

Flüchtlinge im Kindes- und Jugendalter, symptom- und befundorientierte regionenspezifische infektiologische/tropenmedizinische Differenzialdiagnosen

Leitsymptom/Leitbefund	Infektiologische/tropenmedizinische Erstdiagnostik bzw. Differenzialdiagnostik
Akute Dysenterie (blutiger Stuhl, Fieber, Bauchschmerzen)	Stuhluntersuchung auf pathogene Bakterien (Kultur) auf enteroinvasive bakterielle Infektionen (A–E)  Stuhluntersuchung auf Amöben ( <i>Entamoeba histolytica</i> ) und Amöben-Serologie bei V. a. Amöben-Kolitis (A–E)
Chronische Diarrhö (> 14 Tage)	Stuhluntersuchung auf <i>Giardia lamblia</i> (PCR/Antigen/Mikroskopie) (D–E)  Serologie auf HIV, insbesondere D, E  häufige DD: Laktoseintoleranz (insbesondere B, C, E)
Periodisches Fieber und Bauchschmerzen mit Erhöhung von Leukozyten, CRP und BSG	Überweisung an Zentrum mit Fragestellung Familiäres Mittelmeerfieber (insbesondere Mittelmeerränderstaaten)
Fieber und Raumforderung Leber	Blutkultur  Amöbenserologie (DD Amöben-Leberabszess; A–E) – Vorsicht: bei Patienten aus Endemiegebieten!  Kann eine positive Amöben-Serologie auch eine serologische Narbe einer früheren Infektion darstellen.

Zystische Raumforderung insbesondere Leber und/oder Lunge	Überweisung an Zentrum mit Fragestellung zystische Echinokokkose (A–E) (Online-Anfrage über <a href="http://www.tropenmedizin-heidelberg.de">www.tropenmedizin-heidelberg.de</a> – „Konsiliaranfrage Echinokokkose“)
Gedeihstörung, pulmonale Symptomatik, pathologische Lymphknoten, Aszites, Pleura-, Perikarderguss und weitere Organmanifestationen extrapulmonaler Tuberkulose	THT und/oder IGRA, Bildgebung und mykobakterielle Diagnostik: pulmonale und extrapulmonale Tuberkulose(A–E)  Serologie auf HIV (insbesondere D, E)
Fieber ohne klinischen Fokus	dicker Tropfen und dünner Blutausschlag, ggf. ergänzend Schnelltest bis 1 Jahr nach Ankunft in Deutschland bei Malaria (Verdacht bereits medizinischer Notfall) (C, E)  Blutkultur (u. a. Salmonella typhi) bei u. a. Typhus abdominalis (A–E)  Leishmanien-Antikörper (insbesondere bei Hepatosplenomegalie und Panzytopenie) bei viszeraler Leishmaniasis (A–E)
Zerebraler Krampfanfall	Bildgebung (DD Neurozystizerkose; A–E)
Eosinophilie (> 500/nl)	Stuhl auf Wurmeier (3 Stuhlproben von verschiedenen Tagen) auf intestinale Helminthen (Wurmeier im Stuhl sind oft erst verzögert nachweisbar, da Eosinophilie erst während der Gewebspassage ausgeprägt ist).  Strongyloides-Serologie bzw. Strongyloides-PCR im Stuhl. Falls negativ, umfangreiches Gewebshelminthen-Screening in Absprache mit pädiatrisch-infektiologischem/tropenmedizinischem Zentrum
Transaminasenerhöhung	Serologie auf Hepatitis A, B, C und E, EBV, CMV (A–E)
Splenomegalie, ultrasonografische Zeichen einer Leberfibrose, Zeichen der portalen Hypertension	Überweisung an pädiatrisch-infektiologisches/tropenmedizinisches Zentrum (DD gastrointestinale Schistosomiasis, insbesondere E)
Rezidivierende Harnwegsinfekte, ultrasonografische Zeichen von Blasenwandveränderungen, Harnabflussstörungen	Überweisung an pädiatrisch-infektiologisches/tropenmedizinisches Zentrum (DD urogenitale Schistosomiasis, insbesondere E)
Unklare Hautläsion – mit Juckreiz	Frage nach nächtlichem Juckreiz, Hautinspektion auf Kratzspuren und skabiestypische Prädilektionsstellen (intertriginös, Genitalbereich) zur DD Skabies
Unklare (chronische) Hautulzera	Überweisung an pädiatrisch-infektiologisches/tropenmedizinisches Zentrum (DD kutane Leishmaniose, insbesondere B, C)

Die Tabelle gibt nur eine Orientierung über wichtige regionenspezifische Differenzialdiagnosen häufiger Leitsymptome und -befunde. Die Auswahl der Regionen orientiert sich an der derzeitigen Häufigkeitsverteilung der Flüchtlingspopulationen in Deutschland: A westlicher Balkan, B Syrien, Irak, C Pakistan, Afghanistan, D Russische Föderation, Georgien, E Afrika südlich der Sahara. Wird eine regionenspezifische infektiologische/tropenspezifische Verdachtsdiagnose gestellt, sollte sofort mit einem pädiatrisch-infektiologischen/tropenmedizinischen Zentrum Kontakt aufgenommen werden – je nach Akutheit und insbesondere bei Verdacht auf Malaria am gleichen Tag. Wird keine Verdachtsdiagnose gestellt und persistieren die Symptome und Befunde, die zur Abklärung geführt haben, ist ebenfalls eine Kontaktaufnahme mit einem Zentrum für pädiatrische Infektiologie/Tropenmedizin empfohlen.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, Gesellschaft für Tropenpädiatrie und Internationale Kindergesundheit, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte: Empfehlungen zur infektiologischen Versorgung von Flüchtlingen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Monatsschr Kinderheilkd 2015, 163: 1269-1286.