

# Rasche Progredienz eines neurologischen Beschwerdebildes bei erwachsener Person

Lukas Hänel<sup>1</sup>, Christoph Hauser<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medbase Bern Zentrum

<sup>2</sup> infectiocura AG Bern

**Zusammenfassung:** Masern ist eine hochansteckende Viruserkrankung, deren Häufigkeit seit Einführung der Impfung in der Schweiz Mitte der 1970er-Jahre deutlich zurückging. Aufgrund ungenügender Impfquoten treten jedoch weiterhin lokale Ausbrüche auf. Erwachsene haben ein höheres Risiko für Komplikationen. Der vorliegende Fall einer Patientin mit akuter postinfektiöser Masernenzephalitis trotz anamnestisch vorhandenen Masernimpfschutzes unterstreicht die zentrale Bedeutung der Impfprävention. Im hausärztlichen Alltag besteht die Chance, die gegen Masern ungeimpften Personen zu detektieren und zu einem vollständigen Impfschutz zu begleiten.

**Schlüsselwörter:** Masern, akute postinfektiöse Enzephalitis, Impfung

## Rapid progression of neurological symptoms in an adult

**Abstract:** Measles is a highly contagious viral disease whose incidence has declined significantly since the introduction of vaccination in the mid-1970s. However, local outbreaks continue to occur due to insufficient vaccination rates. Adults are at higher risk of complications. The present case of a patient with acute post-infectious measles encephalitis despite a history of presumed measles vaccination underscores the critical importance of vaccination as a preventive measure. In everyday general practice, there is an opportunity to identify individuals who have not been vaccinated against measles and to guide them toward achieving full vaccination coverage.

**Keywords:** Measles, acute post-infectious encephalitis, vaccination

## Anamnese

Eine 44-jährige Patientin stellte sich bei uns in der hausärztlichen Gruppenpraxis vor: initial wegen unklarer Müdigkeit und Rückenschmerzen seit einigen Wochen. Ihr Energielevel sei tief, und sie fühle sich schlapp. Am Morgen sei sie leicht febril gewesen und habe in den letzten Nächten Nachtschweiss gehabt (Jahreszeit: Winter). Das Körpergewicht sei stabil. Physiotherapie gegen die Rückenschmerzen wurde verordnet (Myogelose Musculus rhomboideus rechts und Musculus levator scapulae rechts) und Blut abgenommen. In der Nachkontrolle bzw. in der Besprechung der Laborresultate am Tag 5 berichtete sie über Fieber seit knapp vier Tagen mit maximal 39.3°C, Grippesymptome mit laufender Nase und einem trockenen Husten. Zudem bestand eine Dysurie ohne Pollakisurie. Sie hatte auch seit dem Vortag einen nicht juckenden Ausschlag im Gesicht, am Dekolleté, Rücken und vereinzelt an den Armen (Abb. 1 und Abb. 2). Anamnestisch habe sie alle Kinderimpfungen gehabt. Sie sei in einem ehemaligen Ostblockland aufgewachsen und mit etwa vier Jahren in die Schweiz gezogen. Hier habe der Kinderarzt ebenso alle empfohlenen Kinderimpfungen durchgeführt. Das Impfbüchlein war nicht verfügbar. Die Reiseanamnese war bland, ebenso die Umgebungsanamnese.

## Klinischer Befund

Die Patientin zeigte sich an Tag 5 in leicht reduziertem Allgemeinzustand und normalem Ernährungszustand. Aurikulär hatte sie eine Temperatur von 38.3°C. Auf



Abb. 1: Exanthem vom Kinn und Dekolleté Tag 5



Abb. 2: Exanthem vom Rücken Tag 5

den ersten Blick fiel ein dicht stehendes, erythematöses, makulopapulöses, teils konfluierendes Exanthem an Gesicht und am Dekolleté auf. In der Untersuchung zeigte sich dieses Exanthem auch am Rücken. An den Armen waren einzelne unscharf begrenzte livid-erythematöse Makulae ohne Blasen- oder Krustenbildung vorhanden. Enoral zeigte sich an den Wangen ein rotes makulopapulöses Exanthem mit zentralen weisslichen Tüpfchen und ein geröteter Pharynx ohne Beteiligung der Tonsillen. Es bestand keine zervikale Lymphadenopathie. Die Nierenlogen waren beidseits klopfndolent. Auskultatorisch fanden sich unauffällige Befunde für Herz und Lunge, aber es zeigte sich eine Tachykardie von 100/Minute.

## Diagnostik

Die Laborresultate (Tab. 1) zeigten folgenden Verlauf von Tag 1 zu Tag 5: eine Leukozytopenie von 2.6 auf 3.0 g/l steigend (Normwert: 4–10 g/l). Das CRP (C-reaktives Protein) war von 8.4 mg/l auf 42 mg/l (Normwert: < 10mg/l) angestiegen. TSH (Thyreoida-stimulierendes Hormon), Ferritin und Vitamin B12 waren normwertig. Im Urin zeigten sich viele Erythrozyten, Ketone sowie eine Spur von Leukozyten und Proteinen. Weitere Laborwerte wurden vorerst nicht bestimmt.

## Differenzialdiagnosen

Bei der Erstvorstellung waren wir von oberen Rücken- und Schultergürtelschmerzen sowie einem möglichen Eisen- und/oder Vitamin-B12-Mangel mit möglicher Anämie ausgegangen. Mit Auftreten eines febrilen Exanthems wurde das differenzialdiagnostische Spektrum erweitert. In Betracht gezogen wurden primär virale Exanthemerkrankungen, darunter Masern, Röteln, Dreitagefieber, Ringelröteln, Varizellen, Mononukleose oder Covid-19. Des Weiteren könnten bakterielle Ursachen wie Scharlach, eine Meningokokken-Sepsis oder eine Sekundärsyphilis differenzialdiagnostisch erwogen werden. Medikamentös-toxische oder allergische Genesen könnte man ebenso in Betracht ziehen. Eine Arzneimittelreaktion war jedoch aufgrund fehlender Medikamenteneinnahme auszuschliessen. Auch anamnestisch ergaben sich keine Hinweise für ein allergisches Geschehen. Immunologische Differenzialdiagnosen wie ein Kawasaki-Syndrom, ein systemischer Lupus erythematodes oder ein adulter Morbus Still waren aber aufgrund der klinischen Konstel-

lation sehr unwahrscheinlich. Der Verlauf am Tag 5 war aber klar hinweisend auf eine Masernerkrankung, obwohl anamnestisch alle Kinderimpfungen gemacht worden waren. Es könnte sich also um einen Impfdurchbruch handeln oder die Angaben zur anamnestischen Masernimpfung waren nicht verlässlich.

## Diagnose

Aufgrund des auffälligen Exanthems und der typischen Symptome bestand der Verdacht auf eine Masernerkrankung. Zur Beschwerdelinderung wurde am Tag 5 eine symptomatische Therapie mit Paracetamol und abschwellenden Nasentropfen eingeleitet. Masern-IgM und -IgG (Immunglobulin M und G) wurden abgenommen, und eine telefonische Nachkontrolle in der Folgeweche wurde geplant. Masern-IgM war mit 3.10 eindeutig erhöht (Normbereich < 0.90) und Masern-IgG negativ. Damit war die Diagnose einer Masernerkrankung gestellt.

Am Tag 7 bemerkte der Ehemann Fieber und eine zunehmende Verlangsamung bei der Patientin. Die Symptome verschlechterten sich am Tag 8 mit Wortfindungsstörungen, Verwirrtheit und schliesslich Apathie. Die notfallmässige Vorstellung erfolgte im universitären Zentrumsspital. Es zeigten sich ein GCS von 14 und eine Orientierung nur zur eigenen Person sowie starke Verlangsamung und linksseitige Ataxie. Eine Computertomographie des Schädels war bland und zeigte keine Ischämie-, Blutungs- oder Hirndruckzeichen. Ein Röntgenbild des Thorax war ebenso bland, eine Masernpneumonie damit praktisch ausgeschlossen. Eine Lumbalpunktion zeigte eine mononukleäre Pleozytose (35 Zellen/ $\mu$ l). Die Patientin wurde mit hochgradigem Verdacht auf eine akute postinfektiöse Masernenzephalitis (APME) stationär auf die Intensivstation aufgenommen. Das Resultat der Masern-PCR im nasopharyngealen Abstrich war positiv und bestätigte die Diagnose der Masern und damit den hochgradigen Verdacht auf eine akute postinfektiöse Masernenzephalitis. Die Liquor-PCR muss dafür nicht positiv sein bei meist geringer Virusmenge und primär immunvermittelter Pathogenese.

## Therapie und Verlauf

Im Spital wurde eine empirische Therapie mit intravenösem Ceftriaxon und Aciclovir begonnen. Weniger als 24 Stunden nach der Vorstellung auf der Notfallstation waren die Symptome erfreulicherweise deutlich rückläufig, und die erweiterte Diagnostik auf zentralnervöse Virusinfektionen blieb negativ, sodass die antibiotische und antivirale Therapie wieder gestoppt wurde. Gegen Abend des Tag 9 konnte die Patientin von der Intensivstation auf eine Normalstation verlegt werden. Weiterhin erfolgte eine symptomatische Therapie mit Analgesie wegen Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen. Am Tag 11 konnte die Patientin in gutem Allgemeinzustand das Spital verlassen. Glücklicherweise wurden keine Residualschäden festgestellt.

| Laborwerte  |         |       |       |
|-------------|---------|-------|-------|
| Tab. 1      |         |       |       |
| Laborwerte  | Einheit | Tag 1 | Tag 5 |
| Leukozyten  | g/l     | 2.6   | 3.0   |
| CRP         | mg/l    | 8.4   | 42.0  |
| TSH         | mU/l    | 1.55  | –     |
| Ferritin    | mcg/l   | 99    | –     |
| Vitamin B12 | pmol/l  | 242   | –     |

**Key Message**

Ein unbewusster und unbeabsichtigter unvollständiger Impfschutz gegen Masern kann schwere Komplikationen verursachen, wie zum Beispiel eine akute postinfektiöse Masernenzephalitis. Die hausärztliche Praxis ist wohl ein guter Ort, um mögliche Masernimpflücken zu entdecken und die Patienten und Patientinnen vom Nutzen der Impfung, aber auch über die möglichen Nebenwirkungen aufzuklären. In diesem hier vorgestellten Fall kam es nach einem kurzen intensivmedizinischen Aufenthalt rasch zu einer Besserung mit glücklicherweise restitutio ad integrum.

**Verlauf nach Spitalaustritt**

In der Nachsorge beim Hausarzt zeigte sich nach Analyse der beiden Impfbüchlein aus der Kindheit, dass gegen Masern wohl nie geimpft wurde und nach Umzug in die Schweiz davon ausgegangen wurde, dass die Patientin Masern durchgemacht hatte, aufgrund der anamnestischen Angaben der Mutter. Die Patientin erhielt im Alter von 17 Jahren eine singuläre Rötelnimpfung (Rubeaten®) ohne Masernschutz. Dies lässt sich nur dadurch erklären, dass man von einer durchgemachten Masernerkrankung ausgegangen war.

**Kommentar**

Kaum eine Krankheit ist so ansteckend wie die Masern. Angesichts der schweren Verläufe und Komplikationen überraschen die sinkenden Impffzahlen in vielen Ländern (1). Immer mehr Länder – auch im Umkreis der Schweiz – verlieren den Status der Masernfreiheit. Auch die Schweiz hat eine ungenügende Impfquote gegen Masern, und dies führt immer wieder zu Aufflackern von Masernherden. Die Impfquote mit den empfohlenen zwei Dosen der Masernimpfung ist 2024 in der Schweiz mit 93 % bei den 2-Jährigen und mit 95 % bei den 16-Jährigen (2) zu niedrig, sodass es 2024 zu 96 Masernfällen (3) gekommen ist. Eine akute postinfektiöse Masernenzephalitis hat eine Mortalität von circa 20 % (4). Dieser Fall zeigt eindrücklich, dass ein falsch angenommener Masernimpfschutz eine trügerische Sicherheit vortäuschen kann.

**med. pract. Lukas Hänel**

Medbase Bern Zentrum  
Schwanengasse 10  
3011 Bern  
lukas.haenel@medbase.ch

**+ Interessenkonflikte**

Die Autoren haben keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel deklariert.

**DOI:** <https://doi.org/10.23785/PRAXIS.2026.07.004>

**Abkürzungen**

**APME** akute postinfektiöse Masernenzephalitis  
**CRP** C-reaktives Protein  
**IgG** Immunglobulin G  
**IgM** Immunglobulin M

**PCR** Polymerase Chain Reaktion

**TSH** Thyreoidea-stimulierendes Hormon

**Historie**

Manuskript eingegangen: 05.01.2026

Angenommen nach Revision: 24.06.2026

**Literatur**

1. Do LAH, Mulholland K. Measles 2025. N Engl J Med. 2025 Jun 25. doi: 10.1056/NEJMra2504516. Epub ahead of print. PMID: 40561553.
2. <https://www.bag.admin.ch/de/kantonales-durchimpfungsmonitoring-schweiz> unter Dokumente: «Durchimpfung von 2-, 8- und 16-jährigen Kindern und Jugendlichen in der Schweiz, 1999-2024», XLSX vom 12.Juni 2025, letzter Zugriff: 22.03.2026
3. <https://www.bag.admin.ch/de/bag-bulletin> unter Archiv: BAG-Bulletin 52/25, PDF vom 22. Dezember 2025 (Stand am Ende der 50. Woche (15.12.2025)), letzter Zugriff: 22.03.2026
4. Ferren, M.; Horvat, B.; Mathieu, C. Measles Encephalitis: Towards New Therapeutics. Viruses 2019, 11, 1017. <https://doi.org/10.3390/v11111017>