

Kinderkrankheit bei Erwachsenen

Juckendes Exanthem mit Arthralgien und Bizytopenie

Dr. med. Fabienne Wächter; Dr. med. Birgit Traichel

Klinik für Innere Medizin, Kantonsspital Münsterlingen, Münsterlingen

Fallbeschreibung

Eine 38-jährige Patientin stellte sich aufgrund eines stark juckenden Hautausschlages auf unserer Notfallstation vor. Fünf Tage zuvor waren Fieber bis 39 °C sowie Schmerzen im Bereich der thorakalen Wirbelsäule aufgetreten, woraufhin sie Ibuprofen eingenommen hatte. Einen Tag vor der Vorstellung kam ein stark juckender Hautausschlag hinzu, der am Rücken begonnen und sich auf Arme und Beine ausgebreitet hatte.

Die Umgebungsanamnese war blande. Eine kürzliche Auslandsreise wurde verneint. Es wurden keine neuen Wasch- oder Duschmittel, keine Haustiere, keine bekannten Allergien und keine regelmässige Medikation angegeben. Die persönliche Anamnese war unauffällig, insbesondere waren keine dermatologischen Vorerkrankungen bekannt.

In der körperlichen Untersuchung fiel ein ausgeprägtes, feinfleckiges, makulopapulöses Exanthem ohne Bläschenbildung oder Krustenauflagerungen auf (Abb. 1). Die Hand- und Fusssohlen waren ausgespart, jedoch verspürte die Patientin in diesen Bereichen ein Brennen. Die Fingergelenke waren leicht geschwollen und schmerzhaft bei Bewegung. Die restliche körperliche Untersuchung war unauffällig, die Vitalparameter im Normbereich.

Laborchemisch fand sich eine milde, hyporegenerative, normochrome, normozytäre Anämie (Hämoglobin 115 g/l, Retikulozyten 0,01 T/l) sowie eine neu dokumentierte Thrombozytopenie (Thrombozyten 75 G/l). Die restlichen Laborparameter, insbesondere die Entzündungswerte, lagen im Normbereich.

Aufgrund des Lokalbefundes mit ausgeprägtem Pruritus wurde vorerst ein Arzneimittellexanthem nach Einnahme von Ibuprofen angenommen. Die Gabe von Clemastin 2 mg i.v. sowie Methylprednison 125 mg i.v.

führte lediglich zu einem leichten Rückgang des Pruritus bei unverändert ausgeprägtem Exanthem.

Da sich zusätzlich eine Bizytopenie und Arthralgien zeigten, erfolgte ausserdem die Bestimmung der Parvovirus-B19-Serologie, wobei ein Immunglobulin-M (IgM) von 18,0 (= positiv) und Immunglobulin-G (IgG) <0,1 (= negativ) hinweisend für eine kürzlich erfolgte Infektion waren.

Am Folgetag zeigten sich bereits ein Rückgang des Juckreizes und des Exanthems sowie eine Besserung der Thrombozytopenie, sodass der Austritt nach Hause erfolgte. Im Nachhinein berichtete die Patientin, dass in der Schulklasse ihrer Tochter vor wenigen Wochen Ringelröteln aufgetreten waren.

Im Rahmen einer telefonischen Konsultation eine Woche nach Spitalaustritt berichtete die Patientin von einem sehr guten, fieberfreien Allgemeinzustand. Das Exanthem sei zwei Tage nach Spitalaustritt vollständig verschwunden. Die Schwellung und Schmerzen der Fingergelenke hätten noch einige Tage angehalten. Laborchemisch zeigte sich 13 Tage nach Spitalaustritt eine nahezu vollständige Normalisierung des Blutbildes (Hämoglobin 117 g/l, Thrombozyten 216 G/l). In den erneut entnommenen Serologien fand sich eine Seroconversion mit sowohl positiven IgM- als auch IgG-Antikörpern, was eine frische Parvovirus-B19-Infektion bestätigte.

Diskussion

Infektionen mit Parvovirus B19 (Ringelröteln) gehören zu den klassischen Kinderkrankheiten. Sie treten jedoch in geringerer Häufigkeit auch bei Erwachsenen auf, vor allem bei Frauen im mittleren Alter. Die Transmission findet ganzjährig statt, allerdings besteht eine Häufung im späten Winter und Frühling [1, 3].

Die Viren werden durch eine Tröpfcheninfektion übertragen. Klinisch kommt es 4–14 Tage nach Exposition zu einem virämiebedingten Prodromalstadium mit grippalen Beschwerden (Fieber, Kopfschmerzen, Myalgien). Nach einigen Tagen folgen eine charakteristische Rötung der Wangen («slapped cheek») sowie ein makulopapulöses Exanthem in Form von Girlanden und Ringeln an Stamm und Extremitäten. Circa 50% der Hautveränderungen sind mit Juckreiz verbunden, was die Abgrenzung zu einem Arzneimittellexanthem erschweren kann. Bei Erwachsenen sind die beiden obengenannten charakteristischen Hautbefunde seltener. Häufiger zeigen sich symmetrische Arthralgien mit einem polyartikulären Befallsmuster, besonders der Hand- und Fingergelenke, die mehrere Wochen andauern können [1, 4, 5].

Neben dem Exanthem sowie den Arthralgien finden sich oft auch Blutbildveränderungen, insbesondere Thrombozytopenien und Anämien. Die Ursache dieser Veränderungen ist bisher nicht vollständig geklärt. Wie die Arthralgien können auch die Blutbildveränderungen länger als das Exanthem bestehen. Bei Patientinnen und Patienten mit hämatologischen Vorerkrankungen (z.B. Sichelzellanämie, Thalassämie, Sphärozytose) kommt es oft zu schweren Verläufen mit aplastischer Krise und infolgedessen schwerer transfusionsbedürftiger Anämie [1–4].

Der Goldstandard der Diagnostik ist die Serologie. Die IgM-Antikörper können 7–10 Tage nach der Infektion im Serum nachgewiesen werden und bleiben 2–4 Monate positiv. 3–4 Tage nach Auftreten der IgM-Antikörper sind die IgG-Antikörper detektierbar. Im Falle einer hohen Viruslast kann die Serologie aufgrund der Ausbildung von Antikörper-Virus-Komplexen falsch negativ sein. Bei immunkompromittierten Personen kön-

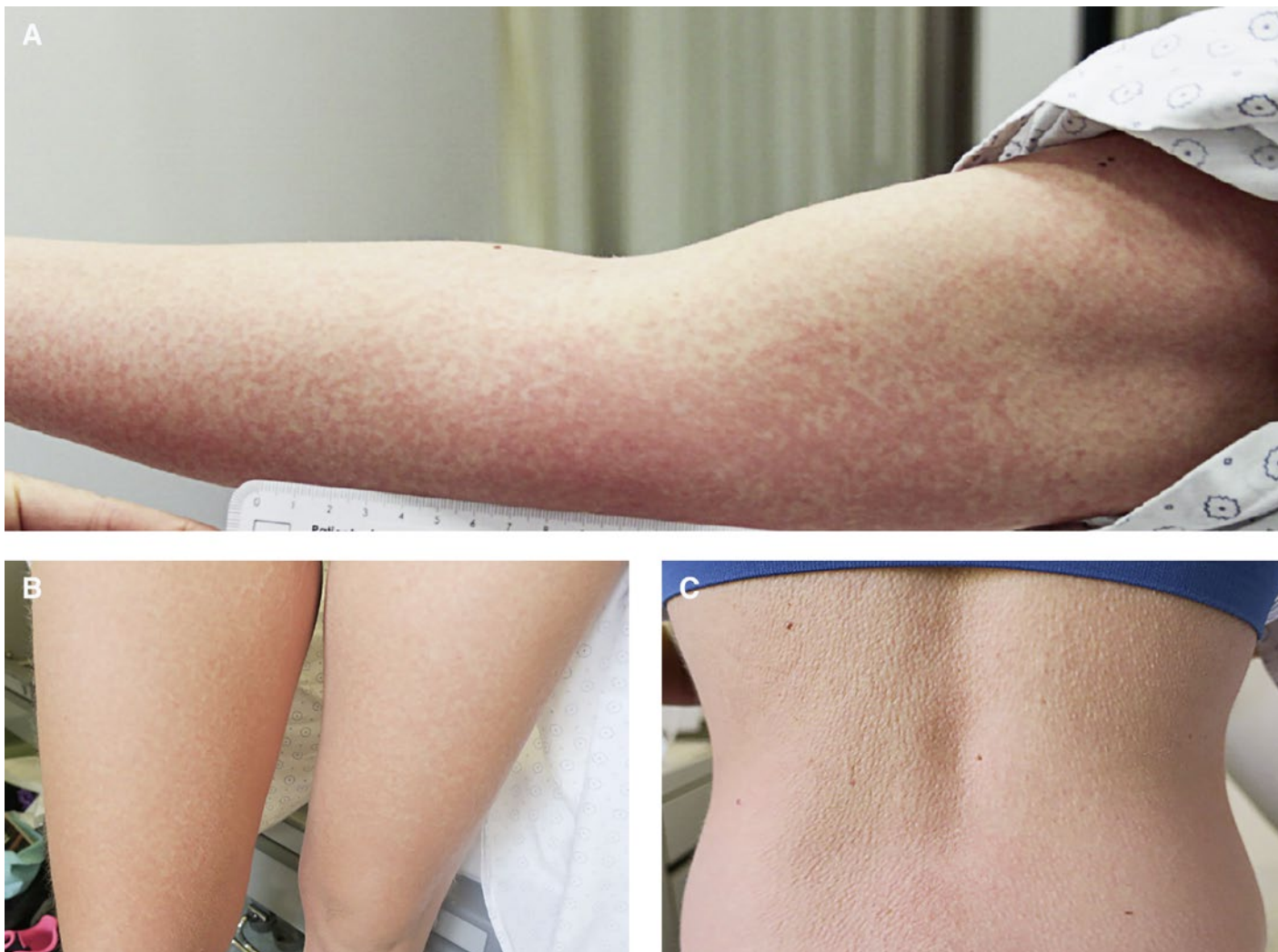


Abbildung 1: A–C) Feinfleckiges, makulopapulöses Exanthem im Bereich der Extremitäten und des Rückens. Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

nen Antikörper ganz fehlen oder die IgM-Antikörper über Monate bis Jahre ohne begleitendes Vorliegen von IgG-Antikörpern persistieren. In solchen Fällen ist die Durchführung einer Polymerase-Kettenreaktion (PCR) aus EDTA-Blut zur Diagnosebestätigung respektive ihrem Ausschluss empfohlen [2, 3].

Bisher existieren weder eine antivirale Therapie noch ein Impfstoff gegen das Parvovirus B19. Es erfolgt eine symptomorientierte Therapie. Bei fehlender oder verzögerter Besserung mit eingeschränkter Immunantwort ist die Gabe von Immunglobulinen zu diskutieren. Für Infizierte ist die strikte Meidung eines Kontaktes zu Schwangeren wichtig. Besonders im zweiten und dritten Trimenon ist das Risiko einer transplazentaren Übertragung auf den Fetus hoch (mögliche Komplikationen: Spontanabort, Hydrops fetalis). Nach einer durchgemachten Infektion besteht bei Immunkompetenten eine lebenslange Immunität [1, 2].

Aufgrund des bei Erwachsenen meist nicht charakteristischen Hautbefundes wird eine Parvovirus-B19-Infektion oft verspätet

diagnostiziert. Aus diesem Grund ist bei Patientinnen und Patienten mit Arthralgien sowie unklarem Exanthem differentialdiagnostisch frühzeitig an eine Parvovirus-B19-Infektion zu denken, vor allem bei Betroffenen mit Kontakt zu erkrankten Kindern.

Korrespondenz

Dr. med. Fabienne Wächter
Klinik für Innere Medizin
Kantonsspital Münsterlingen
Spitalcampus 1
CH-8596 Münsterlingen
[fabienne.waechter\[at\]stgag.ch](mailto:fabienne.waechter[at]stgag.ch)



Dr. med. Fabienne Wächter
Klinik für Innere Medizin, Kantonsspital
Münsterlingen, Münsterlingen



Dr. med. Birgit Traichel
Klinik für Innere Medizin, Kantonsspital
Münsterlingen, Münsterlingen

Verdankung

Wir danken der Patientin für die Zurverfügungstellung Ihrer Krankengeschichte.

Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Conflict of Interest Statement

Die Autorinnen haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Modrow S. Parvovirus. Dt Arztebl. 2001;98(24):1620–4.
- 2 Landry ML. Parvovirus B19. Microbiol Spectr. 2006;4(3).
- 3 Heegard ED, Brown KE. Human Parvovirus B19. Clin Microbiol Rev. 2002;15(3):485–505.
- 4 Young NS, Brown KE. Parvovirus B19. N Eng J Med. 2004;350(6):586–97.
- 5 Mage V, Lipsker D, Barbarot S, Bessis D, Chosidow O, Del Giudice P, et al. Different patterns of skin manifestations associated with parvovirus B19 primary infection in adults. J Am Acad Dermatol. 2014;71(1):62–9.