Somnolenz, Stupor, Enzephalitis). Komplikationen sind ein vaskulärer Kollaps, sekundäre bakterielle Pneumonien oder eine Myokarditis. Bei frühzeitiger Therapie ist die Prognose gut. Die Rekonvaleszenz verläuft häufig sehr protrahiert. Die Letalität der unbehandelten Erkrankung liegt bei 10–40 %. Sie ist erhöht bei Patienten mit Mangelernährung und schlechter allgemeiner Immunitätslage. Chronische Infektionen können mehrere Jahre nach dem erstmaligen Auftreten der Symptomatik zu einem nicht mit Läusen assoziierten, meist milder verlaufenden Erkrankungsrückfall führen (Brill-Zinsser-Erkrankung).

6. Diagnostik

Bei entsprechender Anamnese (epidemische Situation) ist die klinische Symptomatik entscheidend. Direkter Erregernachweis kann immunfluoreszenzmikroskopisch (Antigen-Nachweis) aus Gewebeproben (Milz, Lunge, Haut) oder als Nukleinsäurenachweis mittels PCR aus klinischen Materialien erfolgen. Weiterhin ist serologischer Nachweis von spezifischen Antikörpern möglich (IgM, IgG mittels ELISA, IFT, KBR). Es sollten Laboratorien mit spezieller Erfahrung genutzt werden, so z. B. das NRZ für tropische Infektionserreger am Bernhard-Nocht-Institut, Hamburg.

7. Differentialdiagnose

Meningokokkenseptikämie, Typhus abdominalis, Masern, Arbovirosen (v. a. virale hämorrhagische Fieber), Malaria, Syphilis (Stadium II), Leptospirose, Rückfallfieber, Infektiöse Mononukleose.

8. Therapie

Doxycyclin, Tetracyclin, Rifampicin, Chinolone, Chloramphenicol. In schweren Fällen kann zusätzlich Prednisolon indiziert sein. Eine Stabilisierung des Flüssigkeits- und Elektrolythaushaltes ist wichtig.

9. Weitere Maßnahmen

Entlausung von Personen und Kleidung. Für enge Kontaktpersonen von Patienten evtl. Doxycyclin-Prophylaxe (Einmaldosis).

Ein Impfstoff steht prinzipiell zur Verfügung, sollte aber besonders gefährdeten Personengruppen vorbehalten sein (medizinisches Personal in Endemiegebieten bzw. Personen in Speziallaboratorien).

1. Arbeitssicherheit

Für Personal und Helfer in Asylbewerberheimen besteht bei Einhaltung der üblichen Basishygienemaßnahmen im Regelfall keine Infestationsgefahr.

2. Literatur

RKI: Steckbriefe seltener und importierter Infektionskrankheiten, Rückfallfieber, S. 67-68

RKI: Epi. Bul. Nr. 38