

TB: Grenzflächen	1. MA SJ 2008/2009	
<b>EBV (HHV-4)</b>	Fiedler, Klaus	5.3.2010



## Schritt 1: Vorstellung der aktuellen Beschwerden und Ort des Patientenkontakts

### Patientenvignette:

Der Patient 30-jährig, erscheint in der Facharztpraxis mit Halsschmerzen, Fieber und Krankheitsgefühl. Exantheme sichtbar am Stamm, Angina. Beidseitig zervikale geschwollene Lymphknoten.

**Im Anschluss an Schritt 1** und Ihre erste kurze Beschreibung sollte die Gruppe folgende Punkte diskutieren:

- Erste Hypothesenbildung: was könnte die Ursache für die Beschwerden des Patienten sein?

Streptokokkenangina (Gruppe A), Scharlach  
 Diphtherie (*Corynebacterium diphtheria*)  
 Plaut-Vincent Angina (Fusiforme Stäbchen oder Borrelien)  
 Infektiöse Mononukleose (Pfeiffer-Drüsenfieber)  
 Zytomegalievirus

HIV

Toxoplasmen

Selten: *Treponema pallidum*, Gonokokken, Staphylokokken, *Haemophilus influenzae*,  
*Neisseria meningitidis*, *Listeria monocytogenes*

- Worauf sollte bei der nun folgenden Anamnese und körperlichen Untersuchung besonderer Wert gelegt werden?

Lymphknotenuntersuchung  
 Anaphylaxie (Puls, Blutdruck)  
 Offene Effloreszenzen  
 Blut im Stuhl  
 Probleme beim Wasserlösen

- Ist schnelles Handeln erforderlich (Notfall)? Bedarf es erster Therapiemaßnahmen?

Nein. Keine der oben genannten Probleme vorhanden ausser Lymphknotenschwellung.



## Schritt 2: Vorstellung von Anamnese und körperliche Untersuchung

### Anamnese

#### **Aktuelle Anamnese**

*Überwiesen vom Hausarzt nach einigen Tagen der Amoxicillin/Clavulansäurebehandlung. Auftreten des makulopapulösen Exanthems nach Antibiotikaeinnahme. Bei Erstdiagnose Haut unauffällig aber meist generalisiertes morbiliformes oder rubeoliformes Exanthem (4. - 6. Krankheitstag).*

#### **Vorerkrankungen und Medikamente**

*Amoxicillin/Clavulansäure*

#### **Psychosoziale und Familienanamnese**

-

#### **Systemanamnese**

*Rachen: Nekrotisierende Angina (pseudomembranöse Beläge)*

*Hals: Beidseitig zervikal geschwollene Lymphknoten*

*Brustkorb/Haut: Makulopapulöses Exanthem am Stamm*

*Abdomen: Milz vergrößert*

*(Kopf, Augen, Ohren, Nase, Mund, Rachen, Hals, Brustkorb, Atmung, Herz/Kreislauf, Verdauungstrakt, Nieren, Geschlechtsorgane, Extremitäten, Haut)*

#### **Allgemeinanamnese**

-

#### **Ggf. Gynäkologische Anamnese**

#### **Ggf. Fremdanamnese**

## Status

AZ:	<input type="radio"/> normal	<input checked="" type="radio"/> reduziert	Blutdruck 125/86	mmHg
Bewusstsein	<input checked="" type="radio"/> klar	<input type="radio"/> GCS_____	Herzfrequenz 57	/Min
Psyche	<input checked="" type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> _____	Atemfrequenz 14	/Min

Alter 30	Gewicht 78	Grösse 187
----------	------------	------------

### Haut/Mammae

*Makulopapulöses Exanthem am Stamm*

### Lymphknoten

*Beidseitig zervikal geschwollene Lymphknoten*

### Augen

-

### Herz/Kreislauf (inklusive Pulse, Venen, Oedeme etc.)

-

### Mund/Rachen/Schleimhaut

*Nekrotisierende Angina (pseudomembranöse Beläge)*

### Schilddrüse

-

### Atemorgane

-

### Abdomen und Urogenitaltrakt

Milz vergrössert, evtl. Leber vergrössert

### Neurostatus

-

### Bewegungsapparat

-

### Im Anschluss an den Schritt 2 sollte die Gruppe folgende Punkte diskutieren:

- Einengung der Hypothesen: haben unsere ersten Überlegungen gestimmt? Können wir eine erste Verdachtsdiagnose stellen? Wie können wir diese (pathophysiologisch) begründen? Können wir bereits erste Differentialdiagnosen ausschließen und wenn ja, warum?

Lymphknoten DD: EBV

DD: Herpes zoster, charakteristische Anordnung der Effloreszenzen

DD: Filariose, afrikanisches Zeckenbissfieber zu Erfragen: Reiseanamnese

DD: Syphilis, inguinale Lymphknoten

DD: Streptokokken A, inguinal, ulnar, axillär und zervikal

DD: Röteln, Masern, unspezifische Infektionen: Okzipitale Lymphknoten

DD: Diphtherie, zervikale Lymphknoten: Impfplan?

DD: Toxoplasmose, gelegentlich nur zervikaler Befall  
 DD: Mykobakterien, auch zervikal

- Weitere diagnostische Schritte: Welche weiteren Informationen brauchen wir, um unsere Verdachtsdiagnose zu erhärten bzw. andere Ursachen auszuschließen?

Blutbild

Abdomensonographie (in der Praxis nicht vorhanden)

- Die Gruppe sollte versuchen, eine Gewichtung und Reihenfolge der diagnostischen Maßnahmen zu erstellen:

Blutbild

Abstrich und Erregernachweise mit PCR

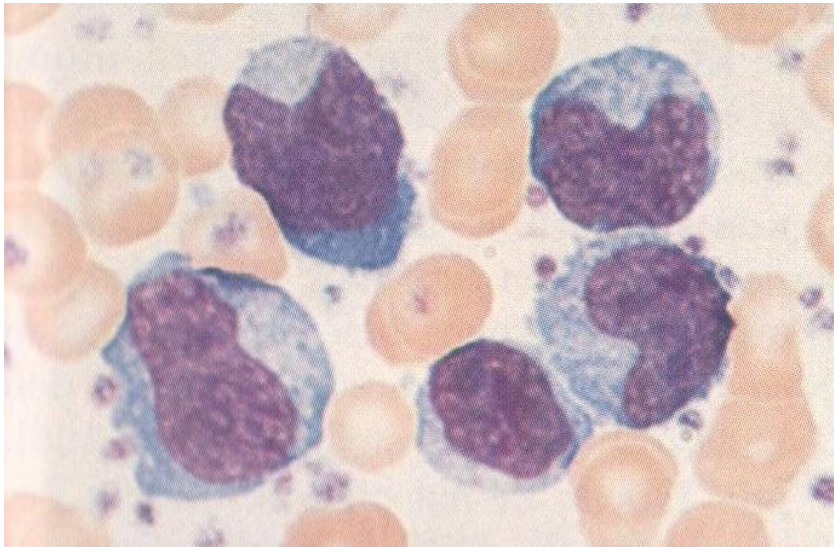
### Schritt 3: Vorstellung der real erfolgten diagnostischen Massnahmen<sup>1</sup>

#### Weitere Diagnostik

#### Z.B. Labor am Aufnahmetag

	Aktueller Wert	Normwerte (Beispiel)
Hämoglobin		120 – 160 g/l (♀)/140 – 180 g/l(♂)
Hämatokrit		0,36 – 0,46 l/l (♀)/0,38 – 0,52 l/l (♂)
Erythrozyten		4,2 – 5,4 x10 <sup>12</sup> /l (♀) / 4,5 – 6,3 x10 <sup>12</sup> /l (♂)
MCH		27,0 - 33,2 pg
MCHC		320 - 360 g/l
MCV		79 - 95 fl
Thrombozyten		150 – 450 /nl
Leukozyten	40	3,5 – 10,0 /nl
Cholesterin		0-5 mmol/l
HDL		0,90 – 2,2 mmol/l
LDL		1,6-3,4 mmol/l
Triglyceride		0,50-2,30 mmol/l
Nüchtern Blutzucker		3,8 – 6,1 mmol/l
Transaminasen (ALT, AST)	80	<50 U/l

Atypische monozytoide Zellen (unterschiedliche Plasmaweiten)



#### **Schritt 4: „Auflösung der Diagnose“**

**Diagnose: EBV Infektion, Pfeiffer-Drüsenfieber**

#### **Schritt 5: Therapie und Verlauf**

##### **Therapie:**

Absetzen der Amoxicillin/Clavulansäurebehandlung da Arzneimittellexanthem durch vermeintliche Intoleranzreaktion verursacht (Lymphozytenaktivierung)

Symptomatische Therapie: Klinik mit Bettruhe eventuell  
Fiebersenkung mit Wadenwickel und/oder Paracetamol  
Juckreiz Tannolact Lotio oder ggf. Antihistaminika  
Mundschleimhaut Mundspülung adstringierend, antiphlogistisch

##### **Prognose und Verlauf:**

Gut, lebenslange Immunität

Keine Vorsichtsmassnahmen zur Verhinderung der Uebertragung ausser bei Immunosuppression in der Klinik

Schwangerschaft, Mutterschaft mit Kleinkindern: Keine besonderen Vorsichtsmassnahmen und/oder Empfehlungen

Epidemiologie: Angaben US ca. 20%, 95% Europäer bis zum 30. Lebensjahr

## **Literaturempfehlung:**

Siegenthalers Differenzialdiagnose, Thieme, 2005

Wikipedia (Pfeiffer-Drüsenfieber)

P. Altmeyer Enzyklopädie der Dermatologie, Venerologie, Allergologie,  
Umweltmedizin (<http://132.187.10.79>)

Heckner & Freund, Praktikum der mikroskopischen Hämatologie, Urban & Fischer,  
2001

Allergien und Intoleranzreaktionen gegen Arzneimittel, in [Empfehlungen zur  
Patienteninformation: Dermatologie](#), DOI 10.1007/b137784, 2005