60. Jahrestagung
der Österreichischen Gesellschaft
für Kinder- und Jugendheilkunde
Altes AKH Wien 6. bis 8. Oktober 2022
AUF DEN SCHULTERN VON RIESEN
www.oegkj-jahrestagung.at
ÖGKJ

Neuropädiatrie

P09-01

# Das breite Spektrum einer Bartonella-henselae-Infektion

Chung J.[1], Stark B.[1], Eisenkölbl A.[1], Biebl A.[1], Steiner E.[1], Peherstorfer A.[1], Wagner S.[1], Pühringer M.[1], Högler W.[1], Gröppel G.[2]

*[1]Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Johannes Kepler Universität Linz, Kepler Universitätsklinikum*
*[2]Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Klinik für Neurologie 1, Johannes Kepler Universität Linz, Kepler Universitätsklinikum*

**Einleitung**: Eine Infektion mit Bartonella henselae verläuft bei Immunkompetenten meistens selbstlimitierend. Sie kann sich jedoch in seltenen Fällen mit Beteiligung viszeraler Organe sowie neurologischen Beschwerden manifestieren. Patienten mit Autoimmunneutropenie (AIN) weisen meist keine schweren Infekte auf.
**Patienten und Methoden:** Wir berichten von einer Patientin mit AIN, die einen schwerwiegenden Verlauf einer Bartonella-henselae-Infektion erlitt.
**Ergebnisse:** Es stellte sich ein 11 Monate altes Mädchen aufgrund rezidivierenden Erbrechens mit Gewichtsverlust vor. Laborchemisch fiel eine persistierende Neutropenie und passager erhöhte Transaminasen- und CK-Werte auf. Bei cervikaler Lymphknoteneinschmelzung wurde eine antibiotische Therapie mit Clarithromycin eingeleitet.
Nach wenigen Tagen präsentierte sich die Patientin mit fehlendem Blickkontakt und Verlust des gezielten Greifvermögens. Im MRT zeigte sich eine Neuritis nervi optici rechts, im Liquor normale Zellzahl und negative Aquaporin-4- und Anti-MOG-Antikörper. Es wurde eine Cortisonstoßtherapie eingeleitet und bei möglicher Bartonella-henselae-Infektion (Titer 1:128) die antibiotische Therapie auf Rifampicin und Azithromycin umgestellt. Zudem konnte durch positive Granulozytenantikörper die primäre Autoimmunneutropenie als Ursache der persistierenden Neutropenie identifiziert werden.
Nach rascher klinischer Besserung entwickelte die Patientin unter laufender Antibiokatherapie zwei Wochen später eine Parese der oberen Extremitäten und einen Harnverhalt. Im MRT stellte sich eine Myelitis C1-Th8 dar. Die Bartonella-Infektion wurde mittels Titeranstieg (1:512) im zweiwöchigen Intervall bestätigt. Differentialdiagnostisch stand die Neuromyelitis optica spectrum disorder im Raum. Dagegen sprachen jedoch die erneut negativen Aquaporin-4- und Anti-MOG-Antikörper. Liquorzellzahl war auf 36/uL erhöht, Breitspektrum-PCR negativ. Aufgrund der besseren ZNS-Gängigkeit wurde Cotrimoxazol statt Azithromycin verordnet und eine zweite Cortisonstoßtherapie mit anschließendem Tapering über 3 Monate durchgeführt. Zusätzlich wurde zweimal wöchentlich G-CSF verabreicht, da die Abwehr von intrazellulären Erregern vorwiegend durch Granulozyten erfolgt. Unter dieser Therapie konnte ein guter Outcome ohne Restsymptomatik erzielt werden.
**Schlussfolgerungen/Diskussion:** Obwohl eine AIN in der Regel ohne schwere Infektion verläuft, kann durch diesen Fall ein buntes klinisches Bild einer Bartonella-henselae-Infektion beobachtet werden. Retrospektiv können auch die initial unspezifischen Beschwerden und Laborauslenkungen als hepatosplenale bzw. muskuläre Beteiligung interpretiert werden. Offen bleibt, ob die Myelitis infektiös oder parainfektiös verursacht wurde. Eine antiinfektive und gleichzeitig immunsupprimierende Therapie mit Cortison führten zu einem guten Outcome.