

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 15 / 2006
28. Juli 2006

Ein Patient aus Westafrika mit Lassa-Fieber in Behandlung in Deutschland



Wie bereits verschiedentlich berichtet wurde, ist am 11. Juli ein Patient aus Sierra Leone in Deutschland eingetroffen, bei dem am 20. Juli die Diagnose Lassa-Fieber labordiagnostisch bestätigt wurde.

Das Lassa-Fieber gehört zur Gruppe der viralen hämorrhagischen Fieber (VHF), wird durch das 1969 entdeckte Lassa-Virus, ein RNA-Virus aus der Familie der Arenaviren, hervorgerufen, und ist hauptsächlich in Westafrika endemisch. Als tierisches Reservoir des Erregers gelten bestimmte Ratten (*Mastomys natalensis*), welche in den Endemiegebieten häufig in den Ansiedlungen der Bevölkerung oder in deren Nähe angetroffen werden. Die asymptomatisch infizierten Tiere scheiden das Virus mit

ihren Exkrementen aus; zu einer Übertragung auf den Menschen im Sinne einer Zoonose kann es bei direktem Kontakt zu Exkrementen oder Blut infizierter Ratten kommen. Nach Literaturangaben verläuft auch eine Infektion des Menschen ganz überwiegend asymptomatisch. Hingegen entwickeln etwa 20% der Infizierten nach einer Inkubationszeit zwischen 6 und 21 Tagen eine schwere, fieberhafte Multisystem-Erkrankung, wobei Leber, Milz und Nieren hauptsächlich betroffene Organe sind, und die letztendlich auch mit einer schweren allgemeinen Blutungsneigung einhergehen kann. Die Angaben zur Letalität bei stationär behandelten Patienten schwanken zwischen 1% und 15%.

Das Risiko der Weitergabe des Erregers von Mensch zu Mensch hängt offenbar sehr stark von der Schwere und Ausprägung der Symptome bei dem primär Erkrankten ab. Blut, Urin, und sonstige Ausscheidungen und Körperflüssigkeiten eines Erkrankten sind in der Regel virushaltig und damit potentiell infektiös. Obwohl das Virus in der akut fieberhaften Phase auch im Rachen nachweisbar ist, ist aber eine direkte Übertragung durch die Luft ohne unmittelbaren körperlichen Kontakt zu einem symptomatisch Erkrankten oder zu dessen Blut oder sonstigen Körperflüssigkeiten bisher nicht beobachtet worden. Das Infektionsrisiko ist indessen vor allem bei medizinischem Personal, insbesondere wenn Pflege und Behandlung eines Erkrankten unter bescheidenen hygienischen Bedingungen erfolgen müssen, oder bei Angehörigen, wenn sie bei der Pflege bzw. auch im Rahmen von Bestattungen oder deren Vorbereitung gegenüber Blut oder sonstigen Sekreten exponiert sind, beträchtlich.

Seit 1970 sind mindestens 16 Fälle von Lassa-Fieber nach Europa bzw. Nordamerika importiert worden, darunter auch ein Fall nach Deutschland im Jahre 2000. Angesichts dieser Lage und angesichts der fatalen Konsequenzen einer unkontrollierten Ausbreitung dieser und anderer Formen von VHF bzw. vergleichbarer Infektionskrankheiten im Falle ihres Importes hat sich in der Folge in Deutschland ein Netzwerk von spezialisierten Behandlungszentren ent-

wickelt, die derartige Patienten unter speziellen Isolationsbedingungen optimal und gleichzeitig aber auch sicher behandeln können.

Zu dem aktuellen Geschehen in Deutschland hat das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) in Stockholm in der Zeitschrift Eurosurveillance auf der Grundlage der Informationen seitens der örtlich zuständigen Behörden und des RKI einen Beitrag¹ publiziert, der nachstehend auszugsweise referiert wird:

Bei einem 68 Jahre alten Mann, der kürzlich von Sierra Leone über Belgien nach Deutschland reiste, wurde Lassa-Fieber diagnostiziert. In Sierra Leone litt der Patient über mehrere Monate an zunehmenden neurologischen Symptomen. Am 5. Juli 2006 entwickelte sich hohes Fieber und es trat eine weitere Verschlechterung der neurologischen Auffälligkeiten ein. Am 10. Juli reiste der Patient in einem Flugzeug von Freetown (Sierra Leone) über Abidjan (Elfenbeinküste) nach Brüssel. Dort wechselte er das Flugzeug für einen Anschlussflug nach Frankfurt, wo er am 11. Juli eintraf.

Unmittelbar nach der Ankunft wurde der Patient in der Universitätsklinik Münster stationär aufgenommen. Am 16. Juli verschlechterte sich sein Zustand und er wurde intubiert und isoliert. Eine erweiterte Diagnostik auf tropische Infektionskrankheiten ergab am 20. Juli den Nachweis von IgG-Antikörpern gegen Lassa-Virus sowie den direkten Erregernachweis mittels RT-PCR im Liquor. Am 21. Juli lag ein positiver Lassa-Virus-Befund mittels RNA-PCR aus Blut-, Urin- und Speichelproben vor. Der Patient wurde in das Behandlungszentrum in Frankfurt/Main verlegt.

Obwohl das Infektionsrisiko für mitreisende Passagiere als gering einzustufen ist, wird gegenwärtig versucht, Kontakt zu folgenden Passagieren nachstehend genannter Flüge aufzunehmen:

- Passagiere aus den Sitzreihen 23 bis 29 des Fluges SN Brussels Airlines Flugnummer SN 207 am 10. Juli von Brüssel über Freetown nach Abidjan
- Passagiere der Sitzreihen 23 bis 29 des Fluges SN Brussels Airlines am 10. Juli von Freetown über Abidjan nach Brüssel
- Alle Passagiere des Fluges SN Brussels Airlines Flugnummer SN 2607 am 11. Juli um 6:30 Uhr von Brüssel nach Frankfurt

Das Robert Koch Institut hat mittlerweile über die Presse einen öffentlichen Aufruf an die genannten Passagiere lanciert, sich zu melden und zu diesem Zweck eine Telefon-Hotline geschaltet. Die Nummer lautet: 0172 6955458.

¹Unit for Surveillance and Communication, Unit for Preparedness and Response, Editorial team. E-alert 24 July: Case of Lassa fever imported into Germany from Sierra Leone. Euro Surveill 2006;11(7):E060727.1. Internet-Fundstelle: <http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060727.asp#1>

Ausgehend von einer maximalen Inkubationszeit von 21 Tagen wäre nach dem 1.8.2006 allerdings nicht mehr mit dem Auftreten von Erkrankungen zu rechnen, die mit einer möglichen Exposition während der genannten Flüge in Verbindung stehen. Gegenwärtig befinden sich aber noch etliche Personen, die seit der Ankunft des Patienten in Deutschland in irgendeiner Form mit dem Patienten in Kontakt kamen unter Beobachtung.



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 28 und 29 sowie kumulativ für die Wochen 1 bis 29 des Jahres 2006.

Die Zahl der den Hamburgert Gesundheitsämtern bekannt gewordenen Salmonellose-Fälle durch **S. Hadar** (siehe INFEKT-INFO 14/2006) hat sich um 2 auf 12 erhöht, die allerdings bereits Mitte bzw. Ende Juni erkrankt waren. Bei 6 dieser Fälle liegt den Gesundheitsämtern noch keine Nachmeldung des Serotypisierungsbefundes vor. Im Rahmen der bundesweiten epidemiologischen Studie zur Ursachenforschung unter Leitung des RKI wurden in Hamburg 2 dieser Erkrankungsfälle und als Kontrollfälle 2 Personen, die an einer Rotavirus-Infektion erkrankt waren, zur Teilnahme ausgewählt. Leider ist die Kontaktaufnahme momentan aufgrund der Urlaubs- und Reisezeit erschwert und leider haben bereits 2 der zu befragenden Personen in die Teilnahme an der Studie nicht eingewilligt.

Im Rahmen des Ausbruchs von **HUS** im norddeutschen Raum, über den in den vorangegangenen Ausgaben ebenfalls bereits berichtet wurde, sind in den vergangenen 2 Wochen keine weiteren Fälle bekannt geworden. Einschließlich des zuletzt aus Mecklenburg-Vorpommern gemeldeten Falles wird die Zahl der Erkrankten vom RKI gegenwärtig mit 15 angegeben. Neue Erkenntnisse zu den Ursachen und Mechanismen des Geschehens haben sich trotz intensiver Bemühungen nicht ergeben.

Die Statistik für die 28. Kalenderwoche weist u.a. 12 Fälle von Tuberkulose aus. Es handelt sich hierbei aber nicht um einen zeitlichen Erkrankungs-Cluster, sondern um ein gehäuftes Zusammentreffen von Meldevorgängen und deren Verarbeitung im Gesundheitsamt. Der Beginn der Erkrankungen liegt teilweise deutlich zurück und es besteht auch keine offenkundige epidemiologische Verbindung zwischen den erkrankten Personen.

In der 29. Woche ist der 2. Fall von Creutzfeldt-Jakob-Krankheit in diesem Jahr gemeldet worden, die klinische respektive neuropathologische Bestätigung steht indessen noch aus. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass es sich dabei um die neue Variante (vCJK) dieser Erkrankung handeln könnte. In Hamburg wurden in den letzten Jahren regelmäßig zwischen 0 und 4 sporadische Fälle von CJK beobachtet.

In der gleichen Woche gingen auch 2 Masern-Meldungen ein. Es handelt sich dabei um 2 erwachsene Männer mit charakteristischem klinischem Bild aber ohne Laborbestätigung der Diagnose. Die Impfanamnese war nicht ermittelbar. Eine epidemiologische Verbindung war nicht erkennbar, einer der Erkrankten hielt sich einige Tage vor Krankheitsbeginn aus Anlass der Fußball-WM im Rheinland auf.

Abb. 1: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2006, 28. KW (n=87) – vorläufige Angaben

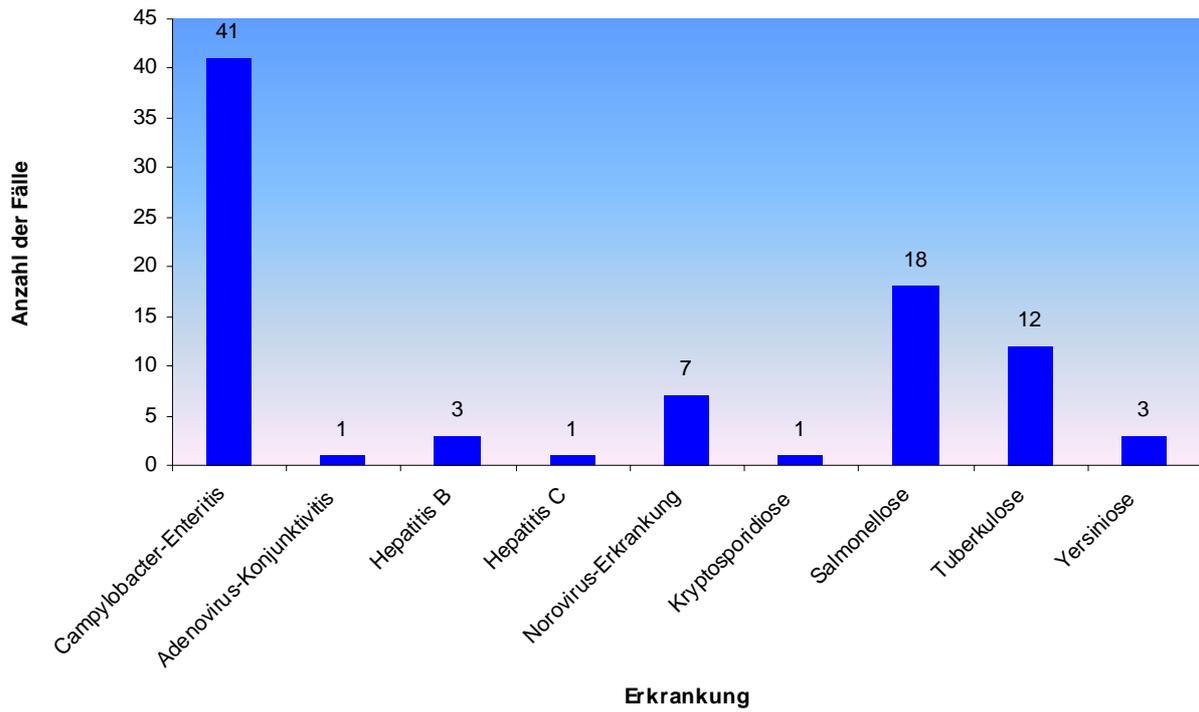


Abb. 2: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2006, 29. KW (n=68) – vorläufige Angaben

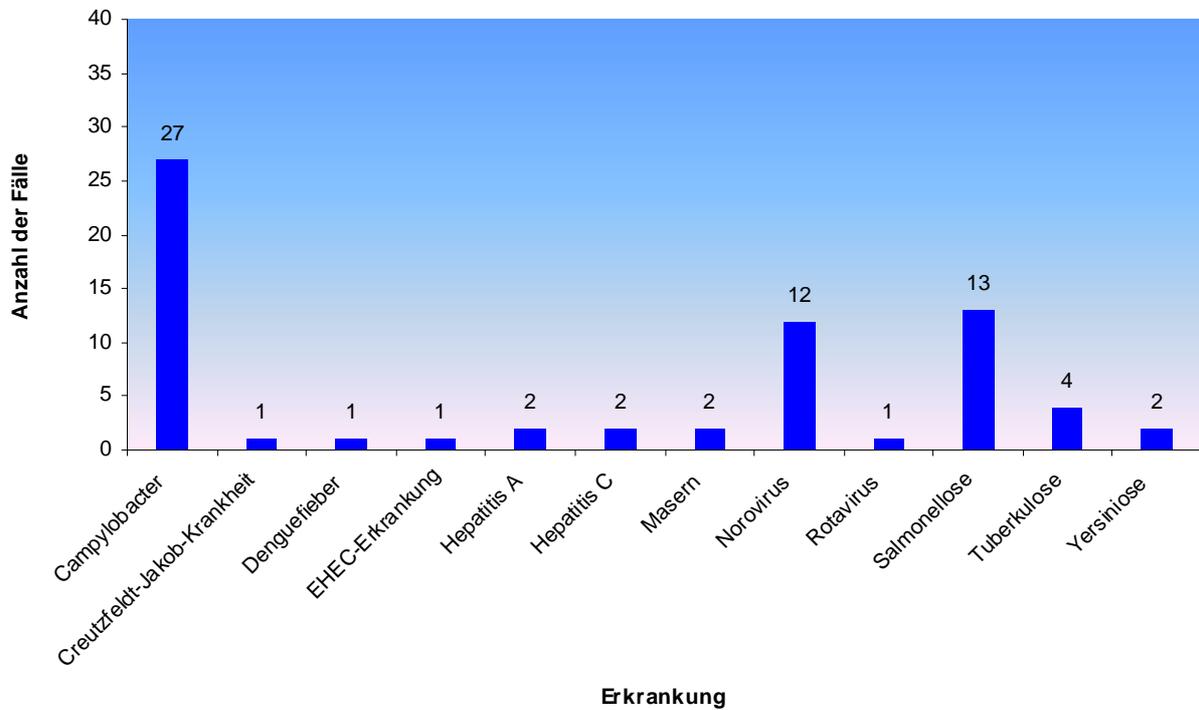
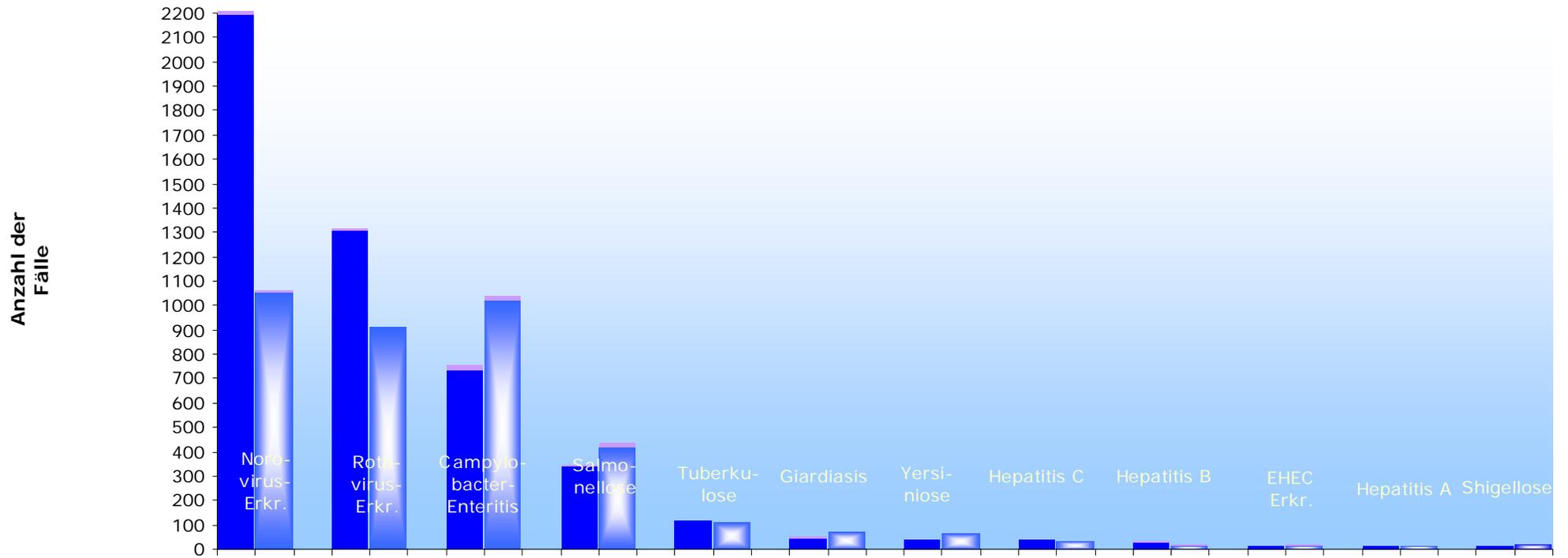


Abb. 3: Die häufigsten registrierten Infektionskrankheiten in Hamburg KW 1 - 29 2006 kumulativ (n=4942) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=3803) - vorläufige Angaben



Referenzdefinition nicht erfüllt	8	9	6	3	15	20	11	19	0	0	8	4	2	2	0	0	4	9	3	2	2	0	0	
Referenzdefinition erfüllt	2196	1052	1306	911	737	1023	336	415	115	108	45	69	40	65	40	32	26	11	13	15	14	16	15	18

Erkrankungen

■ = Fälle KW 1-29 2006

■ = Fälle KW 1-29 2005

■ = Referenzdefinition nicht erfüllt

Tab. 1: Seltene Krankheiten und Meldetatbestände (mit und ohne Erfüllung der Referenzdefinition) in Hamburg KW 1-29 2006 kumulativ (n=122) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=143) - vorläufige Angaben -

Bezeichnung	Anzahl der Fälle KW 1-29 2006	Anzahl der Fälle KW 1-29 2005
Influenza	41	74
E. coli-Enteritis (außer EHEC)	14	20
Masern	14	6
Listeriose	9	8
Typhus	9	5
Legionellose	5	5
Kryptosporidiose	5	4
Meningokokken-Erkrankung	4	7
Hämolytisch-urämisches Syndrom	4	4
Denguefieber	4	2
Haemophilus influenzae-Erkrankung	2	2
Adenovirus-Konjunktivitis	2	1
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	2	1
Leptospirose	2	
Hepatitis D	1	1
Chikungunya-Fieber	1	
Brucellose		1
Lepra		1
Q-Fieber		1
Fälle aus ätiologisch nicht gesicherten Häufungen	3	