Zentrum für Impfmedizin und Infektionsepidemiologie

Institut für Hygiene und Umwelt
Hamburger Landesinstitut für Lebensmittelsicherheit, Gesundheitsschutz und Umweltuntersuchungen

INFEKT-INFO

Herausgeber: Infektionsepidemiologie des Instituts für Hygiene und Umwelt ● Beltgens Garten 2 ● 20537 Hamburg
Leiter: Dr. G. Fell (v.i.S.d.P.), E-mail: gerhard.fell@hu.hamburg.de

Nachdruck : mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu gewerblichen Zwecken

Kurzbericht über die im Rahmen der Infektionskrankheiten-Surveillance nach IfSG in Hamburg registrierten Erkrankungen

Ausgabe 20 / 2006
6. Oktober 2006

Kein Fall von autochthoner FSME in Hamburg: neue Erkenntnisse aus Labor und Klinik zwingen zur Revision einer früheren Diagnose

In der vorangegangenen Ausgabe (19/2006) von INFEKT-INFO berichteten wir über einen Patienten aus Hamburg, bei dem eine FSME diagnostiziert und gemeldet worden war, ohne dass ein Aufenthalt in einem Risikogebiet ermittelt werden konnte. Die damals beim Gesundheitsamt vorliegenden Informationen, in erster Linie gestützt auf die Angaben aus dem meldenden Labor und auf Angaben des Patienten sowie auf Ermittlungen in seinem Umfeld durch den zuständigen Gesundheitsaufseher, schienen in der Tat ein klares Bild zu ergeben. Inzwischen ist aber deutlich geworden, dass bei dem Patienten die Diagnose FSME weder klinisch noch labordiagnostisch aufrechterhalten werden kann.

Die frühere Einschätzung stützte sich auf einen serologischen Nachweis von FSME-Antikörpern in Verbindung mit einem Beschwerdebild mit neurologischen Symptomen. In der folgenden Woche wurde indessen bekannt, dass als weiterer diagnostischer Schritt eine PCR zum direkten Erregernachweis unternommen worden war, welche sowohl im Blut als auch im Liquor des Patienten negativ blieb. Zwar gelingt ein direkter Virusnachweis mittels nRT-PCR (nested reverse transcriptase polymerase chain reaction) zumindest aus Blut häufig nur in der Anfangsphase der Erkrankung, in dem vorliegenden Fall stellte sich jedoch auch das Ergebnis der vorangegangenen serologischen Diagnostik als wenig aussagekräftig heraus. Es handelte sich nämlich nicht, wie zuerst mitgeteilt bzw. interpretiert wurde, um eine simultanen Nachweis von deutlich erhöhten IgM- und IgG-Titern in Blut und Liquor, sondern um einen alleinigen IgM-Nachweis mittels ELISA im Blut, der vor allem ohne das Vorliegen einer eindeutigen klinischen Symptomatik als unzureichend spezifisch anzusehen ist. Es ist bekannt, dass es bei diesem Test nicht nur hinsichtlich anderer Flaviviren sondern auch hinsichtlich verschiedener heimischer Virus-Familien und –Genera zu Kreuzrektionen kommt.

Die sich an diese Erkenntnisse anschließende Diskussion des klinischen Bildes des Patienten zwischen Gesundheitsamt und den behandelnden Neurologen führte auch hier zu einer Revision der ursprünglichen Einschätzung. Demnach waren die typischen Leitsymptome einer Enzephalitis bzw. Enzephalomyelitis eher nicht festzustellen. Vielmehr wurde das Krankheitsbild abschließend als ein chronisch-degenerativer ZNS-Prozess gedeutet.

Da insofern bei abschließender Betrachtung keines der in der Falldefinition des RKI vorgegeben klinischen und labordiagnostischen Kriterien der FSME erfüllt ist, wurde der Fall inzwischen aus dem Surveillance-Datenbestand wieder gelöscht. Die doch recht frappierende „Demontage“ einer anfänglich plausibel erscheinenden Diagnose macht zweierlei deutlich: die labormedizinische Diagnostik des FSME-Virus ist nach wie vor, sowohl was den direkten als auch was den indirekten Erregernachweis angeht, mit erheblichen Prob-

lemen behaftet. Das Testverfahren mit der derzeit höchsten Spezifität und Verlässlichkeit ist nach Experteneinschätzung der Neutralisationstest (NT), dessen Durchführung in Zweifelsfällen und speziell auch bei erstmaligem Verdacht auf autochthone FSME in einer Region, die bisher als FSME-frei galt zur Sicherung der Diagnose immer angestrebt werden sollte. Die Interpretation der Laborbefunde muss gleichwohl immer im Licht der klinischen Symptomatik erfolgen. Im Gesundheitsamt ist das Zusammentragen der einzelnen Informationen im Zuge einer FSME-Labormeldung und die abschließende Beurteilung, ob es sich tatsächlich um einen Erkrankungsfall im Sinne der Falldefinition handelt, ein komplexer und fachlich diffiziler Prozess, der die frühzeitige Einbindung ärztlichen Sachverstandes erfordert.

♦

Übersicht über die aktuellen Meldezahlen in Hamburg

Die folgenden Abbildungen und die nächste Tabelle zeigen die Zahlen der registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Erregernachweise für die Kalenderwochen 38 und 39 sowie kumulativ für die Wochen 1 bis 39 des Jahres 2006.

In der 38. Woche wurde bei einem 53 Jahre alten Mann mit Ikterus und Oberbauchbeschwerden eine Hepatitis E diagnostiziert und gemeldet. Nach den Ermittlungen des Gesundheitsamtes ist diese Erkrankung in Indien erworben worden. Ebenfalls aus Indien wurde einer der drei Fälle von Dengue-Fieber importiert, die in der 39. Woche erfasst wurden. Den beiden übrigen Erkrankungen sind Aufenthalte in Mexiko bzw. Haiti vorausgegangen. Eine epidemiologische Verbindung zwischen den Fällen besteht nicht.

Abb. 1: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2006, 38. KW (n=78) – vorläufige Angaben

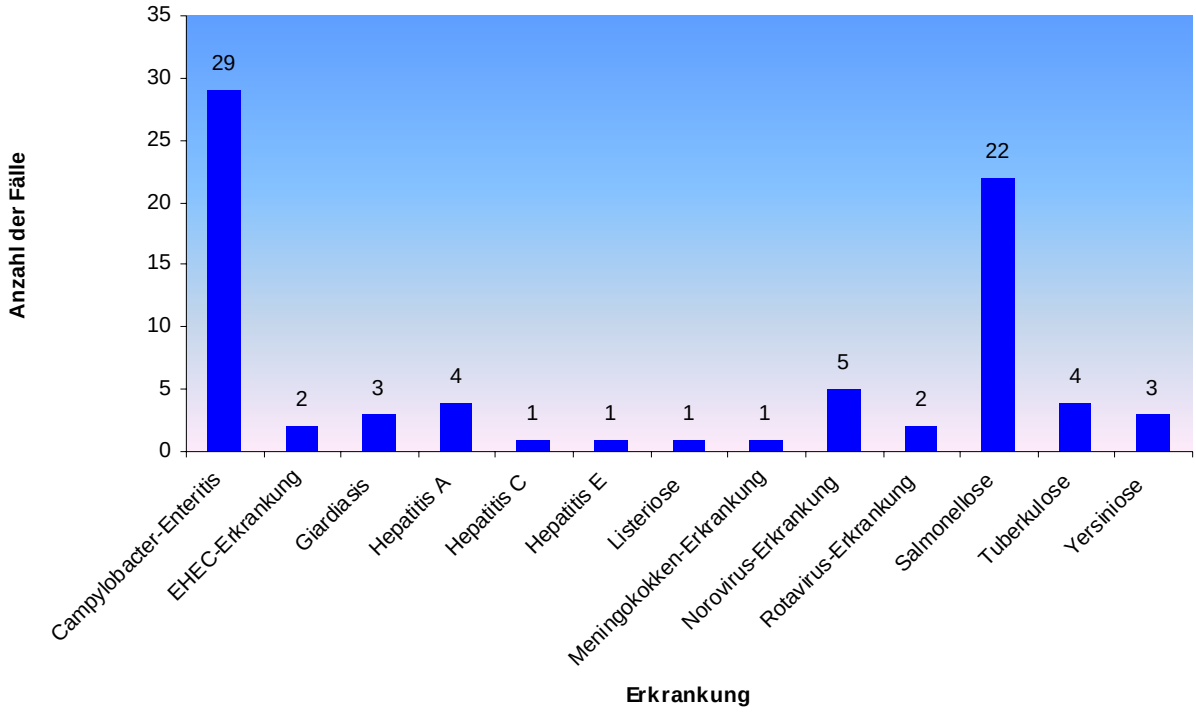


Abb. 2: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2006, 39. KW (n=71) – vorläufige Angaben

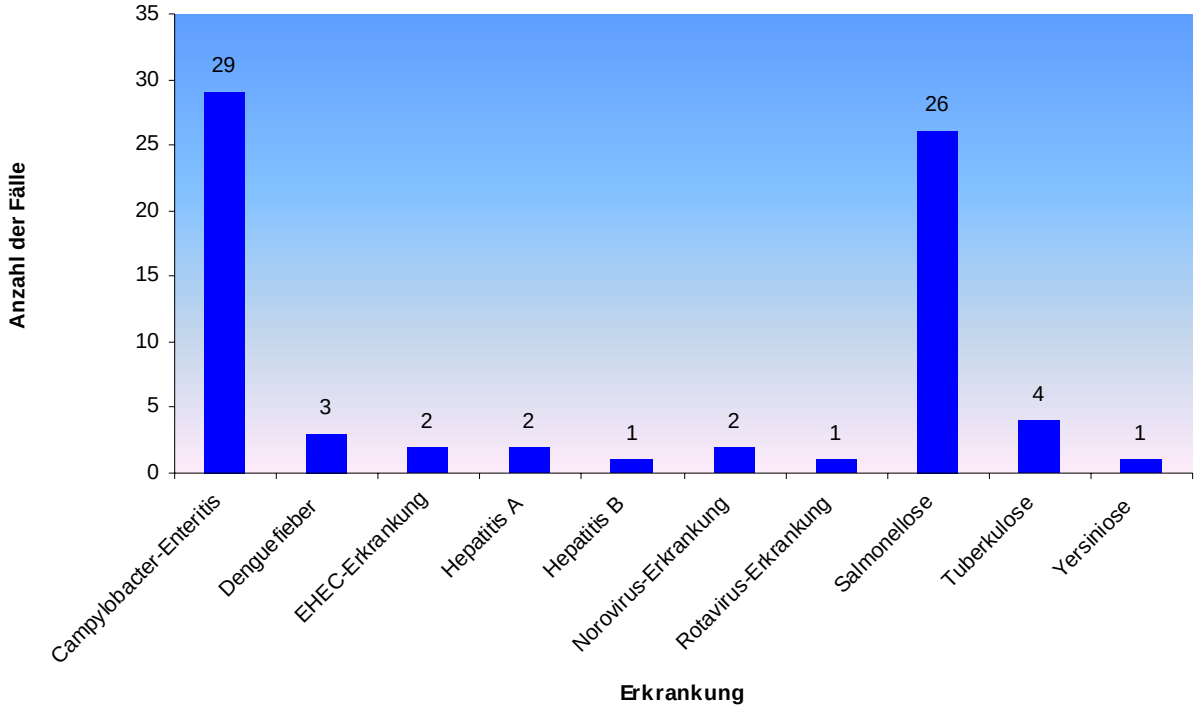
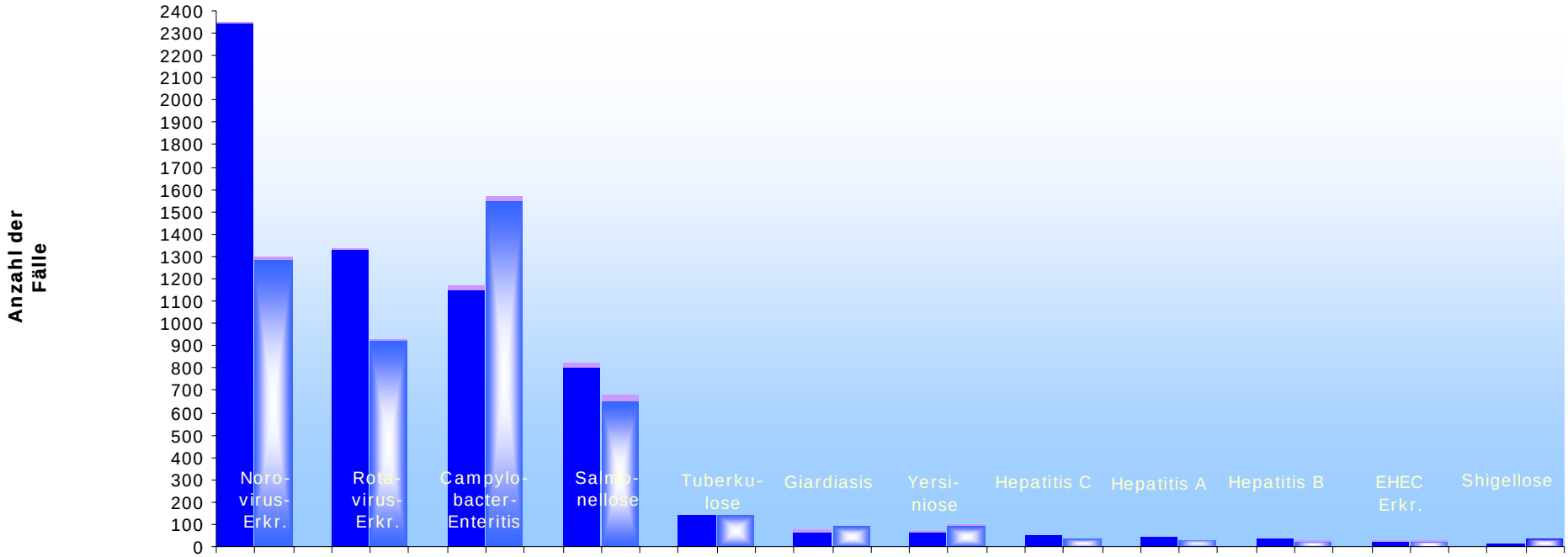


Abb. 3: Die häufigsten registrierten Infektionskrankheiten in Hamburg KW 1 - 39 2006 kumulativ (n=6153) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=4977) - vorläufige Angaben



	Noro-virus-Erkr.		Rota-virus-Erkr.		Campylo-bacter-Enteritis		Salmo-nellose		Tuberku-lose		Giardiasis		Yersi-niose		Hepatitis C		Hepatitis A		Hepatitis B		EHEC Erkr.		Shigellose	
Referenzdefinition nicht erfüllt	10	13	7	3	19	27	22	28	0	0	13	5	2	3	0	0	3	0	4	10	3	5	0	0
Referenzdefinition erfüllt	2342	1288	1329	926	1153	1545	804	653	145	141	65	90	67	94	49	37	41	28	34	21	24	22	17	38

Erkrankungen

= Fälle KW 1-39 2006 = Fälle KW 1-39 2005 = Referenzdefinition nicht erfüllt

Tab.: Seltene Krankheiten und Meldetatbestände (mit und ohne Erfüllung der Referenzdefinition) in Hamburg KW 1-39 2006 kumulativ (n=154) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=173) - vorläufige Angaben -

Bezeichnung	Anzahl der Fälle KW 1-39 2006	Anzahl der Fälle KW 1-39 2005
Influenza	41	74
E. coli-Enteritis (außer EHEC)	25	24
Listeriose	15	13
Masern	15	7
Typhus	10	5
Denguefieber	9	7
Kryptosporidiose	7	12
Legionellose	6	7
Meningokokken-Erkrankung	6	9
Hämolytisch-urämisches Syndrom	4	4
Adenovirus-Konjunktivitis	2	1
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	2	2
Haemophilus influenzae-Erkrankung	2	2
Leptospirose	2	
Brucellose	1	1
Chikungunya-Fieber	1	
Hepatitis D	1	1
Hepatitis E	1	
Paratyphus	1	
Frühsommer-Meningoenzephalitis		1
Hantavirus-Erkrankung		1
Lepra		1
Q-Fieber		1

Fälle aus ätiologisch nicht gesicherten Häufungen 3