



ÖGGH

Österreichische
Gesellschaft für
Gastroenterologie
und Hepatologie

Morbus Whipple

Autoren: Christian Müller, David Danzinger, Martin Reichmayr

Arbeitsgruppenleiter: Christoph Steininger

Erstellt: 10.2014

Aktualisiert: 2018

Arbeitsgruppenleiter: Patrizia Kump

Epidemiologie Mb. Whipple

- Sehr selten; Inzidenz: ~ 0.5 -1.0 /1 000 000 / a
- m : w = 86% : 14%
- Gipfel im 5. Lebensjahrzehnt
- 98% Kaukasier
- Sporadische Fälle
- Assoziation mit DRB1*13, DQB1*06

Klinische Manifestationen

Klassischer Morbus Whipple:

- Durchfall 75 %
- Gewichtsverlust 89 %
- Arthralgie 82 %
- Fieber 54 %
- Aszites 4 %

Andere Manifestationen:

Akute Gastroenteritis, Akute
Bakteriämie mit Husten / Pneumonie,
Asymptomat. Träger

Atypischer Morbus Whipple

- ZNS-Affektion - Kognitive
Dysfunktion, - Progressive
supranukleäre Ophthalmoplegie, -
Okulomastikatorische
Myorhythmie, - Ataxie
- Lymphadenopathie
- Arthralgie / Arthritis
- Endocarditis
- Pleuritis

Andere Manifestationen

Auslöser einer akuten fieberhaften Erkrankung:

- Gastroenteritis:

T.whipplei im Stuhl bei 15% der Kindern (2-4a) mit akuter Gastroenteritis in Frankreich (vs. 0% bei Kontrollen)
Keimzahl so hoch wie bei Morbus-Whipple-Patienten, höher als bei Trägern

- Husten / Pneumonie mit Bakteriämie:

T.whipplei im Blut bei 13% der Patienten mit Fieber und Husten in Senegal

Diagnostik Mb. Whipple

Klassischer Morbus Whipple

Gastroskopie mit tiefer Duodenalbiopsie:

- ✓ Große Makrophagen in der Mukosa
- ✓ Diastase-resistente PAS-positive Granula
- ✓ Stäbchenförmige Bakterien in der Lamina propria

Bestätigung mit PCR

T.whipplei - spezifische Primer aus 16S rRNA Gen

Atypischer Morbus Whipple

Materialgewinnung:

Liquor, Lymphknoten, Exsudat, Synovialflüssigkeit...

PCR

Kein Erregernachweis aus Blut/Serum

Stuhl: Problem - asymptomat. Carrier

Keine Routine-Tests: Immunhistochemie,

FISH, Kultur in axenischen Medien,

Serologie

Therapie Mb. Whipple

Optimale antimikrobielle Therapie unbekannt
Optimale Therapiedauer unbekannt

INDUKTIONSTHERAPIE: *

CEFTRIAXON 1 x 2 g täglich
MEROPENEM 2 x 1g täglich oder } i.v. für 14 Tage



dannach

TRIMETHOPRIM - SULFAMETHOXAZOL 160/800 mg 2 x 1 über 1 Jahr

Alternativen (bei neg. PCR aus Liquor):
Doxycyclin 2x100 mg/d, Hydroxychloroquine
3x200 mg/d

- i.v.- Induktionstherapie essentiell,
- TMP-SMX allein mit Relaps assoziiert

Prognose

Häufig:

Prompte klinische Verbesserung aller Symptome unter Therapie, Restitutio ad integrum.

Gelegentlich:

Rezidiv, schlechte Prognose bei ZNS-Beteiligung

Selten:

IRIS (Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome):

Paradoxes Wiederauftreten von Symptomen nach initialer klinischer Verbesserung und bei effektiver AB-Therapie. Fälschlich interpretiert als therapierefraktäre Infektion.