

Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

3/97

Fledermaustollwut in Australien

Neuer Serotyp des Lyssavirus entdeckt

Australien gilt bisher als frei von autochthoner Rabies und von Infektionen durch verwandte Lyssaviren. Eine Reihe von Präventionsmaßnahmen waren und sind wirksam, um diesen Status zu sichern. Lediglich zwei Einschleppungen sind aus früheren Jahren bekannt: Im Jahr 1867 waren ein Hund und ein Kind, die aus Tasmanien kamen, an Tollwut erkrankt; 1987 erkrankte und starb ein 10jähriger australischer Junge nach einer Reise durch Indien, Pakistan, Nepal und Thailand an Rabies. Diese Erkrankung wurde trotz der Inkubationszeit von 8–16 Monaten als aus Asien importiert eingeordnet. Als wahrscheinlichste Ansteckungsquelle galt der Biß eines Affen in Indien. (Bei der Tollwutübertragung von Affen auf Menschen sind sehr lange Inkubationszeiten nicht ungewöhnlich, auch sonst sind Inkubationszeiten von über 6 Monaten zwar selten, aber immer wieder beobachtet worden.)

Im Laufe des Jahres 1996 sorgte nun der mehrfache Nachweis bisher nicht bekannter Viren des Genus Lyssavirus bei australischen Fledermäusen für hohe Aufmerksamkeit. Zunächst wurde im Mai 1996 aus dem Gehirn einer mit neurologischen Symptomen erkrankten Fledermaus, die bei Ballina in New South Wales im Südosten Australiens krank aufgefunden wurde, ein Virus nachgewiesen, das als Lyssavirus eingestuft wurde. Es konnte weder dem klassischen Rabiesvirus noch einem der fünf außerdem bekannten Serotypen zugeordnet werden. Ein identischer Virusbefund wurde im September 1996 bei einer weiteren fruchtfressenden Fledermaus in Queensland erhoben. Im Oktober und November gelangen entsprechende Virusnachweise bei 5 weiteren Fledermäusen (zwei Arten fruchtfressender Fledermäuse), die von mehreren Orten der australischen Ostküste stammten (einer der Befunde hat eine Vorgeschichte bis Januar 1995). Es handelte sich jeweils um in Australien beheimatete Fledermäuse der Gattung *Pteropus* (*Pteropus alecto*, sog. ›black flying foxes‹, *Pteropus scapulatus*, sog. ›little red flying foxes‹ u. a.), so wurde als vorläufige Bezeichnung *Pteroid Bat Virus* – PBV (bzw. Lyssavirus-7) gewählt. Die erhobenen Befunde (Elektronenmikroskopie, Immunohistochemie, Immunofluoreszenz, Molekularbiologie) wurden von den CDC in Atlanta (USA) und der WHO bestätigt.

Anfang November 1996 erkrankte eine 39jährige Frau in Rockhampton (Queensland) zunächst mit einer Bewegungshemmung und Schwäche im linken Arm, dann mit einer zunehmend schweren neurologischen Symptomatik bis zum Bild einer Enzephalitis. Sie starb nach einer Krankheitsdauer von 20 Tagen. Dieses Krankheitsbild, das therapeutisch nicht zu beeinflussen war, blieb zunächst ursächlich unklar, wurde aber schließlich als Infektion mit dem neu entdeckten *Pteroid Bat*

Diese Woche:

**Fledermaustollwut
in Australien**

**Erfassung
epidemiologischer Daten
zu Pneumokokken-
infektionen bei Kindern**

Influenza-Situation

**Statistische Angaben
zu ausgewählten
Infektionskrankheiten
im IV. Quartal 1996**

21. Januar 1997

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Virus geklärt (Virusnachweis mittels PCR im Liquor und Nachweis eines Anstiegs neutralisierender Antikörper gegen Rabiesvirus im Serum). Die Frau hatte sich im Rahmen ihrer Tätigkeit um verletzte und kranke Fledermäuse gekümmert und war nachweislich von einigen gekratzt und gebissen worden. Damit handelt es sich um die erste dokumentierte autochthone menschliche Tollwutkrankung in Australien. Dieser Erkrankungsfall zeigt, daß das PBV ebenso wie die übrigen bisher auch bei Fledermäusen bekannten Serotypen des Lyssavirus – das Mokolavirus, das Lagos-Virus, das Duvenhage-Virus, das European Bat Lyssavirus (EBL), Typ 1 und 2 – Erkrankungen nach Art einer Tollwut beim Menschen verursachen können. – Für eine Ausbreitung des PBV auf potentielle terrestrische Wirtstierarten (Wildkarnivoren) gibt es gegenwärtig keine Anhaltspunkte.

Wichtig ist, daß die Labordiagnose mit Hilfe der verfügbaren diagnostischen Methoden möglich ist und daß aufgrund einer Kreuzimmunität mit den verfügbaren Rabiesimpfstoffen und Anti-Rabies-Immunglobulinen eine adäquate postexpositionelle Prophylaxe durchgeführt werden kann. – Das in der Population der Fledermäuse neu entdeckte Lyssavirus wird von Experten nicht als Import aus jüngster Zeit angesehen und die Tatsache der Entdeckung zum jetzigen Zeitpunkt als Ergebnis besserer technischer Möglichkeiten der Diagnostik und eines besseren Informa-

tionsaustausches eingeschätzt. Die hier beschriebenen Beobachtungen und Befunde müssen noch weiter bearbeitet und in ihrer Bedeutung für Australien bewertet werden. Verschiedene Forschungsaktivitäten wurden initiiert. Die australischen Gesundheitsbehörden etablierten ein erweitertes Surveillance-System und empfehlen eine Rabies-Schutzimpfung für besonders infektionsgefährdete Gruppen (Biologen und Naturschutzhelfer mit entsprechender Tätigkeit, Tierärzte). An der Entwicklung spezifischer Testkits für die regionalen Laboratorien Australiens wird gearbeitet. Alle praktizierenden Ärzte wurden auf das für sie neue Problem und die Notwendigkeit einer raschen Postexpositionsprophylaxe nach Verletzungen durch Fledermäuse hingewiesen.

Quellen:

WHO Genf, WER 45/96: 339 v. 08.11.96

Elisabeth Ban: New virus leaves questions hanging, Nature Med 1997; 3: 5

Imported Human Rabies – Australia, 1987; Rabies Bulletin Europe 2/88: 5

W.W. Müller (BFAV Tübingen): New Lyssavirus in Fruit Bats in Australia (freundlicherweise als Manuskript zur Verfügung gestellt, erscheint in der Ausgabe 3/96 des Rabies Bulletin Europe)

Erfassung epidemiologischer Daten zu Pneumokokkeninfektionen bei Kindern

Systemische Pneumokokkeninfektionen im Kindesalter, die häufig unter dem Bilde einer Meningitis verlaufen, sind durch eine hohe Letalität und häufige bleibende Behinderungen belastet. In Deutschland fehlen bisher verlässliche Daten zur Epidemiologie dieser Infektionen. So werden beispielsweise Informationen über die verursachenden Serotypen dringend für die Entwicklung von Pneumokokkenvakzinen benötigt. Daher soll das bestehende **Klinikmeldesystem** der Forschungsstelle für pädiatrische Epidemiologie bei der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, in dessen Rahmen klinische Daten zu Pneumokokkenerkrankungen bei Kindern bis zum 16. Lebensjahr an die Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland (**ESPED**) gemeldet werden, durch ein **Labormeldesystem** einerseits und die **Serotypisierung** und weitere Charakterisierung von Erregerisolaten andererseits ergänzt werden.

Das Labormeldesystem wird vom Robert Koch-Institut (Fachgruppe 41 – Infektionsepidemiologie) in Kooperation mit der Forschungsstelle für pädiatrische Epidemiologie und dem Nationalen Referenzzentrum für Streptokokken durchgeführt. Es verfolgt das Ziel, durch eine regelmäßige bundesweite Befragung von mikrobiologischen Laboratorien Informationen über die Häufigkeit systemischer Pneumokokkeninfektionen im Kindesalter (bis zum 16. Lebensjahr) zu sammeln. So arbeitet das Labormelde-

system zunächst unabhängig von Klinikmeldungen an die ESPED-Studienzentrale. Im Rahmen der Auswertung sollen beide Meldesysteme allerdings nachfolgend verknüpft werden, so daß dann die Fallmeldungen aus den Kinderkliniken durch die Zuordnung mikrobiologischer Befunde validiert und klinische, mikrobiologische und epidemiologische Daten gemeinsam analysiert werden können. Ergebnisse dieser komplexen Erhebung sollen auch im *Epid. Bull.* mitgeteilt werden.

Hier soll auf diese epidemiologisch wertvolle Gemeinschaftsarbeit aufmerksam gemacht und zur aktiven Unterstützung des Vorhabens aufgefordert werden. Den Leitern mikrobiologischer Laboratorien gehen in den nächsten Tagen die kurzen Fragebögen des RKI zur Erhebung der Zahl der mikrobiologisch bestätigten Pneumokokkeninfektionen zu. Gleichzeitig werden sie gebeten, entsprechende Erregerisolate nach Möglichkeit zur Typisierung an das Nationale Referenzzentrum für Streptokokken am Institut für Medizinische Mikrobiologie der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen, einzusenden. Ansprechpartner ist dort Herr Dr. Reinert (Tel.: 0241/80-89787; Fax: 0241/8888-483; E-Mail: reinert@rwth-aachen.de). Hinweise zu den Bedingungen der Stammeinsendung finden sich im Leistungsangebot des NRZ f. Streptokokken im *Epid. Bull.* 49/96: 339.

Influenza-Situation: Update

Die Daten der Arbeitsgemeinschaft Influenza und des Nationalen Referenzzentrums für Influenza belegen in der ersten Januarhälfte eine *leicht erhöhte* Influenza-Aktivität in Deutschland. Insbesondere aus Praxen in Baden-Württemberg, Südhessen und Thüringen wurde

über vermehrte Influenza-typische Krankheitsverläufe berichtet. Größere lokale Ausbrüche sind nicht erkennbar. Es sind 4 Influenzavirus-Isolate bekannt. Zwei im NRZ typisierte Stämme gehören dem Subtyp A/H3N2 an und ähneln der erwarteten Variante A/Wuhan/359/95.