

Heidrun Müllner

Ulzeroglanduläre Tularämie – „Lampenfieber“

Abteilung für Dermatologie, Klinik Landstrasse, Wiener Gesundheitsverbund

Jahrestagung der ÖADF in Wien, ERSTE Campus Wien, 29.-31. Mai 2025

Ein 69-jähriger Patient mit bekannter Diabeteserkrankung stellte sich im November 2023 mit hohem Fieber (bis 39,5 °C), generalisierten Myalgien, Arthralgien und einem erheblichen Gewichtsverlust (–10 kg) vor. Auffällig war zudem eine schmerzlose Ulzeration mit zentraler Nekrose im Bereich des rechten Schulterblatts, die seine Ehefrau als ersten kutanen Hinweis bemerkte. Die initiale Behandlung durch den Hausarzt umfasste eine topische Kombination aus antimykotischer, antibiotischer und kortisonhaltiger Creme sowie systemisch Cefuroxim über 14 Tage. Trotz Antibiotikatherapie blieb das Fieber bestehen, weshalb der Patient zur weiterführenden Abklärung zugewiesen wurde.

Die dermatologische Inspektion ergab ein ca. 2 cm großes, fibrinbelegtes Ulkus mit lokaler Rötung, das im weiteren Verlauf Zeichen der Abheilung zeigte. Laborchemisch zeigten sich eine CRP-Erhöhung (88 mg/L) und eine leichte Leukozytose. In der Bildgebung fanden sich ein Perikarderguss sowie eine suspekta Raumforderung im Bereich der Prostata mit zystisch-soliden Anteilen und vergrößerten pelvinen Lymphknoten. Eine Endokarditis wurde echokardiographisch ausgeschlossen. Aufgrund der Kombination aus persistierendem Fieber, peripherer Ulzeration, Lymphadenopathie, Prostata-Raumforderung und Perikarditis wurde die Differenzialdiagnose ausgeweitet.

Anamnestisch stellte sich heraus, dass der Patient passionierter Jäger ist – ein Hinweis, der den Verdacht auf eine Zoonose lenkte. Im Rahmen der weiteren Diagnostik wurde eine Stanzbiopsie der Hautläsion entnommen. Histologisch zeigten sich ein entzündliches Infiltrat mit Lymphozyten, neutrophilen Granulozyten und nekrotischen Arealen. Molekulargenetische Analysen (PCR) auf *Francisella tularensis*, *Rickettsia* und *Bartonella* aus Gewebe und Abstrich blieben zunächst negativ. Auch Blutkulturen zeigten keinen Erregernachweis. Schließlich führte eine serologische Untersuchung zur Diagnose: IgM- und IgG-Antikörper gegen *Francisella tularensis* waren deutlich erhöht.

Die Diagnose einer ulzeroglandulären Tularämie mit begleitender Perikarditis wurde gestellt. Initial ambulant mit Doxycyclin begonnen, wurde der Patient nach Diagnosesicherung stationär aufgenommen und auf Ciprofloxacin umgestellt – insbesondere aufgrund der fraglichen Prostatabeteiligung. Der klinische Verlauf unter dieser Therapie war komplikationslos, Entzündungswerte gingen zurück. Eine PCR aus dem Blut war bei Verlaufskontrolle – erwartungsgemäß – negativ.

Heidrun Müllner

Ulceroglandular tularemia – “stage fright”

Department of Dermatology, Clinic Landstrasse, Vienna Health Network

Annual Conference of the ÖADF in Vienna, Erste Campus Vienna, May 29–31, 2025

A 69-year-old man with known diabetes mellitus presented in November 2023 with high fever (up to 39.5 °C), myalgia, arthralgia, and unintended weight loss of 10 kg. His wife had noted a reddish lesion with a central black necrotic core in the right axillary region. The primary care physician initiated empirical treatment with topical corticosteroids, antifungals, and antibiotics, as well as systemic cefuroxime for 14 days, later extended due to persistent fever.

Upon dermatological examination, a 2 cm ulcer with fibrinous debris and perifocal erythema was noted, with signs of early healing. Laboratory findings included elevated CRP (88 mg/L) and mild leukocytosis. Imaging revealed a pericardial effusion, a complex prostate mass with both solid and cystic components, and enlarged pelvic lymph nodes. Echocardiography ruled out endocarditis. The constellation of persistent fever, cutaneous ulceration, lymphadenopathy, pericarditis, and a suspicious prostatic lesion prompted a broadened diagnostic approach.

A crucial clue was uncovered during history-taking: the patient was an avid hunter. With zoonoses now considered, a skin biopsy was performed. Histology showed dermal inflammation with lymphocytes, neutrophils, and necrotic areas. PCR testing for *Francisella tularensis*, *Rickettsia*, and *Bartonella* from both tissue and swabs returned negative, as did blood cultures. However, serology revealed markedly elevated IgM and IgG titers against *Francisella tularensis*, confirming the diagnosis of ulceroglandular tularemia with pericardial involvement.

Initial outpatient treatment with doxycycline was replaced by ciprofloxacin after hospitalization, given the suspected prostatic involvement. The patient improved rapidly, and inflammatory markers declined. Follow-up PCR from blood was negative as expected. Unfortunately, he did not return for scheduled prostate MRI.

Tularemia is a rare zoonotic infection caused by *Francisella tularensis*, a gram-negative facultative intracellular bacterium. Only the holarctica subtype is relevant in Central Europe. Transmission occurs via direct contact with infected animals, arthropod vectors, contaminated water, or inhalation—fewer than 15 bacteria can initiate

Leider erschien der Patient nicht zu weiterführender MR-Prostata-Bildgebung.

Tularämie ist eine seltene, hochinfektiöse Zoonose, verursacht durch das gramnegative, fakultativ intrazelluläre Bakterium *Francisella tularensis*. In Österreich kommt fast ausschließlich der Subtyp *tularensis holarctica* vor. Die Übertragung erfolgt über direkten Tierkontakt, kontaminiertes Wasser, Arthropoden oder inhalativ – bereits 10–15 Keime genügen zur Infektion. Klinisch unterscheidet man mehrere Verlaufsformen: am häufigsten die (ulcero-)glanduläre, gefolgt von oropharyngealen, okuloglandulären, intestinalen und pulmonalen Formen. Letztere zeigen eine deutlich höhere Letalität.

Therapeutisch gelten Doxycyclin und Ciprofloxacin als Mittel der Wahl, bei schweren Verläufen kann eine Kombination mit Gentamicin i.v. notwendig sein. Die Kultivierung von *Francisella* ist aufgrund spezieller Nährstoffanforderungen schwierig, weshalb die Diagnose häufig serologisch erfolgt. In Österreich wurde bisher nur ein Todesfall dokumentiert (2024), und zwar im Rahmen einer pulmonalen Verlaufsform mit Multiorganversagen trotz ECMO-Therapie. Die Fallzahlen nehmen seit Jahren zu – v. a. in Ober- und Niederösterreich sowie Wien.

Dieser Fall unterstreicht die Relevanz einer gezielten Anamnese und erweitert das klinische Spektrum möglicher Infektionen bei febrilen ulzerierenden Hautveränderungen. Besonders bei Risikogruppen wie Jägern oder Landwirten sollte an Tularämie gedacht werden – insbesondere wenn klassische Erregerdiagnostik negativ bleibt.

Redaktionelle Erstellung: Unter Zuhilfenahme von KI (siehe Impressum)

Wir danken Frau Dr. Müllner für die Durchsicht des Beitrages

Korrespondenz: editors@skinonline.at

infection. Clinical forms vary by transmission route, with ulceroglandular and glandular variants being most common. Pulmonary and intestinal forms are associated with higher mortality.

First-line treatments include doxycycline or ciprofloxacin, with intravenous gentamicin reserved for severe cases. Culture is technically challenging due to nutrient requirements and prolonged incubation, making serology the most reliable diagnostic modality. In Austria, rising case numbers have been observed, particularly in Upper and Lower Austria and Vienna. Only one fatal case has been recorded to date—an elderly patient with pulmonary tularemia who succumbed to multiorgan failure despite ECMO therapy in 2024.

This case illustrates how a seemingly banal skin ulcer may represent a sentinel lesion in systemic zoonotic disease. In febrile patients with atypical ulcers and rural or hunting exposure, tularemia should be considered—particularly when routine microbiology is inconclusive.

Editorial production: With the help of AI (see legal notice, impressum)

We would like to thank Dr. Müllner for reviewing this article.

Correspondence: editors@skinonline.at

<https://doi.org/10.61783/oegdv10738>



Abbildung. A) Ulceronekrotische Hautveränderung im Bereich der rechten Schulter 2 Wochen nach Beginn der Symptome.

B) Nach antibiotischer Behandlung

Figure. A) Ulcerative necrotic skin lesion in the area of the right shoulder 2 weeks after onset of symptoms. B) After antibiotic treatment.