

Morbus Whipple

Erstellt (alphabetisch) Version Q4/2025

Univ.Prof.Dr. Christian Müller christian.j.mueller@meduniwien.ac.at

OA Dr.David Danzinger david.danzinger@gesundheitsverbund.at

OA Dr.Martin Reichmayr, EMBA martin.reichmayr@gesundheitsverbund.at

Review

Univ.Prof.Dr. Vanessa Stadlbauer-Köllner, MBA vanessa.stadlbauer@medunigraz.at

Prim.Univ.Prof.Dr. Ludwig Kramer ludwig.kramer@gesundheitsverbund.at

Definition und Epidemiologie M. Whipple

- Systemische Infektionserkrankung des Gastrointestinaltraktes und anderer Organsysteme
- Infektion mit dem Gram-positiven Stäbchen *Tropheryma whipplei*
- *T. whipplei* ist ubiquitär in der Natur vorhanden
- Sehr selten; Inzidenz: $\sim 0.5 - 1.0 / 1\,000\,000 / a$
- m : w = 86% : 14%
- Gipfel im 5. Lebensjahrzehnt
- 98% Kaukasier
- Sporadische Fälle
- Assoziation mit DRB1*13, DQB1*06

Wann klinischer Verdacht?

Bauchschmerzen, Gewichtsverlust, Durchfälle

Arthralgie, RF-negative (wandernde) Polyarthritits ohne Ansprechen auf Immunsuppressiva – kann schon vor GI Beschwerden auftreten

Unerklärte ZNS-Symptome

Frühe kognitive Defizite

FUO

Chronische Serositis

Lymphadenopathie

Klinische Manifestationen

Klassischer Morbus Whipple

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

Atypischer Morbus Whipple

- ZNS Affektion (siehe blaue Box)
- Lymphadenopathie
- Arthralgie / Arthritis
- Endokarditis
- Pleuritis

Andere Manifestationen

- Akute Gastroenteritis*
- Akute Bakteriämie mit Husten / Pneumonie**
- Asymptomatische Träger

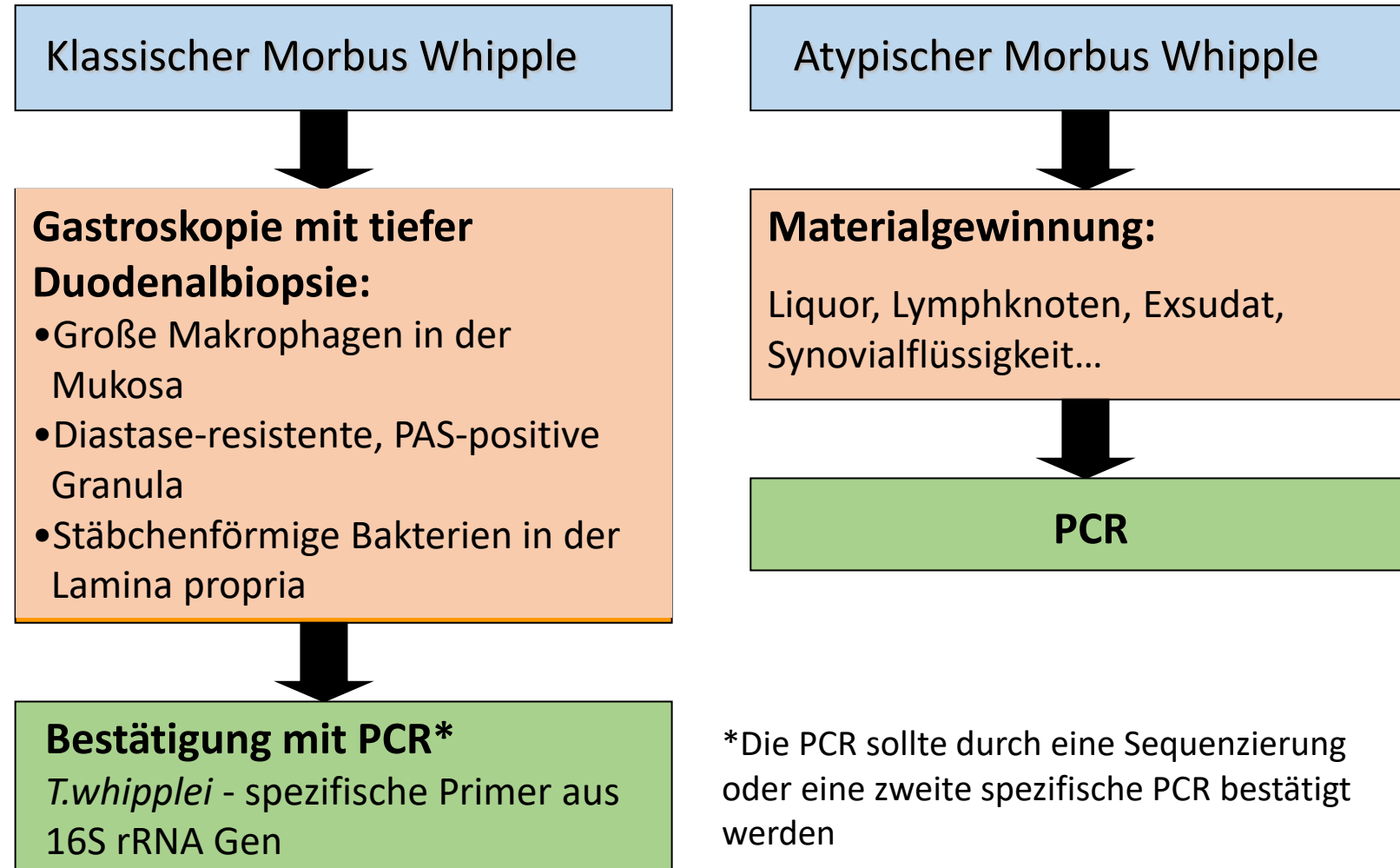
ZNS Affektion

- Demenz, Konfusion
- Okulomastikatorische Myorhythmie
- Okulofaziale Myorhythmie
- Zerebelläre Ataxie

**T. whipplei* im Stuhl bei 15% der Kindern (2-4a) mit akuter Gastroenteritis in Frankreich (vs. 0% bei Kontrollen)

** *T. whipplei* im Stuhl bei 15% der Kindern (2-4a) mit akuter Gastroenteritis in Frankreich (vs. 0% bei Kontrollen)

Diagnostik M. Whipple



*Die PCR sollte durch eine Sequenzierung oder eine zweite spezifische PCR bestätigt werden

Therapie M. Whipple

Klassischer M. Whipple (ohne ZNS-Beteiligung)

Doxycyclin 2 x 100mg täglich

Hydroxychloroquin 2 x 200mg täglich 12 Monate

Moos V. et al. Lancet Infect Dis. 2025 Jul;25(7):788-800

M. Whipple mit ZNS-Beteiligung

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

danach

TRIMETHOPRIM – SULFAMETHOXAZOL (TMP-SMX) 160/800
mg 2 x 1 täglich 12 Monate

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