

Schmerztherapie

Neben der antiviralen Behandlung muss bei auftretenden Schmerzen unverzüglich mit der Schmerztherapie begonnen werden, um einer Chronifizierung des Schmerzes vorzubeugen (9, 16). Der Dosisaufbau sollte konsequent nach Wirkung bis zur deutlichen Schmerzreduktion erfolgen. Für starke Opioide gibt es bei subjektiver Verträglichkeit (Dosisaufbau bei gleichzeitiger Verordnung von Laxanzien!) keine Dosisbegrenzungen. Wird unter konsequenter Analgesie keine ausreichende Schmerzlinderung erreicht, ist frühzeitig ein Schmerztherapeut hinzuzuziehen. Die Behandlung sollte nach dem 3-Stufen-Schema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt werden.

Additive Zostertherapie

Im Unterschied zur antiseptischen Lokalthherapie ist die topische Anwendung von Virostatika nicht zu empfehlen, da sie keinen Einfluss auf die Ausbreitung und Abheilung der Zostereffloreszenzen hat.

Eine zusätzliche hochdosierte Verabreichung von Steroiden verkürzt bei Erwachsenen die Phase des akuten Zosterschmerzes, bringt jedoch keinen therapeutischen Zugewinn bezüglich der postzosterischen Neuralgie (13, 14). Die Frage der Lokalthherapie des Zoster ophthalmicus mit Steroiden ist in Zusammenarbeit mit dem Augenarzt zu klären. Eine zusätzliche Gabe von Vitamin B oder Interferonen hat keinen therapeutischen Effekt.

Die seltenen bakteriellen Sekundärinfektionen werden in den meisten Fällen durch *Staphylococcus aureus* und *Staphylococcus pyogenes* verursacht. Wenn eine antibiotische Behandlung indiziert ist wie zum Beispiel bei immundefizienten Patienten, sollten immer Antibiotika gewählt werden, die gegen beide Erreger wirksam sind (staphylokokkenwirksame Cephalosporine, Aminopenicillin- β -Laktamasehemmer-Kombinationen). Im Kindesalter sollten wegen der Gefahr des Reye-Syndroms keine Salizylate verordnet werden.

Resistenzentwicklung

Die Resistenzentwicklung von VZV-Stämmen gegen Nukleosidanaloga hat bei immunkompetenten Zosterpatienten keine klinische Relevanz.

Von immunsupprimierten Patienten mit persistierenden Zosterläsionen unter Aciclovirtherapie sind resistente VZV-Stämme isoliert worden (7). Es handelt sich dabei um Viren mit veränderter Substratspezifität der Thymidinkinase, sodass ein oder alle der phosphorylierungspflichtigen Nukleosidanaloga unwirksam sind. In Anbetracht einer möglichen partiellen Kreuzresistenz kann bei Nichtansprechen auf eines der nukleosidanalogen Präparate zunächst auf ein anderes umgestellt werden: von Aciclovir/Valaciclovir auf Brivudin oder Famciclovir vsv. In kritischen Fällen sollte der Einsatz von Foscarnet-Natrium erwogen werden (2). (Zur Dosierung und zu Nebenwirkungen von Foscarnet-Natrium siehe Fachinformation Foscavir). Bei den sehr seltenen Varicella-Zoster-Virus-Stämmen mit Mutationen im Polymerase-Gen kann auch Foscarnet-Natrium unwirk-

sam sein. Eine weitere Alternative bietet für diese Fälle Cidofovir. Für die Beurteilung einer möglichen Virusresistenz sind klinische Aspekte entscheidend, da die Resistenzbestimmung *in vitro* noch keine Routinemethode ist.

Teilnehmer der Konsensuskonferenz:

Prof. P. Wutzler, Jena; Prof. G. Gross, Rostock; Prof. H. W. Doerr, Frankfurt; Prof. R. Engst, München; Prof. I. Färber, Jena; Prof. U.-F. Haustein, Leipzig; Priv.-Doz. Dr. A. Sauerbrei, Jena; Prof. H. Schöfer, Frankfurt; Priv.-Doz. Dr. H. Scholz, Berlin; Prof. E. Stockfleth, Berlin; Prof. S. W. Wassilew, Krefeld; Prof. F. Weber, Senftenberg; Priv.-Doz. Dr. K.-D. Wutke, Mellrichstadt

Manuskript eingereicht am 27. 5. 2002, revidierte Fassung angenommen: 7. 1. 2003

■ Zitiert dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2003; 100: A 858–860 [Heft 13]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter www.aerzteblatt.de/lit1303 abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. med. Peter Wutzler
Institut für Virologie und Antivirale Therapie
Klinikum der Friedrich-Schiller Universität, Jena
Winzerlaer Straße 10, 07745 Jena
E-Mail: peter.wutzler@med.uni-jena.de

Schweres akutes respiratorisches Syndrom (SARS) unklarer Ursache

Walter Haas, Udo Buchholz, Johannes Schnitzler, Martin Mielke, Andrea Ammon

Am 11. Februar 2003 wurde die Weltgesundheitsorganisation durch die zuständigen chinesischen Ministerien über einen seit November dauernden Ausbruch akuter respiratorischer Erkrankungen in der Provinz Guangdong, Südchina, informiert. Nachdem dort gegen Ende Februar keine Fälle mehr auftraten, wurden seit Ende Februar ähnliche Erkrankungen erst in Viet-

nam und Hongkong, dann auch in anderen Ländern, bekannt. Die Erkrankung manifestiert sich anfangs mit grippeähnlichen Symptomen und kann nach einigen Tagen, auch bei jungen Menschen, in eine Pneumonie und zum Teil in eine Schocklunge übergehen.

Der Erreger dieser Erkrankung ist bisher nicht bekannt, neuere Ergebnisse deuten aber darauf hin, dass es sich

hierbei um Viren handeln könnte. Die Übertragung erfolgt von Mensch zu Mensch wahrscheinlich vorwiegend durch Tröpfcheninfektion. Patienten scheinen erst und vor allem dann infektiös zu sein, wenn sie symptomatisch werden, denn viele der bisher aufgetretenen Fälle betreffen medizinisches Personal, das Patienten ohne Atemschutz untersucht oder versorgt hatte. Die Inkubationszeit beträgt nach derzeitigem Kenntnisstand zwei bis sieben Tage. Das Syndrom wird als schweres akutes respiratorisches Syndrom unklarer Ursache (SARS) bezeichnet.

Aufgrund der weltweiten Entwicklungen hat die Weltgesundheitsorganisation eine Falldefinition entwickelt und zu einer globalen Überwachung des SARS aufgerufen. Ein wichtiger Bestandteil der Falldefinition ist eine Reiseanamnese in Länder, in denen nicht nur importierte Fälle auftraten, sondern auch eine lokale Übertragung stattgefunden hat. Diese Liste wird von der WHO ständig aktualisiert.

Falldefinition

Die Falldefinition ist erfüllt, wenn folgende Eigenschaften erfüllt sind (Stand 18. März 2003).

Ein Verdachtsfall von SARS ist gegeben wenn:

- der Erkrankungsbeginn nach dem 1. Februar 2003 datiert *und*
- Fieber > 38°C gemessen wird *und*
- eines oder mehrere respiratorische Symptome auftreten wie zum Beispiel Husten, Atemnot oder Kurzatmigkeit *und*

• mindestens eine der folgenden Expositionen vorliegt:

- Enger Kontakt innerhalb von 10 Tagen vor Beginn der Symptome mit einem wahrscheinlichen Fall für SARS
- Aufenthalt innerhalb von 10 Tagen vor Beginn der Symptome in einer Region, aus der gemäß der unten stehenden Liste Häufungen von SARS berichtet wurden.

Ein wahrscheinlicher Fall von SARS ist gegeben, wenn Kriterien für einen SARS-Verdachtsfall erfüllt sind und mindestens eine der folgenden Bedingungen vorliegt:

- Röntgenbefund weist auf eine Pneumonie oder auf ein akutes Atemnotsyndrom (ARDS) hin.

- Feststellung einer ungeklärten Atemwegserkrankung mit Todesfolge sowie ein Autopsiebefund mit Hinweisen auf ein akutes Atemnotsyndrom (ARDS) ohne feststellbare Ursache.

Hinweise

SARS kann zusätzlich auch von Kopfschmerzen, Muskelsteifigkeit, Appetitverlust, Übelkeit, Verwirrtheit, Ausschlag oder Durchfall begleitet sein. Die hier genannten Symptome sind jedoch keine Kriterien der Falldefinition.

Ein enger Kontakt liegt vor, wenn ein Fall gepflegt oder auch körperlich untersucht wurde, eine gemeinsame Wohnung bewohnt wurde oder ein direkter Kontakt mit Atemwegssekreten oder Körperflüssigkeiten mit einem an SARS Erkrankten stattfand.

Länder und Regionen, in denen wahrscheinliche SARS-Fälle (gemäß Falldefinition) aufgetreten sind, sind Kanada (dort nur die Regionen Toronto und Vancouver), China (dort nur Hongkong und die Provinz Guangdong [Kanton]), Singapur und Vietnam (dort nur die Region Hanoi).

Empfehlungen zum Vorgehen

Zur Vermeidung von Infektionen im Bereich des Gesundheitswesens erscheint es in der gegenwärtigen Situation geboten, bei erstmaliger Vorstellung eines Patienten mit akuter respiratorischer Symptomatik und einem Auslandsaufenthalt in einem der Länder mit SARS-Erkrankungsherden innerhalb der letzten 10 Tage, bei der weiteren Anamnese und körperlichen Untersuchung eine „erweiterte Standardhygiene“ zu beachten. Hierzu zählen neben dem Tragen von Handschuhen und hygienischer Händedesinfektion das Tragen eines dicht anliegenden Mund-Nasen-Schutzes. Bei invasiver Diagnostik (beispielsweise Bronchoskopie) empfiehlt sich zusätzlich das Tragen einer Schutzbrille.

Bei unklarer Ursache der Erkrankung und bestehendem Verdacht auf ein SARS ist eine umgehend durchge-

führte Röntgenaufnahme der Lunge mit Befundung am gleichen Tag notwendig, um frühzeitig eine Pneumonie zu erkennen. Bei positivem Befund ist eine sofortige Einweisung in die nächste Klinik mit Möglichkeiten zur strengen Isolierung erforderlich. Das Krankenhaus und der Krankentransportdienst müssen vorab informiert werden. Bis zum Transport des Betroffenen muss eine weitestmögliche Isolierung des Betroffenen erfolgen.

Umsetzung des WHO-Aufrufs zur globalen Überwachung

Die namentliche Meldung (nach § 6 Abs.1, Nr. 5a des Infektionsschutzgesetzes) der Verdachtsfälle und der wahrscheinlichen Fälle muss unverzüglich telefonisch an das zuständige Gesundheitsamt erfolgen. Das Gesundheitsamt ermittelt und registriert die Kontaktpersonen, klärt sie über das weitere Vorgehen auf und kann diese in die aktive Gesundheitsüberwachung aufnehmen. Das RKI hat den Gesundheitsämtern Übermittlungsbögen zur Verfügung gestellt, mit denen die Weiterleitung der Fälle (über das Bundesland) durch das RKI an die WHO erfolgt.

Die aktuellen Informationen zum Umgang mit entnommenem Probenmaterial und zu Desinfektionsmaßnahmen sowie zur aktuellen Falldefinition können auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts eingesehen werden.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2003; 100: A 860–861 [Heft 13]

Anschrift für die Verfasser:
Dr. med. Andrea Ammon MPH
Robert Koch-Institut
Seestraße 10
13353 Berlin

Weitere Informationen im Internet:
www.rki.de
www.rki.de/GESUND/DESINF/RKI-DES.PDF
www.rki.de/GESUND/HYGIENE/HYGIENE.HTM
www.who.int/csr/en/

Ansprechpartner:
Das örtliche Gesundheitsamt

SARS-Hotline des RKI:
0 18 88/7 54 35 36
(Montag - Freitag, 8.30 - 17.00 Uhr)