

# Epidemiologisches Bulletin

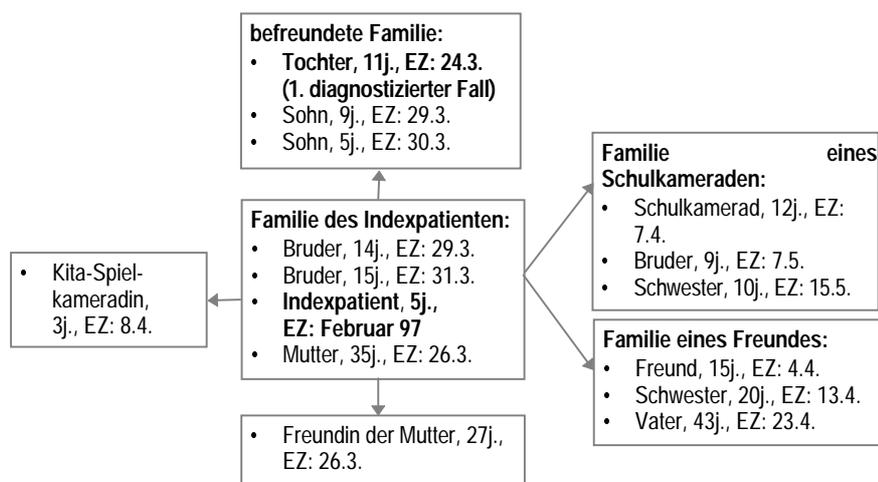


**Aktuelle Daten und Informationen  
zu Infektionskrankheiten**

**22/97**

## Hepatitis-A-Häufung in einer Kleinstadt

In einer Kleinstadt Sachsen-Anhalts ereigneten sich, ausgehend von einer im Anschluß an eine Auslandsreise im Februar 1997 aufgetretenen subklinischen Hepatitis-A-Erkrankung, von Ende März bis Mitte Mai insgesamt 15 Erkrankungen, deren Zusammenhänge durch Kontakte untereinander aufgeklärt werden konnten (Abb. 1). 13 der Erkrankungsfälle betrafen vier Familien. Als Indexerkrankung wird ein 5jähriger Junge angesehen, der sich mit seiner Mutter bis zum 7. Februar drei Wochen in Pakistan aufgehalten hatte und nach der Rückkehr lediglich an leichten rezidivierenden Durchfällen erkrankt war. Ikterus fehlte, so war an eine Hepatitis nicht gedacht worden. Retrospektiv wurde die subklinische Erkrankung serologisch als Hepatitis A bestätigt. In dieser Familie erkrankten im Laufe des März ferner die Mutter und zwei ältere Brüder. Inzwischen waren in einer anderen, aber mit der ersten eng befreundeten Familie zwischen dem 24. und dem 30. März drei Kinder erkrankt. Die gemeinsame Hausärztin bemühte sich um die Aufklärung der Übertragungswege und stellte fest, daß es sich hier um Kontakterkrankungen handelte. Ausgehend von der ›Indexfamilie‹ entstanden weitere Kontakterkrankungen bei der Freundin der Mutter, einem Kind in einer Kindertagesstätte sowie über einen Freund und einen Schulkameraden (je drei Erkrankungen in deren Familien). Mit Ausnahme der Kontakterkrankung bei dem Kita-Kind wurden alle Erkrankungsfälle serologisch bestätigt.



**Abb. 1** Hepatitis-A-Häufung ausgehend von einer importierten Infektion, Februar bis Mai 1997 (EZ = Erkrankungszeitpunkt)

## Diese Woche:

**Hepatitis-A-Häufung  
in einer Kleinstadt  
Sachsen-Anhalts**

**Q-Fieber in der  
Schwangerschaft**

**Neuer  
Malaria-Schnelltest:  
Möglichkeiten  
und Grenzen**

**Update:  
Lassa-Fieber  
in Sierra Leone**

**Mitteilungen:  
• 19. Ausgabe des  
CRM-Handbuchs  
• Broschüre  
›Krankheitsüberträger  
Zecken‹**

**30. Mai 1997**

ROBERT KOCH  
**RKI**  
INSTITUT

Die Hepatitis A verlief bei 12 von 15 Erkrankten ikterisch. Im Vordergrund der klinischen Symptomatik standen allgemeines Unwohlsein, Oberbauchbeschwerden und leichtes Fieber. In zwei Fällen kam es zusätzlich zu massivem Erbrechen. Alle ikterisch Erkrankten wurden im Krankenhaus behandelt. – Das Gesundheitsamt klärte nach dem Bekanntwerden der ersten Erkrankung am 24. März im Zusammenwirken mit den beteiligten Hausärzten die verschiedenen Infektketten auf, informierte die Betroffenen (u. a. Einsatz eines Informationsblattes) und veranlaßte Desinfektionsmaßnahmen. Immunglobulingaben und einzelne Schutzimpfungen wurden von den beteiligten Hausärzten bei betroffenen Familienangehörigen durchgeführt. Darüber hinaus erhielten die Schüler einer Schulklasse Immunglobulin. Da das Geschehen sich erst im Laufe der Ermittlungen allmählich abzeichnete und mehrere Erkrankungen erst nachträglich als solche erkannt wurden, waren diese

Schutzmaßnahmen nicht vollständig und konnten auch nicht in allen Fällen rechtzeitig wirksam werden.

Diese Hepatitis-A-Häufung verdeutlicht vor allem zweierlei: Gesundheitliche Störungen – auch geringfügiger Art – im Anschluß an Auslandsreisen (Fernreisen!) sollten nach Möglichkeit Beachtung finden und ärztlicherseits Anlaß zu differentialdiagnostischen Erwägungen und Maßnahmen sein. Und: Unsere alltäglichen Hygienegewohnheiten sind offensichtlich nur sehr bedingt geeignet, eine fäkal-orale Übertragung bestimmter Erreger (z. B. Hepatitis-A-Viren, Shigellen) zu verhindern. Daraus ergeben sich Aufgaben für die Gesundheitserziehung und Aufklärung.

Für die Angaben zu diesem Geschehen danken wir den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes Sangerhausen, besonders dem Amtsarzt Herrn H.-G. Thieme und Frau A. Dulz, sowie Frau Dr. H. Oppermann, Hygiene-Institut Sachsen-Anhalt in Magdeburg.

## Q-Fieber in der Schwangerschaft

Vor einiger Zeit (*Epid. Bull.* 4/97: 19–21) hatten wir anlässlich der abgeschlossenen Untersuchung eines Q-Fieber-Ausbruchs in Rollshausen, Hessen, auf das endemische Vorkommen von Q-Fieber in Deutschland hingewiesen. Dazu erreichte uns eine Zuschrift, in der in diesem Zusammenhang ergänzend auf eine spezielle Gefährdung aufmerksam gemacht wird:

In den letzten Jahren wurde wiederholt auf das Problem der *Coxiella-burnetii*-Infektion in der Schwangerschaft hingewiesen.<sup>1-5</sup> *C. burnetii* vermehrt sich nicht nur im Trophoblasten verschiedener Nutztiere – auch Infektionen bei Katze und Hund sind möglich –, sondern auch in der menschlichen Plazenta, wodurch es zur Übertragung auf den Feten kommt.<sup>1,2</sup> Die Häufigkeit von Q-Fieber in der Schwangerschaft ist abhängig von den epidemiologischen Gegebenheiten. So wurde beispielsweise aus Südfrankreich (Martiques) mit 1/540 Geburten eine sehr hohe Inzidenz von Q-Fieber berichtet.<sup>5</sup> Die Infektion kann als akute Infektion ablaufen oder bei Persistenz des Erregers in der Schwangerschaft reaktiviert werden.<sup>2</sup> In etwa der Hälfte der Fälle ist die Infektion in der Schwangerschaft asymptomatisch. Verläuft die Infektion symptomatisch, kommt es zur Frühgeburtlichkeit oder zum Abort. Es muß

ferner darauf hingewiesen werden, daß es bei der Geburt eines mit *C. burnetii* infizierten Kindes zur Ansteckungsgefahr für die Hebamme oder den Gynäkologen kommt.<sup>4</sup> Da Q-Fieber auch in Deutschland endemisch auftritt, sollte bei Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei intrauterinem Fruchttod auch an die Möglichkeit dieser Infektion gedacht werden.

Für diese Mitteilung danken wir Herrn PD Dr. T. F. Schwarz, Zentrallabor der Stiftung Juliusspital, Würzburg.

1. Bental T, Fejgin M, Rzotkiewicz S, Oron C, Nachum R, Beyth Y, Lang R: Chronic Q fever of pregnancy presenting as *Coxiella burnetii* placentitis: successful outcome following therapy with erythromycin and rifampicin. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 1318–1321
2. Friedland JS, Jeffrey I, Griffin GE, Booker M, Courtenay-Evans R: Q fever and intrauterine death. *Lancet* 1994; 343: 288
3. Kaplan B, Rabinerson D, Ben-Ari S, Neri A, Merlob P: An isolated case of Q fever during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 848–849
4. Raoult D, Stein A: Q fever during pregnancy – a risk for women, fetuses, and obstetricians. *N Engl J Med* 1994; 330: 371
5. Stein A, Raoult D: Q fever in pregnancy: a public health problem in Southern France. 36. Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, New Orleans, Louisiana, 15. – 18.09.1996, Abstract K62

## Neuer Malaria-Schnelltest: Möglichkeiten und Grenzen

In den letzten Wochen wurde der Öffentlichkeit ein neuer immunochromatographischer Malaria-Schnelltest aus Australien vorgestellt. Dabei ist teilweise der Eindruck entstanden, dieser Test könne die Malariaphylaxe ersetzen; das ist aber keineswegs der Fall. Es gibt Hinweise darauf, daß bei Ärzten und Apothekern eine gewisse Unsicherheit bezüglich dieses Testes besteht.

Es handelt sich um einen unabhängig von einem Labor einfach durchzuführenden immundiagnostischen Test, mit dem ein im Blut zirkulierendes *Plasmodium-falciparum*-Antigen (Pf HRP-2) qualitativ in Vollblut bestimmt wird. Bezogen auf die Ergebnisse der mikroskopischen Malaria-Diagnose im »dicken Tropfen« konnte für den Schnelltest in Feldstudien bei Malaria tropica eine ausreichend hohe

Sensitivität und Spezifität nachgewiesen werden. So ist ein positiver Testbefund praktisch ein Beweis für das Vorliegen einer Malaria tropica. Entscheidend für die Diagnose bleibt aber der Nachweis der Malariaparasiten im Blutausstrich. Eine mikroskopische Blutuntersuchung zusätzlich zum Test ist auch insoweit immer angezeigt, als mit dem Test nur *Pl. falciparum* erfaßt wird, nicht aber die anderen Malariaerreger, die in den Infektionsgebieten in sehr unterschiedlichen Anteilen koexistieren, teilweise überwiegen (wie z. B. in Vietnam) oder nahezu ausschließlich vorkommen (wie in Zentral- oder Südamerika). Abhängig von der Region kann demzufolge die Aussagekraft eines negativen Befundes recht unterschiedlich sein.

Der Test ergänzt die diagnostischen Möglichkeiten. Vorteilhaft ist, daß z. B. bei nach Auslandsaufenthalten häufiger zu beobachtendem Fieber relativ rasch ein differentialdiagnostischer Fortschritt erreicht werden kann, indem zunächst die schwerste und wichtigste Form der Malaria – die Malaria tropica – wahrscheinlich gemacht oder ausgeschlossen wird. Zu betonen ist aber, daß – zumindest unter den Bedingungen in Deutschland – die Diagnose oder der Ausschluß einer der drei Formen der Malaria Sache eines Arztes mit spezieller fachlicher Erfahrung ist und daß dazu die Auswertung eines mikroskopischen Präparates (>dicker Tropfen<) gehört.

Ein technisch begründeter Nachteil des Schnelltests ist, daß die Haltbarkeit der verwendeten Test-Karten sowie des Reagenz derzeit vom Hersteller mit einem Jahr nach Produktion angegeben wird, sich aber diese Haltbarkeitsdaten jeweils auf Lagerungsbedingungen bei 2–8°C beziehen. Bei längerer Lagerung bei Raumtemperatur oder bei tropischen Temperaturen kann sich die Haltbarkeit u. U. verkürzen. Eine bei einwandfreier Funktion der Test-Karte bzw. des Reagenz sichtbare Kontroll-Linie verhindert jedoch die Fehlinterpretation von Ergebnissen einer unvollständigen Reaktion.

Mit dem neu verfügbaren Schnelltest müssen noch praktische Erfahrungen gesammelt werden, um seinen Wert in der Palette der diagnostischen Möglichkeiten end-

gültig beurteilen zu können. Nach bisherigem Erkenntnisstand kann der Test verwendet werden:

- durch den Arzt in der Praxis bei Verdacht auf Malaria tropica zur raschen Orientierung,
- ggf. auch durch einen vorher durch einen Arzt gut aufgeklärten Reisenden in Malariagebiete als Entscheidungshilfe in der Frage des Einsatzes einer mitgeführten Standby-Notfallmedikation gegen eine *Pl.-falciparum*-Infektion. Hier gibt bei einer entsprechenden Symptomatik allerdings nur der positive Ausfall des Testes Sicherheit, daß die Chemotherapie notwendig ist; bei negativem Ausfall bleibt die Möglichkeit einer anderen Form der Malaria, die ggf. auf Verdacht hin behandelt werden muß. Auch in diesen Fällen sollte sobald wie möglich ein Arzt erreicht werden.

*Für diesen Beitrag wurden Teile einer Stellungnahme des Centrums für Reisemedizin (CRM), Düsseldorf, in »Reisemed. aktuell 8/97 vom 25.04.97 und Angaben der Hersteller verwendet. Für seine Beratung danken wir Herrn Dr. K.-J. Volkmer, Facharzt f. Innere Medizin – Tropenmedizin, Buchholz/Nordheide (Mitarbeiter des CRM).*

*Literaturhinweis: Garcia M, Kirimoama S, Marlborough D, Leafasia J, Rieckmann KH: Immunochromatographic test for malaria diagnosis. Lancet 1996; 347: 1549*

## Update: Lassa-Fieber in Sierra Leone

Kürzlich wurde darüber berichtet, daß sich in dem westafrikanischen Staat Sierra Leone seit Anfang 1997 wieder ein größerer Lassa-Fieber-Ausbruch entwickelt hat (*Epid. Bull.* 19/97: 130–131). Die WHO teilt dazu jetzt mit, daß von Januar bis April hauptsächlich in der Ostprovinz, im Raum Kenema, insgesamt 353 Erkrankungen registriert wurden, von denen 43 tödlich ausgingen. Nachdem im März noch 147 neue Erkrankungsfälle zu verzeichnen waren, wurden im April nur noch 47 weitere Fälle gemeldet. Allerdings ist noch fraglich, ob es sich um einen echten Rückgang handelt, weil eine kurzzeitige Schließung des Krankenhauses in Kenema und das Wiederaufflackern ziviler Unruhen die Erfassung und Berichterstattung beeinträchtigt haben könnten. Kenema (mit rund 50.000 Einwohnern viertgrößte Stadt des Landes) verfügt über eine gut ausgestattete Isolierabteilung und in der Isolationspflege (*barriere nursing*) erfahrenes Personal. In der Hauptstadt Freetown, in der ebenfalls einzelne an Lassa-Fieber Erkrankte medizinische Hilfe suchten, wird jetzt gleichfalls eine Isolierabteilung errichtet; dabei werden die in Kenema gesammelten Erfahrungen genutzt.

Die Regierung Sierra Leones arbeitet gemeinsam mit der WHO und der Hilfsorganisation MERLIN daran, die weitere Ausbreitung des Lassa-Fiebers im Lande zu begrenzen und einen adäquaten Umgang mit Verdachtsfällen zu sichern. Das nationale Bekämpfungsprogramm wird fortgeführt, der Leiter des Projektes ist vor Ort in Kenema tätig. Ein Teil des Programmes widmet sich der Bekämpfung der für die Übertragung wichtigen Nager. Die Behandlung der an Lassa-Fieber Erkrankten mit Ribavirin ist nach einer Unterbrechung von einigen Wochen nach dem Eintreffen neuer Lieferungen jetzt wieder möglich. Es soll dezentral verfügbar gehalten werden, um im Bedarfsfall rascher helfen zu können. Zur Vorbereitung auf die Möglichkeit weiterer Ausbrüche wird ein landesweites Trainingsprogramm für Mitarbeiter des Gesundheitswesens organisiert.

Es wurde schon darauf hingewiesen, daß eine Ansteckungsgefahr für Reisende nur bei direktem Kontakt zu Körperflüssigkeiten eines manifest Erkrankten besteht.

*Quelle: WHO Genf, EMC, 22.05.97*

### 19. Ausgabe des CRM-Handbuches zur reisemedizinischen Beratung erschienen

Die erweiterte und überarbeitete 19. Ausgabe des CRM-Handbuches für den Zeitraum Mai–Oktober 1997 liegt beim Centrum für Reisemedizin (CRM) in Düsseldorf vor. Das Handbuch richtet sich an Ärzte und Apotheker und kann beim

Centrum für Reisemedizin (CRM)  
Oberrather Straße 10  
40472 Düsseldorf  
Tel.: 0211/90 42 90, Fax: 0211/90 42 999

bezogen werden (Lieferbedingungen bitte dort erfragen).

### Broschüre »Krankheitsüberträger: Zecken« erschienen

Das Deutsche Grüne Kreuz und das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV) haben eine aktuelle Broschüre über Zecken und die durch sie übertragenen Krankheiten Lyme-Borreliose und FSME herausgegeben. Sie ist gegen Einsendung eines adressierten und mit DM 3,— frankierten Rückumschlags für DIN A5 beim BgVV, Thielallee 81–88, 14195 Berlin, erhältlich.