



349-356

Epidemiologisches Bulletin

ZB MED

3. November 2000 / Nr. 44

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Rückfallfieber – selten, aber ernst zu nehmen

Rückfallfieber ist eine nichteinheimische, systemische Infektionskrankheit, die durch zum Genus *Borrelia* gehörende bakterielle Erreger verursacht wird und durch einen phasenhaften Fieberverlauf charakterisiert ist. Es handelt sich um eine Zoonose; je nach dem beteiligten Vektor werden Läuserückfallfieber (epidemisches Rückfallfieber, engl.: louseborne relapsing fever) oder Zeckenrückfallfieber (endemisches Rückfallfieber, engl.: tickborne relapsing fever) unterschieden.

Beide Formen des Rückfallfiebers können außerhalb Europas insbesondere bei Reisen unter schlechten hygienischen oder sehr naturnahen Bedingungen bzw. mit engen Kontakten zur einheimischen Bevölkerung erworben werden. Leitsymptom ist Fieber, verschiedenste Organmanifestationen sind möglich.

In den letzten Jahren wurden nur einzelne Erkrankungsfälle nach Deutschland importiert. Wenngleich nach gegenwärtiger Einschätzung eine Einschleppung eher selten zu erwarten ist, handelt es sich um oft schwer verlaufende und potenziell gefährliche Erkrankungen. Die in den letzten Jahren beobachteten Fälle lassen erkennen, dass meist zunächst nicht an Rückfallfieber gedacht wurde. Rückfallfieber ist bei fieberhaften Erkrankungen heimkehrender Touristen mit einem anzunehmenden Expositionsrisiko sicher nicht allzu selten differentialdiagnostisch mit zu erwägen, weil es außerhalb Europas zahlreiche Endemiegebiete oder auch verschiedene Epidemiegebiete gibt. Bei Verdacht kann der Erreger im Blut mikroskopisch nachgewiesen werden. Nachfolgend wird über Erkrankungsfälle berichtet, die dem Robert Koch-Institut seit 1997 zur Kenntnis kamen:

Fallberichte: Rückfallfieber

1. Läuserückfallfieber nach Rückkehr aus Afrika: Ein 38-jähriger dunkelhäutiger Afrikaner, der seit Jahren in Deutschland (Nordrhein-Westfalen) lebt, stellte sich Mitte April 2000 bei seinem Hausarzt vor. Er klagte über Fieber, Abgeschlagenheit und starke Schmerzen im ganzen Körper (>>von unten nach oben ansteigend<<). Zwei Tage zuvor war er von einem zweimonatigen Aufenthalt in seiner Heimat (Senegal) zurückgekehrt. In der Vorgeschichte des Patienten sind mehrere Malaria-Erkrankungen bekannt, die letzte vor drei Jahren. Der Hausarzt äußerte auch in diesem Fall einen Verdacht auf Malaria und überwies den Patienten an eine Laborpraxis zur diagnostischen Klärung. Die am 18.04. vorgenommenen Untersuchungen auf Malaria mittels Blutausschmear und dem Versuch des Antigennachweis im Dicken Tropfen und des Nachweises von Antikörpern im Serum hatten ein negatives Ergebnis.

Nach sieben Tagen (25.04.) suchte der Patient wegen unerträglich starker Schmerzen erneut die Laborpraxis auf und ersuchte um eine weitere Untersuchung auf Malaria. Die Malariadiagnostik hatte wieder ein negatives Ergebnis, aber dieses Mal führte der Nachweis spiralförmiger Bakterien im Blutausschmear zum Verdacht auf eine Borreliose, speziell auf eine Infektion mit *Borrelia recurrentis*. Gleichzeitig erfolgte unter dem klinischen Verdacht auf eine Meningitis und Pneumonie die Aufnahme in eine Universitätsklinik. Nach Kontakt zwischen Laborpraxis und Klinik wurde die Therapie mit Erythromycin eingeleitet. Der Verlauf war komplikationslos, die Entlassung war nach 10 Tagen möglich.

Diese Woche 44/2000

Rückfallfieber:

- ▶ Bericht über vier importierte Erkrankungsfälle
- ▶ Übersicht

Lyme-Borreliose:

Epidemiologische Daten aus dem Land Brandenburg

ARE/Influenza:

Aktuelle Situation

Mitteilungen:

- ▶ Reihe der MiQ erweitert
- ▶ HIV-Workshop in Leipzig
- ▶ Fortbildungsveranstaltung: Hepatologie 2000 in Berlin

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Wochenstatistik 39/2000

25. A:
4496
ZB MED

