

**Wegdam-Blans et al**  
**The Dutch Q fever Consensus Group**  
© 2011 The British Infection Association, published by Elsevier Ltd.

## **Epikrise in deutscher Sprache**

**von**

**Walter Berghoff**

### **Einführung:**

Geschätzt 1%-5% entwickeln chronisches Q Fieber.

Häufigste Manifestation: Endokarditis, Infektion von Aneurysmen oder vaskulären Prothesen.

Sonstige Manifestationen: Arthritis, Osteomyelitis, Hepatitis.

Schwangerschaft ist ein Risikofaktor für die Entwicklung eines chronischen Q Fiebers.

Unbehandeltes chronisches Q Fieber führt zu erheblicher Morbidität und zu einer Mortalität bis zu 60%.

Langzeitantibiotische Behandlung ist erforderlich, bevorzugt Hydroxychloroquin und Doxycyclin.

Chronisches Q Fieber wird bei einer zunehmenden Zahl von Menschen festgestellt.

Krankheitsmanifestationen des Q Fiebers:

- Endokarditis
- Fieber

- Nachtschweiße
- Gewichtsverlust
- Fatigue
- Spleno-Hepatomegalie

Antibiotische Langzeittherapie für mindestens 18 Monate.

Bei einem IFA IgG 1:800 oder darüber kann chronisches Q Fieber nicht ausgeschlossen werden. Labordiagnostik nicht ausreichend standardisiert.

PCR im Gewebe (z.B. Herzklappen) Sensivität 100%, im Blut 47%. Im buffy coat Sensivität höher.

Mittels Echokardiographie Veränderungen an den Herzklappen bei 25% der Fälle mit chronischem Q Fieber nachweisbar.

### **Diagnostische Leitlinien chronisches Q Fieber (Diagnostische Wahrscheinlichkeit)**

#### **Sicher:**

1. Erregernachweis

oder

2. IFA IgG 1:1024

+ Endokarditis oder Infektion großer Blutgefäße oder vaskulärer Prothesen

(FTG-PET, CT, MRT)

#### **Wahrscheinlich:**

IFA IgG 1:1024 und eines der folgenden Kriterien:

- Herzklappenerkrankung
- Bekanntes Aneurysma
- Prothetisches Material im Herz-Kreislauf-System
- Nachweis von Infektion an Herzklappen, Gefäßen und vaskulären Prothesen
- Verdacht auf Osteomyelitis
- Verdacht auf Hepatitis

- Schwangerschaft
- Symptome einer chronischen Infektion  
(Fieber, Gewichtsverlust, Nachtschweiße, Hepatomegalie, erhöhte BSG, erhöhtes CRP)
- Granulomatöse Gewebsentzündung  
(histologisch belegt)
- Herabgesetzte Immunabwehr

**Möglich:**

IFA IgG 1:1024

Häufige Kontrolluntersuchung im Krankheitsverlauf erforderlich. Bei Vermutung eines chronischen Q Fiebers:

Echokardiographie

PET CT

**Anmerkung:**

Weitere Informationen siehe Text „Infektiologische Differentialdiagnose der chronischen Lyme-Borreliose und sogenannte Coinfektionen“, [www.praxis-berghoff.de](http://www.praxis-berghoff.de).