

Welche klinischen Zeichen sprechen für eine Mononukleose?

m -- Ebell MH, Call M, Shinholser J et al. Does this patient have infectious mononucleosis?: the rational clinical examination systematic review. JAMA 2016 (12. April); 315: 1502-9

[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Renato L. Galeazzi

Die Mononukleose (Epstein-Barr Virus-Infektion) mit einer Häufigkeit von ungefähr 6-8 Fällen pro 1000 Personenjahre ist eine der häufigsten Erkrankungen von jungen Erwachsenen. Eine möglichst rasche und sichere Diagnose durch klinische Untersuchung und Praxis-basierte Labortests ist wichtig, um frühzeitig die korrekte Behandlung sicherzustellen. Dabei geht es insbesondere darum, unnötige Antibiotikagaben zu vermeiden. Antikörpertests sind am Anfang der Krankheit und bei sehr jungen Erkrankten häufig falsch negativ und daher nicht hilfreich. In der vorliegenden systematischen Übersichtsarbeit wird die diagnostische Wertigkeit klinischer Befunde in der Praxis untersucht.

Für den Zeitraum von 1945 bis 2015 wurden 11 Studien gefunden, welche die diagnostische Genauigkeit von Anamnese, klinischer Untersuchung und/oder Leukozytenzahl hinsichtlich der Diagnose Mononukleose bei Personen mit Halsschmerzen (mit oder ohne Fieber) untersuchten. Es handelte sich dabei um sehr unterschiedliche Studien (prospektive oder retrospektive Beobachtungsstudien, teilweise auch Fallserien) – allerdings durften sie nicht als Fall-Kontroll-Studie konzipiert sein und mussten die Berechnung von Spezifität und Sensitivität erlauben. Von den klinischen Zeichen hatten insbesondere vergrößerte nuchale Lymphknoten (Spezifität 87%), axilläre oder inguinale Lymphknoten (Spezifität 82-91%) und die Anwesenheit von Petechien am Gaumen (Spezifität 95%) eine gute Voraussagekraft für das Vorliegen einer Mononukleose. Gute Werte ergaben sich auch für das Vorliegen einer vergrößerten Milz oder Leber. Die beste Aussagekraft hatte jedoch der Prozentsatz atypischer Lymphozyten im Blutbild: Für einen Anteil von 10% atypischen Lymphozyten betrug die «positive likelihood ratio» 11 (Spezifität 92%) und für einen Anteil von 40% gar 50 (Spezifität 100%) – das bedeutet, dass die Vortestwahrscheinlichkeit, ausgedrückt als «odds ratio» durch ein positives Testresultat 11-mal bzw. 50-mal erhöht würde. (Die Auswirkungen auf die Vortestwahrscheinlichkeit ausgedrückt als «probability» hingegen müsste anhand eines Nomogramms ermittelt werden. Siehe dazu «Glossar zu den klinischen Studien: <http://bit.ly/29LZpel>). Ein hoher Anteil an atypischen Lymphozyten macht die Diagnose Mononukleose also äusserst wahrscheinlich.

Es ist sehr verdienstvoll, die Wertigkeit der klinischen Untersuchung zu quantifizieren, kann diese doch einerseits zur richtigen Diagnose führen, andererseits aber auch zu einer verbesserten Vortestwahrscheinlichkeit, welche für die akkurate Interpretation von Laborresultaten oder Befunden bildgebender Untersuchungen unbedingt nötig ist. Die Verantwortlichen dieser Studie waren sich bewusst, dass das unterschiedliche Alter der

erfassten Studien (die älteste stammte aus dem Jahre 1960, die jüngste aus 2013) und die Qualitätsunterschiede die Genauigkeit der Daten beeinträchtigen, und haben diese mit der nötigen Sorgfalt analysiert sowie mit der nötigen Vorsicht interpretiert.

Zusammengefasst und kommentiert von Renato L. Galeazzi