

Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

20/97

Umfangreicher Fleckfieber-Ausbruch in Burundi

Eine Kriegs- und Notseuche bringt sich in Erinnerung

Seit Anfang des Jahres hat sich in 6 Provinzen des zentralafrikanischen Staates Burundi eine Fleckfieberepidemie entwickelt, die als die größte seit 50 Jahren bezeichnet wird. Der WHO wurden seit Beginn des Ausbruchs insgesamt rund 24.000 Erkrankungsfälle gemeldet, davon 1.240 im Laufe des Monats April. Im Rahmen dieses sich über ein größeres Gebiet erstreckenden Ausbruchs waren bisher die Provinzen Bujumbura und Muramvya besonders betroffen. Die Mehrzahl der Erkrankungen trat in der ländlichen Umgebung der Hauptstadt Bujumbura auf. In einem Gefängnis der Stadt Gitega ereigneten sich im April 216 Erkrankungsfälle. Vertreter der WHO unterstützen die zur Epidemiebekämpfung eingesetzten nationalen Kräfte. Die Erfassung der Erkrankungsfälle erfolgte auf der Grundlage einer für diesen Ausbruch entwickelten Falldefinition. Zur Behandlung werden Einzeldosen Doxycyclin eingesetzt. In Bujumbura wurde ein Komitee gebildet, das die Maßnahmen in den einzelnen betroffenen Gebieten koordinieren soll.

Quelle: WHO Genf, EMC, 06.05.97

Klassisches Fleckfieber (epidemisches Fleckfieber, »Läusefleckfieber«, Typhus exanthematicus, *louseborne typhus*, *epidemic louseborne typhus fever*) tritt epidemisch unter schlechten hygienischen Bedingungen (mangelhafte Körper-, Kleidungs- und Wohnungshygiene), wie sie beispielsweise in Massenquartieren und Flüchtlingslagern gegeben sind, in Erscheinung. So wurde auch der gegenwärtige große Ausbruch in Burundi durch den dort herrschenden Bürgerkrieg und umfangreiche Bevölkerungsbewegungen ermöglicht. Das Überleben und die Verbreitung der den Erreger hauptsächlich übertragenden Kleiderlaus (*Pediculus humanus corporis*) wird durch das Schlafen in der Kleidung besonders begünstigt. Voraussetzung für das Entstehen einer Epidemie sind akut erkrankte Personen in einer verlausten Population. – Endemiegebiete, in denen der Erreger (*Rickettsia prowazekii*) in der menschlichen Population überdauert, existieren gegenwärtig besonders in den kühleren Höhenlagen der Tropen (Zentral- und Ostafrika, Zentral- und Südamerika) sowie in einigen asiatischen Ländern. Die Läuse infizieren sich, indem sie Blut infizierter Menschen saugen. Die Infektion des Menschen erfolgt über die Exkremente infizierter Läuse, die durch den beim Saugen entstandenen Juckreiz sekundär in die Haut eingekratzt werden. Eine Übertragung ist auch durch die Inhalation kontaminierten Staubes, der eingetrocknete Läuseexkremente – und mit ihnen noch sehr lange infektionstüchtige Erreger – enthält, möglich.

Die Inkubationszeit beträgt 1–2 Wochen, im Mittel 12 Tage. Hauptsymptome sind plötzliches Fieber, schwere Kopf-, Glieder- und Rückenschmerzen und ein

Diese Woche:

Fleckfieber:

- **Ausbruch in Burundi**
- **Übersicht**

Hepatitis A in Süditalien

Aus- und Weiterbildung für Ärzte in der Infektionsepidemiologie

Hepatitis C: Ergänzung zum Merkblatt »Empfehlungen für die Wiederzulassung...«

Beilage: Hinweise zu den Impfempfehlungen der STIKO vom März 1997

16. Mai 1997

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

im Krankheitsverlauf nach 4–6 Tagen auftretendes charakteristisches fleckförmiges Exanthem (beginnend am Oberkörper, später am ganzen Körper, kaum im Gesicht, an Handinnenflächen und Fußsohlen). Nicht selten ist das Zentralnervensystem beteiligt. Die Diagnose wird klinisch-epidemiologisch gestellt (Einbeziehen des Sachverständigen von Experten empfehlenswert) und kann in der zweiten Krankheitswoche durch den Nachweis von Antikörpern im Serum bestätigt werden (primär durch den Nachweis heterophiler Antikörper gegen *Proteus mirabilis* OX 19, die klassische Weil-Felix-Reaktion; ferner möglich, aber nur in speziellen Laboratorien vorgehalten: Mikroagglutinationstest, speziesspezifischer Immunfluoreszenztest IFAT, ELISA). – Als Therapeutika stehen Tetracykline, Chloramphenicol und Doxycyclin zur Verfügung. Die Letalität beträgt ohne spezifische Therapie 10–40 %, sie steigt mit dem Lebensalter deutlich an. Unter frühzeitiger spezifischer Therapie tritt rasche Besserung ein, tödliche Verläufe werden verhindert. Die Krankheit hinterläßt eine lang anhaltende Immunität.

Wichtigste antiepidemische Maßnahme ist die Läusebekämpfung (Entlausung der betroffenen Menschen sowie ihrer Kleidung, Leib- und Bettwäsche, Decken, Matratzen und des Gepäcks; Einsatz von Kontaktinsektiziden mit anhaltender Wirkung sinnvoll). Ergänzend sind eine laufende Desinfektion und Schlußdesinfektion zur Dekontamination der Umgebung (Staub!) erforderlich. Bedeutsam sind auch die Isolierung der Erkrankten (bis zur Entlausung), das Ermitteln von Infektionsquellen und Kontaktpersonen sowie die Absonderung und gesundheitliche Beobachtung der Kontaktpersonen und ansteckungsverdächtigen Personengruppen (für 15 Tage nach der Entlausung). Für Pflegepersonal und Desinfektoren, die unmittelbar in einem Infektionsherd tätig sind, ist festabschließende Schutzkleidung wichtig.

Gefahr von Hepatitis-A-Infektionen in Süditalien besteht fort

Bereits 1996 war in Apulien (Südostitalien), speziell im Raum Bari, Brindisi und Tarent, ein gehäuftes Auftreten von Hepatitis-A-Erkrankungen auffällig geworden und durch Informationen des italienischen Gesundheitsministeriums bestätigt worden (s. a. *Epid. Bull.* 35/96: 243). Die in dieser Region erfahrungsgemäß immer relativ hohe Hepatitis-A-Inzidenz wurde deutlich übertroffen. Es wurden 5.620 Erkrankungsfälle gemeldet, allerdings ist eine hohe Dunkelziffer zu vermuten. Der ursächliche Zusammenhang mit dem Verzehr roher Meeresfrüchte ist gesichert. Mit einem Fortbestehen des Infektionsrisikos durch *frutti di mare* der verschiedensten

Quarantänemaßnahmen oder Einreisebeschränkungen für betroffene Gebiete sind heute nicht mehr üblich. Reisen in Epidemiegebiete sollten möglichst unterbleiben, wenn auch die Gefährdung Reisender eher als gering anzusehen ist. Im Falle einer Reise sollte allerdings gegenwärtig – auch in benachbarten Regionen – auf Läusebefall geachtet werden, ggf. sind Schutzmaßnahmen zu treffen; das gilt besonders für Rucksacktouristen. – Der früher in Kriegzeiten eingesetzte Fleckfieberimpfstoff gilt als sehr reaktogen und unsicher in der Wirkung. Wegen der verfügbaren Chemotherapie und ausreichenden Schutzmaßnahmen hat er heute keine praktische Bedeutung mehr.

Das klassische Fleckfieber gehört heute nicht mehr zu den quarantänepflichtigen Krankheiten, aber zu den Krankheiten, deren Vorkommen von der WHO besonders überwacht wird und daher von den nationalen Behörden anzuzeigen ist. In Deutschland sind der Krankheitsverdacht, die Erkrankung und der Tod an Fleckfieber meldepflichtig nach dem BSeuchG.

Abzugrenzen vom klassischen Fleckfieber ist das in vielen Ländern der Erde sporadisch oder in kleineren Häufungen auftretende murine Fleckfieber (*fleaborne typhus*, *murine typhus fever*, *endemic typhus fever*), eine Rickettsiose, die durch *Rickettsia typhi* (*mooseri*) verursacht wird und wesentlich milder als das klassische Fleckfieber verläuft. Erregerreservoir dieser Krankheit sind Ratten oder Mäuse, die in enger Nachbarschaft mit Menschen leben und deren Flöhe Menschen infizieren können.

Art in rohem Zustand muß offensichtlich gerechnet werden.

Möglicherweise besteht auch in anderen italienischen Küstenregionen ein erhöhtes Infektionsrisiko. – Touristen werden in dieser Region vor dem Verzehr von Muscheln, anderen rohen Meeresfrüchten und vor dem Trinken nicht gechlorten Leitungswassers gewarnt. Gemüse sollte nur gekocht verzehrt werden, weil eine Beregnung mit nicht ausreichend vorgeklärtem Wasser nicht ausgeschlossen werden kann. Vor geplanten Reisen in diesen Raum sollte von der Möglichkeit einer Schutzimpfung gegen Hepatitis A Gebrauch gemacht werden.

Quelle: CRM Düsseldorf: Reisemed. aktuell 8/97:5 v. 25.04.97

Aus- und Weiterbildungsprogramm für Ärzte im Bereich Infektionsepidemiologie

Im Rahmen der Konzeption zur Neugestaltung der infektionsepidemiologischen Forschung in Deutschland wurde 1996 am RKI mit einem zweijährigen Aus- und Weiterbildungsprogramm von Ärzten vornehmlich aus dem ÖGD begonnen. Die Ausbildung umfaßt im wesentlichen die Untersuchung von Ausbrüchen sowie gezielte infektionsepidemiologische Erhebungen in Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen des ÖGD. Dabei stehen die Anwendung von epidemiologischen Methoden der Überwachung und Intervention sowie die Umsetzung erforderlicher Maßnahmen im Vordergrund.

Ein neuer Zyklus des Ausbildungsprogramms wird im Januar 1998 beginnen. Interessierte Ärztinnen oder Ärzte werden gebeten, ihre aussagekräftige Bewerbung bis zum 16. Juni 1997 dem Robert Koch-Institut, Fachgruppe Infektionsepidemiologie, Stresemannstraße 90–102, 10963 Berlin zuzusenden. Bewerbungen aus dem ÖGD werden bei gleicher Qualifikation der Bewerber bevorzugt. Rückfragen beantwortet Frau Dr. Sonja Kießling (Tel.: 030/4547-3451).

Ergänzung der Empfehlungen für die Wiedenzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen: Virushepatitis C

Eine Neufassung des Merkblattes ›Empfehlungen für die Wiedenzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen‹ war Ende 1996 in der Reihe der vom Robert Koch-Institut gemeinsam mit dem Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV) herausgegebenen Merkblätter erschienen und wird vom Deutschen Ärzteverlag in Köln (Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Dieselstr. 2, 50859 Köln, Best.-Nr. 60026) vertrieben. Das Merkblatt nimmt im wesentlichen Bezug auf die in § 45 BSeuchG genannten Erkrankungen und enthält deshalb auch Empfehlungen zur Wiedenzulassung nach Hepatitis A und B. Es wurde zu Recht darauf hingewiesen, daß Bemerkungen und Empfehlungen zu Hepatitis C fehlen, aufgrund der Bedeutung der Krankheit aber dringend erforderlich sind.

Wir greifen die Anregung auf und reichen die Empfehlung nach. Die Darstellung folgt der Gliederung des Merkblattes (diese Seite oder eine Kopie kann ihm beigelegt werden).

2.10	Virushepatitis C
2.10.1	Inkubationszeit 2 bis 26 Wochen
2.10.2	Dauer der Ansteckungsfähigkeit Solange Hepatitis-C-Virus nachgewiesen werden kann (derzeit mittels PCR), existiert ein Übertragungsrisiko. Die Laborbasisdiagnostik der Hepatitis-C-Infektion besteht im Nachweis spezifischer Antikörper gegen HCV-Proteine mittels ELISA. Bei einem Anti-HCV-positiven Befund ist eine RT/PCR angezeigt, um die Viruspersistenz zu bestätigen.
2.10.3	Zulassung nach Krankheit Sobald das Allgemeinbefinden den Besuch der Gemeinschaftseinrichtung gestattet.
2.10.4	Ausschluß von Ausscheidern (hier: Virusträgern bzw. Carriern) Kinder, aber auch Personal, dürfen Gemeinschaftseinrichtungen besuchen bzw. ihrer Tätigkeit nachgehen. Die HCV-Übertragung erfolgt auf parenteralem Wege durch das Eindringen von kontaminiertem Blut oder anderen Körperflüssigkeiten einer infizierten Person in die Blutbahn oder das Gewebe des Empfängers. Ausnahmen von der o.g. Regel betreffen daher Kinder mit ungewöhnlich aggressivem Verhalten (Beißen), mit Blutungen oder akuten, generalisierten Dermatitis. Hier muß die Entscheidung individuell getroffen werden. Das Risiko einer Übertragung von HCV ist geringer als das von HBV.
2.10.5	Ausschluß von Kontaktpersonen Nicht erforderlich.
2.10.6	Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen Vermeidung von Blutkontakten
2.10.7	Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition Es ist zur Zeit keine wirksame Postexpositionsprophylaxe bekannt.