

Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

1/97

Influenza – gegenwärtige Situation

Nordamerika: In den **USA** sind in den letzten Wochen – regional unterschiedlich – vermehrt Influenza-Erkrankungen aufgetreten. In drei Bundesstaaten wurde über eine breitflächige Ausbreitung, in 10 Bundesstaaten über örtliche Ausbrüche berichtet. Bis Mitte Dezember wurden bei 7.000 virologischen Untersuchungen 321 Befunde erhoben, die eine Influenzavirus-Infektion belegten (98 % Typ A, nur 2 % Typ B). Von 76 Influenza-A-Isolaten gehörten 75 zum Subtyp H3N2 und eines zum Subtyp H1N1. Ebenso haben in **Kanada** die ARE im Laufe der letzten Wochen stärker zugenommen. Mit Ausnahme eines Influenza-B-Stammes gehörten alle Isolate zum Typ A und – soweit bisher weiter typisiert – zum Subtyp H3N2.

Europa: In **Frankreich** hat sich der beobachtete sprunghafte Anstieg von Grippeerkrankungen in der 50. Kalenderwoche fortgesetzt. Die epidemische Schwelle wurde deutlich überschritten. Erste Schwerpunkte lagen im Süden (Raum Lyon) und in Paris, jedoch war eine Tendenz zur weiträumigen Ausbreitung erkennbar. Nach vorläufigen Schätzungen ist mit einer höheren Morbidität als 1995/96 zu rechnen. In **Spanien** führte eine weitere Zunahme der Grippeerkrankungen zu einer epidemischen Situation in einigen Landesteilen (u. a. in Madrid), ebenso im Westen und Südwesten der **Schweiz**. Auch in **Portugal** war die aktuelle Morbidität bereits höher als im Vorjahr. In **Belgien**, **England** sowie in **Rußland** wurde eine vermehrte Zirkulation von Influenzaviren durch erste Isolate belegt. Im fernöstlichen Teil Rußlands läuft eine Influenza-Epidemie ab.

Die Virusisolate aus Westeuropa und Rußland (St. Petersburg) wurden bisher überwiegend als Influenza-A-(H3N2)-Viren subtypisiert und entsprachen nach den gegenwärtig vorliegenden Befunden der Variante >A/Wuhan/359/95<. Stämme der Variante >A/Wuhan/359/95< waren zuerst im September 1995 in China beobachtet worden und wurden in dieser Saison weltweit erwartet. Daher gehören sie zu den Komponenten des aktuellen Impfstoffes. – Influenza-B-Viren und A-(H1N1)-Stämme spielen bisher nur eine untergeordnete Rolle.

Deutschland: Die im Rahmen des Sentinels der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) gewonnenen Daten wiesen bis Ende Dezember einen Anstieg der ARE-Morbidität in den beteiligten pädiatrischen und allgemeinmedizinischen Praxen aus, der den jahreszeitlichen Erwartungswerten in epidemiefreien Jahren entspricht. Der ARE-Anteil lag in der dritten Dezemberwoche insgesamt bei 10,0 % (pädiatrische Praxen 22,0 %, allgemeinmedizinische Praxen 7,3 %). Am Jahresende hat sich in den Praxen erfahrungsgemäß der Anteil der Akut-Patienten erhöht. Die Ergebnisse der Labordiagnostik sprechen bisher für ein heterogenes Erregerspektrum. Es wurden vermehrt *Mycoplasma-pneumoniae*-Infektionen, daneben Adenovirus-, Parainfluenzavirus- und RSV-Infektionen nachgewiesen. Aus einer Reihe von Praxen wurde

Diese Woche:

Influenza-Situation

**Leistungsangebote
der Nationalen
Referenzzentren/
Konsiliarlaboratorien
werden benannt**

**Ausbruch von
Meningokokken-
Erkrankungen in
Großbritannien (Wales)**

**Ebola-Fieber
in Gabun: Update**

**Fallbericht:
Flughafen-Malaria
in Genf**

**UNO-Publikation
zur Labordiagnostik
der Streptokokken
der Gruppe A**

Sachwortregister 1966

7. Januar 1997

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

über typische grippale Symptome berichtet, einige sporadische Erkrankungen wurden serologisch als Influenza A und B bestätigt. Damit ist eine gewisse, in dieser Jahreszeit nicht ungewöhnliche Influenza-Aktivität vorhanden, die aber keine Schlüsse auf einen möglichen Ausbruch erlaubt. Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza

liegen noch keine Influenzavirus-Isolate aus dieser Saison vor, bis jetzt sind auch keine Isolate in anderen Viruslaboratorien bekannt geworden.

Quellen: WHO Genf, WER 50/96: 383f (13.12.96); WHO, EMC, 3.1.97; Berichte der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) v. 18.12.96 und 30.12.96; Information des NRZ für Influenza am RKI

Leistungsangebote der Nationalen Referenzzentren liegen vor - Bekanntgabe von Konsiliarlaboratorien folgt

Im jetzt zurückliegenden Jahr 1996 wurden die Nationalen Referenzzentren (NRZ), die nach Einschätzung der dazu befragten Kommission Infektionsepidemiologie am RKI zur Überwachung wichtiger Infektionserreger gegenwärtig in Deutschland benötigt werden, neu benannt. Die jeweiligen Leistungsangebote für behandelnde Ärzte, medizinische Laboratorien und Gesundheitsbehörden wurden im *Epidemiologischen Bulletin* in loser Folge veröffentlicht. Nach Abschluß dieser Serie geben wir jetzt noch einmal eine Übersicht mit den Fundstellen der einzelnen Beiträge in der Reihenfolge ihres Erscheinens:

NRZ für:	Ausgabe	Seite
Masern, Mumps, Röteln	15/96	101
Poliomyelitis- u. a. Enteroviren	17/96	115
Salmonellen u.a. bakterielle Enteritisserreger	17/95	115f
Mykobakterien	18/96	121f
Staphylokokken	19/96	129f
Retroviren	22/96	151
Krankenhaushygiene	23/96	157
Hepatitis-C-Viren	25/96	170
Influenza	37/96	254
Humane Papillomaviren	42/96	285
Meningokokken	44/96	305
Streptokokken	49/96	339

In Ergänzung der Nationalen Referenzzentren hat die Kommission Infektionsepidemiologie am Robert Koch-Institut in ihrer Sitzung im Oktober 1996 empfohlen, für eine Reihe weiterer Erreger, für die aufgrund der vorgegebenen Kriterien keine Nationalen Referenzzentren ausgeschrieben wurden, sog. »Konsiliarlaboratorien« einzurichten. Damit sollen für weitere klinisch und epidemiologisch bedeutsame Infektionserreger fachlicher Rat und ggf. Hilfsangebote verfügbar gemacht werden. Der Empfehlung der Kommission folgend, werden in Abstimmung mit den Fachgesellschaften für die Bereiche Virologie, Bakteriologie, Mykologie und Parasitologie Laboratorien benannt werden, die bei Fragen im Zusammenhang mit bestimmten Erregern, Infektionen oder Erkrankungen gezielt angesprochen werden können. Des weiteren sollen auch syndromorientierte Konsiliarlaboratorien für die Bereiche gastrointestinale, respiratorische sowie importierte Infektionen benannt werden. Damit soll dem Bedürfnis der Kliniker Rechnung getragen werden, bei Patienten mit unklarer Symptomatik und der Vermutung einer infektiösen Erkrankungsursache nach Rücksprache mit diesen Laboratorien gezielt eine Erregersuche zu veranlassen. – Die Benennung der Konsiliarlaboratorien wird voraussichtlich im ersten Quartal des Jahres 1997 abgeschlossen werden. Das RKI wird dann unmittelbar eine Liste dieser Laboratorien mit ihrem Leistungsangebot veröffentlichen.

Ein Ausbruch von Meningokokken-Erkrankungen in Cardiff (Großbritannien)

Innerhalb von zwei Wochen sind im November 5 Studenten der Universität von Wales in Cardiff an einer bakteriologisch bestätigten Meningokokkeninfektion erkrankt (nähere Angaben zum klinischen Bild liegen nicht vor). Bei zwei von drei erkrankten Frauen nahm die Erkrankung einen tödlichen Verlauf. Die Bestätigung der Diagnose erfolgte in drei Fällen durch die Isolierung von Meningokokken, die der Serogruppe C, dem Serotyp C2a und dem Subtyp P1.5 zugeordnet wurden. Bei den übrigen beiden Erkrankten wurde ein Antigennachweis mittels der PCR geführt. Die erkrankten Studenten gehörten verschiedenen Studienrichtungen und -jahrgängen an. Vier der Erkrankten wohnten in dem gleichen Studentenheim, auch der fünfte hielt sich häufiger dort auf. – In dem betroffenen Wohnheim leben 750 Studenten. Diesen sowie weiteren ermittelten Personen mit unmittelbarem Kontakt zu dem Studentenheim wurden eine Chemoprophylaxe (einmalige Gabe von 500 mg Ciprofloxacin) und eine Schutzimpfung, die im Falle der Serogruppe C möglich ist, angeboten. Begleitend wurde gründlich informiert und aufgeklärt, wie auch der einheimischen Presse unter Überschriften wie »Kußverbot in Wales ...« zu entnehmen war.

Quelle: CDR Weekly, London, 49/96: 311 (6.12.96)

Kommentar: Wie bei dem kürzlich beschriebenen Ausbruch in der Stadt Remscheid (s. *Epid. Bull.* 46/96: 318f) handelt es sich um ein Cluster von Erkrankungsfällen innerhalb eines bestimmten Personenkreises und eines bestimmten Zeitraumes. Weder vorher noch nachher wurden in der Umgebung Meningokokken-Erkrankungen beobachtet. Erreger waren *Neisseria-meningitidis*-C2a-Stämme (wie z. B. auch bei dem Ausbruch in Remscheid im Herbst 1996 und bei verschiedenen Ausbrüchen in Tschechien 1993 bis 1995), die offenbar eine besondere Virulenz aufweisen. – Die Chemoprophylaxe mit Ciprofloxacin ist wirksam, aber in Deutschland nicht üblich. Hier gilt Rifampicin als das Mittel der Wahl. Auch wurde der Einsatz der Schutzimpfung im unmittelbaren Zusammenhang mit kleineren Ausbrüchen von Erkrankungen durch die Serogruppe C in Deutschland bisher nicht ausdrücklich empfohlen, erscheint aber bei einer raschen Typisierung des Erregers im unmittelbaren Umfeld der Erkrankten sinnvoll. – Der Antigennachweis mit der PCR und die molekulare Typisierung sind wichtige neue Me-

thoden (s.a. Leistungsangebot des Nationalen Referenzzentrums für Meningokokken, *Epid. Bull.* 44/96: 305). Sie sind besonders geeignet für die Abklärung epidemiologischer Zusammenhänge und die Ermittlung infizierter

Kontaktpersonen im Rahmen von Ausbrüchen sowie auch für die Bestätigung der Diagnose bei Erkrankten, die schon vor der Einweisung in ein Krankenhaus mit Antibiotika anbehandelt wurden.

Ebola-Fieber-Ausbruch in Gabun setzte sich noch fort

Beginnend mit einer ersten Erkrankung im Juli 1996 war es im Nordosten Gabuns, im Raum Booué (Provinz Ogooué-Ivindo), zu einem Ausbruch von Ebola-Fieber gekommen, der am 10. Oktober von der WHO bestätigt worden war (s.a. *Epid. Bull.* 42/96 und 49/96). Die Gesundheitsbehörden Gabuns hatten Ende November angenommen, daß der Ausbruch abgeklungen wäre. Dies hat sich als Fehleinschätzung erwiesen. Zu den 27 Erkrankungen (davon 19 Sterbefälle), die bis zum 25.11. aufgetreten waren, kamen bis zum 24. Dezember noch 25 weitere Erkrankungsfälle hinzu, von denen bis zum Jahresende 21 einen tödlichen Verlauf nahmen. Damit umfaßt dieser Ausbruch nun 52 Erkrankungen (darunter 40 mit einem tödlichen Ausgang). Es zeigte sich, daß doch nicht alle Kontaktpersonen erfaßt worden waren und einige auch die

Region des Ausbruchs verlassen hatten. So umfaßt die Fortsetzung des Ausbruchs im Dezember auch Erkrankungen außerhalb der Provinz Ogooué-Ivindo, weiter südlich in Lastourville (Provinz Ogooué-Lolo) und in der Hauptstadt Libreville. In Libreville erkrankten und starben zwei Kinder, die an der Beerdigung eines an Ebola-Fieber Verstorbenen in Booué teilgenommen hatten. – Die Maßnahmen zur Bekämpfung des Ausbruchs wurden mit internationaler Unterstützung erneut intensiviert. Zum Jahresbeginn waren noch 185 Kontaktpersonen in medizinischer Überwachung (davon 92 im Raum Booué und 93 in Libreville).

Quellen: WHO, EMC, 24.12.96 u. 2.1.97; WHO *Epidemiological Bulletin* 20. – 26.12.96

Fallbericht: Flughafen-Malaria in Genf

Zu einer Malariaerkrankung im Juli 1996 in Genf, bei der alle Umstände dafür sprechen, daß es sich um einen weiteren Fall von Flughafen-Malaria handelt, wurden jetzt Einzelheiten bekannt. Am 16. Juli 1996 starb im Genfer Kantons-Hospital nach einem Krankheitsverlauf von nur wenigen Tagen ein 54jähriger Mann an einer Infektion durch *Plasmodium falciparum*. Die Erkrankung hatte zunächst mit Symptomen nach Art einer Grippe begonnen. Der Patient wurde einige Tage später mit Fieber und Tremor in die Klinik aufgenommen. Es bestanden eine Anämie und Thrombozytopenie. Im weiteren Verlauf kam es zu Krampfanfällen, einer Schocksymptomatik und zum Nierenversagen. Trotz einer maximalen Therapie, u. a. mit intravenöser Chiningabe, starb der Patient zwei Tage nach der Aufnahme.

Auf der Suche nach der Ansteckungsquelle wurden im Laufe der Ermittlungen eine Auslandsreise, eine Bluttransfusion und eine Injektion von Drogen ausgeschlossen. Der Patient (ein Briefträger) lebte in Chambésy, etwa 2,5 km vom internationalen Flughafen Genf-Cointrin entfernt, so daß er sehr wahrscheinlich durch eine auf dem Luftwege aus einem Malariaendemiegebiet importierte infektiöse Mücke angesteckt wurde. Demnach müßte die Mücke den vorgeschriebenen Insektizideinsatz im Flugzeug überstanden haben und ihr Überleben in der Umgebung des Flughafens wäre durch die sommerlichen Temperaturen begünstigt worden, die zu dieser Zeit in Genf herrschten. Für den Betroffenen wirkte sich ungünstig aus, daß die Erkrankung zunächst als Grippe eingeschätzt wurde und die Einweisung in ein Krankenhaus dadurch relativ spät erfolgte.

Quelle: WHO Genf, WER 47/96: 358 v. 22.11.96

Kommentar zu diesem Erkrankungsfall: Malaria ist in Europa schon verschiedentlich im Umfeld internationaler Flughäfen aufgetreten. Allein in der Schweiz wurden 1970–1972 im Raum Zürich vier und im Sommer 1989 in Genf fünf solcher Erkrankungsfälle entdeckt. – Ein ande-

res Beispiel für importierte Malaria sind zwei Erkrankungen von Klärwerksarbeitern in Berlin im August 1994, die nach Auffassung der behandelnden Ärzte am wahrscheinlichsten durch infektiöse Mücken im Gepäck von Tropenheimkehrern entstanden sind (C. F. Mantel et al.: *Plasmodium falciparum malaria acquired in Berlin, Germany*, *Lancet* 1995, 346: 320).

Es soll daher daran erinnert werden, daß – wenngleich auch selten – Malariaerkrankungen unter bestimmten Umständen ohne vorherige Reise in die Tropen auftreten können. Daher sollte bei Fieber unklarer Ursache auch eine Untersuchung zum Nachweis von Plasmodien erwogen werden, ganz besonders bei Personen, die in Flughafennähe leben bzw. sich dort kürzlich aufhielten (oder in den letzten drei Wochen eine Bluttransfusion erhalten haben).

Neue Publikation der WHO:

Labordiagnostik von Infektionen durch Streptokokken der Gruppe A

Die WHO kündigt das Erscheinen eines Buches zu den Infektionen durch Streptokokken der Gruppe A und ihrer Labordiagnose an. Führende Experten stellten Einzelheiten zum Erscheinungsbild und zum Verlauf der Infektionen und zu den Methoden der Labordiagnostik von der Anzucht bis zu molekularbiologischen Techniken zusammen. Es sind mehr als 60 Labormethoden enthalten und mit praktischen Instruktionen versehen. Adressaten sind Kliniker, Personal in medizinisch-diagnostischen und Forschungslaboratorien sowie Epidemiologen.

Laboratory Diagnosis of Group A Streptococcal Infections. World Health Organization, Geneva, 1996; ISBN 92-4-54495-3, Bestellnummer 1150441 (englisch, 111 Seiten, Preis: 32,- sFr.).

In eigener Sache: Sachwortregister 1996

Dieser Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* liegt, wie angekündigt, ein 4seitiges Sachwortregister für das Jahr 1996 bei.