

Epidemiologisches *Bulletin*



Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten und Public Health

42/99

Zur Häufigkeit und zur Bedeutung der Histoplasmose
Zwischenbericht zum Survey der Europäischen Gesellschaft für Medizinische
Mykologie (ECMM)

Über die Erhebungen der Europäischen Gesellschaft für Medizinische Mykologie (ECMM) zu ausgewählten Mykosen – so auch der Histoplasmose – in Europa wurde bereits im Epidemiologischen Bulletin 41/97 (S. 287) berichtet. (Im Epid. Bull. 37/99: 276–277 erschien eine kurze Übersicht zur Histoplasmose.) Die aktuelle Erhebung der ECMM zur Histoplasmose läuft seit Januar 1998, stützt sich auf die Mitarbeit von Klinikern und Laboratorien mit spezieller Erfahrung und erfasst retrospektiv auch Histoplasmosen, die seit Januar 1995 beobachtet wurden. Da die Auswertung des europäischen Surveys zur Histoplasmose noch einige Zeit in Anspruch nehmen wird und noch möglichst vielen Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit zur Beteiligung an der Erhebung gegeben werden soll, wird im Folgenden ein Zwischenbericht zum aktuellen Stand des Histoplasmose-Surveys gegeben:

Histoplasma capsulatum, der Erreger der Histoplasmose, gehört zu den obligat pathogenen Mykose-Erregern und kommt beim Menschen in zwei Varietäten, der var. *capsulatum* und der var. *duboisii* vor, die jedoch nur histologisch definitiv voneinander zu unterscheiden sind. – Bekannte Endemiegebiete von *H. capsulatum* liegen außerhalb Europas. Eine Infektion wird in der Regel aerogen erworben bei Erregerkontakt, z. B. in Hühnermiststätten und Fledermaushöhlen (s. *Epid. Bull.* 37/99). Daten zu importierten Histoplasmosen lagen bislang nicht vor.

Für den Zeitraum von Januar 1995 bis September 1999 wurden insgesamt 50 Personen mit *H.-capsulatum*-Infektion registriert, 45 aus Deutschland, drei aus der Schweiz und zwei aus Österreich. Alle Personen, bei denen eine Auslandsanamnese erhoben wurde (47/50), hatten sich außerhalb Europas mit *H. capsulatum* infiziert (s. Tab. 1).

Diese Zahlen über erkannte *H.-capsulatum*-Infektionen lassen keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Häufigkeit von Infektionen mit diesem Erreger zu, da die Histoplasmose bei Personen ohne prädisponierendes Grundleiden in der Regel klinisch inapparent oder als »grippaler Infekt« verläuft, der sich vorwiegend in der Lunge manifestiert. Genauere Aussagen zur Verbreitung der Infektionen können immunepidemiologisch mittels Intrakutan-Testen gewonnen werden. Dies wurde z. B. in bestimmten Endemiegebieten in den USA genutzt, dabei wurde zum Teil eine Durchseuchung von 80–90 % ermittelt. In Nichtendemiegebieten verbietet sich eine solche Untersuchung, weil sie zu störender Serokonversion führen könnte.

Die im ECMM-Survey erfassten Daten zur Histoplasmose ermöglichen Aussagen zur Alters- und Geschlechtsverteilung, zu dispositionellen Faktoren (Immunstatus und Grundleiden), zu eingesetzten diagnostischen Methoden und zum Verlauf der Infektionen sowie auch zu möglichen Quellen der Infektion. Von den Erkrankten waren 14 weiblichen und 36 männlichen Geschlechts. Erkrankungen

Diese Woche:

Histoplasmose:
ECMM-Survey
(Zwischenbericht)

In eigener Sache:
Internetpräsentation
des RKI neu gestaltet

Quartalsstatistik II/99:
Zusätzliche Meldungen zu
Infektionskrankheiten aus
bestimmten
Bundesländern

22. Oktober 1999

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

kamen in allen Altersklassen vor, eine besondere Häufigkeit bestand im 4. Lebensjahrzehnt (s. Tab. 2). Das Manifestationsspektrum reichte von akuten oder chronischen pulmonalen Infektionen (z. T. bereits abgelaufen) bis zu dissemierten Infektionen. Bei zwei Patienten wurde eine isolierte Haut-Histoplasmose diagnostiziert.

Afrika	13
Mittelamerika	18
Südamerika	11
Nordamerika (USA)	3
Asien	2
Australien	1
»Endemiegebiet«	1

Tab. 1 Im ECMM-Survey ermittelte Histoplasmose (47 von 50 Erkrankungsfällen, bei denen die Auslandsanamnese bekannt war) nach den Gebieten der Infektion (Mehrfachnennungen sind enthalten)

Jahre	Anzahl
≤ 10	1
11 – 20	2
21 – 30	9
31 – 40	23
41 – 50	4
51 – 60	6
61 – 70	3
> 70	2

Tab. 2 Im ECMM-Survey ermittelte Histoplasmose-Erkrankungen (N = 50) nach dem Alter

Die *Histoplasma*-Infektion setzt im Gegensatz zu anderen Mykosen keine Abwehrschwäche voraus, wird aber durch bestehende Grundleiden begünstigt. 30 der 50 der erfassten Personen waren zum Zeitpunkt der Infektion gesund (s. Tab. 3). Unter verschiedenen Grunderkrankungen prädestinierte an erster Stelle eine HIV-Infektion für eine disseminierte Histoplasmose, die häufig als Reaktivierung einer früheren Infektion zu werten war. Im Survey sind seit 1995 regelmäßig drei bis vier disseminierte Histoplasmosen pro Jahr bei Patienten mit AIDS erfasst worden. Die Herkunft dieser Patienten zeigt jedoch, dass heute Reaktivierungen latenter Histoplasmosen bei HIV-Infizierten, die unter regelmäßiger antiretroviraler Therapie stehen, eine Rarität geworden sind. Gegenwärtig werden lebensbedrohende disseminierte Histoplasmosen zunehmend bei den AIDS-Patienten aus Afrika, die in Europa in stationäre Behandlung kommen, diagnostiziert. Bei zwei von 17 Patienten mit disseminierter Infektion wurde die Diagnose erst nach dem Tode bei der Autopsie gestellt.

	retrospektiv erfasst 1/95–12/97	prospektiv erfasst 1/98–9/99	insgesamt erfasst 1/95–9/99
ohne Grunderkrankung	N = 25 12	N = 25 18	N = 50 30
HIV-Infektion	11	6	17
anderes Grundleiden	2	1	3

Tab. 3 Im ECMM-Survey ermittelte Histoplasmose (N = 50) nach Grunderkrankungen

In eigener Sache: <http://www.rki.de> – Internetpräsentation des Robert Koch-Instituts neu gestaltet

Das Robert Koch-Institut hat seine Angebote im Internet komplett überarbeitet. Über 4.000 Seiten, die inzwischen in das Netz gestellt worden sind, haben es notwendig gemacht, die Navigation der Präsentation so zu strukturieren, dass sie besser auf die Bedürfnisse der Adressaten eingestellt ist. Zugleich erhielten die Internetseiten eine dem neuen Corporate Design des Robert Koch-Instituts angepasste Gestaltung. Die Seiten wurden bewusst informations- und inhaltsbezogen gestaltet, auf überflüssige

Die labordiagnostische Bestätigung einer Histoplasmose erfolgte sowohl direkt (kulturell oder histologisch) als auch indirekt durch den Nachweis spezifischer Antikörper (s. Tab. 4). Bei 16 der 50 Erkrankungsfälle wurde *Histoplasma capsulatum* kulturell nachgewiesen.

Direkter Nachweis einer Histoplasmose:	Histologie	27
	Kultur	16
Indirekter Nachweis einer Histoplasmose:	Antikörpernachweis (ID, KBR, Western Blot)	28

Tab. 4 Im ECMM-Survey ermittelte Histoplasmose nach eingesetzten diagnostischen Verfahren (Mehrfachnennungen sind enthalten)

Sofern Patienten mit einer pulmonalen Histoplasmose einer antimykotischen Therapie bedurften, wurde in der Regel mit Itraconazol therapiert. Bei disseminierten Histoplasmosen wurde in der Regel mit Amphotericin B behandelt, zur Suppressionstherapie bei Immunschwäche am häufigsten Itraconazol eingesetzt.

Die Dunkelziffer unerkannter *Histoplasma-capsulatum*-Infektionen ist unvergleichbar höher als bei der Kryptokokkose. Dies ist einerseits durch den in der Regel gutartigen, selbstlimitierenden Verlauf bedingt. Pathologen sehen nicht selten Residuen pulmonaler Histoplasmome als Zufallsbefunde. Andererseits gibt es Probleme der Diagnostik (außereuropäisch erworbenen Mykosen werden oft nicht in differentialdiagnostische Erwägungen einbezogen) und der Erfassung (das Netzwerk der am Survey Beteiligten ist lückenhaft). So wurde in einigen Bundesländern während der letzten fünf Jahre kein einziger Patient mit einer Histoplasmose bekannt.

Die aktuelle Erhebung der ECMM zur Histoplasmose in Europa ist bis Ende 1999 befristet. Kliniker, Mikrobiologen und Pathologen werden daher noch einmal gebeten, entsprechende Kasuistiken – auch retrospektiv – zu übermitteln. Für Deutschland ist geplant, in Zusammenarbeit des RKI mit der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft auch in Zukunft diagnostizierte Histoplasmosen und Kryptokokkosen zu erfassen und jährlich zu veröffentlichen.

Ansprechpartner für außereuropäische Systemmykosen ist im RKI Frau Dr. Kathrin Tintelnot, Konsiliarlabor für *Cryptococcus neoformans*, *Pseudallescheria boydii*/Scedosporium sp. und Erreger außereuropäischer Systemmykosen (Nordufer 20, 13353 Berlin; Tel.: 0 18 88 / 754-2208, Fax: -2614). Unter dieser Adresse werden auch Fallberichte entgegengenommen.

An der vorgestellten ECMM-Studie haben bisher mitgearbeitet: H. Knechten (Aachen); U. Futh, W. Heise, M. Hussels, K.S. Khouw, Fr. Marini-Sariannidis, K. Tintelnot (Berlin); A. Sahlbrandt, Ch. Woll (Bottrop); B. Baumgarten, (Erlangen); H. Schöfer (Frankfurt); U. Degen (Halle); Hr. Heine, I. Sobottka, H. Sudeck, A. Wywiol (Hamburg); F. A. Mosthaf (Karlsruhe); P. Harten (Kiel); P. Nenoff, St. Schubert (Leipzig); Th. Grünwald (Minden); A. Morresi-Hauff, Hr. Pusch, Hr. Sklarek, O. Weeg (München-Gauting); F. Strahlendorf-Elsner (Neumünster); K. Erkens, U. Kaben (Rostock); R. Braun (Stuttgart); K. Fleischer, H. Klinker, M. Weig (Würzburg); G. Schär (Zürich); A.-C. Guex (Basel); B. Willinger, S. Knapp, E. Presterl (Wien).

Gestaltungsmerkmale wurde verzichtet. Die Überarbeitung wurde durch zahlreiche Hinweise und Beiträge aus dem Institut, aber auch aus dem Kreis der Nutzer gefördert.

Damit offeriert das Robert Koch-Institut als Leiteinrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und als zentrale Forschungs- und Referenzeinrichtung auf dem Gebiet der biomedizinischen Wissenschaften, insbesondere der

Infektionsmedizin und Infektionsepidemiologie, seine Arbeitsergebnisse jetzt in einer Weise, die den Möglichkeiten des Mediums Internet gerechter wird und dadurch den Nutzern Vorteile bietet. Einige wenige Beispiele aus dem breit gefächerten Angebot sind die Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommission (neu unter: rki.de/GESUND/PRAEV/IMPFEN/STIKO.HTM), die Steckbriefe seltener und importierter Infektionserreger, Daten zu HIV und AIDS einschließlich der aktualisierten HIV-Therapie-Richtlinien und die Daten der Dachdokumentation Krebs. Mit der Rubrik »Gesundheitsberichterstattung« wird ein neuer Themenschwerpunkt aufgebaut, der künftig fortlaufend aktuelle Daten und Fakten zum gesundheitlichen Status der deutschen Bevölkerung anbieten soll. Das vom Robert Koch-Institut wöchentlich herausgegebene Epidemiologische Bulletin kann jetzt vom Jahrgang 1997 an bis zur jeweils letzten Ausgabe auch über das Internet gelesen werden (Sachwortregister bzw. Suchmaschine folgen).

Schon bisher wurde das Internet-Informationsangebot des Robert Koch-Instituts offensichtlich gut genutzt, allein im August 1999 wurden mehr als 380.000 Zugriffe registriert. Die Nutzungsstatistik der Internetpräsentation gibt Hinweise für die weitere Vervollkommnung. Die Mitarbeiter des RKI möchten mit diesem von ihnen erarbeiteten und ständig aktualisierten Angebot zu Themen des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsforschung auch über das Internet einen möglichst breiten Kreis von Interessenten und Kooperationspartnern erreichen und aus dem erwarteten Feedback Nutzen für die eigene Arbeit ziehen. Ansprechpartner sind zum einen das Referat »Kommunikation, Presse, Öffentlichkeitsarbeit«, speziell die Pressestelle, die für die Internetpräsentation insgesamt verantwortlich ist, sowie zum anderen die für den jeweiligen Inhalt verantwortlichen Wissenschaftler des RKI. Weitere Möglichkeiten eines Dialogs sind über info@rki.de oder das Gästebuch auf der Homepage gegeben.

Seltene meldepflichtige und andere Infektionskrankheiten in bestimmten Bundesländern								Stand: 13.9.99		
14.–26. Woche 1999 II. Quartal								Anzahl		u. Inzidenzrate pro 100.000 Einw.
Krankheit	Berlin	Brandenburg	Mecklenburg	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Thüringen	Summe	kumulativ		kumul. Diff. % Vorjahr
								1999	1998	
»Kinderkrankheiten«										
Pertussis		70	2	66	4	18	160	352	397	-11,34
		2,720	0,111	1,459	0,148	0,726	1,136			
Scharlach		365		1066	333	236	2000	4336	4680	-7,35
		14,184		23,571	12,326	9,523	16,293			
Masern		4	5	6	47	4	66	89	23	
		0,155	0,277	0,133	1,740	0,161	0,469			
Röteln		39		25	25	10	99	206	219	-5,94
		1,516		0,553	0,925	0,404	0,703			
Mumps		12	7	20	14		53	121	125	-3,20
		0,466	0,387	0,442	0,518		0,376			
Akute resp. Erkrankungen										
Influenza		79	95	223	13	54	464	2799	1546	81,05
		3,070	5,255	4,931	0,481	2,179	3,295			
darunter Typ A		66	74	138	8	36	322	1841	1259	46,23
		2,565	4,093	3,051	0,296	1,453	2,286			
darunter Typ B		13	21	85	5	16	140	923	287	221,60
		0,505	1,162	1,880	0,185	0,646	0,994			
darunter Typ A+B						2	2	35		
						0,081	0,014			
RS-Virus-Inf.		6	43	4	1		54	304	113	169,03
		0,233	2,379	0,088	0,037		0,383			
Parainfluenza-Virus-Inf.		11	21	11	35	3	81	303	246	23,17
		0,427	1,162	0,243	1,295	0,121	0,575			
Adenovirus-Inf.		1	45	5	3	3	57	231	271	-14,76
		0,039	2,489	0,111	0,111	0,121	0,405			
Mycoplasma-Inf.		22	56	31	5	3	117	362	401	-9,73
		0,855	3,098	0,685	0,185	0,121	0,831			
Borreliose										
	22	165	12	51	6	2	258	457	295	54,92
	0,642	6,412	0,664	1,128	0,222	0,081	1,474			
Legionellose										
	9	2	4	3	1		19	34	25	
	0,263	0,078	0,221	0,066	0,037		0,109			
Parasitosen										
Scabies		59			138	45	242	633	564	12,23
		2,293			5,108	1,816	3,121			
Kopflausbefall		506			633	231	1370	2709	3440	-21,25
		19,664			23,430	9,321	17,670			
Zusätzlich:										
Tollwutexposition		64	32	222	101	123	542	883	857	3,03
		2,487	1,770	4,909	3,738	4,963	3,849			

Hinweis: Im I. Quartal 1999 kam es im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Kategorie »Influenza A+B« zu einer fehlerhaften Darstellung der Kumulationszahlen.