

Fieber ohne primär erkennbare Ursache in der Hausarztpraxis



La version française de cet article sera publiée dans le numéro 14 de «PrimaryCare».



Klaus Bally

Bedeutung

■ «Uncharakteristisches Fieber»: 5,5% aller Patienten bei Hausarzt (im Vergleich 0,87% Harnwegsinfekt) [1].

■ *Definition uncharakteristisches Fieber gemäss N. Braun* [2]: Mit diversen Allgemeinerscheinungen, Weichteilschmerzen, Kopf- und/oder Augenschmerzen sowie mit verschiedensten uncharakteristischen Katarrhen des Respirations-, des Magen-, Darm- und/oder des Harntraktes ablaufende fieberhafte Zustände.

Diagnostik

Definition

■ *Fieber*: um 06.00 >37,2 °C oral, 37,7 °C rektal, um 18.00 >37,7 °C oral, 38,2 °C rektal. Axilläre Messung ungeeignet (entspricht oft nicht der zentralen Körpertemperatur).

■ Ohrthermometer: misst die vom Trommelfell abgegebene Infrarotstrahlung.

■ Physiologische Tagesschwankung bis zu 1 °C, Temperatur höher nach körperlicher Anstrengung und in 2. Zyklushälfte bei menstruierenden Frauen. Temperatur oft tiefer bei älteren Menschen; in 20–30% verlaufen auch schwere Infektionen bei betagten Menschen ohne Fieber [3].

■ Achtung: sehr hohe Temperaturen bei älteren Menschen: maligne Hyperthermie, malignes Neuroleptika-Syndrom, Hitzschlag, Drug fever.

■ *Unklares Fieber (ohne primär erkennbare Ursache)*: Standardanamnese und klinische Routineuntersuchung ergeben keine Hinweise für die Ätiologie des Fiebers [4].

■ *Fever of unknown origin (FUO)*: Fieber >38,3 °C rektal über 3 Wochen, dessen Ätiologie nach einwöchiger intensiver Abklärung stationär (heute meist ambulant) nicht geklärt ist [5]. Ursachen: Infektionen (25,7%), Neoplasien (12,6%), nichtinfektiöse entzündliche Erkrankungen d.h. Kollagenosen, Vasku-

litiden, granulomatöse Erkrankungen (24%), Drug fever (1,8%), Febris factita (1,2%), gemischte Ursachen wie z.B. Gicht, Thrombophlebitis (4,8%), nicht zu diagnostizieren (29,9%). Zu erwartende Krankheiten: Tuberkulose, Endokarditis, Lymphom, solide Tumoren, Morbus Still, Vaskulitiden bzw. entzündlich rheumatologische Erkrankungen, intra-abdominale Abszesse, Harnwegsinfekte, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Lungenembolie, Drug fever.

Risikobeurteilung

■ Erhöhtes Risiko quo ad vitam: vorgängige Chemotherapie (Sepsis bei Neutropenie), Status nach Splenektomie (Pneumokokkensepsis), Tropenreise (Malaria, viral-hämorrhagisches Fieber mit Thrombopenie, Gerinnungsstörung), Fieber nach Transplantation, Lungenembolie.

Anamnese und klinische Untersuchung [4, 7–11]

■ Ausschluss von potentiell gefährlichen abwendbaren Krankheiten: Meningitis, Appendizitis, Otitis media beim Kleinkind, Epiglottitis, Malaria, Lungenembolie.

■ Alarmierende anamnestische Angaben: starke Kopfschmerzen, Bewusstseinstörung, Schüttelfrost, Rückenschmerzen, Parästhesien, Flankenschmerz, starke Abdominalschmerzen, Atemnot, Apathie und schlechtes Trinkverhalten bei Kleinkindern.

■ Anamnese: Grundkrankheiten, Operationen, Hospitalisationen, Zytostatika, Immunsuppressiva, Antibiotika, Drogen, Ausland, Tiere, Arbeit.

■ Ohne anamnestische bzw. klinische Hinweise: Miliartuberkulose, Abszesse in Leber und Milz, *Staphylococcus-aureus*-Sepsis.

■ Klinische Untersuchung: obere Luftwege, beim Kleinkind Ohren, Meningismus, physikalische Untersuchung von Herz, Lungen, Abdomen, Nierenloggen, Integument, Lymphknoten, Extremitäten, Augenfundus.

■ Alarmierende Befunde: Bewusstseinstörung, Meningismus, fokale neurologische Ausfälle, Paraparese, Tachykardie, Tachypnoe (über 20/Min.), Hypotonie, Hautbefunde mit Hinweise für DIC, Weichteilinfekte, akutes Abdomen.

Vorgehen bei persistierendem Fieber ohne Hinweise für lokalen Infekt [4, 9–12]

- Erneute extensive Anamnese (inkl. Epidemiologie, Reisen, Beruf, Tiere usw.) und klinische Untersuchung ergibt in >50% der Fälle die Fieberursache.
- Labor: 1. BSR oder CRP, Hb, Leuk, Tc, diff. Blutbild, BZ, Kreatinin, Harnstoff, Transaminasen, Gamma-GT, aP, Urinstatus, 3 × 2 Blutkulturen (ohne Antibiotika).
- 2. CPK, Kalzium, Natrium, antinukleäre Antikörper, Rheumafaktoren, Immunelektrophorese, ACE, ANCA, TSH, Kryoglobuline, Serologie: CMV (vor allem bei Lymphozytose, Monozytose und atypischen Lymphozyten), HIV (vor allem bei entsprechendem Risiko), Tuberkulintest: in 25% der Fälle falsch negativ, bei älteren Menschen und Menschen aus Endemiegebieten oftmals positiv ohne aktive Tbc.
- Bildgebende Verfahren: Thorax-Röntgen, Ultraschall des Abdomens, evtl. Echokardiographie.
- Weniger sinnvoll bzw. unergiebig in der Praxis sind folgende Untersuchungen: Serologien für EBV, Mykoplasmen, Brucellen, *Toxoplasma gondii*, *Borrelia burgdorferi*, *Coxiella burnetii*, *Chlamydia psittaci*, Leptospiren, Influenza, Respiratory syncytial virus, Kulturen von Urin, Stuhl und Sputum (falls keine entsprechenden Symptome), Röntgen von Nasennebenhöhlen, Zähnen, nuklearmedizinische Untersuchungen.
- Unter Spitalbedingungen später evtl. sinnvoll: Biopsie der Temporalarterie bei Menschen >55 Jahre, KM-Biopsie, Leberbiopsie, CT von Thorax und Abdomen.

Literatur

- 1 Landolt-Theus PR. *Ars Medici* 1990;9:458–65.
- 2 Braun RN. Über Definition, Diagnostik und Differentialdiagnostik der Grippe unter Berücksichtigung der Situation in der Allgemeinpraxis. *Z Allgemeinmed* 1971;47:49–55.
- 3 Norman DC, Yoshikawa TT. *Infectious Disease Clinics of North America* 1996;10:93–9.
- 4 Gubler JG, et al. Fever without a recognizable cause in general practice: what should be done? *Ther Umsch* 1992;49:263–7.
- 5 Petersdorf RG, et al. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. *Medicine (Baltimore)* 1961 Feb;40:1–30.
- 6 Johnson DH, et al. Drug fever. *Infect Dis Clin North Am* 1996;10:85–91.
- 7 Hirschmann JV. Fever of unknown origin in adults. *Clin Infect Dis* 1997;24:291–300; quiz 301–2.
- 8 Arnow PM, et al. Fever of unknown origin. *Lancet* 1997;350:575–80.
- 9 De Kleijn EM, et al. Fever of unknown origin (FUO). I A. prospective multicenter study of 167 patients with FUO, using fixed epidemiologic entry criteria. The Netherlands FUO Study Group. *Medicine (Baltimore)* 1997;76:392–400.
- 10 De Kleijn EM, et al. Fever of unknown origin (FUO). II. Diagnostic procedures in a prospective multicenter study of 167 patients. The Netherlands FUO Study Group. *Medicine (Baltimore)* 1997;76:401–14.
- 11 Knockaert DC, et al. Fever of unknown origin in the 1980s. An update of the diagnostic spectrum. *Arch Intern Med* 1992;152:51–5.
- 12 Mourad O, et al. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin. *Arch Intern Med* 2003;163:545–51.

Dr. med. Klaus Bally
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 St. Johannis-Parkweg 2
 4056 Basel